



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE 2016

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 Juin 2016

Sur un sujet dédié à :

**LES TROUBLES DIGESTIFS LIÉS AU STRESS :
CONSIDÉRATIONS PSYCHOSOMATIQUES ET PRISE EN
CHARGE À L'OFFICINE**

Pour obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par **Pauline Amélie RIZZI**

Née le 13 juin 1988 à Saint-Avold (57)

Membres du Jury

Président :	<u>Dr. François BONNEAUX,</u>	Maître de Conférences de chimie thérapeutique
Juges :	<u>Dr. José RUHLAND,</u> Dr. Éric ANDRÉ, Dr. Nathalie MANGIN,	Docteur en Psychologie, Psychologue clinicien Docteur en Pharmacie Docteur en Médecine

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2015-2016**

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Béatrice FAIVRE

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Conseil de la Pédagogie

Président, Brigitte LEININGER-MULLER

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Président, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Président, Raphaël DUVAL

Responsable de la filière Officine

Responsables de la filière Industrie

Responsable de la filière Hôpital

Responsable Pharma Plus ENSIC

Responsable Pharma Plus ENSAIA

Responsable de la Communication

**Responsable de la Cellule de Formation Continue
et individuelle**

**Responsable de la Commission d'agrément
des maîtres de stage**

Responsables des échanges internationaux

Responsable ERASMUS

Béatrice FAIVRE

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Béatrice DEMORE

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Raphaël DUVAL

Marie-Paule SAUDER

Béatrice FAIVRE

Béatrice FAIVRE

Bertrand RIHN

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Jean-Claude BLOCK

Max HENRY

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Pierre LABRUDE

Vincent LOPPINET

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Francine KEDZIEREWICZ

Marie-Hélène LIVERTOUX

Bernard MIGNOT

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

Jean-Louis MONAL
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ENSEIGNANTS

Section
CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Alain NICOLAS	80	Chimie analytique et Bromatologie
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Nathalie THILLY	81	Santé publique et Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique, Audioprothèse
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Biologie cellulaire, Hématologie
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Frédéric JORAND	87	Eau, Santé, Environnement
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Pierre LEROY	85	Chimie physique
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Alain MARSURA	32	Chimie organique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	Parasitologie
Xavier BELLANGER	87	Parasitologie, Mycologie médicale
Emmanuelle BENOIT	86	Communication et Santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN	86	Chimie thérapeutique
François BONNEAUX	86	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Cédric BOURA	86	Physiologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël COULON	87	Biochimie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Roudayna DIAB	85	Pharmacie galénique
Natacha DREUMONT	87	Biochimie générale, Biochimie clinique
Florence DUMARCAY	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	86	Pharmacologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Anthony GANDIN	87	Mycologie, Botanique
Caroline GAUCHER	86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique

Olivier JOUBERT	86	Toxicologie, Sécurité sanitaire
ENSEIGNANTS (suite)	Section CNU*	Discipline d'enseignement
Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Julie LEONHARD	86/01	Droit en Santé
Christophe MERLIN	87	Microbiologie environnementale
Maxime MOURER	86	Chimie organique
Coumba NDIAYE	86	Epidémiologie et Santé publique
Francine PAULUS	85	Informatique
Caroline PERRIN-SARRADO	86	Pharmacologie
Virginie PICHON	85	Biophysique
Sophie PINEL	85	Informatique en Santé (e-santé)
Anne SAPIN-MINET	85	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	87	Mycologie, Botanique
Guillaume SAUTREY	85	Chimie analytique
Rosella SPINA	86	Pharmacognosie
Gabriel TROCKLE	86	Pharmacologie
Mihayl VARBANOV	87	Immuno-Virologie
Marie-Noëlle VAULTIER	87	Mycologie, Botanique
Emilie VELOT	86	Physiologie-Physiopathologie humaines
Mohamed ZAILOU	87	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI	85	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	86	Sémiologie
--------------------	----	------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Alexandre HARLE	82	Biologie cellulaire oncologique
-----------------	----	---------------------------------

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	11	Anglais
--------------------	----	---------

***Disciplines du Conseil National des Universités :**

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32 : Personnel enseignant-chercheur de sciences en chimie organique, minérale, industrielle

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

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 ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

Au président de mon jury et co-directeur de thèse,

Mr François BONNEAUX,

***Maître de Conférences de chimie thérapeutique à la Faculté de Pharmacie
de Nancy***

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous suis d'autant plus reconnaissante que mon travail est l'un des derniers que vous avez accepté de juger. J'espère, à mon tour, vous faire honneur avec cette thèse et vous adresse mes remerciements les plus sincères.

À mon co-directeur de thèse,

Mr José RUHLAND,

***Docteur en Psychologie et Psychologue clinicien à l'Hôpital d'enfants du
CHU de Nancy***

Je suis honorée de l'enthousiasme dont vous avez fait preuve quand je vous ai parlé de mon projet. Je vous remercie vivement d'avoir apporté votre contribution à ce travail, de m'avoir conseillée et de m'avoir rassurée quand cela était nécessaire.

À mes juges,

Mr Éric ANDRÉ,

Docteur en Pharmacie, Titulaire de la Pharmacie ANDRÉ de Merten

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de juger ce travail et de la confiance que vous m'avez accordée. Au-delà de cette thèse, je suis très heureuse que vous me transmettiez votre savoir. J'ai appris et j'apprends encore beaucoup à vos côtés. Je souhaite vous adresser toute ma gratitude et ma reconnaissance.

Et,

Mme Nathalie MANGIN,

Docteur en Médecine,

Vous demander de participer à ma thèse a été comme une évidence. Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de juger ce travail ainsi que pour votre gentillesse et votre disponibilité. Je suis très honorée de votre présence.

À mon Papa,

Toi qui m'as tant appris et sans qui mon parcours n'aurait pu être le même. Tu m'as donné la soif d'apprendre, les ambitions, le besoin de faire toujours mieux. Aujourd'hui j'espère faire ta fierté et te remercie du fond du cœur. Merci mon Papounet.

À ma Maman,

C'est toujours dans tes yeux que je me sens la plus forte. Tu as été le meilleur des soutiens durant toutes ces années sans jamais rien attendre en retour. J'espère que tu sais toute la reconnaissance que je te porte. Tu m'as aidée à m'accomplir. Merci ma Mamoune.

À Claire, ma sœur,

Merci Schnecki pour ton soutien, tes coups de pied aux fesses, tes bons repas pendant mes périodes de révisions. Je suis heureuse de t'avoir pour sœur et d'avoir vécu avec toi mes années d'étudiante.

À Geoffrey, mon frère,

Tu as su prendre bien soin de moi quand j'en avais besoin. Merci mon grand d'avoir cru en moi et pour ta présence discrète mais ô combien rassurante !

À mes grands-parents...

Vous n'êtes plus là aujourd'hui pour voir ce que je suis devenue mais chacune de mes réussites je vous les dois. Vous n'avez jamais quitté mes pensées durant ces années et l'idée de vous rendre fiers m'a portée jusqu'ici. Merci de m'avoir tant aimée.

À Fabien,

Toi qui sais toujours trouver les mots pour me motiver, m'encourager et me faire rire dans les moments de faiblesse. Toi qui m'as poussée à réussir dans mes études, à aller au bout de cette thèse. Pour tous les petits sacrifices que tu as faits, je te remercie et suis heureuse de partager ma vie avec toi. Désormais je serai plus présente à tes côtés, pour ton plus grand bonheur ☺ Avec tout mon amour.

À Marraine, Martial, Frédéric, Stéphane et Mathilde,

Vous m'avez soutenue depuis le début de mes études et j'ai toujours pu compter sur votre présence et votre intérêt. Vous ne pouvez imaginer combien je suis heureuse de vous avoir. Merci de tout cœur.

À Myriam et Jean-Pierre,

Je sais combien vous êtes fiers aujourd'hui de me voir soutenir ma thèse ! Je tiens à vous remercier pour votre soutien infailible.

À Alain,

Je vous remercie de tout ce que vous avez fait pour moi. Sans vous pas de 306 et sans 306... vous connaissez la suite ! Merci encore !

À Francine,

Voilà ma petite Francine, j'y suis arrivée et vous pouvez enfin me voir dans ma « robe » ! Pour tous ces beaux moments passés à vos côtés et tous vos encouragements je vous remercie du fond du cœur. Je vous aime fort !

À Jennifer,

Toi qui es là pour moi en toutes circonstances, qui m'as soutenue, supportée, épaulée. Ta présence m'est très chère. Je t'aime ma petite belle-sœur !

À Sébastien,

Mon copain Seb je te remercie de ton soutien et suis très heureuse de ta présence aujourd'hui. J'espère que tu es fier de moi et un dernier mot : Chop Suey !

À Audrey,

Parce que tu m'as supportée, encouragée et soutenue. Parce que tu as pris soin de moi quand j'en avais besoin. Parce que ça fait 17 ans !! Merci Choupinette.

À Jéjé,

Mes plus belles années c'est avec toi que je les ai vécues. Merci d'avoir été là dans les moments difficiles et aussi dans les moments de joie. Je me souviendrai toujours de nos trajets vers le CHU et surtout du jour où on su qu'on avait notre concours ;-). J'espère t'avoir apporté autant que tu l'as fait pour moi.

À ma binôme, Bibi, Steph, Pham,

Toi qui m'as supportée pendant 4 ans, sans qui les TP n'auraient pas eu le même sens ! Merci pour ces belles années. Je ne les oublierai jamais ! On aura eu de beaux fou-rires et de petites disputes mais on gardera une belle amitié.

À Engué,

Pour toutes ces belles soirées passées ensemble, nos rires, nos conversations, ton écoute et ta présence, merci mon Engué.

À Paillette et Max,

Qu'est-ce que j'ai pu rire et m'amuser avec vous ! Je suis heureuse de vous connaître mes amis et merci de votre présence !

À Delphine,

Depuis ce fameux jour de 2011, tu as toujours été là pour moi. J'ai trouvé en toi une amie, une personne compréhensive et attentionnée. Merci ma Delphine.

À Hélène,

Qu'est-ce qu'on a pu stresser toutes les deux ! Dans le fond c'est en toi que je me reconnaissais le plus ;-) Merci ma belle pour tous les beaux moments passés ensemble.

À Susan,

Tu as été celle qui savait le mieux m'apaiser. Nos conversations me manquent déjà ! Pour tous les moments partagés ensemble et ton soutien je te remercie ma Susan.

À Anna, Arielle, Clélia, Doriane, Geoffrey, Laure, Ludovic,

Dans la réussite comme dans l'échec vous n'avez cessé de croire en moi. Vous êtes mes amis les plus anciens mais surtout les plus fidèles. Aujourd'hui je vous dis un grand merci.

À Anne, Blanche, Christiane, Laëtitia, Laurence et Sandrine,

Toujours disponibles pour me rendre service, m'aider et m'encourager, vous avez fait tout votre possible pour que je m'intègre rapidement à l'équipe. Pour tout ça je vous remercie du fond du cœur !

Au personnel des pharmacies rencontré au décours de mes stages et jobs d'été,

Merci de m'avoir transmis votre savoir et de m'avoir enrichie de votre expérience.

À tous ceux qui ont contribué à ce travail,

Merci du temps que vous m'avez consacré.

Table des matières

Table des matières	1
Table des illustrations	7
Liste des abréviations	8
INTRODUCTION	9
Première partie : Le stress, physiopathologie et prise en charge à l'officine.....	10
1. Physiopathologie du stress	11
1.1. Généralités sur le concept de stress	11
1.1.1. Origines et historique	11
1.1.2. Définitions	12
1.1.3. Les différentes formes de stress.....	13
1.2. Etiologies du stress.....	14
1.2.1. Facteurs de stress absolus et facteurs de stress relatifs	14
1.2.2. Facteurs de stress quotidiens et facteurs de stress occasionnels	15
1.2.3. Facteurs de stress physiques.....	15
1.2.4. Stress psycho-émotionnels.....	16
1.2.5. Stress du mode de vie	16
1.2.6. Stress de l'hygiène de vie	17
1.2.7. Echelle du stress.....	18
1.3. Les composantes du système nerveux impliquées dans la réaction de stress....	20
1.3.1. Le système nerveux autonome	20
1.3.2. L'axe corticotrope	21
1.4. Le Syndrome Général d'Adaptation (SGA)	25
1.4.1. La réaction d'alarme.....	26
1.4.2. La phase de résistance	27
1.4.3. Le stade d'épuisement.....	28
1.5. Stress et pathologie.....	29
1.5.1. Mécanisme.....	29
1.5.2. Troubles causés par le stress.....	29
1.5.3. Stress et anxiété.....	31
2. Prise en charge médicamenteuse du stress	31
2.1. Les anxiolytiques	31
2.1.1. Les benzodiazépines.....	32
2.1.2. L'Hydroxyzine (ATARAX®)	34

2.1.3. La Buspirone (anciennement BUSPAR®).....	34
2.1.4. Le Captodiamine (COVATINE®).....	35
2.1.5. L'Étifoquine (STRESAM®).....	35
2.1.6. La Prégabaline (LYRICA®).....	35
2.1.7. Tableau comparatif des anxiolytiques	36
2.1.8. Les conseils à donner aux patients.....	36
2.2. Les antidépresseurs	37
2.2.1. Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)	37
2.2.2. La Venlafaxine (EFFEXOR®).....	38
2.3. La phytothérapie	38
2.3.1. Notion de plantes adaptogènes.....	39
2.3.2. Le Ginseng.....	39
2.3.3. Le Ginseng indien.....	40
2.3.4. L'Éleuthérocoque.....	40
2.3.5. La Rhodiole	41
2.3.6. Les plantes non adaptogènes.....	41
LES SPÉCIALITÉS.....	43
2.4. L'homéopathie	43
2.4.1. Les souches agissant sur le stress.....	44
2.4.2. Les spécialités.....	45
2.5. L'aromathérapie	46
2.5.1. En diffusion.....	46
2.5.2. En massage.....	46
2.5.3. En inhalation sèche.....	47
2.5.4. En bain parfumé	47
2.5.5. Par voie orale	47
2.6. L'oligothérapie.....	48
2.6.1. Le Magnésium (Mg)	48
2.6.2. Le Lithium (Li).....	49
Deuxième partie : Les troubles psychosomatiques : Le stress et ses répercussions du point de vue de la psychologie.....	50
1. Stress et angoisse	51
1.1. Définition de l'angoisse.....	51
1.2. Théories freudiennes sur l'angoisse.....	51
1.2.1. La première théorie de l'angoisse	52

1.2.2. La seconde théorie de l'angoisse	53
1.3. Conclusion.....	54
2. Les fondements de la psychosomatique	55
2.1. Définition et historique	55
2.2. La contribution de Freud à la psychosomatique	57
2.3. Groddeck, le père de la psychosomatique.....	59
2.4. La bioanalyse de Ferenczi.....	59
2.5. Alexander et l'École de Chicago.....	60
2.6. Sifnéos et l'alexithymie	62
2.7. L'École de Paris et l'essor de la psychosomatique en France	63
2.8. Extension des travaux	67
2.8.1. Christophe Dejours et la subversion libidinale.....	67
2.8.2. Joyce McDougall et la forclusion.....	69
2.8.3. Sami Ali et le refoulement de l'imaginaire.....	70
2.9. Stora et la Psychosomatique Intégrative.....	71
3. Les thérapies.....	73
3.1. Les psychothérapies	73
3.1.1. Les psychothérapies analytiques.....	73
3.1.2. Les psychothérapies brèves	75
3.1.3. Les psychothérapies psychosomatiques.....	77
3.2. Les thérapies psychocorporelles	77
3.2.1. La sophrologie	78
3.2.1. La respiration lente.....	78
3.2.2. L'hypnose.....	78
3.2.3. La méditation.....	79
3.2.4. Le yoga	79
3.2.5. <i>L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>	80
3.2.6. La méthode Vittoz	80
3.2.7. La Gestalt-thérapie	80
3.2.8. L'art-thérapie	80
3.3. Les thérapies à médiation corporelle.....	81
3.3.1. Les massages.....	81
3.3.2. La relaxation.....	82
3.3.3. L'hydrothérapie.....	82
3.3.4. Les activités sportives.....	82

3.4. Les thérapies physiques	83
3.4.1. L'acupuncture	83
3.4.1. La kinésiologie	83
3.4.1. Les techniques de liberté émotionnelle.....	84
Troisième partie : Les troubles digestifs liés au stress et leur prise en charge à l'officine	85
1. Le <i>globus hystericus</i> ou <i>globus pharyngé</i>	86
1.1. L'homéopathie	86
1.2. L'aromathérapie	86
2. L'aérophagie.....	87
2.1. Les mesures hygiéno-diététiques	87
2.2. La phytothérapie	87
2.3. L'homéopathie	88
2.4. L'aromathérapie	88
3. Les nausées et vomissements.....	89
3.1. Physiopathologie	89
3.2. Symptômes.....	89
3.3. Rôle du stress dans les nausées et vomissements.....	90
3.4. Prise en charge des nausées et vomissements.....	90
3.4.1. Les mesures hygiéno-diététiques	90
3.4.2. Les antiémétiques	90
3.4.3. La phytothérapie.....	93
3.4.4. L'homéopathie	93
3.4.5. L'aromathérapie.....	94
3.4.6. Les glaçons au Bicarbonate de sodium.....	94
4. L'ulcère gastroduodéal	95
4.1. Physiopathologie	95
4.2. Symptômes.....	96
4.3. Rôle du stress dans l'ulcère gastro-duodéal	96
4.4. Prise en charge de l'ulcère gastro-duodéal	96
4.4.1. Les mesures hygiéno-diététiques	96
4.4.2. Les antisécrétoires gastriques	97
4.4.3. Les topiques antiulcéreux	100
4.4.4. Les antiacides.....	101
4.4.5. Les pansements gastro-intestinaux	103

4.4.6. La phytothérapie.....	105
4.4.7. L'homéopathie	106
4.4.8. L'aromathérapie.....	107
5. La gastrite	108
5.1. Physiopathologie	108
5.2. Symptômes.....	108
5.3. Rôle du stress dans la gastrite	109
5.4. Prise en charge de la gastrite	109
6. Le reflux gastro-œsophagien (RGO)	109
6.1. Physiopathologie	109
6.2. Symptômes.....	109
6.2.1. Les symptômes digestifs	109
6.2.2. Les symptômes extra-digestifs	110
6.3. Rôle du stress dans le RGO.....	110
6.4. Prise en charge du RGO.....	110
6.4.1. Les mesures hygiéno-diététiques	110
6.4.2. Les médicaments	111
6.4.3. La phytothérapie.....	113
6.4.4. L'homéopathie	113
6.4.5. L'aromathérapie.....	114
7. La colopathie fonctionnelle.....	114
7.1. Physiopathologie	114
7.2. Symptômes.....	115
7.3. Rôle du stress dans la colopathie fonctionnelle	116
7.4. Prise en charge de la colopathie fonctionnelle	116
7.4.1. Les mesures hygiéno-diététiques	116
7.4.2. Les médicaments	116
7.4.3. La phytothérapie.....	118
7.4.4. L'homéopathie	119
7.4.5. L'aromathérapie.....	119
7.4.6. L'oligothérapie.....	120
7.4.7. Les probiotiques	120
7.4.8. Prise en charge psychologique	122
7.4.9. Les cures thermales	122
8. Les diarrhées aiguës dites « de stress ».....	123

8.1. Physiopathologie et symptômes	123
8.2. Rôle du stress dans les diarrhées aiguës.....	123
8.3. Prise en charge des diarrhées aiguës dites « de stress ».....	123
CONCLUSION	127
Références bibliographiques.....	129
Glossaire	137

Table des illustrations

Liste des figures

Figure 1 : Divisions du système nerveux humain	21
Figure 2 : Localisation anatomique du système limbique (coloré en rouge) au sein du cerveau humain.	22
Figure 3 : Localisation anatomique de l'hypothalamus et de l'hypophyse au sein du cerveau humain	23
Figure 4 : Schéma des connexions vasculaires et nerveuses entre hypothalamus et hypophyse	24
Figure 5 : Graphique montrant l'évolution des capacités de l'organisme au cours du Syndrome Général d'Adaptation d'Hans Selye	28
Figure 6 : Structure chimique des Benzodiazépines	33
Figure 7 : Schéma d'une muqueuse atteinte d'un ulcère et comparaison à une muqueuse saine	95
Figure 8 : Schéma des territoires abdominaux	115
Figure 9 : Evolution de l'intensité de la douleur chez les patients traités par LACTIBIANE® Référence et comparaison à celle des sujets « traités » par le placebo	121
Figure 10 : Evolution du nombre de selles quotidiennes chez les sujets traités par LACTIBIANE® Référence et comparaison à celui des sujets « traités » par le placebo	121

Liste des tableaux

Tableau I : Échelle d'unités de changement de la vie aussi nommée échelle du stress de Holmes et Rahe (1967).....	19
Tableau II : Tableau comparatif des avantages et inconvénients des divers anxiolytiques disponibles	36
Tableau III : Présentations et posologies usuelles des différents anti-histaminiques H2 dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal.....	97
Tableau IV : Présentations et posologies usuelles des différents inhibiteurs de la pompe à protons dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal.....	99
Tableau V : Tableau récapitulant les spécialités antiacides, leurs principes actifs, leurs présentations ainsi que leurs posologies usuelles	102
Tableau VI : Tableau récapitulant les différents pansements gastro-intestinaux, leurs principes actifs, leurs présentations ainsi que leurs posologies usuelles	104
Tableau VII : Recommandations de l'ANSM concernant le traitement symptomatique du RGO sans œsophagite.....	112
Tableau VIII :Recommandations de l'ANSM concernant le traitement du RGO avec œsophagite	113

Liste des abréviations

ACTH : *Adreno-CorticoTrophin Hormone* ou hormone adrénocorticotrope

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

Anti-H2 : Antihistaminiques H2

ATP : Adénosine Tri-Phosphate

CRF ou CRH : *Corticotrophin Releasing Factor / Hormone* ou corticolibérine

CTZ : Chemoreceptor Trigger Zone ou zone chémoréceptrice

GABA : Acide Gamma-AminoButyrique

IGF: *Insulin-like Growth Factor*

IM : Injection Intra-Musculaire

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité (santé et sécurité au travail)

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

IV : Injection Intra-Veineuse

mg : Milligrammes

ml : Millilitres

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngée

POMC : Pro-OpioMélandoCortine

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

SGA : Syndrome Général d'Adaptation

INTRODUCTION

*« Le stress est ignorant, il croit que tout est urgent »
Natalie Goldberg*

Le stress, cette tension interne qui peut induire un malaise, a toujours existé. Autrefois, les hommes stressaient pour leur survie. De nos jours, ils stressent pour leur réussite tant sur les plans professionnel que personnel. En raison de phénomènes de société issus d'une économie libérale exacerbée, le stress se veut plus fréquent, voire même omniprésent.

Le travail et la pérennité financière des ménages constituent les sources les plus fréquentes de stress. D'après l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, le coût annuel du stress et de ses conséquences est de 240 milliards d'euros pour l'ensemble des états membres. Parmi ces 240 milliards d'euros, 57% (soit 136 milliards d'euros) représentent la perte de productivité (incluant les arrêts maladie) et 43% (soit 104 milliards d'euros) représentent les coûts directs impliqués par la prise en charge médicale. Plus d'une personne sur trois reconnaît être stressée à cause de son emploi.

Aujourd'hui, un lien a été établi entre le stress et la survenue de troubles cardiovasculaires, neurologiques mais aussi digestifs. Au XIX^{ème} siècle déjà, une légende veut que Napoléon I^{er} porte sa main à l'estomac afin de soulager la douleur liée à un ulcère de l'estomac, cet ulcère ayant été causé par le stress des hautes responsabilités qui lui incombent. En réalité, bien que Napoléon I^{er} soit décédé des suites d'un cancer de l'estomac, divers historiens ont établi que cette posture n'avait pour but que de respecter les règles de bienséance et de se tenir de manière élégante.

Les troubles digestifs liés au stress ont suscité mon intérêt pour les avoir ressentis moi-même tout au long de mes études, notamment en période d'examens. Il est essentiel que le pharmacien d'officine soit au fait de ces pathologies de plus en plus courantes et qu'il soit capable d'aider le patient. Pour cela, il doit associer au traitement symptomatique la recherche et la prise en charge de l'étiologie. Il doit également être capable de jouer son rôle de conseil en orientant le patient vers des professionnels éclairés.

Ce travail a pour but, dans un premier temps, de décrire les réactions physiopathologiques induites par le stress, d'en identifier les principales caractéristiques et d'énumérer les traitements disponibles à l'officine. Dans un deuxième temps, ce travail permettra, avec l'analyse des théories de divers auteurs, de définir les liens existant entre les troubles psychiques, tels que ceux induits par le stress, et leurs répercussions sur le plan physique. Cette composante psychosomatique présente la caractéristique de pouvoir être prise en charge par diverses thérapies (dont les psychothérapies) qui feront également l'objet de la deuxième partie. Enfin, nous décrirons les troubles digestifs liés au stress, leur physiopathologie, leur symptomatologie ainsi que leur prise en charge à l'officine.

Première partie :

Le stress, physiopathologie et prise en charge à l'officine

Nota bene : Tout au long de ce travail, les mots suivis d'une étoile comme celle-ci * seront définis dans le glossaire situé en page 137.

1. Physiopathologie du stress

1.1. Généralités sur le concept de stress

1.1.1. Origines et historique

Le mot « stress » vient du latin *stringere* qui signifie « serrer » et du vieux français *destrece* qui fait référence à une détresse, une oppression. C'est aux XIII^e et XIV^e siècles que le mot « stress » apparaît pour la première fois dans la langue anglo-saxonne. Il est alors tiré de *distress* qui évoque la détresse et la souffrance. [CHEMOUNY B., 2012]

Bien que le terme soit d'utilisation récente, la notion de stress est ancienne. Aristote pensait déjà que l'« émotion » était liée au corps et à l'esprit tout en imaginant que ces deux entités étaient bien distinctes. Descartes déclarait quelques siècles plus tard que « toute passion ressentie par l'âme a sa contrepartie corporelle ». Selon cette théorie plus évoluée, les émotions déclenchent des réactions biologiques de l'organisme de par leurs effets sur le cerveau. [CHEMOUNY B., 2012]

En 1812, Corvisart appuyait ce modèle en affirmant que les pathologies cardiaques étaient non seulement liées à la maladie du cœur mais aussi aux émotions vécues par le sujet (aussi bien positives comme les plaisirs et les joies intenses que négatives comme les angoisses et les colères). [CHEMOUNY B., 2012]

C'est en 1823 que sont apparues dans la littérature les pathologies digestives induites par le stress. Le britannique Swan évoquait alors la formation d'ulcères de stress chez des grands brûlés. En 1865, les travaux de Claude Bernard menèrent à la notion d'homéostasie bien que ce nom n'ait pas été employé à l'époque. Bernard disait alors que « Tous les mécanismes vitaux quelques variés qu'ils soient, n'ont toujours qu'un seul but, celui de maintenir l'unité des conditions de la vie dans le milieu intérieur ». La poursuite de ses recherches l'amena en 1878 à déclarer que si le milieu intérieur perdait sa stabilité, il y avait une plus grande vulnérabilité de l'organisme face aux pathologies. [MARC J.-F., 2007]

Mais c'est en 1910 que le mot stress a été employé pour la première fois dans un cadre médical. Osler, un cardiologue canadien exerçant aux Etats-Unis décrivait alors le risque augmenté d'angor et de pathologies cardiaques chez les sujets surmenés ayant de hautes responsabilités. [CHEMOUNY B., 2012]

Dans la continuité des travaux de Claude Bernard, Cannon créa en 1915 le nom d'homéostasie venant des mots grecs *stasis* et *homoios* et signifiant littéralement « état égal ». L'homéostasie désigne alors les mécanismes d'adaptation de l'organisme face à une situation susceptible de perturber l'équilibre intérieur. Cannon y associa plus tard la notion de stress (1935) déclarant : « Tout comme un matériau ne peut résister qu'à des contraintes modérées, l'homéostasie ne peut être maintenue que si les écarts à la normale restent relativement faibles. Au-delà, les processus correctifs permettant de faire face sont nécessaires : c'est le stress. » [MARC J.-F., 2007]

Il convient de finir cette chronologie par les découvertes du physiologiste et endocrinologue canadien Hans Selye, père de la notion moderne de stress. En 1936, Selye décrivait le stress comme étant « la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite ». C'est ainsi qu'il définit le syndrome général d'adaptation et ses trois phases (phases d'alarme, de résistance et d'épuisement). Avant Selye, le mot stress était employé dans le domaine de la mécanique physique pour décrire les contraintes, tensions et déformations subies par un corps auquel on applique une force. [BENSABAT S., 1989] [MARC J.-F., 2007] [PACAUD G., 1991]

1.1.2. Définitions

Il existe plusieurs définitions du stress dans les domaines de la physiologie et de la psychologie mais toutes convergent vers l'idée qu'il s'agit d'une réaction de l'organisme en réponse à une stimulation.

- D'après le Dictionnaire illustré des termes de médecine, le stress est « un mot anglais employé par Hans Selye pour exprimer l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quelconque. L'excitant (que Selye appelle *stressor*) peut être animé (bactérie), physique (froid), chimique (poison), un trouble ou une lésion organique (hémorragie), nerveux (effort, émotion désagréable ou agréable) ». [DELAMARE J., DELAMARE T., DELAMARE V. *et al.*, 2006]
- Le Petit Robert® quant à lui, fait la distinction entre « un stress » et « le stress ». Un stress qualifie ainsi « un agent physique ou psychologique provoquant une réaction de l'organisme » tandis que le stress caractérise « l'ensemble des réactions non spécifiques (physiologiques, métaboliques, comportementales) à cet agent agressif ». Le Petit Robert® donne également une définition employée dans la langue courante et dans laquelle il est précisé que le stress est « une situation, un fait traumatisant pour l'individu, une tension nerveuse ». Il y cite en exemple les stress de la vie moderne. [Le Petit Robert de la langue française, 2014]
- Enfin, l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail donne une définition relativement adaptée à la notion de stress actuelle et telle qu'elle est perçue par les individus au XXI^e siècle : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise ». [INRS, 2006]

1.1.3. Les différentes formes de stress

1.1.3.1. Stress aigu ou stress chronique

- Le stress aigu est caractérisé par une réaction intense et immédiate de l'organisme, en réponse à une agression violente et de courte durée (de l'ordre de quelques minutes à quelques heures). Il s'agit d'un mécanisme de survie. C'est dans cet état de stress aigu qu'interviennent les deux premières phases du syndrome général d'adaptation ou SGA décrit par Hans Selye. Il se produit alors une sécrétion importante mais temporaire de catécholamines et de glucocorticoïdes. Un stress aigu dont l'intensité ne franchira pas les limites supportables pour l'organisme n'entraînera donc pas d'effet néfaste pour la santé. [INRS, 2006]
- Le stress chronique correspond, quant à lui, à la répétition d'agressions d'intensité modérée, rapprochées dans le temps et pouvant perdurer plusieurs mois. Dans l'état de stress chronique le sujet subit une hyperstimulation. Il se produit alors une sécrétion prolongée de catécholamines et de glucocorticoïdes qui pourra mener à l'épuisement de l'organisme. Cela constitue la dernière phase du syndrome général d'adaptation. C'est le stress chronique qui est délétère pour la santé et mènera aux symptômes que nous décrirons plus loin. D'après Hans Selye, les individus naissent avec une capacité d'adaptation qui leur est propre. C'est un capital génétique dans lequel nous puisons chaque fois que nous subissons des stimuli auxquels notre organisme répond. Pour Selye, ce capital ne serait pas inépuisable et c'est la répétition d'événements stressants qui mènerait donc à l'épuisement et à la maladie. [FOURNIER C., 2010]

1.1.3.2. Stress choisi ou stress subi

Un stress aigu choisi (comme par exemple un saut en parachute, un tour dans un manège à sensations) sera toujours mieux toléré qu'un stress aigu subi (comme par exemple un accident de voiture). En revanche, une situation stressante chronique qu'elle soit choisie (comme par exemple le fait d'être dépassé par la charge de travail d'un emploi auquel nous avons postulé) ou subie (comme par exemple une pression imposée par un supérieur) aura toujours un impact négatif sur la santé. [INRS, 2006]

1.1.3.3. Stress favorable ou stress défavorable

Une situation stressante peut être supportable pour une personne mais dangereuse pour une autre. C'est en cela que l'on peut distinguer le « bon stress » ou stress favorable du « mauvais stress » ou stress défavorable. Une théorie de type « tout ou rien » voudrait que si la réaction est adaptée, alors le stress pourrait être profitable et être considéré comme un « bon stress ». Si ce stress entraîne des désordres biologiques il serait alors considéré comme un « mauvais stress ». Chaque personne

est unique et la réaction de son organisme face à une situation stressante dépendra de la manière dont cette situation est perçue ainsi que de la capacité d'adaptation de cette personne. Cette capacité que l'on pourrait nommer « baromètre à stress » varie selon le moment, la vulnérabilité du sujet mais aussi selon son génome et son appartenance socio-culturelle. Ainsi, une situation pourra être agréable pour une personne et désagréable pour une autre. De la même manière, elle pourra être ressentie comme agréable ou désagréable selon le contexte. [DERRICKSON B., TORTORA G., 2009] [PACAUD G., 1991]

- Bien que dans le langage courant, le terme « stress » ait une connotation négative, ces stimulations jouent un rôle essentiel pour la survie des individus. Elles nous poussent à utiliser et consommer notre énergie. Bensabat affirme ainsi que « sans stimulation aucune, sans stress, c'est l'ennui, la déchéance progressive de l'organisme, et finalement la mort ». Les stress normaux que nous nommons aussi *eustress* sont bénéfiques puisqu'ils nous préparent à affronter des situations précises. Ils correspondent à une bonne réaction de l'organisme. En nous apprenant à faire face à de nouvelles situations, à vivre des expériences nouvelles, ces stress jouent un rôle non négligeable dans le processus de mémorisation (y compris immunitaire). [BENSABAT S., 1989] [FOURNIER C., 2010]
- L'incapacité de l'organisme à s'adapter à une situation correspond au stress défavorable. Ce « mauvais stress » place l'individu dans une forme de détresse et lui impose des souffrances psychiques et physiques. Il doit alors redoubler d'effort en puisant dans ses énergies physique et mentale. Les performances s'en trouvent diminuées. [FOURNIER C., 2010]

1.2. Etiologies du stress

Les facteurs de stress aussi appelés stressseurs sont dénommés ainsi dès lors qu'ils entraînent la sécrétion des hormones dites « du stress ». Ces facteurs sont aussi nombreux et variés que le genre humain est complexe. Encore une fois, ce qui fera d'un événement un agent de stress dépendra de sa perception par le sujet.

1.2.1. Facteurs de stress absolus et facteurs de stress relatifs

- Les facteurs de stress absolus sont ceux qui provoqueront chez tout à chacun une réaction de stress (dont l'intensité pourra toutefois varier d'un individu à l'autre). Ces stressseurs peuvent être des catastrophes naturelles, des sévices corporels comme le viol ou les coups ou encore des traumatismes physiques importants (accidents).
- Les facteurs de stress relatifs sont ceux qui induiront une réaction de stress chez certains individus sans en affecter certains autres. Si le stressseur est perçu comme une menace, il sera plus difficile de s'y adapter que si le sujet le perçoit comme bénéfique. [CHEMOUNY B., 2012]

1.2.2. Facteurs de stress quotidiens et facteurs de stress occasionnels

- Les facteurs de stress quotidiens correspondent aux tracasseries et contrariétés que nous subissons chaque jour. Ces agents de stress relèvent de trois domaines : la santé, la vie de famille et le travail. La santé devient une source de stress lorsqu'elle est menacée et c'est pourquoi certaines personnes tardent à consulter leur médecin ou à passer des examens médicaux. La vie familiale peut être une source importante de préoccupation. S'il existe des relations conflictuelles avec un conjoint ou des enfants, le stress peut être omniprésent. Le travail représente l'une des plus importantes sources de stress quotidien. Un manque de reconnaissance, une charge de travail conséquente, un conflit avec les supérieurs hiérarchiques ou les collègues, la peur d'être licencié ou des soucis d'argent sont autant de situations qui peuvent nuire au bien-être d'un individu. C'est pourquoi certaines personnes se rendent au travail avec « une boule au ventre ».
- Les facteurs de stress occasionnels sont les plus variés. Ils correspondent à des situations atypiques vécues par un individu de manière ponctuelle ou durant une certaine tranche de vie. Un accident corporel, une dette, un divorce, un deuil, une maladie, une intervention chirurgicale mais aussi le sport (s'il est pratiqué pour accomplir des performances) constituent des événements de préoccupation qui ne se produisent qu'occasionnellement. [CHEMOUNY B.] [PACAUD G., 1991]

1.2.3. Facteurs de stress physiques

Dans nos sociétés modernes, les sources de stress physiques ne sont plus les mêmes qu'auparavant. Avant l'ère industrielle, la peur de ne pas pouvoir se nourrir et le froid étaient à l'origine de stress majeurs.

Désormais, ce sont le bruit, le temps et les changements de température mais aussi les dents qui constituent les principaux stressseurs physiques.

- Au-delà de 60 décibels, le bruit devient responsable d'une excitation du système nerveux et entraîne une fatigue anormale. Cela permet de mieux comprendre notre impatience et notre nervosité lorsque nous nous trouvons dans le métro, au restaurant ou dans les magasins où le niveau sonore moyen est de 80 décibels. Le bruit serait responsable de plus de 20% des internements psychiatriques et de 60 000 accidents du travail par an.
- Les températures extrêmes, l'alternance rapide de températures chaudes et froides, les tempêtes et les orages sont des événements météorologiques qui obligent les individus à s'adapter à la fois physiquement et psychologiquement. C'est pour cette raison que certaines personnes sont

déprimées par un hiver trop rude et retrouvent leur motivation à l'arrivée d'un printemps ensoleillé et fleuri.

- Le stress lié aux dents peut étonner mais il existe réellement et concerne plus de 50% de la population française. Il serait lié à un mauvais contact entre les surfaces des maxillaires supérieurs et inférieurs créant ainsi une mauvaise occlusion. Les muscles de l'appareil manducateur sont les plus puissants de l'organisme par rapport à leur volume. Lorsque la bouche est fermée, si les dents du haut ne reposent pas correctement sur les dents du bas, il y a un déséquilibre des muscles de la mâchoire et de la face, puis des muscles de la tête, du cou et des épaules. Les articulations temporo-mandibulaires sont, elles aussi, déséquilibrées. Cela peut se traduire par un bruxisme* ou des contractures. Chaque fois que nous déglutissons, nous imposons à nos dents une pression de l'ordre de deux kilogrammes. Cela représente une pression de quatre tonnes sur une journée. En cas de déséquilibre, lié au bruxisme* par exemple, cette pression est augmentée jusqu'à atteindre quinze à vingt tonnes par vingt-quatre heures. Cette charge excessive est à l'origine d'un stress et entraîne une importante consommation d'énergie. John Diamond, ancien président de l'Académie internationale de médecine préventive américaine, a observé au cours de ses recherches qu'il parvenait à une meilleure prise en charge du stress lorsqu'il tentait de résoudre d'éventuels problèmes dentaires. [BENSABAT S., 1989]

1.2.4. Stress psycho-émotionnels

Les stress psycho-émotionnels sont les plus courants. Ils correspondent aux états de tension, de préoccupation, de malaise psychologique et portent atteinte au « moi affectif ». Le stress psychologique survient chaque fois que l'on doit faire face à l'insatisfaction, la déception, la contrariété, la contrainte, l'humiliation, la frustration, la trahison, la tromperie, l'incompréhension et le mépris. Le stress psycho-émotionnel intervient dans le cadre de la relation humaine et plus précisément lorsque cette relation se vit dans la difficulté, le conflit, la tension, l'inégalité et qu'elle devient pesante pour ses protagonistes. Il s'agit souvent d'un stress chronique dont on ne parvient que difficilement à se défaire. Les domaines concernés par ce type de stress sont donc le domaine professionnel, le domaine conjugal et familial ainsi que le domaine relationnel. [BENSABAT S., 1989]

1.2.5. Stress du mode de vie

Parmi les stress les plus fréquents, nous pouvons citer les stress liés à un changement brutal du mode de vie, ceux liés à la vie urbaine ainsi que ceux liés au surmenage.

- Par définition, tout changement nécessite une adaptation de l'organisme et constitue un élément stressant. Le stress sera d'autant plus intense que le bouleversement sera important ou que les changements seront répétés. La réaction d'adaptation déterminera alors si ce stress est favorable ou

défavorable. Obtenir une promotion ou une mutation, démarrer un nouvel emploi ou au contraire perdre son emploi, travailler de nuit, changer de logement ou de ville, se marier ou divorcer sont des facteurs de stress liés aux changements du mode de vie.

- La vie dans une grande ville est un facteur de stress lié au monde moderne et aux sociétés industrielles. Vivre dans une métropole c'est s'imposer des contraintes au quotidien. Il faut alors pouvoir accepter de passer plusieurs heures dans les transports en commun bondés, accepter de subir les bouchons en voiture, faire la queue dans les commerces ou les restaurants et surtout subir l'agressivité des concitoyens, eux-mêmes irrités par ce mode de vie. Sur le long terme, ces stress quotidiens épuisent les réserves d'énergie et fragilisent les individus.
- De nos jours, une personne qui s'investit dans tout ce qu'elle fait au point d'y sacrifier son épanouissement personnel est souvent admirée. Il n'empêche que ces individus qui « en font trop » subissent un stress permanent, ce stress chronique qui nuit à leur santé. Un jour ou l'autre leurs organismes épuisés leur imposeront de tout arrêter. C'est de cette manière qu'ils pourraient atteindre le fameux *burn-out*. La notion de surmenage a un tel caractère péjoratif qu'elle ne peut donc être considérée que comme facteur de mauvais stress. [BENSABAT S., 1989]

1.2.6. Stress de l'hygiène de vie

Comme nous l'avons expliqué auparavant, les stressseurs ne sont plus les mêmes dans le monde moderne. Il y a encore quelques siècles, l'individu devait lutter contre la faim, le froid et les conditions climatiques. Pour la plupart des gens, la vie est devenue confortable et nous ne sollicitons plus nos organismes de la même manière. La sédentarité mais aussi l'excès d'activité physique, la consommation de tabac, d'alcool, les abus d'excitants tels que le café, les excès et régimes alimentaires déséquilibrés constituent ainsi de nouveaux stressseurs liés à l'hygiène de vie.

- Les activités physiques et le sport permettent d'évacuer le trop plein d'énergie et de stress quotidiens. Ils apportent ainsi une sensation de bien-être. D'après l'OMS, le manque d'activité représenterait le 4^{ème} facteur de risque de mortalité au niveau mondial (plus d'un adulte sur trois dans le monde ne pratiquerait pas assez d'exercice physique). L'absence d'activité physique est donc un facteur favorisant du stress et porte atteinte à l'équilibre psychique et physique de l'individu. Les excès de sport ne sont cependant pas plus bénéfiques car ils entraînent une sécrétion excessive de catécholamines et de cortisol, ces hormones dites « du stress ». D'après une étude d'Anton Luger, endocrinologue américain, les sportifs s'entraînant intensément et courant plus de soixante-dix kilomètres par semaine présentent un taux d'hormones du stress quinze fois supérieur à la normale. Cet excès hormonal se maintient après l'effort et reste supérieur de 70% à la moyenne. [OMS, 2014]

- De nombreuses études ont montré que le café, l'alcool et le tabac ont à eux seuls le pouvoir de créer une réaction de stress chez l'individu. Ils stimulent les mêmes voies nerveuses (le système sympathique) et provoquent les mêmes sécrétions hormonales que le stress naturel (par une stimulation des glandes surrénales, il se produit une libération de noradrénaline et d'adrénaline lors de l'absorption de café et d'adrénaline et de cortisol lors de l'absorption de tabac et d'alcool). C'est pour cette raison notamment que le tabac et l'alcool sont des facteurs favorisant d'ulcères de l'estomac. [BENSABAT S., 1989]
- Le comportement alimentaire joue un grand rôle dans l'homéostasie. En cas de carence par exemple, l'organisme ne dispose plus des éléments nutritifs essentiels à son bon fonctionnement et nous nous trouvons en situation de stress. De la même manière, l'ingestion excessive d'aliments stressants provoque chez l'individu une réaction aussi importante qu'une agression psycho-émotionnelle. Il y a alors un déséquilibre biochimique que l'organisme tente de compenser par une réaction biologique. Les aliments les plus stressants sont les hydrates de carbone raffinés (pain blanc, farine blanche, sucreries,...) car l'insuline sécrétée après ingestion de sucre peut diminuer la glycémie au point d'impliquer la sécrétion d'adrénaline via les mécanismes hyperglycémisants. L'adrénaline permet alors la libération de glucose par le foie. Il y a ensuite les acides gras saturés et notamment les graisses animales comme le beurre, les laitages, les viandes grasses et rouges, les protéides en excès, le sel en excès et les sauces en excès. [BENSABAT S., 1989]

1.2.7. Echelle du stress

En 1967, deux psychiatres américains nommés Holmes et Rahe ont établi une échelle permettant d'évaluer le degré de stress ressenti par l'individu en fonction de la situation vécue. Ces situations peuvent être aussi bien personnelles que familiales ou professionnelles, avoir des conséquences à court terme ou à long terme et être aussi bien perçues comme positives que négatives. Cette échelle, aussi nommée échelle d'unités de changement de la vie, a été établie grâce aux statistiques obtenues à partir d'échantillons représentatifs. Elle ne constitue pas une liste exhaustive des agents stressants mais elle regroupe et permet de comparer les événements majeurs pouvant survenir au cours d'une vie. Le principe est le suivant : plus le nombre de points attribués est élevé plus le stress causé par la situation est grand et plus le risque de conséquences néfastes pour la santé physique et mentale est important (on parle de sensibilité à la maladie). La note maximale pour un événement est de 100 points, elle correspond au décès du conjoint. Pour réaliser le test, il faut additionner les nombres de points des situations stressantes cumulées au cours de l'année. Pour cela, nous avons retranscrit l'échelle de Holmes et Rahe dans le Tableau I ci-après. [BENSABAT S., 1989]

Tableau I : Échelle d'unités de changement de la vie aussi nommée échelle du stress de Holmes et Rahe (1967)

<u>ÉVÉNEMENT VÉCU</u>	<u>NOTE ATTRIBUÉE</u>
Décès du conjoint	100
Divorce	73
Séparation conjugale	65
Emprisonnement	63
Décès d'un proche dans la famille	63
Maladie ou accident personnel grave	53
Mariage	50
Licenciement (professionnel)	47
Réconciliation conjugale (reprise de vie commune)	45
Départ en retraite	45
Changement grave dans la santé ou le comportement d'un proche	44
Grossesse	40
Difficultés sexuelles	39
Arrivée d'un nouveau membre dans la famille	39
Réadaptation professionnelle importante (fusion, faillite)	39
Changement financier important (amélioration ou détérioration de la situation antérieure)	38
Décès d'un ami intime	37
Changement d'emploi	36
Multiplication des disputes conjugales	35
Contracter une hypothèque ou une dette importante (achat d'une habitation)	31
Saisie d'un bien hypothéqué ou soumis à un emprunt	30
Changement notable de responsabilité professionnelle	29
Départ d'un enfant du foyer	29
Difficultés avec la belle-famille	29
Réussite personnelle exceptionnelle	28
Conjoint commençant ou arrêtant de travailler	26
Début ou fin d'un cycle de scolarité	26
Changement des conditions de vie	25
Modification des habitudes personnelles	24
Difficultés avec l'employeur	23
Changement des horaires ou des conditions de travail	20
Déménagement	20

ÉVÉNEMENT VÉCU	NOTE ATTRIBUÉE
Changement d'établissement scolaire	20
Changement de loisirs	19
Changement dans la religion	19
Changement d'activités sociales (plus ou moins qu'avant)	18
Contracter une dette peu importante	17
Changement dans les habitudes de sommeil	16
Changement de la fréquence et du nombre de participants des réunions familiales	15
Changement notable des habitudes alimentaires	15
Vacances, voyage	13
Noël	12
Amendes, contraventions et infractions mineures à la loi	11

Explications du résultat: [LEITNER L.-A., LESTER D., POSNER I., 1983]

- Avec un score de 150 points ou moins, le stress est considéré comme modéré mais le risque de contracter une maladie dans l'année à venir est de 37%.
- Entre 150 et 300 points, le stress est considéré comme élevé et le risque de contracter une maladie dans l'année à venir s'élève à 51%.
- Au-delà de 300 points, le stress est considéré comme très élevé et le risque de contracter une maladie dans l'année à venir atteint 80%.

1.3. Les composantes du système nerveux impliquées dans la réaction de stress

1.3.1. Le système nerveux autonome

Le système nerveux humain est divisé en deux parties distinctes : le système nerveux central et le système nerveux périphérique. Le système nerveux central comprend l'encéphale et la moelle épinière. Le système nerveux périphérique comprend les voies nerveuses permettant la communication entre le cerveau et la périphérie. Il est lui-même divisé en deux parties que sont le système nerveux somatique et le système nerveux autonome. Parce qu'il permet la réalisation de mouvements voulus par l'être humain, le système nerveux somatique est aussi nommé « volontaire ». En revanche, le système nerveux autonome, aussi nommé « végétatif », participe aux fonctions vitales en permettant notamment les mouvements respiratoires ou du tractus digestif. Ces mouvements sont dits involontaires. Enfin, le système nerveux autonome comporte deux subdivisions : le système nerveux sympathique et le système nerveux parasympathique, les deux agissant souvent de manière antagoniste et complémentaire. L'organigramme ci-dessous permet de visualiser la place de chacun de ces systèmes au sein du système nerveux. [BROOKER C., 2000]

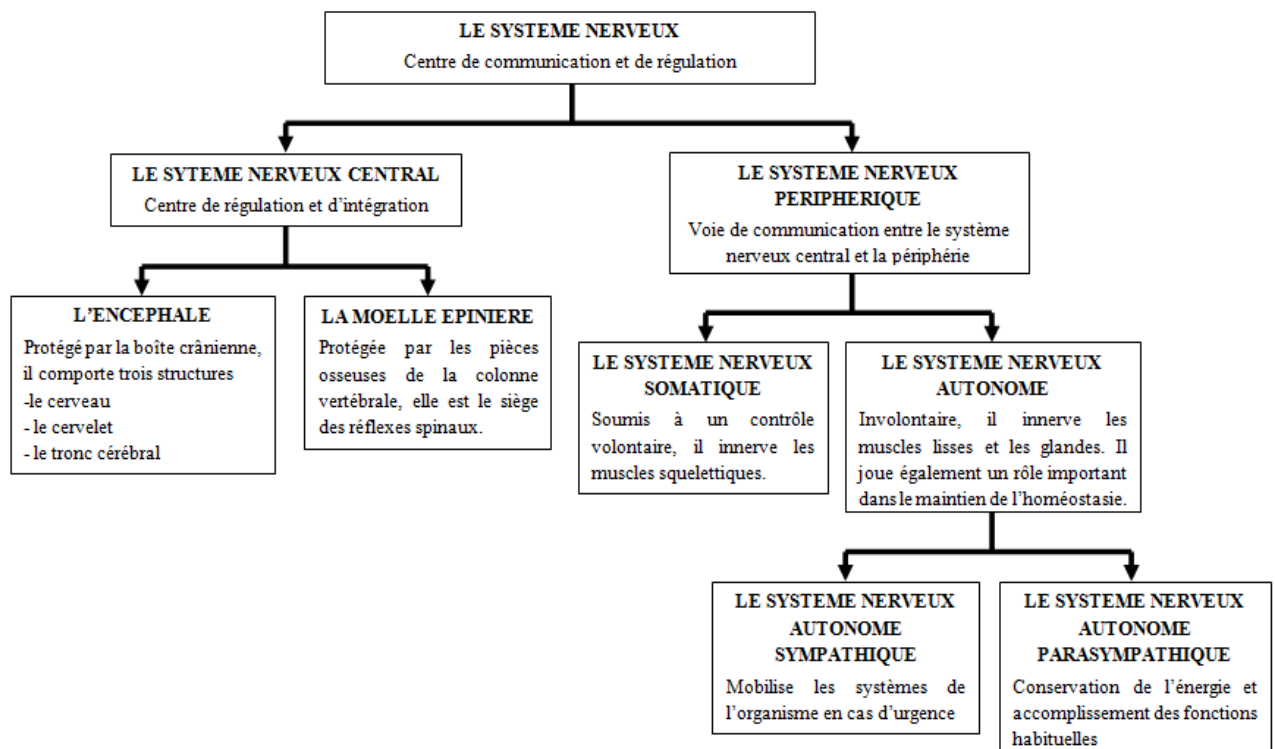


Figure 1 : Divisions du système nerveux humain

Source : <http://acces.ens-lyon.fr/acces/ressources/neurosciences/phylogenie-et-evolution-des-systemes-nerveux/comprendre/anatomie-et-ontogenese-du-systeme-nerveux-des-vertebres> (Consultée le 04/08/15)

Le système nerveux sympathique permet l'adaptation de l'organisme en situation de danger ou d'émotion intense. C'est lui qui met en sommeil les fonctions non indispensables au profit des fonctions vitales, de lutte et de défense comme a pu le décrire Cannon dans ses travaux. La stimulation de l'hypothalamus par un facteur de stress entraîne ainsi la libération d'adrénaline et de noradrénaline par les neurones post-ganglionnaires du système sympathique et la médullo-surrénale. Ces catécholamines vont notamment être responsables d'une augmentation des fréquences cardiaque et respiratoire et de la consommation de glucose par les muscles squelettiques. A l'inverse, le système parasympathique permet le retour à la normale en s'opposant au système sympathique. Il reconstitue les réserves énergétiques, régule le rythme cardiaque et favorise les fonctions d'élimination. [WESTEN D., 1999]

1.3.2. L'axe corticotrope

L'axe corticotrope est constitué d'un ensemble de quatre systèmes : le système limbique, l'hypothalamus, l'hypophyse et le cortex surrénalien. Ces quatre systèmes interagissent en cas de stress pour permettre la sécrétion des glucocorticoïdes. L'axe corticotrope est plus lent que le système nerveux autonome car son déclenchement est lié à la sécrétion d'hormones et non à la transmission d'influx nerveux.

1.3.2.1. Le système limbique

Le système limbique est la partie du système nerveux central qui module les fonctions endocriniennes. Il est impliqué dans l'olfaction, la mémoire, la motivation et les émotions. Il est constitué de différentes zones toutes situées à la base de l'encéphale autour du thalamus. Il s'agit de la région septale, du fornix, de l'hippocampe, de l'amygdale et du cortex insulaire et fronto-orbitaire postérieur (localisation anatomique en figure 2). Le système limbique interagit avec l'hypothalamus dans le but de réguler les attitudes sociales ou alimentaires mais aussi les comportements sexuels. Lorsque le système limbique est stimulé par des signaux extérieurs, il transmet ces signaux à l'hypothalamus par le biais de connexions neuronales et celui-ci déclenchera les réactions nécessaires au maintien de l'équilibre. C'est le faisceau du *cingulum** qui permet les connexions entre système limbique et hypothalamus mais aussi entre les différentes régions du système limbique. [WESTEN D., 1999]

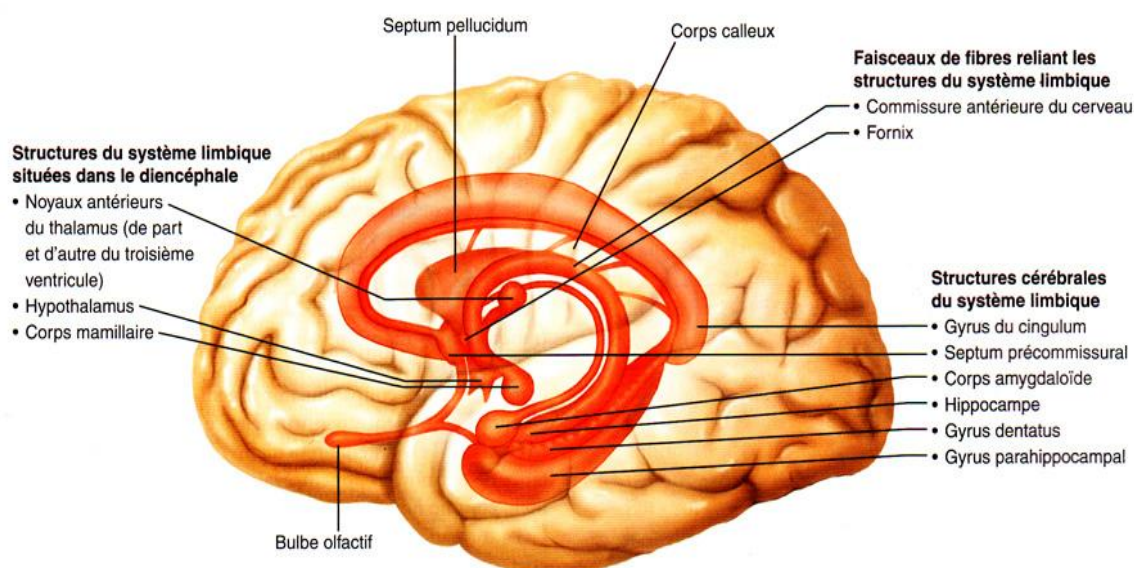


Figure 2 : Localisation anatomique du système limbique (coloré en rouge) au sein du cerveau humain.

Source : http://www.corpshumain.ca/images/Neuro_Limbique_F_fr.jpg
(Consultée le 03/08/15)

1.3.2.2. L'hypothalamus

L'hypothalamus, situé dans le diencephale, est la partie du système nerveux central assurant la liaison entre le système nerveux autonome (fonctions végétatives) et le système endocrinien. Il se trouve sous le thalamus et au-dessus de l'hypophyse (comme le montre la Figure 3 ci-après) et possède une masse de quatre grammes environ. Les corps des neurones qui le constituent se regroupent en noyaux constituant des divisions de l'hypothalamus. [WESTEN D., 1999]

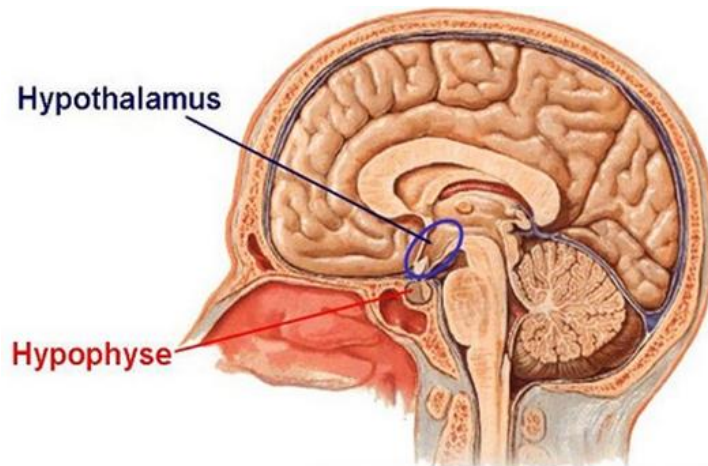


Figure 3 : Localisation anatomique de l'hypothalamus et de l'hypophyse au sein du cerveau humain

Source : <http://slideplayer.fr/slide/1324104/> (Consultée le 03/08/15)

L'hypothalamus est impliqué dans la thermorégulation, la régulation de l'appétit, de la soif et du sommeil ainsi que dans les émotions. Sous contrôle du système limbique, ses sécrétions hormonales permettent de maintenir l'homéostasie et de réguler les sécrétions hypophysaires. Il intervient donc dans l'adaptation de l'organisme en réaction à un stress. Les hormones hypothalamiques sont nombreuses. Il s'agit de la somatostatine, la dopamine, l'hormone thyroïdienne, la gonadolibérine, l'ocytocine, la vasopressine et celle qui nous intéresse particulièrement ici : la corticolibérine. En situation de stress, le noyau paraventriculaire de l'hypothalamus est stimulé. Ce noyau est constitué de neurones nommés parvocellulaires lorsqu'ils sont de petite taille et magnocellulaires lorsqu'ils sont de grande taille. Ces neurones ont la capacité de sécréter des hormones. Ainsi, les neurones magnocellulaires vont produire de l'ocytocine et de l'arginine vasopressine ensuite libérées dans la circulation sanguine. Les neurones parvocellulaires de la zone médiane vont, quant à eux, produire la corticolibérine ou CRF (*Corticotrophin Releasing Factor*). Le CRF est libéré au niveau de l'éminence médiane de l'hypothalamus et va réguler la sécrétion par l'hypophyse antérieure de l'hormone adrénocorticotrope ou ACTH (*Adreno-CorticoTrophin Hormone*). L'arginine vasopressine est un cofacteur du CRF et potentialise son effet. L'ocytocine va, en revanche, avoir un effet inhibiteur réduisant ainsi la production d'ACTH. [CAMPS J.-F., EUGENE D., GAUTHIER M. *et al.*, 2013] [WESTEN D., 1999]

1.3.2.3. L'hypophyse

L'hypophyse ou glande pituitaire, est une petite glande endocrine de moins d'un gramme. Elle est située à la base du crâne dans une loge formée par l'os sphénoïde nommée selle turcique. Elle est reliée au diencéphale, et plus particulièrement à l'hypothalamus, par l'intermédiaire de la tige pituitaire constituée de fibres nerveuses et de capillaires sanguins. L'hypophyse est divisée anatomiquement et fonctionnellement en deux lobes : le lobe antérieur ou antéhypophyse et le lobe postérieur ou neurohypophyse. La neurohypophyse est constituée de fibres

nerveuses tandis que l'antéhypophyse n'est constituée que de tissus glandulaires, c'est pourquoi nous la nommons aussi adénohypophyse. Comme expliqué plus haut, l'hypothalamus régule les sécrétions hormonales de l'hypophyse. Pour cela, il est relié à l'hypophyse postérieure par des fibres nerveuses et à l'hypophyse antérieure par des vaisseaux sanguins. La figure 4ci-dessous schématise ces deux types de connexion entre hypothalamus et hypophyse. [SHERWOOD L., 2006]

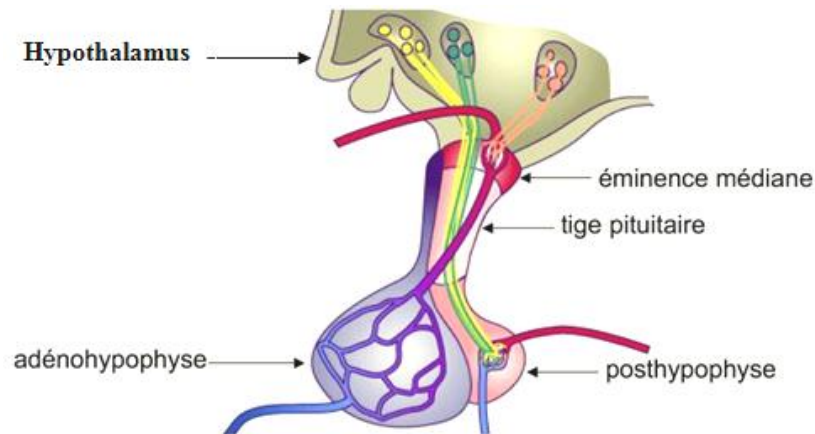


Figure 4 : Schéma des connexions vasculaires et nerveuses entre hypothalamus et hypophyse

Source : <http://histoblog.viabloga.com/texts/le-systeme-hypothalamo-hypophysaire> (Consultée le 03/08/15)

En situation de stress, la corticolibérine hypothalamique (CRF) induit la production de pro-opiomélanocortine (POMC) par le réticulum endoplasmique des cellules hypophysaires. La POMC est un polypeptide dont la protéolyse aboutit à la sécrétion d'une prohormone nommée *big*-ACTH clivée ensuite en hormone adrénocorticotrope (ACTH). Enfin, cette ACTH va permettre la sécrétion de glucocorticoïdes par les glandes surrénales. [Faculté de Médecine Pierre & Marie Curie, 2003]

1.3.2.4. Les surrénales

Les glandes surrénales sont des glandes endocrines. Elles sont au nombre de deux, une droite et une gauche, situées respectivement au-dessus du pôle supérieur des reins droit et gauche. Les surrénales ont l'aspect d'un triangle jaune dont les dimensions sont les suivantes : une hauteur de trois centimètres, une largeur de deux centimètres et une épaisseur d'un centimètre. Ces glandes sont constituées de deux parties distinctes sur le plan fonctionnel. Nous retrouvons d'une part, le cortex surrénalien ou cortico-surrénale se trouvant en périphérie et formé de la superposition des zones glomérulée, fasciculée et réticulée toutes composées de cellules glandulaires. La seconde zone, plus profonde, est appelée médullo-surrénale. Le cortex surrénalien sécrète les hormones dites corticostéroïdes toutes obtenues à partir du cholestérol. La médullo-surrénale, formée de cellules chromaffines, a la capacité de sécréter les catécholamines que sont l'adrénaline (représente en

proportion 90% de la production) et la noradrénaline (représente les 10% restants de la production). Les sécrétions surrénaliennes sont modulées par deux systèmes différents : l'adénohypophyse et la commande humorale. L'adénohypophyse module l'élaboration des glucocorticoïdes par l'intermédiaire de l'ACTH. La commande humorale, quant à elle, module l'élaboration de l'aldostérone (une diminution de la natrémie, de la volémie, ou de la pression artérielle mais aussi une augmentation de la kaliémie stimuleront la sécrétion de l'aldostérone). [LACOMBE M., 2006]

1.3.2.5. Le rétrocontrôle négatif

Les sécrétions hypophysaires et celles qu'elles provoquent chez d'autres glandes endocrines sont soumises à un rétrocontrôle négatif. La libération de glucocorticoïdes par la corticosurrénale est donc inhibée par une concentration trop élevée de cortisol dans le sang. Ce rétrocontrôle s'exerce au niveau de l'hypothalamus, de l'hypophyse mais aussi au niveau de l'hippocampe. Il est d'autant plus important que l'événement qui a provoqué la libération de corticoïdes est intense. Ceci a pour but de protéger l'organisme des effets néfastes qu'induirait l'exposition prolongée aux glucocorticoïdes. En dehors des situations de stress, le cortisol n'est pas produit de manière continue. Cette production est soumise à un rythme circadien. Ainsi, la cortisolémie augmente en fin de nuit pour atteindre un pic autour de 8h00 le matin et diminuer au cours de la journée. Le cortisol a un effet excitant sur l'organisme. Sans lui, il serait sans doute plus difficile d'aller travailler le matin ! Cette sécrétion basale de glucocorticoïdes n'échappe pas à la règle du rétrocontrôle négatif. Toutefois, les concentrations mises en jeu étant moins élevées, le rétrocontrôle est moins intense. [BROOKER C., 2000]

1.4. Le Syndrome Général d'Adaptation (SGA)

Les études menées sur le rat ont permis de tirer des conclusions scientifiques quant aux effets du stress sur les individus. Des rats placés dans une chambre frigorifique ont été autopsiés quarante-huit heures plus tard. Les rongeurs présentaient alors une hypertrophie des glandes surrénales, des ulcères gastriques et une atrophie du thymus et des ganglions. L'expérience a alors été prolongée durant plusieurs semaines au cours desquelles les rats avaient à subir des températures de plus en plus faibles mais qu'on leur imposait de manière progressive. Ce qu'ont pu constater les scientifiques c'est que les rats s'habituèrent et s'adaptaient à de telles conditions. Après avoir subi un amaigrissement pendant les premières phases de l'expérience, les rongeurs parvenaient même à inverser la tendance et à prendre du poids. Enfin, en prolongeant l'expérience plusieurs mois, la capacité d'adaptation et de réponse au froid avait fini par diminuer jusqu'à devenir nulle et ces conditions extrêmes avaient causé la mort des rongeurs. Il s'agit du stade d'épuisement.

Nous l'avons vu, le stress correspond à l'association d'une agression ou d'une stimulation et de la réponse qui lui est faite par l'organisme. Cette stimulation peut être physique, émotionnelle ou sensorielle mais la réponse est toujours modulée par la biologie. Elle est « stéréotypée » parce qu'elle utilise toujours les mêmes

mécanismes adaptatifs, les mêmes voies neurologiques et hormonales. Hans Selye définit ainsi le stress comme étant la « réaction non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite ». Il associa à la réponse biologique au stress la succession de trois étapes et nomma ce processus Syndrome Général d'Adaptation (SGA). Les trois étapes du SGA sont la réaction d'alarme, la phase de résistance et le stade d'épuisement. Chaque individu face à une situation stressante et pour une même phase du SGA subira ainsi les mêmes modifications biologiques. Seuls varieront l'agent causal, la durée et l'intensité du stress. [BENSABAT S., 1989]

1.4.1. La réaction d'alarme

La réaction d'alarme est également nommée réaction de lutte ou de fuite. Elle correspond à une réaction rapide du corps face à une agression imprévue et peut durer de quelques minutes à plusieurs heures (sans jamais dépasser vingt-quatre heures). L'organisme doit donc se défendre et assurer l'équilibre du milieu intérieur ou homéostasie. Cette réaction de lutte fait intervenir le système nerveux autonome. Elle se traduit par une activation soudaine et intense du cortex orbito-frontal, du système limbique et de l'hypothalamus. Des influx nerveux sont alors transmis depuis l'hypothalamus vers les centres nerveux sympathiques de la moelle épinière qui transmettent eux-mêmes ces signaux à des effecteurs viscéraux grâce aux nerfs sympathiques. [PACAUD G., 1991]

Les médullosurrénales sont les effecteurs viscéraux ayant un rôle prépondérant dans la réaction d'alarme. La stimulation nerveuse de ces glandes endocrines et de leurs cellules chromaffines permet, en effet, la libération de deux hormones : l'adrénaline et la noradrénaline dont le rôle est de renforcer et maintenir la réponse au stress en mobilisant les ressources énergétiques du corps. Une concentration importante de ces deux catécholamines dans le sang va entraîner une augmentation de la glycémie (permise par glycogénolyse dans un premier temps puis par lipolyse), de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, de la tonicité des muscles et de la pression artérielle autorisant ainsi un effort physique immédiat. En situation de danger, l'organisme distingue les fonctions non essentielles que sont les fonctions digestives, urinaires et génitales des fonctions essentielles que sont les fonctions encéphaliques, cardio-vasculaires, respiratoires et musculaires. L'activité des fonctions non essentielles est réduite au profit des fonctions essentielles qui vont permettre de lutter face à l'agresseur. Le cœur va ainsi pouvoir augmenter l'afflux sanguin vers l'encéphale impliqué dans la mise en alerte, vers les poumons qui vont pouvoir assurer les échanges gazeux nécessaires à l'effort et vers les muscles squelettiques qui vont assurer la défense ou la fuite. La diminution de l'afflux sanguin vers les reins entraîne également la libération de rénine déclenchant ainsi le système rénine-angiotensine-aldostérone. L'aldostérone est alors responsable d'une rétention hydrosodée qui favorise l'augmentation de la pression artérielle et maintient les volumes liquidiens en cas de perte de sang. [DERRICKSON B., TORTORA G., 2009]

1.4.2. La phase de résistance

La phase de résistance fait suite à la réaction d'alarme. Alors que la réaction d'alarme était amorcée par des influx nerveux et était de courte durée, la phase de résistance se caractérise par une durée prolongée et un déclenchement hormonal. Elle survient lorsque les moyens employés pour l'effort adaptatif de la réaction d'alarme ne suffisent plus à contrer un agent stressant persistant. La mobilisation des ressources est alors intensifiée ce qui rend l'individu vulnérable vis-à-vis d'éventuelles autres agressions. L'organisme sollicite pour cela de nombreux systèmes hormonaux. Hans Selye qualifie cette phase d'« hétérostasie » puisque l'équilibre interne n'a pu être rétabli. C'est aussi pendant cette phase que peuvent survenir les pathologies, notamment cardiovasculaires (infarctus du myocarde, troubles du rythme), digestives ou cutanées. Afin de fournir l'énergie requise pour la lutte, des hormones sont produites en grandes quantités par l'hypothalamus. L'une d'entre elles va, en l'occurrence, permettre la sécrétion de cortisol par les corticosurrénales. Ces hormones hypothalamiques sont la corticolibérine (CRH), la somatocrine (GHRH) et la thyroïdolibérine (TRH). [SERVANT D., 2012]

- La corticolibérine va stimuler l'adénohypophyse entraînant la sécrétion de l'hormone adrénocorticotrope (ACTH). Cette ACTH va provoquer, quant à elle, la sécrétion massive de cortisol par les corticosurrénales. Enfin, le cortisol va garantir un apport énergétique suffisant aux cellules de l'organisme en rendant disponibles d'importantes quantités de glucose. Pour cela, le cortisol assure la dégradation de triacylglycérols en acides gras et la dégradation de protéines en acides aminés. Les cellules hépatiques sont elles aussi stimulées par le cortisol et vont produire du glucose à partir d'acides gras et d'acides aminés. Ce glucose sera finalement utilisé par les cellules de l'organisme pour produire de l'adénosine tri-phosphate (ATP), source d'énergie indispensable, mais aussi pour la réparation de cellules lésées. Le cortisol participe également à la lutte contre l'agent stressant grâce à ses rôles d'anti-inflammatoire naturel et de vasoconstricteur (en sensibilisant les vaisseaux sanguins à l'effet d'hormones vasoconstrictrices, il participe à la vascularisation des organes fonctionnels nécessaires à l'adaptation). La stimulation de la corticosurrénale va aussi permettre la sécrétion d'aldostérone, qui, nous l'avons plus haut, entraîne l'augmentation de la pression artérielle.
- La somatocrine va stimuler l'adénohypophyse entraînant la sécrétion de l'hormone de croissance (hGH). Cette hormone de croissance permet de produire de l'énergie sous forme d'ATP en dégradant des triacylglycérols et des acides gras par l'intermédiaire des IGF (Insulin-like Growth Factor). Le taux de glucose sanguin se voit aussi augmenté grâce à une glycogénolyse hépatique. Ce glucose est dévoué au fonctionnement neuronal.
- La thyroïdolibérine va stimuler l'adénohypophyse entraînant la sécrétion de thyrotropine (TSH). Cette thyrotropine est impliquée dans la production des hormones thyroïdiennes elles-mêmes responsables de la formation d'ATP à

partir du glucose. Ce glucose pourra être employé par toutes les cellules impliquées dans le métabolisme. [DERRICKSON B., TORTORA G., 2009]

1.4.3. Le stade d'épuisement

Lorsque les mécanismes mis en œuvre pour assurer la défense de l'individu sont insuffisants, les sources d'énergie s'amenuisent et la lutte se solde par un échec. L'organisme entre alors dans le stade d'épuisement et la phase de résistance s'achève. L'adénohypophyse et le cortex surrénalien n'ont plus la capacité de sécréter des hormones pour permettre l'adaptation. Si la situation est grave, il peut s'en suivre la cachexie ou même la mort de l'individu bien que cela soit rare. La succession des trois phases du syndrome général d'adaptation suggère ainsi une aggravation des effets du stress selon la durée d'exposition, la nature de l'agent stressant et les capacités de résistance de l'individu concerné. La figure 5 ci-dessous montre ainsi l'évolution des capacités de l'organisme selon la phase du syndrome général d'adaptation vécue par un individu. La surprise liée à l'événement stressant diminue la résistance générale de l'organisme durant la réaction d'alarme. Cette résistance générale s'élève à nouveau lorsque l'organisme met tout en œuvre pour s'adapter : il s'agit de la phase de résistance. Enfin, après abandon de l'organisme au dernier stade du SGA, la résistance générale de l'individu s'épuise. [BENSABAT S., 1989] [DERRICKSON B., TORTORA G., 2009]

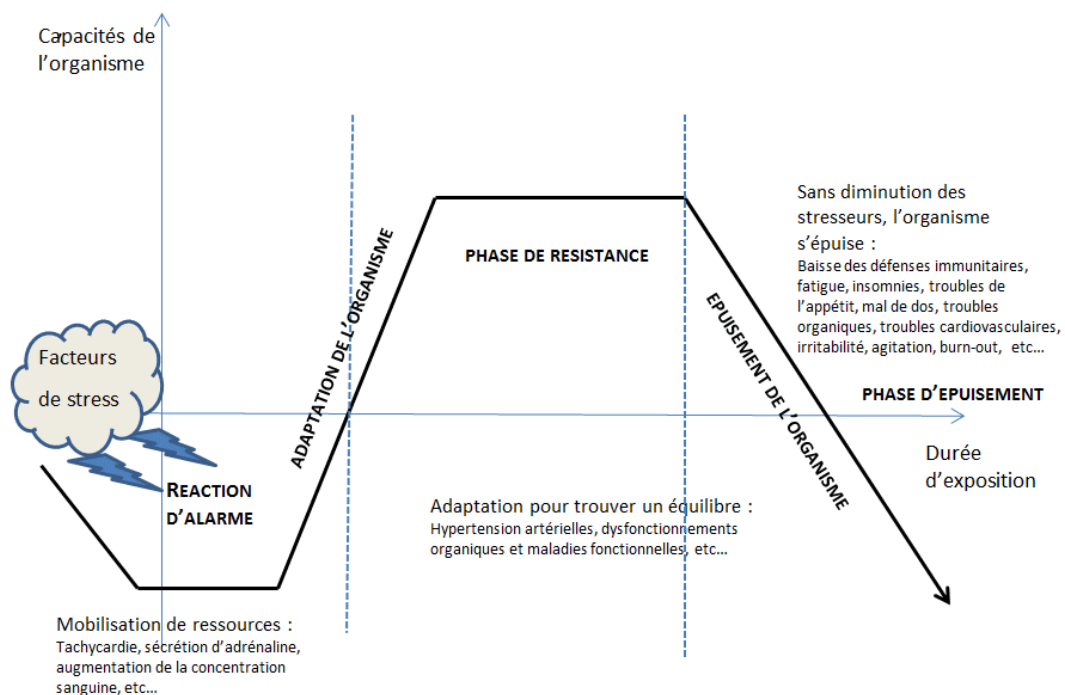


Figure 5 : Graphique montrant l'évolution des capacités de l'organisme au cours du Syndrome Général d'Adaptation d'Hans Selye

Source: <http://www.hypersensibles.com/le-programme-gupta/>
(Consultée le 08/05/15)

1.5. Stress et pathologie

1.5.1. Mécanisme

Chaque individu réagit de manière différente face à un événement stressant. Cela va dépendre de la perception qu'il a de la situation mais surtout de la stratégie qu'il va adopter pour se défendre. Deux possibilités s'offrent à lui : tenter de lutter et de contrôler la situation ou subir pour éviter d'aggraver les choses. C'est donc le sujet lui-même qui conditionne les réactions biologiques et physiopathologiques qu'il va subir pour maintenir l'équilibre. S'il choisit de garder le contrôle, l'individu va solliciter le système nerveux sympathique et activer la production de catécholamines. Les effets de l'adrénaline et de la noradrénaline sont une pression artérielle augmentée, une tachycardie, un débit cardiaque augmenté, des palpitations, des tremblements, une hyper-sudation, une glycémie augmentée, une lipolyse augmentée, un flux sanguin musculaire augmenté, une excitation du système nerveux central (afin d'augmenter la vigilance) et une agrégation plaquettaire augmentée (afin de limiter les pertes de sang). Une exposition prolongée à ces catécholamines peut avoir des répercussions sur le système cardio-vasculaire. Un stress aigu trop intense pourrait également conduire à une arythmie ventriculaire mettant en jeu la vie du sujet. S'il choisit de se résigner, c'est l'axe corticotrope qui va être sollicité. Le cortisol sécrété a la capacité de stimuler la production des catécholamines et d'accroître la sensibilité tissulaire à ces hormones. Axe corticotrope et système nerveux autonome agissent donc en synergie pour de brèves périodes d'activité soutenue de l'organisme. Les effets du cortisol sont une néoglucogenèse, une lipolyse augmentée, une pression artérielle augmentée, une excitation du système nerveux central (afin de s'adapter rapidement), une lutte contre l'inflammation, une immunité diminuée, une cicatrisation des plaies retardée (afin de mettre en veille les fonctions non vitales) et une rétention hydrosodée. Une exposition prolongée au cortisol va entraîner une suppression de l'immunité lymphocytaire exposant le sujet à diverses infections y compris par des germes opportunistes. Cette immunité déficiente peut également être la cause d'allergies et, pire encore, de tumeurs. Le cortisol est un facteur de risque du syndrome métabolique parce qu'il peut provoquer une intolérance au glucose se traduisant par un diabète (insulinodépendant ou non), une hypertension artérielle et une augmentation d'adipocytes (tissu graisseux) au niveau abdominal. Enfin, le cortisol est responsable d'une augmentation de la résorption osseuse en stimulant l'activité des ostéoclastes et en inhibant l'absorption du calcium au niveau intestinal. Il est donc un facteur de risque d'ostéoporose aussi bien chez l'homme que chez la femme. [CHEMOUNY B., 2012] [CURTIS M.-J., HOFFMAN B.-B., PAGE C.-P. *et al.*, 1999]

1.5.2. Troubles causés par le stress

Il serait impossible de dresser une liste exhaustive des troubles causés par le stress puisqu'il ne se traduit pas de la même manière chez tous les individus. Nous pouvons toutefois en citer les principales conséquences sur l'organisme à plus ou moins long terme. [ZABLOCKI B., 2009]

Troubles digestifs : Le cortisol, par son effet anti-inflammatoire, réduit la capacité de la muqueuse gastrique à se protéger de l'acidité du milieu (par suppression des prostaglandines). Il peut entraîner des brûlures d'estomac, des gastrites aiguë et chronique, un ulcère gastro-duodéal, un reflux gastro-œsophagien (RGO), des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements, des diarrhées, une constipation, une aérophagie et des colopathies fonctionnelles.

Troubles cardio-vasculaires : Les catécholamines et le cortisol, par leurs effets cardio-vasculaires cités dans le paragraphe 1.5.1., peuvent entraîner une hypertension artérielle, une augmentation de la fréquence cardiaque, des palpitations et une augmentation du LDL cholestérol (connu sous le nom de « mauvais cholestérol »), avec à terme un risque d'athérosclérose.

Troubles cutanés : Le cortisol fragilise le derme en stimulant l'activité de métalloprotéases. Il favorise les réactions allergiques et retarde la réparation cutanée. Le stress favorise les pathologies cutanées évoluant par poussées telles que l'eczéma et la dermite atopique, les urticaires, la dyshidrose et le psoriasis.

Troubles neurologiques et troubles du sommeil : Les catécholamines et le cortisol, par leurs effets cardio-vasculaires et excitateurs du système nerveux central, favorisent des troubles neurologiques tels que les céphalées, les migraines par crises ou chroniques, des insomnies, des cauchemars, une hyperventilation, une hypersudation et une halitose.

Troubles de la sexualité : Un excès de cortisol empêche la sécrétion de gonadotrophines qui modulent l'activité sexuelle et reproductrice. L'atteinte psychologique que peut provoquer une situation stressante joue également un rôle dans les troubles de la sexualité et des fonctions de reproduction que sont l'impuissance, l'absence de désir, les dysménorrhées, les aménorrhées et les métrorragies.

Troubles psychologiques : Le stress favorise notamment l'irritabilité, les angoisses, les colères, les épisodes de panique, la dépression, le *burn-out*, et les spasmes cricopharyngiens (nœuds dans la gorge).

Troubles du comportement : Le stress peut induire un changement d'humeur, une susceptibilité, des difficultés de concentration et des difficultés relationnelles.

Modification des habitudes : Les personnes stressées ont tendance à avoir une consommation accrue de tabac et/ou d'alcool ainsi qu'une consommation accrue ou, au contraire, réduite de nourriture (prise ou perte de poids).

Troubles de la mastication : Le stress favorise le Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur* (SADAM) ainsi que les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire. Ces troubles sont délétères pour la mastication, donc l'alimentation.

1.5.3. Stress et anxiété

Bien qu'ils n'aient pas la même signification, les termes « stress » et « anxiété » sont utilisés dans le langage courant pour désigner un même état d'inconfort. Rappelons d'abord que le stress désigne l'ensemble des réactions biologiques mises en œuvre par l'organisme pour lutter contre une agression extérieure (le danger est alors réel). Il entraîne des sécrétions hormonales et mobilise majoritairement les voies périphériques du système nerveux. Le système nerveux central est toutefois impliqué dans l'identification du danger et c'est aussi lui qui envoie les signaux permettant la lutte. L'anxiété, quant à elle, correspond à une crainte par anticipation du danger (le danger est ici inexistant ou non encore présent). Si le sujet a été confronté à un danger qui ne fait plus partie de son environnement mais dont la survenue devient redoutée et les conséquences anticipées, on parle d'anxiété. Il s'agit d'un processus cérébral qui implique uniquement le système nerveux central. Le système limbique qui contrôle les émotions est ainsi responsable de l'anxiété et de la peur qu'elle génère. Elle présenterait un caractère génétique bien que les expériences vécues par l'individu y contribuent beaucoup. Les neuromédiateurs jouent un rôle prépondérant dans l'anxiété. En effet, les neuromédiateurs inhibiteurs tels que l'acide gamma-aminobutyrique ou GABA, en inhibant l'activité électrique neuronale, permettent de réduire les troubles anxieux. De la même manière, tout facteur diminuant l'activité du GABA favorise ces mêmes troubles. C'est ce sur quoi reposent les thérapeutiques anxiolytiques. [GODEFROID J., 2011]

Ainsi, l'anxiété devient parfois un facteur de stress et peut provoquer chez l'individu les mêmes manifestations physiopathologiques que n'importe quelle situation stressante. Chez les animaux comme les rongeurs, elle est aussi un moyen de protection et de fuite face aux prédateurs. Corps et esprit étant en communication permanente, le stress et l'anxiété sont forcément liés entre eux. Schématiquement, l'anxiété est ainsi décrite comme le « vécu psychologique du stress, qui serait le vécu physiologique ». [GODEFROID J., 2011]

2. Prise en charge médicamenteuse du stress

Le but de ce travail est de décrire les troubles digestifs liés au stress ainsi que leur prise en charge. Avant de pouvoir traiter ces troubles et non uniquement la symptomatologie, il faut s'assurer d'en avoir éliminé la cause. Ainsi, nous décrivons ici les thérapies proposées aux patients à l'officine pour « soigner » leur stress.

2.1. Les anxiolytiques

L'anxiété est un facteur de stress et peut conduire aux mêmes réactions biologiques. Pour lutter contre le stress lié à l'anxiété, les professionnels de santé disposent de médicaments appelés anxiolytiques (du latin *anxiētās* et du grec *lutikós* et signifiant « qui dissout l'anxiété »). Les anxiolytiques, aussi connus sous le nom de tranquillisants, sont des médicaments listés qui doivent être prescrits par un médecin

après avoir établi le diagnostic de troubles anxieux. Ils sont indiqués dans l'anxiété des états névrotiques et psychotiques en association aux neuroleptiques, dans toutes les formes d'anxiété, dans les insomnies d'endormissement, dans les affections psychosomatiques liées à l'anxiété, dans le cadre du sevrage alcoolique et dans les douleurs liées à des contractures musculaires. En plus des formes orales, il existe des formes injectables et rectales, les formes injectables étant réservées aux états de crise (*delirium tremens* par exemple) et les formes rectales aux crises d'épilepsie chez l'enfant et le nourrisson. Le choix d'un anxiolytique repose sur sa pharmacocinétique (selon la demi-vie d'élimination essentiellement). Leur usage est déconseillé chez l'enfant et l'adolescent. [Académie nationale de Pharmacie, 2014] [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

Voici quelques chiffres relevés par l'ANSM sur la consommation des benzodiazépines en France en 2012: [ANSM, 2014]

- 7 millions de Français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine anxiolytique.
- A l'échelle européenne, les Français se placent au 2^{ème} rang de la consommation d'anxiolytiques derrière le Portugal.
- 22 % des patients sous anxiolytiques sont traités avec deux benzodiazépines simultanément.
- Plus de 3/5^{ème} des patients sous anxiolytiques sont des femmes.
- L'âge moyen du patient traité par anxiolytique est de 56 ans.
- Les médecins prescripteurs sont majoritairement des praticiens libéraux et, parmi eux, 90% sont des médecins généralistes.
- La durée moyenne de consommation annuelle des anxiolytiques est de 5 mois (cette durée est d'autant plus élevée que le patient est âgé).

Les recommandations concernant les anxiolytiques sont les suivantes : [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

- « Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques »
- Selon l'arrêté du 7 octobre 1991, « Les durées de prescription maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) ne doivent pas excéder quatre à douze semaines, avec une réévaluation régulière ». Le Clorazébate dipotassique (TRANXENE®) ne peut être prescrit que pour une durée maximale de vingt-huit jours.
- « Le traitement sera initié avec la posologie la plus faible et les posologies maximales recommandées ne doivent pas être dépassées »

2.1.1. Les benzodiazépines

Les benzodiazépines agissent en se fixant sur les sous-unités α des récepteurs GABA_A au niveau cérébral. Elles n'entrent pas en compétition le GABA qui se fixe aux sous-unités β des mêmes récepteurs. Cette fixation entraîne une modulation

allostérique par modification de conformation des récepteurs favorisant ainsi la fixation du GABA. Ce dernier peut alors exercer son activité inhibitrice sur le système nerveux central. Elles agissent également en freinant l'activité des catécholamines et de la sérotonine. [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

Les benzodiazépines connues pour leur effet anxiolytique sont les suivantes :

- Alprazolam (XANAX®)
- Bromazépam (LEXOMIL®)
- Clorazépate dipotassique (TRANXENE®)
- Clobazam (URBANYL®)
- Clotiazépam (VERATRAN®)
- Diazépam (VALIUM®)
- Loflazépate (VICTAN®)
- Lorazépam (TEMESTA®)
- Nordiazépam (NORDAZ®)
- Oxazépam (SERESTA®)
- Prazépam (LYSANXIA®)

Les benzodiazépines sont des molécules basiques lipophiles. Leur structure chimique (schématisée ci-après) détermine leur effet. Si le groupement de substitution en 7 est un groupement chlorure (Cl) ou un groupement bromure (Br), elles auront un effet anxiolytique. Si le groupement de substitution en 7 est un groupement nitro (NO₂) ou un groupement trifluorométhyle (CF₃), elles auront un effet hypnotique.

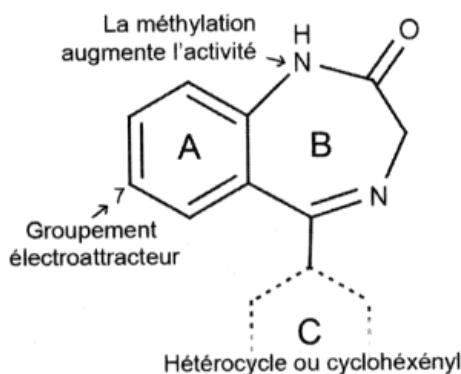


Figure 6 : Structure chimique des Benzodiazépines

Source : BIANCHI V., EL ANBASSI S., Médicaments, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 2012, 200 pages.

Les benzodiazépines anxiolytiques sont celles à demi-vie longue. Elles se lient fortement aux protéines plasmatiques mais ne sont pas à l'origine d'interactions médicamenteuses par déplacement. Ces benzodiazépines sont principalement métabolisées au niveau hépatique par oxydation et méthylation (cytochrome P450) et sont éliminées par les voies urinaires. [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012]

Les effets indésirables les plus fréquents des benzodiazépines sont liés à la dépression centrale. Il s'agit de la sédation, de la baisse de vigilance et de troubles de la concentration et de la mémoire. Ces effets sont d'autant plus marqués que la personne est âgée et ils sont exacerbés par la prise concomitante d'alcool et de substances majorant la dépression centrale. Les benzodiazépines peuvent provoquer une dépression respiratoire centrale, c'est pourquoi elles sont contre-indiquées chez les patients souffrant d'insuffisance respiratoire. Elles ne doivent donc pas être associées à l'alcool, aux substances majorant la dépression centrale, aux substances myorelaxantes (curares et myorelaxants), aux substances majorant la dépression respiratoire (opiacés), aux inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques du cytochrome P450. Ainsi, les benzodiazépines sont contre-indiquées chez les patients insuffisants respiratoires mais aussi chez les patients souffrant de syndrome d'apnée du sommeil, de myasthénie* ou d'insuffisance hépatique sévère. Leur usage est déconseillé au cours de la grossesse et de l'allaitement. Les posologies doivent être divisées par deux ou trois chez les personnes âgées ainsi que chez les insuffisants hépatiques et les insuffisants rénaux. [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012] [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

2.1.2. L'Hydroxyzine (ATARAX®)

L'Hydroxyzine est un antihistaminique dérivée de la pipérazine. Elle est connue pour ses effets anxiolytique, sédatif et antiallergique. Elle agit comme anti-H₁ central et périphérique et comme anti-cholinergique. Son métabolisme est hépatique. L'hydroxyzine est indiquée dans le traitement de l'anxiété mineure, dans le traitement symptomatique des manifestations allergiques mais aussi en deuxième intention dans les insomnies d'endormissement. Elle présente des effets indésirables atropiniques, de sédation (liés à l'effet anti-H₁), de syndrome de sevrage et est fortement tératogène chez l'animal. En pratique, les données se veulent rassurantes et l'hydroxyzine ne présente pas d'effet malformatif lorsqu'elle est administrée chez la femme enceinte. Elle a pour avantage de ne pas créer de dépendance et de ne pas favoriser la prise de poids. Ses effets indésirables la contre-indiquent en cas de glaucome à angle fermé ou d'hypertrophie bénigne de la prostate et la déconseillent au cours de la grossesse et de l'allaitement. Il ne faut donc pas associer l'hydroxyzine aux substances à effets atropiniques. Là encore, l'alcool majore les effets indésirables de dépression centrale. [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012] [CRAT, 2015]

2.1.3. La Buspironne (anciennement BUSPAR®)

La Buspironne est un anxiolytique non sédatif dérivé de la pipérazine. Son effet est plus tardif et moins intense que celui des Benzodiazépines. Elle agit en tant qu'agoniste partiel des récepteurs sérotoninergiques 5HT_{1A} pré-synaptiques et en tant qu'antagoniste des récepteurs dopaminergiques D₂. Elle conduit ainsi à la diminution de l'activité neuronale. La Buspironne se lie fortement aux protéines plasmatiques et subit un important effet de premier passage hépatique. Son élimination est à la fois hépatique et urinaire, ce qui explique qu'elle est contre-indiquée en cas d'insuffisances hépatique et rénale sévères. Elle ne peut pas non plus

être utilisée en association aux inhibiteurs enzymatiques. Son usage est déconseillé chez la femme enceinte et allaitante. Ses effets indésirables vont des troubles digestifs aux vertiges, céphalées et sensations d'ébriété. Elle ne peut donc pas être associée à l'alcool qui majore ces effets.[AFECT, 2011] [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012]

2.1.4. Le Captodiamine (COVATINE®)

Le Captodiamine est un anxiolytique dont le mode d'action au niveau du système limbique est mal connu. Sa structure dérive de celle de la Diphenhydramine qui est un antihistaminique. Le Captodiamine est indiqué pour la prise en charge des manifestations somatiques de l'anxiété telles que l'irritabilité. Ses effets indésirables sont la somnolence et une légère modification du goût. Son utilisation est déconseillée pendant la grossesse et l'allaitement ainsi qu'en association à l'alcool. [AFECT, 2011] [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012]

2.1.5. L'Etifoxine (STRESAM®)

L'Etifoxine est une Benzoxazine. Elle exerce une activité régulatrice neurovégétative et n'est à l'origine d'aucun effet rebond ni dépendance. Depuis Juillet 2014 et une révision de son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), l'Etifoxine est indiquée dans les manifestations psychosomatiques de l'anxiété telles que les dystonies neurovégétatives. Cette modification de l'AMM est notamment due aux effets indésirables cutanés, de toxicité hépatique et d'hypersensibilité, rares mais potentiellement dangereux. Outre les effets cutanés, l'Etifoxine présente un risque de somnolence. Elle est contre-indiquée dans les états de choc, en cas d'insuffisances hépatique et rénale sévères et en cas de myasthénie*. Son usage est déconseillé chez la femme enceinte et allaitante ainsi qu'en association à l'alcool. D'après la revue Prescrire, la balance bénéfices-risques basculerait en faveur d'un retrait de commercialisation de l'Etifoxine. Ses effets indésirables sont, en effet, trop peu prévisibles et le risque encouru par le patient est trop élevé d'autant plus que l'efficacité de ce médicament sur l'anxiété est peu connue. [ANSM, 2014] [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012] [PRESCRIRE, 2015]

2.1.6. La Prégabaline (LYRICA®)

La Prégabaline est un analogue alkylé et très lipophile du GABA. Cela lui confère un accès facilité au système nerveux central via la barrière hémato-encéphalique et une forte activité inhibitrice centrale. Elle empêche pour cela la libération de neuromédiateurs excitateurs tels que le glutamate mais aussi la libération de noradrénaline. La Prégabaline est un antiépileptique également indiqué dans les troubles anxieux généralisés et les douleurs neuropathiques. Elle se lie faiblement aux protéines plasmatiques et n'est que peu métabolisée. Seule l'hypersensibilité à la substance active contre-indique son utilisation. Parmi ses effets indésirables, nous retrouvons la prise de poids, les troubles psychiatriques (variations extrêmes de l'humeur, confusion, irritabilité), des troubles neurologiques tels que l'amnésie, la

sédation et l'ataxie* mais aussi la diplopie* et les troubles de l'érection. Son usage est donc déconseillé en association à l'alcool qui majore la dépression centrale. [AFECT, 2011] [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012]

2.1.7. Tableau comparatif des anxiolytiques

Le tableau qui suit permet de récapituler et de comparer les avantages et inconvénients des différents anxiolytiques. Il peut orienter le choix du médecin prescripteur à l'initiation d'un traitement par anxiolytique. [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

Tableau II : Tableau comparatif des avantages et inconvénients des divers anxiolytiques disponibles

Molécule	Avantages	Inconvénients
BENZODIAZEPINES	- Action immédiate - Efficacité constante - Sédation (si action souhaitée)	- Risque de dépendance - Troubles mnésiques éventuels - Sédation
HYDROXYZINE	- Pas de dépendance - Sédation (si action souhaitée)	- Efficacité moins constante - Sédation
BUSPIRONE	- Pas de dépendance - Pas de sédation - Pas de troubles mnésiques	- Long délai d'action - Efficacité moins constante
CAPTODIAME	- Pas de dépendance - Peu d'effets indésirables	Mécanisme d'action mal connu
ETIFOXINE	- Pas de dépendance - Pas d'effet rebond	- Effets indésirables potentiellement dangereux - Efficacité moins constante
PREGABALINE	- Pas de dépendance - Peu de contre-indications - Peu d'interactions	Nombreux effets indésirables parfois dangereux

2.1.8. Les conseils à donner aux patients

- Les anxiolytiques peuvent être ingérés au cours des repas. Les prises sont réparties en 1 à 3 fois par jour. En cas d'oubli d'une prise, il ne faut pas doubler la dose à la suivante.
- L'arrêt d'un traitement par anxiolytiques ne doit pas être brutal pour ne pas provoquer de syndrome de sevrage ou d'effet rebond.
- Il y a certaines mesures hygiéno-diététiques à respecter : ne pas consommer d'alcool et de tabac, réduire le café et pratiquer une activité physique de manière régulière.
- Le patient doit éviter de changer de position de façon brutale, particulièrement en passant du décubitus à l'orthostatisme. Il doit également éviter les bains et douches à l'eau très chaude.

- En raison des effets indésirables fréquents de somnolences, vertiges et nausées, il est déconseillé de conduire ou effectuer des travaux réclamant une certaine vigilance. [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

Le rôle primordial du pharmacien d'officine est de s'assurer de la bonne compréhension du traitement anxiolytique par le patient et de participer au suivi (risque de dépendance notamment).

2.2. Les antidépresseurs

Parmi les différentes classes d'antidépresseurs, certaines sont recommandées en première intention dans le traitement des troubles anxieux. Il s'agit des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (notamment l'Escitalopram et la Paroxétine) et de la Venlafaxine. A l'initiation du traitement, ces molécules peuvent aggraver les troubles anxieux, entraîner une agitation ou induire des tendances suicidaires et présentent l'inconvénient de n'être efficaces qu'au bout de plusieurs semaines. Ces antidépresseurs sont, néanmoins, préférés aux anxiolytiques parce qu'ils ne créent pas de dépendance physique et autorisent de longues durées de traitement. Le traitement doit être instauré sous étroite surveillance médicale. Il ne peut être interrompu brutalement car il existe un syndrome de sevrage qui se manifeste par des troubles du sommeil (insomnies), des vertiges ainsi qu'un syndrome « pseudo-grippal ». Certains antidépresseurs tricycliques présentent une indication dans les troubles anxieux mais ils ne doivent être utilisés qu'en cas d'échec du traitement de première intention (leurs effets indésirables sont plus nombreux que ceux des principes actifs cités précédemment). [HAS, 2007]

2.2.1. Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)

Les ISRS agissent en bloquant la pompe qui transporte la sérotonine. Ils induisent une augmentation des taux de sérotonine au niveau synaptique. Or, ce neurotransmetteur serait impliqué dans de nombreuses fonctions physiologiques telles que le rythme veille-sommeil, l'appétit, la douleur et le comportement sexuel. Un manque de sérotonine favoriserait les troubles anxieux c'est pourquoi les ISRS sont indiqués en cas d'anxiété. L'effet anxiolytique est observé au bout de deux à trois semaines (les benzodiazépines seront préférées si l'effet attendu doit être rapide). Les représentants de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont les suivants [BOULENGER J.-P., LÉPINE J.-P., 2014] :

- Citalopram (SEROPRAM®)
- Escitalopram (SEROPLEX®)
- Fluoxétine (PROZAC®)
- Fluvoxamine (FLOXYFRAL®)
- Paroxétine (DEROXAT® et DIVARIUS®)
- Sertraline (ZOLOFT®)

Les ISRS ne présentent pas d'effets anticholinergiques, antihistaminiques et ne bloquent pas les récepteurs α_1 adrénergiques périphériques. Ils peuvent néanmoins entraîner de forts troubles digestifs (nausées, vomissements, anorexie), une confusion liée à l'hyponatrémie (sécrétion inadaptée d'hormone antidiurétique, notamment chez le sujet âgé), des convulsions et une levée des inhibitions chez les personnes à tendances suicidaires. Ils sont contre-indiqués en cas d'hypersensibilité à la substance active, en association avec les inhibiteurs de mono-amine oxydase non sélectifs (risque de syndrome sérotoninergique), en cas d'insuffisance rénale sévère (Citalopram et Escitalopram) et en cas d'allongement congénital ou acquis de l'intervalle QT (Citalopram et Escitalopram). En cas de grossesse ou d'allaitement, il est préférable de traiter la patiente sous Paroxétine ou Sertraline pour lesquelles les données se veulent rassurantes. En plus des inhibiteurs de mono-amine oxydase non sélectifs, les ISRS ne doivent pas être administrés concomitamment avec le Linézolide, les triptans, le Pimozide et le Métoprolol (si insuffisance cardiaque). Les médicaments allongeant l'espace QT contre-indiquent l'usage du Citalopram et de l'Escitalopram. [CRAT, 2015] [LE JEUNNE C., VITAL DURAND D., 2015]

2.2.2. La Venlafaxine (EFFEXOR®)

La Venlafaxine est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA). Elle permet de contrôler les signes psychiques liés à l'anxiété de la même manière que les ISRS. Son efficacité s'observe entre la première et la troisième semaine de traitement. Seule l'hypersensibilité à la substance active contre-indique son utilisation mais elle doit être utilisée avec prudence chez les patients souffrant d'un glaucome à angle fermé ou d'une hypertrophie bénigne de la prostate en raison d'éventuels effets secondaires anticholinergiques. Outre les effets indésirables anticholinergiques (sécheresse buccale, rétention urinaire), la Venlafaxine peut présenter des effets noradrénergiques périphériques (hypertension artérielle), des effets sérotoninergiques périphériques (troubles digestifs tels que des nausées ou des vomissements) et des effets antihistaminiques H_1 centraux se traduisant par une sédation. Tout comme les ISRS, la Venlafaxine peut induire une levée des inhibitions chez les personnes à tendances suicidaires. Elle ne doit pas être associée aux inhibiteurs de monoamine oxydase (sélectifs ou non) ni aux triptans. Chez la femme allaitante, la Sertraline et la Paroxétine seront préférées en raison d'un passage plus faible dans le lait maternel. [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012] [CRAT, 2014] [LE JEUNNE C., VITAL DURAND D., 2015]

2.3. La phytothérapie

La phytothérapie s'avère particulièrement efficace. Son avantage repose sur le fait que le *totum* ou extrait total des plantes contient plusieurs principes actifs. L'activité pharmacologique de ces principes actifs est plus forte lorsqu'ils sont associés au sein de la plante que lorsqu'ils sont pris séparément. En cas de stress, les modifications biologiques ont des répercussions sur l'ensemble de l'organisme. Les plantes et leurs nombreux constituants ont alors une action globale permettant de contrer ces modifications. [CHEMOUNY B., 2012]

2.3.1. Notion de plantes adaptogènes

La notion de plante adaptogène est apparue en 1947. Lazarev et Brekhman, deux scientifiques russes ont alors découvert que certaines plantes avaient la capacité d'augmenter la résistance de l'organisme avec un minimum d'effets indésirables. Ils les ont nommées plantes adaptogènes. La particularité des plantes adaptogènes est d'agir de deux manières. Elles ont tout d'abord une action globale dite « ubiquitaire » permettant de traiter les modifications biologiques induites par le stress. Cette activité globale favorise une augmentation de la résistance au stress mais aussi la prévention et la lutte contre le stress chronique. Les plantes adaptogènes ont également une action plus ciblée permettant de traiter les symptômes causés par le stress. Ainsi, les plantes avec une action sédatrice agissent sur le système nerveux central et permettent la prise en charge de l'insomnie et de l'anxiété. Les plantes à action stimulante permettent, quant à elles, de lutter contre la fatigue induite par le stress. Parmi les plantes adaptogènes utilisées dans le traitement du stress, nous distinguons les plantes agissant sur le métabolisme du cortisol (Ginseng et Ginseng indien) de celles agissant sur le métabolisme des catécholamines (Eleuthérocoque et Rhodiole). [CHEMOUNY B., 2012] [MINKER C., 2015]

2.3.2. Le Ginseng

Le Ginseng dont le nom botanique est *Panax ginseng* CA Meyer est une plante de la famille des Araliacées. La racine, obtenue sur les plants âgés d'au moins cinq ans, contient notamment des saponosides triterpéniques appelés ginsénosides Rg1 et Rb1. Ils représentent 2 à 3% de sa composition. Le Ginseng agirait en modulant la libération des neurotransmetteurs par compétition avec les canaux ioniques. Cette plante est adaptogène, immunostimulante et neuroprotectrice. Elle améliore les fonctions cognitives et régule les métabolismes glucidique et lipidique. En Europe, les cahiers de l'Agence recommandent l'utilisation du Ginseng dans le traitement des asthénies fonctionnelles (fatigues qui ne cèdent pas au repos). Des études cliniques en double aveugle ont également démontré l'efficacité du Ginseng pour la prise en charge du stress et du surmenage, des pertes de mémoire et de concentration ou encore pour une convalescence. En association avec le Ginkgo biloba, le Ginseng permet de lutter contre le stress psychique. Ils agissent tous deux en synergie pour améliorer la mémoire et les fonctions cognitives. Le traitement est discontinu (pas plus de vingt jours le même mois) et sa durée n'excèdera pas trois mois consécutifs. Sous forme de gélules contenant chacune 390 mg de poudre totale cryobroyée (ARKOGELULES® par Arkopharma), la posologie est de deux gélules le matin et deux gélules à midi au moment des repas. Elle peut être augmentée à cinq gélules par jour. Toutefois, la dose quotidienne ingérée ne peut excéder deux grammes. Sous forme de tisane, il faut réaliser la décoction d'un gramme de racines dans 150 ml d'eau puis filtrer. Cela correspond à une tasse d'infusion et la posologie usuelle est de deux tasses par jour (l'équivalent de deux grammes de racines par jour). Sous forme de teinture au 1/10^{ème}, la posologie est de quinze à vingt gouttes trois fois par jour. Sous forme de solution buvable (GERIMAX®, tonique buvable de Merck), la posologie est d'une demi-dose par jour soit 100 mg de Ginseng par jour

pour un effet adaptogène (de préférence le matin ou à midi). Pour un effet tonifiant, la posologie est d'une dose une à deux fois par jour. Le Ginseng peut causer une augmentation de la pression artérielle ce qui le contre-indique en cas d'hypertension artérielle non contrôlée et sans avis médical. De la même manière, le Ginseng est déconseillé chez les patients grands consommateurs de café ou de thé dont il augmente l'action stimulante entraînant une hausse de la pression artérielle. Il augmente l'appétit, ce qui déconseille son utilisation chez les patients en surpoids ou obèses. Le Ginseng présente des effets hormonaux pouvant moduler les taux d'œstrogènes et de testostérone. Il est donc déconseillé chez la femme enceinte et allaitante ainsi que chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans. Sans avis médical, il est déconseillé chez les patients traités pour un diabète ou d'autres problèmes hormonaux, chez les patients traités par antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase, chez les patients traités par anticoagulants ainsi que chez les patients traités par diurétiques (notamment le Furosémide = LASILIX®). [CHEMOUNY B., 2012] [OLLIER C., 2015] [RAYNAUD J., 2005]

2.3.3. Le Ginseng indien

Le Ginseng indien ou *Ashwagandha* dont le nom botanique est *Withania somnifera* est une plante de la famille des Solanacées. La racine utilisée en thérapeutique contient notamment des alcaloïdes, des polyphénols et des phytostérols. Ne disposant d'aucune étude clinique, les autorités de santé ne donnent aucune indication officielle au Ginseng indien. Cette plante est traditionnellement utilisée en cas d'asthénie, de fatigue physique et psychique, pour prévenir et lutter contre les agressions extérieures et améliorer la résistance de l'organisme. Les posologies de l'*Ashwagandha* sont de trois à six grammes par jour pour la racine sèche et de 5 à 10 ml par jour pour la teinture mère. Là encore, le traitement doit être discontinu (vingt jours par mois) et ne doit pas excéder trois mois consécutifs. Les études menées sur les rongeurs ne font état d'aucun effet toxique. [CHEMOUNY B., 2012]

2.3.4. L'Éleuthérocoque

L'Éleuthérocoque dont le nom botanique est *Eleutherococcus senticosus* Maxim. est une plante de la famille des Araliacées. Elle est aussi connue sous les noms de « racine de taïga », « buisson du diable » ou « Ginseng de Sibérie ». La racine contient des éleuthérosides, des polysaccharides et des composés phénoliques. L'Éleuthérocoque agirait en stimulant le système nerveux central et les glandes surrénales. Ce sont les éleuthérosides que la racine contient qui seraient responsables des capacités adaptogènes de l'Éleuthérocoque. Cette plante est traditionnellement utilisée dans les états de stress, de fatigue physique mais aussi comme stimulant des fonctions cognitives et immunitaires. Les autorités de santé européennes donnent à l'Éleuthérocoque une indication dans les asthénies fonctionnelles. Le traitement est discontinu (pas plus de vingt jours le même mois) et sa durée n'excèdera pas deux mois consécutifs. Sous forme de gélules contenant chacune 250 mg de poudre totale cryobroyée (ARKOGELULES® par Arkopharma), la posologie est de deux gélules le matin et deux gélules à midi au moment des repas. Sous forme de tisane, il faut

réaliser la décoction de deux à quatre grammes de racines dans 250 ml d'eau. Sous forme de teinture mère, la posologie est de 100 gouttes le matin. L'Éleuthérocoque peut causer une augmentation de la pression artérielle, ce qui le contre-indique en cas d'hypertension artérielle non contrôlée et sans avis médical. De la même manière, l'Éleuthérocoque est déconseillé chez les patients grands consommateurs de café ou de thé dont il augmente l'action stimulante entraînant une hausse de la pression artérielle. L'Éleuthérocoque est également déconseillé chez la femme enceinte ou allaitante. Il peut entraîner dans de rares cas des effets indésirables digestifs (diarrhées) et des troubles du sommeil. [CHEMOUNY B., 2012] [MINKER C., 2015]

2.3.5. La Rhodiola

La Rhodiola ou racine dorée dont le nom botanique est *Rhodiola rosea*, est une plante de la famille des Crassulacées. Le rhizome, partie de la plante utilisée, contient des antioxydants et des flavonoïdes. La Rhodiola a la particularité de stimuler les fonctions cognitives notamment en situation de stress et de fatigue. D'autre part, d'après un essai mené sur des étudiants d'Inde, la Rhodiola aurait la capacité d'améliorer le bien-être, la forme physique et de diminuer la fatigue psychique liée au stress. Elle est indiquée dans le traitement des syndromes dépressifs, de la fatigue physique et mentale, des troubles mnésiques et autres troubles affectant les fonctions cognitives ainsi qu'en cas de stress passager. La durée de traitement est de quinze jours par mois à renouveler si besoin. Sous forme de gélules contenant chacune 200 mg de poudre totale cryobroyée (ARKOGELULES® par Arkopharma), la posologie est de deux gélules le matin et une gélule à midi, une demi-heure avant le repas pour une meilleure absorption. Sous forme d'extrait fluide, la posologie est de 15 à 30 gouttes deux fois par jour. Sous forme de comprimés, la posologie est de 150 à 300 mg deux fois par jour. La Rhodiola peut causer une agitation et de l'anxiété chez certains patients trop sensibles. Dans ce cas, il est nécessaire de réduire les doses ou de stopper le traitement. Elle peut aussi perturber le sommeil, c'est pourquoi elle n'est jamais prise le soir. La Rhodiola, qui joue un rôle dans la dépression, ne peut être utilisée en cas de troubles bipolaires (psychose* maniaco-dépressive) car elle pourrait provoquer des « crises d'excitation psychique » aussi appelées « manies ». L'utilisation de la Rhodiola est déconseillée en cas de grossesse ou d'allaitement faute de données suffisantes. [CHEMOUNY B., 2012] [MINKER C., 2015]

2.3.6. Les plantes non adaptogènes

2.3.6.1. La Valériane

La Valériane dont le nom botanique est *Valeriana officinalis* L. est une plante de la famille des Valérianacées. Elle contient de l'acide valérique et du GABA responsables d'une inhibition du système nerveux central. Cette plante sédative et tranquillisante est utilisée en cas d'insomnies d'origine nerveuse, de palpitations, d'anxiété, de stress et de surmenage. Sous forme de gélules contenant chacune 350 mg de poudre totale cryobroyée (ARKOGELULES® par Arkopharma), la posologie de la Valériane est de deux gélules le soir au repas puis deux gélules au coucher.

Sous forme de tisane, la posologie est de cinq grammes de racines dans 250 ml d'eau à laisser macérer six à sept heures. Il faut alors en boire une tasse au coucher. La tisane est préférée aux autres formes parce qu'elle permet de préserver le GABA. La Valériane réduit l'absorption du fer et ne doit donc pas être conseillée aux patients anémiés. Ses effets indésirables ne se manifestent qu'en cas de surdosage. [CHEMOUNY B., 2012]

2.3.6.2. La Passiflore

La Passiflore dont le nom botanique est *Passiflora incarnata* L. est une plante de la famille des Passifloracées. Aussi connue sous le nom de « fleur de la passion », elle contient des flavonoïdes, une huile essentielle à terpènes et une faible proportion d'alcaloïdes. Ces composés sont responsables de l'activité sédatrice de la Passiflore qui est utilisée en cas de troubles du sommeil, stress, anxiété, surmenage, palpitations et spasmes digestifs d'origine nerveuse. Sous forme de gélules contenant chacune 300 mg de poudre totale cryobroyée (ARKOGELULES® par Arkopharma), la posologie de la Passiflore est de deux gélules le soir au repas puis deux gélules au coucher. Sous forme de tisane, la posologie est deux tasses dans la journée et une tasse le soir. La préparation consiste à laisser infuser pendant dix minutes cinq grammes de parties aériennes coupées finement dans 250 ml d'eau bouillante. Sous forme d'extrait fluide, la posologie est de 300 gouttes par jour réparties en trois ou quatre prises. La Passiflore ne doit pas être conseillée aux patients sous anticoagulants. [CHEMOUNY B., 2012]

2.3.6.3. Le Pavot de Californie ou *Eschscholtzia*

Le Pavot de Californie dont le nom botanique est *Eschscholtzia californica* Cham. est une plante de la famille des Papavéracées. Il contient de nombreux alcaloïdes dont la protopine, l'eschscholtzine et la californidine, les deux derniers appartenant au groupe des pavines et conférant à la plante la propriété d'être sédatrice. La protopine, quant à elle, aurait un effet antispasmodique et favoriserait la fixation du GABA sur ses récepteurs conférant au Pavot de Californie des propriétés anxiolytiques et « anti-stress ». L'*Eschscholtzia* est donc indiquée en cas de troubles du sommeil (difficulté à s'endormir et réveils nocturnes), en cas d'anxiété, d'émotivité, de surmenage et de stress. Sous forme de gélules contenant chacune 300 mg de poudre totale cryobroyée (ARKOGELULES® par Arkopharma), la posologie du Pavot de Californie est de deux gélules le soir au repas puis deux gélules au coucher. Sous forme de tisane, la posologie est d'une tasse au coucher. La préparation consiste à laisser infuser pendant quinze minutes cinq grammes de parties aériennes fleuries coupées finement dans 250 ml d'eau bouillante. Sous forme d'extrait fluide, la posologie est de 30 à 50 gouttes trois fois par jour (une prise au repas du soir, une au coucher et éventuellement une autre en cas de réveil nocturne). Chez les patients ayant un glaucome, l'utilisation du Pavot de Californie doit être prudente. [RAYNAUD J., 2005]

2.3.6.4. La Mélisse

La Mélisse dont le nom botanique est *Melissa officinalis* L. est une plante de la famille des Lamiacées. Elle contient notamment des polyphénols, des coumarines et des acides triterpéniques et agirait en inhibant la lyse du GABA. La Mélisse est indiquée en cas de spasmes et troubles digestifs (ballonnements), d'agitation, d'anxiété, de troubles des fonctions cognitives et de troubles du sommeil. Sous forme de gélules contenant chacune 275 mg de poudre totale cryobroyée (ARKOGELULES® par Arkopharma), la posologie de la Mélisse est d'une gélule matin, midi et soir. Sous forme de tisane, la posologie est d'une tasse trois ou quatre fois par jour. La préparation consiste à laisser infuser pendant dix minutes cinq grammes de feuilles coupées finement dans 250 ml d'eau bouillante. Sous forme de teinture mère, la posologie est de 100 à 300 gouttes trois fois par jour. Sous forme d'extrait fluide, la posologie est de 2 à 4 ml trois fois par jour. Il n'y a pas d'effets indésirables et contre-indications connus. [CHEMOUNY B., 2012]

LES SPÉCIALITÉS

EAU DE MÉLISSE DES CARMES BOYER® : Cette spécialité âgée de plus de 400 ans, contient quatorze plantes et neuf épices dont la Camomille, le Fenouil, la Lavande, la Mélisse et le Muguet. Elle est traditionnellement utilisée en cas de troubles digestifs, stress et surmenage, maux des transports, coup de froid ou coup de chaud, chute et fatigue. La posologie est de 15 à 20 gouttes, deux à trois fois par jour. Les prises se font préférentiellement après le repas soit pure sur un morceau de sucre, soit diluée dans un verre d'eau fraîche ou encore en infusion ou en grog.

EUPHYTOSE® : Proposée par le laboratoire Bayer, cette spécialité associe Valériane, Passiflore, Aubépine et Ballote. Elle est indiquée en cas de stress, d'anxiété légère et de troubles du sommeil. En cas de stress, la posologie est d'un à deux comprimés, trois fois par jour. En raison d'une éventuelle hépatotoxicité liée à la Ballote, il est déconseillé de prendre EUPHYTOSE® sur le long cours.

SPASMINE® et TRANQUITAL® : Proposées par les laboratoires Jolly Jatel et Novartis, ces spécialités associent Valériane et Aubépine. Elles sont indiquées en cas de stress, de nervosité et de troubles du sommeil. En cas de stress, la posologie est d'un à deux comprimés, une à trois fois par jour. [FESTY D., 2011]

2.4. L'homéopathie

L'homéopathie, qui repose sur la théorie des semblables, présente l'avantage de pouvoir être utilisée à la fois chez l'enfant, chez l'adulte, chez la femme enceinte et chez le sujet âgé. Quelque soit le sujet, le dosage et la posologie sont toujours les mêmes pour une pathologie donnée. Elle se distingue aussi par le fait qu'elle ne présente pas d'effets indésirables ni d'interactions avec les autres médicaments. Pour une même pathologie, la symptomatologie est très variée et c'est l'ensemble des

symptômes ressentis par le patient qui vont définir la souche homéopathique idéale ainsi que la posologie à conseiller.

2.4.1. Les souches agissant sur le stress

- **Ambra grisea 9 CH** : 2 granules 3 fois par jour. Le patient subit un stress qui se traduit par une hyperémotivité et de l'insomnie. Les symptômes sont plus marqués le matin et sont aggravés par le moindre tracass, le chagrin mais aussi par la musique. [PENSA S., QUEMOUN A.-C., 2013]
- **Argentum nitricum 9 CH** : 2 granules 3 fois par jour matin et soir. Le patient subit un stress qui se traduit par l'impatience, la peur de ne pas pouvoir finir une tâche à temps, une fatigue importante, une appétence marquée pour le sucre et des reflux après les repas. Les symptômes sont aggravés par la chaleur, pendant les menstruations, par la consommation de sucre, par la réflexion (intellect) et ils sont améliorés par le froid ou une pression importante notamment autour de la tête en cas de céphalées. [HORVILLEUR A., PIGEOT C.-A., RÉROLLE F., 2012]
- **Gelsemium 9 CH** : 2 granules 3 fois par jour de préférence au cours de la journée et le soir. Le patient subit un stress qui se traduit par des tremblements, un abattement, des troubles de la mémoire, des diarrhées et une pollakiurie. Les symptômes sont aggravés par les émotions, la chaleur, le tabac et les orages et ils sont améliorés par la sueur et la consommation de stimulants. Si le stress est provoqué par anticipation d'un événement, la posologie est d'une dose en 30 CH la veille et de 3 granules en 7 CH toutes les dix minutes durant l'heure précédant l'événement. [PACAUD G., 1991]
- **Ignatia amara 7 CH** : 2 granules 3 fois par jour (les personnes sensibles pourraient avoir du mal à s'endormir en prenant *Ignatia amara* le soir). Le patient subit un stress qui entraîne une sensation de boule dans la gorge, des céphalées en clou, des soupirs, une sensation de faiblesse, des douleurs paroxystiques et parfois de la spasmophilie. Les symptômes sont aggravés par les émotions, la tristesse, les odeurs fortes (tabac, café, parfum) et sont améliorés par la chaleur, les changements de position ou la distraction. En cas de stress aigu, *Ignatia* 9 CH peut être associée à *Gelsemium* à raison de 3 granules matin et soir. [JOUANNY J., 1991] [PENSA S., QUEMOUN A.-C., 2013]
- **Kalium bromatum 5 CH** : 2 granules 3 fois par jour. Le patient subit un stress qui se traduit par une agitation perpétuelle des mains, des troubles de la mémoire, une certaine indifférence pour ce qui l'entoure. Les symptômes sont aggravés la nuit, à chaque nouvelle lune et par l'effort de réflexion. Ils sont améliorés par la distraction et par toute activité physique ou mentale qui occupe le sujet. [JOUANNY J., 1991] [PENSA S., QUEMOUN A.-C., 2013]
- **Lachesis 9 CH** : 2 granules 3 fois par jour. Le patient subit un stress qui se manifeste par des phases dépressives, anxieuses entrecoupées de phases

d'excitation. Les symptômes sont aggravés par l'alcool, avant les menstruations, par la chaleur et par le toucher (sujets très sensibles au contact, hyperesthésie). Ils sont améliorés par une température modérée ainsi qu'au « grand air ». [JOUANNY J., 1991] [PENZA S., QUEMOUN A.-C., 2013]

- **Lycopodium 9 CH** : 2 granules 3 fois par jour. Le patient subit un stress surtout présent en fin de journée entre 16 et 20 heures et souvent lié au doute, à l'indécision ou à la peur de ne pas atteindre un objectif. Le patient peut présenter des ballonnements ainsi qu'un reflux gastro-œsophagien avec pyrosis. Les symptômes sont aggravés le matin au réveil ainsi qu'entre 16 et 20 heures mais aussi par la chaleur et par la contradiction. Ils sont améliorés par le mouvement, l'air frais, les aliments et les boissons chaudes. [JOUANNY J., 1991]
- **Nux vomica 9 CH** : 2 granules 3 fois par jour avant les repas. Le sujet est un actif sédentaire, hypersensible sur les plans physique et psychique, susceptible et irritable. Les excès de nourriture sont fréquents pour soulager le stress ce qui entraîne des troubles digestifs tels que la constipation, les troubles hépatiques ou les hémorroïdes. Les symptômes sont aggravés le matin au réveil, par le froid, par la consommation de vin, de café, de tabac et autres stimulants ainsi que par la colère et l'effort de réflexion. Ils sont améliorés par un sommeil ininterrompu, par la chaleur et le temps humide ainsi que par la sieste. [JOUANNY J., 1991]
- **Rhus toxicodendron 5 CH** : 2 granules 3 fois par jour. Le patient subit un stress qui se traduit par une agitation importante. Il ne tient pas en place. Les symptômes sont aggravés par l'humidité, le froid humide, le repos et l'immobilisme mais aussi par une fatigue importante. Ils sont améliorés par la chaleur et par un temps sec. [PENZA S., QUEMOUN A.-C., 2013]
- **Staphysagria 9 CH** : 2 granules 3 fois par jour de préférence au cours de la journée. Le patient subit un stress provoqué par l'impossibilité de s'exprimer, la contrariété et la vexation. Les symptômes sont aggravés par la colère, la frustration, le contact et la consommation de viande et sont améliorés par la chaleur ou le repos. [PACAUD G., 1991] [PENZA S., QUEMOUN A.-C., 2013]
- **Zincum metallicum 5 CH** : 2 granules 3 fois par jour. Le patient stressé décrit une agitation perpétuelle des jambes, de l'inquiétude, de la fatigue, une certaine lenteur à la compréhension et une pâleur. [PACAUD G., 1991]

2.4.2. Les spécialités

Les spécialités présentent l'avantage de contenir plusieurs souches. A l'officine, il est parfois difficile d'obtenir des détails précis sur les symptômes ressentis par le patient, donc de déterminer la souche qui lui conviendrait le mieux (cela s'appelle l'unicisme). Le complexisme, consistant à utiliser des mélanges de souches, n'est non pas tourné vers le patient mais vers la pathologie. Pour les pharmaciens peu entraînés à l'homéopathie, les spécialités facilitent ainsi le conseil.

ZENALIA® : Proposée par le laboratoire Boiron, cette spécialité associe du *Gelsemium sempervirens*, de l'*Ignatia amara* et du *Kalium phosphoricum*. Elle est indiquée en cas de trac, d'appréhension, et d'anxiété. La posologie est d'un comprimé matin et soir dès l'apparition des symptômes.

SÉDATIF PC® : Proposée par le laboratoire Boiron, cette spécialité associe de l'*Aconitum napellus*, de la *Belladonna*, du *Calendula officinalis*, du *Chelidonium majus*, de l'*Abrus precatorius* et du *Viburnum opulus*. Elle est indiquée en cas d'anxiété, d'émotivité mais aussi en cas de troubles mineurs du sommeil liés à l'anxiété. La posologie est de deux comprimés à sucer trois fois par jour.

BIOMAG AGRUMES® : Proposée par le laboratoire Lehning, cette spécialité associe trois souches différentes de *Magnesia*, du *Plumbum metallicum*, du *Kalium phosphoricum* et de l'*Ambra grisea*. Elle est indiquée en cas de stress, d'anxiété mais aussi de fatigue passagère. La posologie est de deux comprimés trois fois par jour pendant quinze jours en traitement d'attaque et d'un comprimé trois fois par jour pendant un mois en traitement d'entretien.

GELSEMIUM COMPLEXE N°70 : Proposée par le laboratoire Lehning, cette spécialité associe notamment du *Gelsemium*, du *Nux vomica*, du *Rhus toxicodendron*, de l'*Arnica montana* et de l'*Arsenicum album*. Elle est indiquée en cas de troubles émotionnels, de stress, d'anxiété et de trac. La posologie est de vingt gouttes trois fois par jour. En cas de crise, elle peut être portée à dix gouttes par prise à renouveler jusqu'à amélioration sans toutefois dépasser soixante gouttes par jour.

2.5. L'aromathérapie

Les huiles essentielles sont obtenues par hydrodistillation ou par expression pour les essences d'agrumes. Leur avantage est d'être très concentrées en principes actifs et composés volatils mais il est nécessaire de les utiliser avec la plus grande prudence. Elles sont très utiles pour traiter les maux de l'hiver et du quotidien.

2.5.1. En diffusion

Réalisée de préférence à l'aide d'un diffuseur électrique, la diffusion anti-stress consiste à faire diffuser durant trente minutes matin et soir dans les pièces de vie un mélange de quatre huiles essentielles. Ce mélange est constitué de 10 gouttes d'huile essentielle de Petit grain bigaradier, 10 gouttes d'huile essentielle d'Ylang-ylang, 10 gouttes d'essence d'Orange douce et 10 gouttes d'huile essentielle de Lavande officinale. [FESTY D., 2008] [ROUX D., 2014]

2.5.2. En massage

Le massage anti-stress consiste à masser le plexus solaire, la colonne vertébrale, les poignets, la nuque, les épaules et les omoplates avec une huile ou un gel de massage

dans lesquels sont incorporées des huiles essentielles. Pour cela, il faut réaliser le mélange de 20 gouttes d'huile essentielle de Lavande vraie, 20 gouttes d'huile essentielle de Petit grain bigaradier, 10 gouttes d'huile essentielle de Ravintsara, 20 gouttes d'essence d'Orange douce et éventuellement 10 gouttes d'huile essentielle de Cannelle. Il est alors nécessaire de diluer une quinzaine de gouttes de ce mélange dans deux cuillères à soupe d'huile végétale grasse ou à un gel de massage neutre ou hydratant (dilution à 2% environ). [ROUX D., 2014]

2.5.3. En inhalation sèche

Pour une inhalation sèche anti-stress, il faut appliquer une goutte d'huile essentielle de Petit grain bigaradier sur la face antérieure du poignet et respirer profondément en rapprochant les mains du visage, et ce, deux à trois fois par jour. Il est possible de faire de même avec l'essence de Mandarine ou les huiles essentielles de Camomille romaine ou de Marjolaine. Cette inhalation sèche est très pratique car ne nécessite pas de mélange. Une autre inhalation sèche anti-stress consiste à réaliser le mélange de trois huiles essentielles à raison d'une goutte de chaque : huile essentielle de Petit grain bigaradier, huile essentielle de Marjolaine et essence de Mandarine. Il faut alors appliquer deux à trois fois par jour une goutte de ce mélange sur la face antérieure du poignet et respirer profondément en rapprochant les mains du visage. Ce mélange peut également être appliqué sur le plexus solaire. [FESTY D., 2008]

2.5.4. En bain parfumé

Pour réaliser un bain complet relaxant, il faut diluer 15 gouttes d'un mélange de trois huiles essentielles dans une petite quantité d'alcool, de bain moussant, de base neutre pour le bain ou de dispersant (le dispersant se trouve en pharmacie) et ajouter le tout à l'eau du bain. Le mélange en question contient de l'huile essentielle de Camomille romaine, de l'huile essentielle de Thym à feuilles de sarriette et de l'essence de Bergamote, de Mandarine ou d'Orange douce. Le bain est réalisé à distance des repas (au minimum une heure avant et trois heures après). Il est aussi possible de réaliser un bain de pieds délassant. Il faut procéder de la même manière que pour le bain complet mais en divisant par trois les quantités d'huiles. Le mélange contient alors de l'huile essentielle de Camomille romaine, de l'huile essentielle de Lavande vraie, de l'huile essentielle de Marjolaine, avec éventuellement de l'huile essentielle de Cyprès ou de Menthe poivrée. [ROUX D., 2014]

2.5.5. Par voie orale

En cas de stress par anticipation, il est possible de verser sur un comprimé neutre à laisser fondre en bouche, une goutte d'huile essentielle de Laurier noble et une goutte d'huile essentielle de Marjolaine. L'opération doit être répétée deux à trois fois par jour tous les jours ainsi que la demi-heure qui précèdent l'événement en cause. Sur avis médical, des gélules contenant un mélange d'huiles essentielles peuvent être préparées par la pharmacie. Ce mélange est constitué de 20 mg d'huile essentielle de

Marjolaine, 20 mg d'huile essentielle de Lavande vraie, 10 mg d'huile essentielle de Verveine odorante et 10 mg d'essence de Mandarine. La posologie usuelle est d'une gélule trois fois par jour (le matin, à midi et le soir au coucher) pendant dix jours. La prise du soir favorise l'endormissement et permet d'améliorer les troubles mineurs du sommeil. [FESTY D., 2008]

2.6. L'oligothérapie

Le terme oligo-élément est tiré du grec *oligo* signifiant « peu ». Il a été employé pour la première fois en 1894 par un chercheur français de l'Institut Pasteur nommé Gabriel Bertrand. C'est au XX^e siècle que le médecin français Jacques Ménétrier a élaboré l'oligothérapie en se basant sur les travaux de Gabriel Bertrand. Les oligo-éléments sont des éléments minéraux purs indispensables au métabolisme (ils sont catalyseurs des réactions enzymatiques) et au bon équilibre de l'organisme bien que leurs concentrations massiques soient faibles (taux inférieurs au milligramme par kilogramme de poids corporel). Ils jouent un rôle fondamental dans l'élaboration et le fonctionnement des structures cellulaires, dans la production des hormones, dans les réactions inflammatoires et immunitaires ainsi que dans la protection cellulaire contre le stress oxydant. [DUFOUR A., FESTY D., 2005] [OLIGOMED, 2006]

2.6.1. Le Magnésium (Mg)

Le Magnésium est un oligo-élément majeur participant à des centaines de réactions enzymatiques au sein de l'organisme (on en dénombre plus de 300). Il est aussi l'un des composants les plus importants de la chlorophylle ce qui le rend indispensable à la vie végétale. Le terme Magnésium est tiré du grec *Magnesia* (région de Grèce où le minéral de magnésium fut exploité pour la première fois). De par son implication dans les fonctions cellulaires, le Magnésium participe à la production d'énergie. Il est également à l'origine d'une immunité augmentée et d'une meilleure adaptation face aux situations stressantes. Enfin, le Magnésium inhibe l'excitabilité neuro-musculaire favorisant la relaxation. Il est ainsi indiqué en cas de stress, de nervosité, de légers troubles anxieux, de fatigue passagère, de spasmophilie mais aussi en cas de douleurs liées aux menstruations et en cas de colopathies fonctionnelles. Les spécialités contenant du Magnésium sont nombreuses. Selon la forme galénique les dosages varient de 50 à 300 mg de Magnésium par unité (comprimé, ampoule ou sachet). Dans la plupart des spécialités portant la mention « une seule prise par jour », la dose de Magnésium est de 300 mg. La posologie usuelle varie selon l'âge mais elle peut aller jusqu'à 900 mg par jour en phase d'attaque (huit à dix jours) puis être réduite progressivement. La durée de traitement est d'un mois (reconductible si nécessaire). Le Magnésium ne doit pas être conseillé aux patients atteints d'insuffisance rénale grave. Très souvent, la vitamine B6 est associée au Magnésium pour potentialiser ses effets. Il existe trois catégories de sels de Magnésium dont certaines ont la caractéristique d'être très laxatives (il s'agit des sels inorganiques, notamment l'oxyde et le chlorure de Magnésium). Bien que plébiscité, le Magnésium

marin riche en sodium fait partie de ceux qui provoquent des diarrhées. Il faut préférer à ces formes, les sels liposolubles dont l'innocuité est avérée. Étant peu laxatifs, ils sont mieux absorbés par l'organisme. Le glycérophosphate de magnésium est le sel liposoluble le plus fréquent sur le marché (UVIMAG B6® du laboratoire Laphal Industries, MAGNESIUM 300+® du laboratoire Boiron et D-STRESS® du laboratoire Synergia). [DUFOUR A., FESTY D., 2005] [OLIGOMED, 2006]

2.6.2. Le Lithium (Li)

Le terme Lithium vient du grec *lithos* qui signifie « pierre » (le Lithium a été découvert dans les minerais). Le Lithium est reconnu pour ses bénéfices dans le traitement de troubles de l'humeur et du comportement, notamment en cas de troubles maniaco-dépressifs (troubles bipolaires). Il présente également l'avantage de traiter les troubles mineurs du sommeil ainsi que l'irritabilité. Enfin, le Lithium potentialise les effets du Magnésium lorsqu'il est utilisé pour traiter l'anxiété légère ou la spasmophilie. Le pharmacien peut donc conseiller le Lithium en plus du Magnésium dès lors que le patient présente un stress avec troubles du sommeil associés ou irritabilité associée. La posologie varie selon les spécialités et leur dosage. Par exemple, les ampoules OLIGOSOL LITHIUM® du laboratoire Labcatal contiennent chacune 279,6 microgrammes de Lithium et la posologie est alors de deux à quatre ampoules par jour. La durée de traitement est d'un mois reconductible selon l'évolution. Le Lithium est déconseillé chez la femme enceinte ou allaitante (y compris en oligothérapie par prudence). [OLIGOMED, 2006] [VIDAL, 2015]

Conclusion de la première partie :

Le stress, bien qu'élément indispensable à la vie, peut avoir des conséquences délétères à long terme, tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Les sécrétions hormonales qu'il entraîne peuvent être à l'origine de bouleversements biologiques nuisant à l'homéostasie. Le premier des traitements du stress est d'avoir une bonne hygiène de vie où le sujet limite la consommation d'excitants, respecte un régime alimentaire équilibré, pratique une activité physique régulière et dort suffisamment. Il est primordial d'identifier les facteurs induisant un stress afin d'en prévenir les effets. Le pharmacien d'officine peut, dans un premier temps, orienter le patient vers des médicaments à base de plantes ou d'oligo-éléments. Dans un second temps et si le patient ne répond pas aux médecines dites « douces », il sera orienté vers un médecin qui pourra lui prescrire les médicaments adaptés. Une autre éventualité qui s'offre à lui est d'aller consulter un psychologue ou un psychanalyste, le stress ayant une forte composante psychique. La prise en charge psychologique pourra être associée à la prise en charge médicamenteuse détaillée dans cette partie ou bien constituer la seule prise en charge. Les conséquences d'un déséquilibre à la fois physique et psychique sont nommées psychosomatiques. La psychosomatique et les psychothérapies constituent l'objet d'étude de la deuxième partie de ce travail.

Deuxième partie :
Les troubles
psychosomatiques : Le
stress et ses
répercussions du point
de vue de la psychologie

1. Stress et angoisse

1.1. Définition de l'angoisse

L'angoisse est un concept ayant soulevé et soulevant encore de nombreuses questions, notamment dans les domaines de la médecine, de la psychologie et de la philosophie. Si certains philosophes la considèrent comme une expérience indispensable permettant à l'individu d'évoluer dans le monde qui l'entoure, le domaine médical la considère plutôt comme un état déplaisant responsable de symptômes plus ou moins intenses. D'après le dictionnaire illustré des termes de médecine, l'angoisse est une « sensation de resserrement à la région épigastrique avec striction respiratoire et cardiaque, malaise général, constriction céphalique, accélération de la respiration et du pouls ». [DELAMARE J., DELAMARE T., DELAMARE V. *et al.*, 2006]

Le mot « angoisse » vient du terme latin *angustia* qui signifie « resserrement » ou « étroitesse ». Étymologiquement, le stress et l'angoisse ont donc la même signification. Ce n'est pas leur seule caractéristique commune. En effet, le dictionnaire Larousse définit l'angoisse comme étant un « sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminé et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, dyspnée, accélération du rythme cardiaque, vertiges, ...) ». Ces symptômes sont les mêmes que ceux décrits précédemment en cas de stress et ils correspondent, là-aussi, à une réaction de l'organisme face à un danger. La différence qui semble s'imposer entre ces deux notions est la composante psychique de l'angoisse. Il convient alors de rappeler que le stress est une réaction physiologique à une excitation quelle qu'elle soit (physique, chimique, émotionnelle,...). L'angoisse semblerait donc être la forme de stress permettant de préserver un équilibre d'ordre psychique. Afin de donner une valeur psychanalytique à ces théories, nous nous proposons d'étudier les conceptions freudiennes de l'angoisse. [LAROUSSE, 2015]

1.2. Théories freudiennes sur l'angoisse

Tout au long de son œuvre, Freud n'a cessé de s'interroger sur l'angoisse. De ses recherches sont nées deux théories distantes d'une trentaine d'années. La pensée freudienne a, en effet, évolué au fil de ses découvertes sur l'inconscient, le rêve, les névroses*, la libido et les pulsions.

Dans la théorie sur les névroses*, Freud différencie les névroses dites « actuelles » des névroses de transfert. Les névroses actuelles incluent la névrose d'angoisse, la neurasthénie et l'hypochondrie. Les névroses de transfert, quant à elles, correspondent aux phobies, aux obsessions et à l'hystérie. Ces notions seront développées plus loin, lorsque nous étudierons les théories freudiennes en matière de psychosomatique. Il convient, cependant, d'expliquer comment l'angoisse varie selon le type de névrose. Dans les névroses de transfert, l'angoisse résulte d'un conflit entre les représentations* pulsionnelles et le Surmoi. Selon la première théorie

freudienne, dans les névroses actuelles, l'angoisse résulte d'un trop-plein d'excitations insuffisamment élaborées sur le plan psychique. Ce sont ces névroses actuelles et, plus particulièrement, la névrose d'angoisse qui nous intéressent ici, la plupart des auteurs la plaçant à l'origine des troubles psychosomatiques. [FREUD S., 2010a]

1.2.1. La première théorie de l'angoisse

Freud commence ses travaux sur l'angoisse par le recensement des symptômes observés chez ses patients qu'il nomme « malades nerveux » (les malades nerveux souffrent de névroses* d'angoisse). Il y différencie, tout d'abord, les symptômes chroniques des symptômes paroxystiques. Parmi les symptômes chroniques nous trouvons deux types d'état : l'hyperexcitabilité et l'attente anxieuse.

- L'hyperexcitabilité désigne une sensibilité accrue aux *stimuli* et, plus particulièrement, aux *stimuli* sonores. Cette hyperexcitabilité serait notamment responsable d'insomnies.
- L'attente anxieuse désigne une anxiété permanente. Le sujet envisage toutes les situations de manière pessimiste, ce qui l'oblige à vivre avec une sensation de malaise et de tension. Il est constamment alerte. Dans l'attente anxieuse, le doute et le scrupule dominant. Freud la décrit comme une sorte d'angoisse qui flotte dans l'attente de fixation sur n'importe quelle représentation* que ce soit.

Le sujet chez qui se manifestent ces troubles chroniques ne se sent jamais en sécurité et agit sans réelle résolution. Lorsque la tension est trop forte, ces états chroniques relativement stables peuvent laisser place à des accès paroxystiques que sont les crises d'angoisse. Freud distingue deux formalités de la crise d'angoisse : l'« accès d'angoisse » et les « équivalents de l'accès d'angoisse ».

- Dans l'accès d'angoisse, le sujet ne se représente pas l'angoisse mais il est paniqué et terrorisé. Il est envahi par la peur de devenir fou, de mourir ou de perdre le sens de lui-même (dépersonnalisation). Cet accès s'accompagne de symptômes physiques tels que les contractions et les spasmes qui prêtent à confusion : le sujet ne se doute pas qu'il est angoissé, il pense souffrir d'une pathologie somatique.
- Les équivalents de l'accès d'angoisse désignent des accès d'angoisse ne se manifestant que par des troubles physiques, dissimulant le caractère psychique du malaise.

Les symptômes physiques rencontrés dans l'angoisse et décrits par Freud regroupent : les troubles cardiovasculaires tels que l'accélération du rythme cardiaque, les troubles respiratoires tels que la crise d'asthme, les hypersudations (notamment la nuit), les tremblements et spasmes musculaires, les fringales, les

vertiges lors de la marche, les diarrhées, la pollakiurie, la migraine, la pâleur cutanée, les paresthésies et les hyperesthésies. Parmi ces symptômes, Freud considère que deux sont typiques des crises d'angoisse. Il s'agit, d'une part, des réveils nocturnes avec effroi et hypersudation. D'autre part, la sensation de vertiges lorsque le sujet est en mouvement, caractérise aussi la névrose d'angoisse. Le sujet est alors partagé entre la sensation que ses jambes vacillent et celle qu'elles sont bien trop ancrées au sol. Selon Freud, il en découle deux formes de phobies : les phobies attachées à des événements ayant généré de l'angoisse sous forme d'attente anxieuse et l'agoraphobie qu'il attribue à des vertiges d'angoisse survenus dans le passé dans un cadre particulier (dans les transports en commun, dans la rue,...). Il explique ainsi que la phobie de la névrose d'angoisse n'est pas issue du refoulement (contrairement à la psychonévrose). Elle serait plutôt due à des affects* d'angoisse déplacés sur de quelconques représentations*.

Après avoir recensé les symptômes, Freud tente de déterminer quelles sont les causes de la névrose d'angoisse. Il identifie des causes différentes selon que le sujet est un homme ou une femme, l'origine étant toujours d'ordre sexuel. Chez la femme par exemple, une névrose d'angoisse peut être déclenchée lorsqu'elle est vierge ou adolescente et confrontée à la sexualité réelle (évoqueries diverses), lorsque la femme est une jeune mariée sexuellement anesthésiée ou lorsque le conjoint de la femme souffre de troubles de la fonction sexuelle. Chez l'homme elle peut être déclenchée, entre autres, par des coïts régulièrement interrompus ou par une abstinence sexuelle volontaire. Selon Freud, les névroses d'angoisse résulteraient d'une excitation sexuelle somatique insuffisamment élaborée sur le plan psychique. Elle n'est donc pas transformée en libido qui constitue « l'énergie psychique » par excellence. La tension interne qui domine ne peut donner lieu à un affect*, faute de représentation* et de connexion mentale efficaces (le sujet ne parvient pas à décrire ce qui lui arrive). En ce qui concerne les autres causes possibles d'angoisse (toute situation générant l'un des symptômes décrits précédemment), Freud prétend qu'elles sont des causes indirectes, les origines étant toujours les frustrations sexuelles. Les autres facteurs de névroses d'angoisse sont alors considérés comme un moyen de faire ressurgir ces frustrations. Dans cette première conception freudienne il n'est question que de somatique, le psychisme se retirant et entraînant une baisse des désirs sexuels qui lui sont liés. Freud ne considère ici que la pulsion sexuelle comme origine des troubles psychosomatiques. Il convient d'y ajouter l'agressivité réprimée. [CHRISTIAN J.-C., 2008] [FREUD S., 2004] [FREUD S., 2010a]

1.2.2. La seconde théorie de l'angoisse

Certains auteurs voient la seconde théorie comme une évolution de la première. D'autres la considèrent comme la conception d'une autre forme d'angoisse. Dans cette seconde théorie, Freud place l'angoisse dans la structure même de l'individu et lui donne la dimension psychique qui lui manquait auparavant. Elle devient un élément constitutif de la psyché de l'enfant, donc aussi de celle de l'adulte futur névrosé. Finalement, alors qu'elle était considérée jusque là comme la conséquence des névroses, l'angoisse en devient le facteur déclenchant. Freud intègre ainsi

l'angoisse à la métapsychologie* et en étudie la genèse au cours du développement du sujet. Il établit un lien entre les fantasmes infantiles et l'angoisse supposant ainsi que le sujet pourra se remémorer les souvenirs de son enfance à l'origine de son angoisse. D'après cette théorie, l'angoisse peut faire l'objet d'une analyse, ce qui n'était pas le cas dans la première conception. Tout devient possible, y compris le réarrangement de l'angoisse au sein de l'inconscient. La naissance est le premier traumatisme vécu par le nouveau-né. Elle détermine le devenir de l'angoisse. S'en suivront les autres phases du développement libidinal, avec une composante pulsionnelle de moins en moins marquée, mais également impliquées dans l'élaboration de l'angoisse (angoisse de l'absence de la mère au 8^{ème} mois, angoisse de castration au stade phallique). Ensuite, Freud distingue trois formes d'angoisse : l'angoisse réelle rattachée au Moi, l'angoisse névrotique rattachée au Ça et l'angoisse morale rattachée au Surmoi. Il admet également que « Le moi est le seul siège de l'angoisse » et qu'il est au centre des trois formes d'angoisse. Il distingue alors l'« angoisse automatique », qui constitue la réaction du Moi face à un trop-plein momentané d'excitations ne pouvant être mentalement géré, et l'« angoisse signal d'alarme » qui avertit le Moi en cas de répétition d'un événement traumatique déjà vécu auparavant. Le Moi va alors prendre les dispositions nécessaires au maintien de l'équilibre psychique. Ici, l'angoisse accompagne le symptôme qu'elle précède.

- L'angoisse réelle est un affect* impliqué dans la défense du Moi face à un danger réel, un événement traumatisant. L'individu se sent menacé et va agir soit par la lutte soit par la fuite grâce au signal d'alarme émis via l'angoisse.
- L'angoisse névrotique fait référence aux pulsions. La menace n'est pas réelle et ne provient du monde extérieur. Elle réside au sein même du sujet, là où le Ça tente d'imposer ses désirs pulsionnels. Le Moi doit être suffisamment fort pour éviter la perte de contrôle.
- L'angoisse morale fait référence à la culpabilité. Là encore, la menace n'est pas réelle et ne provient pas du monde extérieur. Elle réside au sein même du sujet, là où le Surmoi tente d'imposer ses valeurs morales et son éthique. Le Moi s'oppose ici au Surmoi. [CHRISTIAN J.-C., 2008] [FREUD S., 2014]

1.3. Conclusion

Des théories freudiennes, nous retenons que l'angoisse implique des symptômes physiques apparentés à ceux décrits en cas de stress mais aussi qu'elle est à la fois un signal d'alarme et une réaction défensive contre tout élément pouvant déséquilibrer l'appareil psychique. De la première théorie, et particulièrement la névrose d'angoisse impliquée dans la somatisation*, nous retenons que l'angoisse est la conséquence d'une tension interne non intégrée sur le plan psychique. De manière schématique, ces propos nous amènent à relier stress, angoisse et anxiété. L'anxiété serait la tension interne sans objet qui déséquilibre la psyché et se manifeste sous la forme d'angoisse pour alerter le sujet, cette angoisse étant le facteur psychique et émotionnel de stress induisant des troubles somatiques.

2. Les fondements de la psychosomatique

2.1. Définition et historique

Le terme « psychosomatique » est issu des termes grecs psukhê ou psyché, signifiant « esprit » et sôma, signifiant « corps ». Il désigne les affections organiques induites par des troubles mentaux et psychiques ayant des origines affectives ou conflictuelles. Psychiatres et médecins utilisent ce terme pour définir les pathologies dont les symptômes sont indéniables mais pour lesquelles aucune cause anatomique, biologique ou biochimique n'a pu être identifiée.

Durant la Préhistoire, le chamanisme est une médecine déjà basée sur le monisme*. Le chaman est un sage qui soigne à la fois le corps et l'âme de ses concitoyens. Pour cela, il pratique la médecine, la psychologie et la voyance et n'hésite pas à faire appel aux esprits (la spiritualité a une forte valeur à l'époque). Cette médecine avant-gardiste vise à restaurer l'équilibre physique et psychique de l'individu afin de garantir une vie en communauté des plus harmonieuses.

Au Vème siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate a été l'un des premiers à attribuer aux pathologies une ou des étiologie(s). En s'intéressant à l'environnement familial ou professionnel du patient ainsi qu'aux événements rencontrés au cours de sa vie, le père de la Médecine reconnaît l'implication du psychisme dans le développement de certaines maladies. Il a conscience, déjà à cette époque, que la prise en charge n'est optimale que lorsque la relation de confiance établie entre un médecin et son patient est grande. Il est également un pionnier de la médecine humaniste, s'opposant aux pratiques théologiques des prêtres-médecins et introduisant l'idée que l'âme ou psyché constitue l'élément régulateur des fonctions physiques et psychiques. Hippocrate déclarera dans l'un des soixante-douze traités du *Corpus Hippocraticum* que « les maladies qui échappent à l'âme contribuent à dévorer le corps ». Il est un précurseur de la psychosomatique. Par la suite, ses théories seront utilisées par des philosophes et des scientifiques (Aristote, Galien, Celse,...) et exportées de la Grèce vers la Rome antique.

Au Moyen-âge, la médecine occidentale est en stagnation. La domination du clergé place dans l'oubli les théories établies antérieurement. La croyance en une âme immortelle prédomine, ne laissant que peu d'intérêt à l'égard du corps humain. Cela ne favorise en rien l'esprit de recherche. A cette même époque, certains savants arabes réhabilitent les théories hippocratiques et contribuent à l'élaboration des écoles de Salerne et de Montpellier. Malgré tout, un homme se distingue avec ses propos avant-gardistes sur la somatisation*. Il s'agit de Moïse ibn Maïmon, dit Maïmonide. Dans son *Traité de la conservation et du régime de la Santé*, ce philosophe et médecin oriental du XII^{ème} siècle décrit le corps et l'esprit comme étant deux entités distinctes mais en interrelation permanente. Selon lui, la maladie serait liée à un déséquilibre qui serait à la fois psychique et physique. La tristesse ou toute autre émotion négative aurait donc la particularité de favoriser la maladie, de la même manière que la joie pourrait guérir certains maux. Dans son essai intitulé *Guide des égarés*, il déclare ainsi : « Quant aux émotions, leur importance nous est connue ;

c'est-à-dire que l'action de la souffrance morale et de l'oppression que nous constatons, affaiblit les fonctions psychiques et physiques de l'homme à tel point qu'au cours des repas, l'appétit disparaît à cause de la douleur, de l'angoisse, de la tristesse et des soucis, l'émotion affaiblit les organes respiratoires, si cet état persiste, il tombera obligatoirement malade et si cela se prolonge, il en mourra... ». Il est l'un des premiers à affirmer qu'une prise en charge médicamenteuse et au moyen de mesures hygiéno-diététiques ne peut suffire à traiter ces maux.

À la Renaissance, la soif de connaissance reprend ses droits. De nombreux hommes s'illustrent dans les domaines de l'art, la littérature, la médecine et les sciences. Parmi eux, nous pouvons citer Montaigne, Isaac Newton, Ambroise Paré, André Vésale et Léonard de Vinci. Ambroise Paré à qui l'on attribue le titre de père de la chirurgie, reconnaît à cette époque que l'état moral dans lequel se trouve le patient constitue un élément prépondérant de sa prise en charge.

Au XVII^{ème} siècle, William Harvey découvre le système circulatoire. Il est aussi le premier à identifier des troubles cardio-vasculaires liés aux émotions déclarant : « toute émotion, peine ou plaisir, espoir ou peur, provoque une agitation qui influence la pompe cardiaque ». Thomas Sydenham, un médecin anglais attaché aux théories hippocratiques, décrit des céphalées, des nausées et des palpitations chez des patients présentant certaines souffrances morales.

Le XVIII^{ème} siècle, aussi appelé siècle des Lumières, est marqué par de nombreux progrès scientifiques. C'est aussi à cette époque que le philosophe Emmanuel Kant reconnaît l'interdépendance qui existe entre corps et esprit, sans toutefois apporter des connaissances nouvelles sur la psychosomatique. Il déclare dans *L'essai sur les maladies de la tête* que « l'union de l'âme et du corps est telle qu'ils partagent réciproquement le bien et le mal qui leur arrive : l'esprit est incapable de s'occuper quand le corps est fatigué par les exercices excessifs ; et une application trop soutenue à l'étude détruit le corps [...] Les nerfs sont l'une des parties principales de la machine humaine ; il n'y a aucune fonction à laquelle ils ne soient nécessaires. Dès que leur action est dérangée, toute l'économie animale s'en ressent ».

Au XIX^{ème} siècle, le psychiatre allemand J.-C. Heinroth emploie pour la première fois les termes « psychosomatique » et « somato-psychique » pour décrire l'influence des émotions sur des pathologies telles que la tuberculose et l'épilepsie. Il est le premier depuis Galien à considérer le patient dans sa globalité et attribue à la personnalité trois entités distinctes : l'instinct, la conscience raisonnable et réflexive et la conscience morale (cette dernière trouvant ses origines dans le « sur-nous » que Freud qualifiera plus tard de « sur-moi »). À la même époque, Ambroise-Auguste Liébeault et l'École de Nancy emploient l'hypnose et la suggestion pour soigner des pathologies articulaires inflammatoires telles que l'arthrite, des pathologies infectieuses telles que la tuberculose et des ulcères gastro-duodénaux. En suggérant au patient que les symptômes de sa maladie n'existent plus, il semblerait que celui-ci se porte mieux. [KAMIENIECKI H., 1994]

2.2. La contribution de Freud à la psychosomatique

Freud est l'un des pionniers de la psychosomatique moderne. En 1885, ce neurologue et biologiste autrichien assiste à Paris aux cours donnés par Jean-Martin Charcot. Charcot lui confie alors la réalisation d'une étude sur les paralysies organiques et les paralysies hystériques afin d'en obtenir une comparaison objective.

L'hystérie est une pathologie du système nerveux responsable de crises émotionnelles incontrôlables associées à des paralysies et des contractures musculaires sans qu'aucune lésion organique ne soit identifiée. Hippocrate disait de l'hystérie qu'elle était un « déséquilibre du corps et de l'esprit ». Afin d'en trouver la cause, Charcot hypnotisait ses patients et s'aperçut que, pour tous, un traumatisme ancien s'était effacé de leur mémoire. Lorsqu'ils en prenaient conscience, ces patients ne souffraient plus d'aucun symptôme lié à l'hystérie. Selon Charcot, l'hystérie résulte donc du refoulement d'un choc traumatique dont les manifestations émotives d'angoisse et de frustration ne peuvent être gérées mentalement et deviennent nocives pour l'organisme.

C'est ainsi que Freud, fasciné par les découvertes de Charcot, réalisa ses travaux sur l'hystérie. Ceux-ci l'amènèrent à distinguer le symptôme psychosomatique de la conversion hystérique.

- La conversion correspond au refoulement d'un désir qui se traduit par une somatisation*, c'est-à-dire « l'expression corporelle de la symbolique du sujet ». En cas de conversion, un conflit psychique sexuel et l'effort pour le résoudre se transposent en un trouble moteur (qui peut être une paralysie) ou en un trouble sensitif tel qu'une hyperalgie. Il n'y alors aucune lésion, aucun mécanisme physiopathologique permettant d'expliquer ces symptômes. L'excitation psychique emprunte alors une mauvaise voie qui est celle de la somatique. Dans le cas d'une paralysie attribuée à l'hystérie, aucun nerf n'est endommagé. Le trajet emprunté par la paralysie correspond alors à une « représentation* populaire » des membres. Par exemple, un écrivain peut souffrir d'une paralysie partielle qui s'étend du coude jusqu'à la main du membre employé pour son art. Un patient dont un nerf est atteint perdra l'usage de l'ensemble du membre concerné. En définitive, la conversion se traduit par une atteinte du corps que l'on nommera « imaginaire » par opposition au « corps réel ». Le plus souvent, les parties de l'organisme affectées par la conversion hystérique sont celles qui servent à communiquer.
- Le symptôme psychosomatique, par opposition à la conversion hystérique, correspond à une atteinte lésionnelle du « corps réel ». En 1886, Freud crée le terme de « névroses actuelles » regroupant la névrose d'angoisse, la neurasthénie et l'hypochondrie par opposition aux « névroses de transfert » qui incluent la phobie, la névrose obsessionnelle et l'hystérie. L'angoisse se manifeste de manière différente selon que les névroses sont « actuelles » ou « de transfert ». Dans le premier cas, c'est le conflit psychique qui est à

l'origine de l'angoisse. Dans le second cas, l'angoisse qui domine le sujet le mène au refoulement.

Dans la névrose d'angoisse, comme son nom l'indique, l'angoisse prédomine. Elle se caractérise par des symptômes d'attentes anxieuses, de crises d'angoisse et de somatisation* les accompagnant. La neurasthénie décrit une fatigue physique d'origine nerveuse qui ne cède pas au repos. Freud avait observé chez les patients souffrant de neurasthénie des céphalées, des troubles digestifs, une perte de libido ainsi que des troubles nerveux sensitifs aussi appelées paresthésies (fourmillements, engourdissements). Dans l'hypocondrie, le sujet s'inquiète fréquemment au sujet de sa santé et des éventuelles pathologies dont il pourrait souffrir.

La notion de psycho-somatisation* trouve son origine dans les théories freudiennes sur la névrose actuelle, notamment la névrose d'angoisse. Dans une première conception, Freud emploie le terme de « pulsion » pour décrire le lien existant entre le corps et l'esprit. La « pulsion » serait une forme d'énergie circulant entre ces deux entités. Selon lui, l'excitation et la tension sexuelles constitueraient une énergie psychique puissante. Parfois, faute d'une connexion psychique suffisante, l'excitation sexuelle physique ne parvient pas à se transformer en ce que l'on pourrait appeler la « libido psychique ». L'affect* qu'aurait dû induire la tension somatique n'a pu être élaboré. L'incapacité du sujet à maîtriser cette énergie psychique le mène à la somatisation qui se manifestera sous la forme d'angoisse. Freud emploie le terme de « décharge » pour définir ce processus. En 1894, il écrit « Les névroses actuelles possèdent ce caractère fondamental que la source d'excitation, la cause déclenchante du trouble, se trouve dans le domaine somatique, et non pas comme dans l'hystérie et la névrose obsessionnelle, dans le domaine psychique. Les symptômes résultent de l'absence de décharge et de plaisir psychique ». Dès son retour en Autriche, Freud remplace l'hypnose de Charcot par un entretien verbal afin de traiter les névroses traumatiques de ses patients. Il crée ainsi la psychanalyse. [BREUER J., FREUD S., 2002] [FREUD S., 1989] [FREUD S., 2010a]

Dans les conceptions modernes, l'excitation sexuelle n'est pas la seule cause des troubles psychosomatiques. Il faut, en effet, y inclure la répression et l'agressivité. Dans le cas de la répression, le sujet est dans le déni de l'affect* auquel il n'a plus accès, tout en conservant une représentation* neutralisée dans le préconscient. L'affect est alors dissocié du traumatisme vécu du fait d'une connexion psychique insuffisante. Il faut noter que dans la névrose de transfert, le sujet emploie le refoulement dans l'inconscient comme mécanisme de défense. Il n'a pas conscience du conflit et des désirs qui l'animent. En refoulant l'événement douloureux, il a effacé de sa mémoire toute représentation (et donc l'affect qu'aurait suscité cette représentation). Dans le cas de la somatisation*, le sujet se représente bien le trauma mais réprime l'affect l'accompagnant. [LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2007]

Véritable précurseur de la psychosomatique, Freud émet l'hypothèse d'un retour possible de la libido lorsque des symptômes mentaux aigus disparaissent pour

laisser place à une somatisation*. Il rétablit la relation entre le corps et l'esprit, décrivant toute l'influence que peut avoir le psychisme sur l'organisme en échappant au domaine du conscient. [FREUD S., 2010b]

2.3. Groddeck, le père de la psychosomatique

Georg Walter Groddeck est un médecin psychothérapeute allemand, ami de Freud avec qui il a entretenu une longue relation épistolaire. Il est considéré comme le premier vrai psychosomaticien.

Selon lui, il n'y a pas lieu de différencier les maladies psychiques des maladies physiques. Quand un individu est malade c'est à la fois le corps et l'esprit qui sont affectés, l'inconscient ayant un rôle prépondérant dans la genèse des troubles organiques. En considérant que toute pathologie organique est psychosomatique, Groddeck décrédibilise l'idée selon laquelle la maladie est un coup du sort, une fatalité. Alors que Freud réservait la psychanalyse au traitement des névroses, Groddeck prend le parti de l'employer pour le traitement de toutes les pathologies.

Groddeck invente alors le concept du « Ça », une énergie vitale universelle et unificatrice animée d'une force symbolisante, obéissant aux mêmes lois que le rêve. Le « Ça » représente le conflit entre la pulsion ou le désir inconscient et la censure. Lorsque la censure empêche la satisfaction libidinale, le « Ça » s'exprime à travers les rêves ou par le biais de symptômes. Si par ces manifestations le « Ça » parvient à la satisfaction, les symptômes disparaissent. En revanche, si le désir inconscient demeure refoulé, les symptômes persistent au point de provoquer une maladie invalidante qui pourrait mener à la mort. En résumé, le « Ça » peut rendre malade et le « Ça » peut guérir, ceci dans le but d'éviter des « maux bien plus terribles ».

Remarquons que le « Ça » de Groddeck ressemble à la « Pulsion » de Freud mais ne correspond pas à la conversion d'une énergie en une autre. Il désigne plutôt une énergie mutante se manifestant tantôt sur le plan psychique, tantôt sur le plan physique. [CHEMOUNI J., 1984] [GRODDECK G., 1976] [KAMIENIECKI H., 1994]

2.4. La bioanalyse de Ferenczi

Sándor Ferenczi est un médecin psychanalyste hongrois proche de Freud et de Groddeck. Il partage avec Groddeck l'idée que le corps dispose d'un langage symbolique à l'aide duquel il exprime ses maux. Tout comme lui, il utilise la psychanalyse pour traiter des pathologies diverses et variées. Ferenczi s'intéresse aussi bien aux caractéristiques psychiques qu'aux caractéristiques biologiques de ses patients. En associant la biologie médicale à la psychanalyse, il crée une nouvelle discipline appelée « Bioanalyse » et ouvre la voie des thérapies psychosomatiques. Dans sa « Bioanalyse », Ferenczi utilise la métaphore pour accéder aux émotions enfouies de ses patients, lesquels ont du mal à les exprimer avec de simples mots.

Au cours de la Première Guerre mondiale, Ferenczi est mobilisé dans un hôpital militaire. Il y rencontre des soldats souffrant de stress post-traumatiques liés à leurs propres blessures mais aussi au choc des événements vécus. Il fait le lien entre ces situations et d'autres rencontrées précédemment (suites d'actes chirurgicaux ou d'accouchements) qui avaient entraîné des névroses dites narcissiques. Ferenczi adopte alors la théorie de Freud selon laquelle, en cas de somatisation*, la libido se retire des objets pour se reporter sur le Moi. Il arrive que la libido ne se reporte pas sur la globalité du Moi mais uniquement sur la partie malade, lui conférant une certaine érogénité (à l'instar de l'hystérie) et en exacerbant la symptomatologie. Ferenczi nomme ce processus « patho-névrose » et s'interroge sur sa possible implication dans les mécanismes de guérison. Pour justifier son propos, il fait référence aux rages de dents soulagées par une stimulation externe de la zone où se situe la douleur et pouvant induire une fantasmagorie orale et cannibale. [KAMIENIECKI H., 1994] [FERENCZI S., 2014] [FREUD S., 2012]

2.5. Alexander et l'École de Chicago

Franz Gabriel Alexander est un médecin neuro-psychiatre et psychanalyste hongrois qui a émigré aux États-Unis en 1929. Il est notamment connu pour avoir développé, aux côtés de Felix Deutsch (médecin de Freud qui avait, lui aussi, émigré aux États-Unis), le concept de « Médecine psychosomatique ». Alexander et Deutsch, en se basant sur les découvertes de Cannon et Selye, élaborent un modèle plus complexe mêlant médecine, psychanalyse et physiologie du stress. Alexander considère le patient dans sa globalité, s'intéressant aussi bien aux caractères physiques qu'aux caractères psychiques et émotionnels. Il associe à l'examen clinique du patient un examen « psychosomatique » qui porte sur l'analyse de sa personnalité.

De sa collaboration avec des médecins et des psychanalystes formés pour la plus grande partie à Budapest, à Vienne et à Berlin, naît en 1952 l'École de Chicago. Les travaux menés ont pour but de développer la Médecine psychosomatique. Alexander et ses pairs cherchent à établir une correspondance entre les pathologies et les traits de la personnalité mais aussi entre les comportements psychologiques et neurologiques et les émotions. L'École de Chicago établit une liste de sept pathologies psychosomatiques appelée « Chicago Seven ». Cette liste regroupe l'asthme, l'arthrite, la colite ulcéreuse, l'hypertension artérielle, la névrodermite*, la thyrotoxicose* et l'ulcère gastro-duodéal.

Alexander est convaincu de l'implication du psychisme dans la genèse des pathologies organiques. En 1951, il écrit que « Théoriquement toute maladie est psychosomatique, puisque les facteurs émotionnels influencent tous les processus physiologiques par l'intermédiaire des voies nerveuses et humorales ».

Alexander s'inspire des théories sur l'hystérie de Freud et de celles sur les névroses* d'organes de Ferenczi pour établir que les pathologies proviennent non seulement d'un refoulement libidinal, mais aussi du refoulement de toutes sortes d'émotions. Il parvient alors à différencier deux sortes de pathologies : celles liées au refoulement

du besoin affectif et celles liées à la répression des émotions. Dans le premier cas, il s'agit d'un refoulement libidinal apparenté à la conversion hystérique décrite par Freud. Le besoin affectif frustré et refoulé induirait des atteintes physiques au niveau musculaire et sur les organes sensoriels, et ce, par l'intermédiaire du système nerveux périphérique. Les troubles moteurs et sensoriels induits par ce phénomène ressemblent à ceux observés dans l'hystérie. Dans le second cas, les émotions liées à la peur, à la colère, à la culpabilité ou à la frustration sont réprimées. Elles ne peuvent pas être exprimées avec des mots ou être déchargées dans une activité qualifiée de « défoulement » et s'accumulent sous forme d'énergie pouvant devenir néfaste pour l'organisme (cette énergie est nommée « énergie psychosomatique » par de nombreux psychanalystes). Ce phénomène ressemble, cette fois, à la physiologie du stress telle qu'elle a été décrite par Cannon et Selye. La répression des émotions provoquerait une tension interne accompagnée de la sécrétion des hormones adrénérergiques et corticostéroïdes. Cette hypersécrétion hormonale induirait, comme nous l'avons vu, des atteintes viscérales par l'intermédiaire du système nerveux autonome, lesquelles se traduiraient par des troubles digestifs, cardio-vasculaires et respiratoires.

Franz Gabriel Alexander approfondit cette théorie en associant à chacune de ces deux catégories un groupe de personnalités. Il considère ainsi que le refoulement du besoin affectif ou la répression des émotions déterminent la susceptibilité à souffrir de certaines pathologies. Les sujets ayant tendance à refouler le désir affectif d'amour et d'attachement sont qualifiés d'« inhibés ». Ces personnes ont une prédisposition pour l'asthme et les pathologies digestives. Par exemple, Alexander décrit l'ulcère gastro-duodéal comme le symbole d'une « faim d'amour » qui provoque une hypersécrétion acide comme le ferait une faim de nourriture. Les diarrhées chroniques symboliseraient le besoin de donner de sa personne pour faire la démonstration de son amour (chez les personnes éprouvant des difficultés à le démontrer d'une autre manière). Les constipations chroniques seraient le symbole d'un besoin d'amour frustré. Les personnes ayant la sensation de donner beaucoup sans recevoir en retour auraient ainsi tendance à se retenir d'où la symbolique de la constipation. Enfin, l'asthme correspondrait au symbole de l'attachement démesuré à la mère et de la crainte que celle-ci s'éloigne. La crise d'asthme provoquée par l'anxiété aurait alors pour but de la retenir.

Les sujets ayant tendance à réprimer les émotions telles que la colère ou le ressentiment sont qualifiés d'« agressifs ». Ces personnes qui répriment la pulsion agressive sont prédisposées à souffrir de pathologies cardiaques et vasculaires telles que l'hypertension ou de pathologies articulaires telles que l'arthrite. Ces maladies sont la conséquence d'un trop plein d'énergie qui se retourne contre le sujet en le détruisant de l'intérieur. [ALEXANDER F.-G., 2002] [KAMIENIECKI H., 1994]

2.6. Sifnéos et l'alexithymie

Peter Emmanuel Sifnéos est un professeur de psychiatrie ayant exercé à la faculté de médecine de Harvard. Il est aussi le directeur associé du service de psychiatrie d'un hôpital de Boston. Il reprend les travaux d'Alexander sur les profils de personnalité et crée le terme d'« alexithymie » pour qualifier un aspect particulier de la personnalité favorisant le processus pathologique.

Alexithymie vient du grec *a* qui est un préfixe privatif signifiant « sans », *lexis* signifiant « mot » et *thymos* signifiant « humeur ». Ce terme signifie littéralement « absence de mot pour décrire les émotions ». L'alexithymie correspond donc au fait de ne pas exprimer ses émotions. Elle caractérise les sujets présentant des vies fantasmatique et imaginaire appauvries, ayant tendance au refoulement et particulièrement vulnérables à la somatisation*. Chez ces sujets, la pensée est très concrète, « utilitaire ». Ils luttent contre le conflit et le stress par le passage à l'acte. L'alexithymie est une notion qui s'approche de la pensée opératoire de Pierre Marty que nous décrirons plus loin.

Sifnéos observe la récurrence de même troubles chez ses patients alexithymiques. Il s'agit notamment d'algies chroniques, d'états de stress post-traumatiques et de comportements addictifs. Ce constat l'amène à se demander si la cause de la pathologie est l'alexithymie ou si la cause de l'alexithymie est la pathologie. En d'autres termes, serait-ce le fait de réprimer qui provoquerait un afflux d'excitations causant la maladie organique ou bien serait-ce la pathologie qui, affaiblissant le sujet, le priverait de tout moyen d'expression ? Sifnéos conclut que c'est dans la conjonction de ces deux éventualités que se trouve la réponse. Il invente alors deux modalités d'alexithymie qu'il nomme alexithymie primaire et alexithymie secondaire.

- L'alexithymie primaire est une alexithymie d'origine neurologique. Elle résulterait d'un défaut de connexion entre système limbique et néocortex. Les signaux émis par l'amygdale tels que les signaux de peur et de colère ne peuvent être intégrés par le néocortex. Le sujet est privé de la capacité à exprimer ses émotions par le langage et est exposé aux pathologies psychosomatiques.
- L'alexithymie secondaire est une alexithymie d'origine psychopathologique. Elle se manifeste chez les enfants ayant subi un traumatisme important durant la période pré-verbale. Ces sujets sont dans l'incapacité psychique d'exprimer leurs émotions.

Les psychothérapies proposées par Sifnéos consistent à retrouver le traumatisme subi par ses patients. La difficulté repose dans le fait que ce traumatisme a été refoulé et qu'il échappe au domaine de la conscience. Sifnéos provoque alors un choc émotionnel chez ses patients pour que les émotions enfouies dans l'inconscient ressurgissent. [SIFNÉOS, 1973] [SIFNÉOS, 1996]

2.7. L'École de Paris et l'essor de la psychosomatique en France

Pierre Marty est un médecin psychanalyste français né en 1918. D'après lui, toutes les pathologies trouvent une partie de leur origine dans le psychisme. Elles peuvent donc toutes être considérées comme psychosomatiques. Il dira d'ailleurs que « l'homme est psychosomatique par définition ». Partant de cette hypothèse, Marty reprend les travaux de ses prédécesseurs notamment Freud et Alexander et les développe. [KAMIENIECKI H., 1994]

Fort de ses recherches qu'il souhaite développer et approfondir, Pierre Marty s'associe à Christian David, Michel Fain et Michel De M'Uzan pour créer, en 1962, l'École Psychosomatique de Paris puis l'Institut de Psychosomatique (appelé IPSO) en 1972. En 1978, l'hôpital de la Poterne des Peupliers voit le jour dans le seul but de traiter les pathologies psychosomatiques. Pierre Marty, qui y détient un poste de médecin-chef, choisit de ne prendre en charge que les patients dont les troubles psychosomatiques sont avérés et ne propose que des traitements psychothérapeutiques. La prise en charge médicamenteuse est réalisée dans des établissements hospitaliers « classiques ». Les patients adultes rencontrés dans l'hôpital de la Poterne des Peupliers sont, notamment, des asthmatiques, des patients cancéreux, des diabétiques, des patients obèses et des patients souffrant d'ulcères gastro-duodénaux. [KAMIENIECKI H., 1994]

Selon Pierre Marty, l'individu participe à l'élaboration de sa pathologie mais aussi aux mécanismes permettant de le guérir. Dans les années 1970, il crée le concept de mentalisation décrivant la capacité d'élaboration psychique du sujet. Autrement dit, la mentalisation représente la capacité de chacun à faire face aux événements difficiles de la vie mais aussi la capacité de résister au stress. Mentaliser c'est faire preuve d'imagination et s'autoriser les fantasmes, les rêves, s'imaginer le futur mais également établir des liens entre les événements passés et présents afin d'en comprendre la signification. La mentalisation constitue une sorte de bouclier protecteur car le fait de bien mentaliser limite la somatisation*. [KAMIENIECKI H., 1994]

La mentalisation ne peut être dissociée du Préconscient décrit par Freud dans sa première topique. L'efficacité de la mentalisation est, en effet, étroitement liée à la qualité du Préconscient. Le Préconscient serait le lieu de manifestation et de liaison des représentations* psychiques. Ces mêmes représentations étant traitées qualitativement et quantitativement grâce à la mentalisation. Marty dira du Préconscient qu'il constitue « la plaque tournante de l'économie psychosomatique ». Il définit trois critères permettant d'évaluer la qualité du Préconscient : la densité, la fluidité et la constance.

- L'épaisseur ou densité du Préconscient caractérise la quantité des représentations* mentales qu'un individu a accumulé au cours de sa vie. Ces représentations forment alors des strates.

- La fluidité du Préconscient correspond à l'aspect qualitatif des représentations psychiques ainsi qu'à leur façon de circuler au cours du temps.
- La constance du Préconscient représente l'accessibilité à chaque instant de la totalité des représentations aussi bien qualitativement que quantitativement.

Lorsque le sujet ne se représente pas suffisamment sur le plan psychique, lorsqu'il ne mentalise pas correctement, le Préconscient « s'aplatit » et il s'expose à la somatisation*. En s'intéressant au fonctionnement mental de ces patients, Marty fait la découverte de deux entités cliniques : la dépression essentielle et la pensée opératoire. Selon son modèle théorique, ces deux entités sont liées l'une à l'autre comme deux aspects d'un même phénomène que Pierre Marty a appelé la « Vie opératoire ».

- La dépression essentielle, auparavant nommée dépression psychosomatique ou dépression sans objet, correspond à une perte du tonus de vie, une perte de la libido aussi bien narcissique qu'objectale sans qu'il y ait une contrepartie économique positive. Ce phénomène est sous-tendu par la présence d'instincts de mort. La dépression essentielle est la manifestation d'une fatigue psychique résultant d'une faible capacité de mentalisation. Contrairement aux dépressions névrotiques, elle n'exprime que peu d'affects* et sa symptomatologie est inconstante. Tout au plus, le sujet décrira de brèves angoisses qui renvoient à une détresse profonde mais qui sont sans représentations* d'objet. Il n'est pas triste, ne pleure pas et ne se dévalorise pas, le narcissisme n'existant quasiment plus. La plupart du temps, le sujet dort et mange correctement mais, au fond, il survit au lieu de vivre. La dépression essentielle est donc difficile à mettre en évidence. Elle va évoluer vers une désorganisation progressive, là où le psychisme a perdu toute sa dynamique. La condensation, l'identification, la projection et les vies fantasmatiques et oniriques tendent à disparaître. Lorsque la vie psychique s'éteint de manière chronique, elle laisse place à une vie opératoire qui expose à la somatisation*. [CUPA D., 2006]
- La pensée opératoire est typique du patient psychosomatique. Ce concept décrit le manque d'activité fantasmatique et onirique du sujet qui ne s'intéresse qu'aux situations présentes et concrètes. Marty nomme ces situations « actuelles » et « factuelles ». Le sujet ne se projette plus dans le futur et ne se réfère pas non plus aux événements du passé. Ce mode de pensée utilitaire, sans imagination et dépourvu d'affect* est caractéristique des patients qui ne parviennent pas à verbaliser leurs émotions et à les utiliser comme sources d'information. Bien souvent, la pensée opératoire est décrite chez des sujets qui se conforment de manière exagérée aux normes sociales. Les valeurs libidinales et agressives semblent avoir disparu ce qui la différencie de tout mécanisme névrotique ou psychotique. La pensée opératoire exclut toute élaboration psychique. Elle permet la décharge d'une tension interne sans favoriser la communication. Cet état peut s'installer par le

biais d'une désorganisation progressive et mener à la vie opératoire. Cet aménagement précaire qu'est la vie opératoire est susceptible d'apparaître chez n'importe qui, et ce, de manière temporaire ou définitive. Le sujet, qui ne parvient plus à gérer les événements stressants du quotidien, devient vulnérable. Il peut souffrir de pathologies somatiques et le risque d'accidents est plus important. Le Moi est dépassé par un grand nombre d'excitations qu'il ne peut gérer mentalement. Cela favorise les attitudes impulsives et dangereuses (durant la conduite d'un véhicule notamment). [MARTY P., 2011]

Lorsque la vie opératoire domine, le Surmoi est affecté et substitué par le Moi Idéal. Le concept idéalisant du Moi Idéal se caractérise par une composante narcissique puissante. Ce trait de comportement est démesuré et implique que le sujet est très exigeant vis-à-vis de lui-même mais aussi vis-à-vis des autres. Chez ces patients, la capacité régressive et la passivité psychique ont disparu favorisant le délabrement psychique et somatique. Ce sont ces caractéristiques qui permettent de repérer un Moi Idéal. [MARTY P., 2011]

Dès lors que la vie opératoire s'installe chez un patient, seuls un environnement favorable et un traitement psychanalytique adapté pourront l'en sortir. La perte de capacité d'intégration des événements traumatiques supposée dans la vie opératoire entraîne un risque élevé de désorganisation somatique. Selon son évolution, il se pourrait que le patient développe une pathologie somatique grave. [MARTY P., 2011]

En se basant sur les travaux de Freud qu'il cherche à approfondir, Pierre Marty établit une classification des différentes structures mentales. Il distingue alors les psychoses*, les névroses* mentales, les névroses de caractère et les névroses de comportement. La psychose et la névrose mentale comportent les mêmes caractéristiques que celles que Freud leur a attribuées (la névrose mentale correspondant à la névrose de transfert chez Freud). Selon Marty, les névroses diffèrent selon le niveau de mentalisation du sujet.

- Les névroses* mentales sont issues d'une très bonne mentalisation et témoignent de fixations solides. Les fixations apparues tardivement dans l'évolution du sujet ont engendré des désordres psychiques plus ou moins marqués et plus ou moins actifs (ces fixations se réfèrent au stade anal dont la seconde phase est solidement organisée chez les névrosés mentaux).
- Les névroses de caractère sont issues d'une mentalisation intermédiaire, plus ou moins bonne. Elles se situent à mi-chemin entre les névroses mentales et les névroses de comportement. À notre époque, les névroses de caractère concernent la plupart des sujets (ceux que Joyce Mac Dougall appelle « les normopathes »). Elles peuvent parfois être confondues avec les névroses mentales, notamment en cas de fixations tardives, mais se différencient par des fixations multiples et relativement fragiles. Cette fois, la seconde phase du stade anal n'est plus organisée de manière solide. La qualité du Surmoi est incertaine mais il existe une capacité d'élaboration mentale des événements traumatiques. Les névrosés de caractère sont moins touchés par les

désorganisations somatiques que les névrosés de comportement mais, face à un traumatisme, ils ne présentent pas la même solidité et la même résistance que les névrosés mentaux.

- Les névroses de comportement sont issues d'une mauvaise mentalisation. Les fixations ne sont pas très solides et le Surmoi œdipien n'est pas élaboré. Les attitudes de ces sujets semblent instinctives, sans rattachement à la conscience par le biais de représentations*. Selon Marty, ce sont ces patients dont le Préconscient est « aplati » faute d'élaboration psychique. Ils présentent un fort attachement aux objets extérieurs déplaçant le conflit sur ces mêmes objets, au détriment du conflit psychique. Les névrosés de comportement manifestent leur pathologie dans leurs attitudes, aussi bien sur le plan relationnel que sur les autres plans. Chez ces sujets l'intériorisation objectale est impossible ce qui les rend vulnérables. Les désorganisations, souvent initiées par une dépression essentielle, vont progressivement s'accroître et provoquer des atteintes somatiques potentiellement dangereuses. [MARTY P., 1998a]

Pierre Marty observe que la somatisation* est intimement liée à l'enfance. Chez le nouveau-né, les fonctions homéostatiques garantissent un équilibre général mais sans cohésion et en toute indépendance. C'est le lien à la mère qui va permettre de les organiser et de les hiérarchiser au sein d'un système commun et autonome. En grandissant, l'enfant va apprendre à contrôler et organiser lui-même ces fonctions, et ce, de manière toujours plus ordonnée. Les paliers de fixation acquis tout au long de l'évolution diffèrent selon les obstacles et traumatismes rencontrés mais aussi selon la rigidité de l'éducation. Ils constituent des zones de fragilité mais sont essentiels pour lutter contre la désorganisation somatique. De leur qualité dépend l'équilibre psychique et organique de l'individu. Lorsque le sujet est confronté à une situation difficile nécessitant une adaptation, une désorganisation s'initie. Grâce aux paliers de fixation, la régression est stoppée pour laisser place à une réorganisation mentale par le biais d'un trouble bénin réversible. Si les paliers de fixation n'ont pas la solidité suffisante, la désorganisation se poursuit sans manifestation physique immédiate mais pouvant mener à une pathologie grave. [MARTY P., 1998b]

Ces théories conduisent Pierre Marty à différencier deux grands processus de somatisation*: la somatisation par régression et la somatisation par déliaison pulsionnelle.

- La somatisation par régression se traduit par des troubles bénins évoluant par poussées et réversibles. Les manifestations symptomatiques sont souvent les mêmes à chaque crise pour un même patient. Parmi ce type de pathologies, nous pouvons citer les crises d'asthme, les hyperalgies dorsales, les crises ulcéreuses ou encore les poussées hypertensives. La somatisation par régression survient lorsque les capacités de gestion psychique sont dépassées par une sur-sollicitation (que Marty nomme « excitation excessive »). Les sujets pouvant subir une somatisation par régression ont de bonnes capacités de mentalisation mais sont ponctuellement débordés au niveau émotionnel par un choc ou un stress important.

- La somatisation par déliaison pulsionnelle survient lorsque le sujet est dans un état psychique fragile et qu'il ne parvient ni à gérer ni à exprimer ses émotions. Ici, le patient n'est pas névrosé et ne parvient pas à mentaliser. Au décours d'un événement traumatique, il est confronté à une ancienne blessure narcissique, profonde et précoce. Il lutte de manière désespérée pour rétablir l'équilibre psychique. L'organisme épuisé s'en voit affecté. Ce mode de somatisation va donc évoluer vers des pathologies graves pouvant mener à la mort (des cancers par exemple). [MARTY P., 1998a]

Michel Fain décrit dans ses travaux un Œdipe mal structuré et inachevé chez les enfants futurs somatisants. Ces enfants sont souvent confrontés à des traumatismes précoces dans leur relation à la mère et au père. N'ayant aucun accès à la satisfaction hallucinatoire du désir (désir sans objet réel), le Moi est organisé trop vite de manière autonome. La déliaison pulsionnelle et la somatisation qui l'accompagne en sont la conséquence. [FAIN M., 1971]

Michel De M'Uzan fait la distinction entre les troubles psycho-fonctionnels et les pathologies organiques. Les troubles psycho-fonctionnels résulteraient d'une régression alors que les pathologies organiques seraient liées à une modalité spécifique de la fonction psychique. Michel De M'Uzan nomme cette modalité « structure psychosomatique » et la définit comme l'association d'une vie fantasmatique insuffisante, d'une pensée opératoire et d'un mécanisme de reduplication projectif (le sujet ne perçoit en l'autre que lui-même). Elle serait le résultat d'une dépréciation de l'énergie mentale. [M'UZAN M. de, 1992]

2.8. Extension des travaux

2.8.1. Christophe Dejours et la subversion libidinale

Christophe Dejours est un médecin psychiatre et un psychanalyste, professeur de psychologie au Conservatoire national des arts et métiers et psychosomaticien à l'IPSO. Dejours a orienté ses recherches vers l'unification de la biologie et de la psychanalyse, et ce, dans le but d'établir des théories claires sur les processus mis en jeu dans la pathologie, aussi bien somatique que mentale. Pour cela, il a procédé à la comparaison interprétative de trois champs majeurs de l'économie psychique et somatique : l'angoisse, la mémoire et le rêve.

- Il établit d'abord que, dans les psychoses*, l'angoisse n'appelle aucune symbolisation. La cause de cette angoisse est projetée à l'extérieur et revient sous la forme d'une persécution. Dans les névroses, cette angoisse appelle une représentation* et une symbolisation. Elle constitue une alerte pour le Moi. Chez le sujet somatisant, cette angoisse n'est pas mentalisée, elle ne s'attache à aucune représentation, aucune symbolisation. Elle rappelle alors la névrose d'angoisse ou névrose actuelle et se manifeste comme un affect* corporel.

- Dans le domaine de la biologie, la mémoire fait référence à un processus positif d'apprentissage. Dans le domaine de la psychanalyse, il n'existe que des théories sur l'amnésie et la déformation des souvenirs et aucune concernant le processus de mémorisation.
- Concernant le rêve, Dejours relate les points communs et les confusions des théories biologiques et psychanalytiques. Il conteste également la théorie précédemment acquise selon laquelle le rêve est confondu avec le sommeil paradoxal. En dernier lieu, il établit des liens entre la sexualité et la vie onirique qui s'opposeraient point par point et se complèteraient pour garantir la stabilité psychique et somatique.

Ces comparaisons ont amené Dejours à conjecturer sur le rôle majeur de la sexualité dans les processus psychosomatiques. Selon lui, la sexualité psychique envahit peu à peu le corps pour le subvertir en corps érotique. Il devient le siège du désir, en plus de réguler les fonctions vitales physiologiques. Ce mécanisme, issu de la théorie freudienne sur la pulsion, est nommé par Dejours « Subversion libidinale de la pesanteur physiologique ». Le corps et le psychisme n'agiraient donc pas de manière articulée en tant que deux entités distinctes. Le corps serait détourné des fonctions physiologiques à des fins d'expression, de séduction, de tendresse et d'érotisme qui caractérisent la libido.

Cette notion de subversion a permis à Dejours de conclure que le processus de somatisation* ne s'oriente non pas vers un organe mais vers une fonction. Il semblerait en effet, qu'une fonction puisse échapper, dans l'évolution de l'individu, à la subversion libidinale. Les causes pourraient être exogènes ou endogènes et la conséquence serait une prédisposition de cette fonction à la somatisation.

La seconde hypothèse permise par le concept de subversion libidinale serait l'existence d'une troisième topique que Dejours nomme « topique de clivage ». La subversion libidinale constitue une nécessité pour le refoulement et l'élaboration de l'inconscient dynamique ou inconscient secondaire. Sans elle, le contenu destiné à l'inconscient secondaire stagne dans l'inconscient primaire en lien direct avec les fonctions biologiques. C'est là que réside le clivage. Alors que le Préconscient va relayer l'inconscient secondaire, rien ne relaye l'inconscient primaire qui demeure silencieux. Lorsque l'inconscient primaire jaillit à la surface, ce sont les défenses mises en place par l'individu qui déterminent le fonctionnement psychotique, névrotique, somatisant ou pervers.

Au terme de ses travaux, Dejours soulève encore une question: comment expliquer que la somatisation* peut tantôt atteindre une fonction cognitive entraînant une psychose*, tantôt atteindre une fonction biologique entraînant une « somatose » ?
[DEJOURS C., 1989] [KAMIENIECKI H., 1994]

2.8.2. Joyce McDougall et la forclusion

Joyce McDougall est une psychanalyste néo-zélandaise, membre de la Société Psychanalytique de Paris. Son exercice professionnel l'amène à trouver des points communs à la somatisation* de ses patients malgré la singularité de leurs histoires. Les notions communes sont le moment où émerge la pathologie, la relation du sujet à autrui et la relation du sujet à lui-même et au corps propre en particulier. Le fait qu'ils ignorent les signaux d'alarme émis par le corps signifie que ces individus ne parviennent pas à se représenter le corps en tant qu'objet psychique. L'investissement libidinal qui aurait permis cette représentation* ne s'est pas produit. [MC DOUGALL J., 2003] [MC DOUGALL J., 2004]

C'est au cours de l'enfance, avant l'accès au langage, que cette fragilité de l'économie narcissique s'établit. Le corps et l'esprit de l'enfant sont encore intimement liés au corps de la mère. Progressivement, l'enfant élabore une première représentation* fantasmatique du monde qui l'entoure et fait la distinction avec le corps propre. Les entités psychiques et somatiques sont dévouées à se différencier. Joyce McDougall nomme cette étape « désomatisation de la psyché ». L'enfant évolue lentement, tentant de reconstituer de manière illusoire l'unité corporelle en cas de souffrance psychique ou physique tout en luttant pour parvenir à la différenciation. Si le processus de désomatisation échoue, l'enfant ne reconnaît pas le corps comme étant le sien et ne reconnaît pas non plus ses affects*. Les capacités d'intégration s'en voient affectées tout comme l'activité psychique en cours d'élaboration. Il est possible de surmonter cet échec mais l'individu en gardera les traces au fond de sa psyché. La fantasmatique élémentaire par défaut de refoulement est forclosée et l'affect se retrouve « gelé » devant l'impossibilité de le représenter et de l'exprimer verbalement. La représentation et l'affect qu'elle suscite sont rejetés hors de la conscience. La forclusion serait donc une quatrième issue de l'affect, les trois premières ayant été décrites par Freud et citées précédemment. Ces sujets ne sont ni psychotiques, ni névrosés, ni caractériels. [MC DOUGALL J., 2003] [MC DOUGALL J., 2004]

Selon Joyce McDougall, toute pathologie organique résulte de l'expression archaïque, non verbale et chargée de la violence de l'instinct de la psyché. Cette dernière ne peut s'exprimer autrement que par des signaux somatopsychiques pour préserver le Moi de la « mort psychique ». Les sujets susceptibles de somatiser auraient vécu des traumatismes durant l'enfance à l'époque où le langage n'est que préverbal et avant que le Préconscient ne soit constitué. Chez ces sujets, les fixations archaïques des traumatismes ne se manifestent pas par le refoulement des représentations*. Elles le font alors par le biais de troubles moteurs ou sensitifs mais aussi par le biais de maladies organiques. Les facteurs du passé favorisant la somatisation* s'accumulent et s'entreposent dans l'inconscient. Ils vont ressurgir lors de brusques régressions et seront chargés d'angoisse et de souffrance. [MC DOUGALL J., 2003] [MC DOUGALL J., 2004]

Mc Dougall décrit la pathologie organique comme « une création, de loin plus mystérieuse que la création névrotique » mais qui n'a pas vocation à assurer la défense de l'individu. Cette création résulterait de la fragilisation d'une structure œdipienne particulière qui favoriserait la forclusion de l'affect*, ne permettant ni son refoulement ni son contre-investissement. L'absence d'élaboration psychique conduit à une explosion dans le corps ne servant ni à communiquer ni à récupérer, et que McDougall nomme « acte symptôme ». En 1986, elle écrit : « Par défaut de symbolisation, l'acte-symptôme psychosomatique reste pétrifié dans le corps. Une telle déperdition de la vitalité psychique risque, alors, de cristalliser les forces d'anti-vie qui somnolent au tréfonds de l'homme ». [MC DOUGALL J., 1986]

L'enfant, tant qu'il n'est pas capable d'exprimer ses affects* et particulièrement les affects liés à la pulsion, se repose sur la mère en lui faisant parvenir des signaux de détresse. Lorsque la mère traverse un moment de désespoir, elle utilise le corps de l'enfant comme surinvestissement sexuel (on dit de l'enfant qu'il est le complément sexuel ou l'extension narcissique de la mère) et ne remplit plus son rôle visant à protéger l'enfant des excitations extérieures. L'enfant ne peut alors reconnaître son corps propre, il est frustré et rejette l'affect par la forclusion comme expliqué précédemment. C'est là, selon Joyce McDougall, que l'enfant devient un futur somatisant. [MC DOUGALL J., 2003] [MC DOUGALL J., 2004]

2.8.3. Sami Ali et le refoulement de l'imaginaire

Mahmoud Sami Ali est un psychanalyste, créateur du Centre international de psychosomatique qu'il dirige. Il est aussi professeur à l'UFR de Sciences humaines cliniques de l'Université de Paris VII. Selon lui, la somatisation* ne serait pas liée au sujet lui-même mais au type de conflit engagé. Ses théories se rapprochent de celles de Pierre Marty sur la mentalisation.

Sami Ali conçoit l'individu comme fait de deux corps distincts :

- Le corps réel et concret, tel que nous pouvons le percevoir
- Le corps imaginaire constitué des structures oniriques et fantasmatiques, de délire et d'imagination

La maladie organique serait liée au corps imaginaire. Sami Ali établit la théorie, en cas d'un imaginaire excessif, d'une corrélation positive entre projection et somatisation*entraînant une psychopathologie. A l'inverse, en cas de carence de l'imaginaire, la corrélation négative entre projection et somatisation aboutit à une maladie somatique. En définitive, les désirs refoulés produisent des frustrations là où l'excès d'imagination génère de l'anxiété. Le conflit relationnel serait à l'origine du refoulement privant l'individu de ses capacités oniriques. La confusion entre monde réel et monde imaginaire appauvrit le psychisme favorisant la somatisation.

Selon Sami Ali, il est indispensable de repérer une anomalie projective. Les signes les plus fréquemment rencontrés sont le vide symbolique, les troubles de perception de l'espace et les troubles de la temporalité.

- Le vide symbolique fait référence à un imaginaire appauvri ou absent en apparence. La symptomatologie s'apparente à celle de la pensée opératoire.
- Les troubles de perception de l'espace font référence à la carence d'espace corporel imaginaire et à la difficulté d'établissement d'un dedans et d'un dehors, d'un Moi et d'un non-Moi.
- Les troubles de la temporalité qualifient une relation à la mère mal structurée. Le sujet souffre, faute de repères suffisants.

Sami Ali définit deux concepts en lien avec la somatisation* : les pathologies de l'adaptation et l'impasse psychosomatique.

- Les pathologies de l'adaptation se caractérisent par l'absence de rêve en lien avec un refoulement de l'imaginaire. Cet imaginaire est substitué par les règles sociales et culturelles. Sami Ali utilise le terme de « conscience vigile » pour décrire ce phénomène.
- L'impasse psychosomatique désigne un conflit qu'on ne peut résoudre et qui ne peut être élaboré psychiquement. Dans la psychose*, le sujet résout ce conflit en utilisant le délire mais la seule issue du sujet psychosomatique sera la somatisation.

C'est la rencontre de la pathologie de l'adaptation et de l'impasse psychosomatique qui aboutirait à la somatisation. Seule, la pathologie de l'adaptation n'entraîne pas la pathologie somatique mais, en situation d'impasse, le sujet devient vulnérable et somatise. Ainsi, Sami Ali pratique une psychothérapie renforçant les fonctions imaginatives, émotionnelles, sensorielles et affectives afin de permettre l'expression du corps par le langage. [SAMI ALI M., 2004] [SAMI ALI M., 2006]

2.9. Stora et la Psychosomatique Intégrative

Jean Benjamin Stora est un psychanalyste et un psychosomaticien président de l'Institut de Psychosomatique « Pierre Marty » de 1989 à 1992 et de la Société française de Médecine Psychosomatique de 2000 à 2002. Ses travaux sont menés dans le but de synthétiser toutes les approches psychosomatiques proposées jusque là. Il les soumet à l'approbation des neuroscientifiques afin de garantir le bien-fondé de ses théories.

Stora s'inspire des travaux de tous les psychanalystes de Freud à Pierre Marty en passant par Alexander et Sifnéos. Il s'intéresse également aux derniers travaux menés dans les domaines de la psychologie, de la neurologie et de l'endocrinologie. Pour obtenir la validation clinique de ses découvertes, Stora examine plus de 3 000

patients dans son service de Psychosomatique Intégrative du CHU de la Pitié Salpêtrière.

La Psychosomatique Intégrative créée par Stora est un concept alliant médecine, psychanalyse et neurosciences (sciences étudiant l'impact des émotions sur le cerveau et l'ensemble de l'organisme). Elle évolue constamment, au gré des découvertes réalisées dans ces trois disciplines. La Psychosomatique Intégrative a été pensée pour être la plus complète et la plus synthétique possible.

Tout comme Marty, Stora décrit le corps humain comme une « unité psychosomatique ». Selon lui, toutes les pathologies sont psychosomatiques et dépendent à la fois de facteurs psychiques, somatiques et environnementaux. Il réfute toute théorie dualiste et déclare que la maladie est le fait d'une mentalisation insuffisante des événements. Le sujet, ne parvenant pas à gérer mentalement ni à verbaliser ses émotions, somatise sous l'effet d'excitations trop intenses. La fonction ou l'organe atteints sont les plus fragiles ou les plus sollicités (aussi bien au moment de la somatisation* qu'auparavant).

La maladie résulterait donc d'un déséquilibre entre les trois entités suivantes :

- Le psychisme, doué de grandes capacités de résistance mais parfois fragilisé
- Le corps, dont l'équilibre est assuré par cinq composantes évoluant en interrelation : le génome, le système immunitaire, le système nerveux central, le système nerveux végétatif et l'appareil psychique.
- L'environnement, qui comprend les situations sociale, familiale, professionnelle, culturelle et géographique du sujet. [STORA J.-B., 1999] [STORA J.-B., 2013]

Enfin, Stora émet l'hypothèse que la somatisation* évolue selon cinq stades.

- Le premier stade est celui d'un stress aigu ou de faible intensité que le sujet va surmonter relativement facilement. Pour cela, il adopte des « comportements de décharge » appris au cours de son enfance.
- Dans le deuxième stade de la somatisation, les « comportements de décharge » ne suffisent pas à restaurer l'équilibre et dominer les tensions. Les cinq composantes de l'organisme citées plus haut sont sollicitées et les premiers signes de malaise apparaissent : fatigue, irritabilité, insomnies, hyperactivité, crises algiques aiguës,...
- Le troisième stade est atteint lorsque le sujet ignore les signaux d'alarme apparus au cours du second stade. Ces signaux d'alarme deviennent de signaux de détresse, le sujet se « retire de la réalité » et son psychisme est en souffrance. Les pathologies qui en résultent ont une tendance à la chronicité (allergies, maladies cardio-vasculaires, maladies digestives, maladies inflammatoires chroniques,...)
- Lorsque le sujet s'épuise à force de lutte désespérée contre un stress récurrent ou permanent, il entre dans le quatrième stade. Les hormones sécrétées en

continu affaiblissent le système immunitaire. Le sujet entre dans la dépression essentielle et les pathologies dont il souffre sont graves (maladies auto-immunes, cancers, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque,...)

- Si aucun mécanisme défensif n'est mis en place au quatrième stade, l'état psychique du sujet se détériore au point qu'il entre dans un « état psychotique ». C'est le cinquième stade de la somatisation, celui où l'individu s'approche dangereusement de la mort autant psychique que physique.[STORA J.-B., 1999] [STORA J.-B., 2013]

3. Les thérapies

3.1. Les psychothérapies

Comme nous l'avons détaillé tout au long de la partie précédente, le psychisme tient une grande place dans les processus pathologiques. Les patients souffrant de pathologies chroniques ou récurrentes auraient tout intérêt à associer à la prise en charge médicale une prise en charge psychologique, la souffrance du corps étant indissociable de celle de l'esprit.

Les psychothérapies permettent aux patients de (re)trouver les défaillances de leur psyché dissimulées dans l'Inconscient et qui se manifestent sous la forme de colère, de mal-être ou de symptômes organiques. Elles ont pour but de rétablir un équilibre perdu et d'apprendre au sujet à vivre en communion avec lui-même. Selon les objectifs qu'il souhaite atteindre et sa motivation, le patient a le choix entre trois types de psychothérapies : les psychothérapies analytiques, les psychothérapies brèves et les psychothérapies psychosomatiques. [LACHAL C., MORO M.-R., 2012]

3.1.1. Les psychothérapies analytiques

Les psychothérapies analytiques trouvent leur origine dans la psychanalyse créée par Freud. Elles ont vocation à trouver les raisons et le sens du mal-être ou du symptôme et leur durée est relativement longue. Le thérapeute invite le patient à parler de tout ce qui lui semble important afin d'explorer son passé et ses souvenirs les plus lointains. Au terme de ce genre de thérapies, le praticien aura analysé et interprété ce qui, dans notre passé, a déterminé ce que nous sommes aujourd'hui et notre mode de fonctionnement.

Selon la métaphore de Jean-Benjamin Stora, la vie est une tapisserie dont le fil blanc représente la trame et les couleurs représentent les événements vécus dans le passé, qu'ils soient heureux, émouvants ou tristes. Ces événements constituent un enseignement auquel le sujet se réfère lorsqu'il est confronté aux problèmes de la vie quotidienne. En revanche, lorsqu'ils ont été des événements traumatisants vécus dans la petite enfance, ils constituent des « trous psychiques ». Ces événements, en empêchant le bon développement de la psyché, ont engendré un mal-être et inhibent la mentalisation. Le rôle du thérapeute est de pointer du doigt ces « trous psychiques » et de les combler.

La psychanalyse, telle qu'elle a été créée par Freud, permet de faire ressurgir de l'Inconscient les causes d'un malaise en analysant la part onirique, les associations libres, les actes manqués et autres lapsus d'un sujet. Une fois identifiés, les affects* refoulés disparaissent, tout comme leur nocivité. Nombreux sont ceux qui se sont inspirés de la psychanalyse freudienne. Parmi eux, nous citerons Carl Gustav Jung et sa psychanalyse nommée « jungienne » ainsi que Jacques Lacan et sa psychanalyse nommée « lacanienne ».

La psychanalyse se base sur le modèle freudien du fonctionnement psychique constitué de deux topiques. La première topique, nous l'avons vu plus haut, décrit trois composantes psychiques que sont le Conscient, le Préconscient et l'Inconscient. Elle sert, notamment, à expliquer comment le Conscient refoule dans l'Inconscient ce qui lui semble ingérable. Le Préconscient serait alors un intermédiaire dans lequel l'Inconscient se manifeste via les éléments fantasmatiques et oniriques sans atteindre la conscience du sujet. La deuxième topique concerne les instances du Moi englobant le Moi, le Ça et le Surmoi. Le Ça est le siège de la pulsion physique et psychique et du désir sexuel et agressif. Le Surmoi définit les valeurs morales qui conditionnent le sujet et qui sont issues de son éducation. C'est du Surmoi qu'émergent les sentiments de culpabilité. Le Moi représente un intermédiaire conscient dont la tâche est d'assouvir la pulsion et le désir exprimés par le Ça, tout en garantissant le respect des règles imposées par le Surmoi. Afin de préserver l'équilibre psychique, il est nécessaire que le Moi soit solide et résistant. La psychanalyse participe à fortifier un Moi présentant des failles.

Dans le cadre d'une psychanalyse, le patient est allongé sur un divan. Le thérapeute se tient assis derrière lui, de sorte qu'il ne peut pas le voir. Cela permet au sujet de s'exprimer en toute liberté sans se soucier du jugement qui pourrait être porté à son encontre. Quand cela est nécessaire, le praticien peut relancer la pensée du sujet, l'amenant à révéler ses « trous psychiques ». En d'autres termes, le psychanalyste tient le rôle de miroir dans lequel le patient projette ses sentiments profonds. Ces sentiments sont ceux qu'il éprouvait autrefois envers ses parents et son environnement proche. Toute psychanalyse repose sur ce phénomène appelé « phénomène de transfert ».

La psychothérapie analytique résulte de la rencontre entre la psychanalyse de Freud et les théories de Jung. Jung s'est inspiré des philosophes orientaux pour créer les notions d'« introversion » et d'« extraversion » mais aussi de « développement de soi » et d'« inconscient collectif ». Selon lui, il ne suffit pas de repérer les failles dissimulées dans l'Inconscient ; Il est également nécessaire d'entreprendre une démarche d'acceptation et de canalisation de ces failles. Dans l'idéal, le sujet en ferait même une force, les sublimant dans divers travaux intellectuels ou artistiques. Contrairement à ce qui est pratiqué dans la psychanalyse, Jung prône une utilisation des « vieux démons » ayant, auparavant, persécuté un individu plutôt que leur dissolution. Cela permettrait d'équilibrer la nature ambivalente propre à l'être humain (nature qui oppose psychisme et somatique, tempéraments introverti et extraverti, Conscient et Inconscient,...) et de favoriser la « Complétude ». Jung

considère donc l'Inconscient comme une réserve de forces créatives dévouées à l'évolution.

Dans le cadre d'une psychothérapie analytique, le praticien se tient assis face au patient (qui est lui aussi assis). Il met en exergue et stimule la capacité d'auto-guérison du sujet. Il sert de guide favorisant l'autonomie et ce que Jung appelle le « développement personnel ». La psychothérapie analytique présente l'avantage de pouvoir traiter, non seulement les troubles névrotiques et les troubles psychosomatiques, mais aussi les troubles affectifs et relationnels lorsque le patient cherche à s'épanouir. [LACHAL C., MORO M.-R., 2012]

3.1.2. Les psychothérapies brèves

Comme leur nom l'indique, les psychothérapies brèves se caractérisent par une durée plus courte que les autres formes de thérapies (de quelques mois à cinq ans maximum). Contrairement aux psychothérapies analytiques dont elles sont complémentaires, le praticien n'analyse pas le sujet et ses traumatismes passés mais se tourne vers l'avenir en ne cherchant qu'une solution pratique au problème posé sur l'instant. Le travail mené vise à responsabiliser le patient, à lever les freins qui l'empêche de s'épanouir. Il devient acteur de sa propre guérison et change son présent pour améliorer son avenir. Certains auteurs disent des psychothérapies brèves qu'elles ne sont pas adaptées aux troubles psychosomatiques. Elles ont surtout vocation à traiter les troubles comportementaux et les troubles relationnels.

Les psychothérapies brèves ont vu le jour dans les années 1950 à Palo Alto en Californie. De nombreux psychothérapeutes ont participé à leur création. Milton Erickson a particulièrement contribué à l'élaboration du modèle théorique. Les psychothérapies brèves regroupent diverses techniques telles que les thérapies cognitivo-comportementales et la programmation neuro-linguistique que nous décrirons plus loin.

Dans le cadre d'une psychothérapie brève, le praticien invite le patient à poursuivre la thérapie dans sa vie quotidienne, en dehors des séances. Il lui propose de réaliser des exercices en situation « réelle », chaque fois qu'il est confronté à un événement qui lui pose problème. Pour cela, le thérapeute lui donne les armes et stratégies nécessaires afin de surmonter le stress et d'optimiser la relation aux autres. [LACHAL C., MORO M.-R., 2012]

3.1.2.1. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales ou TCC sont des psychothérapies brèves nées dans les années 1980. Les techniques qu'elles emploient sont nombreuses et d'inspiration scientifique. Les thérapies cognitivo-comportementales sont plutôt utilisées quand les peurs du patient le conduisent à adopter une attitude qu'il ne voudrait pas adopter. Elles considèrent le patient dans sa globalité en prenant en compte le comportement qui amène le patient à consulter, mais aussi le regard qu'il

porte sur lui-même, son environnement et ses attentes. Dans le cadre d'une thérapie comportementale et cognitive, le patient apprend à substituer les sentiments négatifs et les attitudes inadaptées par une pensée plus positive et porteuse. Le thérapeute, plutôt que d'inciter le patient à parler, le place dans l'action et élabore des stratégies appropriées. Il encourage un *coping* plus adapté. Ainsi, le sujet sera capable de dépasser une phobie, une tendance à l'agressivité ou encore un comportement addictif en participant activement à sa guérison.

Le terme *coping* est issu de l'anglais « to cope » qui signifie « faire face ». Cette notion a été créée par Richard Lazarus en 1966 et décrit l'ensemble des mécanismes cognitifs et comportementaux mis en place par un individu afin de surmonter un événement susceptible de nuire à son équilibre psychique et physique. Pour cela, deux voies peuvent être employées : soit le sujet s'adapte de manière à trouver une solution au problème posé, soit il concentre son adaptation sur les émotions afin d'éviter d'éventuelles souffrances (se détendre par la pratique d'une activité physique ou artistique est un exemple d'adaptation centrée sur les émotions). Dans l'idéal, le sujet parvient à combiner ces deux stratégies pour dépasser une difficulté de manière efficace. [CALLAHAN S., CHABROL H., 2013] [SERVANT D., 2012]

3.1.2.2. La programmation neuro-linguistique ou PNL

La programmation neuro-linguistique a vu le jour en Californie au début des années 1970. Ses créateurs sont John Grinder et Richard Brandler, respectivement professeur de linguistique et psychothérapeute mathématicien. Cette technique de psychothérapie brève, orientée vers le changement, repose sur une démarche constructive de modélisation en matière de communication.

Le terme programmation neuro-linguistique fait référence à trois domaines essentiels des sciences humaines que sont la programmation, la neurologie et le langage. La programmation correspond à la création d'un modèle du monde qui nous entoure et qui détermine notre façon d'agir et de penser. La neurologie concerne les structures nerveuses impliquées dans la transmission des informations et la physiologie de tout organisme. Le langage fait référence à la capacité des êtres humains d'interagir et de communiquer les uns avec les autres.

En définitive, la programmation neuro-linguistique décrit l'influence sur l'organisme et le comportement de l'interaction entre pensée et langage. Le principe fondamental de cette technique est d'associer à la psychothérapie des modèles qualifiés « de réussite » dans des domaines variés. Ainsi, la méthode repose sur l'identification, la description et l'imitation de comportements adoptés par des managers, des pédagogues et des communicants talentueux. Les attitudes à succès se substituent aux attitudes négatives s'étant jusqu'alors soldées par des échecs. Pour cela, le thérapeute aide le patient à devenir plus performant sans chercher à analyser les éléments de son passé. Il fournit les outils nécessaires à la transformation en s'appuyant sur les propres talents du sujet. La finalité est que le patient parvienne à réaliser ses projets tout en diminuant son stress. [SEIDL B., 2010]

3.1.3. Les psychothérapies psychosomatiques

La psychothérapie psychosomatique a vu le jour dans les années 1970 grâce à Pierre Marty et ses collaborateurs. Elle est issue de la rencontre entre les psychanalyses freudienne et de l'École de Paris, la Psychosomatique Intégrative de Stora, les théories comportementales de l'École de Palo Alto et les dernières découvertes en matière de neurologie. La psychothérapie psychosomatique se base essentiellement sur les cinq composantes de l'organisme et les cinq stades de la somatisation* décrits par Jean-Benjamin Stora que nous avons détaillés précédemment.

Dans le cadre d'une psychothérapie psychosomatique, le praticien est appelé psychosomaticien. Il se tient assis face au patient et cherche à créer un cadre « empathique » dans lequel le patient se sent rassuré et suffisamment à l'aise pour parler en toute liberté. Le patient doit pouvoir s'exprimer sans peur du jugement ou de la critique. La psychothérapie psychosomatique emprunte à la psychothérapie psychanalytique le fait d'explorer le passé du sujet pour trouver la cause de son malaise et de sa somatisation* ; Mais elle s'apparente aussi aux psychothérapies brèves puisqu'elle tente de mettre en place des solutions, de restituer une énergie de vie permettant la guérison. La psychothérapie psychosomatique ne se substitue pas à la prise en charge médicale, elle la complète. Elle s'intéresse à l'état de santé du sujet et à ses habitudes de vie afin d'être la plus complète possible et d'évaluer le « risque psychosomatique » et les capacités d'auto-guérison. Il arrive même que le thérapeute communique avec le médecin afin de lui fournir les outils nécessaires à l'optimisation des soins médicaux.

Ainsi, la psychothérapie psychosomatique permet d'établir un lien entre les événements du passé et la pathologie dont le patient souffre aujourd'hui. Lorsque cela est nécessaire, elle soigne les blessures psychiques acquises au cours de l'enfance. En incitant le patient à exprimer ses émotions, à mettre des mots sur des sentiments, le thérapeute tente de rétablir les capacités de mentalisation. Son but final est de renforcer les « défenses mentales » par la mise en place de stratégies. Il oriente le patient vers les changements à effectuer pour favoriser sa guérison. [LACHAL C., MORO M.-R., 2012]

3.2. Les thérapies psychocorporelles

Les thérapies psychocorporelles sont des thérapies qui utilisent le corps et ses symptômes pour guérir les blessures anciennes, celles qui se dissimulent dans l'Inconscient depuis l'enfance. Elles permettent ainsi de traiter les troubles psychiques en plus des troubles physiques. Le patient est acteur de sa thérapie, il développe sa capacité d'auto-guérison. Les thérapies psychocorporelles le libèrent de toute émotion nocive en stimulant son côté créatif et ses capacités intellectuelles et relationnelles. Nous ne décrivons ici que les principales techniques de thérapies psychocorporelles que sont la sophrologie, la respiration lente, l'hypnose, la méditation, le yoga, l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, la méthode Vittoz, la Gestalt-thérapie et l'art-thérapie. [MARC E., 2008]

3.2.1. La sophrologie

Le terme sophrologie vient du grec *sos* signifiant « harmonie », *phren* signifiant « esprit » et *logia* signifiant « étude ». Il se définit comme « l'étude de l'harmonisation de la conscience ». La sophrologie a été élaborée en 1960 par le Docteur Alfonso Caycedo, un neuropsychiatre colombien exerçant en Espagne. Elle s'intéresse particulièrement aux quatre niveaux de conscience que sont la veille, le niveau sophro-liminal, le sommeil et le coma. Le niveau sophro-liminal est un niveau proche du sommeil mais dans lequel la vigilance et la possibilité de communiquer persistent. C'est ce niveau de conscience que l'on cherche à atteindre en sophrologie car de nombreuses capacités s'y voient augmentées (mémorisation favorisée, imagination développée,...). La sophrologie a de nombreux champs d'application. Elle permet notamment d'agir sur le manque de confiance en soi, le manque de motivation, le stress, les angoisses et les troubles du sommeil. La méthode d'Alfonso Caycedo repose sur deux techniques : les relaxations dynamiques et les sophronisations. Les relaxations dynamiques consistent à effectuer des postures et des exercices tels que ceux pratiqués dans le yoga. Elles permettent d'atteindre une sérénité psychique en stimulant le cerveau droit impliqué dans la créativité, l'intuition et la curiosité. Les sophronisations, quant à elles, s'apparentent à l'hypnose. En lui parlant d'un ton monocorde, le sophrologue entraîne le patient dans un niveau de conscience permettant la suggestion. [KLIPFEL B., 2011]

3.2.1. La respiration lente

La respiration est un acte involontaire indispensable à la vie. En Orient, la respiration est considérée comme un vecteur d'énergie. Durant l'Antiquité les Grecs considéraient que la respiration permettait d'établir un lien entre l'esprit et le corps. En cas de stress, la respiration s'accélère et devient superficielle. Il est prouvé qu'une respiration lente et profonde permet d'apaiser et d'atténuer les tensions intérieures. En rendant conscient l'acte de respirer, nous favorisons la maîtrise de soi. Il serait même possible d'atteindre le niveau de conscience sophro-liminal recherché en sophrologie. [SARZAUD S., 2011]

3.2.2. L'hypnose

Le terme hypnose vient du grec *hupnoein* qui signifie « endormir ». L'hypnose n'est toutefois pas une discipline dans laquelle le sujet est endormi mais plutôt dans un état dit « d'hyperconcentration détendue ». Elle est utilisée comme moyen thérapeutique depuis le XVIII^e siècle. Au cours d'une séance, l'hypnothérapeute place l'individu dans un état où l'inconscient domine le conscient et use de suggestions afin que ce sujet chasse des idées qui lui sont néfastes ou inappropriées. L'inconscient est, en effet, l'élément central de l'hypnose et permettrait d'accéder à des capacités cérébrales peu exploitées par le conscient. Selon le Docteur Stanley Krippner, chercheur et psychothérapeute américain, l'hypnose permettrait de traiter et réduire les effets du stress de 63% au bout de trois semaines de thérapie. Quelques

minutes sous hypnose suffiraient à ce que le patient se sente apaisé et serein et cet effet perdure des heures après la fin de la séance. Après quinze minutes sous hypnose, le taux d'hormones dites « du stress » est réduit de 50%. [GARET J.-J., 2015]

3.2.3. La méditation

La méditation est une technique dans laquelle la relaxation est aussi bien physique que psychique. Elle présente l'avantage de pouvoir être pratiquée à la maison ou dans tout autre lieu et sans avoir recours à un spécialiste. Les effets bénéfiques de la méditation vont de la diminution de pression artérielle à l'amélioration des troubles du sommeil mais elle est aussi reconnue pour ses effets sur le stress. Elle permet, en effet, de réduire les productions hormonales provoquées par une situation stressante. Elle est aussi responsable d'une sécrétion de dopamine qui procure une sensation de plaisir. Le but de la méditation est de garder le contrôle de l'esprit et de le détourner des pensées néfastes. Pour cela, le sujet doit se concentrer sur une idée ou une image positive et ne penser à rien d'autre. L'objet de la concentration peut également être une musique agréable et qui apaise le sujet. Lorsqu'il atteint un niveau profond de relaxation, des ondes nommées « ondes alpha » sont produites au niveau des structures cérébrales. Le sujet est alors dans un état apparenté au stade 1 du sommeil qui correspond à un intermédiaire entre veille et sommeil. Une séance de méditation doit être réalisée dans un lieu calme isolé. Elle peut être pratiquée assis, couché, à genoux mais aussi en tailleur. [GLOAGUEN D., 2005]

3.2.4. Le yoga

Le yoga est une discipline d'origine hindoue alliant postures, techniques de respiration et philosophie de vie. Le terme yoga vient du sanskrit *yuj* signifiant « union ». Il possède deux significations : l'union et l'effort ou l'entraînement.

Le yoga présente l'avantage de pouvoir être pratiqué aussi bien en groupe que seul à la maison. Il ne nécessite pas de condition physique particulière et mène à la relaxation physique et psychique. Ses effets sur le stress ne sont plus à démontrer. Des essais cliniques sur des étudiants en médecine ont montré que le yoga permettait de réduire le stress en périodes d'examens et d'améliorer les notes obtenues. Le yoga comporte de nombreuses dimensions, notamment la dévotion (*bhakti yoga*), l'action juste (*karma yoga*), la connaissance (*jnana yoga*) et la santé et la concentration par l'hygiène de vie et les postures (*hatha-yoga*). La dernière dimension est celle qui est la plus pratiquée. Dans le *hatha-yoga*, le sujet apprend à contrôler son esprit ainsi qu'à préserver sa santé. Les yogis ont coutume de dire que « La santé, c'est la richesse. La paix mentale, c'est le bonheur. Le yoga montre le chemin ». Il existe de nombreuses postures anti-stress. Nous pouvons citer en exemple les postures de la vache, de la chaise et du chat qui s'étire. [ARMANGE C., BANVILLE J., 2015] [CHOQUE J., 2004]

3.2.5. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR est une discipline basée sur les mouvements oculaires. Cette technique, inventée par Francine Shapiro, consiste à stimuler les mouvements oculaires de manière à réduire la peur qui accompagne un souvenir douloureux. La charge émotionnelle attachée au traumatisme est importante. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing est donc particulièrement indiquée en cas de stress post-traumatiques. [SHAPIRO F., SILK FORREST M., 2005]

3.2.6. La méthode Vittoz

La Méthode Vittoz est une thérapie psychocorporelle qui vise à rééduquer le « contrôle cérébral » afin de retrouver un équilibre entre les parties consciente et inconsciente du cerveau. Il ne s'agit donc pas d'une action dirigée directement vers le psychisme mais bien vers le cerveau en tant qu'organe. Roger Vittoz qui a inventé cette méthode souhaite rendre au patient son autonomie et sa faculté d'auto-guérison. Pour cela, il élabore des exercices simples utilisant les organes des sens. Selon lui, le cerveau ne peut pas recevoir et émettre simultanément. Il crée alors les notions d'« émissivité » et de « réceptivité ». L'émissivité qualifie la période durant laquelle le cerveau est amené à travailler, réfléchir, parler, ... La réceptivité qualifie la période durant laquelle le cerveau est au repos et se régénère. Lorsque le patient se concentre sur l'un de ses sens, il permet au cerveau de se régénérer et d'être plus réceptif. Le fait de mieux canaliser la pensée permettrait un meilleur contrôle des émotions et le rétablissement de l'équilibre psychique. [MARC E., 2008]

3.2.7. La Gestalt-thérapie

La Gestalt-thérapie est une thérapie d'inspiration psychanalytique et existentialiste intégrant les paramètres physiques, affectifs, spirituels, rationnels et sociaux à la prise en charge. Cette technique, créée par Friedrich Perls proche de Freud, consiste à responsabiliser le patient afin d'améliorer ses difficultés relationnelles. Pour cela, le patient emploie des moyens verbaux et non verbaux exprimant ses parts onirique et imaginaire, ses émotions et sa créativité. Le but est que le patient devienne conscient de son présent, de ce qui est actuel afin d'évoluer en équilibre dans un monde en mouvement perpétuel. [MARC E., 2008]

3.2.8. L'art-thérapie

L'art-thérapie est une technique permettant d'exprimer ses émotions et ses désirs par l'intermédiaire de créations artistiques de toutes sortes (dessin, peinture, photographie,...). Elle permet de faire ressurgir de l'inconscient des sentiments que le sujet n'est pas parvenu à exprimer par le biais du langage. L'art-thérapie détend et participe à l'équilibre de l'état psychique, limitant ainsi le risque de somatisation*. [MARC E., 2008]

3.3. Les thérapies à médiation corporelle

Les thérapies à médiation corporelle sont celles communément réputées pour « détendre ». Elles regroupent les différentes techniques de massage, la relaxation, l'hydrothérapie et la pratique d'activités sportives. Elles utilisent les médiateurs neurologiques pour procurer des sensations de plaisir (via l'amygdale et le système limbique notamment). Elles permettent, ainsi, de stopper les réactions physiologiques dues au stress et d'en éviter les conséquences. Les thérapies à médiation corporelle permettent au sujet d'avoir un contrôle sur ses émotions de peur, d'anxiété, de colère et autres émotions archaïques néfastes sur le plan relationnel.

3.3.1. Les massages

3.3.1.1. Les massages « bien-être »

Les massages « bien-être » servent à réduire les tensions et contractures musculaires liées au stress. Au fil des séances, le patient se défait de la douleur et renoue avec le bien-être et la gaieté. La sensation de plaisir procurée par le massage provoque la sécrétion d'endorphines et d'ocytocine par l'hypophyse. Les endorphines sont des hormones dont l'effet est antalgique et relaxant. L'ocytocine, quant à elle, contre les effets du stress en réduisant la pression artérielle et le rythme cardiaque. [GLOAGUEN D., 2005]

3.3.1.2. Le *Sensitive Gestalt Massage*

Le *Sensitive Gestalt Massage* fait partie des thérapies psychosomatiques pouvant être classé à la fois dans les thérapies à médiation corporelle mais aussi dans les thérapies psychocorporelles. Cette discipline associe les bienfaits du massage traditionnel à l'expression verbale des émotions. Le sujet est amené à comprendre l'origine de ses tensions et à se focaliser sur le présent pour lutter contre ses sentiments d'angoisse et de peur concernant l'avenir, mais aussi contre ses sentiments de remords liés au passé. [GLOAGUEN D., 2005]

3.3.1.3. Le shiatsu

Le shiatsu est une discipline japonaise qui consiste, à stimuler des zones spécifiques du corps par pression, à l'aide des doigts, des coudes et des genoux. En shiatsu, le stress serait lié à un déséquilibre entre le Yin et le Yang en faveur du Yang. L'objectif est de rééquilibrer les flux énergétiques. Le traitement du stress repose sur une pression continue d'une durée de dix secondes, appliquée du bout des doigts et à répéter de nombreuses fois. Les zones sur lesquelles on applique la pression varient selon les manifestations du stress. Par exemple, en cas de stress avec troubles digestifs, il faut presser la zone dite « Méridien du Vaisseau Conception » située entre le nombril et l'appendice xiphoïde. [LAMBOLEY D., 2013]

3.3.1.4. La réflexologie plantaire

La réflexologie plantaire est une discipline dans laquelle nous considérons que les plantes des mains et des pieds sont le reflet de tout ce qui se passe dans l'organisme. En exerçant une pression ou en réalisant un massage sur certaines zones spécifiques, la réflexologie permettrait de traiter de nombreux maux. Pour traiter un stress selon cette technique, il faut exercer une légère pression du bout du pouce au creux de la plante de pieds à proximité de l'espace interdigital séparant les troisième et quatrième orteils. Cette pression doit durer une minute environ. Le point ainsi stimulé est appelé « point du plexus solaire » car il aurait un effet en regard de l'estomac sur deux grands nerfs du système nerveux parasympathique : les nerfs pneumogastriques. [GLOAGUEN D., 2005]

3.3.2. La relaxation

La relaxation détend physiquement et mentalement en réduisant la sécrétion des hormones du stress. Elle consiste à pratiquer des exercices de respiration et des mouvements visant à réduire les tensions et contractures musculaires. De ce mode d'action découle la disparition des symptômes physiques (céphalées, douleurs abdominales,...) et psychiques du stress (anxiété, asthénie, troubles mnésiques,...). Il existe différentes techniques de relaxation vers lesquelles le spécialiste peut orienter le patient. La méthode Sapir est particulièrement indiquée en cas de somatisation* et de pathologies chroniques du fait de ses racines analytiques. [GLOAGUEN D., 2005]

3.3.3. L'hydrothérapie

L'hydrothérapie pratiquée dans le cadre de cures thermales permet d'associer la prise en charge des troubles physiques à la prise en charge des troubles psychologiques. De par sa composition, l'eau thermale réduit les tensions et lutte contre le stress. En effet, les oligo-éléments tels que le soufre et le magnésium qu'elle contient en grandes quantités sont reconnus pour réguler l'activité du système nerveux végétatif. La coupure avec la vie quotidienne dans des conditions optimales favorisent le repos. La cure doit être choisie selon la nature de la pathologie à traiter, la plupart des établissements étant spécialisés dans certains types de troubles. [SERVANT D., 2007]

3.3.4. Les activités sportives

Le sport présente de nombreux avantages. Le premier est qu'il empêche l'accumulation de tensions et entretient la fonction cardiaque, prévenant ainsi l'apparition de troubles psychosomatiques. Il présente également l'intérêt de stimuler les sécrétions d'endorphines et de dopamine, impliquées respectivement dans les sensations de bien-être et de motivation. Les sports d'endurance tels que la course à pied, le vélo et la natation ainsi que les sports collectifs en extérieur sont à privilégier du fait d'une sécrétion accrue d'endorphines. Le fait d'entretenir son corps favorise

l'estime de soi. Les activités sportives permettent de lutter contre le stress et la dépression, d'où l'expression « un esprit sain dans un corps sain ». [GLOAGUEN D., 2005]

3.4. Les thérapies physiques

Les thérapies physiques désignent les techniques non pharmacologiques usant de dispositifs pour traiter des troubles à la fois psychiques et physiques. Ces thérapies dites « mécaniques » comprennent l'acupuncture, la kinésiologie et les techniques de liberté émotionnelle (cette liste non exhaustive n'inclut que les techniques auxquelles nous pouvons faire appel en cas de troubles liés au stress).

3.4.1. L'acupuncture

L'acupuncture est une discipline inspirée de la médecine traditionnelle chinoise. Cette méthode thérapeutique consiste à stimuler, à l'aide d'aiguilles, des points précis du corps (appelés points d'acupuncture) afin de retrouver un équilibre des flux énergétiques du Yin et du Yang. Réalisée par un médecin acupuncteur, une séance dure une trentaine de minutes. Le nombre de séances variera en fonction de l'évolution des troubles. L'acupuncture est efficace sur les pathologies physiques et psychiques et ses indications sont variées. Elle peut donc être employée en cas de stress, d'anxiété, de troubles de l'humeur ou du sommeil, de migraines mais aussi pour les patients ayant la volonté de se délivrer d'une dépendance. Parmi les principaux points d'acupuncture stimulés en cas de stress, nous pouvons citer le « point os de l'épaule » situé à la partie externe de l'épaule, le « point des trois lieues » situé à la partie supérieure du genou et le « point mère de l'énergie » situé à la partie inférieure de l'abdomen, sous le nombril. [GLOAGUEN D., 2005]

3.4.1. La kinésiologie

La kinésiologie est une discipline inspirée de la médecine traditionnelle chinoise. Elle repose sur l'idée que l'énergie de l'organisme traverse des méridiens qui seraient au nombre de quatorze et correspondraient chacun à un viscère. Le spécialiste de la kinésiologie, appelé kinésiologue, commence par chercher une éventuelle diminution de tonicité sur l'ensemble des muscles de l'organisme (une diminution de tonicité traduirait alors un déséquilibre énergétique). Afin de permettre une meilleure résistance au stress, le kinésiologue va ensuite masser des points stratégiques en correspondance avec les muscles les moins toniques. Il va ainsi rétablir des flux énergétiques équilibrés et favoriser une bonne posture. L'indication principale de la kinésiologie est la prévention du stress mais elle est aussi employée pour en traiter les symptômes. [GLOAGUEN D., 2005]

3.4.1. Les techniques de liberté émotionnelle

Le terme techniques de liberté émotionnelle correspond à la traduction littérale de l'Anglais *Emotional Freedom Technique* noté EFT. L'*Emotional Freedom Technique* fut créée dans les années 1990 par un ingénieur américain nommé Gary Craig. Cette discipline, basée sur la médecine traditionnelle chinoise, correspond schématiquement à de l'acupuncture sans aiguilles. Elle use également des méridiens de conductions nerveuses et cherche à harmoniser les flux énergétiques. Les pressions sur les points spécifiques peuvent être réalisées par tapotement ou à l'aide de tout autre moyen. [BODIN L., HURTADO-GRACIET M.-L., 2011]

Conclusion de la deuxième partie :

Dans cette partie, nous avons véritablement intégré la composante psychique dans les processus pathologiques. La maladie n'est plus uniquement le fait de réactions biochimiques et biologiques, mais aussi et surtout un moyen de préserver l'équilibre général. Elle est un moyen d'alerter le patient lorsque sa souffrance psychique prend le pas sur ses moyens de défense. La pensée a grandement évolué, passant de théories dualistes à la reconnaissance de certaines pathologies comme étant psychosomatiques (ces pathologies ont alors fait l'objet d'une liste exhaustive). Finalement, les auteurs modernes, Pierre Marty en particulier, considèrent que n'importe quelle pathologie peut être qualifiée de psychosomatique. Cette évolution de la pensée se constate aussi dans la prise en charge du patient. Désormais, le thérapeute s'intéresse au patient dans sa globalité, sur les plans physique, psychique mais aussi environnemental. La nouvelle approche ne voit plus seulement une pathologie type mais bien une pathologie particulière chez un sujet particulier. Le lien ainsi établi est que toute forme de stress, entraînant des perturbations somatiques ou mentales, peut se traduire par un symptôme. Le stress chronique s'accompagne de symptômes multiples et de pathologies toujours plus graves. Si l'individu ne parvient pas à surmonter ce stress, il se trouvera dans un état de survie, s'approchant inéluctablement de la mort. Nous comprenons là l'importance de la prise en charge psychologique qui viendra compléter la prise en charge médicale ou simplement se substituer à elle. Avant de vouloir traiter un symptôme, il semble primordial d'en identifier l'étiologie. Le pharmacien d'officine, de par sa proximité et son rôle de conseil, se doit d'interroger le patient et de l'orienter vers les professionnels concernés.

Troisième partie :

Les troubles digestifs liés au stress et leur prise en charge à l'officine

Nota bene : Dans cette partie, les troubles étant relativement proches de par leurs mécanismes physiopathologiques et leur symptomatologie, les plantes et les huiles essentielles utilisées seront souvent les mêmes. Nous serons donc amenés à répéter leurs posologies ainsi que leurs propriétés thérapeutiques au fil des sous-parties.

1. Le *globus hystericus* ou *globus pharyngé*

Le *globus hystericus* ou *globus pharyngé* est une paresthésie localisée au niveau du pharynx et se traduisant par une gêne et une sensation de striction cervicale. Cette gêne est aussi décrite par les patients comme une sensation de « boule dans la gorge ». Elle survient au repos et lors de la déglutition salivaire et cède lorsque le sujet s'alimente (sauf s'il présente une phobie d'étouffement par la nourriture). Aucun mécanisme physiopathologique n'est identifié pour expliquer ce phénomène. Certains auteurs incriminaient une tonicité de repos élevée du sphincter supérieur de l'œsophage (muscle cricopharyngien) mais les études récentes contredisent ces auteurs. Le *globus hystericus* peut être provoqué par le reflux gastro-œsophagien ou des sécrétions nasales postérieures conséquentes. En situation de stress ou d'anxiété, des déglutitions fréquentes et une gorge asséchée favorisent la survenue du *globus hystericus*. La prise en charge repose sur la prise en charge étiologique (médicaments du RGO, anxiolytiques et antidépresseurs). Aucun médicament n'a fait preuve de son efficacité dans le traitement symptomatique du *globus pharyngé*. Il est avant tout nécessaire de rassurer le patient et de lui apporter une écoute attentive. Pour cela, il peut être amené à consulter un psychothérapeute. Le pharmacien d'officine dispose également de remèdes homéopathiques et d'aromathérapie pour soulager le patient. [COOKSON J., EPSTEIN O., HORNETT G., *et al.*, 2012] [DULGUEROV P., REMACLE M., 2009] [POUDEROUX P., 1998]

1.1. L'homéopathie

Belladonna 5 CH associé à *Phytolacca* 5 CH : Le sujet ressent une douleur à la déglutition et sa bouche est asséchée. La posologie est de deux granules de chacune des deux souches, trois fois par jour.

Ignatia amara 5 CH : Le patient décrit une sensation de boule dans la gorge. La posologie est de deux granules trois fois par jour.

Jaborandi 5 CH : En plus de ressentir une douleur à la déglutition et de saliver beaucoup, le sujet souffre d'hypersudation. La posologie est de deux granules trois fois par jour.

Mercurius solubilis 5 CH : Le sujet ressent une douleur à la déglutition, salive beaucoup et a mauvaise haleine. La posologie est de deux granules trois fois par jour. [PENSA S., QUEMOUN A.-C., 2013]

1.2. L'aromathérapie

La formule d'aromathérapie qui soulage la sensation de boule dans la gorge consiste à respirer de l'huile essentielle de Camomille romaine. Pour cela, il faut ouvrir le flacon et inspirer lentement et profondément (directement au-dessus du flacon). L'huile essentielle de Camomille romaine permet de lutter contre les troubles nerveux en inhibant le système nerveux central. Elle est aussi antispasmodique, anti-inflammatoire et analgésique. [FESTY D., 2008]

2. L'aérophagie

Le terme « aérophagie » est un terme issu du grec et signifiant « manger de l'air ». Il est utilisé pour décrire le phénomène dans lequel un sujet a tendance à avaler de l'air. L'aérophagie peut entraîner une aérogastrie (estomac anormalement rempli d'air), une aérocolie (côlon distendu par un excès de gaz), des ballonnements (distensions abdominales douloureuses) et des flatulences (expulsion des gaz en excès). Cela se traduit, en plus des ballonnements et des flatulences, par une sensation de pesanteur au niveau de l'estomac et des éructations régulières. Il n'y a pas de mécanisme physiopathologique associé à l'aérophagie. Seuls le stress, l'anxiété et les mauvaises habitudes en sont responsables. Parce qu'elles déglutissent fréquemment, salivent beaucoup, mâchent du chewing-gum et mangent rapidement, les personnes stressées sont plus facilement sujettes à l'aérophagie. La prise en charge repose sur les mesures hygiéno-diététiques, les remèdes de phytothérapie, homéopathiques et d'aromathérapie, en plus de la prise en charge étiologique (lutter contre le stress). [FESTY D., 2011]

2.1. Les mesures hygiéno-diététiques

Afin de réduire la quantité d'air avalée, le patient doit observer les quelques règles qui suivent : éviter les boissons gazeuses, manger lentement (chaque mastication doit au moins durer huit secondes), limiter le nombre de chewing-gum et bonbons à sucer consommés dans la journée et éviter de manger entre les repas. [FESTY D., 2011]

2.2. La phytothérapie

Les tisanes : La première tisane consiste à verser une cuillère à café de graines d'Anis vert dans 250 ml d'eau bouillante et laisser infuser une dizaine de minutes. Après avoir filtré, cette tisane est consommée après chacun des trois repas. La seconde tisane est obtenue en mélangeant 50 grammes de graines d'Anis vert, 20 grammes de feuilles de Mélisse, 20 grammes de feuilles de Menthe et 20 grammes de feuilles de Sarriette. Il est ensuite nécessaire de verser deux cuillères à soupe de ce mélange dans un litre d'eau bouillante, laisser infuser une dizaine de minutes et filtrer. La posologie de cette tisane est d'une tasse deux à trois fois par jour, après les repas.

Les gélules : Le pharmacien pourra réaliser une trentaine de gélules en mélangeant 100 mg d'extrait sec de graines de Coriandre, 100 mg d'extrait sec de graines de Fenouil et 100 mg d'extrait sec de feuilles de Menthe. La posologie est d'une gélule trois fois par jour, après les repas. La durée de traitement est d'une semaine, à renouveler si nécessaire.

Propriétés thérapeutiques des plantes utilisées : L'Anis vert, la Mélisse et la Menthe sont des plantes qui tonifient la digestion, parviennent à adsorber les gaz en excès et luttent contre les spasmes digestifs. La Sarriette, le Fenouil et la Coriandre inhibent les fermentations alimentaires et luttent contre les ballonnements. [FESTY D., 2011]

2.3. L'homéopathie

Pour chacune des souches suivantes les posologies sont les mêmes : deux granules cinq fois par jour pendant deux jours en période de crise et deux granules avant chacun des trois repas lorsque les symptômes sont récurrents.

Antimonium crudum 5 CH : L'aérophagie se traduit par un météorisme et par des éructations dont le goût est celui des aliments ingérés. Le patient a tendance à beaucoup manger.

Argentum nitricum 7 CH : L'aérophagie induit des symptômes douloureux, notamment des éructations. Cette souche est parfaitement adaptée au patient stressé, qui mange rapidement et s'impose un rythme de vie soutenu.

Kalium carbonicum 5 CH : Le patient souffre d'éructations et de météorisme au moment des repas ou immédiatement après avoir fini de manger.

Dioscorea villosa 5 CH : L'aérophagie se traduit par des spasmes intestinaux douloureux.

Valeriana 9 CH : Cette souche est indiquée chez les patients stressés avec tendance à la spasmophilie et à l'émotivité. [CHEMOUNY B., 2008]

2.4. L'aromathérapie

La formule pratique : La formule pratique consiste à verser une goutte d'huile essentielle d'Estragon sur un support neutre (comprimé neutre, sucre) qu'il faut laisser fondre sous la langue. L'opération peut être répétée une à trois fois par jour, pas plus de quatre jours consécutifs.

Les formules complètes : La première formule consiste à mélanger une goutte d'huile essentielle de Cumin, une goutte d'huile essentielle d'Estragon, une goutte d'huile essentielle de Menthe poivrée et deux gouttes d'huile végétale de Millepertuis. Elle est destinée à être appliquée en massage sur la peau au niveau de l'estomac. Elle est utilisée trois fois par jour, après les repas et pendant sept jours consécutifs. Cette formule peut être associée à celle contenant le mélange d'une goutte d'huile essentielle de Basilic, une goutte d'huile essentielle de Cannelle de Chine et une goutte d'huile essentielle de Menthe poivrée. Ce mélange pourra être ingéré avant les repas sur un support neutre ou de la mie de pain.

Propriétés thérapeutiques des huiles essentielles utilisées : L'huile essentielle d'Estragon est un tonique digestif et un antispasmodique. L'huile essentielle de Cumin possède des propriétés stomachiques et carminatives. C'est aussi un tonique et un stimulant de la digestion. L'huile essentielle de Menthe poivrée est un antiseptique, un analgésique, un antispasmodique et un fortifiant des fonctions digestives. L'huile essentielle de Basilic est digestive grâce à des propriétés antispasmodiques et anti-inflammatoires. L'huile essentielle de Cannelle de Chine possède, avant tout, des propriétés anti-infectieuses mais elle est aussi un bon tonique et permet de lutter contre les troubles nerveux. [FESTY D. 2008] [GROSJEAN N., 2011]

3. Les nausées et vomissements

3.1. Physiopathologie

Le vomissement est un réflexe contrôlé par un centre appelé centre du vomissement et situé dans la formation réticulaire du bulbe.

- Le centre du vomissement est en lien avec une zone spécifique située dans l'*area postrema* nommée CTZ (Chemoreceptor Trigger Zone) ou zone chémoréceptrice. Peu protégée par la barrière hémato-encéphalique, cette zone pourra être stimulée par des médicaments ou d'autres substances susceptibles de déclencher des vomissements. Pour cela, les influx nerveux émis par la CTZ vont stimuler le centre du vomissement.
- D'autres afférences provenant du tractus digestif vont stimuler le centre du vomissement. Les cellules entérochromaffines digestives libèrent alors de la sérotonine qui active les récepteurs 5-HT₃ dans la trigger zone par l'intermédiaire du nerf vague. Des récepteurs sérotoninergiques 5-HT₃, dopaminergiques D₂, histaminergiques H₁ et H₂ et des récepteurs aux opiacés ont été retrouvés dans la zone chémoréceptrice et au niveau digestif. Ils pourront, via les neurotransmetteurs correspondant, intervenir dans l'élaboration du réflexe nauséeux.
- Lors d'émotions intenses ou sous l'effet d'odeurs désagréables, le cortex cérébral présente, lui aussi, la capacité de stimuler le centre du vomissement.
- Enfin, quand une personne souffre de mal des transports c'est le vestibule qui communique avec le centre du vomissement.

Au-delà du stress, les nausées et vomissements ont de nombreuses étiologies possibles (gastro-entérite, ulcère, médicaments, insuffisance rénale aiguë, grossesse, mal des transports,...). S'ils persistent, ils peuvent avoir des conséquences sur la nutrition, l'équilibre hydro-électrolytique et il y a un risque que le patient s'affaiblisse. Plus rarement, ils peuvent se compliquer en œsophagite, rupture de l'œsophage, hémorragie sous-conjonctivale, fracture des côtes et inhalation bronchique (conduisant éventuellement à une pneumopathie). [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012] [COLLINS P., WAGNER-BALLON J., 2013]

3.2. Symptômes

Les nausées se définissent comme étant une « sensation subjective désagréable non douloureuse provenant du tractus digestif haut, associée au besoin de vomir ou à la sensation que les vomissements sont imminents ». Les vomissements sont définis comme étant « un mécanisme actifs de contractions cycliques violentes de la musculature abdominale, du diaphragme et des muscles respiratoires conduisant au rejet brutal par la bouche du contenu de l'estomac ». Tous deux sont accompagnés de tachycardie, augmentation de la pression artérielle, changement postural, sueurs froides, pâleur cutanée, mydriase et hypersalivation. [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

3.3. Rôle du stress dans les nausées et vomissements

Physiologiquement, la corticolibérine (CRH) sécrétée chaque matin nous permet d'accéder aux ressources énergétiques nécessaires pour « affronter » la journée. En cas de stress ou d'émotion intense, les structures cérébrales stimulent la production de CRH afin d'en augmenter la concentration sanguine. Cet excès de CRH est alors détecté par les cellules du tractus digestif qui déclenchent des nausées, des vomissements ou une diarrhée. Le fait de stopper le processus de digestion en vidant l'estomac ou les intestins permet à l'organisme d'économiser de l'énergie afin de lutter contre l'élément stresser. [ENDERS G., 2015]

3.4. Prise en charge des nausées et vomissements

3.4.1. Les mesures hygiéno-diététiques

Les recommandations à donner au patient souffrant de nausées et vomissements sont les suivantes : limiter l'ingestion d'aliments solides, lourds ou gras, favoriser les boissons salées et sucrées (afin d'éviter un déséquilibre hydro-électrique), boire par petites gorgées, tout au long de la journée et de préférence en dehors des repas, privilégier les aliments froids ou tièdes afin d'éviter les odeurs inconvenantes, fractionner les repas (ingérer de petites quantités et manger lentement) et proscrire l'alcool et le tabac.

3.4.2. Les antiémétiques

Les antiémétiques agissent en bloquant les récepteurs des neurotransmetteurs impliqués dans les nausées et vomissements. Nous ne traiterons ici que les antiémétiques permettant de soulager les états nauséux liés au stress ; Les antagonistes des récepteurs sérotoninergiques (5-HT₃) et des récepteurs NK1 de la substance P étant réservés au traitement des vomissements chimio-induits.

3.4.2.1. Les antihistaminiques H1

Les antihistaminiques H1 agissent en inhibant de manière compétitive la fixation de l'histamine sur ses récepteurs vestibulaires et labyrinthiques ainsi qu'au niveau du centre du vomissement. Le seul représentant de la classe indiqué dans le traitement symptomatique des nausées et vomissements est le Dimenhhydrinate (MERCALM® et NAUSICALM®). Les autres antihistaminiques H1 sont indiqués dans le traitement des manifestations allergiques et la prise en charge du mal des transports. MERCALM® existe en comprimés quadrisécables dosés à 50 mg. Sa posologie est d'un à deux comprimés par prise. Les prises peuvent être renouvelées toutes les six à huit heures si cela est nécessaire, sans dépasser six comprimés par jour. NAUSICALM®, quant à lui, est disponible en gélules dosées à 50 mg mais aussi sous forme de sirop (une cuillère à café correspond à 16 mg de Dimenhhydrinate). Sa posologie est d'une à deux gélules ou une à deux cuillères à soupe de sirop par prise.

Les prises peuvent être renouvelées toutes les six à huit heures sans excéder huit gélules ou huit cuillères à soupe de sirop par jour.

En raison d'effets secondaires atropiniques (sécheresse buccale, rétention urinaire, mydriase, constipation,...), les antihistaminiques H1 sont contre-indiqués chez les patients souffrant d'un glaucome à angle fermé ou d'une hypertrophie bénigne de la prostate. Ils ne doivent pas être associés à d'autres médicaments à effets atropiniques. Les antihistaminiques H1 présentent également des effets indésirables de sédation et ne doivent donc pas être utilisés en association avec l'alcool et les médicaments inhibant le système nerveux central. [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012] [Vidal, 2015]

3.4.2.2. Les antagonistes de la dopamine

Les antagonistes de la dopamine sont aussi appelés neuroleptiques antiémétiques. Ils agissent en inhibant la fixation de la dopamine à ses récepteurs centraux et périphériques. Les seuls représentants de la classe indiqués dans les nausées et vomissements aigus (notamment ceux liés au stress) sont la Dompéridone, l'Alizapride, le Métoclopramide et la Métopimazine.

La Dompéridone (MOTILUM®, OROPERIDYS® et PERIDYS®) passe peu la barrière hémato-encéphalique et n'agit donc que sur les récepteurs dopaminergiques périphériques situés dans la zone chémoréceptrice. En plus de son effet antiémétique, la Dompéridone est prokinétique (elle favorise la vidange gastrique) en inhibant la dopamine qui freine la digestion. Les différentes formes galéniques disponibles sont les comprimés pelliculés dosés à 10 mg, les comprimés orodispersibles dosés à 10 mg et la suspension buvable dosée à 1mg/ml. La posologie de la Dompéridone est d'un comprimé ou deux cuillères à café trois fois par jour. Les prises ont lieu un quart d'heure avant les repas et le traitement ne doit pas durer plus d'une semaine sans avis médical. L'ingestion de Dompéridone peut entraîner une hyperprolactinémie* (impuissance, gynécomastie, aménorrhées, galactorrhées), des douleurs abdominales, une diarrhée, des céphalées, un état agité, un syndrome extrapyramidal, une somnolence, des réactions allergiques. La Dompéridone peut également causer des troubles du rythme cardiaque ce qui la contre-indique en association avec les médicaments susceptibles d'entraîner des torsades de pointes. D'autre part, la Dompéridone est contre-indiquée chez les patients insuffisants hépatiques, chez les patients présentant une tumeur hypophysaire à prolactine (prolactinome), en cas d'hémorragie ou de perforation digestives et chez les patients présentant des troubles du rythme cardiaque.

L'Alizapride (PLITICAN®) est un antagoniste dopaminergique d'action centrale et périphérique. Il est prokinétique par son effet agoniste sur les récepteurs sérotoninergiques 5-HT₄. L'Alizapride existe sous forme de comprimés sécables dosés à 50 mg et sous forme de solution injectable (chaque ampoule de 2 ml contient 50 mg d'Alizapride). Les comprimés sont indiqués dans le traitement symptomatique des nausées et vomissements. La posologie est alors d'un comprimé deux à quatre

fois par jour. La solution injectable n'est utilisée qu'en cas de vomissements chimio-induits (2 à 5 mg/kg/jour et jusqu'à 20 mg/kg/j). Les effets indésirables de l'Alizapride sont ceux des neuroleptiques : symptômes extrapyramidaux, dyskinésies tardives, hyperprolactinémie*, somnolence, hallucinations, confusion, convulsions et, très rarement, syndrome malin des neuroleptiques. Il est donc contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents de dyskinésies tardives sous neuroleptiques et ceux traités par des agonistes dopaminergiques, de la L-DOPA ou des IMAO-B. Il ne doit pas être utilisé par les patients souffrant d'un phéochromocytome et chez l'enfant de moins d'un an (chez l'enfant de plus d'un an, il est réservé au traitement des nausées et vomissements secondaires à une opération ou à la prévention des nausées et vomissements chimio-induits). Son utilisation doit être évitée en association avec l'alcool et les médicaments inhibant le système nerveux central.

Le Métoclopramide (ANASIN LP®, PRIMPERAN® et PROKINYL LP®) est un antagoniste dopaminergique d'action centrale et périphérique. Tout comme l'Alizapride, il est prokinétique par son effet agoniste sur les récepteurs sérotoninergiques 5-HT₄. Le Métoclopramide est indiqué dans le traitement symptomatique des nausées et vomissements. Il existe sous de nombreuses formes : comprimés sécables dosés à 10 mg, solution buvable dosée à 1 mg/ml, suppositoires dosés à 10 mg, solution injectable (10 mg pour 2 ml), comprimés à libération prolongée dosés à 15 mg et gélules à libération prolongée dosées à 15 mg. Pour les comprimés et les suppositoires, la posologie est d'un comprimé ou un suppositoire une à trois fois par jour. Pour la solution buvable, elle est d'une dose de 10 mg une à trois fois par jour (dose obtenue grâce aux graduations). La posologie de la solution injectable est d'une ampoule une à trois fois par jour. Pour les formes à libération prolongée, la posologie est d'une unité une à deux fois par jour. Les effets indésirables, contre-indications et interactions médicamenteuses du Métoclopramide sont les mêmes que ceux de l'Alizapride, leurs propriétés et modes d'action étant identiques. En raison d'un risque de méthémoglobinémie, le Métoclopramide ne doit pas être utilisé chez les patients ayant des antécédents de ce genre.

La Métopimazine (VOGALENE®, VOGALIB®) est une phénothiazine à activité antidopaminergique centrale et périphérique. Elle est antiémétique et prokinétique et présente des effets anticholinergiques, antihistaminergiques et antisérotoninergiques. La Métopimazine existe sous forme de gélules dosées à 15 mg dont la posologie est d'une gélule une à deux fois par jour, sous forme de lyophilisats oraux dosés à 7,5 mg dont la posologie est d'un lyophilisat deux à quatre fois par jour, sous forme de suppositoires sécables dosés à 5 mg dont la posologie est d'un à deux suppositoires une à trois fois par jour, sous forme de solution buvable dosée à 1 mg/ml dont la posologie est d'une à deux cuillères à café deux à trois fois par jour et, enfin, sous forme de solution injectable dosée à 10 mg/ml dont la posologie est de 5 à 10 mg une à trois fois par jour (en IM ou en IV lente). Elle peut entraîner une sédation, une photosensibilité, des dyskinésies précoces ou tardives, un syndrome extrapyramidal, une hyperprolactinémie* ainsi que tous les effets indésirables liés à ses effets anticholinergiques. La Métopimazine est donc contre-indiquée chez les patients

souffrant d'un glaucome à angle fermé ou d'une hypertrophie bénigne de la prostate et chez les patients traités par des agonistes dopaminergiques, de la L-DOPA ou des IMAO-B. Son utilisation est déconseillée en association avec l'alcool, les médicaments inhibant le système nerveux central et les antihypertenseurs. [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012] [Vidal, 2015]

3.4.3. La phytothérapie

Les gélules : Ces gélules, proposées par le laboratoire Arkopharma (ARKOGELULES®), contiennent chacune 146 g de poudre cryobroyée de racines de Gingembre. Elles sont utilisées afin de stimuler la digestion et lutter contre les nausées, chez la femme enceinte notamment. La posologie est de deux gélules matin et midi au moment des repas.

La tisane : Pour réaliser cette tisane, il faut d'abord mélanger 30 grammes de plantes entières de Basilic, 30 grammes de plantes entières de Chardon-marie, 30 grammes de plantes entières de Fumeterre, 50 grammes de racines de Gingembre, 30 grammes de feuilles de Mélisse et 30 grammes de feuilles de Menthe. Il faut ensuite ajouter deux cuillères à soupe de ce mélange à un litre d'eau bouillante, laisser infuser pendant cinq minutes puis filtrer. La posologie de cette tisane est d'une tasse deux à trois fois par jour. Cette tisane peut être utilisée chez la femme enceinte.

Propriétés thérapeutiques des plantes utilisées : Le Gingembre et la Fumeterre sont cholagogues et cholérétiques et favorisent la digestion. Le Gingembre présenterait également des propriétés antiémétiques (elles n'ont, pour l'instant, été décrites que pour la poudre de Gingembre). Le Basilic possède des propriétés antispasmodiques. Le Chardon-marie est un antiémétique et un sédatif (surtout durant la grossesse). La Mélisse quant à elle, possède des propriétés antispasmodiques, antiémétiques et sédatives. Enfin, la Menthe présente l'avantage de stimuler la digestion et d'être cholagogue. [FESTY D., 2011]

3.4.4. L'homéopathie

Arsenicum album 5 CH : Les symptômes sont améliorés lorsque le sujet applique du chaud sur l'estomac. Ils sont aggravés la nuit entre une heure et trois heures du matin. La posologie est de deux granules trois fois par jour.

Ignatia amara 9 CH : Les symptômes sont paradoxalement améliorés par les gros repas et aggravés par les repas légers, les odeurs désagréables et la fumée de tabac. La posologie est de cinq granules trois à six fois par jour jusqu'à amélioration des symptômes.

Ipeca 7 CH : Les symptômes durent dans le temps. Ils sont aggravés lorsque le sujet est couché ou en mouvement. Le sujet salive beaucoup et somnole après les vomissements. La posologie est de cinq granules trois à six fois par jour jusqu'à amélioration des symptômes.

Petroleum 5 CH : Les symptômes sont améliorés lorsque le sujet mange. La posologie est de deux granules trois fois par jour.

Robinia 5 CH : En plus des vomissements, le sujet souffre d'acidités gastriques. La posologie est de deux granules trois fois par jour.

Symphoricarpus racemosus 7 CH : Les symptômes sont aggravés par le mouvement et n'importe quel aliment. Ils sont améliorés lorsque le sujet se couche sur le dos. Lorsque les nausées et les vomissements résistent aux autres traitements, *Symphoricarpus racemosus* est une bonne alternative. La posologie est de cinq granules trois à six fois par jour jusqu'à amélioration des symptômes. [PAUL A., 2014] [PENSA S., QUEMOUN A.-C., 2013]

3.4.5. L'aromathérapie

La formule pratique : La formule pratique consiste à verser deux gouttes d'huile essentielle de Menthe poivrée sur un demi-sucre ou alors une seule goutte directement sous la langue. L'opération peut être répétée autant que nécessaire.

Les formules complètes : La première formule complète consiste à mélanger 10 gouttes d'essence de Citron, 10 gouttes d'huile essentielle d'Estragon, 10 gouttes d'huile essentielle de Gingembre et 10 gouttes d'huile essentielle de Menthe poivrée. Il faut ensuite verser deux gouttes de ce mélange sur un sucre brun ou directement sous la langue. L'opération peut être répétée autant que nécessaire. Cette formule ne doit pas être conseillée à la femme enceinte à qui nous conseillerons plutôt la formule en massage et à respirer. Cette formule consiste à mélanger une goutte d'huile essentielle de Basilic, une goutte d'essence de Citron et une goutte d'huile essentielle de Mélisse. Il faut ensuite masser avec ce mélange le haut de la poitrine, dès les premiers signes de nausées. Il est également possible de le respirer sur un mouchoir ou dans un récipient contenant les huiles citées en quantités égales.

Propriétés thérapeutiques des huiles essentielles utilisées : L'huile essentielle de Menthe poivrée est antiseptique, analgésique, antispasmodique et tonifiant digestif. L'essence de citron stimule et régule la fonction hépatique. C'est un tonique très utile en cas d'inconfort digestif. L'huile essentielle de Basilic possède des propriétés antispasmodiques. Les huiles essentielles d'Estragon et de Gingembre sont des toniques qui améliorent la digestion et stimulent l'appétit. Enfin, l'huile essentielle de Mélisse est carminative, stomachique, antispasmodique, cholérétique et lutte contre les troubles digestifs d'origine nerveuse. [FESTY D., 2008] [ROUX D., 2014]

3.4.6. Les glaçons au Bicarbonate de sodium

De nombreux médecins suggèrent à leurs patients sous chimiothérapie de suçoter un glaçon pour atténuer les nausées, dès les premiers symptômes. Il semblerait que cette technique soit efficace et, même si cela ne devait pas être le cas, ça ne coûte pas grand-chose d'essayer ! Pour cela, il faut ajouter à l'eau des glaçons du Bicarbonate de sodium (les quantités sont à adapter en fonction de la réponse du sujet, cela va d'une ou deux pincées à la cuillère à café). Le Bicarbonate, en luttant contre l'acidité gastrique, soulage le patient de ses nausées. [FESTY D., 2011]

4. L'ulcère gastroduodénal

4.1. Physiopathologie

L'ulcère gastro-duodénal se caractérise par une perte de substance en profondeur des parois gastrique ou duodénale. L'atteinte est telle que la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculature sont lésées. La figure 7 ci-dessous permet de comparer une muqueuse saine et une muqueuse atteinte d'un ulcère. En France, l'ulcère gastrique affecte 2% de la population. L'ulcère duodénal est plus fréquent et concerne 7% de la population. L'ulcère gastro-duodénal survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre l'agression chlorhydropeptique et la sécrétion de mucus et de bicarbonates qui servent à protéger la muqueuse. Ces mécanismes de défense sont habituellement stimulés par les prostaglandines mais de nombreux facteurs peuvent nuire à l'équilibre entre sécrétion acide et mécanismes de protection. Il s'agit notamment des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des corticostéroïdes et de la bactérie *Helicobacter pylori*. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), l'Aspirine et les corticostéroïdes inhibent la cyclo-oxygénase 1 qui participe à la production des prostaglandines. *Helicobacter pylori*, lorsqu'elle est présente, colonise la muqueuse et entraîne une gastrite pouvant évoluer vers un ulcère. D'autres facteurs liés au mode de vie peuvent être à l'origine de l'ulcère gastro-duodénal. Il s'agit du tabac, de l'alcool et du stress qui entraînent une hypersécrétion acide. L'ulcère n'est pas à prendre à la légère et doit être traité rapidement car ses complications peuvent être graves (hémorragie digestive, perforation et sténose). [BELON J.-P., HILLON P., 1999] [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

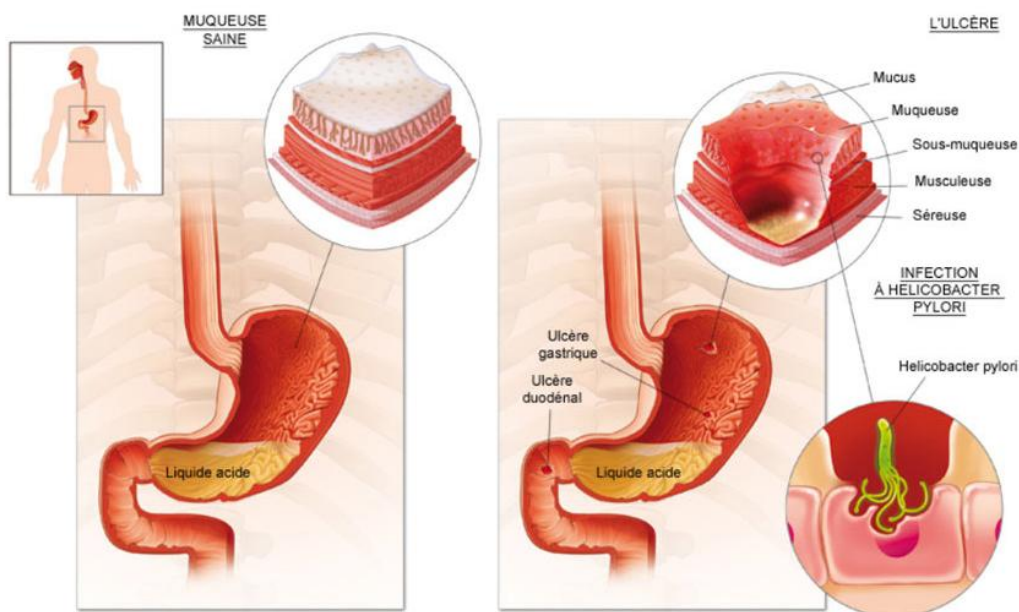


Figure 7 : Schéma d'une muqueuse atteinte d'un ulcère et comparaison à une muqueuse saine

Source : <http://www.chirurgie-beaujolais.fr/specialites/chirurgie-viscerale/estomac-et-duodenum-traitement-de-lulcere/> (Consultée le 24/10/15)

4.2. Symptômes

La symptomatologie typique repose sur des douleurs épigastriques non irradiantes, ressemblant à des crampes ou à une faim douloureuse, se manifestant une à trois heures après les repas et soulagées par l'alimentation ou la consommation d'antiacides. Le plus souvent, le patient ne présente pas de symptomatologie typique (on parle de « syndrome douloureux atypique »). Il se plaint alors de douleur sous les côtes, aussi bien à droite qu'à gauche. Cette douleur peut aller de la simple gêne à l'hyperalgie et elle n'est pas rythmée par les repas. Enfin, il peut arriver que l'ulcère soit asymptomatique et qu'il ne soit révélé qu'au cours d'une endoscopie digestive ou à la suite de complications. [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

4.3. Rôle du stress dans l'ulcère gastro-duodéal

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie, le système parasympathique est la composante nerveuse stimulant la digestion. Il est donc responsable de la sécrétion physiologique d'acide chlorhydropeptique. En situation de stress, ces fonctions sont mises en veille au profit des fonctions vitales. Il en est de même pour la production du mucus et des bicarbonates qui ont pour rôle de protéger la muqueuse. Lorsque le stress est écarté et que le système parasympathique reprend son activité « normale », il se produit un effet rebond et une hypersécrétion acide qui lèse les parois de l'estomac et du duodénum. De plus, en cas de stress aigu, la sécrétion d'ACTH ralentit la vidange gastrique et la libération de CRF inhibe la dilatation gastrique ce qui entraîne une stagnation des sucs gastriques. Enfin, le cortisol sécrété en situation de stress inhibe la cyclo-oxygénase 1 donc la formation des prostaglandines nécessaires à la protection de la muqueuse. Ces mécanismes délétères additionnés les uns aux autres font du stress un facteur de risque d'ulcère gastro-duodéal. [GODEFROID J., 2011] [RANKIN L., 2014]

4.4. Prise en charge de l'ulcère gastro-duodéal

4.4.1. Les mesures hygiéno-diététiques

Le patient doit adopter un mode de vie permettant la guérison de la muqueuse et limitant le risque de complications. Il faut, tout d'abord, que le patient réduise ses consommations de tabac et d'alcool (l'arrêt du tabac serait optimal). S'il ne parvient pas à arrêter de fumer, le patient doit éviter de fumer à jeun. Dans l'idéal, les repas sont fractionnés et le jeûne prolongé doit être évité. Il est également conseillé d'exclure les aliments irritants comme les épices, tout en conservant un régime alimentaire équilibré. Les médicaments qui agressent la muqueuse et inhibent les mécanismes de protection sont à proscrire (AINS, Aspirine et corticostéroïdes). Enfin, le patient doit lutter contre le stress et l'anxiété à l'aide des moyens cités dans la première partie. [LE BOURGEOIS P., LESUR G., ROULOT D., 1991]

4.4.2. Les antisécrétoires gastriques

Comme leur nom l'indique, les antisécrétoires gastriques permettent de réduire la sécrétion d'acide chlorhydropeptique par la muqueuse gastrique et présentent ainsi un effet antiulcéreux. Parmi les antisécrétoires gastriques, nous distinguons les antihistaminiques H2 (Anti-H2), les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les analogues des prostaglandines. [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

4.4.2.1. Les antihistaminiques H2 (anti-H2)

Au niveau de l'estomac, l'histamine a pour rôle de stimuler la sécrétion acide. Les antihistaminiques H2 sont des antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine de la cellule pariétale qui agissent par inhibition compétitive. Ils permettent ainsi de réduire la sécrétion d'acide chlorhydropeptique de 50 à 80%. Grâce aux Anti-H2, la muqueuse va cicatriser dans les six à huit semaines après le début du traitement, et ce, dans 90% des cas. Les représentants de cette classe sont la Cimétidine (CIMETIDINE® ou STOMEDINE®), la Famotidine (FAMOTIDINE®), la Nizatidine (NIZAXID®) et la Ranitidine (AZANTAC®, RANITIDINE® ou RANIPLEX®). Le tableau qui suit permet de récapituler les différentes présentations de ces principes actifs ainsi que les posologies usuelles correspondantes pour le traitement de l'ulcère gastro-duodéal. [LE JEUNNE C., VITAL DURAND D., 2015]

Tableau III : Présentations et posologies usuelles des différents antihistaminiques H2 dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal

Principe actif	Présentations	Posologies usuelles dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal
CIMETIDINE	Cp 200 / 400 mg Cp sécable 800 mg Cp effervescents 200/800 mg	800 mg au coucher Pour STOMEDINE® (hors liste) : 1 à 2 cp à 200 mg /jour
FAMOTIDINE	Cp 20 mg Cp 40 mg	40 mg le soir pendant 4 à 8 semaines
NIZATIDINE	Gélule 150 mg	300 mg le soir pendant 4 à 8 semaines
RANITIDINE	Cp 150 et 300 mg Cp effervescents 75/150/300 mg	300 mg au coucher pendant 4 à 8 semaines
	Ampoule injectable 50 mg = 2 ml	En IM ou IV lente : 1 ampoule 1 à 4 fois par jour En Perfusion IV : 0,125 à 0,25 mg/kg/h

Source : [LE JEUNNE C., VITAL DURAND D., 2015]

Seule l'hypersensibilité à la substance active contre-indique l'utilisation des antihistaminiques H2 mais ils doivent être employés avec prudence chez les personnes âgées, les insuffisants hépatiques et les insuffisants rénaux. Secondairement à

l'ingestion d'anti-H₂, le patient peut présenter des troubles digestifs (diarrhées, constipation), des céphalées, des vertiges, une asthénie et des douleurs musculaires. Le bilan biologique peut révéler une élévation des transaminases et de la créatininémie. Dans de très rares cas, une pancréatite aiguë peut survenir. L'augmentation du pH gastrique pourrait favoriser le développement de bactéries au sein de l'estomac. [LE JEUNNE C., VITAL DURAND D., 2015]

Le cas particulier de la Cimétidine :

- La Cimétidine a la particularité d'être un fort inhibiteur enzymatique. Cela signifie qu'elle augmente les concentrations de médicaments métabolisés par les mêmes voies, notamment ceux à marge thérapeutique étroite. Elle est donc formellement contre-indiquée avec le Carvédilol et le Métoprolol (risque de décompensation de l'insuffisance cardiaque) et est déconseillée avec la Phénytoïne et la Fosphénytoïne (augmentation de leurs effets indésirables, notamment la sédation). Elle est également déconseillée avec deux antinéoplasiques cytostatiques alkylants que sont la Carmustine et la Lomustine (augmentation de la toxicité médullaire). Enfin, l'association de la Cimétidine avec les anticoagulants oraux, l'Alfentanil, la Carbamazépine, la Lidocaïne, la Méthadone, certaines benzodiazépines, la Théophylline et la Ciclosporine nécessitent des précautions d'emploi.[LE JEUNNE C., VITAL DURAND D., 2015]
- La Cimétidine présente des effets indésirables qui lui sont propres. Il s'agit d'effets antiandrogéniques (gynécomastie et galactorrhée), de confusion mentale (surtout chez le sujet âgé ou l'insuffisant rénal), de troubles du rythme cardiaque (surtout lors d'administration parentérale), d'impuissance (à fortes doses) et de troubles hématologiques.[GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

4.4.2.2. Les inhibiteurs de la pompe à protons

Les inhibiteurs de la pompe à protons agissent en bloquant l'enzyme de la pompe H⁺/K⁺ nommée ATPase. Cette pompe, située dans les cellules pariétales gastriques, a pour rôle d'échanger les ions H⁺ et les ions K⁺. En stoppant l'excrétion des ions H⁺ vers la lumière de l'estomac, les IPP inhibent la sécrétion acide et sont antiulcéreux. Nous dénombrons cinq principes actifs parmi les IPP. Il s'agit de l'Esoméprazole (INEXIUM®, NEXIUM CONTROL®), du Lansoprazole (LANZOR®, OGAST® et OGASTORO®), de l'Oméprazole (MOPRAL®, MOPRALPRO® et ZOLTUM®), du Pantoprazole (EUPANTOL®, INIPOMP®, IPRAALOX® et PANTOLOC CONTROL®) et du Rabéprazole (PARIET®). Les IPP ont pour avantage d'avoir un effet antalgique rapide et ils garantissent une meilleure cicatrisation de la muqueuse que les anti-H₂. Le tableau qui suit permet de récapituler les différentes présentations de ces principes actifs ainsi que les posologies usuelles correspondantes pour le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

Tableau IV : Présentations et posologies usuelles des différents inhibiteurs de la pompe à protons dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal

Principe actif	Présentations	Posologies usuelles dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal
ESOMEPRAZOLE	• Cp 20 mg et 40 mg gastrorésistants • Gélules 20 mg et 40 mg gastrorésistantes • Granulés : sachets de 10 mg • Poudre pour solution injectable : 40 mg	20 à 40 mg / jour (en IV lente : 3 à 4 minutes et en perfusion IV : 10 à 30 minutes)
LANZOPRAZOLE	• Gélules 15 mg et 30 mg gastrorésistantes • Cp 15 mg et 30 mg orodispersibles	30 mg / jour en une prise Durée : 4 semaines si ulcère duodéal et 4 à 6 semaines si ulcère gastrique
OMEPRAZOLE	• Gélules 10 mg et 20 mg gastrorésistantes • Cp 20 mg gastrorésistants • Poudre pour solution injectable : 40 mg	20 mg / jour en une prise pour les formes orales 40 mg / jour en une fois par perfusion IV lente (4 ml/minute)
PANTOPRAZOLE	• Cp 20 mg et 40 mg gastrorésistants • Poudre pour solution injectable : 40 mg	40 mg / jour en une prise pour les formes orales 40 mg / jour en une fois en IV lente (2 à 3 minutes) ou perfusion IV lente (15 minutes)
RABEPRAZOLE	• Cp 10 mg et 20 mg gastrorésistants	20 mg / jour en une prise

Source : [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

Historiquement, les inhibiteurs de la pompe à protons présentaient peu d'effets indésirables et leur usage était privilégié. Toutefois, de plus en plus d'effets secondaires sont décrits et il arrive que les patients souffrent de diarrhées ou de constipation accompagnées de flatulences, de nausées et de vomissements, de vertiges, de céphalées et de rashes cutanés lorsqu'ils sont traités par IPP. Le bilan biologique peut être modifié avec une augmentation des transaminases. Il se peut également que certaines bactéries prolifèrent dans le milieu gastrique du fait de la hausse du pH. Seule l'hypersensibilité à la substance active contre-indique l'utilisation des IPP. [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012] [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

Les inhibiteurs de la pompe à protons sont inhibiteurs enzymatiques (de l'isoenzyme CYP 2C19 du cytochrome P450 plus précisément). Ils sont contre-indiqués en association avec l'Atazanavir et le Nelfinavir (réduction de 75% de son absorption)

parce qu'ils mettent en jeu l'efficacité thérapeutique par diminution des concentrations de ces deux inhibiteurs de protéases. L'utilisation des IPP est déconseillée avec le Clopidogrel et le Méthotrexate dont la concentration serait augmentée. [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013] [LE JEUNNE C., VITAL DURAND D., 2015]

4.4.2.3. Les analogues de prostaglandines

L'unique représentant de la classe est le Misoprostol (CYTOTEC®). Cet analogue synthétique de la prostaglandine E1 est cytoprotecteur et antisécrétoire. Cela signifie qu'il protège la muqueuse gastrique à la fois par une augmentation de production de mucus et de bicarbonates mais aussi par une diminution de la sécrétion acide. Il est, cependant, moins utilisé que les IPP et les anti-H2 car moins efficace. Chaque comprimé de la spécialité CYTOTEC® contient 200 microgrammes de Misoprostol. La posologie usuelle dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal est d'un comprimé à 200 microgrammes quatre fois par jour. La durée de traitement varie de quatre à huit semaines. [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013][LE JEUNNE C., VITAL DURAND D., 2015]

Le Misoprostol présente l'effet indésirable d'augmenter la motilité intestinale. Il peut donc induire de fortes diarrhées. Il est également responsable d'une contraction des fibres musculaires lisses utérines ce qui contre-indique son utilisation chez la femme enceinte et la femme en âge de procréer qui n'utilise d'aucune contraception efficace (le Misoprostol sous le nom de spécialité GYMISO® est même indiqué dans l'interruption médicale de grossesse). L'hypersensibilité à la substance active est l'autre contre-indication du Misoprostol. [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

4.4.3. Les topiques antiulcéreux

Les topiques antiulcéreux agissent en protégeant et en renforçant les défenses de la muqueuse. Pour cela, ils forment au contact du suc gastrique acide, un gel qui adhère et se fixe sur l'ulcération, favorisant ainsi sa cicatrisation. Cette action est locale, il ne s'agit pas de réduire l'acidité gastrique. Dans le cas de l'ulcère gastro-duodéal, les topiques antiulcéreux constituent un traitement adjuvant au traitement antisécrétoire. Le seul représentant de la classe des topiques antiulcéreux est le Sucralfate (KEAL® et ULCAR®). Les différentes présentations du Sucralfate sont les comprimés sécables dosés à un gramme et la suspension buvable en sachets dosés à un ou deux grammes. La posologie usuelle en cas d'ulcère gastro-duodéal est de deux grammes deux fois par jour ou un gramme quatre fois par jour, le tout en dehors des repas. La durée du traitement varie de quatre à six semaines. Afin de garantir l'efficacité de médicaments à marge thérapeutique étroite et des antiulcéreux antisécrétoires, il est nécessaire d'espacer la prise de topiques antiulcéreux et de ces autres médicaments d'au moins deux heures (risque de diminution de l'absorption digestive). Aucune situation ne contre-indique l'utilisation du Sucralfate. Cependant, de par la présence d'aluminium, un usage prudent est nécessaire chez l'insuffisant

rénal (risque d'encéphalopathie par accumulation d'aluminium). L'ingestion de Sucralfate peut entraîner une constipation (limitée si le patient s'hydrate suffisamment) et une déplétion phosphorée si le traitement est prolongé. Plus rarement, un traitement par Sucralfate pourrait induire des nausées et vomissements, une bouche sèche, des vertiges et des rashes cutanés. [BIANCHI V., EL ANBASSI S., 2012] [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013][LE JEUNNE C., VITAL DURAND D., 2015]

4.4.4. Les antiacides

Les antiacides sont des médicaments qui neutralisent l'acidité gastrique sans influencer les mécanismes sécrétoires. Ils présentent également la capacité d'inhiber la pepsine en favorisant l'élévation du pH gastrique (inhibition de la pepsine au-delà d'un pH 4). Les antiacides d'action locale sont indiqués dans le traitement symptomatique de la douleur des affections œso-gastro-duodénales. Ils sont alors utilisés dans la prise en charge des douleurs épigastriques liées à l'ulcère gastro-duodéal, en association avec les antisécrétoires. Leur durée d'action est très courte (de l'ordre de trente minutes à une heure). Ils ne traversent pas la barrière digestive et n'ont que peu d'effets indésirables. Les formes galéniques dispersées que sont les suspensions buvables, les gels et les poudres sont plus efficaces car délivrent de plus fortes doses d'antiacides que la forme comprimé (souvent plus pratique). En outre, les gels garantissent une plus longue durée d'action grâce à leur adhésion à la muqueuse gastrique.

Les aliments ayant un effet tampon, il n'est d'aucune utilité d'ingérer des antiacides au moment des repas. Les doses sont administrées une heure à une heure et demie après les trois principaux repas ainsi qu'au coucher. La posologie peut être augmentée jusqu'à sept prises par jour selon l'intensité des douleurs. La durée de traitement est généralement de quatre à six semaines.

Les médicaments contenant de l'hydroxyde d'aluminium peuvent entraîner une déplétion phosphorée lorsque leur utilisation est prolongée (l'hydroxyde d'aluminium capte le phosphore issu de l'alimentation, tous deux précipitent et sont évacués dans les selles). Les médicaments contenant du phosphate d'aluminium sont susceptibles d'entraîner une constipation chez les patients alités et les sujets âgés. Les médicaments contenant des sels de magnésium peuvent avoir un effet laxatif et même causer des diarrhées à fortes doses (cet effet est limité lorsque le magnésium est associé à l'aluminium). La présence de sels d'aluminium contre-indique l'utilisation des antiacides chez les insuffisants rénaux (risque d'encéphalopathie). Le mode d'action des antiacides leur confère de nombreuses interactions médicamenteuses. Ils doivent donc être administrés à distance des autres médicaments (au moins deux heures) afin de garantir une bonne absorption digestive de ceux-ci. [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

Les spécialités antiacides disponibles sur le marché ainsi que leurs posologies usuelles sont récapitulées dans le tableau qui suit.

Tableau V : Tableau récapitulatif des spécialités antiacides, leurs principes actifs, leurs présentations ainsi que leurs posologies usuelles

Spécialité	Principes actifs	Présentations	Posologies usuelles
ACIDRINE®	- Sel d'aluminium - Anesthésique local - Protecteur muqueux	Comprimés à croquer	1 à 2 comprimés au moment des douleurs. Avaler un verre d'eau après absorption
GASTROPAX®	- Carbonate de calcium - Trisilicate de magnésium - Carbonate et Hydroxyde de magnésium - Kaolin lourd - Bicarbonate de sodium - Phosphate tricalcique	Poudre pour solution buvable	1 cuillère à café au moment des douleurs. La dose maximale est de 6 prises par jour
GELOX®	- Montmorillonite - Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium	Suspension buvable (sachets)	1 sachet 3 à 6 fois par jour
MAALOX® XOLAAM®	- Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium	- Suspension buvable (sachets et flacons) - Comprimés à croquer	1 cuillère à soupe ou 1 sachet ou 1 à 2 comprimés 3 à 6 fois par jour
MARGA®	- Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium - Carbonate de calcium	Comprimés à sucer	6 comprimés par jour après les repas
MOXYDAR®	- Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium - Gomme guar - Phosphate d'aluminium	- Comprimés pour suspension buvable (dissous dans un demi-verre d'eau) - Suspension buvable (sachets)	<u>Traitement d'attaque</u> : 1 unité 3 à 4 fois par jour après les repas (4 à 6 semaines) <u>Traitement d'entretien</u> : 1 unité au moment des douleurs (max. 4 fois par jour)

NEUTROSES®	▪ Carbonate de calcium ▪ Carbonate de magnésium ▪ Trisilicate de magnésium ▪ Kaolin	Comprimés à croquer	2 à 3 comprimés par prise, 4 fois par jour, 2 heures après les repas
PHOSPHALUGEL®	▪ Phosphate d'aluminium	Suspension buvable (sachets ou flacons)	1 à 2 sachets ou cuillères à soupe 2 à 3 fois par jour après les repas
RENNIE®	▪ Carbonate de calcium ▪ Carbonate de magnésium	▪ Comprimés ▪ Comprimés à croquer	1 à 2 comprimés 4 fois par jour (max. 12 comprimés par jour pendant 10 jours)
RENNIELIQUO®	▪ Hydrotalcite (délivrant de l'aluminium)	Suspension buvable (sachets)	4 sachets par jour pendant 10 jours
RIOPAN®	▪ Magaldrate (délivrant de l'aluminium)	▪ Comprimés à croquer 800 mg ▪ Suspension buvable 800 mg/10 ml (sachets)	1 à 2 comprimés ou sachets au moment des douleurs (max. 6 fois par jour)
ROCGEL®	▪ Oxyde d'aluminium hydraté	Suspension buvable (sachets)	1 sachet 3 à 6 fois par jour
TOPAAL	▪ Hydroxyde d'aluminium ▪ Hydroxyde de magnésium ▪ Alginate	▪ Suspension buvable (sachets) ▪ Comprimés à mâcher	2 cuillères à café ou comprimés 3 fois par jour après les repas

Source : [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

Le carbonate de calcium et le carbonate monosodique ont un effet de neutralisation acide-base. Ils induisent une augmentation du pH gastrique de manière rapide et irréversible mais peuvent aussi être à l'origine d'un effet rebond de la sécrétion acide et leur utilisation s'en voit limitée. Les sels d'aluminium et de magnésium sont reconnus pour leur pouvoir tampon. Au contact de l'acidité, leur structure est modifiée.

4.4.5. Les pansements gastro-intestinaux

De par leurs propriétés physico-chimiques, les pansements gastro-intestinaux protègent les muqueuses digestives des agressions acides. Ils présentent, en effet, des propriétés absorbantes, antimouillantes et antimousses (contre les flatulences) et ne

sont pas résorbés ce qui leur permet de tapisser les muqueuses en formant une couche homogène. Cette couche est capable de résister aux aliments et surtout à l'acidité. Les pansements gastro-intestinaux se différencient selon qu'ils contiennent des silicates ou substances argileuses, des silicones (Diméticone et Siméticone), des Polyvinylpolypyrrolidones (Crospovidone et Povidone) ou du charbon. Ils sont indiqués dans le traitement symptomatique des douleurs épigastriques liées aux affections gastro-duodénales et aux coliques mais aussi en cas de diarrhées aiguës et chroniques. De la même manière que pour les médicaments antiacides, la durée d'action des pansements gastro-intestinaux est brève et les formes les plus efficaces sont les formes dispersées. Ils ne traversent pas la barrière digestive et n'ont que peu d'effets indésirables. Le mode d'action des pansements gastro-intestinaux leur confère de nombreuses interactions médicamenteuses. Ils doivent donc être administrés à distance des autres médicaments (au moins deux heures) afin de garantir une bonne absorption digestive de ceux-ci. Les spécialités disponibles sur le marché ainsi que leurs posologies usuelles sont récapitulées dans le tableau qui suit.

Tableau VI : Tableau récapitulant les différents pansements gastro-intestinaux, leurs principes actifs, leurs présentations ainsi que leurs posologies usuelles

Spécialité	Principes actifs	Présentations	Posologies usuelles
Argiles et apparentés			
ACTAPULGITE®	▪ Attapulgite	Poudre (sachets)	3 sachets par jour
GASTROPULGITE®	▪ Attapulgite ▪ Hydroxyde d'aluminium ▪ Carbonate de magnésium	Poudre (sachets)	3 à 6 sachets par jour
BEDELIX®	▪ Montmorillonite beidellitique	Poudre (sachets)	3 sachets par jour
SMECTA®	▪ Diosmectite	Poudre (sachets)	3 sachets par jour
Silicones			
PEPSANE®	▪ Diméticone ▪ Gaïazulène	▪ Gelée (sachets) ▪ Capsules	1 à 2 sachets 2 à 3 fois par jour
POLYSILANE®	▪ Siméticone ▪ Aluminium	▪ Gelée (sachets, tube) ▪ Comprimés à croquer/sucer	1 sachet ou 1 cuillère à soupe ou 1 à 2 comprimés 3 fois par jour
SILIGAZ®	▪ Siméticone	Capsules	2 capsules 3 fois par jour
Polyvinylpolypyrrolidones			
BOLINAN®	▪ Povidone	Comprimés sécables	4 comprimés par jour délayés dans un demi-verre d'eau, au moment des repas
POLY-KARAYA®	▪ Crospovidone ▪ Gomme karaya	Granulés (sachets) à délayer dans l'eau	3 sachets par jour au début des repas

Charbon			
CARBOLEVURE®	▪ Charbon ▪ Levures	Gélules	3 gélules par jour
CARBOSYLANE®	▪ Charbon ▪ Siméticone	Gélules	2 gélules 3 fois par jour
CARBOSYMAG®	▪ Charbon ▪ Siméticone ▪ Oxyde de magnésium	Gélules gastrosolubles (vertes) et gastrorésistantes (oranges)	1 dose (une gélule verte et une gélule orange simultanément) 3 fois par jour
CHARBON DE BELLOC®	▪ Charbon	Capsules	2 capsules 2 à 3 fois par jour
ACTICARBINE®	▪ Charbon	Comprimés	1 à 2 comprimés 3 fois par jour avant les repas, pendant 10 jours
ARKOGELULES CHARBON VEGETAL®	▪ Charbon	Gélules	4 à 6 gélules par jour
CARBACTIVE®	▪ Charbon	Gélules	2 gélules 2 à 4 fois par jour après les repas
CARBOPHOS®	▪ Charbon	Comprimés à croquer	1 à 2 comprimés après les repas
SPLENOCARBINE®	▪ Charbon	Granulés à croquer	1 à 3 cuillères à café après les repas

Source :[GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

4.4.6. La phytothérapie

Les plantes utilisées dans la prise en charge de l'ulcère gastro-duodéal sont nombreuses. Voici quelques exemples de préparations qui peuvent être réalisées par le pharmacien.

Les gélules : Les gélules contiennent un mélange de 150 mg d'Argile blanche, 50 mg d'extrait sec de Curcuma (rhizomes), 50 mg d'extrait sec de Mélisse (feuilles) et 50 mg d'extrait sec de Menthe (feuilles). Ces quantités permettent de réaliser une trentaine de gélules. La posologie est de trois gélules par jour, en dehors des repas. La durée de traitement est de dix jours (il pourra être reconduit, si nécessaire, par cures de dix jours).

La solution buvable : Pour réaliser 150 ml de cette solution buvable, il faut mélanger en quantités égales (soit 50 ml) des extraits glycinés de Mélisse, de Passiflore et de Réglisse. La posologie est d'une cuillère à café du mélange (à diluer dans un verre d'eau) trois fois par jour. La durée de traitement est de dix jours (il pourra être reconduit, si nécessaire, par cures de dix jours). Il est possible d'alterner entre cette préparation et les gélules décrites ci-dessus.

La tisane : Pour réaliser cette tisane, il faut d'abord mélanger 30 grammes de racines de Guimauve, 20 grammes de fleurs de Matricaire, 20 grammes de feuilles de Mélisse, 20 grammes de plantes entières de Prêle et 30 grammes de racines de Réglisse. Il faut ensuite ajouter ce mélange à 250 ml d'eau bouillante et laisser le tout sur le feu pendant trois minutes. Enfin, il est nécessaire de laisser infuser hors du feu durant une dizaine de minutes et de filtrer. La posologie est d'une tasse à la fin des repas ou lors de crises douloureuses.

Propriétés thérapeutiques des plantes utilisées : L'Argile agit comme un pansement en tapissant les muqueuses digestives. Elle garantit ainsi une protection contre l'acidité et favorise la cicatrisation de l'ulcère. Le Curcuma favorise la production de mucus, reconnu pour protéger la muqueuse gastrique contre les sécrétions acides. La Mélisse lutte contre les troubles digestifs d'origine nerveuse. La Menthe stimule la digestion et réduit les sensations de pesanteur. La Passiflore permet de lutter contre les troubles nerveux. La Guimauve possède des propriétés adoucissantes et anti-inflammatoires. La Matricaire stimule la digestion et diminue les spasmes digestifs. La Prêle lutte contre les saignements liés à un ulcère grâce à des propriétés hémostatiques. Enfin, la Réglisse présente des propriétés cicatrisantes et anti-inflammatoires. Elle est très utile dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal mais doit être utilisée avec prudence chez le patient souffrant d'hypertension artérielle. [FESTY D., 2011]

4.4.7. L'homéopathie

- **Traitement de la crise douloureuse :**

La souche utilisée en cas de crise douloureuse est *Iris versicolor* 7 CH, à raison de cinq granules toutes les heures et avant chacun des trois repas. Le traitement peut durer plusieurs jours.

- **Traitement de fond :** Pour toutes les souches qui suivent la posologie est de cinq granules matin, midi et soir durant plusieurs mois.

Argentum nitricum 5 CH : Le patient est surmené par la charge de travail. Les douleurs sont aggravées lorsqu'il ingère des aliments sucrés.

Arsenicum album 7 CH : Les brûlures d'estomac sont atténuées par la chaleur (lorsqu'elle est appliquée sur l'estomac) et sont aggravées la nuit, notamment entre une heure et trois heures du matin. Le patient est anxieux et agité, il alterne les périodes d'excitation et de déprime. Il a tendance à être frileux, anémié et souffre facilement d'eczéma.

Bismuthum 7 CH : Les douleurs se manifestent par des crampes et irradient dans le dos. Elles sont améliorées lorsque le sujet se penche en arrière ou en ingérant des boissons froides.

Iris versicolor 9 CH : Le sujet souffre de brûlures et d'aigreurs tout le long du tube digestif. Les symptômes se manifestent de manière périodique et sont aggravés dès

qu'il s'alimente. Ils sont améliorés temporairement par l'ingestion de boissons froides et lorsque la personne se penche en avant.

Kalium bichromicum 7 CH : La douleur est localisée, non irradiante et ponctuelle. Le patient souffre d'une sensation de pesanteur après les repas. Les symptômes sont aggravés par l'ingestion de bière et par le froid.

Lycopodium clavatum 7 CH : Le sujet digère lentement. Il ressent un poids sur l'estomac et souffre de ballonnements. Les douleurs épigastriques se manifestent deux à trois heures après les repas par ce qu'on appelle une sensation de « faim douloureuse ». Elles sont améliorées par l'ingestion d'aliments chauds.

Nux vomica 7 CH : Les symptômes apparaissent une heure après les repas et se manifestent par une pesanteur de l'estomac et des flatulences. Ils sont soulagés par les vomissements. Le sujet travaille beaucoup (hyperactivité intellectuelle) et ne pratique pas assez d'activité physique.

Robinia pseudo acacia 7 CH : Le sujet présente les symptômes d'une hyperacidité gastrique. En plus des brûlures d'estomac, il souffre de remontées acides qui irradient entre les omoplates. Les symptômes sont aggravés la nuit et par l'ingestion d'aliments gras. [PAUL A., 2014] [PENSA S., QUEMOUN A.-C., 2013]

4.4.8. L'aromathérapie

L'aromathérapie n'a pas la prétention de pouvoir soigner un ulcère gastro-duodénal ni de réduire l'hyperacidité gastrique mais elle permet de lutter contre les douleurs et troubles digestifs liés à l'ulcère ainsi que contre les troubles nerveux qui favorisent la sécrétion acide. Bien que les huiles essentielles soient acides (pH situé entre 4 et 6), elles le sont bien moins que le milieu gastrique (pH autour de 1). Diluées et utilisées en petites quantités, elles n'aggraveront donc pas la pathologie.

Les formules pratiques : Les formules pratiques contiennent de l'huile essentielle de Basilic ou de l'huile essentielle d'Estragon. Dans une infusion de Réglisse (ou de Verveine si le patient est hypertendu), il est possible de plonger une cuillère à café de miel sur laquelle nous aurons versé une goutte de l'une de ces deux huiles essentielles. La posologie de cette formule est d'une tasse deux à trois fois par jour.

L'autre formule pratique consiste à masser l'estomac avec deux à trois gouttes d'huile essentielle d'Estragon (non diluée). [FESTY D. 2008]

Les formules complètes : La première formule complète consiste à mélanger une goutte d'huile essentielle de Basilic, une goutte d'huile essentielle de Coriandre et une goutte d'huile essentielle de Menthe poivrée. Il faut ensuite verser ce mélange sur un support neutre ou sur une cuillère à café d'huile d'olive et avaler le tout. Cette opération pourra être répétée deux à trois fois par jour, à la fin des repas, jusqu'à régression des symptômes. La deuxième formule consiste à mélanger dix gouttes d'huile essentielle d'Estragon, dix gouttes d'huile essentielle de Marjolaine, dix gouttes d'huile essentielle de Menthe poivrée et vingt millilitres d'huile végétale de Noisette. Ce mélange est à appliquer une fois par jour sur le ventre afin de masser l'estomac (région douloureuse). Enfin, une troisième préparation consiste, pour le pharmacien, à préparer des gélules contenant le mélange de 10 mg d'huile essentielle

de Basilic, 10 mg d'huile essentielle de Camomille romaine, 20 mg d'huile essentielle de Coriandre, 10 mg d'huile essentielle de Lavande officinale, 20 mg d'huile essentielle de Marjolaine et 10 mg d'huile essentielle de Menthe poivrée. La posologie est d'une gélule deux à trois fois par jour, à la fin des repas. [FESTY D. 2008]

Propriétés thérapeutiques des huiles essentielles utilisées : L'huile essentielle de Basilic est digestive grâce à des propriétés antispasmodiques et anti-inflammatoires. L'huile essentielle d'Estragon est antispasmodique. Les huiles essentielles de Coriandre et de Menthe poivrée sont de bons toniques digestifs et des antispasmodiques. La Menthe poivrée est également analgésique. L'huile essentielle de Marjolaine possède des propriétés antispasmodiques, antiseptiques et analgésiques. L'huile essentielle de Camomille romaine est antispasmodique, anti-inflammatoire et analgésique. Enfin, l'huile essentielle de Lavande officinale est antispasmodique, anti-inflammatoire, analgésique et cicatrisante. [ROUX D., 2014]

5. La gastrite

5.1. Physiopathologie

Une gastrite correspond à une inflammation, c'est-à-dire une altération tissulaire, de la muqueuse et de la sous-muqueuse gastriques. Elle peut être aiguë ou chronique. La gastrite aiguë est bien souvent réversible et ne dure que peu de temps. En revanche, la gastrite chronique n'est pas ou peu réversible et peut mener à une atrophie des glandes gastriques. Tout comme l'ulcère, la gastrite survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre agressions et mécanismes de défense. Les éléments pouvant déclencher une gastrite sont les mêmes que ceux qui entraînent un ulcère (anti-inflammatoires non stéroïdiens, consommation excessive d'alcool, *Helicobacter pylori*, ...). A ces éléments viennent s'ajouter les caustiques, un reflux biliaire et les maladies auto-immunes telles que la maladie de Biermer. La gastrite chronique peut évoluer vers un ulcère gastrique, une perforation digestive, une hémorragie (éventuellement associée à une anémie, d'autant plus si le patient souffre de la maladie de Biermer) mais aussi vers un cancer de l'estomac. [BATTEUX F., WEILL B., 2003] [LOWE J., STEVENS A., 1997]

5.2. Symptômes

La gastrite aiguë se manifeste par une anorexie (manque d'appétit), des épigastalgies, des nausées et des vomissements ainsi que des céphalées. Dans la plupart des cas de gastrites chroniques, le patient ne présente aucun symptôme et la pathologie est découverte fortuitement. [Collégiale des universitaires en hépatogastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012] [DIRKSEN S., HEITKEMPER M., LEWIS S., 2011]

5.3. Rôle du stress dans la gastrite

Le stress intervient de la même manière dans la physiopathologie de la gastrite que dans celle de l'ulcère gastro-duodéal. En provoquant une hypersécrétion acide, il favorise la formation de la gastrite. Les mécanismes impliqués ont été décrits dans le paragraphe 4.3.

5.4. Prise en charge de la gastrite

La gastrite est une pathologie qui régresse spontanément et il n'existe aucun consensus quant à un traitement médicamenteux. L'éviction de la cause est la première des prises en charge. Ensuite, si la gastrite s'accompagne de douleurs épigastriques, d'aigreurs ou autres symptômes digestifs, le patient se verra prescrire des médicaments antiulcéreux, antiacides ou des pansements gastro-intestinaux (selon les modalités décrites dans la partie concernant l'ulcère). Le but de la prise en charge est de favoriser la « réparation » tissulaire ainsi que de soulager le patient. Les traitements de phytothérapie, homéopathiques ou d'aromathérapie sont les mêmes que ceux employés dans l'ulcère gastroduodéal et ont été décrits dans la partie précédente. Il en est de même pour les mesures hygiéno-diététiques à adopter par le patient. [DIRKSEN S., HEITKEMPER M., LEWIS S., 2011]

6. Le reflux gastro-œsophagien (RGO)

6.1. Physiopathologie

Le reflux gastro-œsophagien ou RGO désigne le passage dans l'œsophage d'une partie du contenu gastrique. Il existe un RGO physiologique post-prandial qui est de courte durée et qui n'entraîne ni symptômes ni lésions. Il devient pathologique lorsqu'il est récurrent et prolongé. Le RGO survient lorsque le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage (ou « barrière anti-reflux ») est diminué, lorsque la pression abdominale est anormalement élevée (en cas de surpoids ou d'une prise de poids récente), lorsqu'il y a une stase du contenu gastrique (digestion lente) et lorsque le sujet présente une hernie hiatale. La consommation d'alcool, de tabac et d'aliments gras ainsi que le stress favorisent les reflux. L'œsophagite en est la complication la plus courante. Parfois, le RGO pourra se compliquer en sténose de l'œsophage, en hémorragie digestive et, plus rarement, en cancer de l'œsophage. En France, 20 à 40% de la population adulte souffrirait de RGO. [Collégiale des universitaires en hépatogastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

6.2. Symptômes

6.2.1. Les symptômes digestifs

Au niveau digestif, le RGO se traduit le plus souvent par un pyrosis et des régurgitations. Le pyrosis désigne une brûlure ascendante rétro-sternale et partant de l'épigastre. Les régurgitations se caractérisent par la remontée du contenu acide de

l'estomac jusqu'au pharynx. Ces symptômes sont aggravés après les repas et selon la position que le sujet adopte (le décubitus et le fait de se pencher en avant sont des facteurs favorisants). S'ils se produisent la nuit, ils peuvent évoquer une forme sévère de reflux gastro-œsophagien associée à une œsophagite. Parfois, le RGO ne se manifeste que par des douleurs et des brûlures localisées au niveau de l'épigastre. [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

6.2.2. Les symptômes extra-digestifs

Le reflux gastro-œsophagien est une pathologie qui a la particularité d'entraîner, outre des symptômes digestifs, des symptômes au niveau des sphères ORL, pulmonaire et cardiaque. Les manifestations ORL sont la toux, l'enrouement, les douleurs au niveau des oreilles (plus particulièrement de l'oreille droite), les laryngites et les nombreuses gingivites ou caries. Au niveau pulmonaire, le RGO peut se manifester par une dyspnée asthmatiforme et, au niveau cardiaque, par des douleurs précordiales assimilées à un angor. Ces symptômes peuvent être associés ou non aux symptômes digestifs. [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

6.3. Rôle du stress dans le RGO

Comme nous l'avons expliqué auparavant, le stress entraîne la sécrétion d'ACTH qui ralentit la vidange gastrique. Il en découle une perte d'efficacité de la barrière anti-reflux, à savoir le sphincter inférieur de l'œsophage (perte de tonicité). De plus, comme pour l'ulcère, le stress intervient dans le RGO en favorisant la sécrétion de suc gastrique acide. Une hyperacidité favorise les régurgitations mais aussi les lésions qu'elles pourraient induire. [RANKIN L., 2014]

6.4. Prise en charge du RGO

La prise en charge doit mener à une amélioration de la qualité de vie du patient en réduisant la douleur et les autres symptômes, à une cicatrisation de la muqueuse en cas d'œsophagite ainsi qu'à la prévention des récides.

6.4.1. Les mesures hygiéno-diététiques

Il est important de rappeler au patient souffrant de RGO d'éviter tout ce qui pourrait entraîner une hyperacidité (le tabac, l'alcool, les AINS, l'aspirine, le café,...). Il faut également préciser que les repas copieux, les aliments gras, les boissons gazeuses et l'ingestion d'importantes quantités de liquides avant le coucher pourraient aggraver les troubles. Entre les repas et la position de décubitus, il est recommandé d'attendre au moins deux heures. Il semblerait aussi que les symptômes soient moindres lorsque la tête de lit est surélevée de 45°. Après les repas, il faut éviter de se pencher en avant et de faire de l'exercice. En cas de surcharge pondérale, la perte de poids

pourrait aider le patient et réduire les manifestations du RGO. [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012] [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013]

6.4.2. Les médicaments

Le traitement médicamenteux repose sur la réduction de l'acidité gastrique et la protection de la muqueuse de l'œsophage. Pour cela, le prescripteur peut user des antiacides, des antiulcéreux antisécrétoires (IPP ou Anti-H2) et des alginates, seuls ou en association. Les médicaments prokinétiques (Métoclopramide et Dompéridone) sont parfois utilisés bien qu'ils n'aient pas d'utilité reconnue dans la prise en charge du RGO. Les antiacides et les antiulcéreux antisécrétoires ont été décrits dans la partie sur la prise en charge de l'ulcère gastro-duodéal.

Les alginates : Les alginates sont des pansements gastriques. En milieu acide, ils forment un gel qui flotte à la surface du contenu de l'estomac. Ils constituent alors une « barrière physique » empêchant l'ascension de l'acidité vers l'œsophage. Ainsi, les alginates protègent la muqueuse œsophagienne des agressions acides. Ils sont donc indiqués dans la prise en charge symptomatique du RGO.

De la même manière que pour les médicaments antiacides, la durée d'action des pansements gastriques à base d'alginates est brève et les formes les plus efficaces sont les formes dispersées. Ils ne traversent pas la barrière digestive et n'ont que peu d'effets indésirables. Le mode d'action des pansements gastriques à base d'alginates leur confère de nombreuses interactions médicamenteuses. Ils doivent donc être administrés à distance des autres médicaments (au moins deux heures) afin de garantir une bonne absorption digestive de ceux-ci.

Les spécialités contenant des alginates sont GAVISCON®, GAVISCONELL® et TOPAAL®. GAVISCON® contient, en plus des alginates, de l'acide alginique et du bicarbonate de sodium. Il existe sous forme de suspension buvable (sachets et flacon) et sous forme de comprimés à croquer. La posologie de GAVISCON® est d'un sachet ou de deux cuillères à café ou d'un à deux comprimés trois à quatre fois par jour, après les repas et éventuellement au coucher. GAVISCONELL® correspond à la forme non remboursée du GAVISCON®. Il existe sous forme de suspension buvable (sachets). La posologie est d'un sachet trois à quatre fois par jour, après les repas et éventuellement au coucher. TOPAAL® associe deux antiacides (Hydroxyde d'aluminium et Hydroxyde de magnésium) et des alginates. Il existe sous forme de suspension buvable (sachets) et sous forme de comprimés à mâcher. La posologie est de deux cuillères à café ou deux comprimés trois fois par jour, après les repas. [GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., 2013] [VIDAL, 2015]

Modalités de traitement : Les modalités de traitement varient selon la symptomatologie, la présence ou non de lésions d'œsophagite et leur gravité ainsi que l'existence ou non de récurrence(s). Les recommandations de l'ANSM (AFSSAPS à l'époque) concernant la prise en charge médicamenteuse du RGO publiées en 2007 sont les suivantes :

- Si le patient souffre d'un RGO non compliqué par une œsophagite :
 - Si les symptômes sont typiques et peu fréquents (moins d'un épisode par semaine), le traitement est un traitement d'action rapide (qui exclue l'utilisation d'IPP) et comprend le recours aux Alginate, aux Antiacides et aux Anti-H2.
 - Si les symptômes sont typiques et rapprochés (plus d'un épisode par semaine), le traitement comprend le recours aux IPP en demi-dose (sauf pour l'Oméprazole : pleine dose) pendant 4 semaines.
- Si le patient souffre d'un RGO compliqué par une œsophagite peu sévère :
 - Le traitement pour obtenir la cicatrisation de la muqueuse œsophagienne comprend le recours aux IPP en demi-dose pendant quatre semaines puis aux IPP en pleine dose si les symptômes persistent.
 - Afin de prévenir les éventuelles récurrences d'œsophagite ou en cas de récurrences régulières, le traitement repose sur l'utilisation des IPP à la dose minimale efficace.
- Si le patient souffre d'un RGO compliqué par une œsophagite sévère :
 - Le traitement pour obtenir la cicatrisation de la muqueuse œsophagienne repose sur l'utilisation d'IPP en pleine dose pour une durée d'au moins huit semaines.
 - Afin de prévenir les éventuelles récurrences d'œsophagite, le traitement nécessite le recours à un IPP à la dose minimale efficace au long cours.

Les différentes modalités de traitement sont récapitulées dans les tableaux qui suivent.

Tableau VII : Recommandations de l'ANSM concernant le traitement symptomatique du RGO sans œsophagite

Traitement initial	
Symptômes typiques et peu fréquents (moins d'un épisode par semaine)	Traitement d'action rapide (pas d'IPP) : ▪ Alginate ▪ Antiacides ▪ Anti-H2 en 1 à 3 prises par jour
Symptômes typiques et rapprochés (plus d'un épisode par semaine)	IPP en demi-dose (sauf pour l'Oméprazole : pleine dose) pendant 4 semaines
Traitement à long terme	
Initialement	Essai de traitement par IPP Le patient ne les prend que lorsqu'il ressent des symptômes
En cas de récurrences fréquentes ou précoces	Traitement d'entretien par IPP à la dose minimale efficace

Tableau VIII :Recommandations de l'ANSM concernant le traitement du RGO avec œsophagite

Œsophagite peu sévère	
Traitement pour obtenir la cicatrisation	IPP en demi-dose pendant 4 semaines IPP en pleine dose si symptômes persistants
Prévention des récurrences	IPP à la dose minimale efficace en cas de récurrences régulières
Œsophagite sévère	
Traitement pour obtenir la cicatrisation	IPP en pleine dose pendant 8 semaines
Prévention des récurrences	IPP à la dose minimale efficace au long cours

Source : [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

En cas de reflux gastro-œsophagien dont les symptômes sont surtout extra-digestifs ou uniquement extra-digestifs, il n'existe aucune recommandation concernant un traitement par les antisécrétoires. Nous ne disposons d'aucune preuve concernant l'efficacité des IPP contre ces manifestations. Lorsque les symptômes résistent aux IPP, il est tout à fait possible d'en augmenter la dose ou de les associer aux antiacides. [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

6.4.3. La phytothérapie

En phytothérapie, les plantes et les formules utilisées sont les mêmes que celles indiquées dans l'ulcère ou la gastrite (les formules en question ont été décrites dans le paragraphe 4.4.6.). Elles permettent de protéger la muqueuse des agressions acides, de réduire les douleurs, ou encore, de favoriser la cicatrisation.

6.4.4. L'homéopathie

Les souches utilisées dans le cas d'un reflux gastro-œsophagien sont similaires à celles utilisées en cas d'ulcère gastro-duodénal ou de gastrite. Pour chacune d'entre elles, la posologie est de deux granules trois fois par jour.

Argentum nitricum 5 CH : Le patient a tendance à manger trop rapidement ce qui entraîne les reflux. Il est souvent ballonné.

Arsenicum album 5 CH : Les symptômes sont améliorés par l'ingestion d'aliments ou de boissons chauds.

Asa foetida 5 CH : Le patient a de nombreuses éructations et ressent une oppression au niveau thoracique.

Iris versicolor 5 CH : Le sujet souffre de brûlures et d'aigreurs tout le long du tube digestif. Les symptômes se manifestent de manière périodique et sont aggravés dès qu'il s'alimente. Ils sont améliorés temporairement par l'ingestion de boissons froides et lorsque la personne se penche en avant.

Nux vomica 5 CH : Le patient consomme beaucoup de substances excitantes (telles que la caféine) ou d'alcool. Ces abus favorisent la survenue des symptômes.

Robinia pseudo acacia 5 CH : Le sujet est hyperacide. Il souffre de remontées acides qui irradient entre les omoplates et de brûlures d'estomac. Les symptômes sont aggravés la nuit et par l'ingestion d'aliments gras.

Sulfuricum acidum 5CH : Le patient souffre d'un RGO qui se manifeste par des éructations et des remontées acides avec une sensation de soif. Les symptômes sont aggravés lorsqu'il consomme des boissons alcoolisées avec excès. [PAUL A., 2014]

6.4.5. L'aromathérapie

Les huiles essentielles employées en cas de RGO sont les mêmes que celles utilisées en cas d'ulcère gastro duodénal. Les formules correspondantes ont été décrites dans le paragraphe 4.4.8. [FESTY D., 2008]

7. La colopathie fonctionnelle

La colopathie fonctionnelle, aussi connue sous les noms de syndrome du côlon irritable ou de troubles fonctionnels intestinaux, affecte 15 à 20% de la population. Dans deux cas sur trois, les personnes atteintes sont des femmes et, bien que les premiers symptômes surviennent entre 20 et 30 ans, le diagnostic est établi entre 30 et 40 ans. Dans un cas sur cinq, la pathologie se déclare à la suite d'une gastro-entérite aiguë. Cette pathologie n'entraîne aucune lésion des tissus et n'augmenterait pas le risque de cancer colorectal. Elle est néanmoins responsable de nombreux coûts de santé publique entre consommation de médicaments, consultations et examens médicaux et absentéisme. Bien que bénigne, la colopathie fonctionnelle nuit à la qualité de vie des patients. [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

7.1. Physiopathologie

La colopathie fonctionnelle est une pathologie multifactorielle associant des troubles de la motricité et de la sensibilité intestinales. Les troubles de la motricité concernent aussi bien l'intestin grêle que le côlon. Ces troubles moteurs peuvent être provoqués par l'alimentation et le stress. Les troubles de la sensibilité sont présents chez la majorité des patients atteints de colopathie fonctionnelle (autour de 60%). Ils se traduisent par une perception douloureuse et gênante des distensions abdominales produites lors des contractions intestinales ou lors de l'émission des gaz (qui sont des situations physiologiques normales). Ils reposent sur des anomalies de la conduction nerveuse intensifiant les messages sensitifs émis par le tractus digestif. Il semblerait également que la flore bactérienne intestinale intervienne dans les troubles du transit. Le microbiote est à l'origine de la douleur qu'il déclenche et entretient en produisant des gaz et des acides gras à chaînes courtes. [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

7.2. Symptômes

La colopathie fonctionnelle est une affection associant des douleurs abdominales chroniques évoluant par crises, des ballonnements et des troubles du transit (diarrhées, constipation ou l'alternance des deux avec émission de glaires).

- Les douleurs constituent le premier motif de consultation. Elles sont de type spastique et peuvent être localisées ou diffuses. Elles se manifestent le plus souvent au niveau de la fosse iliaque gauche mais peuvent aussi être étendues à la fosse iliaque droite, à l'hypogastre ou à la région péri-ombilicale (les territoires de l'abdomen cités ici sont schématisés ci-après). Ces douleurs ont la particularité d'être soulagées par l'émission de gaz et de selles. Elles sont plus marquées le matin au réveil ou après les repas et sont absentes la nuit. Les crises douloureuses peuvent durer de quelques heures à quelques jours.

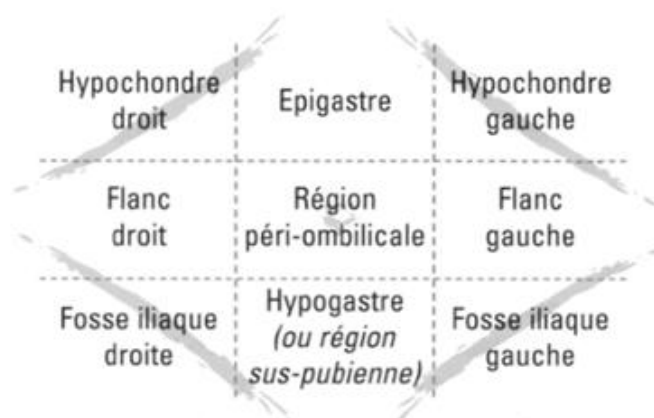


Figure 8 : Schéma des territoires abdominaux

Source : COFFIN B., Troubles fonctionnels intestinaux et colopathies, 2005, page 49.

- Les ballonnements (ou météorisme) et la distension abdominale provoquent une gêne et un inconfort voire même une tension perpétuelle de l'abdomen. Ils sont eux aussi améliorés par l'émission de gaz et de selles mais de manière temporaire. Ils constituent le second motif de consultation.
- Les troubles du transit persistent en dehors des périodes de crises douloureuses. Les troubles les plus fréquents sont les diarrhées isolées et les alternances de diarrhées et de constipation. La constipation isolée est plus rare (la constipation correspond à une fréquence des selles inférieure à trois par semaine). Les diarrhées sont en général matinales (dès le réveil), peu abondantes mais au nombre de trois ou quatre. Elles peuvent aussi survenir juste après les repas et contenir des aliments non digérés ingérés depuis peu. Très souvent, les patients souffrant de colopathie fonctionnelle ont la sensation de ne pas avoir évacué en totalité les selles. On parle d'« insatisfaction rectale ». [BIGARD M.-A., CHONÉ L., HUDZIAK H., et al., 2001]

7.3. Rôle du stress dans la colopathie fonctionnelle

D'après une étude menée par Stephen Collins, un professeur canadien, le stress altère le microbiote intestinal dont nous connaissons le caractère indispensable sur les fonctions digestives. De plus, en cas de stress aigu, la sécrétion d'ACTH ralentit la vidange gastrique et entraîne des crampes intestinales. Suite à la libération de CRH, la dilatation gastrique ne s'opère plus correctement. Cela favorise les contractions musculaires au niveau du côlon et peut notamment induire des diarrhées. Les auteurs constatent dans certaines études que les patients atteints de colopathie fonctionnelle rapportent plus d'événements stressants dans leur vie actuelle et de manière générale que les personnes saines. Il semblerait également que ces patients soient plus sensibles au stress. Les techniques de relaxation, le yoga, la sophrologie et l'hypnose ont de nombreux effets bénéfiques sur les troubles fonctionnels intestinaux dont ils réduisent les manifestations cliniques. Ainsi, le stress serait responsable de l'apparition des symptômes mais aussi de leur intensification. [COFFIN B., 2005][RANKINL., 2014] [RODET P., 2010]

7.4. Prise en charge de la colopathie fonctionnelle

7.4.1. Les mesures hygiéno-diététiques

A ce jour, aucun changement dans l'hygiène de vie des patients n'a fait ses preuves. Il n'y a donc aucune recommandation à suivre quant à un régime alimentaire particulier. Il semblerait, néanmoins, qu'une consommation augmentée de fibres (à la dose de quinze grammes par jour) améliorerait la constipation associée à une colopathie fonctionnelle (sans pour autant améliorer les autres symptômes). Au-delà de quinze grammes par jour, les fibres pourraient augmenter le météorisme (et donc produire l'effet inverse de celui attendu). [Collégiale des universitaires en hépatogastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

7.4.2. Les médicaments

7.4.2.1. Les antispasmodiques

Les antispasmodiques musculotropes constituent le traitement de première intention. D'après les études cliniques, l'efficacité du Phloroglucinol (SPASFON®), du Citrate d'Alvérine (METEOSPASYL®), de la Trimébutine (DEBRIDAT®), de la Mébévérine (DUSPATALIN®) et du Bromure de Pinaverium (DICETEL®) est supérieure à celle du placebo. Le Phloroglucinol est plutôt réservé aux crises douloureuses et ne s'utilise pas sur le long court contrairement aux autres antispasmodiques. Les antidépresseurs tricycliques, comme par exemple l'Amitriptyline (LAROXYL®) et la Clomipramine (ANAFRANIL®), sont utilisés depuis peu mais constituent une thérapeutique prometteuse. En effet, les antidépresseurs tricycliques en modulant la conduction nerveuse et les messages sensitifs émis depuis les intestins, permettent de traiter l'hypersensibilité digestive. Utilisés à des doses faibles (inférieures à celles employées dans le traitement de la

dépression), ils présentent peu d'effets indésirables. Il est possible d'utiliser les pansements gastro-intestinaux (argiles, kaolin, silicone) bien que leur efficacité n'ait pas été démontrée. [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

7.4.2.2. Les anti-diarrhéiques

Les anti-diarrhéiques de choix sont les dérivés opioïdes tels que le Lopéramide (IMODIUM® et ARESTAL®) à raison d'une gélule après chaque selle non moulée et sans excéder huit gélules par jour. Ils sont indiqués lorsque la colopathie s'accompagne de diarrhées. Les anti-diarrhéiques augmentent le tonus de repos de la musculature de l'intestin grêle et du côlon, limitent les mouvements péristaltiques, ralentissent le transit intestinal et augmentent le temps de contact avec la muqueuse favorisant ainsi l'absorption des liquides. Les anti-diarrhéiques antisécrétoires n'ont pas d'utilité ici puisqu'il s'agit de phénomènes liés à la motricité intestinale. [AUTIER J., BUYSE S., CARMANTRANT R. *et al.*, 2004]

7.4.2.3. Les laxatifs

Les laxatifs sont indiqués lorsque la colopathie s'accompagne d'une constipation. Ils favorisent le transit et ramollissent les selles ce qui facilite leur évacuation. Les laxatifs osmotiques dérivés du polyéthylène glycol (FORLAX®, MOVICOL® ou TRANSIPEG®) et sucrés (Lactulose ou DUPHALAC® et Lactitol ou IMPORTAL®) sont à privilégier. Ils attirent l'eau dans la lumière intestinale et permettent ainsi l'hydratation des selles. Les posologies varient selon les individus mais aussi selon les moments pour un même individu. Les laxatifs stimulants comme les dérivés anthracéniques (Séné, Bourdaine et Cascara entre autres) et ceux à base de Bisacodyl comme la spécialité DULCOLAX®, sont trop irritants pour les muqueuses intestinales et sont à proscrire en cas de constipation chronique. Enfin, les laxatifs de lest à base de mucilages (Psyllium, Ispaghul) sont « fermentescibles » et favorisent le météorisme avec ballonnements. Il est donc préférable de limiter leur utilisation.

Parfois, la constipation s'accompagne de dyschésies. Les dyschésies désignent des difficultés à exonérer les selles nécessitant des manœuvres digitales ou autres et souvent accompagnées de douleurs. Dans ces conditions, le pharmacien peut conseiller des suppositoires effervescents à base de tartrate acide de potassium et de bicarbonate de sodium (EDUCTYL®). Dans un milieu humide, ces suppositoires libèrent du gaz carbonique qui augmente la pression intrarectale et déclenchent ainsi le « réflexe exonérateur ». La posologie usuelle est d'un suppositoire quelques minutes avant le moment choisi pour l'exonération. [AUTIER J., BUYSE S., CARMANTRANT R. *et al.*, 2004]

7.4.2.4. Les adsorbants et pansements

Les adsorbants et pansements tels que le charbon, l'argile et le kaolin (CARBOLEVURE®, CARBOSYMAG®, NEUTROSES®,...) agissent en adsorbants les gaz émis dans les intestins. Ils peuvent être utilisés pour diminuer les ballonnements

et les sensations désagréables qui les accompagnent. Néanmoins, nous ne disposons d'aucune étude confirmant leur efficacité. Les antispasmodiques cités plus haut constituent le seul traitement reconnu du météorisme. [BIGARD M.-A., CHONÉ L., HUDZIAK H., 2001]

7.4.3. La phytothérapie

Le pharmacien a la possibilité de réaliser plusieurs préparations magistrales.

Les gélules : Pour réaliser 120 gélules, il faut mélanger 100 mg de Mauve, 100 mg de Mélisse et 100 mg de Réglisse. La posologie est d'une à deux gélules trois fois par jour. Le traitement dure une vingtaine de jours et il est possible de réaliser plusieurs cures par an.

La solution buvable : Pour réaliser cette solution, il faut mélanger des extraits glycerinés de Curcuma, de Mélisse et de Réglisse en quantités égales, et ce, de manière à obtenir 200 ml de solution. La posologie est d'une cuillère à café (diluée dans un verre d'eau) à midi et le soir. Le traitement dure une vingtaine de jours et il est possible de réaliser plusieurs cures par an.

Les tisanes :

- **La tisane pratique :** Pour réaliser cette tisane, il faut porter à ébullition pendant trois minutes une cuillère à café de racine de Réglisse dans 250 ml d'eau. Il faut ensuite laisser infuser pendant cinq minutes puis filtrer. La posologie est d'une tasse deux à trois fois par jour en dehors des repas. Cette tisane est très utile en période de crise douloureuse.
- **La tisane complète :** Pour réaliser cette tisane, il faut d'abord mélanger 30 grammes de fruits d'Anis vert, 20 grammes de racines de Guimauve, 20 grammes de fleurs de Matricaire, 20 grammes de baies de Myrtille, 20 grammes de racines de Réglisse, 30 grammes de feuilles de Romarin, 20 grammes de plantes entières de Salicaire et 30 grammes de feuilles de Sarriette. Il faut ensuite ajouter une cuillère à dessert de ce mélange à 250 ml d'eau bouillante et maintenir l'ébullition trois minutes. Il faut encore laisser infuser le tout une dizaine de minutes puis filtrer. La posologie de cette tisane est d'une tasse par jour. Elle est utilisée pour réduire la fréquence des crises douloureuses.

Propriétés thérapeutiques des plantes utilisées : La Mauve et la Réglisse présentent des propriétés antispasmodiques, anti-inflammatoires et sont légèrement laxatives. Il faut, toutefois, limiter l'utilisation de la Réglisse chez les patients hypertendus car elle augmente la pression artérielle. La Mélisse permet de réduire les troubles digestifs liés au stress. Le Curcuma et la Guimauve sont anti-inflammatoires. La Matricaire possède des propriétés antispasmodiques, antiseptiques et elle lutte contre l'irritation de la muqueuse digestive. La Sarriette est un bon antiseptique et elle permet de réduire les troubles moteurs en régularisant le péristaltisme intestinal. Le

Romarin présente des propriétés cholérétiques. Il favorise ainsi la digestion et limite la formation des gaz. L'Anis vert est un antispasmodique et limite aussi les douleurs causées par les gaz. La Myrtille limite la fermentation et la formation de gaz. La Salicaire lutte contre l'inflammation des muqueuses digestives. [FESTY D. 2011]

7.4.4. L'homéopathie

Comme souvent en homéopathie, les souches sont choisies en fonction de la symptomatologie. En revanche, quelle que soit la souche, la posologie est de deux granules au réveil et deux granules au coucher.

- *Chamomilla vulgaris* 7 CH : Les douleurs sont difficilement supportées par le sujet qui ne tient pas en place et sont améliorées par la chaleur.
- *Colocynthis* 7 CH : Les symptômes sont améliorés par une pression forte sur l'abdomen, par la chaleur et lorsque le sujet se plie en deux.
- *Dioscorea villosa* 7 CH : Les symptômes sont améliorés lorsque le sujet se tient droit et sont aggravés lorsqu'il se plie en deux.
- *Ignatia amara* 9 CH : Les troubles associés à la colopathie fonctionnelle sont aggravés par le stress et la nervosité.
- *Magnesia phosphorica* 7 CH : Cette souche est très proche de *Colocynthis* à laquelle elle est souvent associée. Les douleurs se manifestent sous forme de crampes fulgurantes améliorées par une pression forte de l'abdomen, par la chaleur et lorsque le sujet se plie en deux. [CHEMOUNY B., 2008]

7.4.5. L'aromathérapie

Les formules pratiques : Les formules pratiques contiennent soit du Basilic soit de l'Estragon. Dans le premier cas, il faut masser doucement le ventre, au niveau de la zone douloureuse, avec deux gouttes d'huile essentielle de Basilic ou d'Estragon. Il est également possible de verser trois fois par jour une goutte d'huile essentielle de Basilic sur un comprimé neutre à laisser fondre dans la bouche. La dernière formule pratique consiste à placer deux à trois fois par jour une goutte d'huile essentielle d'Estragon pure sous la langue ou sur un sucre et le laisser fondre dans la bouche.

Les formules complètes : La première formule complète consiste à mélanger une goutte d'huile essentielle de Cannelle de Ceylan, une goutte d'huile essentielle d'Estragon et une goutte d'huile essentielle de Coriandre et verser le tout dans une cuillère à soupe contenant de l'huile d'olive ou du miel. Il faut avaler le contenu de la cuillère matin, midi et soir après les repas pendant vingt jours chaque mois. Dans la deuxième formule, il faut mélanger une goutte d'huile essentielle d'Estragon, une goutte d'huile essentielle de Marjolaine, une goutte d'huile essentielle de Camomille romaine et trois gouttes d'huile végétale de Noisette. Il faut ensuite appliquer ce mélange sur le ventre et masser doucement deux à trois fois par jour jusqu'à amélioration des symptômes. La dernière formule consiste à mélanger une goutte d'huile essentielle d'Estragon, une goutte d'huile essentielle de Gingembre, une goutte d'huile essentielle de Menthe poivrée et cinq gouttes d'huile végétale de Noisette. Il faut ensuite appliquer ce mélange sur le ventre et masser dans le sens des

aiguilles d'une montre au moment des crises douloureuses. [FESTY D., 2008] [FESTY D., 2011]

Propriétés thérapeutiques des huiles essentielles utilisées : Les huiles essentielles de Basilic et de Marjolaine possèdent des propriétés antispasmodiques. Les huiles essentielles d'Estragon et de Gingembre sont des toniques qui améliorent la digestion et stimulent l'appétit. L'huile essentielle de Cannelle est antispasmodique et antiseptique au niveau intestinal. L'huile essentielle de Coriandre présente l'avantage d'être un tonique digestif, un antispasmodique et de lutter contre la fermentation et la formation des gaz. L'huile essentielle de Camomille romaine est antispasmodique, anti-inflammatoire et permet également d'agir sur les troubles nerveux qui favorisent la colopathie fonctionnelle. Enfin, l'huile essentielle de Menthe poivrée est un analgésique et stimule la digestion. [ROUX D., 2014]

7.4.6. L'oligothérapie

En cas de colopathie fonctionnelle, il est recommandé de prendre du Magnésium en cure, jusqu'à disparition des symptômes. Le Magnésium présente l'avantage de pouvoir traiter les troubles nerveux et certains troubles digestifs qui y sont associés. Les eaux riches en Magnésium, telles que l'eau HEPAR®, constituent une bonne alternative si le patient ne souhaite pas suivre un traitement régulier. [FESTY D., 2008]

7.4.7. Les probiotiques

Les probiotiques sont des micro-organismes vivants ayant une action bénéfique chez le sujet qui les ingère. Ils permettent de réduire les douleurs et troubles du transit liés au microbiote. Pour cela, ils restaurent la flore microbienne intestinale et modifient son interaction avec les muqueuses digestives. Les premières études menées révèlent une meilleure efficacité de certains probiotiques par rapport au placebo. [BUTS J.-P., CORTHIER G., FLOURIE B, *et al.*, 2004] [Collégiale des universitaires en hépatogastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012]

Le laboratoire Pileje a ainsi mis au point les spécialités LACTIBIANE Référence® et LACTIBIANE Tolérance®. LACTIBIANE Référence® se présente sous forme de gélules ou de sachets contenant chacun dix milliards de probiotiques (*Bifidobacterium longum* LA 101, *Lactobacillus acidophilus* LA 102, *Lactococcus lactis* LA 103 et *Streptococcus thermophilus* LA 104). Cette spécialité est indiquée en cas de colopathie fonctionnelle accompagnée de constipation chronique à la posologie d'une gélule ou d'un sachet par jour, en cure d'un à trois mois. D'après une étude clinique réalisée en 2008 (étude randomisée en double aveugle) par le Professeur Philippe Marteau (Département médico-chirurgical de pathologie digestive de l'hôpital Lariboisière à Paris), une cure de LACTIBIANE Référence® permettrait de réduire significativement les douleurs ressenties (de l'ordre de -42% par rapport au placebo)

et la fréquence des troubles du transit. Les résultats obtenus ont été reportés sur les graphiques suivants :

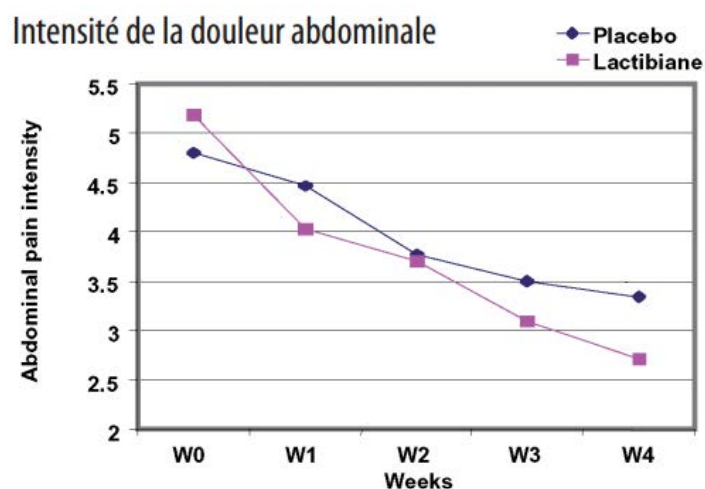


Figure 9 : Evolution de l'intensité de la douleur chez les patients traités par LACTIBIANE® Référence et comparaison à celle des sujets « traités » par le placebo

Source : Gastroentérologie Clinique et Biologique, Février 2008 - Vol. 32 - N°2.

Régulation du transit chez les sujets à prédominance constipée

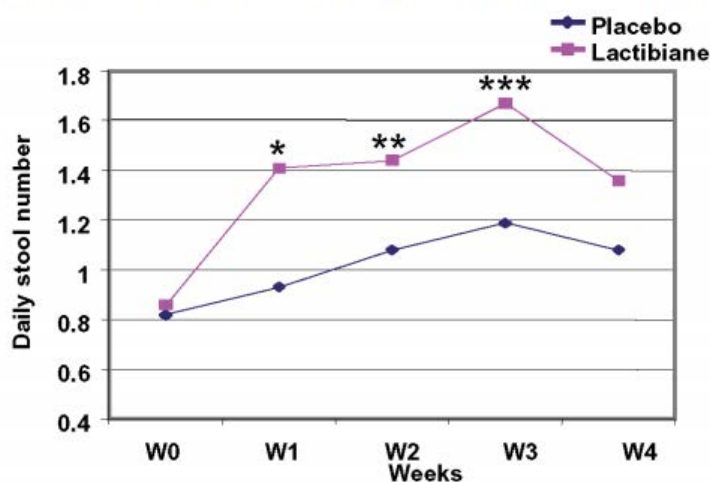


Figure 10 : Evolution du nombre de selles quotidiennes chez les sujets traités par LACTIBIANE® Référence et comparaison à celui des sujets « traités » par le placebo

Source : Gastroentérologie Clinique et Biologique, Février 2008 - Vol. 32 - N°2.

¹« *Abdominal pain intensity* » signifie « intensité de la douleur abdominale », « *Weeks* » signifie « semaines ».

² « *Daily stool number* » signifie « nombre de selles quotidiennes », « *Weeks* » signifie « semaines ».

La spécialité LACTIBIANE® Tolérance, quant à elle, est indiquée chez les sujets souffrant de troubles fonctionnels intestinaux associant des diarrhées chroniques ou une alternance de diarrhées et de constipation. Chaque gélule ou sachet de 2,5 grammes contient dix milliards de probiotiques. Les souches contenues dans LACTIBIANE® Tolérance sont *Bifidobacterium lactis* LA 303, *Lactobacillus acidophilus* LA 201, *Lactobacillus plantarum* LA 301, *Lactobacillus salivarius* LA 302 et *Bifidobacterium lactis* LA 304. Les études menées sur la souris montrent une réduction de l'inflammation intestinale. LACTIBIANE® Tolérance permettrait ainsi de prévenir la colite inflammatoire. La posologie recommandée pour la prise en charge de la colopathie fonctionnelle est d'une gélule ou un sachet par jour en cure d'un à trois mois.

Récemment, le laboratoire FGP Pharma GmbH a mis au point KIJIMEA® Côlon irritable en se basant sur une étude réalisée en 2011 par des chercheurs milanais. KIJIMEA® Côlon irritable contient une unique souche nommée *Bifidobacterium bifidum* MIMBb75. L'étude randomisée a été menée en double aveugle sur 122 patients souffrant de colopathie fonctionnelle. Parmi eux, 62 personnes ont reçu chaque jour une dose de placebo équivalente à la dose de *Bifidobacterium bifidum* MIMBb75 reçue par les 60 autres personnes. Au bout de quatre semaines, les chercheurs ont pu conclure que le probiotique utilisé permettait d'améliorer significativement la qualité de vie des sujets en réduisant l'intensité des douleurs abdominales ainsi que la fréquence des troubles du transit. La posologie de KIJIMEA® Côlon irritable est de deux gélules en une prise, au cours d'un repas et par cure d'un à trois mois. [BIEUVELET S., BURCKEL A., CAUZAUBIEL M., *et al.*, 2008][GUGLIELMETTI S., GSCHWENDER M., MORA D., *et al.*, 2011]

7.4.8. Prise en charge psychologique

Nous l'avons vu, l'état psychique du patient joue un rôle dans la pathologie et ses manifestations symptomatiques. Il ne faut pas négliger l'importance de la prise en charge psychologique dont les études montrent une potentialisation des traitements médicamenteux. Le pharmacien peut ainsi orienter le patient vers les professionnels concernés que sont les psychologues. Il peut également conseiller au patient de se tourner vers l'hypnose, la sophrologie et les différentes techniques de relaxation. [Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., 2012] [GUGLIELMETTI S., GSCHWENDER M., MORA D., *et al.*, 2011]

7.4.9. Les cures thermales

Le pharmacien a la possibilité de conseiller au patient les cures thermales de Châtelguyon et Plombières qui se sont spécialisées dans la prise en charge des pathologies digestives dont les troubles fonctionnels intestinaux. Bien que leur efficacité n'ait pas été clairement démontrée, elles pourraient renforcer les moyens thérapeutiques déjà mis en œuvre.

8. Les diarrhées aiguës dites « de stress »

8.1. Physiopathologie et symptômes

Les diarrhées aiguës dites « de stress » se produisent lorsque le sujet appréhende un événement à venir mais aussi lorsqu'il vient de subir un choc. Cela pourrait être le cas d'un étudiant qui s'apprête à passer des examens, d'un artiste qui doit se représenter sur scène ou d'un candidat au permis de conduire mais aussi d'une personne qui vient d'apprendre le décès d'un proche ou d'être victime d'un accident de la route. Nombreuses sont les personnes qui ont déjà souffert de ce genre de troubles du transit. Les diarrhées aiguës sont caractérisées par une émission abondante de selles durant une courte période. Le nombre de selles est supérieur à trois par jour et leur masse totale est de plus de 300 grammes. La consistance des selles est modifiée et ces dernières sont souvent liquides. Souvent, ces troubles du transit sont accompagnés de spasmes abdominaux et de douleur. [BELON J.-P., HILLON P., 1999]

8.2. Rôle du stress dans les diarrhées aiguës

Au cours de la réaction d'adaptation au stress, la sécrétion d'ACTH ralentit la vidange gastrique et entraîne des crampes intestinales. Suite à la libération de CRF, la dilatation gastrique ne s'opère plus correctement. Cela favorise les contractions musculaires au niveau du côlon et peut notamment induire des diarrhées. Certains comportements renforcés par le stress tels que la consommation de caféine participeraient également à la survenue des diarrhées. [RANKIN L., 2014]

8.3. Prise en charge des diarrhées aiguës dites « de stress »

▪ Les mesures hygiéno-diététiques :

Le patient doit s'assurer de conserver un bon état d'hydratation. Pour cela, le pharmacien peut lui conseiller les solutés de réhydratation mais aussi de consommer des sodas dont il aura retiré le gaz. Les aliments à privilégier sont ceux contenant peu de fibres et des électrolytes tels que le riz, les bouillons salés et les bananes. Dans l'idéal, les repas doivent être fractionnés. [COUIC-MARINIER F., 2014]

▪ Les anti-diarrhéiques :

Les anti-diarrhéiques de choix sont les dérivés opioïdes tels que le Lopéramide (IMODIUM® et ARESTAL®) à raison d'une gélule après chaque selle non moulée et sans excéder huit gélules par jour. Ils augmentent le tonus de repos de la musculature de l'intestin grêle et du côlon, limitent les mouvements péristaltiques, ralentissent le transit intestinal et augmentent le temps de contact avec la muqueuse favorisant ainsi l'absorption des liquides. Les anti-diarrhéiques anti-sécrétoires n'ont pas d'utilité ici puisqu'il s'agit de phénomènes liés à la motricité intestinale. [AUTIER J., BUYSE S., CARMANTRANT R. *et al.*, 2004]

▪ La phytothérapie :

Les gélules : Des gélules à base d'Argile et de Myrtille peuvent être préparées par le pharmacien sous réserve qu'il dispose d'une prescription médicale. Pour réaliser trente gélules, il faut mélanger 150 mg de poudre d'Argile blanche et 150 mg d'extrait sec de baies de Myrtille. La posologie d'une gélule trois par jour jusqu'à amélioration des symptômes. Le traitement pourra être reconduit si nécessaire. Ces gélules doivent être ingérées à distance des repas et des autres médicaments à cause de l'argile blanche (qui pourrait diminuer l'absorption intestinale des nutriments et substances actives).

Les sachets : Les sachets contiennent chacun 3 grammes de poudre d'Argile. La posologie est d'un sachet trois fois par jour avant les repas ou entre les repas et à distance des autres médicaments (au moins deux heures).

La tisane : Pour réaliser cette tisane, il faut d'abord mélanger 30 grammes de parties aériennes d'Alchémille, 50 grammes de racines de Fraisier, 30 grammes de baies de Myrtille, 30 grammes de sommités fleuries de Salicaire, 20 grammes de feuilles de Sauge officinale, 30 grammes de feuilles de Sarriette et 50 grammes de rhizomes de Potentille (aussi connue sous le nom de Tormentille). Il faut ensuite ajouter trois cuillères à soupe de ce mélange à un litre d'eau bouillante et maintenir l'ébullition durant trois minutes. Il faut ensuite laisser infuser pendant dix minutes et filtrer. La posologie est d'une tasse toutes les deux heures jusqu'à amélioration des symptômes. [FESTY D., 2011]

Propriétés thérapeutiques des plantes utilisées : L'argile blanche couvre la muqueuse intestinale la protégeant des irritations liées aux diarrhées chroniques. Elle présente également l'avantage d'adsorber les gaz et les toxines. La Myrtille est riche en tanins qui lui confèrent des propriétés anti-diarrhéiques, antispasmodiques et antibactériennes. L'Alchémille, qui contient elle aussi des tanins, est un astringent et un anti-diarrhéique particulièrement efficace. Elle est également antispasmodique et régularise le transit (c'est un bon tonique digestif). Le Fraisier, la Salicaire, la Sauge officinale et la Potentille possèdent des propriétés astringentes et sont anti-diarrhéiques. Enfin, la Sarriette est un bon antiseptique et elle permet de réduire les troubles moteurs en régularisant le péristaltisme intestinal. Elle limite les ballonnements et l'émission de gaz. [LAÏS E., 2014] [NOGARET- EHRHART A.-S., 2003]

▪ L'homéopathie :

Les souches citées ci-dessous sont indiquées lorsque les diarrhées sont causées par le stress d'anticipation et d'appréhension d'un événement proche. Pour chacune d'elles, la posologie est de deux granules trois fois par jour les jours précédant l'échéance. Il est également possible de prendre une dose en 15 CH le jour de l'événement.

Argentum nitricum 15 CH : Le patient est agité, il ne tient pas en place. Les diarrhées surviennent quelques jours précédant un événement important.

Coffea cruda 15 CH : Les diarrhées sont causées par un stress d'anticipation et s'accompagnent de pollakiurie, de tachycardie et de troubles du sommeil (notamment des troubles d'endormissement). Cette souche convient, par exemple, aux étudiants qui consomment du café en grandes quantités.

Gelsemium sempervirens 15 CH : Les diarrhées s'accompagnent de pollakiurie et de troubles du sommeil (notamment des troubles d'endormissement). Le sujet est paralysé par son trac et il tremble beaucoup.

Ignatia amara 15 CH : Les diarrhées s'accompagnent de tachycardie, de nausées et d'une sensation de boule dans la gorge. Les troubles sont améliorés lorsque le sujet s'alimente.

Les souches suivantes sont indiquées lorsque les diarrhées sont consécutives à une colère ou à un stress d'apparition brutale. Pour chacune d'elles, la posologie est de deux granules toutes les deux heures jusqu'à amélioration, puis deux granules cinq fois par jour le lendemain.

Chamomilla vulgaris 9 CH : Les diarrhées s'accompagnent de douleurs abdominales et d'anxiété. Elles font suite à une colère.

Colocynthis 9 CH : Les diarrhées s'accompagnent de fortes douleurs abdominales liées à des spasmes. Les troubles sont améliorés lorsque le sujet se plie en deux ou lorsqu'il exerce une pression sur l'abdomen.

Staphysagria 15 CH : Le sujet a intériorisé son stress qui se répercute sur l'organisme et entraîne des diarrhées.

▪ **L'aromathérapie :**

Les formules pratiques : Les formules pratiques contiennent de l'huile essentielle de Marjolaine. La première formule consiste à verser une ou deux gouttes d'huile essentielle de Marjolaine sur un comprimé neutre que l'on doit laisser fondre dans la bouche. L'opération peut être répétée trois fois par jour pendant quelques jours. La seconde formule consiste à appliquer une goutte d'huile essentielle de Marjolaine pure sur le plexus solaire. Cette application peut être répétée toutes les trois heures, jusqu'à amélioration des troubles.

La formule complète : La formule complète consiste à mélanger une goutte d'huile essentielle de Basilic exotique, une goutte d'huile essentielle de Marjolaine et une goutte d'huile essentielle de Petit grain bigaradier. Ce mélange doit ensuite être appliqué sur le ventre, pur ou dilué dans quelques gouttes d'huile végétale. Il ne reste plus qu'à masser l'abdomen dans le sens anti-horaire.

Propriétés thérapeutiques des huiles essentielles utilisées : L'huile essentielle de Basilic exotique est antispasmodique et anti-inflammatoire. L'huile essentielle de Marjolaine est antispasmodique, antiseptique et analgésique. Enfin, l'huile essentielle de Petit grain bigaradier possède des propriétés antispasmodiques et relaxantes. [COUIC-MARINIER F., 2014] [FESTY D., 2008]

Conclusion de la troisième partie :

Face à un stress, les systèmes endocriniens sont sollicités. Ils induisent la sécrétion de CRH et d'ACTH entraînant, au niveau digestif, des désordres ponctuels. La vidange gastrique et la fonction de l'intestin grêle s'en voient ralenties. A l'inverse, la motilité du côlon (en particulier la motilité sigmoïdale) est augmentée. La digestion passe au second plan, l'urgence étant de lutter contre l'agression. Il s'en suit une hyperacidité gastrique (effet rebond) ainsi qu'une hypersensibilité aux distensions abdominales et aux brûlures d'estomac. Le système digestif est sans doute la composante la plus rapidement affectée par le stress, au sens où le sujet en perçoit le plus vite les conséquences. Celles-ci peuvent être isolées ou multiples. Un sujet peut ainsi souffrir d'un syndrome de l'intestin irritable tout en étant sujet au reflux gastro-œsophagien. A long terme, les complications pourraient ne pas être anodines (ulcères, hémorragies digestives,...). Il est donc impératif de lutter contre les stress répétitifs ou, tout du moins, de lutter contre leurs effets néfastes. Le rôle du pharmacien est de tenter d'identifier quelles sont les causes des troubles digestifs pour lesquels le patient s'adresse à lui. S'il s'avère que les troubles sont d'origine nerveuse ou qu'ils sont décuplés en situation de stress, les thérapeutiques décrites dans la première partie peuvent être associées aux traitements symptomatiques traités ici, en attendant que le patient aille consulter.

CONCLUSION

Le stress qualifie toute réaction de l'organisme en réponse à une agression ou une excitation quelconque. Ce mécanisme, qui permet à l'individu de se défendre, implique la transmission de stimuli neurologiques et la mise en jeu de sécrétions hormonales d'adrénaline et de cortisol. En cas de stress, les fonctions non essentielles à la survie de l'individu sont mises en veille au profit des fonctions vitales. Le système digestif s'en retrouve particulièrement affecté, notamment avec un effet rebond de la sécrétion acide gastrique et des perturbations de la motilité intestinale.

Les effets du stress ne deviennent délétères que sur le long terme mais les troubles ponctuels n'en sont pas moins contraignants. Une prise en charge adaptée repose, avant tout, sur la prise en charge étiologique. Pour cela, le pharmacien d'officine dispose de médicaments tels que les anxiolytiques et les antidépresseurs (qui imposent une prescription médicale), de plantes et, plus particulièrement, de plantes adaptogènes, mais aussi de remèdes homéopathiques, d'huiles essentielles et d'oligo-éléments. De nombreuses spécialités sont disponibles sur le marché pour soulager les symptômes du stress.

Parfois, la prise en charge médicamenteuse ne suffira pas à soulager le patient. Le pharmacien d'officine pourra alors lui conseiller de consulter un psychologue, un psychothérapeute ou les professionnels pratiquant les thérapies psychocorporelles, les thérapies à médiation corporelle ou les thérapies physiques. En effet, la forte composante psychique qu'implique le stress ne peut être négligée lorsque l'on cherche à traiter un patient de manière optimale. De nombreux auteurs, de Freud à Marty en passant par Alexander ont consacré leurs travaux de recherche à la psychosomatique, cette discipline qui considère que le corps et l'esprit ne forment qu'un seul tenant. Tout déséquilibre de l'une ou l'autre de ces deux entités entraîne des désordres pour l'autre. Toute pathologie pouvant être considérée comme psychosomatique, il convient de chercher à « soigner » le psychisme afin d'obtenir une « guérison somatique ».

Avant de parvenir à la prise en charge complète de l'étiologie, il est nécessaire de soulager le patient des troubles générés par le stress. Sur le plan digestif, ces symptômes peuvent être liés à un *Globus* pharyngé, une aérophagie, un reflux gastro-œsophagien, des nausées et des vomissements, un ulcère gastro-duodéal, une gastrite, des troubles fonctionnels intestinaux ou des troubles ponctuels de la motilité intestinale. Parmi ces troubles, la plupart vont être traités par les mêmes médicaments, les mêmes plantes et les mêmes huiles essentielles, selon qu'ils résultent d'un excès d'acidité gastrique ou de troubles moteurs. Les dernières études menées révèlent une action bénéfique des probiotiques par rapport au placebo sur certaines pathologies digestives, notamment la colopathie fonctionnelle. De plus, de nombreux ouvrages fleurissent au sujet du côlon, de sa flore bactérienne et de son implication dans les mécanismes physiopathologiques (par exemple, les déséquilibres du microbiote participeraient à la survenue de pathologies auto-immunes). Au vu de ces dernières découvertes, il convient de se demander : est-ce le

stress qui cause les troubles digestifs ou les troubles digestifs qui sont responsables d'un stress les entretenant ?

En tant que pharmacien d'officine, ce travail m'a d'ores-et-déjà permis d'adapter mon conseil dans les situations où le patient relate des événements stressants ou des troubles digestifs, qu'ils soient habituels ou non. Associer les probiotiques aux autres remèdes semble être une bonne alternative lorsque le sujet n'est pas disposé à consulter un médecin ou quelque autre personne. Les retours de ces patients sont, dans l'ensemble, relativement favorables. Maintenant que je dispose des connaissances théoriques, les découvertes futures et l'expérience pratique viendront, je l'espère, me permettre d'optimiser la prise en charge à l'officine des patients souffrant de troubles digestifs lié au stress et, de manière plus générale, des patients stressés.

Références bibliographiques

- Académie nationale de Pharmacie. Anxiolytique. [en ligne]. Site disponible sur : <http://dictionnaire.acadpharm.org/w/Anxiolytique> (Page consultée le 07/08/15)
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France - Point d'Information. [en ligne]. Site disponible sur : <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> (Page consultée le 08/08/15)
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Stresam® (étifoxine) : Modification de l'AMM : libellé d'indication, données de pharmacovigilance et de pharmacodynamie - Lettre aux professionnels de santé. [en ligne]. Site disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Stresam-R-etifoxine-Modification-de-l-AMM-libelle-d-indication-donnees-de-pharmacovigilance-et-de-pharmacodynamie-Lettre-aux-professionnels-de-sante> (Page consultée le 09/08/15)
- AFECT, Traité de chimie thérapeutique Volume 7 : Médicaments actifs sur le système nerveux central, Éditions Lavoisier, Cachan, France, 2011, 902 pages.
- ALEXANDER F.-G., La médecine psychosomatique, Éditions Payot, Paris, France, 2002, 334 pages.
- ARMANGE C., BANVILLE J., Le Yoga sur mesure : Maîtrisez votre stress en toute situation !, Éditions Larousse, Paris, France, 2015, 160 pages.
- BATTEUX F., WEILL B., Immunopathologie et réactions inflammatoires, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 2003, 310 pages.
- BELON J.-P., HILLON P., Hépatogastroentérologie, Éditions Masson, Paris, France, 1999, 83 pages.
- BENSABAT S., Le stress c'est la vie !, Éditions Fixot, Paris, France, 1989, 211 pages.
- BIGARD M.-A., CHONÉ L., HUDZIAK H., MOUGENEL J.-L., PETIT P., WATELET J., Guide pratique des maladies du tube digestif, Éditions MMI, Paris, France, 2001, 331 pages.
- BIANCHI V., EL ANBASSI S., Médicaments, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 2012, 200 pages.

- BIEUVELET S., BURCKEL A., CAUZAUBIEL M., DRAY X., DROUAULT-HOLOWACZ S., MARTEAU P. A double blind randomized controlled trial of a probiotic combination in 100 patients with irritable bowel syndrome. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 2008, 32(2), pp. 147-152.
- BODIN L., HURTADO-GRACIET M.-L., L'EFT : Emotional Freedom Technique, Éditions Jouvence, Bernex-Genève, Suisse, 2011, 160 pages.
- BOULENGER J.-P., LÉPINE J.-P., Les troubles anxieux, Éditions Lavoisier, Cachan, France, 2014, 328 pages.
- BREUER J., FREUD S., Étude sur l'hystérie, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, France, 2002, 254 pages.
- BROOKER C., Le corps humain : Etude, structure et fonction, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 2000, 592 pages.
- BUTS J.-P., CORTIER G., FLOURIE B., RAMBAUD J.-C., Flore microbienne intestinale : physiologie et pathologie digestives, Éditions John Libbey Eurotext, Montrouge, France, 2004, 247 pages.
- CALLAHAN S., CHABROL H., Mécanismes de défense et *coping*, Éditions Dunod, Paris, France, 2013, 320 pages.
- CAMPS J.-F., EUGENE D., GAUTHIER M., GIOANNI Y., Neurosciences - Tout le cours en fiches, Éditions Dunod, Paris, France, 2013, 608 pages.
- Centre de Référence sur les Agents Tératogènes - lecrat.org. Antidépresseurs - Grossesse et allaitement. [en ligne]. Site disponible sur : http://lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=15 (Page consultée le 05/01/16)
- Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) - lecrat.org. Hydroxyzine. [en ligne]. Site disponible sur : http://lecrat.org/articleSearch.php3?id_groupe=12 (Page consultée le 04/01/16)
- Centre de Référence sur les Agents Tératogènes - lecrat.org. Venlafaxine. [en ligne]. Site disponible sur : <http://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=venlafaxine> (Page consultée le 06/01/16)
- CHEMOUNI J., Georg Groddeck, psychanalyste de l'imaginaire, Éditions Payot, Paris, France, 1984, 347 pages.
- CHEMOUNY B., Le guide de l'homéopathie, Éditions Odile Jacob, Paris, France, 2008, 790 pages.
- CHEMOUNY B., Soigner le stress par l'homéopathie et la phytothérapie, Éditions Odile Jacob, Paris, France, 2012, 224 pages.

- CHOQUE J., Yoga manuel pratique: Techniques et pédagogie du débutant à l'adepte confirmé, Éditions Amphora, Paris, France, 2004, 256 pages.
- COFFIN B., Troubles fonctionnels intestinaux et colopathies, Éditions Medi-Text, Paris, France, 2005, 135 pages.
- Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie sous la coordination de MARTEAU P., Hépato-gastro-entérologie, 2^{ème} Édition, Éditions Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, France, 2012, 452 pages.
- COLLINS P., WAGNER-BALLON J., L'essentiel en hépato-gastro-entérologie, Éditions Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, France, 2013, 304 pages.
- COOKSON J., EPSTEIN O., HORNETT G., PERKIN G. D., RAKHIT R., ROBINS A., WATT I., Examen clinique: éléments de sémiologie médicale, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 2012, 440 pages.
- COUIC-MARINIER F., Se soigner avec les huiles essentielles, Éditions Solar, Paris, France, 2014, 156 pages.
- CUPA D., Psychanalyse de la destructivité, Éditions EDP Sciences, Les Ulis, France, 2006, 157 pages.
- CURTIS M.-J., HOFFMAN B.-B., PAGE C.-P., SUTTER M.-C., WALKER M.-J., Pharmacologie intégrée, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 1999, 606 pages.
- DE BONNEVAL P., L'herboristerie – Manuel pratique de la santé par les plantes, Éditions Désiris, Gap, France, 2006, 445 pages.
- DEJOURS C., Recherches psychanalytiques sur le corps, Éditions Payot, Paris, France, 1989, 182 pages.
- DELAMARE J., DELAMARE T., DELAMARE V., GARNIER M., Dictionnaire illustré des termes de médecine 29^{ème} édition , Éditions Maloine, Paris, France, 2006, 1048 pages.
- DERRICKSON B., TORTORA G., Manuel d'anatomie et de physiologie humaines, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 2009, 594 pages
- DIRKSEN S., HEITKEMPER M., LEWIS S., Soins infirmiers : médecine-chirurgie, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 2011, 3250 pages.
- DUFOUR A., FESTY D., Guide des vitamines et des oligo-éléments, Éditions Hachette pratique, Vanves, France, 2005, 383 pages.
- DULGUEROV P., REMACLE M., Précis d'audiophonologie et de déglutition : Tome 2, Les voies aéro-digestives supérieures, Éditions Solal, Paris, France, 2009, 488 pages.

- ENDERS G., Le charme discret de l'intestin, Éditions De Noyelles, Paris, France, 2015, 350 pages.
- Faculté de Médecine Pierre & Marie Curie. [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/biochimie/MIbioch/POLY.Chp.6.16.html> (Page consultée le 03/08/15)
- FAIN M. Prélude à la vie fantasmatique. Revue française de psychanalyse, 1971, 35(2-3), pp. 291-364.
- FERENCZI S., Journal clinique, Éditions Payot, Paris, France, 2014, 400 pages.
- FESTY D., Ma bible des huiles essentielles, Éditions Leduc. S, Paris, France, 2008, 552 pages.
- FESTY D., Mes secrets de pharmacienne, Éditions Leduc. S, Paris, France, 2011, 436 pages.
- FOURNIER C. Impact du stress sur l'appareil manducateur : diagnostic et prise en charge. Thèse de doctorat en chirurgie dentaire. Nancy : Université Nancy 1 Henri Poincaré, 2010, 203 pages.
- FREUD S., La sexualité dans l'étiologie des névroses, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, France, 1989, 235 pages.
- FREUD S., Introduction à la psychanalyse, Éditions Payot, Paris, France, 2004, 576 pages.
- FREUD S., Névrose, Psychose et Perversion, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, France, 2010a, 320 pages.
- FREUD S., Au-delà du principe de plaisir, Éditions Payot& Rivages, Paris, France, 2010b, 160 pages.
- FREUD S., Pour introduire le narcissisme, Éditions Payot, Paris, France, 2012, 160 pages.
- FREUD S., Inhibition, Symptôme et Angoisse, Éditions Payot, Paris, France, 2014, 230 pages.
- GARET J.-J., Le grand livre de l'hypnose et de l'autohypnose pour maigrir, dormir, arrêter de stresser..., Éditions Leduc. S, Paris, France, 2015, 416 pages.
- GERVAIS R., TALBERT M., WILLOQUET G., Guide Pharmaco Clinique, Édition 2013, Éditions Wolters Kluwer France pour Le Moniteur des pharmacies, Rueil-Malmaison, France, 2013, 1610 pages.
- GLOAGUEN D., Stress contrôle: Le stress n'aura pas votre peau !, Éditions Alpen, Monaco, France, 2005, 95 pages.

- GODEFROID J., Psychologie - Science humaine et science cognitive, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 2011, 1160 pages.
- GRODDECK G., Le livre du Ça, Éditions Gallimard, Paris, France, 1976, 326 pages.
- GROSJEAN N., L'aromathérapie, Éditions Eyrolles, Paris, France, 2011, 361 pages.
- GUGLIELMETTI S., GSCHWENDER M., MORA D., POPP K. Randomised clinical trial: Bifidobacterium bifidum MIMBb75 significantly alleviates irritable bowel syndrome and improves quality of life - a double-blind, placebo-controlled study. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 2011, 33, pp. 1123-1132.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Affections psychiatriques de longue durée – Troubles anxieux graves. [en ligne]. Site disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf (Page consultée le 05/01/16)
- HORVILLEUR A., PIGEOT C.-A., RÉROLLE F., Homéopathie, connaissances et perspectives, Éditions Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, France, 2012, 576 pages.
- Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC%20108> (Page consultée le 18/04/2015)
- JOUANNY J., Notions essentielles de matière médicale homéopathique, Éditions Boiron, Sainte-Foy-lès-Lyon, France, 1991, 454 pages.
- KAMIENIECKI H., Histoire de la Psychosomatique, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, France, 1994, 126 pages.
- KLIPFEL B. La sophrologie en odontologie : enquête d'opinion, intérêt et possibilités d'applications. Thèse de doctorat en chirurgie dentaire. Nancy : Université Nancy 1 Henri Poincaré, 2011, 134 pages.
- LACHAL C., MORO M.-R., Les psychothérapies : Modèles, méthodes et indications, Éditions Armand Colin, Paris, France, 2012, 256 pages.
- LACOMBE M., Abrégé d'anatomie et de physiologie humaines, Éditions Lamarre, Rueil-Malmaison, France, 2006, 229 pages.
- LAÏS E., Le livre des simples - Les vertus des plantes médicinales, Éditions Rustica, Paris, France, 2014, 191 pages.
- LAMBOLEY D., Le shiatsu, Éditions Marabout, Vanves, France, 2013, 160 pages.

- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., Vocabulaire de la psychanalyse, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, France, 2007, 523 pages.
- LAROUSSE, Le grand Larousse illustré 2016, Éditions Larousse, Paris, France, 2015, 2110 pages.
- LE BOURGEOIS P., LESUR G., ROULOT D., Internat, nouveau programme - Tome 7 : Hépatogastro-entérologie, Éditions Heures de France, Paris, France, 1991, 176 pages.
- LEITNER L.-A., LESTER D., POSNER I., Recent life events and stress scores: an examination of the Holmes and Rahe scale. *Psychological reports*, 1983, 53(1), p. 70.
- LE JEUNNE C., VITAL DURAND D., Dorosz – Guide pratique des médicaments, 35^{ème} édition, Éditions Maloine, Paris, France, 2015, 1940 pages.
- Le Petit Robert de la langue française édition 2014, Éditions Le Robert, Paris, France, 2014, 2837 pages.
- LOWE J., STEVENS A., Anatomie pathologique générale et spéciale, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 1997, 552 pages.
- LUBINIC E., Manuel pratique d'Aromathérapie – Les huiles essentielles et leur utilisation, Éditions Vigot, Paris, France, 2005, 270 pages.
- MARC E., Guide pratique des psychothérapies, Éditions Retz, Paris, France, 2008, 271 pages.
- MARTY P., L'ordre psychosomatique, Éditions Payot, Paris, France, 1998a, 297 pages.
- MARTY P., Les mouvements individuels de vie et de mort, Éditions Payot, Paris, France, 1998b, 214 pages.
- MARTY P., La psychosomatique de l'adulte, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, France, 2011, 128 pages.
- MC DOUGALL J., Un corps pour deux – Corps et histoire, Éditions Les Belles Lettres, Paris, France, 1986, 256 pages.
- MC DOUGALL J., Théâtres du corps : Le *psychosoma* en analyse, Éditions Gallimard, Paris, France, 2003, 314 pages.
- MC DOUGALL J., Théâtres du Je, Éditions Gallimard, Paris, France, 2004, 368 pages.
- MINKER C., 200 plantes qui guérissent, Éditions Larousse, Paris, France, 2015, 448 pages.

- M'UZAN M. de, Mécanismes psychodynamiques de la formation des symptômes psychosomatiques - Psychanalyse et psychosomatique, Journée annuelle du groupe toulousain, Mars 1992.
- NOGARET- EHRHART A.-S., La phytothérapie: Se soigner par les plantes, Éditions Eyrolles, Paris, France, 2003, 192 pages.
- OLIGOMED, Pour comprendre les oligo-éléments et leur usage, Éditions Palais royal, Paris, France, 2006, 43 pages.
- OLLIER C. Le ginseng. Le Moniteur des pharmacies, 2015, 3090, p. 17.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 10 faits sur l'exercice physique. [en ligne]. Site disponible sur : http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/fr/ (Page consultée le 01/05/15)
- PACAUD G., Homéo Stress, Éditions Hachette, Vanves, France, 1991, 166 pages.
- PAUL A., La bible de l'homéopathie et des traitements naturels, Éditions Le courrier du livre, Paris, France, 2014, 770 pages.
- POUDEROUX P. Physiologie et dysfonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage. Gastroentérologie Clinique et Biologique, 1998, 22 (6-7), p. 613.
- PRESCRIRE. Etifoxine : effets indésirables graves ajoutés dans le RCP après réévaluation, mais pas de retrait. La revue Prescrire, 2015, 35(373), p. 103.
- PENSA S., QUEMOUN A.-C., Ma bible de l'homéopathie, Éditions Leduc. S, Paris, France, 2013, 696 pages.
- RANKIN L., Quand le pouvoir de la pensée l'emporte sur les médicaments : L'autoguérison confirmée par des preuves scientifiques, Éditions Guy Trédaniel, Paris, France, 2014, 286 pages.
- RAYNAUD J., Prescription et conseil en phytothérapie, Éditions Lavoisier, Cachan, France, 2005, 214 pages.
- RODET P., Se libérer du stress - Un médecin urgentiste raconte, Éditions Eyrolles, Paris, France, 2010, 148 pages.
- ROUX D., Les huiles essentielles au quotidien, Éditions Alpen, Monaco, France, 2014, 86 pages.
- SAMI ALI M., De la projection, une étude psychanalytique, Éditions Dunod, Paris, France, 2004, 204 pages.
- SAMI ALI M., Penser le somatique : Imaginaire et pathologie, Éditions Dunod, Paris, France, 2006, 148 pages.

- SAYOUS D.-J., L'homéopathie, Éditions Eyrolles, Paris, France, 2014, 216 pages.
- SEIDL B., La PNL, Éditions Ixelles, Bruxelles, Belgique, 2010, 160 pages.
- SERVANT D., Relaxation et Méditation : Trouver son équilibre émotionnel, Éditions Odile Jacob, Paris, France, 2007, 230 pages.
- SERVANT D., Gestion du stress et de l'anxiété - 3^{ème} Édition, Éditions Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, France, 2012, 248 pages.
- SHAPIRO F., SILK FORREST M., Des yeux pour guérir, Éditions Points, Paris, France, 2005, 496 pages.
- SHERWOOD L., Physiologie humaine, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 2006, 629 pages.
- SIFNÉOS P.-E. The prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 1973, 22, pp. 255-262.
- SIFNÉOS P.-E. Alexithymia : past and present. Am. J Psychiatry, 1996, 153 (7), pp. 137-142.
- STORA J.-B., Quand le corps prend la relève - Stress, traumatisme et maladies somatiques, Éditions Odile Jacob, Paris, France, 1999, 293 pages.
- STORA J.-B., La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques, Éditions MJW, Paris, France, 2013, 265 pages.
- VERBOIS S., La médecine indienne : Fondements et pratiques de l'Ayurveda, Éditions Eyrolles, Paris, France, 2009, 415 pages.
- VIDAL, Le dictionnaire Vidal 2015, Éditions Vidal France, Issy-les-Moulineaux, France, 2015, 3648 pages.
- WESTEN D., Psychologie - Pensée, Cerveau et Culture, Éditions De Boeck, Bruxelles, Belgique, 1999, 1250 pages.
- ZABLOCKI B., Du stress au bien-être et à la performance, Éditions Edipro, Liège, Belgique, 2009, 217 pages.

Glossaire

A

- **Affect** : L'affect est un mécanisme permettant la décharge de l'énergie pulsionnelle. Contrairement à l'intellect, l'affect est un processus involontaire et inconscient qui détermine les comportements adoptés par un individu selon son affectivité et la situation rencontrée. C'est au travers de l'affect et de la représentation que se manifeste la pulsion.
- **Ataxie** : L'ataxie, aussi appelée ataxie cérébelleuse ou syndrome cérébelleux, est le symptôme d'un dysfonctionnement du cervelet. Elle correspond à une incoordination musculaire et peut affecter les mouvements volontaires (incoordination des muscles des membres), la vision (diplopie), la parole et la déglutition.

B

- **Bruxisme** : Le bruxisme correspond à des mouvements intempestifs de la dentition en dehors de l'alimentation et de la déglutition (durant lesquelles les dents sont en contact de manière naturelle). En cas de bruxisme, le sujet grince ou serre les dents de manière involontaire et inconsciente.

C

- **Cingulum** : Le *cingulum* correspond au regroupement de fibres nerveuses de substance blanche dites d'association. Il est localisé dans le gyrus cingulaire, qu'il relie au système limbique via l'hippocampe, et s'étend de la région septale jusqu'à la région temporale. Il est impliqué dans le contrôle des émotions et du comportement mais aussi dans les processus de mémorisation.

D

- **Diplopie** : La diplopie est un trouble de la vue se caractérisant par une vision dédoublée des objets. Elle résulte d'une incoordination des muscles de l'œil et peut être due à un trouble neurologique ou à un trouble musculaire. Lorsque la diplopie ne concerne qu'un seul des yeux, elle est dite « monoculaire ». Lorsqu'elle touche les deux yeux, on parle de « diplopie binoculaire ».

H

- **Hyperprolactinémie** : L'hyperprolactinémie correspond à l'augmentation de la concentration sanguine en prolactine, la prolactine étant une hormone impliquée dans la lactation, les fonctions de reproduction et la croissance.

M

- **Métapsychologie** : La métapsychologie désigne le modèle théorique décrivant les modalités de fonctionnement de l'appareil psychique. Selon Freud, ce modèle repose sur la comparaison de paramètres dynamiques, topiques et économiques.
- **Monisme** : Le monisme est un mode de pensée qui implique que le corps et l'esprit ne forme qu'un seul et même objet. Il s'oppose au dualisme, mode de pensée considérant que corps et esprit sont deux entités distinctes.
- **Myasthénie** : La myasthénie est une pathologie neuromusculaire auto-immune se caractérisant par une faiblesse musculaire et une fatigue à l'effort plus ou moins intenses.

N

- **Névrodermite** : La névrodermite de Brocq ou neurodermite est une affection de la peau que l'on caractérise d'atopique. Elle se manifeste par des démangeaisons et l'apparition de lésions (telles que l'eczéma) ou d'éruptions (telles que le lichen ou l'urticaire).
- **Névrose** : Une névrose est une affection psychiatrique induisant des troubles comportementaux, notamment sur les plans affectif et émotif. Le sujet est conscient des désordres qui l'animent mais ne parvient pas à les contrôler. On dit d'une personne névrosée qu'elle est « mentalement saine », par opposition aux personnes psychotiques dont les fonctions mentales sont altérées.

P

- **Psychose** : Une psychose est une affection psychiatrique potentiellement grave qui induit des troubles du comportement et une perte de contact avec la réalité dont le sujet n'a pas conscience. Le sujet psychotique présente des désordres mentaux qui affectent sa personnalité. La psychose se différencie de la névrose de par cette atteinte des fonctions mentales (dans la névrose le sujet est « mentalement sain »).

R

- **Représentation mentale** : Une représentation mentale correspond à l'élaboration psychique d'une image ou d'une perception se rapportant à un objet ou à une situation.

S

- **Somatisation** : La somatisation correspond à la réaction physique qui se produit en réponse à un état psychique délétère (stress psychologique).
- **Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur**: Le Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur ou SADAM correspond à un dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire et se traduit par une symptomatologie variée. Il peut se manifester par des céphalées localisées au niveau temporal, des douleurs aux oreilles et aux mâchoires, des acouphènes et des douleurs de la colonne cervicale. Le sujet éprouve également des difficultés à mâcher, à s'alimenter et à ouvrir la bouche. Parfois, le sujet décrit des bruits articulaires (claquement ou crissement lorsqu'il ouvre la bouche) et un blocage de la mâchoire lorsqu'il a la bouche ouverte ou lorsqu'il a la bouche fermée.

T

- **Thyrotoxicose** : La thyrotoxicose caractérise la symptomatologie liée une hyperthyroïdie. Elle correspond à l'association de troubles tels que le tremblement des extrémités au repos, les palpitations, la tachycardie, les bouffées de chaleur avec hypersudation, la perte de poids, les diarrhées post-prandiales, les troubles nerveux et de l'humeur pouvant s'accompagner d'insomnies, la polydipsie et la fonte des muscles.

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 24 Juin 2016

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE**

présenté par : Pauline RIZZI

Sujet :LES TROUBLES DIGESTIFS LIÉS AU STRESS :
CONSIDÉRATIONS PSYCHOSOMATIQUES ET PRISE EN
CHARGE A L'OFFICINEJury :Président et Co-directeur :
M. François BONNEAUX, Maître de ConférencesDirecteur : M. José RUHLAND, Psychologue
Juges : M. Éric ANDRÉ, Pharmacien
Mme Nathalie MANGIN, Médecin

Vu,

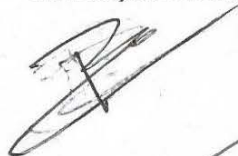
Nancy, le 17 Mai 2016

Le Président du Jury
et Co-directeur,

M. François BONNEAUX

Le Directeur de Thèse,

M. José RUHLAND



Vu et approuvé,

Nancy, le 19.05.2016

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université de Lorraine,

Vu,

Nancy, le 30 MAI 2016

Le Président de l'Université de Lorraine,



Pierre MUTZENHARDT

N° d'enregistrement : 9117

N° d'identification :

TITRE

**LES TROUBLES DIGESTIFS LIÉS AU STRESS : CONSIDÉRATIONS
PSYCHOSOMATIQUES ET PRISE EN CHARGE À L'OFFICINE**

Thèse soutenue le 24 Juin 2016

Par Pauline RIZZI

RÉSUMÉ :

Chaque jour, des centaines de patients s'adressent à leur pharmacien pour se plaindre de troubles digestifs variés. Pour grands nombres, ces troubles sont aggravés voire déclenchés par un stress trop intense. À une époque où le stress est omniprésent, le pharmacien doit être capable de les identifier et de chercher à en traiter aussi bien la cause que les symptômes. Pour cela, il est nécessaire de comprendre comment le stress influence les fonctions digestives et le lien qui existe entre le psychisme et l'organisme.

Le pharmacien a la possibilité de délivrer une spécialité adaptée, des plantes, de l'aromathérapie, de l'homéopathie ou de l'oligothérapie ou de conseiller au patient de consulter un médecin. Il peut également l'orienter vers des thérapeutes spécialistes des désordres psychiques dont les répercussions peuvent être somatiques.

Ce travail a pour but de comprendre la physiopathologie du stress, d'énumérer et de décrire les symptômes digestifs qu'il peut produire tout en exposant les traitements indiqués dans de tels cas. Il permet également d'établir un lien entre la prise en charge psychologique et la prise en charge médicamenteuse, détaillant les théories sur la psychosomatique établies par divers auteurs.

MOTS CLÉS : Stress, angoisse, psychosomatique, psychothérapies, *Globus hystericus*, aérophagie, reflux gastro-œsophagien, nausées, vomissements, troubles fonctionnels intestinaux, douleurs abdominales, ballonnements, diarrhée, constipation.

Directeurs de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Pr. François BONNEAUX Dr. José RUHLAND	Laboratoire de Chimie thérapeutique	Expérimentale ☐ Bibliographique ☒ Thème ☒

Thèmes

1 - Sciences fondamentales
3 - Médicament
5 - Biologie

2 - Hygiène/Environnement
4 - Alimentation - Nutrition
⑥ - Pratique professionnelle