




ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

ANNALES MÉDICO
PSYCHOLOGIQUES

Annales Médico-Psychologiques 168 (2010) 191–196

Mémoire

Coping et qualité de vie dans la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson : une réflexion clinique

Coping and quality of life in neurological disorders: A clinical reflection

S. Montel^{*}, C. Bungener

Laboratoire de psychopathologie et de neuropsychologie cliniques, institut de psychologie, université Paris Descartes,
71, avenue Édouard-Vaillant, 92774 Boulogne-Billancourt cedex, France

Reçu le 17 novembre 2007 ; accepté le 13 avril 2008

Disponible sur Internet le 20 mai 2009

Résumé

Dans les maladies neurologiques telles que la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson, les processus psychologiques et adaptatifs n'ont pas été beaucoup étudiés, alors qu'il a été démontré que ces derniers avaient un impact important sur la qualité de vie. Dans deux précédentes études, nous avons examiné le *coping* et la qualité de vie en lien avec la dépression et l'anxiété dans la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson. Dans le présent article, notre objectif est de proposer une réflexion clinique sur la base des résultats trouvés. Nous cherchons à mettre en avant les différences et les similitudes concernant le *coping* en lien avec la qualité de vie, eu égard aux différences en termes d'âge, de sexe, du moment où la maladie a débuté et du type de lésion. Notre travail met en évidence le fait que la dimension psychosociale de la qualité de vie est préservée dans les deux maladies considérées. Il souligne également que les deux facteurs associés à une mauvaise qualité de vie sont la dépression et les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion. De plus, ces variables sont étroitement associées à la forme clinique dans la sclérose en plaques et aux signes moteurs dans la maladie de Parkinson. Nous discutons ici l'importance, premièrement, d'identifier ces manifestations chez les patients atteints de sclérose en plaques et de Parkinson et, deuxièmement, d'offrir aux patients des interventions adaptées aux caractéristiques de chaque trouble.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : *Coping* ; Maladie de Parkinson ; Qualité de vie ; Sclérose en plaques ; Troubles de l'humeur

Abstract

Objective. – In neurological disorders, such as multiple sclerosis (MS) and Parkinson's disease (PD), psychological and adaptive processes have not been extensively investigated, it has, however, been demonstrated that they have a great impact on "quality of life" (QoL). Interestingly, even though these two diseases affect people of different ages, both of them have a substantial impact on mood and QoL. In these two diseases, the authors objective was to analyse the style of coping in relation with the QoL taking depression and anxiety into account.

Methods. – Two hundred and seventy MS and PD subjects were seen for a semistructured interview in order to collect sociodemographic and clinical information, after which there was an assessment of their mental and cognitive states using: the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS), the Depressive Mood Scale (EHD), the Hamilton Anxiety scale (HAMA) and the Frontal Assessment Battery (FAB). Then, all subjects completed three self-report questionnaires; two about coping strategies: the Ways of Coping Checklist (WCC), the Coping with Health, Injuries and Problems scale (CHIP), and one about QoL: the SEP 59 for MS and the French version of PDQ-39 for PD.

Results. – The studies show that the psychosocial dimension of QoL is preserved in the two diseases studied. They also demonstrated that in MS and PD the two factors associated with a poor QoL are depression and emotion-focused coping strategies. Furthermore, these variables are highly dependent on the clinical courses in MS and motor signs in PD. However, the MS patients tended to be more irritable and to lose the control of their emotions more easily than PD patients.

Discussion. – The report discusses the importance, first, of identifying these manifestations in patients with MS or PD and, second, of offering patients interventions tailored to the characteristics of each disorder. The authors propose some examples of psychotherapy, which could be used

^{*} Auteur correspondant. Bâtiment K, 258, rue Marcadet, 75018 Paris, France.

Adresse e-mail : montel.sebastien@wanadoo.fr (S. Montel).

with neurological patients. The studies show that it is also important to work with MS and PD patients on both the expression and the management of their emotions in connection with their diseases.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Coping strategies; Mood disorders; Multiple sclerosis; Parkinson's disease; Quality of life

1. Introduction

La sclérose en plaques (SEP) et la maladie de Parkinson (MP) sont deux maladies neurologiques relativement fréquentes. Deux millions et demi d'individus sont atteints de SEP, tandis que quatre millions souffrent de MP dans le monde. La SEP a la particularité d'affecter des sujets jeunes qui sont en train de construire leur vie. Dans 70 % des cas, la SEP débute entre 20 et 40 ans. Même s'il est généralement accepté que la MP touche des sujets âgés, ce n'est pas toujours le cas. En fait, l'incidence de la MP s'accroît après l'âge de 60 ans, avec 4 % des sujets qui sont diagnostiqués avant l'âge de 50 ans [45]. La SEP et la MP sont deux maladies neurologiques chroniques, invalidantes et stigmatisantes qui ont un impact physique et psychologique important sur la vie des patients. Par conséquent, de façon assez logique, la dépression est un symptôme majeur de la progression de la SEP et de la MP avec une prévalence autour de 20 à 50 % [4,21,34,40]. L'anxiété est de même assez couramment rencontrée dans la MP (environ 40 %) et la SEP (environ 38 %) [17,38] même si elle a été moins étudiée que la dépression.

Aujourd'hui, la qualité de vie (QdV) est un concept très à la mode. Différentes définitions de la QdV ont été proposées mais celle qui correspond le mieux au problème de la maladie chronique est celle de Lovatt [23]. Il définit la QdV comme « le niveau de bien-être et de satisfaction associé à la vie d'un individu et comment celle-ci est affectée par la maladie, les accidents et les traitements du point de vue du patient ». La QdV comprend trois différentes dimensions : physique (ex. : limitations physiques, difficultés à se déplacer), psychologique (ex. : bien-être psychologique ou limitations de la santé mentale) et sociale (ex. : communication ou soutien social).

Dans les pays développés, sous la pression des gouvernements, la politique en matière de santé a changé pour être davantage focalisée sur les besoins et le bien-être des patients. C'est la raison pour laquelle au cours de ces dernières décennies de plus en plus d'études ont été dévolues à la QdV dans les maladies chroniques. Elle est affectée dans la SEP et la MP. Cependant, c'est la dimension physique qui est la plus touchée [36,41], alors que la dimension psychologique reste relativement préservée [26,49]. Cette question a été largement débattue dans la littérature et certaines études ont montré au contraire que presque toutes les dimensions de la QdV sont touchées [7,42].

Puisqu'il interagit avec la QdV, le concept de *coping*, imparfaitement traduit en français par « stratégies d'adaptation », est digne d'intérêt. Ce concept comprend des stratégies comportementales et cognitives, qui sont utilisées pour faire face aux situations stressantes associées à la maladie

chronique. Généralement, deux différentes stratégies sont distinguées :

- le *coping* centré sur le problème, qui inclut les efforts faits par les sujets pour faire face à leurs déficits physiques ;
- le *coping* centré sur l'émotion qui est associé à la régulation émotionnelle.

Cependant, Endler et al. [9] ont identifié quatre différentes stratégies spécifiques à la maladie. Il s'agit de stratégies palliatives, instrumentales (proche du *coping* centré sur le problème), la diversion, les préoccupations émotionnelles (qui partagent certaines caractéristiques avec le *coping* centré sur l'émotion). Le *coping* palliatif implique une variété de réponses de la part du sujet dont le but est de diminuer le désagrément de la situation. Le *coping* instrumental comprend des stratégies de résolution des problèmes telles que chercher à propos de la maladie des informations ou un conseil médical. La diversion est une tentative de faire de nouvelles expériences, des activités plaisantes ou du moins sans rapport avec la maladie, ou bien encore chercher la compagnie des autres. Le *coping* émotionnel consiste à se focaliser sur les conséquences émotionnelles des problèmes de santé.

Le *coping* a été étudié plus souvent dans la SEP que dans la MP. Cela est probablement lié au fait que, dans nos représentations, être malade ou handicapé quand on est âgé est trop souvent considéré comme « normal ».

Le *coping* semble être influencé par l'évolution clinique de la maladie dans la SEP [18,24]. Ainsi, Kroencke et Denney [18] ont observé que les patients avec une forme progressive de SEP utilisent peu les stratégies dites d'évitement. Cependant, McCabe [24] a montré que quand la dernière poussée survient dans les six derniers mois, les sujets utilisent davantage de stratégies centrées sur le problème. L'influence de l'évolution de la maladie sur le *coping* n'a jamais été scientifiquement démontrée dans la MP.

La littérature consacrée au lien entre *coping* et QdV montre que, généralement, le *coping* centré sur le problème est associé à une bonne QdV alors que le *coping* centré sur l'émotion est lié à une faible QdV et à davantage de symptômes de dépression et d'anxiété. En fait, les stratégies émotionnelles sont liées à une mauvaise QdV tant dans la SEP que dans la MP [11,25]. Pourtant, la méta-analyse de Suls and Fletcher [43] insiste sur le fait que l'essentiel est de recourir au *coping* (quel que soit le type de stratégie). Leur conclusion est que, quel que soit le type de *coping* utilisé, ce qui importe est d'utiliser des stratégies suffisamment flexibles pour s'adapter.

Jusqu'à présent, aucune étude n'a comparé le lien entre le *coping* et la QdV dans la SEP et la MP.

Dans deux précédentes études, nous avons examiné le *coping* et la QdV en lien avec la dépression et l'anxiété, dans la SEP [32] et la MP [29–31].

Dans cet article, notre objectif est de proposer une réflexion clinique sur la base des résultats trouvés dans les deux études précédentes. Nous cherchons à mettre en avant les différences et les similitudes concernant le *coping* en lien avec la QdV eu égard aux différences en termes d'âge, de sexe, du moment où la maladie a débuté et du type de lésions dans ces deux maladies neurologiques. Là encore, nous tenons compte de l'anxiété et de la dépression, deux syndromes ayant une forte prévalence dans les deux maladies étudiées. Nous considérons que s'il y a un certain nombre de différences cliniques et sociodémographiques entre ces deux maladies, il y a aussi des points communs comme les limitations physiques et la grande imprévisibilité par rapport à l'évolution de la maladie (en termes de sévérité, de vitesse de progression et de symptomatologie) qui conditionnent à des degrés divers le bien-être psychologique des sujets. Ce travail devrait aider à mieux comprendre les difficultés rencontrées par les patients et donc, par conséquent, à favoriser une prise en charge plus adaptée.

2. Méthode

2.1. Patients

Cent trente-cinq patients avec une SEP identifiée selon les critères de Poser et al. [37] ont été inclus entre septembre 2004 et juillet 2005. Cent trente-cinq patients atteints d'une forme idiopathique de Parkinson identifiée selon les critères de la United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank (UKPDSBB) [6] ont été inclus entre septembre 2004 et mai 2006. Tous les patients étaient traités à la Fédération de neurologie de l'hôpital la Pitié-Salpêtrière. N'ont pas été inclus les patients avec un déficit cognitif important apprécié par un MMSE inférieur à 24 [12] ou un trouble mental autre que la dépression et/ou l'anxiété [20]. Tous les patients avaient signé un formulaire de consentement éclairé.

2.2. Évaluations

Les 270 patients SEP et MP ont rencontré un psychologue qui, à l'aide d'un entretien semi-structuré, appréciait les variables sociodémographiques et médicales. Au cours de cet entretien, ce dernier évaluait la présence d'un trouble mental par le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) [20]. Puis, la dépression, l'anxiété ainsi que les dimensions émotionnelles et les fonctions cognitives étaient évaluées par la Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [33], la Hamilton Anxiety scale (HAMA) [15], la Depressive Mood Scale (EHD) [16] et la batterie d'évolution frontale (BREF) [8]. À l'issue de l'entretien, chaque patient était invité à compléter trois autoquestionnaires : deux de *coping*, le Ways of Coping Checklist (WCC) [35,47] et le Coping with Health, Injuries and Problems scale (CHIP) [9], ainsi qu'un questionnaire de QdV (le SEP 59 pour la SEP et le PDQ-39 pour la MP) [2,46].

Des Anova ont été effectuées lorsque la comparaison des scores dans les deux maladies était possible. Dans les deux études, des Anova ont été faites afin de mettre en avant les facteurs sociodémographiques et médicaux ayant une influence sur les variables étudiées. Par ailleurs, les deux études comprennent des calculs de corrélations (r de Pearson) afin de mettre en évidence des liens entre les variables.

3. Résultats

3.1. Variables sociodémographiques

Le sex-ratio est largement différent selon le type de maladie. La proportion de femmes est largement plus élevée dans la SEP (66 %) que dans la MP (40 %). Les patients MP sont nettement plus âgés (60,6 ans) que les sujets SEP (44,3 ans).

3.2. Dépression, humeur et anxiété

Nous avons observé que sur la vie entière, la fréquence de la dépression majeure (EDM) était plus élevée chez les sujets SEP que chez les sujets MP, alors que pour les troubles anxieux la tendance était inversée. Au moment de l'évaluation, l'intensité moyenne de la dépression était assez faible tant dans la SEP que dans la MP, mais les patients souffrant d'une dépression sévère étaient plus nombreux dans la SEP que dans la MP. Les patients SEP tendaient à être plus irritables et à perdre le contrôle de leurs émotions plus facilement que les patients MP (Fig. 1).

3.3. Coping et qualité de vie

Les scores de QdV dans les deux maladies étaient relativement bien préservés, particulièrement sur les dimensions

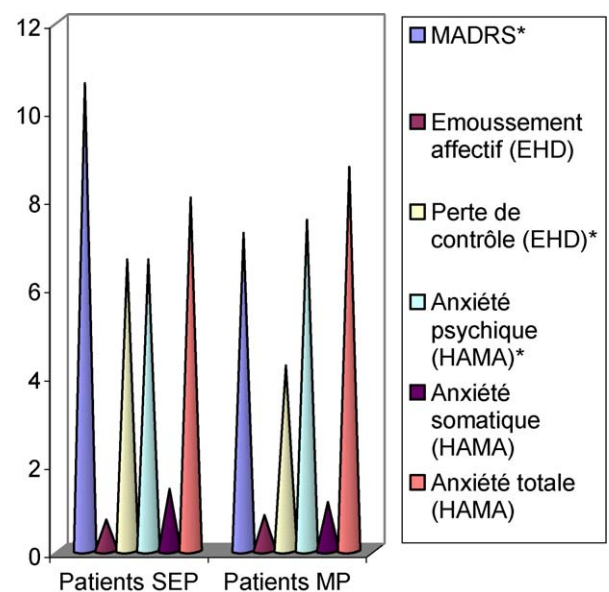


Fig. 1. Scores de dépression, d'humeur et d'anxiété dans la SEP et la MP. Il existe une différence significative ($p < 0,05$) en ce qui concerne la dépression, l'anxiété psychique et la perte de contrôle émotionnelle.

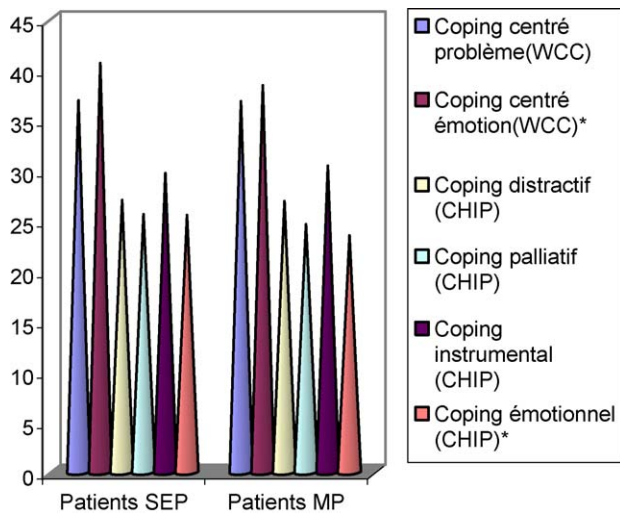


Fig. 2. Scores de *coping* dans la SEP et la MP. Des différences significatives ($p < 0,05$) ont été observées concernant le *coping* émotionnel (Ways of Coping Check List [WCC], Coping Health, Injuries and Problems scale [CHIP]), avec des scores plus élevés pour les patients SEP.

psychologique et sociale (scores > 50 sur le SEP 59 et < 50 sur le PDQ-39¹), alors que les dimensions physiques étaient légèrement affectées (scores légèrement inférieurs à 50 sur le SEP 59 et autour de 50 sur le PDQ-39).

En ce qui concerne les stratégies de *coping*, les patients SEP utilisaient davantage de stratégies émotionnelles que les patients MP (Fig. 2). Dans la SEP et la MP, le *coping* émotionnel était lié à une mauvaise QdV. Nous avons pourtant observé quelques différences en fonction de la maladie. Les stratégies palliatives dans la SEP et la distraction ainsi que les stratégies instrumentales dans la MP étaient liées à une mauvaise QdV.

Un des résultats les plus intéressants était que dans la SEP, c'était le type d'évolution clinique (rémittente [RRMS], secondairement progressive [SPMS] et progressive primaire [PPMS]) qui influençait le *coping* et la QdV, alors que dans la MP, c'était la présence de signes moteurs (fluctuations motrices et dyskinésies). En effet, les patients souffrant d'une forme secondairement progressive de SEP (SPMS) employaient plus de stratégies émotionnelles et avaient des scores de QdV plus faibles que les sujets atteints des deux autres formes cliniques de SEP (RRMS et PPMS). Les mêmes résultats étaient observés pour les patients MP qui souffraient de dyskinésies ainsi que de fluctuations motrices.

La durée d'évolution avait un effet sur le type de stratégies de *coping* dans la SEP mais pas dans la MP. Dans la SEP, l'utilisation du *coping* instrumental tendait à s'amenuiser au fil du temps. Nous n'avons relevé ni dans la SEP ni dans la MP d'effet de la sévérité de la maladie sur le *coping*. Cependant, la sévérité de la maladie était associée à une mauvaise QdV dans les deux pathologies.

¹ Pour rappel, les valeurs des scores sur ces deux échelles sont inversées. Sur la SEP 59 un score élevé est un indicateur d'une bonne QdV, alors que sur le PDQ-39 un score bas correspond à une bonne QdV.

4. Discussion

4.1. Dépression, humeur et anxiété

En ce qui concerne la prévalence de la dépression et de l'anxiété, une grande hétérogénéité est observée dans la littérature, et nos résultats concernant la dépression et l'anxiété dans la SEP et la MP mettent en évidence des scores inférieurs à ceux rapportés dans la plupart des études. Ces divergences pourraient être, au moins en partie, expliquées par le type de méthode utilisée pour mesurer ces troubles ainsi que la population incluse.

Nous avons, quant à nous, utilisé un questionnaire standardisé [20] basé sur une des classifications psychopathologiques les plus reconnues et validées internationalement (à savoir le DSM-IV) afin d'identifier une dépression majeure et/ou des troubles anxieux. La plupart des études sur la SEP et la MP reconnaissent que peu de patients remplissent les critères de dépression majeure ou d'anxiété généralisée. Cependant, la grande majorité d'entre eux présentent des symptômes de dépression et/ou d'anxiété.

Cependant, les symptômes dépressifs sont un peu plus courants dans la SEP que dans la MP [13,21,39].

La question du sexe mérite ici d'être soulevée. En fait, les femmes (largement plus nombreuses dans la SEP que dans la MP) sont connues pour être plus déprimées et recourir davantage à des stratégies de *coping* émotionnel que les hommes [3,14]. Une autre explication pourrait être liée à la nature des lésions cérébrales observées dans la SEP (très particulières car très disséminées dans le système nerveux central [SNC]) susceptibles d'être à l'origine de l'instabilité émotionnelle des patients SEP bien connue des neurologues et des psychiatres [34]. Cette hypothèse mériterait cependant d'être confirmée par d'autres études.

Il convient également d'ajouter que nos patients (SEP et MP) n'étaient pas trop détériorés sur le plan physique et sur le plan cognitif. Or il s'avère que ces deux facteurs, souvent négligés dans les études, jouent un rôle important dans la dépression des patients atteints de maladies neurologiques [1,44].

La dépression était associée à presque toutes les dimensions de la QdV tant dans la SEP que dans la MP. Pourtant, comme la dépression n'était pas fréquente et comme les scores moyens de dépression étaient bas tant chez les sujets SEP que MP, la QdV s'en trouvait préservée.

Cela confirme ce qui a déjà été observé auparavant [19,22,48]. Nous pensons que cette question est d'une importance majeure quand on considère le handicap physique et psychosocial généré par la dépression. Puisque nous disposons de traitements chimiothérapeutiques efficaces [10,28], il est important que les cliniciens qui s'occupent de patients atteints de maladies neurologiques les prescrivent quand cela est nécessaire. En effet, parce que l'attention est d'abord centrée sur les troubles neurologiques et qu'il existe probablement un « chevauchement » entre les symptômes de la dépression et les symptômes neurologiques, la dépression est fréquemment négligée et par conséquent sous-traitée par les neurologues. Il est pourtant nécessaire d'affiner notre

compréhension de la dépression dans la SEP et la MP, même quand elle est d'intensité modérée, parce qu'un diagnostic de dépression négligé représente une occasion manquée d'améliorer la QdV des malades.

4.2. Coping et qualité de vie

Il est tout à fait intéressant de souligner que bien que l'utilisation du *coping* émotionnel (facteur généralement associé à une mauvaise QdV) fût supérieure dans la SEP, la QdV était relativement bien préservée dans les deux maladies. Nous faisons l'hypothèse que d'autres stratégies de *coping* non identifiées pourraient jouer un rôle dans le processus d'adaptation.

Les patients SEP employaient davantage le *coping* émotionnel que les patients MP. Ce résultat pourrait expliquer pourquoi les patients SEP étaient aussi plus fréquemment déprimés, avaient des scores de dépression plus élevés et tendaient à perdre plus aisément le contrôle de leurs émotions. Inversement, les patients déprimés (plus nombreux dans la SEP que dans la MP) utilisaient davantage le *coping* émotionnel.

Cependant, les stratégies palliatives dans la SEP, la distraction ainsi que les stratégies instrumentales dans la MP étaient associées à une mauvaise QdV. Ces résultats suggèrent que, excepté les stratégies émotionnelles qui semblent invariablement liées à une mauvaise QdV, les autres stratégies interagissent avec d'autres facteurs cliniques, psychologiques et sociodémographiques plus ou moins identifiés. Nous devons aussi mentionner la question des instruments de *coping* utilisés dans la littérature sur la SEP et la MP. Ces derniers n'évaluent pas exactement les mêmes stratégies et sont rarement spécifiques à la maladie étudiée. De plus, généralement, les instruments utilisés varient considérablement d'une étude à l'autre. Jusqu'à maintenant, peu de travaux ont pris en compte la forme clinique de la maladie.

Aussi, un des points principaux de notre réflexion est que, dans la SEP, l'évolution clinique (RRMS, SPMS et PPMS) influence le *coping* et la QdV, alors que dans la MP, ce sont les signes moteurs (fluctuations motrices et dyskinésies) qui ont le plus d'impact sur le *coping* et la QdV. Cela illustre bien comment les caractéristiques de la maladie influencent la façon de s'y adapter. En effet, de même qu'il n'existe pas « une » mais « des » SEP avec une évolution et des symptômes différents, il existe aussi différentes façons pour les sujets affectés par cette maladie de s'y adapter. Nous faisons l'hypothèse que le problème et la façon de le résoudre sont différents selon que les sujets ont à faire face à une alternance de poussées et de rémissions ou à une évolution progressive et donc irrémédiable de leur maladie. En effet, l'imprévisibilité du type d'évolution, différente en fonction de la forme clinique, influencera la façon de s'adapter à sa maladie.

De même, il n'y a pas « une » mais « des » MP se caractérisant par des signes moteurs différents qui apparaissent plus ou moins tôt dans la vie des sujets. Il est facile d'imaginer que la façon de faire face à cette maladie dépendra de la nature et de la sévérité des signes moteurs de cette dernière, de même que de l'âge où celle-ci a commencé. En effet, nos résultats

mettaient en évidence le fait que les sujets dont la maladie commençait « précocement » utilisaient la distraction comme principale stratégie d'adaptation.

5. Conclusion

Les deux seuls facteurs communs associés à une mauvaise QdV dans la SEP et la MP sont la dépression et l'utilisation du *coping* émotionnel. Cependant, nous avons noté quelques différences concernant l'anxiété, la dépression, l'humeur et le style de *coping*, en fonction de la maladie. L'âge, le sexe et le type de lésions pourraient expliquer ces différences. On peut facilement concevoir qu'il est totalement différent d'avoir une maladie neurologique quand on est jeune que lorsque l'on est plus âgé. De la même façon, on vit certainement différemment ce type de maladie quand on commence tout juste à construire sa vie professionnelle et familiale que quand celle-ci est solidement établie depuis des dizaines d'années ou que l'on est même déjà à la retraite. De plus, l'imprévisibilité de l'évolution de la maladie est plus importante dans la SEP que dans la MP. Cependant, il n'est pas plus facile de faire face à une maladie chronique quand on est plus âgé ou quand l'évolution de la maladie est un peu plus prévisible. En fait, les difficultés sont simplement différentes.

Le dispositif d'intervention devrait inclure dans un premier temps une évaluation approfondie de la dépression et de l'anxiété ainsi que des stratégies utilisées par les sujets pour faire face à leur maladie. Alors, il serait possible de proposer des interventions spécifiques adaptées aux besoins des patients avec l'objectif d'améliorer leur QdV. Nous disposons, en plus des traitements psychotropes, de psychothérapies efficaces telles que les thérapies cognitives et comportementales (TCC) qui ont déjà prouvé leur efficacité chez des patients SEP et MP déprimés [5,27]. Mais d'autres approches, telles que le *counseling*², pourraient être appropriées pour ces patients. Il est également important, comme nos études l'ont démontré, de travailler avec nos patients sur l'expression et la gestion de leurs émotions en lien avec leur maladie. Bien sûr, nous devons ajouter que ces types de traitements, même s'ils sont prometteurs, devraient être adaptés aux caractéristiques de chacune de ces deux maladies et notamment à leurs évolutions cliniques.

Références

- [1] Aarsland D, Broninick K, Ehrt U, De Deyn PP, Tekin S, Emre M. Neuropsychiatric symptoms in patients with Parkinson's disease and dementia: frequency, profile and associated care giver stress. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78:36–42.
- [2] Auquier P, Sapin C, Ziegler M, et al. Validation of the French language version of the Parkinson's Disease Questionnaire PDQ-39. *Rev Neurol* 2002;158:41–50.
- [3] Buchanan RJ, Wang S, Ju H. Gender analyses of nursing home residents with multiple sclerosis. *J Gend Specif Med* 2003;6:35–46.

² Le *counseling* est une relation d'aide en situation. Sa première caractéristique est d'apporter une aide, une facilitation, une médiation à un groupe ou une personne dans son contexte propre.

- [4] Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, Sullivan M, Bowen JD, Kraft GH. Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: an epidemiological study of a large community sample. *Am J Psychiatry* 2002;159:1862–8.
- [5] Cole K, Vaughan F. The feasibility of using cognitive behaviour therapy for depression associated with Parkinson's disease: a literature review. *Parkinsonism Relat Disord* 2005;11:269–76.
- [6] Daniel SE, Lees AJ. Parkinson's Disease Society Brain Bank, London: overview and research. *J Neural Transm Suppl* 1993;39:165–72.
- [7] Drulovic J, Pekmezovic T, Matejic B, Mesaras S, Manigoda M, Dujmovic I. Quality of patients with multiple sclerosis in Serbia. *Acta Neurol Scand* 2007;115:147–52.
- [8] Dubois B, Slachevsky A, Litvan L, Pillon B. The FAB: a frontal assessment battery at bedside. *Neurology* 2000;55:1621–6.
- [9] Endler NS, Parker JDA, Summerfelt LJ. Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychol Assess* 1998;10:195–205.
- [10] Fénelon G. Prise en charge des troubles psychiques dans la maladie de Parkinson. *Rev Prat* 2005;55:733–9.
- [11] Frazier LD. Coping with disease-related stressors in Parkinson's disease. *Gerontologist* 2000;40:53–63.
- [12] Gagnon M, Letenneur L, Dartigues JF, Commenges D, Orgogozo JM, Barberger-Gateau P, et al. Validity of the Mini-Mental State examination as a screening instrument for cognitive impairment and dementia in French elderly community residents. *Neuroepidemiology* 1990;9:143–50.
- [13] Galeazzi GM, Ferrari S, Giaroli G, Mackinnon A, Merelli E, Motti L, et al. Psychiatric disorders and depression in multiple sclerosis outpatients: impact of disability and interferon beta therapy. *Neurol Sci* 2005;26:255–62.
- [14] Gorman JM. Gender differences in depression and response to psychotropic medication. *Gend Med* 2006;3:93–109.
- [15] Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50–5.
- [16] Jouvent R, Vindreau C, Montreuil M, Bungener C, Widlöcher D. La clinique polydimensionnelle de l'humeur dépressive. Nouvelle version de l'EHD. *Psychiatr Psychobiol* 1988;3:245–53.
- [17] Korostil M, Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Mult Scler* 2007;13:67–72.
- [18] Kroencke DC, Denney DR. Stress and coping in MS: exacerbation, remission and chronic subgroups. *Mult Scler* 1999;5:89–93.
- [19] Kuopio AM, Marttilla RJ, Helenius H, Toivonen M, Rinne UK. The quality of life in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2000;15:216–23.
- [20] Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J. MINI 5.0.0 [french version DSM-IV] 1999.
- [21] Lieberman A. Depression in Parkinson's disease: a review. *Acta Neurol Scand* 2006;113:1–8.
- [22] Lobentanz IS, Asenbaum S, Vass K, Sauter C, Klösch G, Kollegger H. Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta neurol Scand* 2004;110:6–13.
- [23] Lovatt B. An overview of quality of life assessments and outcome measures. *Br J Med Econ* 1992;4:1–7.
- [24] McCabe MP. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res* 2005;59:161–6.
- [25] McCabe MP, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2004;56:355–61.
- [26] Miller A, Dishon S. Health-related quality of life in multiple sclerosis: the impact of disability, gender and employment status. *Qual Life Res* 2006;15:259–71.
- [27] Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:942–9.
- [28] Mohr DC, Goodkin DE. Treatment of depression in multiple sclerosis. *Clin Psychol Sci Pract* 1999;6:1–9.
- [29] Montel S. *Coping* et qualité de vie en lien avec l'humeur et les émotions dans la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson. Thèse de doctorat de l'université Paris Descartes, 2007.
- [30] Montel S, Bonnet AM, Bungener C. Coping and quality of life in Parkinson's disease. 36th annual congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapy (EABCT). Paris: Maison de la chimie; 21–23 septembre 2006.
- [31] Montel S., Bonnet A.M., Bungener C. Quality of life in relation to mood, coping strategies and dyskinesia in Parkinson's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2009; 22(2):95–102.
- [32] Montel S, Bungener C. Coping and quality of life in 135 subjects with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2007;13:393–401.
- [33] Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designated to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;34:382–9.
- [34] Patten SB, Beck CA, Williams JVA, Barbuti C, Metz LM. Major depression in multiple sclerosis: a population-based perspective. *Neurology* 2003;61:1524–7.
- [35] Paulhan L, Nuissier J, Quintard B, Cousson F, Bourgeois M. La mesure du *coping* [traduction et validation de la version française de l'échelle Vitaliano]. *Ann Med Psychol* 1994;152:292–9.
- [36] Pittock SJ, Mayr WT, McClelland RL, Jorgensen NW, Weigand SD, Noseworthy JH. Quality of life is favorable for most patients with multiple sclerosis: a population-based cohort study. *Arch Neurol* 2004;61:679–86.
- [37] Poser CM, Paty DW, Scheinberg L, McDonald WI, Davis FA, Ebers GC, et al. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research protocols. *Ann Neurol* 1983;13:227–31.
- [38] Richard IH. Anxiety disorders in Parkinson's disease. *Adv Neurol* 2005;96:42–55.
- [39] Rickards H. Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis, and stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76(Suppl. 1):48–52.
- [40] Samii A, Nutt JG, Ransom BR. Parkinson's disease. *Lancet North Am Ed* 2004;363:1783–93.
- [41] Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. How does Parkinson's disease affect quality of life? A comparison with quality of life in the general population. *Mov Disord* 2000;15:1112–8.
- [42] Schrag A. Quality of life and depression in Parkinson's disease. *J Neurol Sci* 2006;25:151–7.
- [43] Suls J, Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and non avoidant coping strategies. *Health Psychol* 1985;4:249–88.
- [44] Tsivquolis G, Triantafyllou N, Papageorgiou C, Evangelopoulos ME, Kararizou E, Sfgacos C. Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. *Acta Neurol Scand* 2007;115:67–72.
- [45] van Den Eeden SK, Tanner CM, Bernstein AL, Fross RD, Leimpeter A, Bloch DA. Incidence of Parkinson's disease: variation by age, gender, and race/ethnicity. *Am J Epidemiol* 2003;157:1015–22.
- [46] Vernay D, Gerbaud L, Biolay S, Coste J, Debousse J, Aufaivre D, et al. Qualité de vie et sclérose en plaques : validation de la version francophone d'un autoquestionnaire, le SEP 59. *Rev Neurol* 2000;156:247–63.
- [47] Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The ways of coping check-list: revision and psychometric properties. *Multivariate Behav Res* 1985;20:3–26.
- [48] Wang JL, Reimer MA, Metz LM, Patten SB. Major depression and quality of life in individuals with multiple sclerosis. *Int J Psychiatry Med* 2000;30:309–17.
- [49] Wilson RE, Silver D, Spears JB, van Lunen BE. Implications of motor fluctuations in Parkinson's patients on chronic therapy (IMPACT) registry: quality of life (QOL) data. *Mov Disord* 2006;21(suppl1.13):S151.