

Soirmagazine

Selon les spécialistes, la prise en charge adoptée par certains médecins généralistes aboutit à une impasse si elle oublie de traiter le fond du problème comme la névrose d'angoisse, dont souffre une bonne proportion d'hypocondriaques.

Pour plus d'informations, M^{me} Ali Khodja, psychologue clinicienne à l'Unité de dépistage et de suivi (UDS) Mahmoud-Ben-Mahmoud de Guelma, nous apporte son éclairage sur cette pathologie.

Le Soir d'Algérie : Vous dénoncez donc la conduite à tenir de l'hypocondrie. Que voulez-vous dire par là ?

N. S. : Nous assistons aujourd'hui à la banalisation de ce problème de santé qui ne

«Il faut briser le tabou de croire aujourd'hui que l'hypocondrie relève de la psychiatrie»



Photos : DR.

Entretien réalisé par
Noureddine Guergour

des psychologues. Il faut briser le tabou de croire aujourd'hui que l'hypocondrie relève de la psychiatrie.

La prise en charge ne peut plus se faire sans un développement important avec une étroite collaboration entre les professionnels de la santé et l'entourage des malades.

Quels conseils donneriez-vous aux hypocondriaques ?

Je dirai avant cela que les débats sur une conduite à tenir efficace s'imposent. L'on doit admettre qu'il existe des points de vue différents entre les praticiens, mais aussi entre les familles des malades.

Je tiens à préciser que les hypocondriaques ne peuvent pas sortir de cette situation, sans une prise en charge psychologique adéquate.

Il faut aussi éviter d'en parler à n'importe qui, puis, en désespoir de cause, recourir aux spécialistes. Enfin, on doit promouvoir l'éducation pour la santé au sein de la famille, surtout la prophylaxie mentale chez les enfants. ■

cesse de prendre de l'ampleur. Sa prise en charge actuelle tend à qualifier les hypocondriaques de sujets vulnérables, qui deviennent malheureusement cibles de soins anarchiques, notamment de placebo (prescription volontaire d'un produit inactif pour des consi-

dérations psychologiques), qui colmate, mais ne règle pas le problème. Je veux dire que la mise en place d'un programme de dépistage des souffrances qu'endurent les hypocondriaques s'impose, avec notamment la création de cellules d'écoute.

La qualité de la prise en charge serait-elle le cœur du problème ?

Tout à fait ! D'ailleurs, je déplore l'attitude de l'entourage de ces malades et de certains médecins de famille qui, pour une raison ou une autre, hésitent à orienter ces patients vers

Des spécialistes en parlent

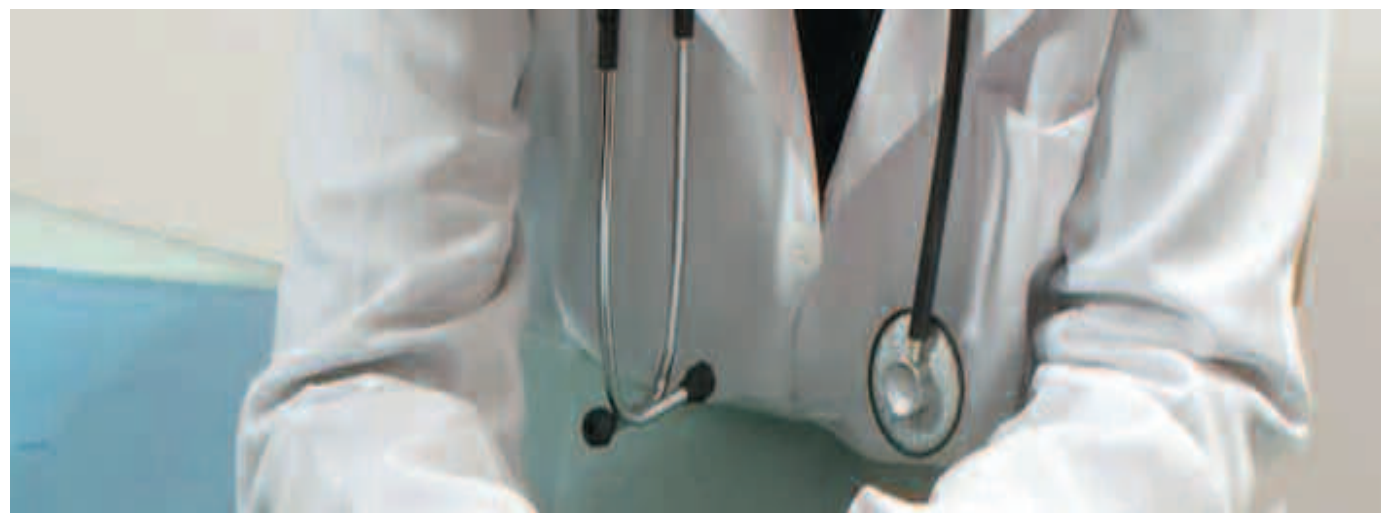
C'est une douleur morale qui s'exprime en termes de pathologie organique et conduit le patient à l'exercice d'une relation ambiguë avec le médecin, sollicité et rejeté par un malade qui détient seul le secret de son mal et le savoir de son remède. Le sujet se donne à percevoir comme malade imaginaire, et profère à l'égard de ses proches un discours sans réponse qui, obligatoirement, les engage dans une relation sado-masochiste de mise en question du corps. Cette définition doit être complétée par un élément central de l'hypocondrie qui la différencie par exemple des formes névrotiques, hystérie de conversion ou «trouble somatoforme» dans l'approche DSM ou CIM : le patient a une tendance malative à en déterminer les causes (Jules Cotard).

Critères diagnostiques

Dans l'approche clinique psychodynamique, on distingue une hypocondrie «névrotique» où il est question des inquiétudes quant à la santé somatique d'une hypocondrie «psychotique» où il ne s'agit pas simplement d'inquiétudes mais de certitudes quant à la présence d'une maladie.

C'est une préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques.

Préoccupation qui persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant. Croyance exposée dans le critère A qui ne revêt pas une intensité délirante (comme dans le trouble délirant, type somatique) et ne se limite pas à une préoccupation centrée sur



l'apparence (comme dans le trouble peur d'une dysmorphie corporelle).

Préoccupation qui est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. La durée de la perturbation est d'au moins 6 mois. Une préoccupation qui n'est pas mieux expliquée par une anxiété généralisée, un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble panique, un épisode dépressif majeur, une angoisse de séparation ou un autre trouble somatoforme. Le sujet hypocondriaque vit dans la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave.

Il est persuadé de posséder des signes ou symptômes soi-disant indétectables par les médecins. La préoccupation peut concerner soit certaines fonctions corporelles comme le rythme cardiaque, la transpiration, le transit digestif, soit des perturbations phy-

siques mineures comme une petite plaie ou une toux occasionnelle, soit des sensations physiques vagues et ambiguës (le cœur fatigué, les veines douloureuses).

Il attribue ces signes ou symptômes à la maladie qu'il soupçonne et s'inquiète de sa signification.

Cette maladie est classiquement considérée comme une affection de l'adulte, bien qu'elle puisse apparaître chez l'adolescent. Chez l'un comme chez l'autre, des inquiétudes et des plaintes douloureuses sont exprimées, les visites chez le médecin sont très fréquentes, ainsi que des examens médicaux approfondis.

Malgré les résultats toujours négatifs, certains malades vont parfois jusqu'à réclamer une intervention chirurgicale pour réparer un défaut qu'ils attribuent à une partie de leur corps. Leur conviction est redoutable et leur certitude est difficile à ébranler.

Il existe trois formes d'hypocondrie

La première est la forme névrotique. Dans ce cas, le malade est conscient de sa maladie. Il présente généralement une asthénie, des angoisses à propos de telle ou telle affection (par exemple un cancer ou une tumeur). Ce sont des crises d'angoisse dans lesquelles il ressent le besoin de voir d'urgence un médecin, ces crises peuvent être fréquentes. La deuxième est la forme démentielle qui se caractérise par une détérioration de l'individu avec sénilité et ralentissement psychomoteur. La dernière est la forme psychotique.

La conviction est alors inébranlable, prenant la forme d'une idée délirante, le sujet n'a pas conscience du trouble. Il souffre d'hallucinations qui peuvent aboutir à de véritables délires du schéma corporel associés à des images de mort ou de possession par des animaux ou des démons, des sensations d'amputation partielle ou totale des organes. ■