

UNIVERSITE DE LIMOGES



Faculté de Médecine

Année 1992



106 019267.5

Thèse N° 164121

**LES FACTEURS PREDICTIFS  
PSYCHOLOGIQUES  
DES INFARCTUS DU MYOCARDE**

**THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue le 16 octobre 1992

par

**Christine ARGULLOS**

née le 11 Mai 1960 à Toulouse (Haute Garonne)

EXAMINATEURS DE LA THESE

- Monsieur le Professeur LEGER .....Président  
Monsieur le Professeur DUMAS.....Juge  
Madame le Professeur ARCHAMBEAUD .....Juge  
Monsieur le Professeur GAROUX.....Juge  
Monsieur le Docteur CLEMENT.....Membre invité  
Monsieur le Docteur VIROT (CHRU Limoges).....Membre invité

1992

URS PREDICTIFS PSYCHOLOGIQUES DES INFARCTUS DU MYOCARDE

THESE MED LIMOGES 1992



Ex 1

Sib 2

422139

UNIVERSITE DE LIMOGES

---

Faculté de Médecine

Année 1992

Thèse N°64

**LES FACTEURS PREDICTIFS  
PSYCHOLOGIQUES  
DES INFARCTUS DU MYOCARDE**

**THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue le 16 octobre 1992

par

**Christine ARGULLOS**

née le 11 Mai 1960 à Toulouse (Haute Garonne)

---

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LEGER .....Président  
Monsieur le Professeur DUMAS.....Juge  
Madame le Professeur ARCHAMBEAUD .....Juge  
Monsieur le Professeur GAROUX.....Juge  
Monsieur le Docteur CLEMENT.....Membre invité  
Monsieur le Docteur VIROT (CHRU Limoges).....Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur **BONNAUD**  
- ASSESEURS : Monsieur le Professeur **PIVA**  
Monsieur le Professeur **COLOMBEAU**

PERSONNEL ENSEIGNANT

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

ADENIS Jean-Paul	Ophtamologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAU Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et traumatologie
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie - Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale

GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
NICOT Georges	Pharmacologie
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie- Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A Anne et à Margaux,  
que leurs vies soient douces.

A mes grands parents, à mes parents et à ma marraine,  
qui m'ont toujours aidé et encouragé avec tendresse.  
Trouvez ici un témoignage de mon amour.

A mes frères Jacques et Bernard et à ma soeur Françoise,  
A leurs conjoints.

A Monsieur Jean Mullet,  
Avec tout mon respect.

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur J.M. LEGER,  
Professeur des Universités de Psychiatrie d'adultes,  
Psychiatre des Hôpitaux, Chef de service,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous avons pu bénéficier de votre enseignement aux cours des séminaires, vous nous avez fait apprécier la psychiatrie et nous vous remercions chaleureusement pour l'accueil que vous nous avez réservé lors de notre passage en tant qu'interne à Lafarge A.

Trouvez ici un témoignage de notre profond respect.

A nos juges,

Monsieur Le Professeur M. DUMAS,  
Professeur des Universités de Neurologie,  
Médecin des Hôpitaux, Chef de service,

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury et nous vous en remercions. Nous avons pu bénéficier de vos connaissances et apprécier votre humanisme lors de notre passage en tant qu'interne dans le service de Neurologie.

Soyez assuré de notre profond respect.

Monsieur Le Professeur C. PIVA,  
Professeur des Université de Médecine légale,  
Médecin des Hôpitaux, Chef de service,

Nous avons pu bénéficier de votre enseignement au cours de notre Diplôme d'Université et apprécier votre sens pédagogique et votre humour.

Soyez assuré de notre considération.

Monsieur le Professeur GAROUX R.,  
Professeur des Universités de pédopsychiatrie,  
Psychiatre des Hôpitaux, Chef de service,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Nous vous  
remercions pour l'intérêt que vous y porter.  
Trouvez ici le témoignage de notre respect.

Monsieur le Docteur VIROT Patrice,  
Praticien Hospitalier à temps plein,  
Cardiologue des Hôpitaux,

Nous tenons à vous remercier pour votre participation sans laquelle  
ce travail ne serait pas. En effet, vos coronarographies et vos  
commentaires ont représenté une aide précieuse.  
Soyez assuré de notre gratitude.

Monsieur le Docteur CLEMENT Jean-Pierre,  
Praticien Hospitalier à temps plein,  
Psychiatre des Hôpitaux,  
Directeur de Thèse,

Vous nous avez inspiré ce sujet de Thèse, nous tenons à vous  
remercier pour votre disponibilité et votre souci de la perfection.  
Trouvez ici un témoignage de notre amitié.

Madame le Professeur ARCHAMBEAUD Françoise,

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury et nous vous en  
remercions.

Soyez assurée de notre considération.

**REMERCIEMENTS**

A Monsieur F. MARCHAN,

Je te remercie pour l'aide statistique que tu as bien voulu  
m'apporter.

## PLAN

### INTRODUCTION

### PREMIER CHAPITRE : APPROCHE THEORIQUE

#### 1. DEFINITION DU SUJET

1. 1. Le symbolisme du coeur

1. 2. Stress et facteurs psychologiques et coronaropathies

Revue de la littérature.

1.2.1. Introduction

1.2.2. Le stress aigu

1.2.3. Le stress chronique

1.2.4. Les traits de personnalité

1.2.5. Le mode de comportement

1.2.6. Effets physiologiques du stress aigu ou chronique

1.2.7. Corrélation entre les facteurs de risque

1.2.8. La notion de situation favorisante

1.3. Conclusion et objectifs

#### 2. HISTOIRE ET DOCTRINES

2.1. L'Antiquité

2. 2. Le Moyen Age

2. 3. La Renaissance

- 2. 4. Le 17ième et le 18ième
- 2. 5. La période de FREUD
- 2. 6. L'école psychosomatique américaine
  - 2.6.1. L'école d'ALEXANDER
  - 2.6.2. L'école de DUNBAR
  - 2.6.3. Les travaux expérimentaux
- 2. 7. L'école psychosomatique de Paris

### 3. LES BASES THEORIQUES ACTUELLES

- 3. 1. La psychosomatique. Définitions.
- 3. 2. L'unité psyché-soma. Le Moi Peau
- 3. 3. Le symptôme en psychosomatique
- 3. 4. Les positions théoriques actuelles

### 4. PSYCHOSOMATIQUE ET MALADIES CORONARIENNES

- 4. 1. Définition du Pattern A coronarogène
- 4. 2. Autres particularités liées au Pattern A
  - 4. 2. 1. Le sentiment de toute puissance
  - 4. 2. 2. Le déni
- 4.3. La notion de coping

### 5. EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES CORONARIENNES

### 6. RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS CARDIOVASCULAIRES

7. INSTRUMENTS D'ETUDE NECESSAIRES A LA CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE STANDARD

- 7.1. L'entretien dirigé de FRIEDMAN et ROSENMAN
- 7.2. L' autoquestionnaire de BORTNER
- 7.3. L'autoquestionnaire de FRIEDMAN prédictif d'infarctus
- 7.4. L'autoquestionnaire destiné à la population de Framingham
- 7.5. Le MMPI

DEUXIEME CHAPITRE : PARTIE PRATIQUE

1. INTRODUCTION

2. METHODOLOGIE

- 2.1. Méthodes
- 2.2. Profil de la population étudiée

3. RESULTATS

3. 1. RESULTATS DESCRIPTIFS

- 3. 1. 1. Résultats de la coronarographie
- 3. 1. 2. Résultats du test de personnalité MMPI
- 3. 1. 3. Résultats des tests de comportement

3. 2. RESULTATS DES TRIS CROISES

3.2.1. Corrélation entre la personnalité et les données cliniques

3.2.2 Corrélation entre les tests de comportement et les données cliniques

3.2.3 Corrélation le test de personnalité et les autoquestionnaire de comportement

### 3. 3. RESULTATS DES ECARTS A L'INDEPENDANCE

3.3.1 Agrégation clinique et échelles de personnalités

3.3.2 Agrégation clinique et tests de comportement

3.3.3 Agrégation échelles de personnalité et tests de comportement

## TROISIEME CHAPITRE : DISCUSSION

### CONCLUSIONS

"L'erreur présente répandue parmi les hommes est de vouloir entreprendre  
séparement la guérison du corps et celle de l'esprit".

PLATON 428.347 avant J.C

## INTRODUCTION

Une revue de la littérature montre qu'il a été identifié des points communs d'ordre psychique chez des patients présentant un angor. Des études de comportement dans une population d'angoreux, des suivis rétrospectifs, des analyses prospectives et transversales ont permis de repérer un ensemble de réactions émotionnelles et d'attitudes qui seraient coronarogènes : c'est le Pattern A ou profil comportemental de type A.

Notre expérience clinique et nos lectures nous montrent qu'au delà du schéma comportemental A, existent certaines structurations correspondant à une plus grande vulnérabilité par rapport à la nécrose myocardique. Existe-t-il un parallèle entre certains facteurs psychologiques et l'évolution de la maladie coronarienne ?

Afin d'essayer de répondre à ces questions nous avons choisi de tester des patients hospitalisés en Cardiologie au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, dans le service du Professeur Bensaïd, et de comparer les résultats de tests à ceux de la coronarographie.

Ce travail s'articule en trois parties :

- L'approche théorique,
- la partie pratique,
- et la discussion.

La théorie propose une approche des concepts de la psychosomatique au travers de l'historique, des courants actuels, et plus précisément de la maladie coronarienne. Dans la partie pratique

nous nous proposons d'aborder notre méthodologie, d'exposer les résultats de l'étude que nous discuterons dans la dernière partie.

PREMIERE CHAPITRE : L'APPROCHE THEORIQUE

## 1. DEFINITION DU SUJET :

Notre culture a vu une modification de la logique économique qui s'est imposée à nos contemporains. La recherche permanente de la réussite s'est orientée vers la fuite en avant, vers l'excellence comme le soulignent dans leur livre N.AUBERT et V.DE GAULEJAC : Le Coût de l' Excellence, 1991 :

" La quête de l'être-en-devenir est désormais prise en charge par l'entreprise. C'est par elle, à travers elle, grâce à elle que l'individu peut devenir lui-même. Mais si l'entreprise se veut ainsi pourvoyeuse de destin, récupérant par la même toute disponibilité spirituelle, ne trouvant plus peut-être à s'investir ailleurs, elle ne peut ignorer qu'elle est aussi en partie, pourvoyeuse d'un mal-être qui commence tout juste à oser se dire. "( " : Stress : Deux dirigeants sur trois se disent touchés." in L'Expansion 4-17 octobre 1990).

La reconnaissance sociale ne peut se faire qu'au travers de la performance économique dans un parti-pris volontaire de l'action vers la productivité. Dans la société occidentale, la philosophie de l'entreprise est devenue celle du salarié dans une adhésion passionnelle et fusionnelle pour se réaliser : les cadences de travail augmentent, l'investissement professionnel s'accroît aux dépens d'autres centres d'intérêts. La performance économique devient le moyen de rejoindre l'Idéal du Moi. La publicité d'IBM, par exemple proclame : " IBM, le plus court chemin entre moi et ce que je veux devenir."

Ce changement des motivations s'accompagne de difficultés d'adaptation psycho-sociale et d'apparition de stress. La presse s'interroge :

" L'individu moderne, branché, obsédé par son look, son job, sa santé, sa performance se donne tous les torts dès que sa vie dérape. Car les Dieux de l'Olympe ou d'ailleurs ne répondent plus, les syndicats s'adaptent difficilement au nouveau monde du travail, les magazines ne parlent que de jeunesse sans conseiller d'abord à leurs lecteurs de casser les miroirs, les décideurs décident, les gagners gagnent. Résultat ? C'est l'angoisse."(" Je, tu, il angoisse." in L'événement du Jeudi. 19-25 Juillet 1990.)

### 1.1. LE SYMBOLISME DU COEUR

Le coeur, organe ordinairement silencieux devient au moment de l'insuffisance coronarienne, de l'angor et de l'infarctus du myocarde un système vers lequel convergent la douleur et l'angoisse de mort, celui par qui le monde du coronarien bascule du comportement hyperactif avec des idées de surpuissance vers la passivité de la prise en charge médicale.

De tous temps, le coeur a été surinvesti au niveau symbolique et plusieurs religions ou de grandes civilisations lui ont donné le rôle de Lien entre l'Humain et l' Invisible ou l'Au-Delà.

D'après LAPLANCHE et PONTALIS (1981) "le symbolisme est un mode de représentation indirecte et figuré d'une idée, d'un conflit, d'un désir inconscient. En ce sens on peut, en psychanalyse, tenir pour symbolique toute formation substitutive. Dans un sens étroit, c'est un mode de représentation qui se distingue principalement par la constance du rapport entre le symbole et le symbolisé inconscient, une telle constance se retrouvant non seulement chez le même individu, ou d'un individu à l'autre mais dans les domaines les plus divers (mythes, religions, folklore, langage) et les aires culturelles les plus éloignées". La fonction du symbole est d'évoquer l'abstrait, le difficile à percevoir : par exemple, le spectre symbolise la royauté, les symboles mathématiques constituent un langage qui permet d'appréhender les espaces mathématiques.

FREUD dans l'Interprétation des rêves (1900) écrivait : "Les rêves utilisent tous les symboles déjà présents dans la partie inconsciente parce que ceux-ci s'accordent mieux à la construction du rêve étant donné leur aptitude à être figurés et aussi parce qu'en règle générale ils échappent à la censure". Le sens du symbole est d'être un rapport constant entre un élément et sa traduction, comme s'il constituait un langage universel s'étendant du symptôme aux religions et aux civilisations. Chez les Grecs, le mot "symbole" signifiait constitué par deux moitiés : c'était un objet que l'on cassait pour permettre la reconnaissance d'un autre individu propriétaire de l'autre moitié. Il a donc au sens étymologique la notion de signe de reconnaissance, de lien entre deux individus permettant à l'objet d'exister : sens du langage, de la communication. Le symbole prend tout son sens en établissant un lien entre la Matière et l'Esprit, l'Homme et le Surnaturel, l'Homme et Dieu.

Dans un rapide survol de l'histoire des civilisations, le Coeur se retrouve dans des cultures très différentes : chez les Egyptiens, il guidera l'Homme vers le royaume d'Osiris, dans la religion chrétienne, il sera la voix de l'Eternel, et le lieu de l'Ame. Divinisé et objet de sacrifice chez les Aztèques qui l'arrachaient aux suppliciés pour l'offrir au Dieu Soleil et ainsi perpétuer l'espèce, il sera le berceau du temps chez les Hindous.

Dans le langage actuel courant, le Coeur a gardé la trace de l'inconscient collectif et la marque de son symbolisme originel.

Lien entre le Surnaturel et l'Homme, il est constant dans le langage.

L'étude de l'étymologie du mot coeur montre qu'il est intact depuis son origine indo-européenne : KRID en sanscrit veut dire "sauter". Alors qu'il n'était que symbole de vie, il devient mouvement de vie par la perception de la sphère viscérale.

Quelque soit le sens que l'on donne à ce symbole, le coeur reste surinvesti comme lieu de vie et d'émotion, comme lien avec le Surnaturel. A l'origine de la vie, il peut devenir un organe menaçant dont le dysfonctionnement peut être fatal ou au minimum marquer une cassure dans la vie du malade. Lieu de vie et d'émotion, il laisse un vide en cas de mauvais fonctionnement mettant en péril l'individu par l'atteinte de son image. Par cette blessure narcissique peut s'engouffrer la totalité de la vie tant ce symbole englobe la totalité de l'être.

## 1.2 STRESS, FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET CORONAROPATHIES

(REVUE DE LA LITTÉRATURE)

### 1.2.1 INTRODUCTION

Siège de la vie psycho-affective, les interactions cœur-psychisme n'ont pas fait l'objet, à notre connaissance, de recherches approfondies avant les années 1950 .

Auparavant quelques publications sont restées isolées et notamment celle de OSLER (1910) qui décrit les caractéristiques comportementales des sujets porteurs de cardiopathies ischémiques. Devant le Collège Royal des Physiciens de Londres, OSLER, dans une série de 268 cas d'angine de poitrine, collige 37 patients juifs ayant le génie des affaires, vivant à un rythme intense, absorbés par leur travail et dévoués passionnément à leur famille. Il relève également la fréquence de la maladie chez les médecins. Pour W.OSLER, le stress serait le facteur de base de l'angine de poitrine.

En 1956, MYASNIKOV, ouvre la voie en étudiant l'influence du stress sur le développement de l'athérosclérose: L'Académie des Sciences Médicales de Moscou répertorie sur l'animal, les effets des stimuli excessifs répétés dans le développement de l'athérosclérose et de son retentissement sur le tissu myocardique. La possibilité de développement de l'athérosclérose expérimental uniquement par le biais du système nerveux est envisagée pour la première fois.

Puis PEREZ-CRUET et GANTT (1964), décrivent les effets de la régulation du système nerveux central sur le myocarde et notamment la formation de cardiopathies par des facteurs extérieurs (la bulbocapnine chez le chien).

Ces travaux expérimentaux chez l'animal ont été suivis par des enquêtes épidémiologiques CLEVELAND et JOHNSON (1962) ont travaillé sur le comportement de jeunes patients atteints d'insuffisance coronarienne : 25 hommes hospitalisés pour infarctus du myocarde récent ont été comparés à un groupe témoin et à un groupe de 25 patients porteurs de problèmes cutanés bénins. Le groupe des insuffisants coronariens révèlent une hostilité rentrée, un sentiment d'urgence du temps et une impossibilité à se détendre. En 1963 MINC et Coll rapportent les tests psychologiques et les électromyogrammes de coronariens qui montrent un comportement inhibé, un niveau élevé de contrôle et un allongement du temps de réaction aux stimuli.

OSTFELD et Coll (1964) proposent une étude prospective des relations entre la personnalité et les maladies coronariennes : 1990 sujets de 40 à 50 ans n'ayant aucun signe clinique ont bénéficié d'un MMPI (Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota) que nous envisagerons dans la partie Méthodologie et d'un suivi de 4,5 années. Les résultats ont montré un score élevé à

l'échelle d'Hypocondrie et d'Hystérie pour les angoreux. Ce groupe se caractérise par une tendance à se plaindre de symptômes de toute sorte et de leurs états de santé sans aucun signe objectif, une labilité émotionnelle élevée, une accessibilité à la suggestion. Ces signes ne se retrouvent pas chez les porteurs d'infarctus qui n'ont pas dans cette série de particularités significatives. Par rapport aux non-coronariens, les coronariens sont plus indépendants dans leurs relations sociales, plus méfiants de l'autre et avec une impression de tension intérieure.

Par la suite, les recherches sur le rôle des facteurs psychologiques dans la genèse des cardiopathies se sont développées étant donné l'incidence croissante de ces maladies dans les pays industrialisés.

Le terme "stress" a été introduit par SELYE en 1950. En anglais, il signifie effort intense, tension. Il s'agit de la réponse non spécifique de l'organisme aux facteurs d'agressions physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions agréables (Eustress) ou désagréables (Dystress) qui nécessite une adaptation : C'est le Syndrome d'Adaptation Général qui peut être chronique ou aigu.

### 1.2.2. LE STRESS AIGU

Le stress aigu peut avoir un retentissement coronarien, que ce soit un stress par une joie ou par une peine.

ENGEL et Coll (1977) sur une série de 275 morts subites secondaires à des émotions intenses rapportent :

- 27% à l'annonce d'un grand danger,
- 21% à l'annonce du décès ou de l'accident d'un proche,
- 20% après une condamnation dans les 3 semaines qui précèdent,
- 20% à l'annonce du décès imminent d'un proche,
- 9% après une humiliation publique,
- 6% pendant des réunions avec une exaltation et une joie intense .

L'étude révèle l'importance de la colère et de la peur par rapport au choc causé par un décès. Il n'y a pas eu d'autopsie et ce n'est que l'histoire de la maladie qui a permis de déduire les causes : La survenue de la mort en quelques minutes a fait supposer aux auteurs qu'il s'agissait d'arrêt cardiaque par asystolie ventriculaire ou par fibrillation ventriculaire sur une maladie coronarienne pré-existante, expliquant ainsi le caractère brutal et foudroyant de l'évolution .

TRICHOPOULOS et Coll (1983) comparent la mortalité totale et la mortalité spécifique dans les jours qui ont suivi un tremblement de terre à Athènes en 1981. Le secousse sismique

correspond à un stress psychologique aigu. La mortalité d'origine coronarienne a augmenté alors que les données "mortalité totale" ou mortalité spécifique d'autre origine (par exemple par cancer ) n'ont pas varié.

CEBELIN et HIRSCH (1980) sur les autopsies de 497 décès après agressions ont constaté que 15 victimes n'avaient pas de blessures mortelles, mais que 11 d'entre elles avaient des lésions cardiaques évidentes. L'histologie montrait une dégénérescence des myofibrilles comparable aux coupes obtenues chez l'animal après des expériences de stress confirmant le potentiel létal du stress.

La littérature multiplie les exemples de stress aigu, mais il faut rester prudent, toutes ces études ne pouvant être que rétrospectives, l'état antérieur des coronaires n'étant pas connu, la part du choc émotionnel reste à déterminer.

Une étude rétrospective de JOUVE et Coll (1980) n'a retrouvé sur 216 cas d'infarctus du myocarde sur angor sévère que 15% de stress aigu dans les jours précédents l'épisode alors que 70% des patients se trouvaient dans une situation conflictuelle croissante, que ce soit au plan professionnel, familial ou conjugal. Les auteurs avaient conclu au caractère catalyseur de l'évènement extérieur qui intervient sur une personnalité, un comportement ou un stress chronique.

J.E. DEANFIELD (1984) a soumis 16 patients connus pour angor stable, à un exercice de calcul mental. Dans 12 cas, la

perfusion myocardique, étudiée par scintigraphie isotopique, a révélé une ischémie myocardique asymptomatique dans le territoire où existait chez ces malades une ischémie d'effort.

L'existence d'un facteur extrinsèque psychologique favorisant l'accident coronarien est donc souvent décrit mais les conditions de vie et l'environnement professionnel et familial jouent également un rôle capital. L'organisation de la personnalité et le mode de comportement ont, comme nous le verrons, valeur de facteur de risque au même titre que le tabac, l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle. La genèse de l'événement coronarien est à envisager à plusieurs niveaux comme la résultante d'une situation de stress aigu et d'une structure environnementale particulière.

### 1.2.3. LE STRESS CHRONIQUE

Le stress chronique intéresse de multiples domaines : Les conflits professionnels ,familiaux ,sociaux etc...

Le plan professionnel a, notamment été étudié, par MEDALIE et GOLDBOURG (1976) : Il convient de distinguer la tension dans le travail et les responsabilités, la charge de travail et le pouvoir décisionnel. Le stress professionnel n'est pas lié au statut social mais beaucoup plus à un travail dans de mauvaises conditions comme le risque de chômage, l'absence de confiance du supérieur, la mauvaise cohérence de l'équipe. D'après cette étude, le sujet le plus en danger face au risque d'événement coronarien est le cadre moyen prenant peu de décisions, avec des responsabilités limitées, sous les ordres d'un supérieur mais subissant sans arrêt des pressions et sans espoir promotionnel.

C'est ainsi que KARASEK et Coll (1982) opposent, en fonction de l'influence du travail sur la maladie coronarienne, deux groupes : Le premier où les ordres sont peu fréquents avec des responsabilités importantes chez qui l'incidence des coronaropathies est moindre par rapport au deuxième groupe où la demande est forte avec peu de responsabilités.

LECLERC et coll (1979)remarquent que, dans des pays industrialisés, les classes sociales les plus défavorisées sont les plus exposées aux coronaropathies alors qu'au début du siècle les classes sociales les plus favorisées étaient les plus menacées.

L'environnement familial a été répertorié dans l'enquête de FRAMINGHAM. La population de cette petite ville d'Angleterre a bénéficié d'une surveillance de l'incidence des coronaropathies en fonction de la présence de facteurs de risque. L'état civil a une corrélation significative avec les cardiopathies ischémiques. HAYNES et Coll (1978) ont démontré que les célibataires veufs et les divorcés sont une population à risque.

Certains auteurs ont étudié un cadre environnemental plus élargi comprenant les relations humaines en général, c'est-à-dire la famille, le couple, mais aussi les amis, les associations, le milieu professionnel.

En prenant comme variable le statut marital, le nombre de contacts avec les amis, l'appartenance à une communauté religieuse ou à un groupe, BERKMAN et SYME (1982) ont vérifié que des chiffres bas correspondent à une mortalité spécifique par coronaropathies ischémiques multipliée par 2,3 dans une population de 6928 adultes de l'état de Californie sur un suivi de 9 ans. Il est à noter que ces indices sont indépendants de facteurs tels que l'obésité, le tabac, l'alcool et l'absence d'activités physiques. BERKMAN (1982) introduit la notion de tissu social responsable de l'incidence et de la mortalité spécifique par coronaropathies.

Actuellement, le concept d'incidence plus élevée des coronaropathies dans les milieux sociaux les plus favorisés est

dépassé et fait place a des notions de tension dans le travail et d'isolement social.

Le terrain, les traits de personnalité, le comportement constituent le creuset sur lequel survient le stress qu'il soit aigu ou chronique.

#### 1.2.4. LES TRAITS DE PERSONNALITE

Des traits de personnalité correspondant à une pathologie somatique ont été décrits par DUNBAR à partir de 1944, dans son livre "Le diagnostic psychosomatique" où il propose une analyse du profil du coronarien. Il relève essentiellement les tendances compulsives-obsessionnelles et une forte charge anxieuse. En voici les principaux éléments :

- prédominance morphologique pycnique,
- appartenance à une classe sociale élevée,
- niveau d'éducation moyennement élevé,
- allure distinguée,
- stabilité dans le travail,
- stabilité dans le mariage et rareté des divorces,
- proportion des mariages élevée,
- nombre d'enfants élevé,
- peu d'intérêt pour le sport,
- peu de violon d'Ingres,
- intérêt pour la philosophie et les occupations intellectuelles,
- tendances masochistes, principes rigides, compulsion à être dur pour soi-même comme pour les autres, compulsion à parvenir au niveau le plus élevé possible de la profession grâce à une discipline personnelle et à un travail excessif,
- cette ambition est sous-tendue d'après DUNBAR par un conflit infantile fondamental avec le Père : le sujet cherchant ainsi continuellement à surpasser l'autorité du supérieur,

- un sentiment d'insécurité permanente, dissimulée derrière une façade de calme mais qui rend indispensable la répétition des succès,

- la fragilité de cet équilibre se traduit par une labilité émotionnelle marquée, une émotivité accompagnée le plus souvent de réactions neurovégétatives importantes : paroxysmes tachycardiques et vasomoteurs fréquents, troubles digestifs réactionnels etc...L'émotivité est liée d'après DUNBAR à une mère anxieuse et hyperprotectrice.

DUNBAR a ainsi établi pour de nombreuses maladies, la rectocolite hémorragique, l'asthme, l'ulcère..., une catégorisation qui garde actuellement un intérêt historique certain.

En 1961, JOUVE et Coll soumettent 100 coronariens et 100 témoins à un entretien d'inspiration psychanalytique et retrouvent pour certains des traits similaires à ceux de DUNBAR. En les classant en fonction de la dominante "Hystérique" ou "Obsessionnelle" et de l'intensité des tendances névrotiques, les données montrent une proportion d'obsessionnels plus élevée chez les coronariens que chez les témoins, la différence devenant très significative chez les obsessionnels graves. Ces traits constituent la personnalité psychasthénique qu'avait décrit JANET comme le soulignent JOUVE et Coll et surtout :

- une tendance aux ruminations anxieuses quant à l'avenir et aux problèmes financiers, d'où une plus grande sensibilité aux facteurs déclenchants,

- un besoin de maîtrise active et de domination d'autrui, avec qui les relations sont généralement maintenues à distance,

- une agressivité généralement contenue, mais explosant en accès de colère quand ce besoin de maîtrise est frustré,

- une activité professionnelle souvent dans un poste de responsabilité, ce qui résulte de la conjonction des 4 facteurs précédents. Elle est exercée de façon permanente dans un état tensionnel élevé, parfois épuisant, l'appareil psychique fonctionnant à la limite supérieure de ses possibilités,

- un perfectionnisme méticuleux, accompagné souvent de tendances aux scrupules morbides et aux doutes pathologiques. Collectionneur, compilateur, thésauriseur du savoir pour se protéger contre l'angoisse, le psychasthène a peu d'élan créateur,

- un besoin de maîtrise du temps ayant comme signification profonde l'annulation magique de la mort,

- un surcontrôle émotionnel habituel, le sujet ayant aux cours des années élaboré un système de défenses compliqué : annulation, isolation, évitant l'expression des affects mais avec l'hyperémotivité persistant derrière cette façade,

- l'existence d'épisodes dépressifs pauci-symptomatiques ou manifestes par décompensation des mécanismes de défense du Moi caractérise la structure émotionnelle.

Un travail a été effectué sur 10 000 hommes des administrations israéliennes pendant 5 ans. MEDALIE et GOLDBOURG (1976). L'intérêt de cette population est l'origine ethnique très diverse : Europe du Nord, du Centre, du Sud, Etats

Unis, Afrique du Nord et Israël. Le taux d'incidence des infarctus du myocarde était significativement plus élevé chez la première génération d'Israéliens que chez les immigrants . Les facteurs de risque significatifs de cette étude étaient :

- cliniques : hypertension artérielle, claudication intermittente, diabète, hypercholestérolémie.

- biologiques : le groupe sanguin A1Bjk,

- psycho-sociaux : sur le MMPI, un score élevé pour l'anxiété et les échelles de névroses Hystérie et Hypochondrie corrélées à l'angor mais pas à l'infarctus, une situation sociale délicate avec l'obligation de l'installation dans un autre pays que sa terre d'origine, des conflits conjugaux fréquents.

Cette étude a mis l'accent sur l'importance des problèmes sociaux, émotionnels, familiaux exprimés par un score d'anxiété majeur.

Dans le cadre de l'étude prospective franco-belge, JOUVE et Coll, de 1972 à 1982 sur une population de 131 hommes d'une grande entreprise marseillaise, ont montré chez les 20 ayant présenté un angor ou un infarctus du myocarde plusieurs facteurs de risque significatifs : par ordre d'importance le tabac, l'hypertension artérielle, des traits obsessionnels, une obésité androïde et une hypercholestérolémie. La névrose obsessionnelle vient donc en troisième position.

Pour leurs études de personnalité il a été décidé d'utiliser le questionnaire de SHEPI à partir du test de SANDLER et HAZARI

(SH) et de l'Inventaire de Personnalité d'EYSENCK (EPI) qui comprend 90 questions et dont le résultat se présente sous forme de 5 notes :

- Note N : nervosisme ou neurosisme qui désigne pour EYSENCK l'hyperréactivité émotionnelle, la labilité émotionnelle, l'émotivité, la prédisposition à la dépression sous l'effet d'un stress et la somatisation.

- Note E : extraversion indiquant la non inhibition des tendances impulsives et associées,

- Note L : "Lies", mensonges, détectent les sujets enclins à se présenter de manière conforme à ce que l'on attend d'eux,

- Note A : facteur analité correspondant aux traits caractéristiques d'ordre, de méticulosité, de rigidité,

- Note B : facteur d'obsessionnalité compulsive, avec une tendance au doute de soi et aux ruminations anxieuses.

Dans cette même étude, une échelle de BORTNER (1969) qui évalue le Pattern A (que nous envisagerons plus loin) a été proposée : Il existe une corrélation entre le score élevé au test de BORTNER, donc un comportement A, et un chiffre augmenté pour la note N, "nervosisme".

L'étude de JOUVE et Coll (1982) s'est intégrée dans un travail du GROUPE COOPERATIF FRANCO-BELGE (1982) qui a comparé le profil psychologique et les comportements des coronariens. Parallèlement dans trois villes, une enquête prospective sur 10 ans, selon un protocole commun a été conduite sur 3 202 hommes âgés de 40 à 60 ans ; La prévalence des maladies coronariennes était plus élevée à Bruxelles (18,5 %) qu'à Marseille

(10,5 %) ou à Paris (8,5%). Les sujets présentant des symptômes (d'angor ou d'infarctus) ont une note de nervosisme au test de SHEPI significativement élevé par rapport aux sujets indemnes. Les patients présentant une altération de l'électrocardiogramme sans douleur d'appel ne se différenciant pas des sujets indemnes.

En 1984 MOUSTIER et Coll essaient d'établir une relation entre personnalité et angor spastique. Sur 60 malades ayant bénéficié d'une coronarographie, trois populations sont séparées

- 1 : 21 lésions athéromateuses

- 2 : 19 spasmes coronariens avec des artères normales ou peu altérées

- 3 : 20 patients ayant des coronarographies normales sans spasmes.

Il existe une différence significative entre les ensembles 1 et 2 que l'on ne retrouve pas entre 2 et 3 : Chez les patients aux coronaires athéromateuses, la personnalité est de type obsessionnelle (11 cas sur 21). Chez les patients atteints d'angor spastique ou indemnes de maladie coronarienne la personnalité est de type hystérique (13 cas sur 19 et 16 sur 20 respectivement).

Ce qui ressort de ce survol de la littérature sur le profil de personnalité est la présence de traits de la lignée névrotique et surtout obsessionnels avec une forte charge anxieuse chez l'angoreux mais pas chez l'infarctus .

### 1.2.5. LE MODE DE COMPORTEMENT : PATTERN A OU B

FRIEDMAN et ROSENMAN (1959) ont isolé deux types de comportement : Les Pattern A et les Pattern B.

Le A se distingue par son exposition aux coronaropathies avec une incidence multipliée par :

- 1,9 entre 40 et 50 ans et
- par 2,2 entre 50 et 60 ans

indépendamment des autres facteurs de risque que sont l'hypertension, le tabac et l'hypercholestérolémie. La population de leur étude prospective est de 3154 hommes et le suivi de 8,5 années.

A San Francisco, JENKINS, ROSENMAN et FRIEDMAN (1967) ont été validé un questionnaire qui permettra d'appréhender plus facilement le comportement de type A plutôt que par un entretien.

En 1974, JENKINS, ROSENMAN et ZYZANSKI ont fait remplir le questionnaire précédant à 2750 hommes et les ont suivis pendant 4 ans. Cette étude prospective a confirmé les résultats obtenus par FRIEDMAN et ROSENMAN par un score élevé aux tests de comportement qui recherchent le Pattern A, corrélé à l'incidence la plus forte aux maladies coronariennes.

HAYNES et Coll (1978) sur l'étude de FRAMINGHAM (cohorte de 3 102 sujets indemnes de toutes coronaropathies) ont mis en évidence que les 580 hommes qui ont présenté des lésions coronariennes au bout des 10 ans de suivi, ont un comportement de type A très significativement associé à l'angor surtout chez les cadres supérieurs. Les résultats montrent par contre, une faible association entre le Pattern A et l'infarctus silencieux. Le lien est à l'inverse fort entre "infarctus symptomatologique" ou "angor" et le pattern A du point de vue épidémiologique.

D'autre part, HAYNES et coll. ont montré que les patients correspondant au pattern A bénéficient de promotions fréquentes, ont une surcharge de travail importante et ne manifestent pas leur hostilité mais au contraire la réprime. La colère n'est pas manifestée. Ces facteurs augmentent le risque avec l'âge : chez les 45-64 ans le comportement de type A double le risque de coronaropathies en général. Cette association n'a été retrouvée que chez les cadres supérieurs. Le type A, indépendamment des autres facteurs de risque, est un facteur de risque à part entière. Cette étude suggère que le type A et l'hostilité réprimée joueraient un rôle dans la pathogenèse des coronaropathies. HAYNES, FEINLEIB, KANNEL (1980).

L'étude de Framingham a également permis de suivre 269 paires d'époux. Les hommes mariés à des femmes ayant fait 13 ans d'études ou plus, ont 2,6 fois plus de risque de coronaropathies que les autres. Les époux de femmes cadres ont 3 fois plus de risque

que les époux de femmes aux foyer, ou d'ouvrières. (HAYNES, FEINLEIB, 1981).

L'enquête du GROUPE COOPERATIF FRANCO-BELGE (1982), a également analysé le comportement de type A de la population selon le test de BORTNER et l'enquête transversale a montré une note plus élevée chez les coronariens. Après un suivi de cinq ans, l'incidence des cardiopathies augmente significativement ( $p < 0,01$ ) avec la note au BORTNER. Dans une analyse multivariée, qui tient compte de la note du BORTNER et des facteurs de risque classique, le comportement de type A est significativement associé au risque de cardiopathies ischémiques ( $p$  inférieur à 0,05). La note au test de BORTNER est en 3<sup>ème</sup> position des facteurs de risque, derrière l'âge et le tabac mais avant l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, en tenant compte de toutes les formes de cardiopathies ischémiques confondues.

Il est à noter que ces études ont été réalisées uniquement chez l'homme sans utiliser les méthodes d'investigations notamment la coronarographie.

En effet, BASS (1984) ne retrouve pas les mêmes résultats : Sur 99 patients angoreux, ayant bénéficié d'une coronarographie et d'un entretien psychiatrique, test de SHEPI pour la personnalité et test de BORTNER pour le comportement, il a été mis en évidence

que le groupe "coronaires saines" avait un score élevé au nervosisme et au Pattern A par rapport au groupe "coronaires présentant une occlusion importante".

BLUMENTAL et Coll (1978) a proposé une interview dont la technique a été développé par FRIEDMAN et ROSEMAN montrant à l'inverse, une relation entre une atteinte coronarienne angiographique et le Pattern A.

Le Pattern A ou syndrome de comportement de type A est caractérisé par une grande compétitivité, une importante hostilité et surtout l'impression constante de l'urgence du temps mais nous approfondirons ces caractéristiques plus loin. Il est donc important d'apporter une attention toute particulière à l'environnement et au stress psychologique chez ce sujet puisqu'il se caractérise par une réaction exagérée aux situations stimulant l'ambition, la compétitivité et l'impatience. Tout se passe comme si la conjugaison de certaines situations provoquant un stress chez un Pattern A favoriserait la survenue d'un accident coronarien.

### 1.2.6. EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU STRESS AIGU OU CHRONIQUE

JENKINS, ROSENMAN et ZYZANSKI (1974), ont étudié la réactivité du type A par rapport au type B chez les adultes non coronariens. Dans des circonstances stressante comme des exercices de mémorisation difficiles faisant intervenir la rapidité mentale, il existe une plus grande réactivité chez les A, avec une élévation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle plus importante que dans le groupe B. Les taux plasmatiques et urinaires de Norépinéphrine et de ses métabolites sont augmentés chez les Pattern A.

Il est établi que le stress déclenche des réponses neuro-endocriniennes comme l'augmentation de la pression sanguine, du cortisol sanguin, du fait de l'élévation des catécholamines. De même l'agrégation plaquettaire augmente. ALLAIN et coll (1986), CONSOLI S.M.(1989).

Le stress aigu provoque une réaction de lutte ou de fuite en avant, ce qui active le système sympathique qui augmente la sécrétion des médullo-surrénales en catécholamines (épinéphrine et norépinéphrine), la sécrétion de cortisol se maintient et la testostérone s'élève. En conséquence, la fréquence cardiaque, la contractilité du myocarde, le débit cardiaque et les résistances périphériques augmentent. Les pressions sanguines artérielles

systolique et diastolique s'élèvent. Le stress aigu fait baisser l'agrégation plaquettaire. Le seuil de fibrillation ventriculaire diminue. VILLEMAIN et CHATENOU, 1986).

Le stress chronique correspond à un état de vigilance permanent avec une activation du système pituitaire cortico-surrénalien. Les catécholamines restent stables alors qu'augmentent la cortico-trophine et la corticostérone. La testostérone baisse ; ceci provoque une élévation de la pression sanguine, du volume des plaquettes, de l'excrétion de potassium, de la sensibilité du cholestérol aux catécholamines et donc du potentiel de cardiopathies ischémiques.

En ce qui concerne la cardiopathie ischémique, la nature de la réponse de l'individu est beaucoup plus importante que le stress lui même. Les changements physiologiques dûs au stress sont plus significatifs chez un individu de type A avec souvent à un niveau élevé d'anxiété, d'hostilité, déclenchés par le stress. Certains individus ont ainsi une réponse cardiovasculaire exagérée au stress. (LIPOWSKI, 1983).

La revue de la littérature montre que les recherches se sont surtout orientées vers la réactivité sympathique qui serait plus forte chez les pattern A. Les facteurs psychologiques interviendraient dans la genèse des coronaropathies sans que l'on puisse préciser le niveau de cette action.

### 1.2.7. CORRELATION ENTRE LES FACTEURS DE RISQUE

L'hyperadrénergie du comportement de type A peut également être responsable d'hypertension artérielle comme nous venons de l'envisager, l'anxiété peut augmenter l'appétance pour le tabac ou pour la nourriture (dyslipidémies). Il est donc important de vérifier qu'il n'existe pas de corrélation entre les facteurs de risque psycho-sociaux comme le comportement de type A, la personnalité, le mode de vie, le statut social et les autres facteurs de risque biologiques et physiques.

#### 1.2.7.1. RELATIONS ENTRE LES FACTEURS PSYCHO-SOCIAUX ET L'HYPERTENSION

La relation entre l'hypertension artérielle et les facteurs psycho-sociaux a été étudiée par DYER et coll (1976), sur une cohorte de 40 000 employés d'une administration américaine (tous types raciaux confondus et comprenant des hommes et des femmes) dans le cadre du Projet de Détection du Risque Coronarien : la tension artérielle n'est pas corrélée, de façon significative, au type A chez le sujet de sexe masculin. Sur cette série nous avons également noté que la tension artérielle moyenne est plus élevée dans les classes socio-professionnelles défavorisées ou lorsque le niveau d'éducation est faible.

### 1.2.7.2. RELATIONS ENTRE LES FACTEURS PSYCHO-SOCIAUX ET L'HYPERCHOLESTEROLEMIE

Dans la même étude, les auteurs ont démontré qu'il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre un taux de cholestérol élevé et des facteurs psycho-sociaux comme le Pattern A.

Par contre une étude de HAYNES et Coll (1978) sur la cohorte de FRAMINGHAM et un suivi prospectif de FRIEDMAN M. et ROSENMAN (1959) révèlent que le taux de cholestérol est plus élevé chez les Pattern A, mais seulement pour certaines catégories d'âge et de statut professionnel, qui ne correspondent pas à la première étude et sans utiliser les mêmes méthodes d'investigations psychologiques.

### 1.2.7.3. RELATIONS ENTRE LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ET LE TABAGISME

Le tabagisme a aussi été étudié sur la cohorte de FRAMINGHAM une corrélation significative existait avec le niveau socio-économique défavorisé. De même, il y avait un lien avec une situation conflictuelle et une forte charge anxieuse liée à des conflits familiaux et professionnels. Certains traits de personnalité comme l'émotivité, l'extraversion étaient associés au tabagisme.

L'étude prospective franco-belge n'a pas retrouvé de lien entre le tabagisme et le Pattern A.

### 1.2.8. LA NOTION DE SITUATION "FAVORISANTE"

JOUVE A. et Coll (1978) proposent une approche pluridimensionnelle des facteurs psychologiques de la maladie coronarienne ;

D'une part, l'évaluation du Pattern A par un entretien semi-dirigé mis au point par FRIEDMAN et ROSENMAN avec un psychologue entraîné à codifier la réponse d'après son contenu mais aussi en fonction du comportement du sujet pendant les questions (impatience, urgence du temps, désir de se surpasser), d'autre part le test de BORTNER complétant l'évaluation du mode de comportement et enfin un test de personnalité, le SHEPI, recherche le caractère réactionnel narcissique, le caractère anal avec la méticulosité, la rigidité, les traits obsessionnels avec les doutes, les ruminations anxieuses, les compulsions, l'extraversion et l'émotivité.

La population comprend 222 coronariens de 30 à 60 ans que l'équipe de JOUVE a apparié à une population témoin. L'étude transversale a révélé qu'il existait une certaine fragilité psychologique et souvent une personnalité névrotique, et que les facteurs de risque psychologiques se retrouvaient souvent chez les coronariens par rapport au groupe témoin ;

C'est ainsi que JOUVE A. et Coll (1980) introduisent la notion de situation favorisante dans l'évolution de la maladie coronarienne en concluant que, en effet la littérature confirme que certains événements extérieurs (stress aigu) peuvent déclencher un accident coronarien, que les conditions de vie et l'environnement (stress

chronique) jouent un rôle dans la génèse de la coronaropathie, que les traits de personnalité et le comportement (Pattern A) ont la même valeur que d'autres facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle, le tabac et l'hypercholestérolémie.

### 1.3. CONCLUSIONS ET OBJECTIFS

Le coeur, surinvesti au niveau symbolique depuis des millénaires, a fait l'objet de recherches paradoxalement assez tardives. L'influence du stress aigu ou chronique a été mise en exergue dans de nombreuses publications. Le terrain sur lequel interviennent ces facteurs exogènes a été exploré selon deux axes : le profil de personnalité et le type de comportement.

La revue de la littérature montre l'influence des facteurs psychologiques dans la survenue des cardiopathies ischémiques.

Le type comportemental et la personnalité accroissent le risque de survenue de coronaropathies de façon indépendante et synergique des autres facteurs. Ceci a été prouvé par des études prospectives aux méthodologies différentes et sur des populations différentes.

Il est à rappeler que ces suivis sont réalisés uniquement chez l'homme, de race caucasienne, agé le plus souvent de 40 ans et plus.

Certaines questions restent sans réponse : Le niveau d'intervention du facteur psychologique reste inconnu. De même les liens Pattern A et personnalité sont mal établis. Il n'existe pas d'étude de personnalité corrélée à des suivis avec angiographie.

Nous nous proposons donc, par une étude de 100 patients porteurs d'une insuffisance coronarienne qui bénéficieront d'une coronarographie,

- de repérer s'il existe un lien entre la personnalité et le Pattern A

- de vérifier la présence de Pattern A chez les angoreux ou les infarctus du myocarde

- de chercher des traits de personnalité dans la population corrélés significativement à la clinique cardiologique

- de vérifier l'indépendance de ces facteurs psychologiques par rapport aux facteurs de risque majeurs

- de comparer la population d'angoreux à celle qui présente un infarctus

- d'essayer dans la population d'angoreux de suivre les patients qui présenteront un infarctus du myocarde afin d'isoler des facteurs psychologiques "prédictifs" si cela est possible sur 9 mois.

Pour ce faire les patients vont dans les jours qui suivent leur admission avant la coronarographie bénéficier d'un Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota, et d'une batterie de questionnaire évaluant leur comportement.

## 2. HISTOIRE ET DOCTRINE

Notre propos ne sera pas d'étudier l'histoire de la psychiatrie mais de repérer au travers des siècles l'émergence des théories psychosomatiques.

HENRY EY, dans ses "Etudes", expliquait que, tout au long de son évolution, la médecine avait oscillé entre une tendance holistique qui appréhendait l'Homme dans sa globalité et des courants spécifistes, mécanistes et analytiques. Ces deux pôles, répondant à la rivalité de l'Ecole de Cos et de Cnide qui débuta dès l'Antiquité, se retrouvaient en filigrane dans l'histoire de la Médecine dont les grands événements pourraient être considérés, dans cette perspective dialectique, comme la prédominance de l'une ou de l'autre tendance, et ce alternativement.

## 2.1. L'ANTIQUITE

L'Antiquité gréco-romaine vit deux courants de pensée s'affronter au bénéfice de la Médecine :

- L'Ecole de Cnide avec GALIEN qui considérait que le sujet était malade car l'organe était atteint et qui proposa les premiers médicaments.
- L'Ecole de Cos avec HIPPOCRATE (460-377avant J.C.) où la maladie intéressait la totalité de l'individu ,et qui énonça la théorie des Humeurs dans le recueil du Corpus Hippocraticum. Pour lui et ses disciples, la bonne santé était la résultante de l'équilibre entre le sang, le flegme, la bile noire et la bile jaune. A l'inverse, la maladie était la prédominance sur les autres d'une humeur et de la caractéristique qui l'accompagnait : chaud, froid, sec, humide. Il ne pouvait y avoir dichotomie entre le corps et l'âme. La maladie mentale affectait spécialement le cerveau par le biais de l'une des humeurs ."Le cerveau n'est pas créateur de maladie mentale mais il rend apparent l'expression psychique des désordres humoraux." disait HIPPOCRATE dans le Corpus Hippocraticum comme le citent POSTEL et QUETEL (1983) dans l'Histoire de la Psychiatrie.

Par ailleurs, le médecin devait être capable d'apporter une écoute bienveillante. L'Ecole de Cos attachait une grande importance au dialogue qui se nouait entre le patient et le praticien qui devait expliquer puis prescrire ensuite, seulement dans un deuxième temps.

Certains lieux comme Epidaure se consacraient ainsi à rétablir la santé par une sorte de prise en charge dynamique de la personnalité du malade qui donnait de bons résultats pour l'époque : C'est ainsi, par exemple, que les pèlerins dormaient sur place et que les médecins analysaient au petit matin ce qu'ils appelaient "le rêve d'incubation". HIPPOCRATE créa une pensée dogmatique dont l'influence perdure encore comme l'explique BOSS (1959).

Dès l'Antiquité, nous voyons se mettre en place de grandes entités qui auront un rôle fondateur dans la naissance de la Psychiatrie telle que nous la connaissons aujourd'hui : La frénésie ou "phrénitis" et la léthargie constituaient des maladies aiguës avec fièvre alors que la manie et la mélancolie étaient chroniques et apyrétiques avec dans chaque cas le versant excitation et le versant abattement.

L'Antiquité d'HIPPOCRATE se refusait à reconnaître la maladie psychiatrique en tant que telle et n'avait pas individualisé la névrose, mais elle avait permis d'observer et d'aider des malades mentaux jusque-là aux prises avec la magie et la religion. Déjà apparurent les concepts de manie et de dépression avec des observations très riches et précises et l'émergence de l'idée de la nécessité de l'approche globale de l'Homme qui fera tout l'intérêt de la Psychiatrie actuelle.

Cette divergence d'attitude permit de mettre en place deux façons opposées mais complémentaires d'appréhender la maladie. Les tenants de l'Ecole d'HIPPOCRATE, orientés vers la personnalité de l'individu, considéraient que la maladie correspondait à la rupture de l'ordre intérieur et qu'il fallait rétablir l'équilibre intérieur en respectant les lois de la Nature. HIPPOCRATE enseignait à ses disciples : "Les médecins emploient sans s'en apercevoir des Arts semblables à la nature humaine mais bien qu'ils sachent ce qu'ils font, ils ne savent pas qui ils imitent".

Pour HIPPOCRATE, le sujet ETAIT malade et l'origine était endogène .

A l'opposé, les tenants de l'Ecole de Cnide, focalisés sur l'organe malade, sur la lésion, sur le diagnostic de lésion d'organe, proposèrent en toute logique, d'éliminer la cause externe.

Pour GALIEN, le sujet AVAIT une maladie et l'origine était exogène.

Le problème se posait, lorsque les symptômes exogènes, avec des caractéristiques propres à la nature de l'agent agresseur et les symptômes endogènes, dépendant de la nature de l'agressé étaient intriqués. Le conflit éclatait pour savoir où se situer entre ces deux pôles, entre ce qui revenait à la spécificité du terrain sur lequel le processus évoluait et ce qui était dû à l'agent pathogène.

## 2.2. LE MOYEN AGE

Au Moyen Age, les sources discontinues d'information laissent penser que la Chrétienté s'était détournée des travaux de la médecine Grecque pour faire place à la notion de péché et de possession diabolique responsable des maladies somatiques. Ce discours théologique, s'il ne stoppait pas complètement les progrès de la médecine, n'allait pas non plus favoriser l'évolution des idées et de la pratique médicale.

Force est de constater toutefois que le fou, même s'il était tenu à l'écart par la vindicte populaire, gardait sa place dans son environnement social et familial et la cité devait assistance à ses malades mentaux si la famille ne pouvait pas s'en occuper.

Nous avons relevé les écrits d'un chirurgien, HENRI DE MONDEVILLE, qui mit l'accent sur la nécessité du bien être à la guérison car "même le plus ignorant sait que la joie et la tristesse sont des accidents de l'âme et que le corps engraisse par la joie et maigrit par la peine. Le malade doit donc se tenir continuellement en joie et satisfaction avec des amis, jouant amicalement avec eux aux dés et aux osselets avec du vin et des aliments. Il ne doit pas s'irriter ni se laisser aller à l'ennui."

Par la suite, de grandes découvertes, comme la circulation sanguine par HARVEY amenèrent certains philosophes

comme DESCARTES, à proposer une explication mécaniste du corps humain qu'il compara à "un pur automate, machine mue par elle-même."

Le "res extensa" s'opposait radicalement au "res cogitans" qui serait un principe immatériel "dont l'essence n'est que de penser et qui, pour être n'a besoin d'aucun lieu, ni ne dépend d'aucune chose matérielle."

Ce strict dualisme corps-esprit laissait peu de place aux interactions psyché-soma. D'après DESCARTES, l'esprit de l'Homme n'était pas à même de concevoir la distinction entre le corps et l'âme provoquant ainsi une situation d'impasse, dont il ne pourrait sortir qu'en les imaginant comme étant deux entités différentes et parallèles.

### 2.3. LA RENAISSANCE

La Renaissance ne reconnut pas non plus la maladie mentale comme une entité : pour les médecins, la pathologie psychiatrique était, en fait, un simple trouble physique faisant ressentir ses effets sur le cerveau. La manifestation psychiatrique était considérée comme un événement surnaturel, dépassant les capacités normales de l'individu.

#### 2.4. LE XVIIEME, LE XVIIIEME ET LE XIXEME SIECLES

Au dix-septième siècle, FALCONER en 1788, comme le racontent POSTEL et QUETEL (1983), publia un texte sur "L'influence des passions sur les désordres corporels", suivi 10 ans plus tard par un "Essai sur l'influence des passions de l'âme dans les maladies et les moyens d'en corriger les mauvais effets", ouvrages qui n'eurent pas grand retentissement sur la pensée du Siècle des Lumières. Il n'existe pas à notre connaissance d'autres publications sur le thème du psyché et du soma à cette époque.

Par contre, dans les années qui suivirent, les observations de cas cliniques qui débutaient après ou au moment d'événements psychologiques ou sociaux, ou qui pouvaient être influencés dans leur évolution par des moments de crise, commencèrent ,à nouveau à intéresser les cliniciens.

C'est ainsi que PINEL, médecin qui a vécu de 1755 à 1826, rapportait le cas d'un érysipèle survenant à la suite de "chagrins violents"et avait, dans son ouvrage "La Nosographie" (1798), individualisé ce que l'on peut qualifier de névroses d'organes distinguant :

- des névroses de digestion : spasmes de l'oesophage, cardialgies, pyrosis, vomissements, dyspepsie, boulimie, coliques, coliques de plomb,

- des névroses de circulation : palpitations ,syncopes....

MORGAGNI qui vécut de 1682 à 1771, décrit une "demoiselle âgée de 17 ans, atteinte de céphalalgies, de syncopes, chez qui la distraction éloignait en général le retour des syncopes, tandis que cet état était rappelé par la contrariété, par un repas de quelques onces d'aliments, car la malade mangait ordinairement très peu et très irrégulièrement, vu qu'elle était atteinte en outre de pica. "

TROUSSEAU (1801-1867), insista sur les complications psychiques de l'hyperthyroïdisme et les complications digestives des troubles psychiques. "Pour aborder un ordre de qui touche de plus près à la clinique, qui n'a constaté chez l'Homme cette influence des troubles de l'innervation sur la digestion ; qui ne sait combien les préoccupations morales longtemps prolongées ont un funeste retentissement sur l'appareil digestif et qu'elles sont une cause fréquente de dyspepsie."

Il relate au cours d'une auto-analyse des circonstances qui avaient provoqué chez lui une crise d'asthme dans une très belle observation : "L'attaque d'asthme la plus sévère que j'ai jamais éprouvée, s'est produite dans les circonstances suivantes. Je soupçonnais mon cocher de quelques infidélités. Pour m'assurer des faits, je montais un jour dans le grenier où je fis mesurer devant moi la provision d'avoine. En me livrant à cette opération, je fus

pris soudain d'un accès de dyspnée et d'oppression tel que j'eus à peine la force de regagner mon appartement, mes yeux hors de leurs orbites, mon visage pâle et tuméfié exprimaient l'anxiété la plus profonde. Je n'eus que le temps de me débarrasser de ma cravate, de me précipiter à la fenêtre et de l'ouvrir pour chercher un peu d'air frais. Habituellement, je ne fais pas usage du tabac. Je demandais un cigare dont j'aspirais quelques bouffées. Huit à dix minutes après, cet accès était calmé.

Qu'est ce qui l'avait occasionné ? C'est la poussière de l'avoine mais assurément aussi, cette poussière n'avait pas suffi à elle seule pour déterminer cet extraordinaire accident, ou du moins la cause était hors de proportion avec l'effet produit. Cent fois dans les rues de Paris, sur nos boulevards, cent fois sur les grandes routes, je m'étais trouvé dans une atmosphère de poussière autrement épaisse que celle que j'avais alors, pendant un très court instant respirée et jamais cependant je n'avais éprouvé quelque chose de semblable. Il avait donc fallu que cette cause eût quelque chose de spécial.

Elle m'avait en outre surpris dans des circonstances particulières : sous l'influence de l'émotion morale que déterminait chez moi l'idée d'un vol domestique, quelque peu important que fût ce vol, mon système nerveux était ébranlé ,et une cause très petite en elle avait agi sur lui avec une excessive intensité." (Trousseau. "Les Cliniques" cité par Delay et Pichot, 1964).

Trousseau mettait en évidence dans cet asthme bronchique plusieurs facteurs dont la sensibilisation allergique, coïncidant avec une condition psychologique particulière, l'émotion morale,

déclenchait la crise. Même si la vulnérabilité constitutionnelle du tissu bronchique de l'asthmatique face à un agent allergène produisit une réaction d'hypersensibilité, le terrain sur lequel survint le symptôme était modifié par une situation de vie particulière et unique.

CABANIS, 1757-1808, médecin philosophe, dans ces "Rapports du Physique et du Moral", remarquait, en opposition à l'esprit cartésien, dans une formule provocante poussée jusqu'à l'extrême, "que le cerveau digère les impressions pour faire organiquement la sécrétion de la pensée."

Toutefois une partie plus intéressante de son oeuvre, analysait le fondement physiologique des facultés intellectuelles et morales et l'influence de l'âge, du sexe, du tempérament, du régime, du climat sur les maladies. Représentant du matérialisme scientifique de son époque, CABANIS écrivait : "Le tableau général de la nature humaine se divise en deux parties principales : son histoire physique et son histoire morale. De la réunion méthodique des deux et de l'indication de nombreux points par lesquels elles se touchent et se confondent, résulte ce que l'on peut appeler la science de l'Homme ou l'Antropologie."

LAENNEC, 1781-1826, avec en filigrane l'opposition des holistiques et des spécifistes, dans son "Traité d'auscultation médicale" (1819), ouvrage essentiellement axé sur la clinique et qui devint la référence médicale, creusa encore le hiatus soma-psyche.

CLAUDE BERNARD jeta les fondements de la médecine scientifique basant sa méthode sur le caractère lésionnel de l'affection dans l'"Introduction à la Médecine Expérimentale" (1865).

Ces derniers travaux, qui modelèrent la pensée médicale européenne, s'opposent en apparence à un autre type d'approche et d'observation qui bouleversa également son époque : SIGMUND FREUD.

Nous verrons apparaître progressivement le concept d'unité psychosomatique des années plus tard, avec l'éclosion d'une thérapie holistique, avec toujours en filigrane, dans la perspective dialectique, l'oscillation entre les deux pôles, le mécaniciste et le global : Le courant physiologique mécaniciste illustré par PAVLOV et CANNON qui cherchaient les centres nerveux de l'agressivité, et de divers comportements psycho-moteurs et le courant psychanalytique global, qui appréhendait l'individu dans sa globalité, avec l'influence sur l'équilibre somatique du désordre des pulsions de la vie instinctuelle.

## 2.5. LA PERIODE DE FREUD

Après avoir envisagé l'apparition des notions de Psyche et de Soma au cours de l'histoire de la Psychiatrie, nous allons voir plus précisément se constituer l'histoire des théories psychosomatiques. Ces cinquantes dernières années sont marquées par plusieurs auteurs qui ont considérablement fait progresser les théories psychosomatiques.

L'oeuvre de Freud n'a pas, à proprement parler, mis en place la théorie psychosomatique mais, certaines notions qu'il a forgées, restent fondamentales pour la médecine psychosomatique.

La notion de pare-excitation que l'on retrouve dans Au Delà du Principe de Plaisir (1920) rend compte de faits d'observations cliniques. Le défaut de pare-excitation s'accompagnerait d'une résurgence de l'angoisse automatique. En parrallèle, le praticien en psychosomatique, est confronté à des malades d'une grande fragilité face aux événements extérieurs et aux excitations internes. Cette prédisposition structurale névrotique, avec des défenses très faibles, est vite débordée par n'importe quelle excitation. Tout se passe comme si le patient psychosomatique, par défaut de pare- excitation, s'effondrait face à un accident extrinsèque ou intrinsèque.

Les différentes théories proposées par FREUD concernant l'angoisse, s'inscrivent dans son oeuvre, de façon complémentaire, comme autant de couches successives qui vont permettre de discuter plusieurs concepts. (HAYNAL et PASINI, 1984).

L'angoisse automatique est une réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est à dire à un afflux d'excitations d'origine interne ou externe qu'il est incapable de maîtriser. L'angoisse automatique de FREUD s'oppose au signal d'angoisse. Ces deux concepts ont été introduits lors du remaniement de sa théorie sur l'angoisse dans Inhibition, Symptôme et Angoisse, (1926). Dans les deux cas l'angoisse "doit être tenue comme un produit de l'état de détresse psychique qui est évidemment la contrepartie de sa détresse biologique." L'angoisse automatique est la réponse spontanée à une situation traumatique ou à sa reproduction. La situation traumatique est l'afflux non maîtrisable d'excitations multiples et trop intenses. Dès ces premiers livres, FREUD écrit que l'angoisse résulte d'une tension libidinale accumulée et non déchargée.

L'angoisse-signal se caractérise, au contraire, par sa valeur utilitaire pour le Moi. Elle est l'avertissement destiné à mettre en éveil les potentialités mentales de liaison des excitations endogènes et exogènes. Elle suppose l'existence d'un Moi déjà structuré mettant le sujet à l'abri du traumatisme. L'angoisse

devant le danger réel s'oppose à l'angoisse devant la pulsion (ou uniquement dans la mesure où elle risque de susciter un danger réel). Pour FREUD, le terme de "Realangst" contient "Real", substantif qui qualifie ce qui motive l'angoisse "Angst".

L'angoisse de castration, enfin, qualifie le conflit intrapsychique névrotique qui se joue à distance de la réalité.

La notion de complaisance somatique introduite par FREUD à propos du cas Dora dans Cinq psychanalyses, (1905), reste au coeur du débat de la psychosomatique encore à notre époque. Cette expression a été employée pour rendre compte du choix de la névrose hystérique et du choix de l'organe ou de l'appareil corporel sur lequel s'opère la conversion. Le corps ou tel organe particulier fournirait un matériel privilégié à l'expression symbolique du conflit inconscient.

C'est ainsi que FREUD expliquait que "les motifs de la maladie commencent à poindre dès l'enfance. L'enfant avide d'amour, et qui partage peu volontiers avec ses frères et soeurs la tendresse de ses parents, s'aperçoit que cette tendresse lui revient entièrement si, du fait de sa maladie, ses parents sont inquiets. Cet enfant connaît, dès lors, un moyen de solliciter l'amour des parents et s'en servira aussitôt qu'il aura à sa disposition le matériel psychique capable de produire un état morbide.

Lorsque l'enfant est devenu femme et a épousé en complète contradiction avec les exigences de l'enfance, un homme

ayant peu d'égards envers elle, qui opprime sa volonté, qui exploite sans ménagement son travail et ne lui concède ni amour, ni tendresse, ni dépense, alors la maladie devient la seule arme pour s'affirmer dans la vie. La maladie lui procure le repos désiré, force le mari à des sacrifices d'argent et à des égards qu'il n'aurait pas eu envers une personne bien portante et l'oblige à une attitude prudente en cas de guérison, sans quoi la rechute est toute prête. L'apparence d'objectivité, de non voulu de l'état morbide, dont le médecin traitant est obligé de se porter garant permet à la malade, sans remord conscient, l'utilisation opportune d'un moyen qu'elle aura trouvé efficace". Fragment d'une analyse d'hystérie extrait des Cinq psychanalyses.

D'après FREUD, il n'y aurait pas lieu de choisir entre une origine psychique et une origine somatique à la genèse de l'hystérie car la conversion hystérique nécessite une origine extérieure et intérieure.

Il faut une certaine complaisance du corps pour donner aux processus psychiques inconscients une issue au niveau d'un organe ou d'un appareil ; La complaisance somatique est donc un facteur déterminant dans le choix de la névrose. La notion de complaisance somatique introduite par FREUD dépasse largement le cadre de l'hystérie et interroge sur le pouvoir excessif du corps et son aptitude particulière à signifier le refoulé. Il peut exister divers registres : La maladie somatique peut être le point d'appel d'un conflit inconscient ou le déplacement de l'investissement libidinal

d'une zone érogène sur une région corporelle non prédisposée à être érogène et qui exprimerait ainsi un désir refoulé.

Dans La Sexualité dans l'Étiologie des Névroses écrit en 1898 apparaît le concept de névroses actuelles. Ces névroses englobent l'hypocondrie, la psychasthénie, les névroses traumatiques et la névrose d'angoisse. Elle se distinguent des psychonévroses que sont l'hystérie, l'obsession, les phobies, la névrose narcissique et certaines maladies classées de nos jours dans les psychoses . L'origine est située dans le présent et les symptômes résultent de l'absence ou de l'inadéquation de la satisfaction sexuelle, et les troubles psychiques sont immédiats par rapport à leurs origines pour les névroses actuelles.

Par contre, pour les psychonévroses, l'origine est dans les conflits infantiles et le symptôme a une expression symbolique surdéterminée.

L'oeuvre de FREUD pose donc les interrogations fondamentales que l'on peut considérer comme préliminaires de la médecine psychosomatique : Le pare-excitation, l'angoisse, la complaisance somatique, les névroses actuelles.

W.GRODDECK (1866-1934), dans le Livre du ça , cité par DEJOURS et coll., (1980), avec l'apparition du terme "ça" que lui empruntera FREUD pour désigner dans sa deuxième topique, le pôle pulsionnel de la personnalité, propose une conception neuve de la maladie somatique. Pour lui, le ça est une force biologique et

psychique très puissante, source de la vie humaine. Il existe une continuité entre le psychique et le somatique : La maladie physique est le vecteur d'une volonté psychique du çà, émanant directement de cette instance .

Le çà de GRODDECK a donc une valeur psychosomatique spécifique, que ce terme ne gardera pas dans l'oeuvre de FREUD. Dans le sillage de GRODDECK, les médecins issus de ce courant, qui s'adressaient à des malades somatiques, souvent anxieux, connaissant des difficultés pour verbaliser leur vécu, leur présentaient une attitude gaie et enthousiaste, ayant valeur selon l'auteur de perfusion narcissique.

GRODDECK déborde largement la pensée psychosomatique puisque pour lui, la totalité des affections est le résultat de la fonction symbolisante du çà qui dirige notre vie consciente et nos actions. Il est donc l'instance gouvernante de notre susceptibilité et de notre faiblesse face à la maladie. C'est au thérapeute que revient la tâche de déchiffrer cette symbolique, le rapport médecin-malade devenant la clef de voute de l'édifice thérapeutique.

## 2.6 L'ÉCOLE PSYCHOSOMATIQUE AMÉRICAINE

L'école psychosomatique américaine se divise en deux courants de pensée représentés par ALEXANDER et par DUNBAR .

### 2.6.1. L'ÉCOLE D'ALEXANDER

ALEXANDER (1891-1964) fonde l'Institut de Psychanalyse sur le modèle berlinois. Son oeuvre est essentiellement axée sur les maladies psychosomatiques. Il oppose la maladie psychosomatique à l'hystérie, qui a un contenu psychique symbolique, contenu qu'il convient de rechercher dans la démarche thérapeutique alors que le problème psychosomatique est ailleurs, dans un registre différent.

D'après cet auteur, la vie psychique règle l'équilibre entre la production d'énergie par le "bios" et sa décharge. La stagnation dans l'appareil mental de cette énergie orienterait le sujet vers les névroses et les somatoses. La névrose d'organe correspondrait à la stagnation dans un organe ou un appareil investi par la vie affective. Certains organes auraient une signification particulière : le coeur serait l'organe de l'amour, la tête de la vie intellectuelle et de l'intelligence. Certains comportements sont liés à des états émotionnels : Par exemple le rire traduit la gaieté, les pleurs la tristesse. L'auteur étend ce concept à la poussée hypertensive qui accompagne la colère.

La décharge impossible de l'énergie par les voies motrices sera responsable de la somatose et la nature de l'émotion

conditionnera la localisation de la maladie. Les maladies somatiques ont donc, pour ALEXANDER une origine psychique.

ALEXANDER écrit que l'état émotionnel entraîne une anomalie fonctionnelle d'un appareil qui deviendrait, dans un deuxième temps, un dysfonctionnement organique avec formation d'une lésion anatomique. C'est ainsi que l'hypersécrétion acide de la muqueuse gastrique à l'occasion de stress sera responsable de la genèse d'un ulcère, véritable lésion anatomique.

Dans ce courant de pensée SEGUIN (1947), va plus loin en parlant de comportement psychique et somatique prédisposant chaque individu à certaines maladies somatiques et à certaines affections mentales, ouvrant ainsi la voie aux études sur les personnalités prémorbides.

### 2.6.2. L'ECOLE DE DUNBAR

DUNBAR s'oppose à ALEXANDER sur l'origine des somatoses : Pour elle, ce n'est pas la nature de l'émotion et le système stimulé qui conditionnent la lésion, mais la structure de la personnalité prémorbide qui est le *primum movens* de la pathologie et du point d'impact. Dans son livre Le Diagnostic Psychosomatique (1944) elle décrit ainsi la personnalité du coronarien, de l'hypertendu, du diabétique...

DUNBAR jette les bases de la psychosomatique contemporaine en affirmant que "c'est l'exclusion du conflit hors de la conscience qui crée une sorte de court-circuit par des mécanismes sous-corticaux ". Le défaut de fonctionnement mental qui rejette le conflit intra-psychique devient ainsi le vecteur du processus de somatisation. C'est l'ensemble des moyens de défense du sujet qui aboutira à la genèse de la somatisation.

Un agent exogène peut également intervenir : la personnalité prémorbide ayant entraîné la fragilisation de l'organe ou de l'appareil permettra la lésion par l'agresseur.

### 2.6.3. LES TRAVAUX EXPERIMENTAUX

Les travaux expérimentaux ont étayé les études américaines par des mesures chez l'homme de variables physiologiques (glycémie, glycosurie, cétonurie, azotémie, cortisolémie) en fonction de situations psychologiques expérimentales. (Travaux de CANNON et HINCKLE).

SELYE dans "Le stress de la vie" (1956) étudient les modifications somatiques dûes au stress. Tous ces phénomènes sont regroupés sous le terme générique de S.G.A., Syndrôme Général d'Adaptation, qui est par définition : "l'augmentation des sécrétions du cortex surrénalien, la diminution du système thymico-lymphatique et la présence d'ulcère intestinaux." Il s'agit donc d'une réponse n'ayant aucun caractère de spécificité : Quelque soit le stimulus la réponse de l'organisme sera la même.

D'après SELYE, (1956), le S.G.A. se décompose en trois phases :

- la phase d'alarme, manifestation aigue de départ
- la résistance
- l'épuisement, si le stress dure.

Les théories agressologiques de SELYE laissent peu de place à l'appareil psychique et ne prennent pas en considération la différence entre la réalité extérieure (le traumatisme, le stress) et la réaction psychique spécifique de chacun en fonction de ses défenses propres et de la structure de sa personnalité. Par ailleurs,

ces études ont été réalisées essentiellement chez l'animal et étendues à l'homme. (DEJOURS et Coll., 1980).

Les écoles américaines, si elles ont le mérite d'avoir mis en exergue le rôle du psyché sur le soma, n'auront pas étudié le vécu psychique et son interaction aux processus de somatisation se situant dans l'ici et maintenant.

## 2.7 L'ECOLE DE PSYCHOSOMATIQUE DE PARIS

A la fin des années cinquante, apparaissent en France deux courants opposés de pensée sur la psychosomatique opposés :

- L'école de SAPIR, qui se réfère à BALINT et LACAN, avec VALABREGA, BOISSET, pour lesquels le symptôme psychosomatique a un sens.

- L'école de MARTY avec DE M'UZAN, FAIN, DAVID qui ont étudié le fonctionnement mental des malades présentant des affections psychosomatiques, dans une perspective psychanalytique. L'intérêt de ces auteurs se portent sur la structure de l'appareil mental, la qualité des défenses mentales et leurs natures et, surtout, sur les névroses de caractère et les névroses de comportement caractéristiques par leur fragilité face aux maladies somatiques, notions que nous développeront dans les théories psychosomatiques.

En pédopsychiatrie, FAIN, SOULIE, KREISSLER ont appréhendé la somatose aux travers de la relation mère-nourrisson.

L'Ecole de Paris se distingue par la découverte du fait que le processus de somatisation apparaît lorsque le sujet n'est plus capable de traiter mentalement les contradictions qui pèsent sur lui provoquant ainsi une détresse somatique .

### 3. LES BASES THEORIQUES ACTUELLES

#### 3. 1. LA PSYCHOSOMATIQUE . DEFINITIONS

"La psychosomatique est une approche englobant la totalité des processus de transactions entre les systèmes somatiques, psychiques, sociaux et culturels.", définition proposée par PIERON , 1973.

HEINROTH, interniste et psychiatre, introduit en 1818 la notion de "psychosomatique" et de "somatopsychique". Le premier terme, "psychosomatique", indique l'influence des passions sexuelles sur la tuberculose, l'épilepsie et le cancer, alors que "somatopsychique" s'applique aux maladies où le facteur corporel modifie l'état psychique.

D'après J. CAIN, "Le champ psychosomatique" (1990), la psychosomatique en tant que concept avec ses applications dans un champ qu'elle aurait souhaité bien cerné, a bénéficié de l'apport des neurophysiologistes, des organicistes pour percevoir enfin, grâce à la psychanalyse, que les limites en seraient nécessairement floues. La tendance actuelle des auteurs français est de considérer que le terme de psychosomatique ne vise plus à définir un type particulier de médecine, mais à cerner un ordre psychosomatique avec MARTY, un champ de recherche avec SAPIR, une dynamique et une clinique originale, voire même de façon plus large encore, d'avoir comme but

de faire progresser la théorie psychanalytique en nous éclairant sur les préludes de la vie fantasmatique comme l'envisage FAIN.

### 3. 2. L'UNITE PSYCHE-SOMA : LE MOI-PEAU

Comme nous l'avons vu précédemment, les théories philosophiques et médicales ont oscillé entre deux pôles constitués par les deux écoles de CNIDE et d'HIPPOCRATE.

L'unité corps-âme fût décrite par PLATON (-427-347 av. J. C.), affinée par ARISTOTE qui, le premier, évoqua le terme d'hylomorphisme, et suivie par SAINT THOMAS D'AQUIN. Ces philosophes considéraient que le corps et l'âme se soudaient dans une perspective holomorphique (une seule substance), l'âme donnant la forme (morphe) au corp (hilé). Le corps et l'esprit ne formaient donc qu'un seul tout. DELAY J., 1961.

DESCARTES, bien des années plus tard, reconnût l'existence de deux principes différents pour l'Homme, le corps et l'âme. Mais pour lui, il s'agissait de deux entités distinctes, ayant entre elles des interactions et une influence réciproques, l'une agissant sur l'autre et inversement.

LEIBNIZ, (1646-1716), considérait que l'âme et le corps étaient deux horloges fonctionnant de façon tout à fait séparée, indépendamment et parallèlement dans une harmonie établie

d'avance. Pour lui, les deux entités sont distinctes, sans influence, mais parfaitement corrélées dans une partition sans faille où chacun a son rôle à jouer sans s'occuper de l'autre.

WUNDT développa la théorie du double aspect, du parallélisme psycho-physique où l'Homme se manifestait sous deux aspects différents : le corps et l'âme.

A ses théories dualistes corps-âme, l'hyломorphisme d'ARISTOTE, l'interactionnisme de DESCARTES, le parallélisme de LEIBNIZ et du double aspect de l'Homme de WUNDT, s'opposait la conception moniste de l'Homme. Dans cette théorie, le corps ou l'âme sont la source de deux courants : l'idéalisme spirituel où l'âme est la seule réalité pour HEGEL et le matérialisme où le corps matériel est la seule réalité pour CABANIS.

La médecine psychosomatique, basée sur l'unité fonctionnelle du corps et de l'âme, n'a pu prendre forme que lorsque cette unité fût bien établie. A noter que ce consensus admis, n'a pas suscité immédiatement une méthodologie appropriée à la pluralité des approches. (DELAY J., 1961).

ANZIEU (1986), dans son livre "Le Moi-Peau", définit un nouveau concept basé sur l'interaction avec l'entourage : " par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces du développement pour se représenter lui-même comme le Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps." La peau est l'interface entre le monde extérieur et le Moi. Par son rôle de double membrane, elle est l'enveloppe contenante du Moi qui protège le psychisme mais elle permet également les échanges actifs et passifs, représentés par trois configurations : l'écran, le sac, le tamis.

C'est ainsi que :

- la peau-sac retient chez l'enfant le bon et le plein : l'allaitement, les soins maternels, les paroles de la mère.
- La peau-écran sépare de l'extérieur, des agressions des êtres et des objets.
- La peau-tamis est un moyen de communication avec l'autre, un lieu d'échanges avec autrui, une surface d'inscription des traces laissées par l'autre.

Le rôle du Moi-peau trouve son étayage dans les fonctions biologiques de défense, de communication, de reconnaissance du monde extérieur de la peau. Il peut ainsi s'établir des barrières que sont les défenses psychiques. Les échanges avec le Surmoi, le çà et l'extérieur seront définis, tamisés et régularisés.

ANZIEU établit ainsi un parallèle entre les fonctions biologiques de la peau et les fonctions psychiques du Moi :

1/ La peau a une fonction de soutènement du corps, le Moi-peau maintient le psychisme. La fonction psychique s'est développée à partir du " holding " de WINNICOT qui est la façon dont la mère tient le corps de son bébé, porte son bébé dans ses bras. Intériorisée, cette partie de la mère va permettre au psychisme de se maintenir en état de fonctionnement.

2/ La peau a un rôle de contenant, comme le Moi-peau enveloppe le psychisme. Il répond au " handling " de WINNICOT qui est la réponse maternelle aux besoins du bébé par des soins adaptés.

3/ Au rôle protecteur de barrière de défense de la peau correspond le pare-excitation de FREUD que représente le Moi.

4/ La peau porte la différenciation individuelle spécifique de chaque individu que sont les empreintes digitales. Le Moi-peau a une fonction d'individuation du Soi, véritable carte d'identité spécifique.

5/ La peau porte les organes des sens, parallèlement, le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles plusieurs sensations. C'est la fonction d'intersensorialité.

6/ La peau du bébé est un lieu de contact agréable avec la mère qui prépare à l'auto-érotisation. De même, le Moi-peau remplit la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle.

7/ A la peau, surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les stimuli extérieurs, répond la fonction du Moi-peau de recharge libidinale du fonctionnement psychique.

8/ Les organes sensoriels de la surface de la peau renseigne directement sur le monde extérieur. De même, le Moi-peau est l'enveloppe sur laquelle s'inscrivent les traces sensorielles tactiles.

Tout comme les réactions de défenses immunitaires qui se retournent contre l'organisme qu'elles devaient défendre lors des pathologies auto-immunes, nous pouvons imaginer, parallèlement, un retour sur soi de la pulsion, provoquant ainsi une auto-destruction du Moi-peau.

C'est ainsi que l'asthmatique, lors de la crise de dyspnée expiratoire aigue, gonfle ses alvéoles d'air puis à cause du phénomène de bronchoconstriction, expire avec difficultés et augmente son volume thoracique. Le Moi-peau vérifie les limites volumétriques de son contenu, passant d'une représentation bidimensionnelle à une représentation tridimensionnelle de l'appareil psychique.

ANZIEU (1986), écrit que " les attaques inconscientes contre le contenu psychique me semblent provenir de parties du Soi fusionnées à des représentants de la pulsion d'auto-destruction

inhérente au ça, déportées à la périphérie du Soi, enkystées dans la couche superficielle qu'est le Moi-peau, dont elles rongent sur place la continuité, dont elles détruisent la cohésivité et dont elles altèrent la fonction en inversant le but. La peau imaginaire dont se recouvre le Moi, devient une tunique empoisonnée, étouffante, brûlante, désagréable. On pourrait parler d'une fonction toxique du Moi-peau. "

Nous pouvons établir une comparaison avec ce qui se passe dans les maladies psychosomatiques où le corps est en péril et où le Moi-peau remplit pleinement sa fonction toxique en allant vers une auto-destruction de l'organisme.

### 3. 3. LE SYMPTÔME EN PSYCHOSOMATIQUE

CAIN dans son livre "Le symptôme psychosomatique" (1971), se propose de le définir au travers des théories actuelles. Il remarque que le mot " symptôme " est souvent remplacé par le mot " signe " alors que ces deux mots ont une signification différente.

Etymologiquement, le mot symptôme vient du grec "symp" et "toma" qui veulent dire "survenir en même temps". D'après le dictionnaire Le LITTRE, le symptôme est un terme médical caractérisant "un phénomène insolite dans la constitution matérielle des organes ou dans les fonctions , qui se trouve à l'origine de l'existence d'une maladie, et que l'on peut constater dans la vie des malades. "

Le mot " signe " est beaucoup plus large que le "symptôme" et se retrouve dans d'autres domaines que le médical. Le signe porte la marque de quelque chose, il est la conclusion que l'esprit tire des symptômes observés, il appartient plutôt au jugement.

Pour FREUD le symptôme est " le signe d'une pulsion instinctuelle et inassouvie et le substitut de sa satisfaction. Il est lié au refoulement qui permet au moins d'obtenir que la représentation, agent de la pulsion indésirable n'arrive pas jusqu'à la conscience." (LAPLANCHE et PONTALIS, 1973).

Le symptôme, en psychosomatique, s'articule autour du sens que veut lui donner chaque école de pensée. C'est ainsi que trois courants se dégagent : L'école psychosomatique de Paris où le symptôme n'a pas de sens, VALABREGA qui ne cherche pas le sens du symptôme mais celui de la conversion, et GARMA qui écrit sur le sens du symptôme.

\_ L'école psychanalytique de Paris : DE M'UZAN (1963) par provocation, énonçait : " le symptôme psychosomatique est bête". Il l'expliquait en disant " qu'il est lié à une véritable carence des activités de représentation et traduit un manque de moyen de symbolisation plutôt qu'une valeur symbolique." Comme le remarque CAIN J., 1971, ce type de patient a " une absence de vie fantasmatique, des fonctions imaginaires qui n'existent pas, avec une pauvreté de transfert où le symptôme psychosomatique est tellement solidifié que le malade y retourne souvent, où la libido et l'agressivité sont transformées en une énergie indifférenciée. "

Pour l'école de Paris et notamment pour MARTY P., 1950, l'absence de fantasme originel oblige le médecin à en construire un qu'il mettra à la disposition du malade permettant ainsi une évolution de la clinique. Dans le même ordre d'idée, DE M'UZAN (1963), affirmait "qu'il ne faut pas chercher le sens originel du symptôme mais lui en conférer un."

Nous pouvons imaginer les difficultés, voire l'impossibilité, de la pratique psychosomatique face au symptôme du malade à qui

l'école psychosomatique de Paris propose d'interpréter le signe clinique. L'interprétation qui en sera faite appartiendra au thérapeute et à son vécu, et il existe peu de chance que le malade veuille y adhérer. Par ailleurs, la proposition d'interprétation va bloquer la réflexion du malade sur son symptôme.

Les travaux de l'école psychosomatique de Paris permettront de mettre en évidence certaines caractéristiques du patient psychosomatique à partir de ces théories : l'absence de vie fantasmatique, la pauvreté du transfert, et la pensée dite opératoire que nous reverrons.

\_ D'après GARMA A. (1963) il n'existe pas de différence entre les symptômes organiques et psychiques car l'un et l'autre vont participer de la même façon à l'élaboration de la structure de la personnalité et il convient de les appréhender avec la même approche. Pourtant le clinicien remarque la difficulté d'approche du symptôme psychique dès qu'il est abordé comme une maladie organique.

Cependant, la recherche de spécificité du symptôme comme marqueur spécifique des défenses de l'individu paraît plus intéressante. " En plus de la signification psycho-affective, le symptôme a une spécificité puisqu'il est la manifestation dynamique des mécanismes de défense comme le refoulement. " Les symptômes organiques vont également acquérir une signification qui les intégreront graduellement à ce processus dynamique de développement de la personnalité." Le symptôme psychosomatique,

comme les autres mécanismes de défense, est une manifestation de la dynamique de régression, de refoulement et de fixation qui interviennent très tôt au cours de la vie puisqu'ils sont centrés, d'après GARMA, autour de l'angoisse de castration.

- Pour VALABREGA (1954), la conversion serait un mécanisme propre qui aurait trois aspects : émotionnel, hystérique et psychosomatique. La différence se situe que dans le cadre d'une conversion psychosomatique, "le symptôme devient la barrière de la fonction corporelle. "La pensée de VALABREGA permet de ne pas appréhender le symptôme psychosomatique comme une conversion hystérique, ni de le placer à côté de toute valeur symbolique. Pour cet auteur, la conversion n'est pas spécifique de l'hystérie mais peut être étendue à la psychosomatique. Même si la théorie est nouvelle, elle n'explique pas comment le signe arrive au corps.

CAIN (1971), conclue que l'important du symptôme psychosomatique, est qu'il touche le corps et qu'il peut confronter le patient à la mort. Il faut donc approcher ce terme par le biais de la barrière corporelle perçue dans la relation médecin-malade et malade-maladie. La maladie est vécue comme un corps étranger. Cette barrière sert à protéger, mais présente aussi une valeur relationnelle. Le symptôme psychosomatique est original en ce sens que la relation à l'autre passe par le corps et donc confronte le thérapeute avec sa propre fragilité, mais aussi avec la mort. Le

symptôme prend ainsi un sens qui appartient au deux parties, et non au seul médecin comme l'affirmait l'école de Paris.

" Le symptôme psychosomatique est inscrit dans le langage de façon prégnante et les maladies les plus évidemment psychosomatiques sont celles qui circulent dans le langage courant. Est-ce là une simple coïncidence ? " s'interroge CAIN J. qui veut y voir une preuve de la signification du symptôme.

Les fantasmes soutiennent le symptôme et la clinique découvre des cas de décompensation à la suite de l'évocation ou du franchissement des défenses comme le décrit CAIN J. dans le compte rendu d'un suivi de psychothérapie : " Un patient, porteur d'une rectocolite hémorragique, présente une aggravation des rectorragies à un moment où nous abordons, sans tellement l'expliciter, le fantasme d'un malade qui est d'être percé. Le gastro-entérologue fait une rectoscopie dont le résultat est très rassurant. Tout allait pour le mieux si ce n'est que notre malade meurt le soir même dans un tableau d'hémorragie massive. Le malade avait parmi ces fantasmes celui d'être pénétré, mais comme tous les fantasmes, il était un désir et quelque chose d'irréalisable. Toute actualisation du désir ne pouvait être que néfaste et abattre d'un seul coup toute la barrière défensive. "

Ce cas clinique nous paraît illustrer le sens du symptôme en psychosomatique et le risque de mort avec une mise en cause du réel tout au long de la thérapie : la lésion est réelle et non symbolique. C'est ce qui fait la particularité et la difficulté de la psychosomatique : contrairement au symptôme névrotique où les

fonctions psychiques sont atteintes, le symptôme psychosomatique met en cause le corps et la barrière corporelle. Le sens du symptôme est à rechercher dans l'histoire psycho-affective du sujet.

### 3.4. LES POSITIONS THEORIQUES ACTUELLES EN PSYCHOSOMATIQUE

#### LA " PSYCHOLOGIE " PSYCHOSOMATIQUE

C'est une approche des théories psychosomatiques pour laquelle prévaut le profil psychologique. Elle consiste à étudier parallèlement aux affections nosographiques classiques, les traits de personnalité des sujets. Par des tests de niveau, des tests projectifs et des tests psychologiques, la psychologie psychosomatique décrit des ulcéreux, des rectocolites hémorragiques, des diabétiques et des insuffisants rénaux et coronariens. Le risque de cette approche est la schématisation et la généralisation des profils de personnalité aux affections somatiques : tous les anxieux ne feront pas un ulcère.

DUNBAR, 1944, rapporta un travail sur le profil de personnalité des accidentés du travail et démontra que, dans 80% des cas, les victimes avaient un caractère impulsif, aimaient l'aventure, s'inscrivaient uniquement dans le présent et avaient des difficultés importantes à contrôler leur agressivité, surtout envers leurs supérieurs. Elle opposa ce type de structure à la personnalité du coronarien ambitieux, autodiscipliné, misant sur l'avenir et remettant leurs désirs en fonction de l'objectif recherché comme nous l'avons envisagé de façon plus complète dans la partie définition du sujet.

Le coronarien possède au plus haut degré ce que FREUD appelle le principe de réalité.

ALEXANDER (1952), élaborera un nouveau concept sur la spécificité des maladies psychosomatiques, en comparant les modifications biologiques et les conflits intrapsychiques. Pour l'école de Chicago qu'il dirigeait alors, la musculature lisse pouvait être le support de symptômes essayant de résoudre pathologiquement un conflit intérieur.

Le comportement volontaire de l'individu se produit sous l'influence de motivations psychologiques : la faim appelle à un ensemble de mouvements coordonnés et de processus psychiques visant à se souvenir du lieu où se trouve la nourriture et à aller la chercher. Il existe donc un système dynamique de forces psychologiques servant à accomplir des tâches complexes de coordination.

ALEXANDER (1952) établit une comparaison avec les névroses d'organes. Chaque névrose représente jusqu'à un certain degré, un retrait de l'action avec une substitution des processus autoplastiques. Par contre, dans les psychonévroses, sans symptôme somatique, c'est l'activité psychique qui remplace l'activité motrice. ALEXANDER écrivait dans son livre , La médecine psychosomatique, (1942), que " les réponses somatiques aux stimuli émotionnels, qu'elles soient normales ou pathologiques, varient selon la nature de l'émotion déclenchante : le rire est une réaction de joie, le soupir exprime le soulagement ou le désespoir, les pleurs traduisent la tristesse, et la rougeur marque l'embarras. " De la même façon,

l'augmentation de la fréquence cardiaque répond à la colère alors que l'hypersécrétion acide est une réponse régressive face au danger.

Les troubles psychosomatiques se divisent en deux groupes suivant la réponse viscérale face aux états émotionnels :

- Lorsque le sujet n'a pas la possibilité d'exprimer son agressivité, il présente un état de dépendance infantile et l'activité du parasympathique se manifeste par des troubles gastro-intestinaux. Au lieu de fuir ou de lutter, le symptôme névrotique représente un repli vers la dépendance à la mère, comme s'il se préparait à recevoir de la nourriture. C'est le cas des ulcères gastriques, de la colopathie spasmodique, des troubles du transit et de l'asthme.

- A l'inverse, lorsque la dépendance et l'étayage ne peuvent aboutir, il existe une hypercompensation avec expression de l'agressivité et l'hostilité. Dans ce cas, le système nerveux sympathique manifeste son activité par une migraine, une hypertension, une maladie coronarienne. C'est ainsi que l'hypertendu, apparaît comme inhibé et soumis à un hypercontrôle, constamment sous la pression d'émotions réprimées. Il en est de même de la migraine, de l'arthrite, et de ce qu'ALEXANDER individualise comme les névroses cardiaques : angor et insuffisance coronarienne, palpitations....

La théorie d'ALEXANDER insiste sur le caractère spécifique de l'étiologie des troubles des fonctions viscérales.

Il convient donc de rechercher le conflit afin de le dissoudre.

Il faut rester prudent face à cette schématisation en deux types de maladies

- l'une où s'expriment les tendances hostiles
- l'autre où il existe une dépendance.

Il est préférable de retenir la notion de vulnérabilité par rapport à un système somatique, à un organe, chez un patient ayant une certaine personnalité, qui présentera la maladie correspondante en présence d'une situation extérieure traumatisante.

## L'ECOLE DE PSYCHOSOMATIQUE DE PARIS

Dans Les mouvements individuels de vie et de mort, suivi de L'ordre psychosomatique, MARTY M. propose un concept d'organisation psychosomatique de l'être humain et de désorganisation responsable de la pathologie.

MARTY M., au travers de sa propre analyse a pu améliorer sa compréhension de l'individu et surtout apprécier la valeur de la relation inter-humaine et ce au delà de l'économie psychosomatique. Il écrit " L'économie psychique occupe une place importante dans l'économie psycho-somatique et le dualisme psyché-soma est artificielle."

L'organisation des fonctions aux travers d'un mouvement issu des Instincts de vie de FREUD s'opère du plus simple vers le plus complexe par associations et hiérarchisation. Ainsi, différents niveaux se constituent, englobant certaines fonctions préexistantes et vont participer à l'ensemble. Les nouveaux systèmes évolutifs se créent par ordre hiérarchique. " Le mouvement essentiel d'organisation ", comme le nomme MARTY M., doit rencontrer au cours de son évolution les éléments nécessaires au moment adéquat, c'est à dire qu'un retard des acquis dans l'enfance, par exemple, retentira sur l'organisation générale de la personnalité.

Nous pouvons schématiser ce processus, par une pyramide dont la base serait constituée par les fonctions somatiques (respiration, rythme cardiaque) et le sommet par l'appareil mental. Pour construire cet édifice, le " faisceau central commun de la lignée mentale ", sorte d'énergie vecteur du développement de l'individu, passe par les trois stades : oral, anal et phallique. Le combustible nécessaire au faisceau central commun est l'instinct de vie.

Les pulsions de vie sont d'après LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B. dans Le dictionnaire de psychanalyse (1973), " désignées aussi par le terme d'Eros, et elles recouvrent non seulement les pulsions sexuelles proprement dites, mais aussi l'ensemble des besoins liés aux fonctions corporelles nécessaires à la conservation de la vie de l'individu comme, par exemple la faim. Ce terme est apparu en 1920 dans Au delà du principe du plaisir, où FREUD l'oppose aux pulsions de mort. Le rôle des pulsions de vie, au delà de la conservation des unités vitales existantes, est de constituer des unités plus englobantes. Dans une perspective évolutionniste, la pulsion de vie sert à établir et à maintenir les formes les plus différenciées et les plus organisées, la constance et même l'augmentation des différences énergétiques entre l'organisme et le milieu extérieur. "

La pulsion de vie et la pulsion de mort s'opposent tout au long de l'oeuvre de FREUD. Comme deux grandes forces physiques d'attraction et de répulsion, la pulsion de vie sert à maintenir la liaison, la cohésion, alors que la pulsion de mort brise les rapports et détruit les liens.

Pour MARTY M., dans une perspective psychosomatique, l'Instinct de vie ou l'Eros ou la pulsion de vie, constitue l'énergie de l'organisation des fonctions. Il est à noter que par rapport aux théories freudiennes, MARTY M., tout en reconnaissant la charge énergétique des instincts de vie, refuse l'idée que cette énergie soit physico-chimique. " Nous pouvons considérer les Instincts de vie en tant que qualité et non en tant que quantité. La qualité des Instincts de vie nous paraît varier selon le niveau évolutif concerné. Il convient donc de préciser à chaque fois le niveau évolutif des organisations fonctionnelles à propos desquelles on considère la potentialité instinctuelle en cause. A cette condition, il nous paraît possible d'envisager les phénomènes d'augmentation, de diminution, de décharge, de répartition et de déplacement des charges des Instincts de vie."

A la base de la pyramide, nous trouvons les fonctions somatiques dont la fonction sensori-motrice comprenant la fonction visuelle essentielle au développement de l'appareil mental. C'est ainsi qu'il existe les points organisateurs de Spitz au travers desquels se renforce l'interaction avec la mère du nourrisson, ouvrant ainsi la voie à la symbolisation.

Le sourire, premier point organisateur de Spitz, dès les premiers mois, marque un début de différenciation de l'objet et du monde extérieur. L'enfant réagit de manière réflexe à une forme pré-établie actualisée par la mère dont le visage doit être vu de

face, mobile, avec des yeux visibles. La mère attribue au sourire réflexe, une valeur de communication et répond en remerciant son enfant. Progressivement, le réflexe se transforme en signe de communication renforcé à chaque échange. Dès les premiers mois, la fonction visuelle permet de se souvenir de ce que l'enfant perçoit comme le Bon : le visage maternel, et de ce qu'il faut faire pour le faire revenir.

Le deuxième organisateur de Spitz est la peur de l'étranger, l'angoisse devant l'étranger du 8ième mois. Dès ce stade, l'enfant restreint son sourire à la figure maternelle ou à ses substituts et réagit par de l'angoisse (pleurs, évitements) devant l'étranger. La mère est donc reconnue, identifiée, gratifiée. C'est l'objet privilégié et son absence entraîne des manifestations d'anxiété devant la perte de l'objet. L'enfant projette sur l'étranger tout le Mauvais, toutes les frustrations de la relation mère-enfant. L'objet libidinal est constitué : la mère.

L'objet vague devient identifié dans la perception de la relation affective. C'est le centre de l'organisation de la vie psychique. Le besoin passe à la fonction désir plaisir associant ainsi les fonctions somatiques de base avec la lignée mentale : les fonctions somatiques sont devenues relationnelles et s'enchaînent les unes aux autres du plus simple vers la plus complexe de façon hiérarchique pour entraîner l'enfant vers l'autonomie, vers le stade où il prendra seul en charge ses besoins et ses désirs. A la fin du stade anal, lorsque la marche et le langage sont acquis les différentes fonctions somatiques sont reliées entre elles : ce que l'enfant voit, entend, sent, écoute, touche est lié par le langage. C'est le stade du préconscient, première topique de FREUD.

D'après LAPLANCHE et PONTALIS (1973) la topique est une théorie qui suppose une différenciation de l'appareil psychique en un certain nombre de systèmes doués de caractères ou de fonctions différentes et disposées dans un certain ordre les uns par rapport aux autres, ce qui permet de les considérer métaphoriquement comme des lieux psychiques dont on peut donner une représentation spatiale. On parle de deux topiques freudiennes : la première qui distingue l'Inconscient, le Préconscient, le Conscient et la deuxième qui oppose le Moi, le ça et le Surmoi.

Dans la théorie de l'évolution individuelle à partir des Instincts fondamentaux, l'Instinct de mort ou pulsion de mort ou Thanatos s'oppose à l'Instinct de vie auquel il est directement lié. En effet, l'Instinct de vie est l'énergie nécessaire au développement de la personnalité qui doit se faire progressivement et régulièrement avec les éléments aux moments qui conviennent car les fonctions sont liées entre elles.

La relation mère-nourrisson doit être de bonne qualité pour que les besoins puis les désirs puis les points organisateurs de Spitz, puis les trois stades oedipiens et les deux topiques se constituent. S'il existe un trouble à un moment donné de cette évolution, la pyramide sera déséquilibrée et la dernière topique mal assurée.

Dans ce mouvement dynamique, entraîné par l'Instinct de vie, l'Instinct de mort est une force dont le vecteur est de sens inverse, dans la direction opposée, et à l'organisation correspond la désorganisation.

D'autre part l'Instinct de mort prédomine sur l'Instinct de vie car les traumatismes sont de caractère imprévisible, contrairement au développement normal dont la survenue au cours des mois et des années est connue. La désorganisation l'emportera toujours sur l'organisation. Les pulsions de mort tendent à une réduction complète des tensions et donc à ramener l'être vivant à un état anorganique à l'extrême.

Tournées d'abord vers l'intérieur, allant vers l'auto-destruction, les pulsions de mort s'orienteraient ensuite vers l'extérieur sous forme d'agressivité et de destruction. Ainsi, le mouvement d'organisation se trouve mis en échec lorsqu'il ne trouve pas les éléments nécessaires au niveau évolutif donné, les éléments ayant disparu sous l'influence de traumatismes passés ou en cours.

Les traumatismes peuvent être un événement fortuit, une mauvaise relation avec la mère par exemple.

La formation d'une nouvelle organisation n'a pas lieu et les pulsions de vie ne s'expriment pas. Sous l'influence des pulsions de mort, se produit un retour en arrière à l'état antérieur où s'ordonne une nouvelle organisation. Ce sera le lieu d'un nouveau départ dans le sens des Instincts de vie et la construction recommencera.

La régression, nouvelle organisation autour d'un stade évolutif antérieur, se rattache à une fixation. L'évolution se poursuit, marquée par des retours régressifs, par la poussée puissante des Instincts de vie et par la fixation à des stades qui leur donneront une valeur particulière.

Les fixations déterminent la destinée du sujet ; elles sont spécifiques à chaque individu, seront la richesse des particularités somatiques et psychiques de chacun et seront donc responsables des manifestations pathologiques.

Il est à noter que fixation ne signifie pas arrêt de l'évolution : en effet, l'évolution n'est ni linéaire, ni unidimensionnelle. La base de départ est large et de nombreux mouvements constructifs opèrent de façon parallèle vers un système unique et cohérent qu'est la structuration de la personnalité de l'adulte. Donc, si un même groupe fonctionnel se fixe à un niveau donné, les autres fonctions pourront malgré tout poursuivre leur évolution.

Par ailleurs, il existe des mécanismes de dépassements des fixations. Elles pourront être emportées par un courant évolutif, mais il persistera un marquage dont les conséquences se feront ressentir sur toute la lignée. Ainsi, au stade hiérarchique suivant, la nouvelle fixation ne pourra s'établir convenablement, car il lui manquera des éléments en temps utile : une nouvelle fixation, plus élevée que la précédente se constitue et ainsi de suite jusqu'à l'accomplissement de l'appareil psychique. Les fixations influent donc sur l'organisation du système mental.

Les apparentes inorganisations font partie de la pathologie de l'évolution psychosomatique. D'après MARTY (1952), "les apparentes inorganisations concernent de manière générale, des états pathologiques dont nous rencontrons la marque à différents niveaux évolutifs chez des personnalités mal structurées. Ces états témoignent d'une insuffisance des organisations fonctionnelles, soutenues par les Instincts de Vie, qui découlent normalement de la naissance et de la croissance. Il ne s'agit pas d'inorganisation réelle qui, par définition, ne peuvent exister." Les apparentes inorganisations sont issues de problèmes génétiques, de croissance ou des deux."

Les apparentes inorganisations seront responsables des névroses de comportement : ce sont des sujets qui ont surinvesti une activité, par exemple professionnelle. Les apparentes désorganisations sont le résultat d'une mauvaise organisation qui procède néanmoins d'une organisation vitale élémentaire et des trajets plus évolués comme la perversion et la sublimation. C'est ainsi que cette expression peut occuper le devant de la scène : la sublimation dans une activité artistique, sportive, artisanale, dans l'aide sociale, dans la politique..., perversion dans des conduites délinquantes et toxicomanes.

En général, du fait de l'absence de faisceau commun central organisateur, du manque d'accrochage des éléments entre

eux, les névroses de comportement se caractérisent par une humeur instable, une hyperactivité permanente et une agitation psychomotrice. Le fonctionnement de la première topique est mal assuré et tout se passe comme s'il existait une agénésie de l'inconscient. Le symbolisme est pauvre. Les intérêts dominants sont pour le factuel dans l'actuel. La vie professionnelle devient prépondérante et les loisirs sont très actifs. Ces sujets ont du mal à se détendre dans des activités passives. Au niveau de la deuxième topique, le Surmoi n'a pu se réaliser et il existe un Idéal du Moi très fort mais peu élaboré auquel le sujet doit se conformer impérativement.

Les désorganisations progressives perdurent dans leurs mouvements contre-évolutifs jusqu'à être stoppées par des réorganisations ou aboutir à la mort. Elles débutent par les groupes fonctionnels les plus évolués et atteignent en cascade toute la construction mentale. Elles seront responsables des névroses de caractère qui présentent une symptomatologie polymorphe.

La névroses de caractère se définissent par une relation pauvre qui n'est établie qu'en cas de nécessité sans qu'apparaissent d'affects. Le comportement est rationnel à l'extrême et tout est expliqué et banalisé. Les défaillances de l'appareil mental isolent le Moi et les représentations préconscientes n'apparaissent plus. Il n'y a plus ni symbolisme, ni association d'idées. Le mot désigne les choses de la vie réelle.

Ces sujets sont méticuleux, perfectionnistes, avares et orgueilleux. Contrairement aux névroses de comportements qui présentent une insuffisance permanente du système psychique, la névrose de caractère présente une irrégularité du fonctionnement mental. Du fait de la fragilité de leurs organisations mentales, ils seront beaucoup plus sensibles aux traumatismes qui pourront entraîner des désorganisations graves car il n'y a pas de pallier où le névrosé pourra arrêter le mouvement contre-évolutif.

Le névrosé de caractère connaît des difficultés dans sa relation à l'objet qui risque d'être emporté lors d'une désorganisation. Par rapport à l'objet interne, le patient doit se situer à nouveau, après chaque traumatisme, entre l'éloignement (par exemple ne pas aimer sa mère et ne plus avoir de relation affective avec elle) et le rapprochement (aimer trop sa mère ce qui détruirait l'objet et la relation). De même, avec les objets extérieurs la modification de la relation peut entraîner une rupture de l'équilibre interne : l'autonomisation d'un enfant qui quitte le foyer, le mariage, le divorce, le changement d'orientation professionnelle...

Le début de la désorganisation progressive, se produit dans un climat d'angoisse automatique, par opposition à l'angoisse-signal de FREUD. La détresse se marque par des signes somatiques : sueurs, tremblements, tachycardie et respiration superficielle.

L'angoisse automatique se poursuit par la dépression essentielle qui traduit l'abaissement du seuil du tonus des Instincts de Vie. Elle ne s'accompagne pas d'une contre-partie positive. Elle

est constituée par des fonctionnements en moins : les relations affectives ont baissé, il n'y a plus de désir et les représentations fantasmatiques sont pauvres. La fatigue est permanente et il y a une perte de l'intérêt vital et des sublimations. La dépression essentielle, qui marque le point critique de la désorganisation progressive, est susceptible de se poursuivre dans la vie opératoire.

La vie opératoire constitue une étape de relative chronicité dans l'évolution d'une désorganisation progressive et elle permettra au patient de survivre. C'est un aménagement fragile, instable et émaillé d'accidents somatiques. Dans le langage, les phrases sont courtes et pauvres, répétitives et marquées du factuel et de l'actuel : "je vais travailler maintenant puis je reviendrais à la maison". Taciturne, se présentant aux consultations pour des problèmes somatiques, le patient opératoire laisse l'initiative de la conversation et de la relation au médecin.

Les activités sublimatoires et notamment artistiques disparaissent, l'inspiration se tarit alors que les productions besogneuses persistent, répétitives et sans qualité. Le comportement peut être dangereux, auto-agressif sans que nous puissions parler de désir de mort. Le sommeil peut être perturbé. Le désir laisse la place aux besoins qu'il faut satisfaire. Le comportement devient un rassemblement sans âme d'activités fonctionnelles nécessaires et utiles, sous-tendues par la rupture entre l'inconscient et le conscient. Les atteintes somatiques se succèdent, atteignent des organes de plus en plus évolués et paraissent de plus en plus difficilement réversibles.

La pensée opératoire se caractérise par une façon toute particulière de raconter leur vécu. Les évènements sont décrits avec de nombreux détails mais toujours avec une grande exactitude au travers d'un récit impersonnel. Mais, même si le récit fourmille de détails, le mode de défense n'est pas obsessionnel. Les affects sont discrets, les angoisses ne sont pas décrites, il n'y a pas de lapsus. Le malade raconte son histoire avec une grande distance affective. Il est très bien adapté à la vie matérielle, avec peu d'échecs en apparence, sans trace affective. Il n'y a pas de plainte, ni de capitalisation de l'expérience vécue.

La non mentalisation des contradictions existentielles laisse les pulsions sans traduction psychique, si ce n'est dans des états de détresse somatique. MARTY parle de relations blanches. La pauvreté des rêves est un autre témoin du mauvais fonctionnement de la première topique. La vie pulsionnelle ne peut avoir d'issue dès que la satisfaction immédiate devient impossible. L'énergie pulsionnelle non investie se retourne vers le corps en provoquant une maladie somatique.

Tous les patients psychosomatiques ne présentent pas un tel état caricatural. Ainsi dans certaines structures, il existe une activité fantasmatique notable mais qui reste insuffisante dans certains secteurs, ce qui ouvre la voie à la somatisation de l'angoisse résiduelle non représentable, non symbolisable et non conflictualisée. Le psychosomaticien doit repérer les défauts, les

failles du fonctionnement de la vie mentale et les conséquences des événements désorganiseurs.

Les événements désorganiseurs sont ce qui entraîne une perte objectale et un deuil non élaboré. Ils peuvent être liés à des causes extérieures de la vie sociale, professionnelle et familiale ou à des facteurs intérieurs comme la non réalisation des fantasmes d'évolution sociale dictés par l'Idéal du Moi.

Les régressions, que nous ne ferons que citer pour être complet, sont le retour à un état antérieur dans l'évolution des mouvements individuels de vie et de mort. Inattendues et surprenantes, elles sont assez stables avec une organisation psychosomatique consistante. Elles seront responsables d'asthme, d'urticaire, de coryza spasmodique...déclenchés par un traumatisme.

#### 4. PSYCHOSOMATIQUE ET MALADIES CORONARIENNES

##### INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, les maladies coronariennes sont une des causes principales de décès dans les pays industrialisés. Beaucoup de facteurs contribuent au risque de cardiopathies ischémiques, mais il reste clair que, malgré des contradictions sur le rôle précis de chacun, il existe une interaction entre toutes les composantes d'un modèle biopsychosocial de ces maladies.

A côté des facteurs biologiques (hyperlipémie), physiques (hypertension), familiaux (antécédents) et addictifs (tabagisme), co-existent des éléments psychologiques comme les émotions, l'anxiété, la dépression, les traits de personnalité et la structuration du comportement.

Les cardiopathies ischémiques restent un excellent exemple de lien entre le psyche et le soma comme étiologie d'une maladie. Les maladies cardiovasculaires constituent un champs de la pathologie ayant largement intéressé les psychosomaticiens qui ont cherché à élaborer des modèles théoriques de somatisation mais aussi à mettre en place des mesures préventives basées sur les comportements.

Trois axes de recherche se sont individualisés en ce qui concerne la pathologie cardiovasculaire :

- chez des patients porteurs d'une affection cardiovasculaire au long cours, comme l'insuffisance coronarienne, les caractéristiques comportementales psychologiques et psychodynamiques ont été étudiées. Ce sont notamment tous les travaux sur la réactivité au stress et sur le plan de la thérapeutique et des stratégies comportementales.

- des populations de sujets sains ont été soumises à des stress afin d'observer la répercussion sur les variables hémodynamiques : la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la résistance vasculaire et le métabolisme lipidique. La recherche expérimentale humaine a permis de mettre en évidence une hyperactivité cardio-vasculaire chez certains sujets.

- des enquêtes prospectives ont recherché la valeur prédictive de certains comportements ou de certains types de personnalité pour la survenue d'infarctus du myocarde.

#### 4.1. DEFINITION DU PATTERN A CORONAROGENE

FRIEDMAN et ROSENMAN (1959) définissent un ensemble de réactions émotionnelles et d'attitudes dont la coexistence constitue un facteur de risque coronarogène à part entière. Ils les regroupent sous le terme de Pattern A ou de profil comportemental de type A. Il s'agit d'un comportement, d'une organisation comportementale et non d'une structuration de la personnalité. Ce comportement est, le plus souvent, provoqué par des situations stressantes où la compétition intervient comme moteur, et auxquels le Pattern A réagirait de façon plus intense que les autres sujets en fonction de sa prédisposition personnelle et de la pression socioculturelle.

CONSOLI (1990), affirme que les Pattern A sont portés à accomplir de plus en plus d'actions dans un délai de plus en plus court. Pour eux, la notion d'urgence du temps prédomine. Ils ne supportent pas le moindre retard et vivent avec la sensation nette de ne pas avoir assez de temps pour accomplir toutes leurs activités. Il s'agit d'un Pattern temporel comme le montre leur gestion du temps.

Ils aiment la compétition et la recherchent, ils s'engagent à fond dans le travail mais aussi dans les jeux. Leur perfectionnisme, leur arrivisme et leur carriérisme sous-tendus par une volonté ambitieuse d'exercer un maximum de responsabilités, s'accompagnent d'une insatisfaction par rapport à la position sociale obtenue quelqu'en soit le niveau. Le travail est sa vie. Son importante agressivité est l'élément moteur. C'est un gagnant.

Paradoxalement, ces sujets n'atteignent pas le sommet le plus élevé mais stationnent au palier inférieur le plus proche de la hiérarchie de leur entreprise. La pensée est polyphasique, c'est à dire que le Pattern A pense à plusieurs questions en même temps et essaye de résoudre un problème en pensant au suivant, ce qui risque de diminuer leur efficacité et expliquerait le défaut de leur ascension professionnelle. L'échec va provoquer, au delà d'un refus de reconnaître les difficultés rencontrées, une attitude de surcompensation. Ce ne sera pas "je ne suis pas capable" mais "je n'ai pas assez travaillé, je recommence".

Les performances, ce que les Anglo-saxons appellent les "challenges", les stimulent et le travail sous la pression d'ultimatum leur convient. Ils sont dans l'agit et expriment cette combativité maintenue à travers une tension musculaire faciale et un parler typique avec une anticipation des paroles de l'interlocuteur, un rythme du phrasé rapide et des mimiques gestuelles pour ponctuer les assertions. Ce sujet, hyperactif, s'irrite facilement lorsqu'il est contrarié, s'impatiente lorsqu'il doit attendre, s'investit dans la vie professionnelle avec un désir de perfectionnement et d'ascension sociale.

Même dans ses loisirs, le Pattern A doit conserver un minimum d'activités motrices, sorte de besoin vital sans lequel le repos aurait un caractère insupportable. Il est fréquent d'entendre "je bricole", "je cherche à m'occuper", "je reste rarement inactif", "je ne peux pas rester sans rien faire" lorsqu'ils parlent de leurs loisirs. Cette peur du manque-à-faire, clairement verbalisée, nous montre comment l'absence de temps mort est un élément essentiel de l'économie psychique du Pattern A.

Son ambition et son exigence envers lui-même, s'inscrivant dans l'agit rapide et la production, ont des traits appréciés par la civilisation industrielle occidentale qui renforce et encourage ce type de comportement : l'efficacité et la compétitivité répondent parfaitement au besoin du Pattern A qui peut alors se réaliser pleinement dans son entreprise.

Le Pattern A a une grande propension à réagir au défi et à vouloir exercer un contrôle sur autrui et sur-lui même, ce qui conditionne sa demande de soin comme nous le verrons plus loin. La banalisation des signes annonciateurs d'infarctus et la méconnaissance de la fatigue augmente le délai d'intervention.

A côté de l'impatience verbale et gestuelle, les Pattern A apparaissent hypercontrôlés et tendus. Ce refoulement de l'agressivité, qui ne pourrait s'exprimer que sous forme d'explosions colériques, autorisées uniquement dans certaines circonstances, augmente encore la morbidité des Pattern A. L'urgence du temps et l'hostilité constituent des défenses narcissiques dans la fuite en avant.

En conclusion, le Pattern A est constitué par trois dimensions :

- le facteur rapidité-impatience que représente l'urgence du temps,
- le facteur investissement dans le travail qui est la quête de l'approbation sociale, la ponctualité et le perfectionnisme,
- le facteur compétitivité-combativité, que les anglo-saxons appellent "hard driving", qui correspond à l'ambition, à la recherche active de responsabilités et une propension à être exigeant envers soi-même.

**PATTERN A ET REACTIVITE AU STRESS**

BYRNE et ROSENMAN (1986) ont montré que les coronariens cumulent plus que la population témoin les situations éprouvantes vitales quotidiennes, nécessitant un effort d'adaptation permanent et des changements de mode de vie fréquents, fixent des objectifs plus élevés que la population générale.

Ils vont au devant du stress, qui rétroactivement renforce le Pattern A. Le comportement est à la fois la conséquence de l'adaptation à la vie moderne mais aussi l'expression de besoins physiologiques plus profonds. L'alerte est maintenue de façon permanente par des défis, des échecs. Les émotions pénibles sont réprimées, le danger n'est pas reconnu et en conséquence l'aide est refusée. Il existe en plus une tendance à la responsabilisation en cas d'échec qui ne peut être due à des causes extérieures mais uniquement à son incompétence, à un manque de préparation et de combativité.

## PATTERN A ET TROUBLES PHYSIOPATHOLOGIQUES : MECANISMES POSSIBLES

L'association de plusieurs schémas comportementaux spécifiques et de manifestations d'insuffisance coronarienne suggère l'existence de mécanismes physiopathologiques liant les phénomènes psychiques à ceux impliqués dans l'athérogénèse par l'intermédiaire du système nerveux central. Ainsi plusieurs hypothèses peuvent être prises en compte.

Certains facteurs physiopathologiques peuvent accélérer l'apparition de maladies coronariennes chez le Pattern A :

- l'élévation de la sécrétion d'ACTH sérique chez les Pattern A. Ce qui suppose une élévation du CRF hypothalamique et de la MSH,
- l'injection d'ACTH n'entraîne pas l'élévation significative des dérivés cortisolés chez les types A qui ont déjà un taux d'ACTH plus élevé en période de veille,
- la diminution de la GH avant et après le test à l'arginine chez les Pattern A,
- l'hyperglycémie provoquée entraîne une réponse hyperinsulinique.
- la plupart des Pattern A, dans leur milieu habituel ou en situation de stress ont une hypersécrétion de noradrénaline avec des taux sériques élevés.
- Le temps de coagulation serait accéléré, de même que l'agrégation plaquettaire est augmentée.
- le taux des triglycérides et du cholestérol est plus élevé.

CONSOLI (1989).

Les réponses physiques varient entre le Pattern A et le reste de la population : au repos la fréquence cardiaque et la tension artérielle sont sensiblement les mêmes, par contre au moment des situations de stress et de défi, la réponse est significativement différente : elle s'élève de façon beaucoup plus importante chez les Pattern A.

## VALIDITE DU PATTERN A

Les affirmations trop catégoriques sur la valeur prédictives du Pattern A dans les années 1950, ont été remises en cause ces dernières années.

Une partie des discordances entre les résultats des diverses publications provient des différents moyens d'investigations utilisés : cotations par l'investigateur, autoquestionnaires...

Le contexte économique a changé les habitudes sociales et la motivation professionnelle est différente de celle d'une situation d'expansion industrielle que connaissait les années 1950. Par ailleurs, la large diffusion médiatique du Pattern A influence l'investigation d'autant qu'il s'agit souvent d'auto-évaluations. L'appartenance à un pattern A et le déni de la maladie joue également un rôle dans la demande de soins.

La WESTERN COLLABORATIVE GROUPE STUDY a prouvé que la morbidité coronarienne est multipliée par 2,24 chez les Pattern A par rapport au non-A après ajustement des facteurs de risque, que le risque de mortalité post-infarctus est plus élevé de façon significative chez les Pattern A.

CONSOLI et SAFAR (1988) ont écrit que les Pattern B ont une moindre tolérance à la douleur, s'affolent plus facilement, et qu'ils mettent plus de temps à prendre une décision concrète.

## LES AUTRES PATTERN

Le Pattern B se définit par son caractère non A. Il présente toutes les caractéristiques du type A en négatif et constitue un modèle théorique. D'une façon schématique, le Pattern B pur, se trouvera exactement à l'opposé du Pattern A en ce qui concerne le sentiment d'urgence du temps et de l'hostilité-compétitivité : ce seront donc des individus rarement pressés par le désir d'obtenir ou de réaliser rapidement un maximum d'activités. Par contre, ils peuvent être ambitieux, mais ils se réalisent avec confiance et sérénité.

Certains auteurs ont proposé un Pattern C, réfléchi, soumis, conciliant, évitant les conflits qui seraient associés à des affections dysimmunitaires et à des syndrômes prolifératifs.

#### 4.2 AUTRES PARTICULARITES DU PATTERN A

CONSOLI (1987) rapporte plusieurs enquêtes ayant permis de colliger certains facteurs appartenant aux Pattern A qui seraient plus fiables et qui auraient une valeur prédictive plus forte :

- l'hostilité et la colère non exprimées, ce que les Anglo-saxons appellent "anger-in", a une valeur prédictive sur l'étendue et la sévérité des lésions coronariennes,
- la dépression évaluée par le MMPI,
- l'anxiété appréciée par la Taylor Manifest Anxiety Scale ou la State Trait Anxiety Inventory.
- le niveau de stress et l'isolement social,
- l'inhibition en dehors des crises de colère.

Le Pattern A ne serait qu'un indice pronostic péjoratif chez des sujets tendus, inhibés et hypercontrôlés ayant peu de capacités pour s'exprimer.

#### 4.2.1. LE SENTIMENT DE TOUTE PUISSANCE

La clinique remarque, chez des patients porteurs d'insuffisance coronarienne, une personnalité faite de maîtrise de soi et d'indépendance grâce à un accrochage tout puissant à la réalité. Les réactions :

- "J'ai déjà vu la mort plusieurs fois et je n'ai pas eu peur",
- "Je suis passé souvent à côté et je ne la crains pas",
- "Un infarctus, c'est pour les autres",
- "Je ne peux pas y croire, pas moi"

rendent compte de l'affichage du déni et de la toute puissance. Le fantasme du corps indestructible est là clairement exprimé. L'Idéal du Moi est hypertrophié ce qui correspond au désir de tout faire, de tout maîtriser, d'arriver, de s'imposer, de contrôler, d'organiser avec toute l'agressivité nécessaire à cette tâche.

FREUD (1920) décrivait la personnalité narcissique comme "n'ayant aucune prédominance des besoins érotiques, chez qui l'intérêt vital est orienté vers la conservation du Soi et l'autonomie. Il est peu intimidable et le Moi dispose d'une grande quantité d'agression qui se manifeste aussi dans le fait d'être toujours prêt à l'action. Ils s'imposent aux autres comme des personnalités, ils sont particulièrement qualifiés pour servir de soutien aux autres, assumer des rôles de meneurs d'hommes, de

donner au développement culturel, social et professionnel un nouvel essor. Leur indépendance habituelle les expose aux frustrations du monde extérieur."

Le narcissisme qui s'apparente aux traits du Pattern A, tend à définir une organisation libidinale qui laisse croire au sujet qu'il n'a besoin de rien, ni de personne. Or, le réel ne se laisse pas facilement dompter et le sujet devient très rapidement dépendant de cette réalité qu'il a voulu maîtriser. Le Pattern A fera tout pour maintenir cette illusion de toute puissance, pouvant aller jusqu'à l'absurdité. Le pattern A déclare par exemple : "j'ai l'habitude que tout soit parfait". Il rejette la réalité pour poursuivre un idéal narcissique hautement valorisé sous l'égide du plaisir. Le "tout et tout de suite", loi du narcissisme oblige le sujet à rechercher où le désir et sa satisfaction sont confondus, où le sujet est l'objet et donc à éliminer la réalité. L'objet ne résiste plus. Il ne peut parvenir à cet état qu'en maîtrisant le temps, l'espace dans un sentiment de toute puissance.

Cette croyance du Pattern A est basée sur la notion du dominable. Les événements de son existence se traduisent par le "je suis responsable de".

Il est à noter que les besoins physiologiques de ces sujets correspondent parfaitement aux impératifs socio- économiques de notre civilisation. Dans les entreprises, le sens des responsabilités, la recherche de l'excellence et de l'efficacité sont appréciés et valorisés. Cette approbation sociale est vitale pour les Pattern A. L'ordre doit être bien réglé et la mécanique bien huilée. Les événements sont prévus et la notion de hasard écartée. Une bonne

organisation, une bonne gestion de son temps le met à l'abri des imprévus.

"Le Pattern A ne peut être que ce que la toute puissance de son idéal du Moi croit voir quand il se regarde dans le miroir de l'action". (CONSOLI, 1990).

Dans cet agencement très organisé, de façon obsessionnelle, la maladie, l'infarctus, vient blesser de plein fouet le patient dans sa position narcissique. Lorsque c'est l'infarctus qui constitue la raison de l'hospitalisation, la nécrose myocardique est vécue comme un signe avant-coureur de la mort, et même si l'accident coronarien ne dure pas, il constitue une rupture qui sépare cruellement un avant d'un après.

Lui qui se trouvait en position de dominateur devient dépendant et passif. Après un temps de sidération marqué par l'incrédulité et l'incompréhension, le patient s'efforce de rationaliser, afin d'essayer à nouveau de dominer cet événement de façon active.

Cette projection brutale de la réalité est d'autant plus imprévisible que les signes annonciateurs éventuels de l'insuffisance coronarienne ont été, le plus souvent occultés. Le patient n'a plus qu'à fuir par son mécanisme de défense préféré : le déni. Il reprend alors ses activités antérieures au même rythme effréné, comme si rien ne s'était passé, comme si la blessure n'existait pas, et ce d'autant plus qu'il s'agit de prouver à l'entourage et à soi-même, que cet incident de parcours peut être dominé.

L'infarctus est une des rares maladies où la crise peut survenir à tout moment, parfois même sans aucun signe avant-

coureur. Une fois l'urgence passée, il ne reste aucun signe visible de sa survenue pour le patient : il n'y a pas de cicatrice, pas de déformation. La réalité peut être niée car elle ne peut être acceptée en temps que telle.

Demander du temps au temps va à nouveau s'inscrire dans la fuite en avant, à la poursuite, sans cesse plus difficile et plus passionnante de l'urgence du temps.

"Ceux qui emploie le plus mal leur temps sont les premiers à se plaindre de sa brièveté". LA BRUYERE.

#### 4.2.2. DENI ET PATTERN A

Les coronariens ont souvent le même discours en ce qui concerne le début de la symptomatologie : la plupart du temps bien informé par la diffusion médiatique de la clinique de l'infarctus, ils prétendent ne pas remarquer les signes annonciateurs éventuels et ne prêtent pas attention à la douleur à l'effort. L'intervention médicale est, de ce fait retardée. Par ailleurs, même si les signes cliniques sont repérés, leur gravité est niée : le temps a été organisé de façon précise et il n'est pas question de déroger à cet agencement. C'est ainsi, que les patients racontent fièrement avoir ressenti une douleur atroce qu'il savait coronarienne, mais avoir pris le temps de terminer ce qu'il était en train de faire et seulement ensuite être venu à l'hôpital parfois même par ses propres moyens. Sa maîtrise du temps et de la réalité est telle que la maladie ou la mort ne peut l'entraver.

En cours d'hospitalisation, le malade rassure son entourage par une insouciance apparente, allant même jusqu'à demander au corps médical de l'aider. "Moi je vais bien, Docteur, mais pourriez-vous voir ma femme et la rassurer" ou "Ne dites rien à ma femme". Le malade, hospitalisé au Soins Intensifs, monitorisé, ne pose aucune question essentielle et déplace son angoisse sur un membre de son entourage.

A la sortie, la non-observance de la surveillance, du traitement et des prescriptions hygiéno-diététiques font évoquer un déni. La peur, les émotions ressenties et l'angoisse de mort sont effacées et font place à des défenses narcissiques encore plus fortes.

L'image qu'a le coronarien de lui-même ne coïncide pas toujours avec ce que souhaite son cardiologue : le régime sans sel, sans graisse, en évitant l'effort brutal, le stress, sans concurrence, sans "challenge" lui paraissent dénué de sens. Cette vie, à mi-temps, vient rompre douloureusement avec l'hyperactivité d'avant l'infarctus.

L'attitude face à la maladie est la même que le défi de l'échec dans la vie professionnelle, que nous avons envisagé précédemment.

D'après LAPLANCHE et PONTALIS (1973), "le déni est un terme employé par FREUD dans un sens spécifique : mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante". FREUD (1920), dans ces écrits envisage ce terme pour les psychoses alors que nous étendons ce mécanisme de défense aux maladies coronariennes.

Pour JANNE P., REYNAERT C., CASSIERS L., (1990) le déni de la maladie chez le Pattern A aurait un rôle précis : il maintiendrait la maîtrise de la réalité et l'image du Soi. Le déni entraînerait une diminution de l'angoisse de mort, des manifestations neurovégétatives qui sont liées à l'anxiété. Théoriquement, ce fait devrait augmenter les chances de survie à court terme mais diminuerait les mêmes chances à long terme par l'inobservance du traitement.

Le déni serait donc un mécanisme de défense dangereux car l'intervention médicale est retardée, le traitement non suivi mais très utile aux Pattern A en phase d'infarctus afin de maintenir la conscience de Soi.

ANTONELLI P., (1989), à partir de la définition du déni de FREUD (Verleugnung) où le Moi se voit souvent obligé de lutter contre certaines prétentions du monde extérieur qui lui sont insupportables en se servant du mécanisme de déni, propose une signification du refus de la maladie : le fait de juger la maladie comme non existante permet de minimiser l'importance du danger encouru en mettant en place une activité forcenée, qualifiée de contraphobique. Sous cet éclairage, le faire devient alors un désir conscient symbolisant l'obstacle dont il résulte où la perte de la perception de l'objet coïncide avec la perte de l'objet.

M. KLEIN en 1980, va encore plus loin pour expliquer le mécanisme du déni qui serait une fuite de la réalité intérieure vers la réalité extérieure afin d'éviter l'intériorisation de sensations désagréables. Le prix pour la survie est un clivage qui détermine un désinvestissement de la vie intérieure où le psychisme émotionnellement trop marqué par l'absence et la dépressivité reste en sourdine.

La clef de voûte de la fuite en avant et de la dépressivité latente du Pattern A, est l'absence d'introjection de l'image de la mère qui le laisse dans une position dépressive d'où il ne peut fuir que dans l'agi. Le temps devient alors rapide et serré, sans solution de continuité, l'espace est bondé permettant d'échapper à l'angoisse dépressive de la perte de l'objet maternel. L'activité est un appel à l'autre et prend une dimension relationnelle plutôt qu'une production solitaire. Elle stimule le Soi et l'autre.

La relation à l'objet est une relation de dominance, de contrôle de l'autre, une responsabilisation qui masque une

dépendance. Comme le maître qui pour le rester a besoin de l'esclave, le coronarien est sans cesse confronté à cette ambiguïté dépendance/ domination.

#### 4.3. LA NOTION DE "COPING"

Le terme de "coping" est difficilement traduisible en français, nous garderons donc le mot anglo-saxons pour la clarté de l'exposé. Il signifie "faire avec" littéralement. Il recouvre toutes les stratégies d'adaptation, tous les mécanismes de défenses, tous les moyens d'accommodation, mais il est aussi la réponse aux stress dans le sens proposé par SELYE sous le concept générique de syndrome d'adaptation général. C'est l'ensemble des processus utilisés par l'individu pour faire face aux menaces issues de la réalité extérieure ou des émotions internes. N. DANTCHEV (1989), défini le coping comme un ensemble de comportement psychogéniques acquis face aux menaces vitales et utilisé préférentiellement dans les situations de stress.

Ces contrôles cognitifs permettent de canaliser et de réduisent les effets désorganisateur des besoins sur la perception et permettent ainsi une meilleure adaptation. Ils ont une fonction de défense mais ils dépassent la notion de personnalité en lui adjoignant une dimension plus comportementaliste. En effet, les traits de personnalité ne suffisent pas à prédire la réaction du sujet en cas de stress aigu et vital. L'intérêt du coping est qu'il prend en compte à la fois la personnalité et le comportement en situation de stress.

Ce sont donc les efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire et tolérer les exigences internes et externes qui menacent de dépasser le sujet.

La notion de coping comprend une approche plus globale des ressources psychologiques, des défenses psychiques, des cognitions et des attitudes comportementales.

Ainsi, existent des stratégies de coping centrées sur l'émotion : chez le coronarien, nous avons relevé la mise à distance, l'évitement, le déni et le contrôle de l'expression émotionnelle. Le degré de l'émotion peut être diminué en baissant le niveau de l'attention permettant un répis temporaire. Le déni de l'émotion altère la signification subjective de l'expérience. La rationalisation offre une mise à distance de la source émotionnelle, permet de réévaluer le stress avec recul et même d'exagérer les aspects positifs d'une situation donnée. La menace est alors perçue comme un défi ce qui est très efficace pour baisser le seuil émotionnel mais pas pour résoudre le problème.

Il existe également des stratégies de coping centrées sur la résolution des problèmes posés par l'environnement extérieur. La planification du temps, la confrontation directe, la réévaluation positive (positiver n'est-il pas devenu un mot du langage courant ?), la focalisation perceptive permettent au sujet de modifier la situation qu'il est en train de vivre. La finalité du coping est donc le changement d'une situation réelle menaçante ou de l'appréciation subjective que le sujet s'en fait.

L'exposition plus fréquente des coronariens aux stress et leur propension à aller aux devants des soucis ainsi que leur moins bonne efficacité à gérer les stress inévitables du quotidien expliqueraient leur vulnérabilité.

Le problème de ces mécanismes adaptatifs sont leurs effets temporaires et peu performants. Globalement, ils sont peu économiques et demandent la mobilisation d'une énergie considérable et permanente comme le déni de la fatigue physique associé à la fuite dans l'action et le refus de support de l'entourage. La stratégie de s'auto-accuser en cas d'échec, de prendre sur soi avec un hyperinvestissement de l'activité demande une dépense énergétique importante.

Par ailleurs leur maîtrise du présent, par un hyper-contrôle rigide les rend plus vulnérables face à un stress incontrôlable comme le montre les hausses tensionnelles et l'accélération de la fréquence cardiaque plus élevée chez les Pattern A.

## 5. EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES CORONARIENNES

Sur une étude réalisée au centre hospitalier de La Timone, par le GROUPE COOPERATIF FRANCO-BELGE en 1982, l'infarctus du myocarde représente 6,5% des hospitalisations.

Il est inaugural dans 43% des cas, et dans les 57% restants, 18% ont des antécédents d'infarctus et 39% sont connus comme étant angoreux.

Il survient en moyenne chez l'homme vers l'âge de 63 ans.

Il touche en France surtout les régions de l'Est.

L'incidence est de 1,8 cas par an pour 1 000 individus mais ce nombre est probablement sous-estimé, certains infarctus n'étant pas décelés. L'incidence dans les pays anglo-saxons et du Nord de l'Europe est supérieure à la France, par contre les pays du Sud de l'Europe ont moins d'infarctus.

L'infarctus du myocarde est plus fréquent chez l'homme actuellement. Dans le suivi prospectif de l'étude de Framingham, l'incidence chez la femme est de :

- 1 pour 1 000 de 40 à 50 ans,
- 2,5 pour 1 000 après 60 ans avec un pic de fréquence à 73 ans.

Il est exceptionnel chez la femme avant 35 ans. Par contre, après 75 ans, il devient plus fréquent chez la femme que chez l'homme. La tranche d'âge 75-84 est la plus touchée chez la femme. La survenue de l'infarctus est décalée chez la femme ce qui correspond à la protection par les oestrogènes naturels.

## 6 . RAPPEL DE QUEQUES NOTIONS CARDIOVASCULAIRES

Les formes cliniques de l'angor sont :

- L'angine de poitrine d'effort stable qui se caractérise par une douleur, maître symptôme, dont le siège est médian, rétrosternal, étendu en barre, irradiant classiquement vers le membre supérieur gauche, vers la région maxillaire inférieure, les deux bras, les coudes, les épaules et les poignets (douleur en bracelet). L'intensité est variable, de caractère constrictif (angor signifie striction). Elle survient à l'effort, souvent la marche, au bout de la même distance, et disparaît à la cédation de l'effort ou à la prise de trinitrine.
  
- L'angor de Prinzmetal, dont la douleur survient sans aucun facteur déclenchant, au repos, plus volontiers la deuxième partie de la nuit, vers 7 à 8 heures du matin. La douleur est typique de l'angor, s'accompagnant de lipothymies ou de syncopes.
  
- L'angor instable se définit par une douleur spontanée prolongée, apparaissant en dehors de tout effort avec des modifications électriques per-critiques, sans signe biologique ou électrocardiographique d'infarctus du myocarde. (BERTRAND M. et LABLANCHE J.M.,1991).
  
- L'infarctus du myocarde qui se définit par une anamnèse caractéristique reposant sur des arguments cliniques, électrocardiographiques et enzymatiques. C'est la complication

classique de l'insuffisance coronarienne. Il s'agit d'une lésion anatomique constituée d'une nécrose massive et systématisée du muscle cardiaque dont l'étendue dépasse une surface de 2 cm carré, d'origine ischémique. (LOIRE R.,1987).

Cliniquement, trois critères sont nécessaires au diagnostic : La douleur thoracique prolongée et trinitro-résistante, les modifications électrocardiographiques touchant le segment S-T, l'onde T, puis le complexe QRS et enfin l'élévation enzymatique. (DANCHIN N. et CHERRIER F., 1988).

La coronarographie est un examen radiologique qui consiste à l'injection d'iode in situ, par une sonde artérielle fémorale, ce qui permet de visualiser la cinétique cardiaque et l'état de l'atteinte tronculaire.

Le premier temps de l'examen est la ciné-angiographie ventriculaire gauche qui permet de visualiser la cinétique segmentaire ventriculaire gauche et de repérer des zones hypokinétiques, akinétiques ou dyskinétiques, témoins plus ou moins sévères de l'atteinte de la contractibilité myocardique. A partir de l'image radiologique, on peut mesurer le volume télédiastralique, le volume résiduel ou télésystolique. On peut calculer la fraction d'éjection à partir de ces deux données . La valeur normale est de 65%.

La coronarographie proprement dite est le deuxième temps de l'examen. Elle consiste à l'opacification sélective de chacune des

coronaires afin de dégager les lésions observées en s'aidant d'incidences sur le plan horizontal ou cranio-caudal. La sténose se présentera sous forme d'une amputation du luminogramme et sera dite significative pour un rétrécissement de plus de 50 %. Les sténoses peuvent intéresser un artère coronaire (atteinte monotrunculaire), deux artères (bitrunculaires) ou toutes les artères coronaires (tritrunculaire) GUENOT O., (1990).

Le pontage aorto-coronarien est une technique chirurgicale qui consiste à implanter un segment veineux autogène entre l'aorte descendante et les vaisseaux coronariens en aval de la sténose. (HAZAN et DE RIBEROLLES , 1984).

L'angioplastie transluminale consiste à introduire à l'intérieur d'une artère coronaire un cathéter qui guide un ballonnet qui est gonflé in situ afin d'écraser la plaque d'athérome. (GUENOT O. et TERRAUBE P.,1991).

## 7. INSTRUMENTS NECESSAIRES A LA CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE STANDART

### 7.1. ENTRETIEN DIRIGE DE FRIEDMAN ET ROSENMAN

FRIEDMAN et ROSENMAN en 1959 ont été les premiers à mettre en place une stratégie de diagnostic des comportements coronarogènes du pattern A qui fait actuellement référence pour la validité des autres tests. Il s'agit d'un entretien dirigé réalisé par un examinateur formé à ces techniques et enregistré sur bandes magnétiques afin de tester l'objectivité des examinateurs.

L'étude a été effectuée sur 3 groupes d'hommes sélectionnés sur leurs comportements durant les heures de travail, leurs taux de cholestérol, leurs chiffres tensionnels systoliques et diastoliques, l'existence d'une atteinte coronarienne.

- Le groupe A comprenait 83 sujets continuellement en compétition, qui maintenaient un rythme de travail soutenu et qui étaient soumis à la pression d'ultimatums,
- Le groupe B était composé de 83 hommes connus pour avoir un comportement opposé point par point au précédent,
- Le groupe C de 46 chômeurs aveugles sélectionnés en raison de leur état d'anxiété chronique et leur sentiment d'insécurité.

Dans le groupe A l'incidence des maladies coronariennes et la présence d'un taux de cholestérol élevé étaient significativement plus importantes que dans les deux autres : Dans cette étude les

maladies coronariennes sont 7 fois plus fréquentes dans le groupe A que dans les groupes B ou C. (FRIEDMAN M.,ROSENMAN R.H.,1959).

A la suite de ces conclusions, ils ont mis au point leur entretien dirigé où il est pris en compte le contenu des réponses aux questions mais aussi le mode d'expression verbale et le comportement psychomoteur : Impatience, interruption, agitation corporelle, mimique, mouvements des mains, coup de poing sur la table. Le résultat de l'entretien dépend des deux axes.

#### INTERVIEW EVALUANT LE TYPE A SELON FRIEDMAN ET ROSENMAN

-1 Pendant vos études avez-vous fait du sport ? Avez-vous fait partie d'un club, d'une équipe ? Si oui, étiez-vous le leader, le capitaine de l'équipe ? Si non, avez-vous lutté pour diriger une équipe ou être à la tête du groupe dont vous étiez membre ?

-2 Depuis que vous avez commencé à gagner votre vie, avez-vous participé à des cours de perfectionnement dans le but d'augmenter vos chances de promotion?

-3 Etes-vous satisfait de votre travail ? Si oui, plus jeune avez-vous sciemment essayé d'obtenir de l'avancement ? Si non essayez-vous encore d'obtenir de l'avancement ?

-4 Avez-vous des activités en dehors du travail ? Appartenez vous à un groupe ? Avez-vous une activité sociale ? Si oui êtes vous un membre actif qui dirige ces organisations ?

- 5 Vous considérez-vous comme un hyperactif ou comme quelqu'un qui se laisse vivre ? Votre femme dirait-elle cela de vous ?
- 6 Essayez-vous d'obtenir le respect et l'admiration de vos amis et de vos collègues ou préférez-vous leur affection ?
- 7 Quand vous jouez avec vos amis les laissez-vous gagner ?
- 8 Quand vous jouez avec des amis vous donnez-vous à fond dans le but de gagner du début à la fin ? Si non, jouez-vous pour le plaisir ou pour gagner ?
- 9 Y a-t-il beaucoup de concurrence ou de compétition dans votre travail ? Cela vous plait-il ?
- 10 Avez-vous l'habitude de conduire vite ? Si oui, dépassez-vous la limite permise ou êtes-vous juste en dessous ? Cela vous irrite-t-il d'avoir devant vous un conducteur qui traîne ou qui bloque le passage ? Faites-vous quelque chose pour qu'il dégage la route ? Que dites-vous ? Votre femme essaye-t-elle de vous ralentir ?
- 11 Etes-vous souvent contrarié ? Vous mettez-vous en colère ? Habituellement le montrez-vous ou essayez-vous de le garder pour vous ?
- 12 Y a-t-il des temps morts à votre travail ? Cela vous plait-il ? Profitez-vous des temps morts pour travailler ?
- 13 Quand vous avez un rendez-vous avec votre femme ou avec un ami, arrivez-vous à l'heure ? Aimez-vous travailler jusqu'à la dernière minute pour faire le maximum dans votre travail avant d'aller à ce rendez-vous ? Etes-vous irrité lorsque vous devez attendre ? Qu'est-ce que vous faites alors pour passer le temps ?
- 14 Combien de temps consacrez-vous aux loisirs ? Les prenez-vous seulement lorsque que vous n'avez rien d'autre à faire ?

- 15 Aimez-vous aider votre femme dans les travaux ménagers ou considérez-vous que c'est une perte de temps ? Si oui préférez-vous travailler de votre côté dans la maison ?
- 16 Vous impatientez-vous quand vous voyez quelqu'un faire plus lentement ce que vous pourriez faire plus vite ?
- 17 Continuez-vous à penser à votre travail tout en faisant autre chose ? Par exemple lire des choses concernant votre métier quand vous mangez seul ou en prenant un bain ?
- 18 Aimez-vous marcher vite ? Après les repas, à la maison, aimez-vous paresser à table ou terminez-vous rapidement votre repas pour faire des choses plus importantes ?
- 19 Etes-vous irrité lorsque vous devez attendre une place au restaurant ?
- 20 Quand quelqu'un vous parle, vous surprenez-vous souvent à penser à autre chose ? Si votre interlocuteur tarde à venir au fait, avez-vous envie de le presser ?
- 21 Avez-vous l'impression que le temps passe trop vite pour faire chaque jour ce que vous auriez aimé faire ? Vous sentez-vous dépassé par le temps ? Cela vous pousse-t-il à tout faire à la hâte ?
- 22 La plupart des gens aiment se lever et se mettre en route avant huit heures. A quelle heure, euh ... aimez-vous, euh ... vous lever ?
- 23 Avez-vous déjà fait de la photo ?

L'entretien dirigé dure une quinzaine de minutes et aboutit à une classification en Pattern A ou B et il existe des sous groupes qui viennent pondérer ce résultat .

- A 1 extrême comporte toutes les caractéristiques du Pattern A exacerbées et surtout à un comportement moteur agité.

- A 2 modéré présente un comportement A mais moins caricatural que le A 1.

- B 4 extrême. Il n'est pas agressif et n'a aucune combativité. La compétition l'ennuie.

- B 3 moyen. Le sens de l'urgence du temps est peu marqué mais il garde une certaine ambition et présente quelques signes d'excitation lorsqu'il en parle.

FRIEDMAN et Coll., 1982, ont proposé une échelle T qui cote les manifestations motrices lors de questions posées lentement et en bafouillant pour juger de l'impatience. Elle mesure le sentiment d'urgence du temps. Une échelle H mesure la compétitivité et l'hostilité.

L'entretien de FRIEDMAN et ROSENMAN nécessite la présence d'un examinateur entraîné, d'une équipe pour étudier les réponses ; Il est un moyen d'investigation de référence mais reste lourd à manipuler à grande échelle.

## 7.2. L'AUTOQUESTIONNAIRE DE BORTNER

En 1969, BORTNER R. W. a mis au point un questionnaire qui porte son nom. Il s'agit d'un moyen de mesure comprenant 14 échelles dont chacune est constituée de deux phrases ou adjectifs séparés par 24 espaces. Chaque paire de phrases ou d'adjectifs a été

choisi pour constituer les deux sortes de comportements opposés : Un item représente le pattern A, et l'autre le pattern B. Celui qui répond au pattern A est surimprimé.

1. Jamais en retard / Peu attentif aux horaires
2. Très compétitif / Peu compétitif
3. Anticipe dans la conversation / Ecoute les autres patiemment
4. Rapide dans ses actes / Prend son temps
5. Sait attendre patiemment / Impatient dans l'attente
6. S'engage à fond / Désinvolte
7. Fait une chose à la fois / Essaie de faire plusieurs choses à la fois. Pense à l'acte suivant
8. Energique et vigoureux en parlant / Lent et pondéré dans la conversation
9. Veut voir ses qualités professionnelles reconnues / Soucieux d'être content de lui quoique les autres puissent penser
10. Rapide pour manger, pour marcher / Fait les choses posément
11. Prend les choses tranquillement / Exigent avec lui-même
12. Cache ses sentiments / Démonstratif dans ses sentiments
13. A de nombreux centres d'intérêts / Peu d'intérêt en dehors de son travail
14. Satisfait de sa situation / Ambitieux de monter dans l'échelle sociale

BORTNER R. W. a validé son test sur 76 sujets dont 47 types de comportement A et 29 B ayant bénéficié d'un entretien dirigé de FRIEDMAN et ROSENMAN.

A propos de l'item 12 sur la démonstration des sentiments, BORTNER pense que le pattern A apparaît à son entourage comme une personne expressive même s'il contrôle ses pulsions. Dans cet autoquestionnaire, comme dans les autres, une sous-estimation des résultats peut exister car les coronariens sont sensibilisés par leur médecin traitant à la moindre alerte en ce qui concerne leur hygiène de vie.

L'enquête du GROUPE COOPERATIF FRANCO-BELGE, 1982, a étudié l'association comportement de type A avec l'incidence et la prévalence des coronaropathies. Pour la première fois le test de BORTNER a été utilisé à très grande échelle : 3 202 sujets ont bénéficié de ce suivi qui a montré la prédominance significative du pattern A chez les angoreux.

Comme nous l'avons vu précédemment, la note globale du test varie avec l'incidence des cardiopathies sur un suivi de 5 ans, et arrive en troisième position des facteurs de risque. Cette relation dans la variation de la note avec l'incidence nous porte à croire que le risque de coronaropathies serait fonction du niveau comportemental du sujet (de l'extrême vers le modéré) mesuré par le test de BORTNER.

Par ailleurs le résultat des tests de comportement est indépendant des autres facteurs de risque :

- L'âge : A Bruxelles, la note varie avec l'âge de façon non monotone pour s'infléchir après 50 ans (orientation possible vers un

pattern B). Par contre à Marseille, la diminution après 50 ans n'est pas significative et à Paris les patients sont beaucoup trop jeunes.

La note du test de BORTNER n'a donc, pas pu être considéré comme corrélée significativement à l'âge.

- La pression artérielle : Le GROUPE COOPERATIF FRANCO-BELGE, 1982, a montré une corrélation très faible à la pression artérielle, qui par contre reste corrélée à l'âge. FRIEDMAN M. et Coll, 1982, et DYER A. R., STAMLER J., SHEKELLE R. B. et Coll, 1976, ont obtenu des résultats discordants, les premiers ayant une pression systolique plus élevée chez les pattern A, la deuxième équipe retrouvant l'inverse.

La note du test de BORTNER n'a pu être considérée comme corrélée à la pression artérielle de façon sure.

\_ L'hypercholestérolémie : La cohorte du GROUPE COOPERATIF FRANCO-BELGE n'a pas montré de corrélation significative entre ces deux variables. de même que les études de FRIEDMAN et Coll, 1982, et de DYER A. R. ,STAMLER J. SHEKELLE R. B. et Coll, 1976.

Les résultats prouvent que la note de BORTNER n'est pas corrélée à l'hypercholestérolémie.

- Le tabac : La cohorte de Bruxelles retrouve chez les non-fumeurs et les ex-fumeurs une note de type A au BORTNER mais ce résultat n'a pas été confirmé par l'étude de FRIEDMAN M. et Coll, 1982,.

Le GROUPE COOPERATIF FRANCO-BELGE a donc validé le test de BORTNER comme étant utilisable à grande échelle et indépendant des autres facteurs de risque.

### 7.3 L'AUTOQUESTIONNAIRE DE FRIEDMAN PREDICTIF D'INFARCTUS DU MYOCARDE.

En 1974, FRIEDMAN G. D., et Coll ont proposé un travail dans le cadre de l'étude épidémiologique permanente de Kaiser sur l'infarctus du myocarde : Un total de 500 patients hospitalisés pour infarctus inaugural et ayant bénéficié d'un bilan multiphasique avant que ne s'installe la maladie, constitue la première population. Elle a été appariée à un groupe témoin par sexe, race et âge, indemne de toute pathologie et de tout facteur de risque. Un troisième groupe, population à risque, a été apparié en fonction de l'existence d'une hypertension, d'un tabagisme, d'une hypercholestérolémie.

Le bilan de santé multiphasique réalisé avant l'hospitalisation comprend un M. M. P. I. . Les auteurs ont ensuite recherché les questions significativement différentes d'un groupe à l'autre.(FRIEDMAN et Coll, 1974).

### 7.4. L'AUTOQUESTIONNAIRE DESTINE A LA POPULATION DE FRAMINGHAM

La population de Framingham qui était indemne de toute coronaropathie, (3 102 sujets), a bénéficié entre 1965 et 1967,

d'un questionnaire de 300 items, appelé interview de LEVINE ET SCOTCH, qui mesure le comportement, les réactions à la colère et au stress émotionnel et leur adaptation socio-culturelle.

Cette population a été suivie pendant 8 ans en ce qui concerne l'apparition de coronaropathies. Cette échelle porte sur les facteurs psychosociaux et parmi ces items certains ont attiré au pattern A. Le pattern A, évalué par cette échelle est liée au stress quotidien, à la tension, à la colère, à la labilité émotionnelle et à l'ambition. C'est la labilité ou la réactivité émotionnelle qui est la plus susceptible d'augmenter avec l'anxiété et le stress chronique : Les questions portent sur les disputes à propos de l'argent, de l'éducation des enfants....., sur les sujets d'insatisfaction.

#### QUESTIONNAIRE PROPOSE A LA POPULATION DE FRAMINGHAM :

(HAYNES S. G., EAKER E. D., FEINLEIB M. , 1983,)

##### - 1. Echelle de type A

Traits et qualités vous caractérisant :(1)

compétitif

toujours pressé

comportement dominant

besoin d'être toujours le meilleur

Sentiments après une journée de travail : (2)

toujours pressé

pense au travail

engagé à fond dans le travail

insatisfaction ou incertitude à propos du travail effectué

Etes-vous irrité lorsque vous devez attendre ? (2)

- 2. Labilité émotionnelle

Traits et qualités vous caractérisant : (1)

facilement ému

facilement irrité

facilement excité

facilement déprimé

plus soucieux que nécessaire

Pleurez-vous facilement ? (2)

Etes-vous facilement blessé sentimentalement ?

Etes-vous très nerveux ?

Etes-vous facilement contrarié ?

Etes-vous généralement calme ?

- 3. Ambition (1)

Socialement très ambitieux

Financièrement très ambitieux

Besoin d'exceller partout

- 4. Humeur dans la vie (1)

À le sens de l'humour

Est facile à vivre

Sait profiter de la vie

-5. Relations avec le supérieur hiérarchique (2)

Vous avez totalement confiance en lui

Il est coopérant

Il prend ses responsabilités

Il vous apprécie

Il vous gêne dans vos actions

Il vous fait connaître votre position

Il s'intéresse personnellement à vous

- 6. Insatisfactions dans le mariage

Dans l'ensemble, avez-vous fait un mariage heureux ? (3)

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre épouse soit satisfaite ? (3)

Dans le mariage, êtes-vous plus, autant, ou moins satisfait que le reste de vos amis ? (4)

- 7. Désaccords dans le couple

Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur : (5)

les problèmes financiers

les loisirs

la religion

le temps passé ensemble

le jeu

les relations sexuelles

les rapports avec la belle-famille

l'éducation des enfants

le lieu d'habitation

la façon de gagner sa vie

les travaux ménagers

la boisson

- 8. La surcharge de travail

Votre travail nécessite : (2)

des activités supplémentaires  
un emploi du temps rigide

- 9. Craintes du vieillissement

A propos : (6)

du vieillissement physique  
de la retraite  
de la maladie  
de la mort  
de la solitude

- 10. Soucis personnels

A propos des : (6)

problèmes sexuels  
changements de vie  
difficultés financières  
difficultés familiales  
échecs de la vie

- 11. Tension

Sentiments de tension et d'incapacité à se décontracter : (2)

souvent gêné par la nervosité

troubles du sommeil  
pris dans une grande tension  
difficultés à se décontracter  
pris dans de longues périodes sans repos  
amoncellement insurmontable de difficultés

- 12. Stress quotidien :

En fin de journée, je suis épuisé par : (1)

le surmenage professionnel  
des activités stressantes  
une nervosité habituelle

- 13. Symptômes d'anxiété

Continuellement fatigué avec : (2)

vertiges, instabilité  
palpitations  
respiration superficielle  
manque de concentration intellectuelle

- 14. Symptômes de colère

Ennuyé ou en colère, vous êtes : (7)

tendu  
souffrant de maux de tête  
affaibli  
déprimé  
tremblant

- 15. Colère réprimée

Ennuyé ou en colère, vous : (7)

agissez comme si rien ne s'était passé

ne dites rien à l'entourage

- 16. Colère exprimée

Ennuyé ou en colère, vous : (7)

la faites rejaillir sur les autres

blâmez quelqu'un d'autre

- 17. Colère discutée

Ennuyé ou en colère, vous : (7)

\_ la faites partager

\_ en parler aux amis et aux parents

- 18. Disparités sociales

Entre vous et vos connaissances vous êtes

\_ égal

\_ supérieur

\_ inférieur

- 19. Evolution de l'éducation

Par rapport à votre père, vous êtes

\_ égal

\_ supérieur

\_ inférieur

- 20. Evolution professionnelle

Par rapport à votre père vous êtes

- \_ égal
- \_ supérieur
- \_ inférieur

- 21. Changements professionnels depuis dix ans

(nombre)

- 22. Changements d'orientation dans la profession depuis dix ans

- 23. Nombre de promotions en dix ans

- 24. Antécédents de psychothérapie ou de traitements par les psychotropes

Cotation des réponses :

(1) : beaucoup, moyennement, peu, pas du tout.

(2) : oui, non.

(3) : très heureux, heureux, moyen, malheureux, très malheureux.

(4) : plus, autant, moins.

(5) : souvent, parfois, jamais.

(6) : beaucoup, moyennement, un peu, pas du tout.

(7) : beaucoup, assez, pas trop.

Cette échelle de Pattern A de Framingham a été validée par rapport à l'entretien dirigé de FRIEDMAN et ROSENMAN avec une concordance de 70 %.

De plus, HAYNES S. G. et FEINLEIB M. , 1981, ont montré que l'incidence estimée sur 10 ans des cardiopathies ischémiques en pourcentages était proportionnelle aux résultats de l'échelle comportementale de Framingham. La synergie avec les facteurs de risques classiques a été retrouvée également, comme dans le test de BORTNER.

#### 7.5. L'INVENTAIRE MULTIPHASIQUE DE PERSONNALITE DU MINNESOTA. M.M.P.I.

##### CONSTRUCTION ET ETALONNAGE DE L'INVENTAIRE

HATHWAY et MAC KINLEY publient en 1943 le test initial à l'Université du Minnesota, qui sera diminuer pour ne plus constituer que 550 questions. Le sujet doit classer chacune des propositions en vrai, faux, je ne sais pas en mettant le minimum de "je ne sais pas".

Par exemple : "Pensez-vous que votre mère vous aime" doit être classé ou en vrai, ou en faux, ou en je ne sais pas.

Le test a été élaboré au départ auprès de 700 malades des services de neuro-psychiatrie du Minnesota et de 700 sujets considérés comme normaux et représentatifs de la population du Minnesota. Les malades ont été choisis parmi des patients présentant des diagnostics assez typiques et bien établis se répartissant en 8 groupes correspondant aux 8 échelles choisies.

Les auteurs ont ensuite calculé la fréquence des réponses vraies dans chaque groupe nosographique et dans le groupe des sujets normaux. En comparant les fréquences, ils ont retenu les items le plus significatifs différenciant les normaux de chaque groupe nosographique. Pour chacun des groupes, les items différenciateurs ont été regroupés pour constituer les 8 échelles portant le nom de la pathologie correspondante. Une 9ème échelle dite de Masculinité/Féminité a ensuite été rajoutée.

Dans l'étude initiale, les sujets de plus de 75 ans n'ont pas été testés car ils seraient susceptibles de donner de trop grandes variations des résultats . Le Certificat d'Etudes Primaires est exigé comme niveau minimal.

Le M.M.P.I. comprend donc 9 échelles de pathologie et 4 échelles de validité.

\_ ? : nombre de "je ne sais pas"

\_ L : (Lie) nombre de "mensonges"

\_ F : Echelle de validité

\_ K : Echelle de validité

\_ Hs : Hystérie

- \_ D : Dépression
- \_ Pd : Déviation psychopathique
- \_ Mf : Masculinité/Féminité
- \_ Pa : Paranoïa
- \_ Pt : Psychasténie
- \_ Sc : Schizophrénie
- \_ Ma : Hypomanie
- \_ Si : Sociabilité

Les auteurs ont étudié la distribution des notes obtenues par les sujets normaux à ces différentes échelles, et pour chaque note brute une pondération par le score " K " a été faite pour donner la note T que l'on reporte sur le schéma. Pour l'échantillon, 95% des sujets normaux se situent entre des scores de 30 à 70. Le seuil pathologique est à 70. Nous avons rajouté une nuance supplémentaire, la notion de traits de caractère que nous avons située à 55.

## LES ECHELLES

### L'ECHELLE D'HYPOCONDRIE

L'échelle d'hypocondrie du M.M.P.I. mesure le taux anormal d'intérêt porté aux fonctions corporelles : C'est l'exagération des sensations normales ressenties comme pénible, les plaintes du patient se caractérisent par leur variété très riche, par la nature diffuse de leur siège, et l'absence de lésions organiques décelables.

Un taux élevé signifie que le patient est exagérément inquiet pour sa santé, qu'il se plaint perpétuellement de troubles difficiles à identifier et sans étiologie organique. Les auteurs du test, précisent que les maladies organiques n'entraînent pas d'augmentation significative des résultats à l'échelle d'hypocondrie.

#### L'ECHELLE DE DEPRESSION

Dans ce test, elle mesure la profondeur du symptôme dépressif. Une note élevée témoigne d'un mauvais moral, d'une incapacité à envisager l'avenir avec un optimisme normal. Les traits sont souvent en rapport avec une absence de confiance en soi, une tendance à l'anxiété et à l'inquiétude, une étroitesse des intérêts et une tendance à l'introversion.

La symptomatologie ne serait pas univoque, les signes que mesure cette échelle pouvant se retrouver dans de nombreuses autres maladies psychiatriques. D'après les auteurs du test, elle serait très sensible.

#### L'ECHELLE D'HYSTERIE

Elle mesure le degré de ressemblance avec des malades ayant présenté des symptômes d'hystérie de conversion ou des malades ayant des traits de caractère hystérique. Une note élevée traduit presque toujours un important degré d'immaturation affective, une absence de pénétration psychologique, une tendance à l'exploitation de l'entourage et une revendication affective.

Il est à noter que, dans quelques cas d'hystérie de conversion caractérisés par de rares signes cliniques, l'échelle peut ne rien révéler.

#### L'ECHELLE DE DEVIATION PSYCHOPATHIQUE

Le terme de déviation est ici synonyme de déséquilibre, c'est à dire d'absence de réaction émotionnelle profonde, d'égoïsme, d'incapacité à profiter de l'expérience acquise et d'un mépris des usages sociaux pouvant aller jusqu'au comportement antisocial.

Le type de sujets à qui ce test a été proposé sont de jeunes délinquants, des prisonniers et des psychopathes. L'échelle mesure le degré de ressemblance avec cette population pré-citée. La sensibilité de l'échelle est très grande et elle permet de détecter la tendance au déséquilibre alors qu'il est difficile de le faire cliniquement.

#### L'ECHELLE DE MASCULINITE-FEMINITE

Il s'agit d'une échelle d'attitude et d'intérêts sexuels. Un résultat élevé indique une déviation de la structure des intérêts dans la direction du sexe opposé. Chez l'homme, une note élevée signifie une attitude et des intérêts sexuels de type féminin, semblables à ceux de certains homosexuels masculins. Il ne faut pas conclure à l'homosexualité pour autant sans confirmation par ailleurs, tout au plus, peut-on parler de tendances homosexuelles. Le niveau social intervient également.

## L'ECHELLE DE PARANOIA

Pour construire cette échelle, les auteurs ont utilisé un groupe de sujets caractérisés par la méfiance, l'hypersensitivité, les idées de persécution. Le diagnostic de cette population était : caractère paranoïaque ou délire paranoïaque.

Un résultat élevé peut se rencontrer aussi bien dans le caractère que dans le délire paranoïaque mais les déviations importantes correspondent le plus souvent au second cas.

## L'ECHELLE DE PSYCHASTHENIE

L'échelle a été construite avec un groupe de patients présentant des troubles psychologiques où dominant la fatigabilité physique et intellectuelle, le doute, l'indécision, le sentiment d'incomplétude, les phobies et les compulsions mineures.

Un résultat élevé mesure le degré de ressemblance avec cette population. Cette échelle est très sensible car même les sujets chez qui les symptômes psychasténiques sont mineurs, obtiennent des résultats significativement plus élevés que les autres.

## L'ECHELLE DE SCHIZOPHRENIE

La schizophrénie représente en fait un groupe d'affections assez hétérogènes, ayant en commun d'entraîner un bouleversement des rapports intellectuels, affectifs et sociaux avec le monde extérieur et détermine un comportement dit bizarre par l'entourage.

Les patients qui ont été étudiés, n'ont pu recouvrir que de façon très partielle la sémiologie de la schizophrénie. Les études de validation ont révélé que seul, 60% de cas de schizophrénie ont été détectés. Inversement, un résultat élevé ne doit pas automatiquement assurer du diagnostic.

#### L'ECHELLE D'HYPOMANIE

Les auteurs ont eu des difficultés à construire cette échelle car le sujet hypomane se différencie très peu du sujet normal.

L'échelle appréhende le facteur personnalité caractérisé par l'hyperactivité de la pensée et de l'action. Elle mesure le degré de ressemblance avec une population dont les traits principaux sont l'instabilité de l'humeur (euphorie, enthousiasme ou légère dépression), l'exitation psycho-motrice, l'hyperactivité, la facilité à passer à l'acte. Les études de validation ont montré que seul 60% de cas diagnostiqués d'hypomanie sont détectés par l'échelle.

Quelque soit l'échelle prise en compte, le diagnostic de personnalité ne pourra être formelle, et la clinique l'emportera sur les tests psychométriques et ce quelque soit la validité du test.

#### LES ECHELLES DE VALIDITE

L'ECHELLE " ? " correspond au nombre de " je ne sais pas ". Pour un nombre supérieur ou égal à 70, nous sommes en droit de douter de la validité du profil de personnalité. Il est possible que le sujet n'ait pas compris ou soit dans l'incapacité de prendre une décision.

L'ECHELLE " L " comprend 15 items correspondant à une situation socialement favorable mais rare pour laquelle le sujet doit admettre un comportement non désirable. Un résultat élevé montre que le sujet a tendance à se montrer sous un jour agréable et fait douter de la véracité des autres réponses.

L'ECHELLE " F " comprend 64 items correspondant à des réponses rarement (< à 10%) données dans la population de sujets dit normaux. Une réponse élevée à cette échelle correspond à un non conformisme, ou le fait de ne pas comprendre les questions ou un trucage délibéré des résultats dans un sens favorable.

L'ECHELLE " K " est un facteur de correction destiné à affiner les échelles cliniques. Au plan statistique, " K " est une variable supprimante. Nous pouvons dire qu'un score élevé à cette échelle, est indicatif d'une attitude d'hyperdéfense et un score bas d'une tendance exagérée à s'autocritiquer et à admettre l'existence d'une maladie.

L'INDICE DE DISSIMULATION " F-K " DE GOUGH : Une différence fortement négative (c'est à dire le score à l'échelle K très supérieur au score de l'échelle F) indique que le sujet a falsifié les résultats dans le sens favorable et inversement. Pour la population de l'échantillon, 95% des sujets normaux obtiennent une différence entre +12 et -18, ce qui correspond à 2 écarts types de part et d'autre de la moyenne  $m=-3$  alors que les 5% restants se situent en dehors de cette différence.

L'INDICE D'ANXIETE DE WELSH OU ANXIETY INDEX se calcule comme la somme des scores aux échelles correspondantes réparti de la façon suivante :

$$A I = ( Hs + D + Hy ) : 3 + ( D + Pt ) - ( Hs + Hy )$$

A I se distribue autour d'une valeur moyenne de 50.

RAPPORT D'INTERIORISATION DE WELSCH OU INTERNALISATION RATIO est défini comme le rapport, I R, entre la somme des scores des échelles correspondantes, Hs + D + Pt sur la somme des scores Hy + Pd + Ma. I R se distribue autour d'une moyenne théorique de 1. Les sujets qui tendent à avoir de nombreux symptômes somatiques ou subjectifs qu'ils intériorisent auront des valeurs supérieures à 1.

Le M.M.P.I. se définit par rapport à un système psychologique dérivé de la nosologie psychiatrique où les symptômes psychiatriques sont considérés comme des exagérations morbides des traits normaux. Les échelles ne mesurent que le degré de ressemblance du sujet avec ce type de malade et il faut tenir compte des résultats des autres échelles : Il faut rester prudent devant une échelle de psychose élevée de façon isolée.

## SYNTHESE DE LA PARTIE THEORIQUE

Nous avons essayé, au travers de l'approche théorique, de définir le sujet, de préciser le concept de psychosomatique, et de parcourir les différents courants de pensée de la psychosomatique.

Mais, nous devons garder à l'idée que la psychosomatique propose un autre regard sur l'étiologie de la maladie tout en respectant le fait biologique. L'avantage de la psychosomatique est de ne pas se limiter à l'étage mental pour intégrer dans son analyse les défaillances psychiques et leurs traductions somatiques.

Nous allons maintenant aborder le deuxième chapitre, la partie pratique de l'étude.

DEUXIEME CHAPITRE : PARTIE PRATIQUE

## 1. METHODOLOGIE

### 1. 1 METHODES

Notre étude s'est proposée de rechercher sur une population de 100 patients coronariens, de sexe masculin présentant un angor, des facteurs psychologiques liés à l'infarctus du myocarde.

Quels sont les types de comportement qui jouent un rôle important?

Quels traits de personnalité pouvons-nous repérer?

Au delà du Pattern A qui identifie le mode de comportement du patient susceptible de devenir coronarien dans la population indemne de coronaropathie, est-il possible de mettre en évidence un ensemble de fonctionnements correspondant à une certaine vulnérabilité face à l'infarctus du myocarde?

Nous avons proposé un questionnaire standard composé de 4 tests de comportement et d'un test de personnalité à 120 patients hospitalisés dans le service du Professeur Bensaïd du Centre Hospitalo-universitaire de LIMOGES avec le diagnostic d'insuffisance coronarienne et qui vont bénéficier d'une coronarographie. Le questionnaire leur a toujours été remis avant la coronarographie.

Chaque dossier de patient insuffisant coronarien comprend :

1/ l'examen du dossier médical et l'interrogatoire afin de rechercher les facteurs de risque :

- une hypertension artérielle (systolique à 16 ; diastolique à 10)

- une hypercholestérolémie (cholestérol supérieur à 7,2 mmoles/L)
- un tabagisme pris en compte à partir d'une consommation de plus de 1 paquet / année,

Nous avons également chercher le type de l'insuffisance coronarienne :

- angine de poitrine d'effort stable, angor de Prinzmetal, angor instable, qui ont été groupés dans la population "non infarctus",
- la population "infarctus" qui comprend les patients ayant présenté un infarctus récent (moins de 6 mois), les patients entrant dans le service avec le diagnostic d'infarctus, et ceux dont les séquelles de nécrose ne sont découvertes qu'après la coronarographie.

2/ la coronarographie avec une ciné-angiographie ventriculaire gauche et opacification des coronaires. Nous avons choisi de répartir les résultats de la fraction d'éjection, FE, en :

- FE normale pour une valeur supérieure ou égale à 65%,
- FE pathologique pour une valeur inférieure à 65%.

La coronarographie est considérée comme pathologique pour une réduction de calibre du vaisseau de plus de 50%. Nous avons classé les résultats de l'opacification des coronaires :

- normal, aucune sténose significative,
- monotronculaire,
- bitronculaire,
- tritronculaire.

3/ La décision thérapeutique est prise à la suite de la coronarographie. Nous avons classifié cette donnée en :

- angioplastie transluminale, ATL,
- pontage aorto-coronarien, CHR ; les patients qui ont dans un premier temps bénéficié d'une ATL qui a échoué, puis d'un pontage aorto-coronarien dans un deuxième temps sont dans la classe CHR.
- traitement médical, MED, qui comprend les patients ayant une coronarographie normale, les atteintes tronculaires trop sévères pour être opérées (mauvais réseau de revascularisation), les cas où la chirurgie est refusée en raison du mauvais état général (insuffisance rénale par exemple).

3/ après la sortie de l'hôpital, un suivi pour la population "non infarctus" par téléphone et sur les dossiers du service de Cardiologie pour une période de 9 mois afin de repérer la survenue de nouveaux éléments qui se répartissent comme suit :

- 1 : une nouvelle hospitalisation pour une douleur d'angor, une insuffisance cardiaque, un malaise avec perte de connaissance. Les hospitalisations pour examens de surveillance programmés ne sont pas pris en compte.
- 2 : un décès (autre que pendant le pontage aorto-coronarien)
- 3 : un infarctus du myocarde
- 4 : un pontage aorto-coronarien
- 5 : une angioplastie transluminale.

5/ un questionnaire standard que voici :

## LE QUESTIONNAIRE STANDARD

Proposé aux patients, en précisant qu'il est facultatif, l'autoquestionnaire est rendu dans un délai de 48 heures. Il comprend 19 pages dont :

- le premier autoquestionnaire renseigne sur l'état civil, le nom, le prénom, le date et le lieu de naissance, la profession, l'adresse, le numéro de téléphone, la situation familiale et le nombre d'enfants.

- le deuxième autoquestionnaire extrait de l'entretien dirigé de FRIEDMAN et ROSEMAN (1959), dont la réalisation n'a pas été possible pour des raisons techniques (examinateur entraîné). BEAUFILS, 1986. Il comprend 29 items. Nous avons proposé 4 réponses afin d'éviter les choix médians. Le plus fort niveau est affecté aux traits de comportement du Pattern A. L'absence de réponse est cotée 0. Pour ce test, nous n'avons pas de moyenne proposée par les auteurs. Nous utilisons la moyenne théorique qui est de 72,5.

- le troisième test de BORTNER (1969) La proposition qui est faite au patient est "placez-vous d'une croix sur l'échelle entre les 2 extrémités". La cotation se fait ensuite de 1 à 24, le score le plus élevé correspond au Pattern A. Pour ce test, les scores supérieurs à la moyenne de 168 correspondent au Pattern A d'après BORTNER (1969).

- le quatrième test prédictif de FRIEDMAN et coll (1974) comporte 30 questions. Nous avons coté en mettant la plus forte note pour les caractéristiques du Pattern A.

- le cinquième test de FRAMINGHAM a 75 items. BEAUFILS, 1986.

- un test de personnalité : MMPI.

Nous avons choisi de classer les scores pour les 9 échelles de personnalité du MMPI (hypocondrie, hystérie, dépression, déviation psychopathique, masculinité/féminité, paranoïa, psychasthénie, schizophrénie et manie), comme suit :

- normal pour un total inférieur à 55,
- traits de caractère entre 55 et 69,
- pathologique pour une valeur supérieure ou égale à 70 (80 pour l'échelle de schizophrénie).

Les scores sont les résultats bruts corrigés du facteur K qui fait partie des 4 échelles de validité comme nous l'avons envisagé dans la partie "instruments nécessaires à la construction du questionnaire standard".

## AUTO-QUESTIONNAIRE

Date :

I - ETAT CIVIL

- NOM :
- Prénoms :
- Date de naissance :
- Lieu de naissance :
- Adresse :
  
- Profession :
  
- Enfants :

II -AUTO-QUESTIONNAIRE N. 2

1 - Quand vous jouez avec des amis (jeu de cartes, jeux sportifs) vous donnez-vous à fond dans le but de gagner du début à la fin ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

2 - Quand vous jouez avec vos enfants est-ce que d'habitude vous les laissez gagner exprès ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

3 - Conduisez-vous vite, au-dessus de la limite permise ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

4 - Cela vous irrite-t-il d'avoir devant vous un conducteur qui vous ralenti ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

5 - Vous considère-t-on comme hyperactif ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

6 - Marchez-vous vite ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

7 - Aimez-vous paresser à table ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

8 - Vous mettez-vous en colère si vous êtes obligés d'attendre une table au restaurant ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

9 - Vous levez-vous tôt ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

10 - Avez-vous participé à des cours de perfectionnement dans le but d'augmenter vos chances d'avancement ou de promotion ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

11 - Vous arrive-t-il d'être insatisfait de votre travail actuel et d'espérer mieux ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

12 - Prenez-vous du plaisir lorsqu'il y a de la concurrence, de la compétition dans votre métier ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

13 - Avez-vous changé de profession ces dix dernières années ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

14 - Avez-vous changé d'orientation professionnelle ces dix dernières années ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

15 - Avez-vous eu des promotions ces dix dernières années ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

16 - Prenez-vous du temps pour vos loisirs ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

17 - Continuez-vous à penser à votre travail en faisant autre chose ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

- 18 - Arrivez-vous à l'heure aux rendez-vous ?  
Non  Rarement  Souvent  Très souvent
- 19 - Vous impatientez-vous lorsque vous voyez quelqu'un faire plus lentement ce que vous pensez pouvoir faire plus vite ?  
Non  Rarement  Souvent  Très souvent
- 20 - Exercez-vous un métier où il y a des temps morts ?  
Non  Rarement  Souvent  Très souvent
- 21 - Exercez-vous une activité sociale pendant vos loisirs ?  
Non  Rarement  Souvent  Très souvent
- 22 - Pendant vos loisirs, vous arrive-t-il d'animer un groupe, de diriger une organisation ?  
Non  Rarement  Souvent  Très souvent
- 23 - Essayez-vous d'obtenir le respect et l'admiration de vos supérieurs ?  
Non  Rarement  Souvent  Très souvent
- 24 - Considérez-vous que vous êtes sévère envers vos employés ?  
Non  Rarement  Souvent  Très souvent
- 25 - Vous investissez-vous surtout dans votre profession plutôt que dans votre vie familiale ?  
Non  Rarement  Souvent  Très souvent
- 26 - Vous arrive-t-il d'avoir des dettes ?  
Non  Rarement  Souvent  Très souvent

27 - Y-a-t-il des conflits familiaux à propos de politique ou de religion par exemple ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

28 - Vous disputez-vous avec votre femme ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent

29 - Avez-vous des relations sexuelles avec votre femme ?

Non  Rarement  Souvent  Très souvent



IV - TEST N. 4

1 - Je crois que j'aimerais travailler comme garde forestier.

OUI  NON

2 - J'aime lire de la poésie.

OUI  NON

3 - Je souhaite souvent ne pas être dérangé par des problèmes relatifs au sexe.

OUI  NON

4 - J'espère souvent ne pas être aussi facilement embarrassé par certaines émotions.

OUI  NON

5 - Il m'arrive parfois de rire de jeux de mots grossiers.

OUI  NON

6 - Parfois j'ai l'impression que les choses ne sont pas réelles.

OUI  NON

7 - Parfois j'ai une forte impulsion qui me pousse à faire quelque chose de nocif et de choquant.

OUI  NON

8 - Parfois j'ai le sentiment que quelqu'un me fait des choses en m'hypnotisant.

OUI  NON

- 9 - Parfois j'ai envie de rire et de pleurer de façon incontrôlable.  
OUI  NON
- 10 - Ecolier je faisais des bêtises et des farces.  
OUI  NON
- 11 - Je me suis souvent demandé pourquoi l'esprit du diable me possédait par moment.  
OUI  NON
- 12 - Je me suis souvent demandé pourquoi je devenais anxieux et bouleversé lorsque je devais faire un petit voyage en dehors de chez moi.  
OUI  NON
- 13 - Actuellement j'ai des pensées particulières et étranges.  
OUI  NON
- 14 - Actuellement mes jugements sont meilleurs qu'auparavant.  
OUI  NON
- 15 - Plus que d'autres personnes j'ai des troubles de concentration.  
OUI  NON
- 16 - Plus que d'autres personnes je ferais mieux de m'asseoir et de rêver que de faire quoique ce soit.  
OUI  NON
- 17 - Il y a des moments où sans raison je me sens euphorique au dessus du monde.  
OUI  NON

18 - Dans l'année écoulée avez-vous eu souvent des difficultés pour vous endormir.

OUI  NON

19 - Dans l'année écoulée avez-vous eu souvent des difficultés pour rester endormi.

OUI  NON

20 - Dans l'année écoulée avez-vous souvent eu l'impression de vous réveiller fatigué et usé.

OUI  NON

21 - Dans l'année écoulée avez-vous eu souvent le sentiment d'être complètement usé.

OUI  NON

22 - Dans l'année écoulée avez-vous eu l'impression d'avoir des tremblements intérieurs de tout le corps ou des extrémités.

OUI  NON

23 - Dans l'année écoulée avez-vous trouvé que votre mauvaise santé vous rendait malheureux très souvent.

OUI  NON

24 - Je travaille mieux sous la pression de demandes extérieures, d'ultimatum.

OUI  NON

25 - Mon aspect physique est important pour moi. Je fais de l'exercice régulièrement, je mange équilibré, je prends des vitamines ou je dors beaucoup.

OUI  NON

26 - Je peux habituellement amener les autres à faire ce que je veux qu'ils fassent.

OUI           NON

27 - J'aime les jeux de société quand je suis à une soirée.

OUI           NON

28 - J'ai l'impression que ma mère ne m'aime pas.

OUI           NON

29 - J'aime prendre des vacances.

OUI           NON

30 - Je suis généralement à l'heure au rendez-vous.

OUI           NON

V - TEST N. 5

Quels sont les traits et les qualités vous caractérisant .

1 - Etes-vous compétitif ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

2 - Etes-vous pressé ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

3 - Avez-vous un comportement dominant ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

4 - Avez-vous besoin d'être le meilleur ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

Quels sont vos sentiments après une journée de travail ?

5 - Etes-vous toujours pressé ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

6 - Pensez-vous encore à votre travail ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

7 - Ressentez-vous un sentiment d'insatisfaction ou d'incertitude à propos du travail effectué ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

Quels sont les traits et les qualités qui vous caractérisent ?

8 - Etes-vous facilement ému ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

9 - Etes-vous facilement irritable ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

10 - Etes-vous facilement excitable ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

11 - Etes-vous facilement déprimé ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

12 - Etes-vous plus soucieux que nécessaire ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

13 - Pleurez-vous facilement ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

14 - Etes-vous facilement blessé sentimentalement ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

15 - Etes-vous très nerveux ?

OUI  NON

16 - Etes-vous facilement gêné ?

OUI  NON

17 - Etes-vous facilement contrarié ?

OUI  NON

18 - Etes-vous généralement calme ?

OUI  NON

19 - Etes-vous socialement très ambitieux ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

20 - Etes-vous financièrement très ambitieux ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

21 - Avez-vous besoin d'exceller partout ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

22 - Avez-vous le sens de l'humour ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

23 - Etes-vous facile à vivre ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

24 - Savez-vous profiter de la vie ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

Quelles sont vos relations avec votre supérieur hiérarchique.

25 - Avez-vous totalement confiance en lui ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

26 - Est-il coopérant ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

27 - Vous apprécie-t-il ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

28 - Vous gêne-t-il dans vos actions ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

29 - Vous remet-il à votre place ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

30 - S'intéresse-t-il personnellement à vous ?

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

31 - Dans l'ensemble avez-vous fait un mariage heureux ?

Très heureux  Heureux  Moyen  Malheureux

Très malheureux

32 - Dans l'ensemble pensez-vous que votre épouse soit :

Très heureux  Heureux  Moyen  Malheureux

Très malheureux

33 - Dans le mariage êtes-vous plus, autant ou moins satisfait que vos proches amis ?

Plus  Autant  Moins

34 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur les problèmes financiers ?

Souvent  Parfois  Jamais

35 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur les loisirs.

Souvent  Parfois  Jamais

36 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur la religion.

Souvent  Parfois  Jamais

37 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur le temps passé ensemble.

Souvent  Parfois  Jamais

38 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur le jeu.

Souvent  Parfois  Jamais

39 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur les rapports avec la belle famille.

Souvent  Parfois  Jamais

40 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur l'éducation des enfants.

Souvent  Parfois  Jamais

41 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur le lieu d'habitation.

Souvent  Parfois  Jamais

42 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur la façon de gagner sa vie.

Souvent  Parfois  Jamais

43 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur les travaux ménagers.

Souvent  Parfois  Jamais

44 - Etes-vous en désaccord avec votre épouse sur la boisson.

Souvent  Parfois  Jamais

45 - Votre travail nécessite-t-il des activités supplémentaires.

Souvent  Parfois  Jamais

46 - Votre travail nécessite-t-il un emploi du temps rigide.

OUI  NON

47 - Craignez-vous le vieillissement à propos du vieillissement physique ?

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

48 - Craignez-vous le vieillissement à propos de la retraite.

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

49 - Craignez-vous le vieillissement à propos de la maladie.

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

50 - Craignez-vous le vieillissement à propos de la mort.

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

51 - Craignez-vous le vieillissement à propos de la solitude.

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

52 - Avez-vous des soucis personnels à propos de problèmes sexuels.

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

53 - Avez-vous des soucis personnels à propos de changement de la vie.

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

54 - Avez-vous des soucis personnels à propos de difficultés familiales.

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

55 - Avez-vous des soucis personnels à propos d'échecs dans la vie.

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

56 - Etes-vous souvent gêné par la nervosité ?

OUI  NON

57 - Avez-vous des troubles du sommeil ?

OUI  NON

58 - Etes-vous pris dans une grande tension ?

OUI  NON

59 - Avez-vous des difficultés à vous décontracter ?

OUI  NON

60 - En fin de journée êtes-vous épuisé par le surmenage professionnel ?

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

61 - En fin de journée êtes-vous épuisé par des activités stressantes ?

Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout

- 62 - En fin de journée êtes vous épuisé par une nervosité habituelle ?  
Beaucoup  Moyennement  Un peu  Pas du tout
- 63 - Avez-vous des vertiges et une sensation d'instabilité ?  
OUI  NON
- 64 - Avez-vous des palpitations ?  
OUI  NON
- 65 - Avez-vous une respiration superficielle ?  
OUI  NON
- 66 - Avez-vous un manque de concentration intellectuelle ?  
OUI  NON
- 67 - Lorsque vous êtes ennuyé ou en colère vous le faites rejaillir sur les autres ?  
Beaucoup  Assez  Pas trop
- 68 - Lorsque vous êtes ennuyé ou en colère blâmez-vous quelqu'un d'autre ?  
Beaucoup  Assez  Pas trop
- 69 - Lorsque vous êtes ennuyé ou en colère vous en parler aux amis ou aux parents ?  
Beaucoup  Assez  Pas trop
- 70 - Lorsque vous êtes ennuyé ou en colère vous le faites partager ?  
Beaucoup  Assez  Pas trop

71 - Lorsque vous êtes ennuyé ou en colère vous ne dites rien à votre entourage.

Beaucoup  Assez  Pas trop

72 - Lorsque vous êtes ennuyé ou en colère vous vous excusez même si vous avez raison.

Beaucoup  Assez  Pas trop

73 - Lorsque vous êtes ennuyé ou en colère vous agissez comme si de rien n'était.

Beaucoup  Assez  Pas trop

74 - Lorsque vous êtes ennuyé ou en colère vous êtes tendu.

Beaucoup  Assez  Pas trop

75 - Lorsque vous êtes ennuyé ou en colère vous êtes affaibli.

Beaucoup  Assez  Pas trop

## 1.2. PROFIL DE LA POPULATION ETUDIEE

La population est composée de 100 patients hospitalisés au Centre Hospitalier de LIMOGES, entre juin et août pour le diagnostic d'angor et acceptant de répondre aux questionnaires. Nous avons contacté 120 patients. Deux patients sur dix ont refusé de bénéficier du questionnaire standard, ce qui constitue un biais de recrutement car souvent les oppositions ont été justifiées par une asthénie physique importante due à une coronaropathie grave ou par la crainte d'un test psychiatrique.

Les facteurs de risque sont :

- l'hypertension dans 58% des cas,
- l'hypercholestérolémie dans 45% des cas,
- le tabac dans 47% des cas.

Les 100 patients ont moins de 75 ans. L'âge moyen de la population est de 58,9 ans.

L'écart type est de 10,78 ans(28-75).

Tranches d'âge	Pourcentages
25-29	1
30-34	1
35-39	4
40-44	3
45-49	10
50-54	15
55-59	14
60-64	13
65-69	22
70-74	15
75 ans	2

L'état civil de la population montre :

- 81% mariés,
- 11% célibataires,
- 8% divorcés,
- il n'y a pas de veuf.

L'état civil confirme le caractère social stable du Pattern A.

Pour notre étude, 31% des cas sont d'origine rurale et 69% sont citadins. D'après la définition de l'INSEE, le milieu est rural pour une agglomération inférieure à 2000 habitants et urbain pour un nombre supérieur à 2000 d'après la définition de l'INSEE.

Les professions se répartissent comme suit (catégories de l'INSEE):

- 7% sont agriculteurs exploitants (agriculteurs sur de petites, moyennes ou grandes exploitations),
- 13% sont artisans, commerçants, chefs d'entreprises,
- 10% sont cadres ou ont des professions intellectuelles supérieures (professions libérales, cadres de la fonction publique, professeurs, professions scientifiques, profession de l'information, arts et spectacles, cadres de l'administration, ingénieurs, cadres techniques de l'entreprise selon la définition de l'INSEE),
- 9% ont des professions intermédiaires (instituteurs, professions de santé et travailleurs sociaux, clergé et religieux, techniciens, contre-maîtres et agents de maîtrise),
- 5% sont employés (employés civils, policiers, militaires, employés administratifs et de commerce),
- 20% sont ouvriers (ouvriers agricoles, ouvriers de type artisanal ou industriel, chauffeurs),
- 34% sont retraités des 6 classes professionnelles précédentes,
- 2% sont sans activité professionnelle (chômeurs n'ayant jamais travaillé, élèves et étudiants de 15 ans et plus, militaires du contingent, inactifs).

Une forte proportion de notre population a des enfants : 84%.

Une première approche de notre population montre un certain conformisme social : l'état civil relève une majorité de couples mariés, ayant des enfants et un travail.

5% sont gendarmes, gardiens de la paix, commissaires, surveillants de prisons. Le rôle social est stable dans ce type de population, l'investissement social est important avec un grand respect de la loi et de l'institution.

Nous notons également une forte proportion de patients qui vivent en milieu urbain.

La répartition des classes professionnelles colligent une majorité de retraités. Dans les gens qui travaillent, la plupart sont ouvriers ou commerçants.

La population des sujets présentant un angor intéresse aussi les milieux défavorisés. Les cadres et les professions intellectuelles supérieures ne représentent que 10% de la population angoreuse. Notre enquête aboutit aux mêmes conclusions que celles de LECLERC et coll qui remarque que les classes sociales les plus défavorisées sont les plus exposées aux coronaropathies.

Dans cette étude, 8 patients n'ont pas validé leur test car l'indice de dissimulation de Gough est trop élevé : ils ont falsifié leurs réponses pour donner d'eux une image favorable. 1 sujet a une échelle de validité K augmentée ce qui correspond à une attitude d'hyperdéfense. Bien que l'hyperdéfense et le fait d'essayer de donner une bonne image de soi fassent partie du coping du coronarien, les modalités du test nous interdisent de rechercher leurs traits de personnalité. Au total 9 patients n'ont pu bénéficier du MMPI.

Par ailleurs, 3 patients n'ont pas eu de coronarographie. Bien que l'examen ait été prévu, il a été annulé. Comme les tests ont lieu avant la coronarographie, ces patients sont inclus dans la population étudiée. Pour 4 patients ayant la coronarographie, la fraction d'éjection n'a pu être évaluée.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. RESULTATS DESCRIPTIFS

##### 3.1.1. RESULTATS DE LA CORONAROGRAPHIE

###### 3.1.1.1. RESULTATS SELON LA FRACTION D'EJECTION :

Chez 7 patients, la fraction d'éjection (FE) n'a pu être calculée. En effet, l'évaluation de cette donnée nécessite l'injection d'une dose relativement importante d'iode qui ne peut être réalisée en présence de tares comme une insuffisance rénale ou une insuffisance cardiaque.

Dans cette population, 57% des sujets présentent une fraction d'éjection normale. Comme la fraction d'éjection est un bon reflet du devenir de la fonction myocardique, nous pouvons dire que, pour ces cas, l'évolution de l'insuffisance coronarienne sera favorable.

### 3.1.1.2. RESULTATS SELON L'ETENDUE DES LESIONS CORONARIENNES :

Dans cette étude, la proportion de coronariens qui présente une atteinte sévère, bi ou tritronculaire est de 47% ce qui confirme le résultat de la fraction d'éjection.

(Voir page suivante)

### 3.1.1.3. RESULTATS SELON LA PRESENCE OU NON D'UN INFARCTUS

La population est constituée de 100 coronariens : le nombre des effectifs correspond à celui des pourcentages.

#### TABLEAU DES POURCENTAGES DES INFARCTUS

	POURCENTAGES
Infarctus	47 %
Pas d'infarctus	53 %

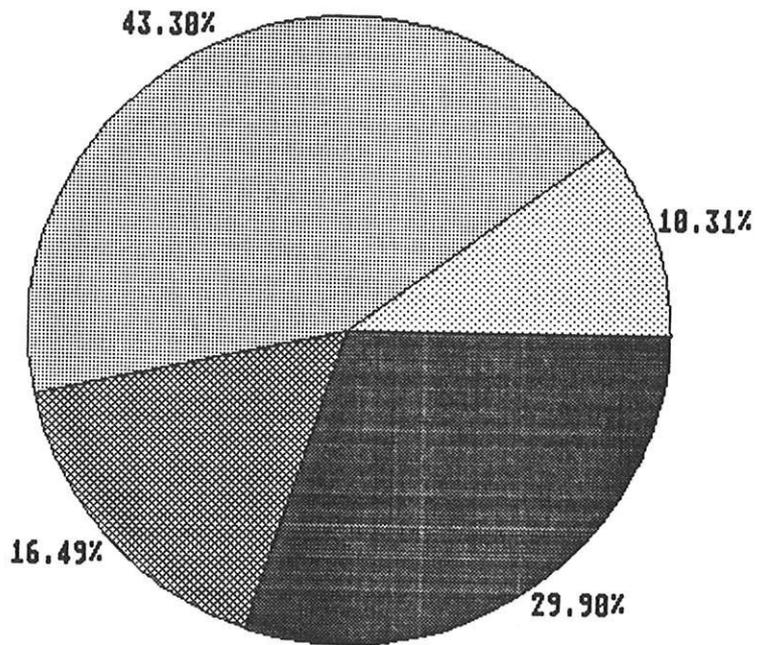
RESULTATS SELON L'ETENDUE DES LESIONS CORONARIENNES

 normale

 mono

 bi

 tri



## 3.1.1.4. RESULTATS SELON LA DECISION THERAPEUTIQUE :

TABLEAU DES POURCENTAGES SELON LA DECISION  
THERAPEUTIQUE

POURCENTAGES	
MED	46%
ATL	27%
CHR	27%

- MED : traitement médical
- ATL : angioplastie transluminale
- CHR : pontage aorto-coronarien

### 3.1.2. RESULTATS DU TEST DE PERSONNALITE MMPI:

9 sujets ont été retirés de la population parce qu'ils avaient un score trop élevé aux échelles de validité ou à l'indice de dissimulation de Gough F-K. Donc sur chaque tableau, il manque 9 réponses.

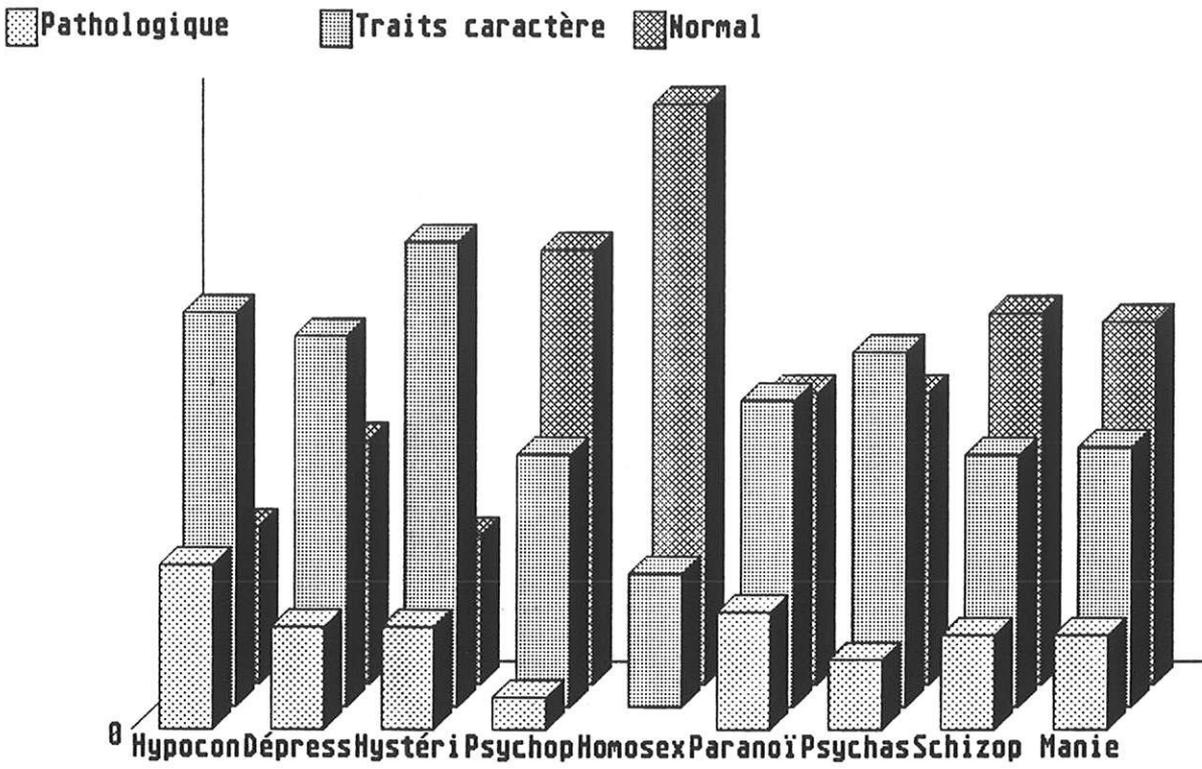
#### TABLEAU DES RESULTATS DU TEST DE PERSONNALITE EN EFFECTIF ET EN POURCENTAGE :

##### 3.1.2.1. ECHELLE D'HYPOCONDRIE

	POURCENTAGES
Normal	22%
Trait de caractère	55%
Pathologique	23%

##### 3.1.2.2. ECHELLE DE DEPRESSION

	POURCENTAGES
Normal	34 %
Trait de caractère	52 %
Pathologique	14 %



RESULTATS DU TEST DE PERSONNALITE

## COMMENTAIRES

- "Les Tris-à-plat" de la population étudiée, montrent qu'il existe un score normal à l'échelle de masculinité/féminité dans 82% des cas et qu'il n'y a aucun score pathologique pour l'échelle de masculinité/féminité. Cette échelle repère les tendances homosexuelles chez l'homme.

- L'étude montre qu'il existe peu de déviation psychopathiques pathologiques. Cette échelle repère de façon très sensible une tendance au déséquilibre social et à l'instabilité.

La population de l'étude, comme l'a montré la répartition des professions et l'état civil, se caractérise par un certain conformisme social, ce que corrobore les échelles de psychopathie et de masculinité/féminité que nous venons de voir.

- La troisième remarque que l'on peut faire est le pourcentage élevé de traits de caractère hystérique.

Dans les traits de caractère hystérique, la manipulation de l'entourage peut ressembler à un mécanisme du Pattern A.

- De manière globale, la dépression et l'hypocondrie ont des scores élevés pour les traits de caractère. Une forte partie de la population présente des scores élevés pour les trois premières échelles dites "échelles de névrose".

L'échelle de dépression est trop sensible d'après les auteurs du test, pour que nous puissions envisager une véritable maladie dépressive. Et pourtant, le sentiment d'inutilité des patients

coronariens alités confrontés à leurs maladies se retrouve de façon univoque dans leur discours. Nos patients expriment également une difficulté à se projeter dans l'avenir avec optimisme.

L'insuffisance coronarienne engage le pronostic vital, et face à cette angoisse de mort, le patient réagit par un repli sur soi et une diminution des intérêts pour se centrer sur le corps, ce qui explique un score élevé à l'échelle d'hypocondrie qui traduit une préoccupation exagérée pour sa santé.

- Les échelles de psychasthénie, de manie et de schizophrénie sont en général basses.

- Les patients de notre étude ont un score pathologique à l'échelle de paranoïa dans 16,5% des cas. Ce nombre élevé peut correspondre aux nombreux points communs qui existent entre la personnalité paranoïaque et le Pattern A comme nous l'envisagerons plus loin.

### 3.1.2.10 RESULTATS DE L'INDICE D'ANXIETE :

62% des patients ont un indice d'anxiété supérieur à 50.

Le terme d'anxiété a une racine indo-européenne commune avec le mot angor : "Angh" qui signifie serrer. La nosographie classique isole l'angoisse réelle, l'angoisse vitale liée à une menace interne et l'angoisse de conscience ressentie lorsqu'il y a désaccord avec les principes moraux. LEGER, GAROUX, CLEMENT (1985).

L'anxiété, se divise en :

- les crises d'anxiété aiguës ou paroxystiques : c'est un sentiment d'effroi, de peur, de crainte d'un danger imminent qui submerge brutalement le patient.
- l'anxiété généralisée : perturbation chronique associant un pessimisme constant, une attente du danger, et des signes somatiques tels que des épisodes de tachycardie, d'oppression thoracique...
- la constitution anxieuse ou personnalité anxieuse : correspond à des sujets toujours en état d'alerte, avec une tendance au pessimisme et des stigmates somatiques tels qu'une hypertension artérielle. LEGER et CLEMENT (1985).

L'anxiété est présente dans le discours des patients hospitalisés dans les unités de Cardiologie et surtout en Soins Intensifs où règne une atmosphère particulière. La surveillance médicale indispensable avec les scopes, les alarmes sonores, les soins

de réanimation provoquent un sentiment de danger imminent que le patient amplifie péjorativement. La maladie coronarienne, où le pronostic vital peut être engagé à tout moment, renforce l'anxiété.

L'anxiété est, le plus souvent, associée à des manifestations neuro-végétatives où la symptomatologie cardiaque et respiratoire tient une large place : palpitations, tachycardie, douleur précordiale, bouffée vasomotrice, pâleur, dyspnée, sensation d'étouffement, blocage respiratoire... Ces signes peuvent être très bruyants et se présenter comme les seuls éléments du tableau clinique. Il s'agit alors d'équivalents somatiques de l'anxiété. HARDY et Coll.(1985).

La clinique de l'angoisse et de l'angor ont des points communs, alimentant ainsi l'expérience de l'angoisse chez le coronarien habitué à guetter les circonstances de la survenue de la douleur, son intensité, et sa durée, mais aussi l'efficacité des dérivés nitrés.

Dans l'anxiété, l'insomnie d'endormissement est souvent retrouvé dans le discours des patients associée à des pensées pessimistes, des réveils fréquents, des cauchemars.

Le fond anxieux se caractérise également par une émotivité, une labilité émotionnelle que d'autres tests de personnalité avaient mis en évidence.

### 3.1.2.11 RESULTATS DE L'INDICE D'INTERIORISATION :

L'indice d'intériorisation montre également une majorité de résultats supérieurs à 1.

L'indice d'intériorisation mesure le degré d'introversion du patient, ("intériorisation" est un terme psychanalytique). L'introversion est le retrait d'intérêt du monde extérieur. L'introverti est un sujet qui est replié sur lui-même, renfermé (PIERON 1973).

Ce trait de caractère est présent dans 68 % des cas de notre étude.

Certaines maladies remplissent pour le malade, une fonction d'évasion, c'est-à-dire lui fournissent le moyen efficace d'échapper à ses difficultés. Ceci se traduit par une diminution des centres d'intérêts accompagnée une rupture des liens avec le milieu habituel. Pour certains, cette rétraction est une occasion légitime d'éviter les contacts et les situations désagréables.

D'après DELAY et PICHOT (1964), JUNG a le premier définit les caractères introvertis et extravertis. Il s'agit de typologie analytique culturaliste, qui envisage les relations entre les individus comme la base d'une classification. L'aspect principal de la typologie de JUNG concerne la tendance que possède la libido, c'est-à-dire les énergies instinctuelles de l'individu (qui, pour cet auteur ne sont pas forcément de nature sexuelle) à être dirigées soient vers le monde extérieur et vers les objets (extraversion), soit vers le monde

intérieur (intraversion). L'extraverti accorde de l'importance à la richesse, au prestige et recherche l'approbation sociale. Il tend à être conformiste, sociable et il aime les activités extérieures, le changement et la variété. Les émotions sont peu profondes.

A l'inverse, l'introverti est un original, peu sociable dont l'intérêt essentiel est situé dans la sphère des idées. Sa personnalité est étroite et profonde. L'introverti a une humeur froide et distante par rapport aux événements, avec une atonie affective. Il ne faut pas le confondre avec la personnalité schizoïde car, le plus souvent cette insensibilité n'est qu'apparente. Paradoxalement, l'absence de résonance affective directe cache un noyau de sensibilité exacerbée. Les réactions intimes sont profondes. Entre l'évènement et le sujet, s'interposent des défenses qui le mettent à distance. L'évènement devient très intellectualisé. Il n'est plus inquiétant. L'introverti vit tourné vers le monde intérieur. Il s'agit d'un sujet hyperesthésique.

Le coronarien présente dans ses mécanismes de défenses, une mise à distance de ses émotions, un repli sur soi, une focalisation de ses centres d'intérêts. Le déni peut se marquer par une intériorisation du problème.

Le nombre élevé des patients coronariens introvertis incite à être particulièrement attentif à la souffrance psychique du coronarien non extériorisée et qui reste un facteur de stress.

### 3.1.3. RESULTATS DES AUTOQUESTIONNAIRES SUR LE COMPORTEMENT :

#### 3.1.3.1. L'AUTOQUESTIONNAIRE DE FRIEDMAN ET ROSENMAN

Ce test évalue le Pattern A ou le Pattern B. La moyenne de la population est à 64,48 plus ou moins 10 (35-110) et les sujets se répartissent de manière à peu près égale entre A et B, avec une légère prédominance des Pattern B : 53 B pour 47 A.

#### 3.1.3.2. LE TEST DE BORTNER

Dans notre étude, il montre une large prédominance des Pattern A sur les B : 79 A pour 21 B. Nous avons rencontré plusieurs Pattern A extrêmes totalisant le maximum des points. A ce test, la moyenne de notre population est 239,32 plus ou moins 62 (74-324).

#### 3.1.3.3. LE TEST PREDICTIF D'INFARCTUS DE FRIEDMAN

Le test de FRIEDMAN retrouve 60 % de diagnostic prédictif d'infarctus. Le "tri-à-plat" ne permet pas d'en dire plus. La moyenne de la population est de 42 plus ou moins 4 (25-53).

#### 3.1.3.4. LE TEST DE FRAMINGHAM

La moyenne de notre étude est de 140 plus ou moins 23 (96-244). Les patients se répartissent en 52 Pattern A et 48 Pattern B.

Dans notre étude, les deux tests de FRIEDMAN et ROSENMAN et de FRAMINGHAM montrent que la moitié environ de la population présente un Pattern A. Par contre le test de BORTNER retrouve une prédominance du Pattern A.

### 3.2. RESULTATS DES TRIS CROISES

Nous avons ensuite étudié les corrélations entre les différentes variables prises deux à deux par la méthode du chi-deux. Sauf mention contraire, la probabilité critique est de  $p < 0,05$ .

#### 3.2.1. CORRELATIONS ENTRE LA PERSONNALITE ET LES DONNEES CLINIQUES

Tableau d'effectifs :

Clinique	angor	infarctus
Hystérie		
normal	5	14
traits de caractère	37	22
pathologique	6	7

Les patients qui ont présenté un infarctus ont un score bas à l'échelle d'hystérie.

Les patients présentant un angor seul ont, par contre, un score élevé dans la zone pathologique à cette même échelle.

(Chi-deux = 7,9)

Dans notre étude, il n'y a pas d'autre croisement significatif entre la clinique et les autres échelles de personnalité du MMPI.

La littérature a montré

- une tendance obsessionnelle avec le test de personnalité SHEPI chez les futurs angineux dans l'étude prospective de JOUVE et Coll (1961),
- un score pathologique pour les échelles d'hystérie et d'hypocondrie avec le test de personnalité MMPI chez les futurs angineux pour le suivi prospectif de OSFELT et coll, (1964),
- et dans l'étude prospective israélienne, le score pathologique des échelles d'hystérie et d'hypocondrie avec le test de personnalité MMPI est corrélé à l'angor mais pas à l'infarctus. MEDALIE et GOLDBOURG (1976).

Ces résultats sont obtenus après des suivis de plusieurs années, avec des échantillons de population très importants mais la coronarographie ne fait pas partie des investigations paracliniques utilisées dans ces études.

L'étude de BASS (1984) met en évidence chez des sujets ayant des coronaires saines un score élevé à l'échelle de nervosisme avec le test de SHEPI (ce qui correspond à l'hystérie et à hypocondrie du MMPI).

### 3.2.2. CORRELATIONS ENTRE LES TESTS DE COMPORTEMENT ET LES DONNEES CLINIQUES

La fraction d'éjection était cotée en deux modalités : normale (FE supérieure ou égale à 65%) et pathologique (FE inférieure à 65%).

FE	FE normale	FE pathologique
Pattern		
Pattern A	19	27
Pattern B	34	13

Les Pattern B évalués sur le test de FRIEDMAN et ROSENMAN ont une fraction d'éjection pathologique, alors que les Pattern A évalués par ce même test ont une fraction d'éjection normale.

(chi-deux = 9,14,  $p < 0,005$ )

La littérature nous a permis de colliger l'étude prospective de FRIEDMAN et ROSEMAN (1959), de JENKINS et coll. (1974) qui montrent chez les futurs coronariens un comportement de type A dans les deux études. Le suivi de HAYNES et FEINLEIB (1982) associe significativement angor et infarctus au Pattern A.

Ces études ont été réalisées sur un suivi de plusieurs années et ne sont pas basées sur la clinique uniquement. L'étude de BASS (1984), qui propose une coronarographie dans ces investigations

paracliniques, a montré une association coronaires saines et Pattern A. Les résultats de BLUMENTHAL et coll (1978), avec le même protocole d'étude, sont opposés puisqu'ils associent coronaires pathologiques et Pattern A.

### 3.2.3 CORRELATION ENTRE LE TEST DE PERSONNALITE MMPI ET LES AUTOQUESTIONNAIRES DE COMPORTEMENT

3.2.3.1/ Corrélation entre l'échelle de dépression et le quatrième test prédictif de FRIEDMAN.

Test de FRIEDMAN	bas	élevé
Dépression		
Normal	17	14
Traits	17	30
Patho	2	11

Il existe un lien entre le score à l'échelle de dépression et le test de FRIEDMAN.

- un score plutôt bas au test de FRIEDMAN est lié à un score normal à l'échelle de dépression.

- un score plutôt élevé au test de FRIEDMAN est lié à un score qui se situe dans la zone pathologique à l'échelle de dépression.

(chi-deux = 6,43)

3.2.3.2/ Corrélation entre l'échelle de psychasthénie et le quatrième test prédictif de FRIEDMAN

Test de FRIEDMAN	bas	élevé
Psychasthénie		
normal	20	17
traits	15	30
patho	1	8

Il existe un lien entre le score à l'échelle de psychasthénie et le test de FRIEDMAN.

- un résultat plutôt bas au test de FRIEDMAN est lié à un score normal à l'échelle de psychasthénie.
- un résultat plutôt élevé au test de FRIEDMAN est lié à un score élevé dans la zone pathologique à l'échelle de psychasthénie. (chi-deux = 7,03)

### 3.2.3.3/ Corrélation entre l'échelle de schizophrénie et le quatrième test prédictif de FRIEDMAN

Test de FRIEDMAN	bas	élevé
Schizophrénie		
Normal	23	24
Traits	12	20
Patho	1	20

Il existe un lien entre le score de l'échelle de schizophrénie et le test de FRIEDMAN.

- Un résultat bas au test de FRIEDMAN est lié à un score normal à l'échelle de schizophrénie.

- Un résultat élevé au test de FRIEDMAN est lié à un score dans la zone pathologique à l'échelle de schizophrénie. (chi-deux = 6,68)

### 3.2.3.4/ Corrélation entre l'échelle de paranoïa et le test de Framingham

Test de Framingham	Pattern B	Pattern A
Paranoïa		
Normal	24	13
Traits	15	24
Patho	6	9

Il existe une association entre l'échelle de paranoïa et le test de FRAMINGHAM.

Le Pattern A est paranoïaque alors que le Pattern B a une personnalité normale. (chi-deux = 5,94)

La personnalité paranoïaque, telle que la décrivent LANTERI LAURA et coll (1985), interprète les actions d'autrui comme délibérément humiliantes ou menaçantes, c'est-à-dire que le sujet s'attend à ce que les autres lui nuisent ou l'exploitent. Il met en doute la loyauté et l'honnêteté de l'autre, discerne dans des commentaires ou des événements anodins, des significations cachées, menaçantes ou humiliantes. Il éprouve de la rancune et ne pardonne pas s'il est insulté ou dédaigné, il est réticent à se confier à autrui, car il éprouve une crainte injustifiée que l'information qu'il a donnée ne soit utilisée contre lui, il se sent facilement dédaigné et est prompt à réagir avec colère ou à contre-attaquer. Il met en doute sans justification la fidélité de son partenaire.

Il existe de nombreux traits communs entre le Pattern A et la personnalité paranoïaque ; il n'est donc pas étonnant de les trouver associés dans cette étude. La surestimation de soi, l'orgueil, l'égoïsme, la psychorigidité et l'hypertrophie du Moi qui constitue le fonctionnement du paranoïaque ressemble à la toute puissance du Pattern A.

Chez le coronarien, le besoin d'hypercontrôle, de faire tout soi-même sans avoir besoin de l'autre, dans l'urgence du temps, dans un désir de maîtrise du temps et de l'espace, dans un déni de la réalité est commun avec l'hypertrophie du Moi du paranoïaque. La méfiance et le retrait hostile du paranoïaque répond à la réserve affective du Pattern A. L'insatisfaction du paranoïaque qui se sent

persécuté ressemble à la fuite dans l'agir du Pattern A qui n'atteint pas malgré ses efforts, le plus haut niveau de la hiérarchie professionnelle engendrant là aussi, un sentiment d'incomplétude.

Loin de reconnaître son incapacité, le Pattern A interprète ses échecs comme de nouveaux défis qu'il s'empresse de relever. Le paranoïaque à cause de la fausseté de son jugement ne peut admettre ses limites. Le Pattern A n'a pas confiance en son supérieur hiérarchique, il ne le trouve pas coopérant et il se sent gêné dans sa progression par sa présence. Il essaye d'obtenir l'estime et l'admiration de son supérieur mais il ne se sent pas apprécié à sa juste valeur. Envers ses employés, il cherche à dominer et à contrôler. Cette attitude ressemble à la méfiance du paranoïaque.

### 3.2.4. CORRELATIONS ENTRE L'INDICE D'ANXIETE ET LES ECHELLES DE PERSONNALITE

#### 3.2.4.1/ Corrélation entre l'indice d'anxiété et l'échelle de dépression

Indice d'anxiété	Bas	Elevé
Dépression		
Normal	18	13
Traits	15	31
Patho	1	12

Il existe un lien entre l'échelle de dépression et l'indice d'anxiété.

Les anxieux ont un score dans la zone pathologique à l'échelle de dépression alors que ceux qui ne sont pas anxieux ont un score normal à cette échelle. (chi-deux = 10,96 ;  $p < 0,005$ )

### 3.2.4.2/ Corrélation entre l'échelle de psychasthénie et l'indice d'anxiété

Indice d'anxiété	Bas	Elevé
Psychasthénie		
Normal	25	11
Traits	8	37
Patho	1	8

Il existe un lien entre l'échelle de psychasthénie et l'indice d'anxiété. Les anxieux ont un score dans la zone pathologique à l'échelle de psychasthénie alors que les patients qui ne sont pas anxieux ont un score normal à cette échelle. ( $p < 0,001$ ; chi-deux = 25,74)

### 3.2.4.3/ Corrélation entre l'échelle de schizophrénie et l'indice d'anxiété

Indice d'anxiété	Bas	Elevé
Schizophrénie		
Normal	23	23
Traits	10	22
Patho	1	11

Il existe un lien entre l'échelle de schizophrénie et l'indice d'anxiété. Les anxieux ont un score élevé à l'échelle de schizophrénie alors que les patients qui ne sont pas anxieux ont un score normal à cette échelle. (chi-deux = 7,93)

## 3.2.4.4/ Corrélation entre l'échelle de manie et l'indice d'anxiété

Indice d'anxiété	Bas	Elevé
Manie		
Normal	15	31
Traits	17	15
Patho	2	10

Il existe un lien entre l'échelle de manie et l'indice d'anxiété.

- Les anxieux sont des patients qui ont un score pathologique à l'échelle de manie,
- Les patients qui ne sont pas anxieux ont un score dans la zone des traits de caractère maniaque. (chi-deux = 6)

L'anxiété n'est spécifique d'aucune pathologie psychiatrique, ce qui explique qu'elle soit corrélée à des syndromes aussi différents que la manie ou la dépression ou la psychasthénie ou la schizophrénie.

### 3.2.5. COORELATION ENTRE L'INDICE D'INTERIORISATION ET LES ECHELLES DE PERSONNALITE

#### 3.2.5.1/ Corrélations échelle d'hypocondrie et indice d'intériorisation

Indice d'intériorisation	Bas	Elevé
Hypocondrie		
Normal	10	10
Traits	18	31
Patho	1	20

Il existe une association entre l'échelle d'hypocondrie et l'indice d'intériorisation.

- les patients qui ne sont pas introvertis ont un score bas à l'échelle d'hypocondrie,
- les introvertis ont un score à l'échelle d'hypocondrie pathologique. (chi-deux = 10,6;  $p < 0,005$ )

### 3.2.5.2/ Corrélation entre l'échelle de dépression et l'indice d'intériorisation

Indice d'introversion	Bas	Elevé
Dépression		
Normal	22	9
Traits	6	40
Patho	1	12

Il existe une association entre l'échelle de dépression et l'indice d'intériorisation.

- les patients qui ne sont pas introvertis a un score normal à l'échelle de dépression,
- les patients qui ont des traits de personnalité dépressifs sont introvertis. (  $p < 0,000$  ; chi-deux = 32,64)

### 3.2.5.3./ Corrélation entre l'échelle de psychasthénie et l'indice d'intériorisation

Indice d'intériorisation	Bas	Elevé
Psychasthénie		
Normal	17	19
Traits	9	36
Patho	3	6

Il existe une association entre l'échelle de psychasthénie et l'indice d'intériorisation.

- les introvertis ont un score pathologique à l'échelle de psychasthénie,
- les patients qui ne sont pas introvertis ont un score normal à l'échelle de psychasthénie. (chi-deux = 6,79).

#### 3.2.5.4/ Corrélation entre l'échelle de manie et l'indice d'intériorisation

Indice d'introversion	Bas	Elevé
Manie		
Normal	8	38
Traits	15	17
Patho	6	6

Les introvertis ont plutôt un score normal à l'échelle de manie et les patients qui ne sont pas introvertis ont plutôt un score dans la zone traits de caractère à cette échelle.

(chi-deux = 9,52 ;  $p < 0,01$ )

### 3.2.6. ASSOCIATIONS FAISANT INTERVENIR L'AGE

#### 3.2.6.1/ Association âge et indice d'intériorisation

Age	< 59 ans	>= 60 ans
Intérieur.		
Normal	20	9
Introverti	24	37

Les patients de moins de 59 ans ne sont pas introvertis alors que les sujets de 60 ans ou plus sont introvertis. Ceci peut correspondre au repli sur soi du sujet âgé.

( $p < 0,01$  ; chi-deux = 6,9)

#### 3.2.6.2/ Corrélation âge et atteinte tronculaire :

Modalités	< 59 ans	>= 60 ans
Normal	20	9
Traits	24	37

chi-deux : 7,8

Plus le sujet est jeune et plus l'atteinte tronculaire est peu étendue, et plus le sujet est âgé et plus l'atteinte tronculaire est importante.

### 3.2.6.3/ Association âge traitement :

Modalités	< 59 ans	>= 60 ans
MED	27	18
ATL	14	14
CHR	7	20

chi-deux : 7,9

Le traitement est plutôt médical chez le jeune et plutôt chirurgical chez l'agé.

### 3.2.6.4/ Corrélation âge hypocondrie :

Age	< 59 ans	>= 60 ans
Hypocondrie		
Normal	16	4
Traits	20	30
Patho	8	13

Khi-deux : 10,3

p < 0,01.

Le sujet de 60 ans et plus est hypocondriaque alors que le jeune n'est pas hypocondriaque.

LEGER et coll (1989) pointent les phénomènes régressifs du vieillissement avec "un plus grand repli sur soi, une tendance accrue à la dépendance ou à la passivité" du sujet âgé provoqué par une fragilisation de l'organisme qui devient plus sensible aux modifications internes ou externes. Les facultés d'adaptation diminuent et le sujet âgé a conscience de la transformation de son corps. Un sentiment d'insécurité aggrave le repli sur soi.

### 3.3 RESULTATS DES ECARTS A L'INDEPENDANCE

Nous avons analysé avec le logiciel "TRAIT-ENQ" les corrélations des variables deux à deux afin de déterminer leur lien de dépendance éventuelle (méthode du chi-deux, basée sur les écarts à l'indépendance) et leur signification. Dans un deuxième temps, un logiciel d'analyse postfactorielle "TRI-DEUX", nous a permis d'étudier les interactions de plusieurs variables dans le but de voir les agrégations c'est-à-dire les modalités dont les variables s'agrègent entre elles.

Ce logiciel nous permet de représenter graphiquement les liens entre les modalités. Chaque trait correspond à une liaison statistiquement significative.

### 3.3.1. AGREGATION CLINIQUE ET ECHELLES DE PERSONNALITES

#### 3.3.1.1. AGREGATION FRACTION D'EJECTION ET ECHELLES DE NEVROSE :

Il existe une corrélation entre les résultats de la coronarographie, et surtout de la fraction d'éjection et les scores des échelles de névrose.

Nous avons étudié la variable fraction d'éjection pathologique : FE 2 (inférieure à 65%). FE 1 signifie Fraction d'éjection normale. Nous avons étudié leurs agrégations avec les variables échelles de personnalité : hypocondrie HYP, dépression DEP, hystérie HYS, dont les scores s'expriment en normal HYP 1, DEP 1, HYS 1, en traits de caractère HYP 2, DEP 2, HYS 2, et en pathologique HYP 3, DEP 3, HYS 3.

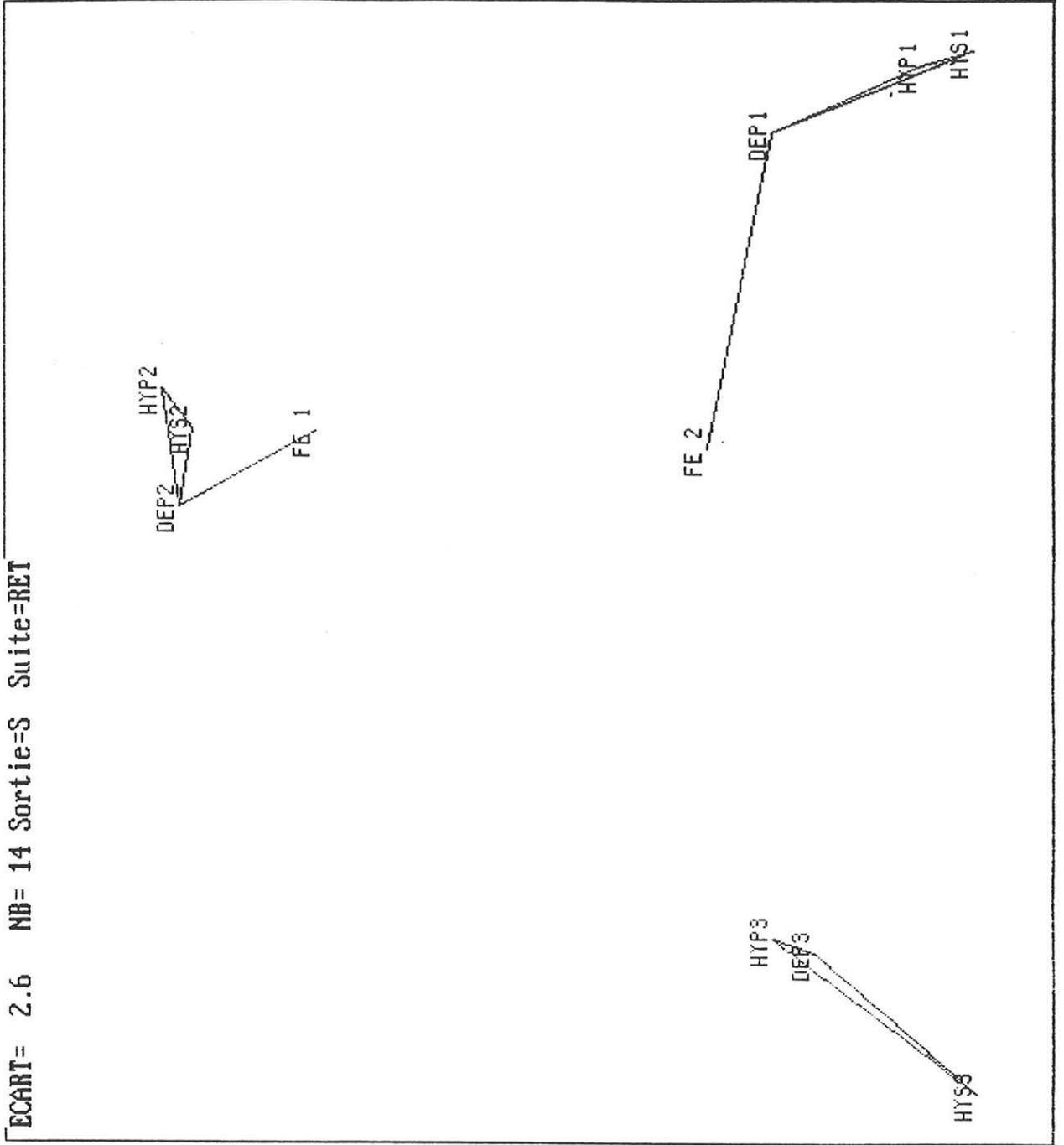
Dans notre étude, cette méthode montre que :

- les variables échelles de personnalité normale HYP 1, DEP 1, HYS 1 sont agrégées entre elles, de même que les variables traits de caractère HYP 2, DEP 2, HYS 2 et les variables pathologiques HYP 3, DEP 3, HYS 3,
- la variable fraction d'éjection pathologique FE 2 est agrégée aux variables échelles de personnalité hypocondrie, dépression et hystérie normales HYP 1, DEP 1 et HYS 1,

- la variable fraction d'éjection normale FE 1 est agrégée aux variables traits de caractère hypocondriaque, dépressif et hystérique HYP 2, DEP 2 et HYS 2,

- les variables échelles de personnalité pathologique HYP 3, DEP 3 et HYS 3 ne sont pas agrégées à la variable fraction d'éjection.

ECART= 2.6 NB= 14 Sortie=S Suite=RET



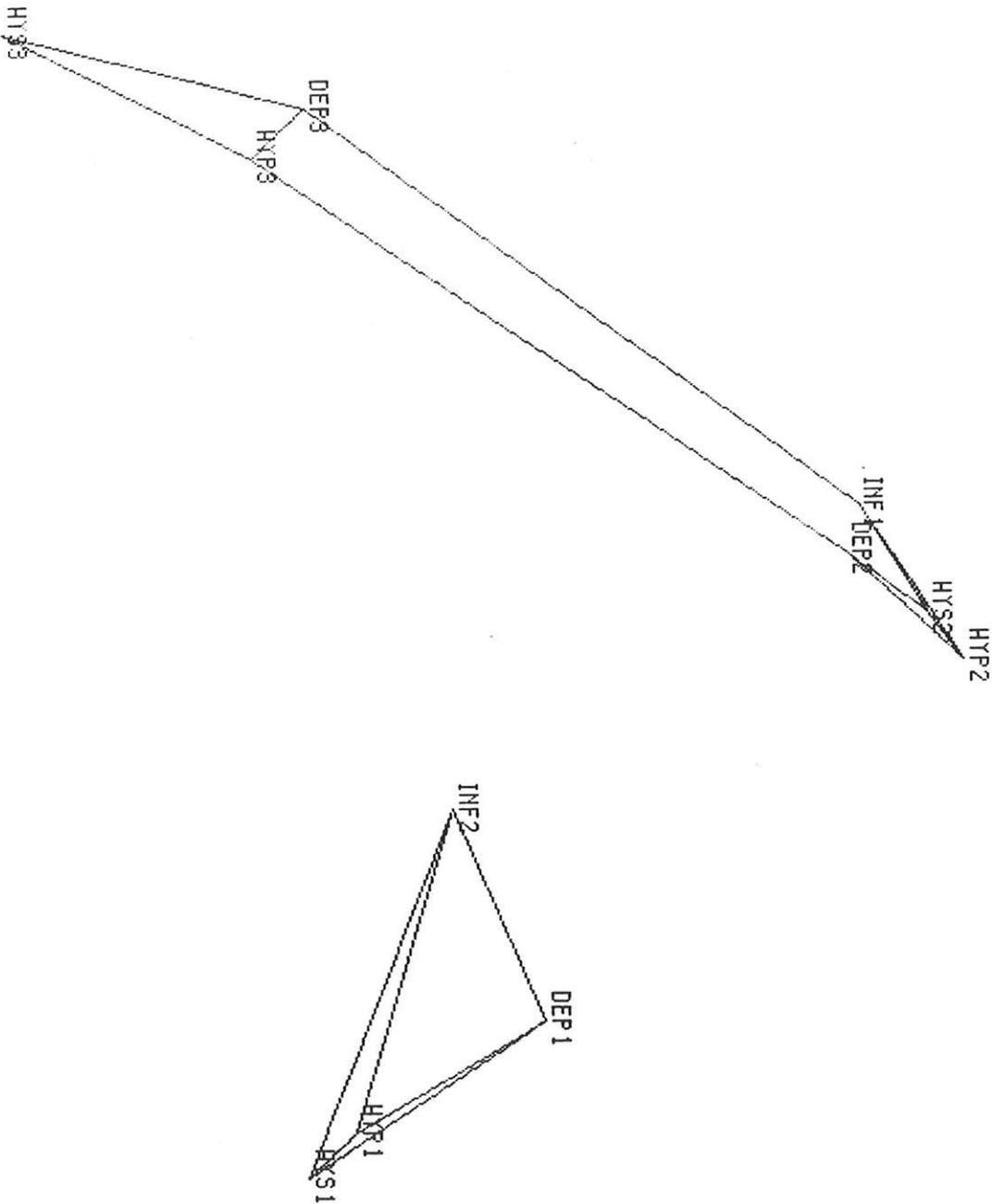
AGREGATION FRACTION D'EJECTION ET ECHELLES DE NEVROSE

### 3.3.1.2. AGREGATION INFARCTUS ET ECHELLES DE NEVROSE :

Dans notre étude, la présence d'un infarctus, INF 2 est agrégée à la normalité des scores des échelles de névrose hypocondrie, dépression et hystérie HYP 1, DEP 1, HYS 1.

Sur le même schéma, nous avons visualisé que les traits de caractère hypocondriaque, dépressif et hystérique : HYP 2, DEP 2, HYS 2 et les personnalités hypocondriaques, dépressives et hystériques : HYP 3, DEP3, HYS 3 sont agrégées à la variable "absence d'infarctus" c'est à dire à l'angor sans infarctus : INF 1.

ECART = 2.1 NB = 19 Sortie=S Suite=RET



AGREGATION INFARCTUS ET ECHELLES DE NEVROSE

### 3.3.1.3. AGREGATION ATTEINTE TRONCULAIRE ET ECHELLE DE NEVROSE

L'atteinte monotronculaire : TRO 1 est liée à la normalité aux échelles de névrose HYP 1, DEP 1, HYS 1 et l'atteinte bitronculaire TRO 2 et tritronculaire TRO 3 est agrégée à un résultat pathologique HYP 3, DEP 3, HYS 3 ou à la présence de traits de caractère HYP 2, DEP 2, HYS 2 sur les échelles de névrose.

Contrairement aux résultats précédents, la gravité de la lésion est proportionnelle à la gravité aux scores des tests de personnalité.

L'hypothèse qu'avait émise DUNBAR (1944) sur la distinction entre les angoreux et les patients porteurs d'infarctus du myocarde semble donc se confirmer. Le suivi de OSFELT et coll., 1964, avaient mis en évidence un score pathologique aux échelles d'hystérie, d'hypocondrie et de dépression chez les angoreux mais pas chez les patients qui devaient présenter par la suite un infarctus. MÉDALIE et GOLDBOURG (1976), montraient un score élevé pour les échelles d'hypocondrie et d'hystérie chez les angoreux.

Notre étude montre que les traits de personnalité des patients atteints d'infarctus du myocarde ne sont pas les mêmes que ceux des patients porteurs d'insuffisance coronarienne sans infarctus.

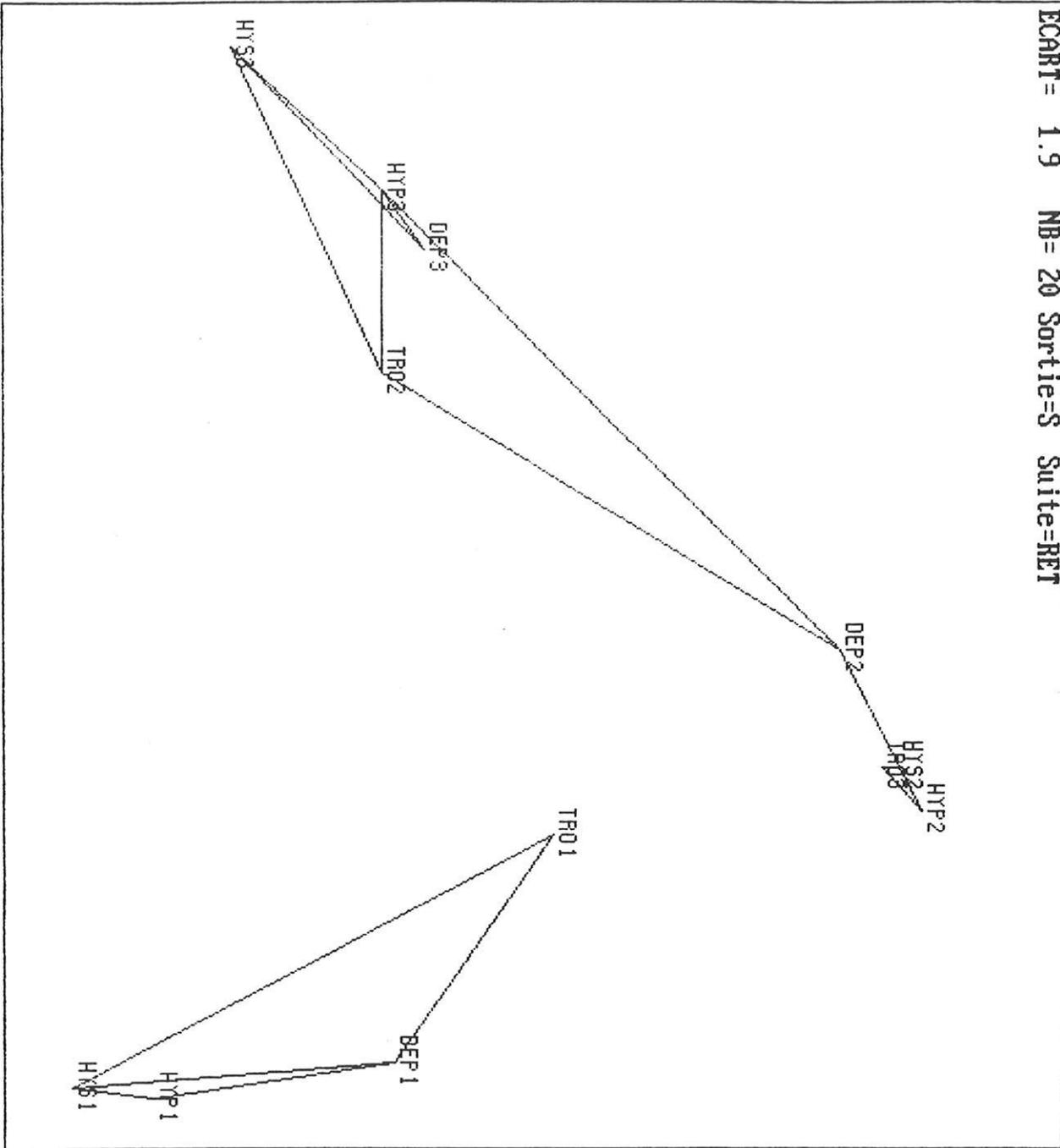
Notre enquête a utilisé comme moyen d'investigation la coronarographie qui évalue l'atteinte coronarienne de façon beaucoup plus significative (et surtout la fraction d'éjection, bon indicateur pronostic de la fonction myocardique) que la clinique des études et des suivis que nous avons envisagés dans la partie théorique.

Tout se passe comme si le patient porteur d'infarctus choisissait d'exprimer ses émotions au travers de son corps alors que l'angoreux serait encore apte à mobiliser son entourage et à exprimer ses émotions. L'activité psychique de l'angoreux serait plus riche et le système de défense structuré sur le mode névrotique. L'inhibition, l'hypercontrôle des pulsions et des émotions

maintiennent le patient sous une pression permanente. Leur expression est bloquée et déplacée sur le myocarde. La pulsion de Mort agressive se retourne contre le patient et devient autodestructrice.

L'expression de l'hostilité serait déviée et autodestructrice dans les cas d'infarctus du myocarde et exprimée dans les cas d'angor seul. A l'inverse, le patient présentant une revendication affective auprès de son entourage, qui s'inquiète pour son état de santé, qui se plaint de douleurs parfois même de façon exagérée et avec des affects dépressifs a, dans notre étude un meilleur pronostic clinique coronarien.

ECART = 1.9 NB = 20 Sortie = S Suite = RET



AGREGATION ATTEINTES TRONCULAIRES ET ECHELLES DE NEVROSE

### 3.3.2. AGREGATION TEST DE COMPORTEMENT ET INFARCTUS

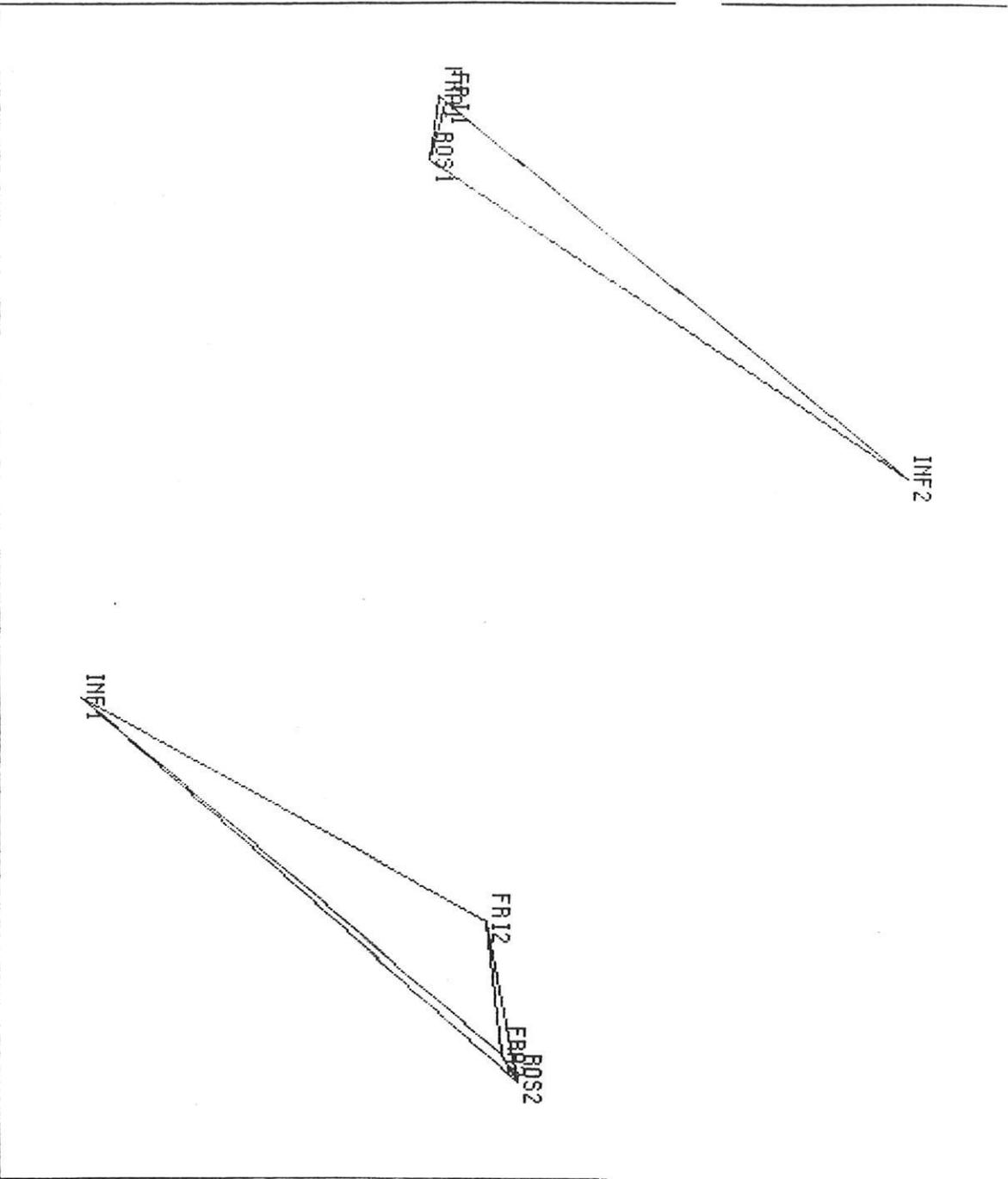
Nous obtenons une agrégation entre la présence d'un infarctus et un comportement de type Pattern B et entre un angor sans infarctus et un comportement de type Pattern A. Les types de comportement ont été étudiés sur les 3 tests (sauf le test de BORTNER) de l'autoquestionnaire standard. Le test de BORTNER ne donne pas dans notre étude de résultats significatifs en ce qui concerne les agrégations à l'infarctus.

Comme les données de la littérature le laissaient prévoir, le Pattern A est corrélé à l'angor.

Dans notre étude l'association infarctus et Pattern B est la plus étonnante.

Ce qui ressort de cette étude est là encore la distinction très nette entre la population de patients qui ont eu un infarctus et les insuffisants coronariens qui n'ont pas fait d'infarctus.

ECART = 1.1 NB = 12 Sortie = S Suite = RET Ensemble des écarts affichés : entrez R

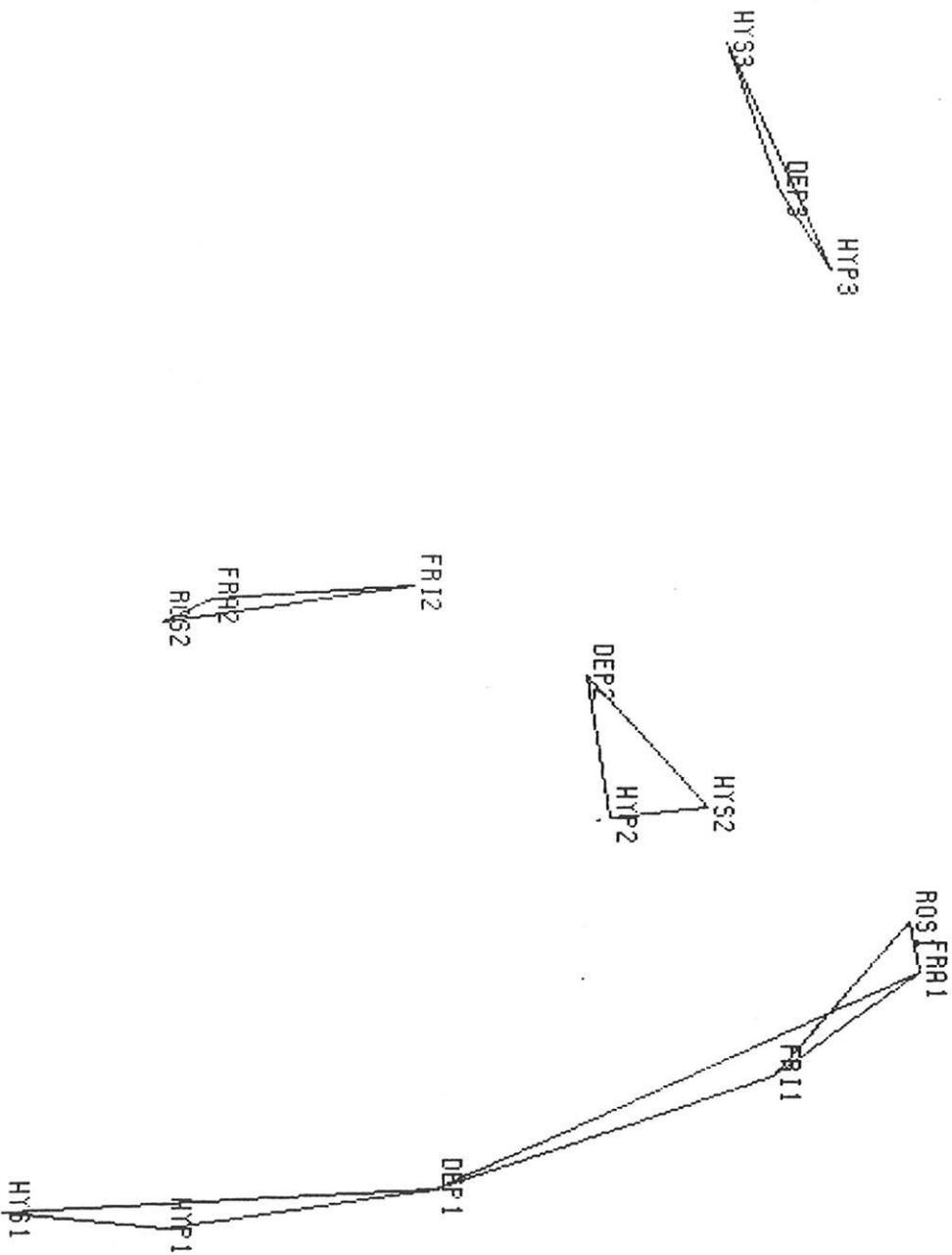


### 3.3.3. AGREGATION TEST DE PERSONNALITE ET DE COMPORTEMENT :

Dans notre population, le Pattern B est lié à des scores normaux pour les échelles d'hypocondrie, de dépression et d'hystérie : HYP 1, DEP 1, HYS 1 et le Pattern A est proche des traits de caractère hypocondriaque, dépressif et hystérique : HYP 2, DEP 2, HYS 2. Par contre, les échelles pathologiques ne sont corrélées à aucun Pattern.

Ceci corrobore ce qui a été dit à propos de l'expression de la pathologie : les Pattern B n'utilisent pas de défenses névrotiques.

ECART = 4.1 NB = 20 Sortie=S Suite=RET



- TROISIEME CHAPITRE : DISCUSSION -

## DISCUSSION

A la fin de notre étude, nous nous proposons de discuter des problèmes de notre méthodologie et d'envisager les caractéristiques qui émergent de la comparaison entre la population infarctus et la population non infarctus dans un but diagnostique et thérapeutique.

### 1. DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE

#### 1.1. LE PROBLEME DE L'ABSENCE DE SURVENUE D'INFARCTUS DANS LE SUIVI

Notre hypothèse de départ était de repérer les traits psychologiques propres aux patients qui allaient présenter un infarctus du myocarde dans une population d'angoreux qui n'avaient pas eu d'infarctus au moment de l'étude. Nous n'avons pas eu de cas d'infarctus dans notre suivi de un an.

Le questionnaire était proposé aux patients qui avaient donc la possibilité de le refuser. Ce fait a pu créer un biais de recrutement en sélectionnant les patients en meilleur état général.

L'étude descriptive de la coronarographie a montré que la fraction d'éjection qui est un bon critère diagnostique, est correcte ou normale pour 57% des patients de notre étude et l'atteinte coronarienne est importante pour 47% des 100 premiers coronariens. L'état coronarien de notre population est bon dans la majorité des cas, ce qui explique qu'aucun infarctus ne soit survenu dans les neuf mois du suivi.

## 2 . L'INTERET DE L'ETUDE

Par rapport aux données de la littérature, notre étude apporte des données cliniques objectives que sont les examens radiologiques et la coronarographie. En effet, les suivis que nous avons retrouvés dans la revue de la littérature ne prenaient en considération que les plaintes des patients qui sont obligatoirement subjectives :

- OSFELD et coll, 1964, sur 1990 patients et un suivi de 4,5 années,
- MEDALIE et GOLDBOURG (1976) sur 10 000 sujets et un suivi de 10 ans,
- HAYNES et coll (1978) sur la population de FRAMINGHAM et un suivi de 10 ans
- JOUVE et coll (1961) dans l'enquête franco-belge et un suivi de 10 ans,

La méthode radiologique n'était pas encore au point ou bien l'importance de la cohorte étudiée ne permettait pas de pratiquer cet examen chez tous les patients.

Ce n'est qu'avec BASS (198) qu'apparaissent les premières coronarographies chez des patients dont la personnalité et le mode de comportement ont été étudiés. La population de son enquête comprend des femmes, alors que le test de comportement qui leur est proposé (test de BORTNER) a été écrit pour les hommes uniquement. BASS a exclu de son étude les patients qui ont présenté un infarctus, le but étant de différencier le type de comportement entre deux populations : "coronaires saines" et "coronaires atteintes". Par ailleurs, l'étude est descriptive et non prospective.

Le travail de BLUMENTHAL et coll (1978) contredit le précédent en utilisant les mêmes types de populations. Il n'envisage pas de test de personnalité mais seulement une étude de comportement.

Notre travail s'inscrit à l'intersection entre un suivi prospectif dont la lourdeur de l'investigation ne permet de quantifier l'atteinte coronarienne et des études peu nombreuses ce jour sur la coronarographie corrélée aux tests de personnalité et de comportement.

### 3. LES RESULTATS DE NOTRE ETUDE

#### 3.1. L'INHIBITION ANXIEUSE

Ce qui ressort de l'étude descriptive de la population coronarienne tout venante, infarctus ou pas, est le caractère très important de l'anxiété, 62%, et de l'intériorisation, 68%.

L'intériorisation des affects fait partie des traits du Pattern A qui connaît des difficultés à se placer sur le terrain des affects, du vécu, du ressenti. Il préfère le rationnel de l'actuel et du factuel qui lui permet d'échapper aux faillites de son Moi.

Cette association de l'anxiété, avec l'intériorisation, l'introversion, le manque d'expression du ressenti peut constituer une expression propre de l'anxiété chez le coronarien.

Le coping A est très vite débordé face au type d'événement représenté par l'insuffisance coronarienne. L'hospitalisation, la douleur, l'ambiance de haute technicité des Soins Intensifs, les scopes rappelant le risque de mort imminente, la coronarographie prochaine avec l'éventuelle sanction chirurgicale...constitue autant d'événements traumatisants. C'est surtout le caractère imprévu et nouveau qui bouleverse le coronarien.

Ce caractère imprévu et soudain fait penser à ce que décrit WIDLÖCHER (1989) sous le terme "d'incongruence cognitive". Il y a congruence cognitive dans la réaction d'alerte lorsque la situation renvoie à une connaissance, à un acquis, à un savoir et incongruence cognitive lorsque la situation stressante ne renvoie à aucun schéma connu, à aucun vécu, à aucune expérience antérieure. Il se constitue

alors une dette cognitive, un passif c'est-à-dire une obligation entre la mémoire et le présent immédiat.

Face à cette dette cognitive, le coronarien se replie sur lui-même car il ne comprend pas, sidéré par l'incongruence cognitive de l'événement imprévu dans l'organisation de son vécu. Tout se passe alors comme si l'information "vous avez un infarctus" par exemple, était irréaliste, incompatible avec sa représentation du monde.

Le coronarien se situe dans le "ne rien faire et ne pouvoir faire que ce rien" qui constitue l'inhibition anxieuse de WIDLÖCHER (1989). La brutalité et le caractère incongru de la maladie chez ce type de patient provoque l'inhibition anxieuse.

L'état d'alerte devient permanent et évolue pour son propre compte. Le sujet s'angoisse de son angoisse sans pouvoir prendre la distance nécessaire pour en parler. Cet état est perçu comme un afflux permanent d'excitations incontrôlables. L'anxiété provoque une réaction d'activation du système nerveux central avec un effort attentionnel qui n'arrive plus à être soutenu. Le coronarien en situation stressante n'arrive plus à exprimer cette peur, son activité psychique est suspendue et sidérée.

Le stress provoque chez le coronarien une véritable incapacitation des fonctions psychiques. Il présente alors une inhibition anxieuse.

FREUD, 1920, dans Inhibition, symptôme et angoisse, écrivait : "Il ne peut nous échapper plus longtemps que l'inhibition est en relation avec l'angoisse. Bien des inhibitions sont manifestement des renoncements à une fonction, motivées par le fait que son exercice provoquerait un développement d'angoisse. L'inhibition est l'expression d'une limitation du fonctionnement du Moi."

### 3.2. LE COMPORTEMENT DE LA POPULATION INFARCTUS : PATTERN B

En comparant la population "infarctus" et la population "non infarctus", il ressort que les résultats des échelles de personnalité et des échelles de comportement sont significativement différents.

En effet, le mode de comportement des patients angoreux est de type Pattern A comme le laissait prévoir la littérature de façon univoque. Par contre, la population infarctus a un type de comportement Pattern B, ce que n'avait pas montré les suivis envisagés dans la revue de la littérature. Notre étude montre une différence significative dans le mode de comportement des patients angoreux par rapport aux sujets porteurs d'un infarctus.

Le comportement de cette population de 46 patients présentant un infarctus correspond au Pattern B qui se définit comme l'opposé du Pattern A :

- une ambition calme qui se réalise avec sérénité et confiance,
- un désir de responsabilité qui aboutit sans rechercher la compétition et l'affrontement,
- un aspect calme et mesuré sans que cela soit du à une tension musculaire permanente,
- une satisfaction de sa position sociale,
- une pensée calme et modérée qui n'envisage qu'un sujet à la fois et qui est plus efficace et productive,
- et surtout une reconnaissance des limites sans percevoir les échecs comme un défi.

Le comportement de la population infarctus se caractérise donc par sa normalité.

### 3.3. LES ECHELLES DU MMPI : LE CONCEPT D'ALEXITHYMIE

Les échelles de personnalité retrouvent une individualisation de la population "infarctus" par rapport à la population "non infarctus" : en effet, les scores des échelles d'hypocondrie, de dépression et d'hystérie sont normaux pour la population infarctus alors qu'ils sont pathologiques ou avec des traits de caractère pour la population non infarctus ou angor simple.

Tout se passe comme si le patient avait du mal à exprimer verbalement ses émotions : il n'y a pas chez lui de défense hypocondriaque, dépressive ou hystérique. Le seul moyen de s'exprimer passe par son corps comme chez l'alexithymique.

Alexithymie est un terme qui a été employé pour la première fois par SIFNEOS (1972). Il vient du grec "a" suffixe privatif, "lexis" le mot et "thymos" l'émotion : celui qui n'a pas de mot pour dire les émotions. Il a été décrit au début à propos des patients psychosomatiques qui avait des difficultés d'expression verbale et symbolique.

L'émotion est ressentie mais n'est pas associée aux représentations mentales correspondantes : la remémoration d'un événement triste ne sera pas associée à de la tristesse. Les images visuelles, les pensées, les souvenirs, ne peuvent être associés à un état émotionnel spécifique. Les émotions et les pensées sont donc associées avec difficulté.

L'alexithymie se manifeste surtout dans le langage. Les événements sont décrits de façon très détaillée mais sans pouvoir

préciser ce qui est ressenti, ou bien de façon très vague, avec des mots inappropriés, inadaptés malgré un bon niveau intellectuel. Le discours est circonstanciel avec une énumération sans fin des détails. La pensée est utilitaire.

L'alexithymique a tendance à passer à l'acte et à connaître des difficultés relationnelles. Le patient sera impulsif avec un monde fantasmatique très pauvre et l'action est vécue comme un moyen de fuite face aux conflits internes et externes.

Les caractéristiques de l'alexithymie ressemblent à la pensée opératoire décrite par MARTY (1952). La vie opératoire est un aménagement fragile et instable, un équilibre que viendra détruire l'accident infarctus du myocarde. Le phrasé est pauvre et s'inscrit dans le factuel et l'actuel.

L'alexithymique se caractérise par une carence de la fonction fantasmatique avec une difficulté à l'élaboration mentale. Ceci a pour conséquence une diminution de l'attachement de ces sujets à leur passé et une diminution de leur aptitude à se projeter dans le futur. Le vécu ne peut qu'être collé à la réalité, mais reste impersonnel. Le discours est terne et sans lapsus.

Superficiellement, l'alexithymique est bien adapté avec un conformisme social important, mais il s'agit en fait d'une pseudo-normalité : ils subissent leur existence sur un mode mécanique. (GRAEME 1984)

SMITH (1983) suggère qu'il existe un substratum neurophysiologique qui est l'absence de connexions entre le système limbique et les régions néocorticales. Les réactions viscérales ou autonomes générées par l'hippocampe ne peuvent être mises en

relation avec les représentations mentales et surtout verbales du cortex. D'après ces mêmes auteurs, les relations entre l'alexithymie et la spécialisation des hémisphères cérébraux et la créativité ont été discutées.

Selon cette idée, il existerait une alexithymie primaire et une alexithymie secondaire :

- l'alexithymie primaire serait un déficit neurophysiologique.
- l'alexithymie secondaire serait dûe à des facteurs psychodynamiques comme la mise en place de mécanismes de défense tels que le déni, le refoulement et la régression.

Il est à noter qu'il n'existe pas, en France, ce jour et à notre connaissance, de moyen de mesure de traits de l'alexithymie, ce concept étant occulté par les cliniciens la plupart du temps. (SMITH et coll 1992).

- CONCLUSION -

## CONCLUSION

Les facteurs psychologiques prédictifs des infarctus du myocarde ont fait l'objet de nombreuses publications. Dans un premier temps, ce sont les points communs psychiques entre les angoreux qui ont intéressé les scientifiques avec l'identification du Pattern A. Puis les études se sont attachées à mettre en place des tests pour une approche épidémiologique de prévention de l'angor : ce sont les grandes cohortes américaines, israéliennes et franco-belges.

Actuellement, la littérature la plus récente commence à s'intéresser à l'étude de la personnalité et du comportement en comparant les données de la coronarographie. Elle est importante dans l'insuffisance coronarienne, car elle permet une approche objective de la maladie, elle donne un bon reflet de la fonction myocardique et une vue pronostique de la maladie coronarienne, elle quantifie l'atteinte coronarienne, permet de découvrir les infarctus passés inaperçus et oriente la décision thérapeutique.

Par ailleurs, la littérature a surtout envisagé la recherche de la population angor dans une population générale alors que notre approche a comparé la population infarctus à la population angor simple.

Notre étude a montré une proportion très importante d'anxieux qui intériorisent leurs affects ce qui devrait inciter les cliniciens à rechercher systématiquement des manifestations d'angoisse. Elle peut prendre la forme d' inhibition anxieuse difficile à déceler. L'angoisse, si elle n'est pas détecté va s'auto-entretenir et aggraver la maladie coronarienne par le biais du stress aigu ou chronique qu'elle induit.

Au plan du diagnostic, il convient de ne pas être rassuré par le caractère calme et apparemment serein du coronarien qui ne traduit pas ses affects. L'anxiété et l'inhibition anxieuse doivent être systématiquement recherchées chez les coronariens. Un traitement anxiolytique efficace doit être mis en place rapidement afin de ne pas aggraver le stress.

La différence entre la population "infarctus" et "non infarctus" est très nette, aussi bien en ce qui concerne les résultats des échelles de personnalité que ceux des tests de comportement. Nous avons été surpris de rencontrer chez les patients présentant un infarctus un comportement Pattern B.

Par ailleurs la corrélation entre la gravité lésionnelle (population "infarctus") et la normalité des scores aux échelles de personnalité nous a amener à nous interroger sur le concept d'alexithymie.

Le problème est de savoir si le sujet angineux avec ses traits de personnalité et son comportement, et qui est victime d'un infarctus du myocarde ne change pas son fonctionnement psychodynamique.

Ce bouleversement psycho-dynamique ne précéderait-il pas l'accident lésionnel ?

Sa recherche serait-elle un moyen de prévenir la survenue d'infarctus qui, comme nous le savons, est parfois fatale ? .

- BIBLIOGRAPHIE -

**BIBLIOGRAPHIE**

- ALLAIN H., BENTUE D., REYMAN J.M. : Pharmacologie du stress. Neuro-psy, vol 1,n°8,1986.
- ANZIEU D. : Le Moi-Peau. Ed Dunod, 1986.
- ALEXANDER F. : La médecine psychosomatique. Ed Payot. Paris, 1952.
- ANTONELLI P. : Le temps du déni. Rev. Med. Psychosom. 17/18. p 31-48, 1989.
- AUBERT N. et DE GAULEJAC V. : Le coût de l'excellence, 1991. Ed du Seuil, Paris.
- BALINT M. : Le médecin, son malade et la maladie. P.U.F. 1960.
- BASS C. : Type A behaviour in patients with chest pain ;test - retests reliability and psychometric correlates of Bortner scale , J. Psychosom. Res.,28,289-300,1984.
- BEAUFILS P. : L'abord psychologique du coronarien et de la maladie coronarienne. Laboratoire CIBA-GEIGY. Fédération française de cardiologie, 1986.
- BELGIAN-FRENCH POOLING PROJECT : Assessment of type A behaviour by the Bortner Scale and ischaemic heart disease, European Heart Journal, 5, 440-446, 1984.
- BERKMAN L. F., SYME S. L. : Social networks, host resistance and mortality : a nine-year follow-up study of Adameda County residents, Am. J. Epidem., 109, 186-204, 1979.
- BERKMAN L. F. : Social network analysis and coronary heart disease, Adv. Cardiol., 29, 37-49, 1982.

- BESANCON G. : La plainte en psychosomatique. *Psychologie médicale*.21, 3, 291-294, 1989.
- BLUMENTHAL J. A., WILLIAMS R., KONG Y., SCHANBERG S. M., THOMPSON L. W. : Type A behavior and arterosclerosis, *Circulation*, 58, 634, 1978.
- BLUMENTHAL J. A., O'TOOLE L. C., HANEY T. : Behavioral assessment of the type A behavior pattern, *Psychosom. Med.* ,46, 415-423, 1984.
- BOMAN B. : Stress and Heart Disease. *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. Ed Fisher, 1988. 301-313.
- BORTNER R. W. : A short rating scale as a potential measure of pattern A behaviour, *J. Chron. Dis.*, 22, 87-91, 1969.
- BORY M., DJIANE P. et BONNET J.L. : Etiopathogénie de l'infarctus du myocarde, *Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Coeur-Vaisseaux*, 11 030 P 05, 4-1987,6 p.
- BOSS M. : Introduction à la médecine psychosomatique. P.U.F. Paris, 1959.
- BYRNE D.G., ROSENMAN R.H. : The type A behaviour pattern as a precursor to stressful life-events. *Br. J. Med. Psychol.*, 1986, 59, 75-82.
- BERTRAND M. et LABLANCHE J.M. : Angine de poitrine par athérosclerose coronarienne. Editions techniques. *Encycl. Méd. Chir.(Paris-France), Cardiologie-Angéiologie*, 11 030 A 10, 1991, 18 p.
- CAFFREY B. : Behavior pattern and personality characteristics related to prevalence rates of coronary heart disease in Americans monks, *J. Chronic Dis.*, 22, 93, 1969.

- CAIN J. : Le symptôme psycho-somatique. Ed Privat. Toulouse. 1971.
- CAIN J. : Le champ psychosomatique. PUF. Paris, 1990.
- CARMELLI D., SWAN G. E., ROSENMAN R. H. : The relationship between wives' social and psychologic status and their husbands' coronary heart disease, *Am. J. Epidemiol.*, 122, 90-100, 1985.
- CEBELIN M. S. et HIRSCH C. S. : Human stress cardiomyopathy, *Hum. Pathol.*, 11, 123-132, 1980.
- CLEVELAND S. E. and JOHNSON D. C. : Personality patterns in young men with coronary heart disease, *Psychosom. Med.* ,24, 600-610, 1962.
- COLDEFY J. M., OUGHOULIAN J.M. : Approche psychosomatique de la pratique médicale et chirurgicale. Ed Privat. Toulouse, 1975.
- CONSOLI S.M. : Approche psychosomatique en pathologie cardiovasculaire. E.M.C. Psychiatrie. 37 402. E20. 1990
- CONSOLI S.M. : Emotion, réaction et action. Voies et impasse de l'hypertension. *Arch. Mal. Coeur.* 1987. 80. numéro spécial Anxiété 29-33.
- CONSOLI S.M., SAFAR M.E. : Valeur prédictive du profil psychologique du patient. *Arch. Mal. Coeur*, 1988. 81. 145-150.
- CONSOLI S.M. : Agressivité liée et contrôle tensionnel. *Rev. Med. Psychosom.* , 1989, 30, 103-122.
- CYRULNIK B. : Ethologie du stress. *Neuro-psy*, vol 1, n°8, 1986.
- DANCHIN N. et CHERRIER F. : Diagnostic de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë. *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Coeur-vaisseaux*, 11 030 P 10, 7-1988, 6 p.

- DANTCHEV N. : Stratégie de coping et pattern A coronarogène. Rev. Med. Psychosom. 17/18, p 21-30, 1989.
- DANTZER R. : L'illusion psychosomatique. Ed Odile Jacob, 1989.
- DELAY J. : Introduction à la médecine psychosomatique. Ed Masson. Paris, 1961.
- DEJOURS C. et Coll : Les questions théoriques en psychosomatique. EMC Psychiatrie. 37 400 C10. 7 , 1980.
- DELAY J., PICHOT P. : Abrégé de psychologie. Ed Masson. Paris, 1964.
- DEANFIELD J.E. et Coll : Silent myocardial ischemia due to mental stress. Lancet, 11, 1001-1005, 1984.
- DUNBAR F. : Psychosomatic diagnosis Hoeber. ed Harpers and brothers, New York, 1948.
- DYER A.R., STAMLER J., SHEKELLE R.B. : The relationship of education to blood pressure. Circulation, 54, 987-992, 1976.
- EAKER E.D., HAYNES S.G., FEINLEIB M. : Spouse behavior and coronary heart disease in men. Am. J. Epidemiol., 118, 23-41, 1983.
- EBAGOSTI A et Coll. : Facteurs psychologiques des cardiopathies ischémiques selon leur mode d'expression clinique. Psychologie Médicale, 1988, 20, 11. 1631-1634.
- EBAGOSTI A. et Coll : Facteurs de risque somatiques et psychiques et cardiopathies ischémiques. Arch. Mal. Coeur. 4, 364-373, 1984.
- ENGEL G. : Sudden and rapid death during psychological stress. Annals Intern. Med., 74, 771-782, 1971.
- ETIENNE T. et Coll. : Elaboration d'un éthogramme pour le diagnostic du Pattern A. Annales Médico-psychologiques, 1990. 148, 5.

- FAIN M. : Troubles psychosomatiques survenus au cours d'une psychanalyse. Etudes des facteurs ayant contribué à leurs localisations. Rev. franç. Psychanal., 1953, 2.
- FAIN M. et MARTY P. : Perspectives psychosomatiques sur la fonction des fantasmes. Rev. franç. Psychanal. 1964, 609.
- FAIN M. : A propos des troubles allergiques. Rev. franç. Psychanal., 1967, 717.
- FENICHEL O. : Théories psychanalytiques des névroses. P.U.F., Paris, 1952.
- FOUCAULT M. : Histoire de la folie à l'âge classique. Plon, Edit. Paris. 1961.
- FRANK K.A. : Type A behavior and coronary angiographic findings. JAMA, 240, 761, 1978.
- FRIEDMAN G.D. et Coll : A psychological questionnaire predictive to myocardial infarction. Psychosom. Med., 36, 327-343, 1974.
- FRIEDMAN M : The modification of type A behavior in post-infarction patients. Am. Heart J., 97, 551, 1979.
- FRIEDMAN M., ROSENMAN R.H. : Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. JAMA, 1969, 1286-1296, 1959.
- FRIEDMAN M et Coll. : Feasability of altering type A behavior pattern after myocardial infarction. Circulation, 66, 83, 1982.
- FRIEDMAN et Coll : Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in post-infarctus patients. Am. Heart J., 108, 237-248, 1984.
- FREUD S. : Inhibition, symptôme et angoisse. P.U.F. Paris, 1951.ou 1975

- FREUD S. : Cinq psychanalyses. P.U.F. Paris, 1954. Fragment d'une analyse d'hystérie. Le cas Dora. 1905.
- FREUD S. : Le fétichisme, 1927, dans la Vie sexuelle. PUF, Paris, 1969.
- FREUD S. : Le Moi et les mécanismes de défense. PUF, Paris, 1975.
- FREUD S. : Au delà du principe du plaisir, 1920. Payot. Paris, 1970.
- FREUD S. : Le Moi et le ça, 1923. Payot, 1970.
- GRODDECK G. : Au fond de l'homme Cela. Gallimard Paris, 1970.
- HARDY M.C., HARDY P. et KERNEIS O. : Sémiologie des conduites anxieuses. Encycl. Med. Chir. Paris. Psychiatrie, 37 112 A 10, 10-1985, 20 p, 1985.
- HAYNAL A., PASINI W. : La médecine psychosomatique. Ed Masson 2ième ed.1984.
- GARMA A. : L'intégration psychosomatique dans le traitement psychanalytique des maladies organiques, 1963, XXIV Congrès des psychanalystes de langues romanes. Rev. franç. Psychanal., 1964-1965, 28, numéro spécial, 5-45.
- GUENOT O.: La coronarographie. Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Coeur-Vaisseaux, 11 002 A50, 3-1990, 11 p.
- GUENOT O. et TERRAUBE P. : Angioplastie transluminale des coronaires. Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Cardiologie-Angéiologie. 11 030 T 10, 1991, 12 p.
- GRAEME J. : Concept, measurement, and implications for treatment. Am J Psychiatry. 141:725-732. , 1984.

- GOGUELIN J.P. : Un hypertendu sur le divan. Rev. Med. Psychosom. 17/18. p 123-128, 1989.
- GROUPE COOPERATIF FRANCO-BELGE : Cardiopathies ischémiques et profil psychologique de 3 cohortes masculines. Rév. Epidem. et santé publique, 30, 71-84, 1982.
- GROUPE COOPERATIF DE LA FONDATION NEUMANN : Approche psychologique en épidémiologie cardio-vasculaire. Nouv. Presse Méd. 6, 1955; 1977.
- HACKETT T.P., CASSEM N.H., WISHNIE H.A. : Detection and treatment of anxiety in the coronary-care unit. Am. Heart J., 1969, 78, 727-730.
- HARDY M.C., HARDY P., KERNIS O. : Sémiologie des conduites anxieuses. EMC Paris, Psychiatrie, 37 112 A10, 10-1985, 20p.
- HARDY P et Coll : Enquête nationale sur l'anxiété : résultats cliniques. Psychiatrie supplément, 1988.
- HARDY M.C., WIDLÖCHER D. : Le concept d'agressivité. Neuro-psy, vol 5, n°1, 1990.
- HAYNES S.G., EACKER E.D., FEINLEIB M. : Spouse behavior and coronary heart disease in men. Am. J. Epidemiol. 118, 1-22, 1983.
- HAYNES S.G., FEINLEIB M., LEVINE S. : The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease. Am. J. Epidemiol. 107, 5, 384-402, 1978.
- HAYNES S.G., FEINLEIB M., KANNEL W.B. : Pattern A. Am. J. Epidemiol. 111, 37-58, 1980.
- HAYNES S.G., FEINLEIB M. : Type A behavior and the incidence of coronary heart disease. Adv. Cardiol. 29, 85-95, 1981.

- HAYNES S. G. et Coll. : Methods and Risk factors, Am. J. Epidemiol, 107, 362-383, 1978.
- HAZAN E. et DE RIBEROLLES C. : Traitement chirurgical de l'insuffisance coronarienne. Encycl. Méd. Chir., Paris. Coeur-vaisseaux, 11 030 V 10, 3-1981.
- HELD R. : L'interrogatoire en psychosomatique. Entretien de Bichat. oct. 1958.
- INSERM : Cardiopathies ischémiques : incidence et facteurs de risque. Etude prospective parisienne, 1981.
- JANNE P., REYNAERT C., CASSIERS L. : Déni et maladie coronarienne. Ann. Méd-psychol, 1990, 148, 2, 165-178.
- JAMES S.A. : Coronary Heart disease in black-Americans. Am. Heart J., 108, 833-838, 1984.
- JAMES S.A. : Socioeconomics influences on coronary heart disease in black population. Am. Heart J.108, 669-672, 1984.
- JEAN-LOUIS P.R. et DESCHAMPS E. : Pattern comportemental prédisposant aux maladies coronariennes. Psychologie médicale, 1986, 18, 5, 705-708.
- JENKINS C.D., ROSEMAN R.H., ZYZANSKI S.H. : Prediction of clinical coronary heart disease by a test. N. Engl. J. Med. 290, 1271-1275, 1974.
- JENKINS C.D., ROSENMAN R.H., FRIEDMAN M. : Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior. J. Chron. Dis. 20, 371-379, 1967.
- JOUVE A et Coll : La situation favorisante dans l'évolution de la maladie coronarienne. La vie médicale. 15, 1241-1246, 1980.

- JOUVE et Coll : Recherche psychosomatique en cardiologie. Arch. Mal. Coeur. 66, 25-33, 1973.
- JOUVE et Coll : Condition socioprofessionnelle du coronarien. Ann. Cardiol. Angéiol. 29, 223-230, 1980.
- JOUVE A., BERNET A., EBAGOSTI A. : Approche pluridimensionnelle des facteurs psychologiques des maladies coronariennes. Arch. Mal. Coeur. 12, 1397-1404, 1978.
- JUNG C.G. : Psychologie de l'inconscient. Librairie de l'Université. Genève, 1952.
- KARASEK R.A. et Coll : Job psychological factors and coronary heart disease. Adv. Cardiol. 29, 62-67, 1982.
- KASL S.V. : Social and psychological factors in the etiology of coronary heart disease. Am. Heart J. 108, 660-669, 1984.
- KLEIN M., et Coll : Développement de la Psychanalyse. PUF. Paris, 1980.
- KLOTZ P. : La médecine psychosomatique. Ed Expansion, 1965.
- KORNIZER M. et Coll : Belgium Heart disease prevention project. Lancet. 1, 1066-1070, 1983.
- LABLANCHE J.M. et BERTRAND M.E. : Infarctus du myocarde. Complications. Evolution. Pronostic. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Coeur-vaisseaux, 11 030 P15, 7-1987, 12 p.
- LANG H. : L'angoisse et l'élaboration de l'angoisse dans la névrose et dans les maladies psychosomatiques graves. Psychologie médicale, 20. 1, 23-27, 1988.
- LANTERI LAURA G., DEL PISTOIA L. et BEL HABIB H. : La paranoïa. Encycl. Méd. Chir. Paris. France. Psychiatrie. 37 299 D10 10, 1985. 24 p.

- \_ LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B. : Vocabulaire de la Psychanalyse. P.U.F. Paris. 1973.
- LECLERC A et Coll : Morbidité, mortalité et classe sociale. Rév. Epidem et Santé Pub. 27, 331-358, 1979.
- LEGER J.M. et coll : Psychopathologie du vieillissement. Ed DOUIN., 1989.
- LEGER J.M. et CLEMENT J.P. : Approche clinique de l'anxiété. La Presse Thermale et Climatique n°3.120-122. 1985.
- LEGER J.M. et coll : Nosographie des états anxieux. Actualités Médicales Internationales de Psychiatrie. 3, 22. 47-51. Avril 1985.
- \_ LOIRE R. Anatomie pathologique de l'infarctus du myocarde. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Coeur-vaisseaux, 11 030 P07, 4-1987, 8 p.
- \_ LIPOWSKI Z. J. : Psychosocial reaction to physical illness. Can Med Assoc J. 1983 ; 128 : 1069-1072.
- MARTY P. : Les mouvements individuels de vie et de mort. Petite Bibliothèque de Payot, 1979.
- MARTY P. : L'ordre psychosomatique. Payot, 1980.
- \_ MARTY P. : La relation d'objet allergique. Rev. franç. Psychanal. 1950, 22, 350.
- \_ MARTY M. : Les difficultés narcissiques de l'observateur devant le problème psychosomatique. Rev. franç. Psychanal. 1952, 12, 3, 339-356.
- \_ MARTY M., DE M'UZAN M. et DAVID C. : L'investigation psychosomatique. P.U.F. Paris. 1963.
- MEDALIE J.H., GOLDBOURG U : Angina pectoris among 10 000 men. Psychosocial and other risk factors. Am. J. Med. 60, 910-921, 1976.

- MEDALIE J.H. et Coll : 5 years incidence and univariate analysis. Am. J. Med. 55, 583-594, 1973.
- MEDALIE J.H. et Coll : Myocardial infarction over a 5 years period. J. Chron. Dis. 26; 63-84, 1973.
- MERCIER J. : Neurophysiologie des états anxieux. Psychologie médicale, 1978, 10 A "hors série".
- MINC S., SINCLAIR G., TAFT R. : Some psychological factors in coronary heart disease. Psychosom. Med. 25, 133-139, 1963.
- MOUSTIER J.M. et Coll : Relation entre personnalité et angor spastique. Presse Médicale. 13, 1311-1314, 1984.
- MYASNIKOFF A.L. : Influence of some factors on development of experimental cholesterol atherosclerosis. Circulation. 17, 99-113, 1958.
- OSLER W. : The Lumleian Lecture on angina pectoris. Lancet. 1, 696-700, 839-844, 1910.
- OSFELD A.M. et Coll : A prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease. J. Chron. Dis. 17, 265-276, 1964.
- PEREZ-CRUET J., GANTT. W.H. : Conditional reflex ECG and bulbocapnine. Am. J. Med. 67, 61-72, 1964.
- PERSE J. : Etude psychométrique de l'anxiété. Psychologie médicale, 1978, 10 A "hors série".
- PIERON H. : Vocabulaire de la psychologie. éd PUF. Paris, 1973.
- POSTEL J. QUETEL C. : Nouvelle histoire de la psychiatrie. Ed Privat, 1983.
- RAHE H. : Recent life changes and Coronary heart disease. Handbook of life stress, cognition and health. Ed Fisher, 1988. p 317-333.

- SAMI A. : Penser le somatique. Imaginaire et pathologique. Ed Dunod, 1987.
- SEGUIN A. : Introduction à la médecine psychosomatique 1947. Ed. L'Arche, Paris, 1950.
- SELYE H. : Le stress de la vie, 1956. Ed Gallimard Paris, 1975.
- SIFNEOS PE : Short-term psychotherapy and emotional crisis, Cambridge, Harvard University Press. (1972).
- SMITH G.R. : Alexithymia in medical patients referred to a consultation/liaison service. Am J Psychiatry. 140; 99-101. (1983).
- SMITH M. et Coll. : Traduction française du Schalling-Sifneos personality scale revised et du Beth Israel questionnaire : deux instruments de l'évaluation de l'alexithymie. L'Encéphale, 1992. XVII 171-4.
- SIRVEN D. et NOTE I.D. : Régulation du schéma comportemental de type A : objectifs, méthodes et interventions. Psychologie Médicale, 1986. 18. 5. 711-716.
- SPECCHIA G. : Mental arithmetics stress testing in patients with coronary artery disease. Am. J. Med.108, 56-63, 1984.
- TAYLOR et Coll. : Optimal methods for identifying depressions following hospitalization for myocardial infarction, J. Chron. Dis. 34, 127-133,1981.
- THE ASPIRIN MYOCARDIAL INFARCTION STUDY : A randomised controlled trial of aspirin in persons recovered from myocardial infarction. JAMA. 243, 661, 1980.
- THE CORONARY DRUG PROJECT : Clofibrate and Niacin in coronary heart disease. JAMA, 231, 360, 1975.

- TRICHOPOULOS D. et Coll.: Psychological stress and fatal heart attack : the Athens 1981 earthquake natural experiment, Lancet, 1, 441-443, 1983.
- TZANCK R. : Réflexions sur la médecine psychosomatique. Ed Julliard. Paris, 1964.
- VALABREGA J.P. : Les théories psychosomatiques. P.U.F. Paris. 1954.
- VINGTRINIER C. : Histoire d'un groupe de coronariens en séance de relaxation. Rev. Med. Psychosom. 17/18. p 49-64, 1989.
- VILLEMANN F., CHATENAUD L. : Stress et immunologie, neuroimmunomodulation. Neuro-psy, vol 1, n°8, 1986.
- WIDLÖCHER D. : L'angoisse, symptôme ou conduite ? Perspect. Psychiatr., 1976, 14, 56, 170-172.
- WIDLÖCHER D. : Au delà des apparences. Laboratoire Roche, 1989.
- WIDLÖCHER D., PULL C.B. : L'inhibition anxieuse. Psychiatrie et psychobiologie. 4, 1, 1989.

ABL

HE

giqu

té

ent

str

cteu

favo

2. 4. Le 17ième et le 18ième	57
2. 5. La période de FREUD	62
2. 6. L'école psychosomatique américaine	68
2. 6. 1. L'école d'ALEXANDER	68
2. 6. 2. L'école de DUNBAR	70
2. 6. 3. Les travaux expérimentaux	71
2. 7. L'école psychosomatique de Paris	73
3. <u>LES BASES THEORIQUES ACTUELLES</u>	74
3. 1. La psychosomatique. Définitions	74
3. 2. L'unité psyché-soma. Le Moi Peau	76
3. 3. Le symptôme en psychosomatique	82
3. 4. Les positions théoriques actuelles	88
4. <u>PSYCHOSOMATIQUE ET MALADIES CORONARIENNES</u>	105
4. 1. Définition du Pattern A coronarogène	107
4. 2. Autres particularités liées au Pattern A	114
4. 2. 1. Le sentiment de toute puissance	115
4. 2. 2. Le déni	119
4. 3. La notion de coping	123
5. <u>EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES CORONARIENNES</u>	126
6. <u>RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS CARDIOVASCULAIRES</u>	127

<b>7. <u>INSTRUMENTS D'ETUDE NECESSAIRES A LA CONSTRUCTION</u></b>	
<b><u>DU QUESTIONNAIRE STANDARD</u></b>	130
7. 1. L'entretien dirigé de FRIEDMAN et ROSENMAN	130
7. 2. L' autoquestionnaire de BORTNER	134
7. 3. L'autoquestionnaire de FRIEDMAN prédictif d'infarctus	138
7. 4. L'autoquestionnaire destiné à la population de Framingham	138
7. 5. Le MMPI	146
<b>DEUXIEME CHAPITRE : PARTIE PRATIQUE</b>	156
<b>1. <u>INTRODUCTION</u></b>	156
<b>2. <u>METHODOLOGIE</u></b>	157
2. 1. Méthodes	157
2. 2. Profil de la population étudiée	183
<b>3. RESULTATS</b>	188
<b>3. 1. <u>RESULTATS DESCRIPTIFS</u></b>	188
3. 1. 1. Résultats de la coronarographie	188
3. 1. 2. Résultats du test de personnalité MMPI	192
3. 1. 3. Résultats des tests de comportement	203
<b>3. 2. <u>RESULTATS DES TRIS CROISES</u></b>	205
3. 2. 1. Corrélation entre la personnalité et les données cliniques	205

3. 2. 2. Corrélation entre les tests de comportement et les données cliniques	207
3. 2. 3. Corrélation le test de personnalité et les autoquestionnaire de comportement	209
3. 3. <u>RESULTATS DES ECARTS A L'INDEPENDANCE</u>	224
3. 3. 1 Agrégation clinique et échelles de personnalités	225
3. 3. 2 Agrégation clinique et tests de comportement	234
3. 3. 3 Agrégation échelles de personnalité et tests de comportement	236
TROISIEME CHAPITRE : DISCUSSION	238
CONCLUSIONS	250

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

---

**En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.**

**Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.**

**Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.**

**Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.**

**Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.**

**COPIE LASER COULEUR**  
**SOTIPLAN, 2 bis, Avenue Garibaldi - 87000 LIMOGES**  
**Tél. : 55 79 53 00**

64

BON A IMPRIMER N° \_\_\_\_\_

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER  
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

## RESUME

Notre étude s'est effectuée sur une population de 100 coronariens hospitalisés en Cardiologie pour bénéficier d'une coronarographie.

Une série de tests psychologiques comprenant un test de personnalité (MMPI) et 4 échelles évaluant le comportement Pattern A leur a été proposée afin de repérer les caractéristiques psychologiques des patients porteurs d'infarctus.

Après une revue de la littérature et une approche théorique de la maladie psychosomatique et des coronaropathies, nous avons montré qu'il existe un indice d'anxiété et d'intériorisation très élevés pour les 2 groupes infarctus et angor, une majorité de Pattern A corrélés des affects dépressifs et des traits de caractère paranoïaque. Les patients angoreux avec une fraction d'éjection normale ont un score plus élevé aux échelles de personnalité et aux tests de comportement Pattern A que les infarctus qui se caractérisent par leurs normalités psychologiques.

## MOTS CLEFS

- Psychologie, comportement de type Pattern A
- Infarctus du myocarde, risque (facteur de)
- Angine de poitrine,
- Coronarographie, insuffisance coronarienne.