De l'hypocondrie à la cybercondrie : analyse d'une pathologie antique actualisée des outils du numérique moderne

Tom Magnin

▶ **To cite this version:**

Tom Magnin. De l'hypocondrie à la cybercondrie : analyse d'une pathologie antique actualisée des outils du numérique moderne. Sciences pharmaceutiques. 2023. ⟨dumas-03996511⟩

HAL Id: dumas-03996511

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03996511v1

Submitted on 15 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

ANNEE 2022-2023 – n°25 – 23 - 01.

DE L'HYPOCONDRIE A LA CYBERCONDRIE :

ANALYSE D'UNE PATHOLOGIE ANTIQUE ACTUALISEE DES OUTILS DU NUMERIQUE MODERNE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 27 janvier 2023

pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN PHARMACIE

PAR

Tom MAGNIN

Né le 10/02/1993 à BESANCON

Président :	**Frédéric GRENOUILLET**	Professeur des Universités PU-PH
Directeur de la thèse :	**Florence VAN LANDUYT**	PAST – Docteur en pharmacie
Juges :	**Jad CHAMY**	Docteur en pharmacie
	Benoit DELANNAY	Docteur en pharmacie

ANNEE 2022-2023 – n° 25 - 23 - 01.

DE L'HYPOCONDRIE A LA CYBERCONDRIE :

ANALYSE D'UNE PATHOLOGIE ANTIQUE ACTUALISEE DES OUTILS DU NUMERIQUE MODERNE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 27 janvier 2023

pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN PHARMACIE

PAR

Tom MAGNIN

Né le 10/02/1993 à BESANCON

Président :	**Frédéric GRENOUILLET**	Professeur des Universités PU-PH
Directeur de la thèse :	**Florence VAN LANDUYT**	PAST – Docteur en pharmacie
Juges :	**Jad CHAMY**	Docteur en pharmacie
	Benoit DELANNAY	Docteur en pharmacie

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE
BESANÇON

DIRECTEUR	**PROFESSEUR THIERRY MOULIN**	
DIRECTEURS ADJOINTS	**PROFESSEUR XAVIER BERTRAND**	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN	DIRECTEUR DES ETUDES

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE **MME CAROLE COINTEAU**

DEPARTEMENT MEDECINE

PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESSEUR 1ER CYCLE
PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESSEURS 2EME CYCLE
PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESSEURS 3EME CYCLE
PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MEDECINE
PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
PROFESSEUR JEAN-MICHEL PERROT	COORDINATEUR MEDECINE GENERALE

DEPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ETUDES
PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3E CYCLE
PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	

DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE

BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
STEPHANIE PARIS (SAGE-FEMME)	
DOCTEUR NICOLAS MOTTET (MCU-PH)	

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE *(PROVISOIRE)*

DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE

ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
PROFESSEUR ELOI MAGNIN	

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE

CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE - MONTBELAIRD) (MCF)	
DOCTEUR PIERRE DECAVEL (MCU-PH)	

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

	GAELLE BLERVAQUE (MAST)	COORDINATRICES PEDAGOGIQUES
	JULIE LAPREVOTTE (MAST)	

DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

	ALINE CHASSAGNE (MAST)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)	
	DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
	PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE

	PROFESSEUR CLEMENT PRATI	RESPONSABLE
	PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
	PROFESSEUR BENOIT DINET	
	DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
	STEPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)	
	MARC PUDLO (PHARMACIE) ALAIN	
	DEVEVEY (REEDUCATION) VERONIQUE	
	GRATTARD (REEDUCATION) LAURENCE	
	GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

	PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESSEUR

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

	PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESSEUR RECHERCHE - PRESIDENTE
	PROFESSEUR FREDERIC AUBER	VICE-PRESIDENT

CHARGES DE MISSIONS

FORMATION CONTINUE	PROFESSEUR REGIS AUBRY	COORDINATEURS
	MME SYLVIE DEVAUX (MCF)	
HISTOIRE DE LA MEDECINE	PROFESSEUR LAURENT TATU	COORDINATEURS
	DOCTEUR PHILIPPE MERCET	
RELATIONS INTERNATIONALES	PROFESSEUR KATY JEANNOT	COORDINATEURS
	DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)	
	DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	
ALUMNI-USB	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	COORDINATEUR
	PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE)	PRESIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLOUX	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Mme	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE

M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Antoine	TRACQUI	MEDECINE LEGALE
M.	Pierre	TIBERGHIEN	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE d'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE

MAITRES DE CONFÉ RENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Berardino	DE BARI	ONCOLOGIE-RADIOTHERAPIE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE

M.	Pierre	DECAVEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Régis	AUBRY	PR associé THÉRAPEUTIQUE
M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHESIE-REANIMATION
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
M.	Chong Hun Stephano	KIM	PR associé ONCOLOGIE
Mme	Aurore	LEBEAU-JEUNET	PR ASSOCIE MEDECINE GENERALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTE AU TRAVAIL
Mme	Anne-Lise	TREMEAU	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALENIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Claire	ANDRE	CHIMIE ANALYTIQUE
Mme	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	GALAINE	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE
M	Loïc	CALLUE	PAST ORTHOPTIE
MME	Anne-Laure	CLAIRET	PAST PHARMACIE

PROFESSIONS DE SANTE

M.	Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES LANGAGE-ORTHOPHONIE
M	Alexandre	KUBICKI	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Aline	CHASSAGNE	MAST SCIENCES INFIRMIERES
MME	Gaelle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME	Lise	FIARDET	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
MME	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
M.	Nicolas	MICHAUD	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
MME	Eleana	SANCHEZ	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS

Mise à jour 13/09/2021

REMERCIEMENTS

Aux membres de la Faculté

A ma directrice de thèse,

Dr. **Florence Van Landuyt**. Merci avant tout pour l'inspiration initiale nécessaire à la naissance de ce sujet. De plus, merci beaucoup pour non seulement votre patience mais surtout pour vos mots d'encouragements, toujours plus bienveillants, tout au long de la rédaction de ce manuscrit.

Au président du jury,

Pr. **Frédéric Grenouillet**. Merci de me faire l'honneur de présider ce jugement de mon travail, ainsi que et surtout pour l'intérêt que vous y avez porté dès nos premiers échanges.

Aux membres du jury,

Dr. **Benoit Delannay** et Dr. **Jad Chamy**. Merci à vous deux de non seulement prendre le temps d'étudier ces pages mais surtout de me faire l'honneur d'évaluer ce travail.

REMERCIEMENTS

A ma famille

A mon éternelle complice,

On m'a toujours enseigné qu'il fallait mettre les petits devant, alors commençons par la plus importante. Je remercie donc en tout premier ma chère **Carla**, ou *Crota*, ou *Crotos*, ou *Vladimir*, ou *Bibidou*, ou *Chef*, ou quel que soit le nouvel affligeant surnom dont je t'affuble au moment où tu liras ces lignes. Déjà, merci pour ton soutien indéfectible tout au long de mes études et jusqu'à la finalisation de cette thèse, mais avant tout, merci d'être au quotidien cette tornade de bonheur, d'amour et de joie de vivre qui bouscule constamment ma vie et que je ne changerai pour absolument rien au monde. Merci pour cette aventure qu'est notre vie partagée, j'ai hâte d'en découvrir la suite.

A mes parents,

Dad, salut mon père. Comme quoi, tout arrive pas vrai ? J'ai certainement pris mon temps pour réussir mais en vérité je n'aurais certainement pas pu le faire sans ton inaltérable appui. J'ignore si tu sais à quel point tes simples mais répétés « *et ben c'est comme ça, on continue et on recommence l'année prochaine* » ont été essentiels dans non seulement la poursuite de mes études mais surtout mon estime de moi. On me dit souvent, à moitié en rigolant, que si j'ai une qualité c'est bien la persévérance. La vérité c'est que ça vient entièrement de toi. Merci pour tout.

Mum, you're getting one of these little paragraphs too. Thank you for not only being one of the kindest persons I know, but also without the shadow of a doubt the kindest and most loving mother I could've dreamed of. You have been and will always be the pillar of peace and calm that I know I can and will always rely on. Thank you for always caring. I love you.

Zoé, merci d'encore bien vouloir me supporter malgré les années de mauvais traitements que j'ai pu t'infliger. T'inquiètes, en vrai tu n'as pas grossi. Je suis fier de toi.

A ma belle-famille,

Frédéric, **Frédérique**, et **Anna**, merci beaucoup de m'avoir accueilli sans condition et sans (*trop*) d'interrogatoire préliminaire. Merci d'être la belle-famille la plus extravagante qu'il m'ait été donné de rencontrer, c'est toujours un plaisir de vous revoir. Finalement, merci d'être l'inspiration officieuse de ce travail, j'espère que vous ne vous retrouverez pas trop dans ces pages.

Finalement, merci **Papy**, merci **Mamie**, merci **Dan**, et merci à tous ceux qui ne sont plus là. C'est à vous tous que je dédie ce travail. J'ai toujours affirmé que si c'était à refaire, je ne changerais rien et ce malgré la proportion d'échecs et de ratés. La vérité est que si je pouvais changer quoi que ce soit pour vous puissiez être là, je le ferais sans la moindre hésitation. Vous me manquez profondément. J'espère que vous êtes fiers de moi.

REMERCIEMENTS

A mes amis

A mes Collègues,

A la pharmacie du Val d'Usiers, **Sylviane**, **Jean-Marc**, **Lydie** et **Blandine**, ainsi que tous les professionnels de la maison de santé de Goux-Les-Usiers. Merci, avant tout, pour l'accueil, et surtout merci d'avoir su montrer à un jeune étudiant en 6ème année déjà désabusé par son métier tous les aspects positifs et appréciables inhérents à ce qui deviendra son exercice futur. Et, avant tout, merci pour les chocolats et les cafés.

A la pharmacie des Castors. **Anne**, **Lolita**, et aussi peut être un tout petit peu **Thibault** malgré son abandon aussi lâche que méprisable. Travailler avec des gens qu'on apprécie est certainement toujours une chance, alors merci. Promis, je vais essayer d'arrêter d'oublier de déclarer les tests.

Petit mot pour notre groupe de pharmaciens du Haut bientôt complètement disloqué, **Jade**, **Carla**, et aussi peut être un tout petit peu **Thibault** malgré son abandon aussi lâche que méprisable. Vivement notre prochain plat à base de fromage fondu.

Aux Lycéens,

Magda, pour être restée exactement la même depuis toutes ces années. **Anatole** et **Kevin**, de continuer à tisser une amitié vieille de bientôt 15 ans. Si nos années lycées sont maintenant loin derrière nous les souvenirs qu'on a créés ne le sont pas. Merci pour les Wacken, à bientôt pour tout le reste. Noch ein bier.

Aux Faluchards,

Mes parrains **Nathaël**, **Quentin**, **Alexandre**, **Sungur**, **Théo**, **Guillaume**, **Jad** et **Benoit**, que je ne remercierai jamais assez pour m'avoir lancé dans cette aventure aussi bizarre que délirante. Merci pour les enseignements, merci pour les présentations, et surtout merci d'avoir été là à chaque fois que j'avais le moindre doute.

Ma fratrie, **Alicia**, **Gwenaëlle**, et **Morgan**, pour toutes les soirées et tous les moments passés ensemble, en tant qu'innocents impétrants et surtout après, avec ou sans dents.

Les différents ordres auxquels j'ai pu avoir la chance de participer, avec une appréciation toute particulière pour L'ORP et ses magnifiques créateurs **Camille**, **Charles**, et aussi peut être un tout petit peu **Thibault** malgré son abandon aussi lâche que méprisable. Merci pour le titre honorifique, Philippe en soit loué. *I can't stop this feeling*.

Mes fillots/fillottes **Anna**, **Sara**, **Liza**, **Baptiste**, **Cotentin**, **Charlély**, **Arnaud**, **Adie**, **Lucie**, **Léonard** et **Valentine**, pour m'avoir fait confiance pour non seulement vos transmissions mais surtout participer à votre vie falucharde. J'espère très sincèrement avoir réussi à vous apporter au moins autant que tout ce que vous m'avez apporté. Ça a été un plaisir.

Camille, pour avoir non seulement été là du début à la fin de mon office, mais surtout pour avoir une capacité à l'ouvrir aussi grande qu'une patience limitée. Mes cordes vocales reposées te remercient, par contre tu devrais sérieusement entreprendre d'arrêter d'essayer constamment de me frapper, ce n'est pas agréable. En vérité ne change jamais, ça n'aurait pas valu le coup sans toi.

Finalement, merci à tous ceux qui ont eu à un moment donné la drôle d'idée d'agrémenter leurs années étudiantes d'un surprenant petit chapeau, ainsi qu'à tous ceux qui se sont dit que c'était intelligent de sortir boire du vin particulièrement mauvais un mardi soir. Ça a été un honneur d'officier pour vous. Verre aux mains.

Aux Corporatistes,

Qu'il s'agisse de ceux avec qui j'ai partagé mon premier mandat, ceux de mon second mandat, et même ceux de l'AG, **Richard**, **Adrien**, **Doudou**, **Solène**, **Camille**, **Joé**, **Pauline**, **Mélanie**, **Jean-Manuel**, **Lisa**, **Liza**, **Julien**, **Camille**, **Sara**, **Pauline**, **Laura, Thibaut, Sarah**. Merci pour les réunions, merci pour les différentes orgas, merci Bellefontaine merci le Kursaal, merci feu la machine à café (RIP) pour mon addiction au café, merci les congrès et les AGs. Et seuls les vrais le savent, mais surtout merci au Congrès de Lille.

Mention spéciale à **Théo** pour avoir réussi à m'arnaquer à m'engager dans le pire poste de l'histoire des associations étudiantes. Avec le recul c'était effectivement assez naze de prendre des comptes-rendus et taper les annales. Qui l'eut cru ?

Surtout, merci aux acharnés **Jad**, **Céline**, **Théophile**, **Théo**, et **Philomène** avec qui j'ai eu la chance de partager l'idée incroyable de rempiler, merci pour ces deux années. L'after Fatal vivra.

Aux Sapineurs,

Vivian pour ton fameux tube pileux, **Baptiste** pour ces innombrables séances de révision de rattrapages qu'on a partagé et qui ont systématiquement menées à mon redoublement, **Alexis** pour ta glorieuse région glutéale, **Guiton** que j'ai hâte de retrouver à la Réunion, **Jad** pour le charnier de meubles brisés qui ornent ton sillage et **Benoit** pour ton foie inéluctablement fébrile. Merci pour les week-ends, merci pour les percées, merci pour les bals, et tout le reste, et avant tout merci de n'avoir jamais laissé ni la distance ni le retard étudiant de certains atténuer cette relation aussi glorieuse que toxique, mais toujours plus incroyable. J'ai constamment hâte de vous revoir au prochain week-end. Cri de guerre.

Aux amateurs de Parions Sports,

Vous êtes les deux idiots dont le nom aura le plus été cité dans ces remerciements et ce n'est certainement pas par hasard.

Jad, l'un des plus vieux et plus marquant souvenir que j'ai de toi et moi est indéniablement ce moment où tu as l'idée saugrenue de nous asseoir au fond du bus. Depuis, et sans relâche, tu as été présent tout au long de ces années qu'on a partagé à la fac, que ce soit nos deux années à la corpo, les innombrables baptêmes, mon intro (*qui aurait été au pluriel si tu n'avais pas eu la stupide idée de valider entre-temps ton diplôme*), toutes ces soirées et leurs lendemains, et surtout tous ces simples moments où on a ciré les coussins des canapés et je ne t'en remercierai jamais assez. Vivement qu'on en vive de nouveau, tu es beau. Calme-toi en ce qui concerne mes surnoms par contre.

Finalement, il semblerait que j'aie gardé le meilleur pour la fin. Il y a maintenant un peu plus de 8 ans (*aïe*), j'ai reçu une aguichante proposition de colocation et ce qui restera comme l'une des meilleures idées que j'ai pu avoir, a été de l'accepter. Donc, avant tout, merci **Benoit**. Tu sais déjà tout le bien que je pense de toi alors je ne le répéterai pas à nouveau ici, mais sache que je n'en pense certainement pas moins aujourd'hui. Ça a été un véritable plaisir de partager non seulement toutes ces années de cohabitation mais aussi toutes celles d'après, et ce le sera à nouveau pour toutes celles à venir. Si je suis parfaitement honnête, il y aura toujours une partie de moi à qui ces dimanches soirs au 32 grande rue manqueront profondément, et ce quelle que soit la situation dans laquelle je suis. Dans tous les cas, ils resteront parmi mes souvenirs les plus chers.

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque

SOMMAIRE

1. Introduction 1

2. Hypocondrie 3

2.1. Repères historiques 3

2.2. Définition moderne 37

2.3. Paramètres diagnostiques 41

2.4. Thérapeutique 52

3. Cybercondrie 59

3.1. Introduction : l'émergence des outils de santé en ligne 59

3.2. Définition de la cybercondrie 66

3.3. Prise en charge 70

3.4. Impact de la pandémie à Coronavirus-19 72

3.5. En résumé 81

4. Le rôle du pharmacien 83

4.1. Définition 83

4.2. Observance thérapeutique 84

4.3. Le nomadisme 89

5. Conclusion 93

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Le malade imaginaire par Molière - gravure d'Honoré Daumier 2

Figure 2- Paroi de l'abdomen - F. Netter (3) 3

Figure 3 - Représentation schématique de la théorie des quatre humeurs (11) 7

Figure 4 - Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795 - Tony Robert-Fleury, 1876 20

Figure 5 - Illustration schématique des 1er et 2nd topiques (38). 31

Figure 6 - Critères diagnostiques du trouble à symptomatologie somatique selon le DSM-5 (42) 42

Figure 7- Critères diagnostiques de la crainte excessive d'avoir une maladie selon le DSM-5 (42) 44

Figure 8 - Facteurs de risque du trouble à symptomatologie somatique et de la crainte excessive d'avoir une maladie (41) 46

Figure 9 - Items-14 de la version orientale du Whiteley Index (45) 49

Figure 10 - Questionnaire d'auto-évaluation de l'introspection (46) 50

Figure 11 - Recommandations thérapeutiques de Warwick et Salkovskis (50) 57

Figure 12 - Dispensation d'un anti-dépresseur sur Amazon Pharmacy 66

Figure 13 – Exemple de Cyberchondria Severity Scale à 15 items (63) 69

Figure 14 - Stratégies de prise en charge (64) 71

Figure 15 - Modèle schématique de la cybercondrie à COVID-19 (64) 76

Figure 16 – Odds Ratio en faveur de la vaccination selon les facteurs individuels (73) 78

Figure 17 - Résumé des études d'efficacité de l'hydroxychloroquine sur les infections à Sars-Cov-2 en 2020 (75) 80

Figure 18 - Programme d'Education Thérapeutique du Patient (86) 88

1. Introduction

Mens sana in corpore sano est un dicton issu de la dixième satire de Juvénal, un poète satyrique romain du début du II^{ème} siècle, qui se traduit en français en la très célèbre maxime «*un esprit sain dans un corps sain*», illustrant l'idéal parfait de la pleine santé. On comprend bien, dans les mots de l'auteur, que la santé se compose de ces deux entités et surtout qu'elles sont toutes les deux indissociables l'une de l'autre pour permettre leur totale efficacité.

C'est une notion qu'on retrouve de façon assez similaire dans la nouvelle définition de la santé publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé, dans le préambule de sa constitution : «*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*» (1). On identifie donc à nouveau dans cette nouvelle définition que le bien-être mental et physique sont, exactement comme dit précédemment, deux des composantes essentielles de la pleine santé. Ainsi, que ce soit il y a plusieurs millénaires ou il y a moins d'un siècle la notion de connexion entre la santé mentale et physique est prépondérante. Il n'y a ensuite qu'un petit pas à franchir pour pouvoir affirmer que s'il faut à une bonne santé la coexistence du bien-être mental et physique, l'absence de l'une ou l'autre de ces deux composantes est non seulement délétère mais que l'absence de l'une de ces composantes peut également avoir un effet délétère sur l'autre. Il n'est donc pas étrange de s'imaginer qu'une dégradation du bon état physique puisse avoir un effet négatif sur le bien-être mental, et qu'une altération du bien-être mental puisse avoir un impact sur le bien-être physique. Nous en arrivons ainsi doucement à la notion d'hypocondrie qui se présente alors comme une maladie d'origine purement psychiatrique impactant la santé physique de l'individu qui en souffre. Elle est identifiée comme une souffrance physique s'affirmant en l'absence totale de lésions pouvant justifier cette-dite souffrance.

L'hypocondrie est une pathologie à la fois aussi ancienne que romancée, que ce soit par besoin scénaristique ou par manque de connaissances sur le sujet. Il s'agit en effet d'un trouble psychiatrique souvent fantasmé ayant servi la cause de multiples récits, et ce avec plus ou moins de fidélité quant à sa représentation, allant notamment du *Malade imaginaire* de Molière au film *Supercondriaque* de Dany Boon, pour ne citer qu'eux.

Nous nous appliquerons donc ici à démêler le vrai du fantasmé pour définir un peu plus clairement quels sont les tenants et les aboutissants de l'hypocondrie, et ce au cours des siècles derniers jusqu'à sa définition la plus récente en vigueur dans les établissements de santé. Et parmi ces nombreux tenants et aboutissants, nous nous attarderons plus en détails sur ceux qui font de l'hypocondrie une maladie certes très ancienne mais également indéniablement moderne, en montrant qu'elle est non seulement toujours d'actualité mais surtout parfaitement capable de s'agrémenter de technologies utilisées quotidiennement par le plus grand nombre. L'outil sur lequel nous nous appuierons pour explorer cette modernité du trouble est le web, et plus précisément l'accès sans contrôle et illimité à l'information qu'il permet, ainsi que l'influence que ces facteurs ont sur notre santé tout autant que sur notre vision de celle-ci. Après avoir défini d'où, comment, et pourquoi internet a émergé et s'est répandu aussi massivement au cours des dernières décennies nous observerons l'impact qu'il a pu et continue d'avoir sur notre psyché, sur nos comportements en terme de santé, et plus largement sur notre santé. C'est en nous plongeant dans ces questions que nous analyserons le concept nouveau de cybercondrie, ainsi que la meilleure manière de l'appréhender dans le contexte de l'officine et les outils qui sont mis à notre disposition pour ce faire.

Figure 1 - Le malade imaginaire par Molière - gravure d'Honoré Daumier

2. Hypocondrie

2.1. Repères historiques

2.1.1. Etymologie

Le terme d'hypocondrie est un mot qui provient directement de l'hypochondre, un mot d'origine grec composé de ὑπὸ, voulant dire « *sous* », et de χόνδρος, signifiant « *le cartilage* », et qu'on peut donc traduire littéralement en « *qui se situe sous le cartilage* » (2). Le cartilage en question désignant celui situé au niveau des fausses côtes, ou côtes flottantes, on définit donc les hypochondres comme des régions anatomiques du corps humain qui se situent de part et d'autre de l'épigastre, dans la partie supérieure du bas-ventre (3), en dessous du cartilage des côtes flottantes.

Ils sont divisés en hypochondre droit et gauche, avec l'hypochondre droit renfermant notamment le foie et l'hypochondre gauche contenant la rate et une importante proportion de l'estomac (3).

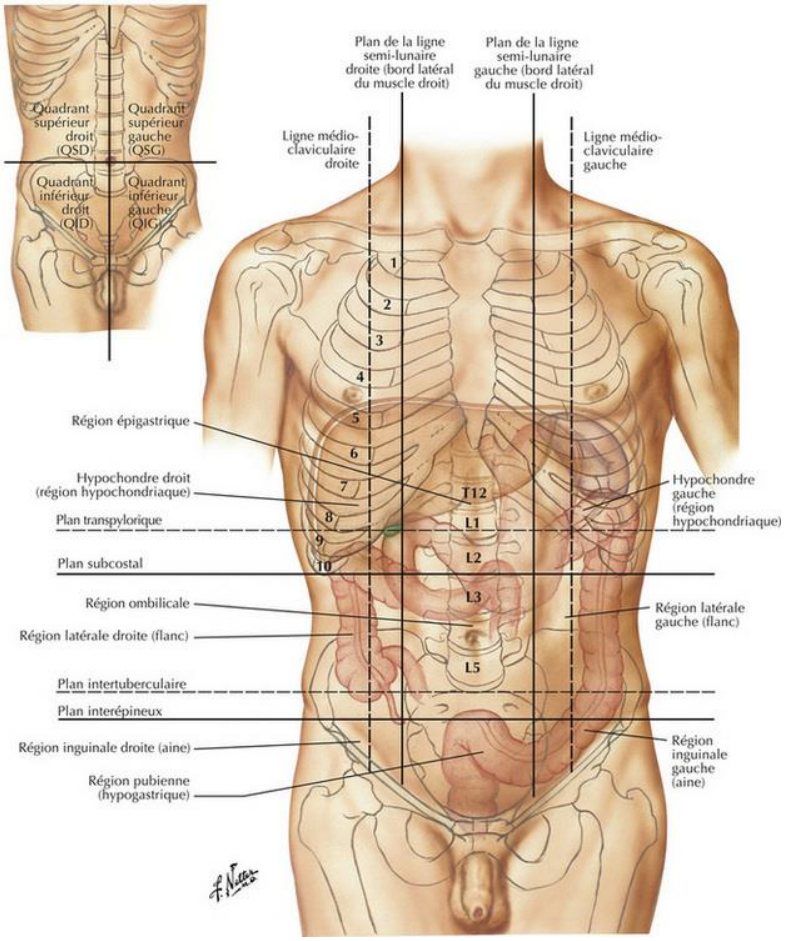


Figure 2- Paroi de l'abdomen - F. Netter (3)

La définition de l'hypocondrie en tant que pathologie va connaitre de nombreuses évolutions, au fur et à mesure des époques ainsi que des connaissances médicales, avant de devenir celle que l'on connait aujourd'hui. Cette évolution s'étend même jusqu'à son orthographe, car si elle était autrefois, dans le corpus médical, connue en tant qu'hypochondrie, elle se transformera entre 1398 et 1560 en hypocondrie, notamment du fait de son passage au français courant, en y perdant au passage sa lettre H centrale (4).

2.1.2. L'Antiquité

2.1.2.1. Dioclès de Caryste

La première apparition du terme hypochondrie remonte au IV^{ème} siècle avant J.C. quand Dioclès de Caryste, un médecin grec adepte de l'école de médecine dogmatique, l'utilise pour désigner ce qu'il apparente à une maladie digestive (5). Il est important de rappeler que si Dioclès a été un auteur très prolifique en son temps, la quasi-totalité de ses écrits ont été perdus, à tel point qu'il n'en demeure aujourd'hui que certains titres, certains maigres fragments et une missive adressée au roi Antigonos le Borgne décrivant partiellement les fondamentaux du maintien en bonne santé. De ce fait, nous n'avons aucun moyen de savoir si sa définition de l'hypochondrie est définitive, si elle est incomplète, ou encore si elle a été modifiée par la suite. Le médecin athénien décrit l'hypochondrie comme une entité morbide organique spécifique à l'estomac qui : «*[est] différente des précédentes : les uns l'appellent mélancoliques, les autres flatulentes. Elle est accompagnée, après les repas, quand surtout les aliments sont de digestion difficile ou de nature à causer des ardeurs, de crachements humides abondants, d'éructations aigües, de vents, de chaleur dans les hypochondres. Parfois surviennent de violentes douleurs d'estomac se prolongeant jusqu'au dos* » (6). En définissant une entité morbide comme étant une pathologie à caractères fixes et déterminés constituant un tout bien individualisé (7), on observe que l'hypochondrie ne semble être pour Dioclès qu'un trouble somme toute similaire en tout point à la gastrite, dont la cause serait imputable à la consommation de certains aliments. Cette définition de Dioclès se focalise essentiellement sur les symptômes physiques de la pathologie qu'il décrit et ne prend aucunement en compte un quelconque aspect psychologique, ne se concentrant véritablement que sur l'atteinte viscérale.

C'est sur cette absence des critères psychologiques qu'il sera critiqué et corrigé par Galien, autre éminent médecin grec qui vécut et exerça plusieurs siècles après lui. Le praticien hellène reprochera en effet à la définition de Dioclès l'omission complète de tout aspect moral de la pathologie, qui se constitue pour lui de la crainte, de la tristesse et de la déraison (6) et qu'il est capital de prendre en compte dans sa prise en charge.

Toutefois, avant de poursuivre sur la description de Galien du trouble hypochondriaque nous allons, dans un soucis de clarté et pour bien comprendre les notions qui vont suivre, évoquer rapidement les bases de la médecine dans la Grèce antique.

2.1.2.2. La doctrine des humeurs

La doctrine des humeurs est l'une des théories médicales les plus importantes du monde antique occidental, influençant jusqu'au langage médical couramment utilisé aujourd'hui. Comme nous allons le voir ladite théorie se fonde essentiellement sur des phénomènes d'écoulement des liquides du corps humain. Le mot grec qui désigne l'écoulement, ῥεῦμα (ou *rheuma*), se traduit littéralement en français par le mot « rhume ». Dans ce contexte, s'il semble assez aisé de comprendre le rapport entre un phénomène d'écoulement et les symptômes du rhume sans qu'on puisse l'attribuer à l'antique théorie médicale, il paraît un peu moins évident d'omettre son influence lorsqu'il s'agit de désigner des douleurs articulaires imputables à des dégradations des cartilages par le mot « rhumatisme », surtout lorsqu'on sait pertinemment aujourd'hui qu'aucun écoulement d'aucune sorte n'a d'influence sur la pathologie (8). Dans un français plus courant, certaines expressions populaires comme « être de bonne ou de mauvaise humeur », « être d'une humeur sombre » ou encore « se faire de la bile » sont des descendants directs de la théorie et témoignent directement de son omniprésence dans le monde médical antique.

La médecine antique grecque repose ainsi essentiellement sur la théorie des humeurs, qui s'articule autour des mouvements des masses liquides de l'organisme. C'est notamment là l'une de ses plus importantes différences avec d'autres médecines antiques comme les médecines indienne, chinoise ou même égyptienne, qui reposaient elles plutôt sur les souffles vitaux (9). Elle s'oppose même à ses consœurs plus orientales de par son approche plus empirique et son détachement stricte de toute origine spirituelle ou démoniaque pour expliquer l'origine d'un mal.

La trace purement médicale la plus ancienne existante de cette théorie des humeurs est celle de la *Collection Hippocratique*, un ensemble de soixante-sept traités aux auteurs

multiples datant d'entre 430 et 350 avant J.C. Son origine est toutefois probablement plus ancienne que ces écrits, située quelque part entre cette dernière date et la date d'écriture des récits homériques (au VIII^{ème} siècle avant J.C.), qui en omettent si intégralement l'existence qu'on peut présumer de sa non-existence à l'époque de la rédaction de ces textes, bien que certaines notions y sont identifiables, comme nous le verrons plus tard. Toutefois, la disparition de toute trace écrite datant de cette époque nous empêche d'être plus précis pour dater l'origine de cette théorie. Ces humeurs sont à l'origine ce que l'auteur Louis Gernet décrira plus tard comme des catégories de l'âme, c'est-à-dire qu'elles représentaient des états purement psychologiques à la base de « mouvements d'humeur » (10). C'est seulement ensuite, à partir de cette définition humorale initiale, que la médecine grecque s'est appropriée le concept pour désigner les liquides du corps et surtout leurs mouvements dans l'organisme, auxquels ils vont imputer toute notion de physiologie, et donc par extrapolation toute notion de santé et de maladie. Les humeurs ont donc à la fois une dimension psychologique, en influant sur le tempérament d'une personne, et une dimension purement anatomique. On y distingue initialement que deux humeurs, le phlegme plutôt froid et la bile plutôt chaude, qui se définissent comme fondamentalement opposées. En effet, le phlegme est défini comme une humeur aqueuse et relâchée à laquelle on attribue tout phénomène d'abcès, de tumeur, ou d'affection purulente, alors que la bile est une humeur attribuée à la colère et au teint jaune (11). Il est toutefois important de comprendre que ces deux humeurs ne sont pas à considérer comme des états définitifs et inamovibles mais plutôt comme les deux extrémités d'un spectre formé d'une infinité de combinaisons entre différents états de ces deux extrêmes. C'est au travers de ce spectre qu'est défini l'intégralité des maux dont peut souffrir un patient (12).

La Collection Hippocratique étant un recueil d'ouvrages dont l'écriture s'étend sur à peu près 80 ans, les écrits qui la composent sont d'autant plus intéressants à étudier qu'ils témoignent aussi de l'évolution des pensées et des idées sur la période. C'est ainsi qu'on y observe qu'à la suite de la théorie des deux humeurs se développe une théorie des quatre humeurs, qui repose sur les humeurs suivantes : le phlegme, la bile jaune, la bile noire, et le sang. Ces humeurs sont affectées par de multiples facteurs, comme les saisons, les climats, et le régime alimentaire. Chez certains auteurs, il existe même une influence des éléments (12). Cela signifie que selon le climat dans lequel vit le sujet celui-ci est influencé par une humeur en particulier et que celle-ci se répand alors plus que les autres

dans son organisme. Par exemple, vivre dans un climat hivernal aura plutôt tendance à mobiliser le phlegme, qui se disséminera alors de façon plus importante dans l'organisme et viendra influer sur le tempérament et sur la santé du patient.

Les quatre humeurs existent naturellement en harmonie dans l'organisme et c'est la variation de ces proportions harmoniques, qu'on qualifie de δυσκρασία, qui se fait la source de la maladie. Chacune des humeurs n'existe toutefois jamais en des proportions parfaitement égales, sans que ceci ne soit la source de maux. Ce léger déséquilibre bénin, que les grecs appellent εύκρασία, est propre à chaque individu et conditionne le tempérament de l'individu (13). Cette prédominance est considérée comme bénigne en elle-même mais peut néanmoins être à la source d'une prédisposition, qui peut ensuite potentiellement conduire à la maladie.

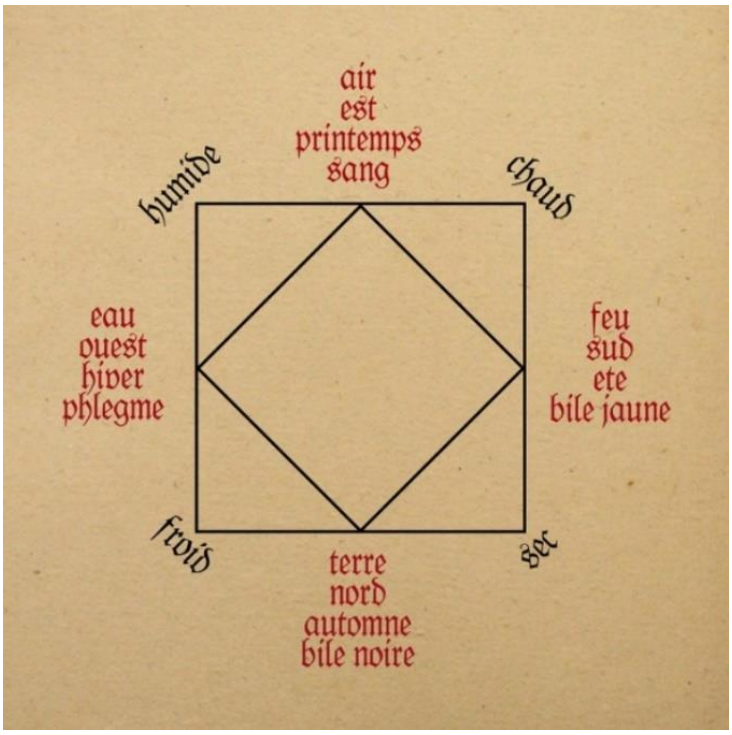


Figure 3 - Représentation schématique de la théorie des quatre humeurs (11)

- Le phlegme : c'est l'humeur associée au froid et à l'humidité, et donc la plus abondante en hiver. L'organe qui lui est associé est le cerveau. On parle alors de tempérament flegmatique.
- Le sang : humide et chaud, le sang prédomine pendant le printemps. L'organe qui lui est associé est le cœur. On parle d'un tempérament sanguin.
- La bile jaune : chaud et sec, c'est l'humeur associée à l'été. L'organe qui lui est associé est le foie. On lui associe le tempérament colérique.

- La bile noire : sec mais froid, cette dernière humeur est celle qui s'apparente à l'automne. L'organe qui lui est associé est la rate. On parle alors de tempérament mélancolique.

Le traitement des affections liées à la prépondérance d'une humeur se fera par opposition aux éléments qui la caractérisent. Par exemple, pour traiter un mal imputable à la bile noire qui est une humeur sèche et froide, il faudra apporter un remède qui présente les qualités opposées, nécessitant donc d'être caractérisé comme humide et chaud (14).

C'est seulement plus tard que s'y associent les éléments, l'air étant associé au sang, l'eau au phlegme, le feu à la bile jaune et la terre à la bile noire. C'est cette dernière qui, dans la Nature de l'homme de la Collection Hippocratique, est considérée comme la plus dangereuse et la plus nocive pour l'homme, car son excès est assimilé à un empoisonnement du sang. Ceci s'explique par le fait qu'elle est non seulement la dernière humeur à s'évacuer lors du traitement de référence qu'est la saignée (après le sang, le phlegme, et finalement la bile jaune), mais surtout par le fait qu'elle est celle dont l'accumulation est source de folie (12).

2.1.2.3. La bile noire

La bile noire, ou l'atrabile, désigne pour les médecins grecs l'humeur responsable d'une pathologie bien spécifique à laquelle ils affectent le terme μελαγχολία, dont la traduction littérale française est la mélancolie (13). Il est bien important de comprendre que la notion de mélancolie employée dans la Grèce antique est un concept très différent de la définition qu'on en a aujourd'hui. Dans un premier temps, ce terme de mélancolie est utilisé dans l'antiquité non seulement comme un synonyme de l'atrabile mais également pour désigner un état pathologique. Si la définition contemporaine de la mélancolie décrit plutôt une disposition de caractère pessimiste associée à une tristesse douce et vague (15), la mélancolie pathologique décrite par la médecine antique hippocratique correspond plutôt à une forme de neurasthénie dépressive, c'est-à-dire un état durable d'abattement et de tristesse, qui peut être associé à une pléthore d'autres symptômes psychiatriques tels que la tristesse profonde, l'humeur noire, la fureur, ou encore les délires pour ne citer qu'eux (16).

S'il a été établi plus tôt que la théorie des humeurs n'est apparue qu'après la date d'écriture des récits homériques, il est intéressant de noter que la mélancolie en tant que pathologie est un mal qui y est déjà décrit, ou tout du moins dans ce qui deviendra ses

principaux symptômes, prouvant que cette notion a été appréhendée très tôt dans la Grèce antique. Ainsi, on peut observer dans l'Iliade plusieurs passages très représentatifs que sont notamment d'une part la perte de raison du guerrier Ajax, et d'autre part la quête de solitude du roi Bellérophon : « *Mais, du jour où Bellérophon fut en butte à la haine de tous les dieux, il allait seul, errant par la plaine Aléïenne, rongeant son cœur et fuyant le chemin des hommes* » (17). Dans cet extrait on observe deux éléments clefs de la mélancolie que sont le chagrin et la solitude, attestant de la connaissance des contemporains d'Homère de ces notions qui formeront plus tard la bile noire.

Si les trois autres humeurs se caractérisent comme des liquides corporels bien identifiés et facilement reconnaissables, la bile noire est quant à elle plus abstraite. En effet, elle est pour certains, comme Galien, présente dans le sang sous la forme d'un « *sédiment analogue à la lie du vin* » (13) alors que pour d'autres elle résulte soit de la décomposition du sang par la bile, soit du saignement provoqué par une hémorragie interne, qui colore en noir les excréments, les urines ou les vomissements, comme on l'observe dans le tome Epidémie VI de la Collection Hippocratique.

La bile noire trouve pour la médecine grecque son origine dans la rate, ce que l'on peut facilement comprendre par les observations cliniques de sa dissection car en effet, l'intérieur de l'organe s'y révèle de couleur ébène. Cette couleur sombre est en fait due à la présence importante de globules rouges détruits (18). C'est à la prédominance de cette humeur que la médecine hippocratique attribue toutes les pathologies qui affectent les facultés intellectuelles et donc tous les désordres mentaux, qu'il s'agisse de la mélancolie (telle qu'elle est définie au XXI^{ème} siècle), de la folie, ou même de l'épilepsie, qui à l'époque relève de la psychiatrie (13).

Arétée de Cappadoce, un médecin grec du premier siècle avant J.C., décrit également à la mélancolie son origine clinique comme correspondant à la montée de la bile noire de la rate, dont elle origine, jusque dans la région plus haute de l'estomac : « *au cours des maladies chroniques […] quand elle monte dans la région de l'estomac et du diaphragme, elle provoque la mélancolie* », initiant « *un état dépressif fondé sur une idée fixe […] Il me semble que la mélancolie n'est autre que le début et une partie de la folie »* (13). Ainsi, il fixe la mélancolie comme une pathologie psychiatrique en l'associant à la folie. Et pour illustrer son propos, l'auteur cite un nouveau passage de l'Iliade, qui se centre cette fois-ci autour du personnage d'Agamemnon, au moment où ce dernier apprend qu'il est le

responsable de la peste divine qui s'est abattue sur les troupes achéennes, car cette peste n'est rien de moins que la sanction d'une de ses propres actions. Ce comportement est décrit par Arétée comme celui que présentent ceux qui sont pris par la bile noire : « *Et voici qu'au milieu des Achéens se leva le héros fils d'Atrée, le puissant prince Agamemnon violemment chagriné ; son diaphragme tout noir s'emplissait de fureur, et ses deux yeux ressemblaient à un feu étincelant* » (17).

2.1.2.4. Hippocrate

A l'époque de la Grèce antique la médecine est fortement influencée par un autre domaine prépondérant de la société qu'est la philosophie. En effet, si les maladies du corps relèvent de l'expertise du médecin, ce qu'on désigne comme « les maladies de l'âme » relèvent elles plutôt du domaine de la philosophie. Selon Démocrite : « *les médecins soignent les maladies du corps, les maladies de l'âme sont du domaine de la philosophie qui délivre l'âme des passions* », ce qui décrit alors la souffrance humaine comme située à l'entrecroisement de ces deux disciplines. On comprend alors bien que la souffrance est une maladie de l'âme qui se répercute sur le corps et que le soulagement de cette souffrance est un objectif que se partagent philosophes et médecins (4).

C'est de cette dualité que nait l'hypochondrie selon Hippocrate. Ce dernier adhère entièrement à la théorie des humeurs et définit l'hypochondrie comme une forme de mélancolie qui est caractérisée par une tristesse et une crainte durable et associée à une atteinte viscérale profonde de l'hypochondre droit (4). Il va même jusqu'à parler « *d'épine plantée dans les viscères* » (6) pour en décrire la douleur ressentie. C'est par cette douleur viscérale précisément identifiée qu'Hippocrate différencie l'hypochondrie d'autres formes de mélancolies, qui, elles, se caractérisent plutôt par une douleur moins intense située plutôt dans la région splénique (19).

Ainsi, on observe que le mal a toujours, de façon similaire aux descriptions de Dioclès, une origine organique digestive pour Hippocrate, qui affirme que c'est un déséquilibre humoral qui est à la fois responsable de la douleur viscérale et de l'atteinte animique (4). Le traitement indiqué est alors le suivant : en plus de la prise d'ellébore et du suivi d'un régime allégé, sont préconisés en synergie les remèdes de l'âme recommandés par la psychologie, à savoir la réflexion ou la musique (4). Le Corpus Hippocratique dans son tome Maladie II contient d'ailleurs une description assez détaillée de ce qu'Hippocrate définit comme une hypochondrie mélancolique : « *Tension d'esprit, maladie difficile : le*

malade semble avoir dans les viscères comme une épine qui le pique ; la nausée le tourmente ; il fuit la lumière et les hommes, il aime les ténèbres ; il est en proie à la crainte ; la cloison phrénique fait saillie à l'extérieur ; on lui fait mal quand on le touche ; il a peur ; il a des visions effrayantes, des songes affreux, et parfois il voit des morts. La maladie attaque d'ordinaire au printemps. A ce malade on fera boire l'ellébore, on purgera la tête ; et après la purgation de la tête, on donnera un médicament qui évacue par le bas. Ensuite on prescrira du lait d'ânesse… pas de vin… pas de gymnastique ni promenade… Par ces moyens, la maladie se guérit avec le temps ; mais, si elle n'est pas soignée, elle finit avec la vie » (4).

On observe dans cette description la plupart des éléments auxquels il est fait référence plus tôt. En effet, on distingue déjà bien la dualité entre le versant psychologique et le versant organique de la pathologie. D'une part la maladie dite de l'âme est décrite quand sont mentionnés les termes « *tension d'esprit* » et « *crainte* » qui avec la tristesse forment les deux symptômes essentiels de l'hypochondrie hippocratique, ainsi que les « *songes affreux* », les « *visions effrayantes* » ou encore la vue des morts. D'autre part la maladie viscérale est également présentée, notamment lorsque mention est faite d'une « *épine plantée dans les viscères* », d'une saillie vers l'extérieur de la « *cloison phrénique* », d'une douleur au toucher ou encore d'une « *nausée qui le tourmente* ». Finalement, Hippocrate conclut en affirmant qu'en l'absence d'un traitement convenable, la pathologique peut acquérir un aspect chronique (20). Une divergence reste toutefois notable avec la théorie humorale classique, car Hippocrate précise que la maladie « *attaque d'ordinaire au printemps* », alors que la bile noire est une humeur généralement associée à l'automne.

2.1.2.5. Galien

Il a été établi précédemment que si la définition originelle de l'hypochondrie est attribuée à Dioclès de Caryste, la quasi-totalité de ses écrits ont été perdus au fil des siècles, et cela concerne également ses nombreuses descriptions médicales (5). Sa description pionnière de l'hypochondrie ne nous provient en fait pas de ses propres écrits, mais bien de la critique qu'en a fait Galien, et c'est au travers des corrections qu'il y a apporté que nous avons eu accès à ces textes originels (20).

Galien est un médecin de l'empire romain né à Pergame et vivant au II^{ème} siècle après J.C. (21). Il est un auteur très prolifique dont on retrouve encore nombre des écrits de nos jours, et il jouit d'une influence quasi-omniprésente sur la médecine de l'Antiquité jusqu'à celle de la Renaissance, au point même qu'il en soit encore reconnu aujourd'hui comme

l'un des pères fondateurs. Son parcours est d'autant plus intéressant qu'avant de s'intéresser à la médecine Galien fut d'abord un étudiant en philosophie, enchainant l'apprentissage de différentes écoles de pensée avant de finalement abandonner la discipline intégralement pour se consacrer aux sciences médicales (22). Galien est un médecin qui, en reposant les bases de son art sur deux piliers essentiels que sont la raison et l'expérience, « *ses deux jambes* », devient le médecin personnel de l'empereur Marc Aurèle, qui le qualifie de « *premier parmi les médecins et unique parmi les philosophes* » (22). Parmi ses nombreux écrits, Galien se prête occasionnellement à l'exercice de la critique, autant à l'égard de ses contemporains que de ses prédécesseurs. C'est ainsi qu'on distingue, parmi sa pléthore de critiques, une analyse de la définition de l'hypochondrie par Dioclès de Caryste, au sujet de laquelle il observe : « *Pourquoi, dans l'énoncé de la cause, Dioclès, décrit-il les autres symptômes et n'explique-t-il pas la lésion même de l'intelligence ? C'est cependant une question qui mérite examen… Hippocrate paraît avec raison avoir ramené sous deux chefs tous les symptômes propres aux mélancoliques, la crainte et la tristesse* » (4). Comme vu précédemment, Galien reproche à Dioclès de négliger les aspects psychologiques de la pathologie pour ne se concentrer, à tort, que sur les aspects viscéraux. Il met justement ce point en évidence en comparant cette définition à celle proposée par Hippocrate, dont il loue à la fois la définition et l'approche. Galien s'accorde même avec Hippocrate sur l'essentiel des symptômes qui définissent la maladie, mais vient toutefois les compléter à postériori pour y ajouter chez l'homme les troubles de la sexualité (4). Galien définit alors la plainte hypochondriaque comme celle d'une sombre mélancolie, un mal de vivre imputable à une nausée existentielle (19).

Selon Galien, le mécanisme physiopathologique de la mélancolie est en fait assez simple : en se fondant sur la doctrine des quatre humeurs dont il est un partisan convaincu, le médecin de Pergame affirme que les différentes formes de mélancolie se déterminent selon leur origine anatomique et selon le degré d'infection du sang. Il définit que « *les organes malades envoient l'atrabile au cerveau qui, à son tour, devient malade* » (20). En résumé, Galien théorise que différentes parties du corps, lorsqu'elles sont affectées par un excès de bile noire, peuvent réagir l'une sur l'autre au travers de leurs connexions physiques, pour autant que ces connexions existent. Or Galien interconnecte bien dans ses descriptions anatomiques la région gastrique/diaphragmatique avec la région cérébrale par l'intermédiaire de deux grands nerfs. De ce fait, la contamination de la région du cerveau par un excès de bile noire qui provient de la région hypochondriaque est

anatomiquement possible par sympathie, et provoque une hypochondrie mélancolique (13). Comme Hippocrate avant lui Galien accorde une grande importance à l'étude de l'environnement du patient lors de la pose d'un diagnostic, notamment en ce qui concerne sa morphologie, sa sédentarité, son habitat et surtout son alimentation. Comme vu plus tôt il s'accorde également avec Hippocrate sur l'observation des symptômes inévitables du mal hypochondriaque que sont la peur et le découragement (12). Ce sont des symptômes qu'il considère comme pouvant mener jusqu'à l'acte suicidaire lorsque la mort devient pour le sujet plus acceptable que l'objet initial de la crainte. En résumé, cette peur irrationnelle est définie par Galien comme « *la peur des ténèbres* [qui] *est innée chez les jeunes enfants et les personnes incultes. Lorsque la bile noire s'installe dans le cerveau, elle y installe en même temps son ombre et suscite cette terreur instinctive* » (13).

Du fait de ses connaissances et de son éducation philosophique, Galien comprend, comme Hippocrate avant lui, l'importance de l'aspect psychologique de la maladie mélancolique, un aspect dont l'étude ne se limite non plus seulement au corps médical mais s'étend logiquement à la considération philosophique.

2.1.2.6. L'hypochondrie philosophique

Ainsi, Hippocrate puis Galien définissent toutes les pathologies mélancoliques (et donc, par inclusion, l'hypochondrie) comme composées d'un tenant organique et d'un tenant psychologique. Ce dernier aspect s'intitule « *maladie de l'âme* », et est défini comme une passion dite stoïcienne (4). On dit d'une passion, selon sa définition classique, qu'elle désigne tout phénomène au cours duquel la volonté d'un homme est passive aux impulsions qui émanent de son corps (23). A titre d'exemple, Sénèque, un stoïcien et sénateur romain du I^{er} siècle, décrit une dysthymie très proche de la mélancolie qui est marquée entre-autre par la tristesse, l'angoisse, le malaise existentiel et le dégout de vivre, qu'il lie à la conscience de la mort mais qu'il définit sans cause déclenchante précise identifiable (4). Démocrite, quant à lui, affirme que c'est l'affection de l'âme qui vient handicaper le corps : *« Pourquoi la douleur hypochondriaque ne serait-elle pas le fait du tourment d'une âme en peine ? »*.

Cette affection est à bien différencier de la psychose maniaco-dépressive, qui se définie également comme une forme de mélancolie mais qui est provoquée par un état différent de la bile. D'un point de vue philosophique, toutes les différentes maladies de l'âme se retrouvent en une origine commune qui est la peur de la mort (4). On considère que cette

peur de la mort est la source de toutes les autres passions et la disparition de cette crainte passe, pour les stoïciens comme pour les épicuriens, par l'acquisition de la connaissance : « *il convient de ne pas se laisser dominer par ses passions sous peine de perdre le sens, c'est-à-dire la raison* ».

La question qui se pose alors pour les penseurs est celle qui en incombe à la responsabilité personnelle dans la survenue du mal. Si les partisans de l'école stoïcienne affirment que cette responsabilité est imputable au malade pour n'avoir pas su dominer ses passions, d'autres, comme Platon, affirment que les causes sont uniquement imputables aux humeurs et ne relèvent donc aucunement de la responsabilité personnelle du malade (4). Galien quant à lui dresse un portrait plus nuancé en affirmant que si le déterminisme humoral déculpabilise le patient, il reste néanmoins responsable de son hygiène de vie (21).

La résolution du mal est au contraire bien moins nuancée car les stoïciens comme les épicuriens s'accordent à trouver le bonheur, soit l'opposé de la peur, dans la connaissance et c'est dans la quête de celle-ci que le malade trouve son remède. Lorsqu'on parle de la connaissance, celle-ci englobe à la fois la connaissance du monde et celle de soi, et son acquisition se fait au dépend de la peur, qui trouve elle sa source dans l'ignorance. Les frayeurs se guérissent donc par la réflexion et le raisonnement, et la sagesse se forme de qualités comme le rire, le bonheur et l'euthymie. Pour Epicure, le bonheur se définit comme le plaisir né de la satisfaction des désirs et passe avant tout par l'éviscération des craintes nées de l'obscurantisme par le biais de la connaissance métaphysique, c'est-à-dire la science de l'intégralité du monde (24).

La guérison des maladies de l'âme ne s'obtient donc pour la philosophie antique que par la réflexion et le raisonnement, par l'utilisation de son esprit dans l'espoir de venir à bout du mal de l'âme. Si l'atrabile est communément désignée comme une coupable idéale, l'incapacité des médecins à la définir physiquement, surtout en rapport aux autres humeurs, bien ancrées dans leur physiologie respective, permet à l'hypochondrie de garder pour tous un voile de mystère et d'incompréhension quant à son origine, et inévitablement quant à sa thérapeutique.

2.1.3. Du début du Moyen-Âge à la fin de la Renaissance

Le Moyen-Âge est une époque qui fait directement suite à la chute de l'empire romain d'occident et qui s'étale entre le Vème et le XVème siècle. L'époque est à la fois marquée par les grandes épidémies, à l'image de la peste noire du XIVème siècle, par la famine, et par la guerre tant et si bien que l'intégralité de la période est considérée comme étant peu propice aux innovations culturelles ou technologiques, ainsi qu'au domaine de la médecine (25). De ce fait, la quasi-intégralité des connaissances médicales n'évoluent pas ou peu pendant ce moyen-âge et la médecine galéniste reste une part essentielle des thérapeutiques de l'époque, et les connaissances en psychiatrie et concernant l'hypochondrie en elle-même n'évoluent donc que très peu. La Renaissance est quant à elle la période historique qui fait directement suite au Moyen-âge et qui s'en détache notamment en ce qui concerne l'importance accordée aux innovations technologies et les mentalités en apportant une grande importance aux arts, à la littérature et à la philosophie avec une influence renouvelée de la Grèce antique.

Plusieurs changements notables y sont importants à préciser. C'est déjà durant le XIVème siècle (plus précisément entre les années 1398 et 1560) que le terme hypochondrie passe du corpus médical, en latin, au langage courant, en français, et voit son orthographe évoluer pour perdre sa lettre H centrale pour devenir l'hypocondrie encore employé aujourd'hui. Etymologiquement on s'éloigne donc de sa signification initiale, « sous les fausses côtes », ce qui désigne l'initiation d'un éloignement progressif de l'idée que le mal y trouve systématiquement son origine (19), bien que l'abandon complet de cette notion ne s'effectue pas complètement avant le XVIIIème siècle. On note également l'apparition de l'adjectif hypocondre en 1560 qui désigne un caractère « *triste, capricieux, toujours inquiet pour sa santé* » (19). De plus, la société occidentale évolue proportionnellement à l'importance qu'y prend le christianisme, qui impose de nouvelles mœurs. L'âme prend une dimension plus personnelle et la mélancolie s'associe à la paresse pour devenir l'un des sept péchés capitaux. Elle devient ainsi un vice, voire même parfois un châtiment divin. Le patient identifié comme bilieux ou mélancolique y est qualifié de misanthrope, de méchant, d'avare, de sadique et de paranoïaque (4).

2.1.4. Le XVIIème siècle

Le XVIIème siècle voit le rôle du médecin évoluer de celui qu'il avait à l'Antiquité, pour centrer la discipline autour du diagnostic plutôt qu'autour du pronostic comme autrefois.

Se distingue alors un rôle nouveau pour le médecin, qui est celui de trouver le siège des maladies et de les éradiquer (4), c'est-à-dire que la discipline se définit dorénavant autour de l'analyse de signes caractéristiques d'un diagnostic déterminant une lésion précise.

L'hypocondriaque ne se distingue que peu, notamment du fait du peu de considération accordé aux pathologies mentales qu'on ne différencie alors guère d'autres pathologies. Ce phénomène est imputable à la quasi-inexistence de toute notion de neurologie, l'implication cérébrale dans la physiopathologie n'étant alors qu'une notion très peu développée. On décrit l'hypocondriaque simplement comme un individu qui, du fait de son caractère sombre et mélancolique, se retrouve inadapté socialement. La définition évolue ainsi peu mais on peut remarquer que son point d'origine continue de se distancer de l'abdomen, ainsi que de la notion même de l'existence d'une origine corporelle (4).

2.1.5. Le XVIII^{ème} siècle

2.1.5.1. Robert Whytt (1764)

Robert Whytt est un médecin d'origine écossaise qui fut notamment nommé président du Royal College of Physicians d'Edimbourg en 1763 et premier médecin du roi George III en 1761. Il est reconnu comme étant l'un des neurophysiologistes les plus important du XVIII^{ème} siècle du fait de ses travaux sur le système nerveux, et plus spécifiquement sur l'implication de ce dernier dans les mouvements volontaires et involontaires, en les distinguant l'un de l'autre pour la première fois (26).

L'une des théorie prépondérante de son époque qu'il va s'employer à défier, contredire et surtout faire évoluer est celle qui attribue le contrôle des mouvements non pas au cerveau et aux nerfs mais à l'âme. En 1745 Robert Whytt publie An enquiry into the cause which promote the circulation of fluids in the small vessels of animals dans lequel il affirme que l'âme et le corps ont en fait tous les deux une influence sur le mouvement. Il se compose selon lui des mouvements volontaires qui dépendent de la volonté, et donc de l'âme, et des mouvements involontaires régis par des stimuli nerveux (26). Comme vu précédemment dans la partie 2.1.3, la notion d'âme n'a de cesse d'évoluer depuis l'antiquité, et ce tout autant pour Whytt que pour ses contemporains. Lui explique que l'âme donne vie au corps en lui permettant de ressentir, de raisonner, et de se mouvoir, mais sans toutefois expliquer comment (26). Au travers de ses publications, on observe

que Whytt comprend que l'âme a une influence non négligeable sur le fonctionnement du corps.

Par la suite, dans Observation sur les maladies nerveuses, hypocondriaques et hystéries auxquelles sont préfixées quelques remarques sur la sympathie des nerfs publié en 1764 le médecin écossais distingue pour la première fois l'hypocondrie de l'hystérie et les décrit toutes les deux comme des affections nerveuses autonomes, auxquelles il associe les symptômes suivants : le manque d'appétit, la faiblesse, la langueur, la sensation de vide dans l'estomac, le gonflement de l'épigastre, les frissonnements/chaleurs, les crampes et douleurs musculaires, les palpitations cardiaques, les tressaillements, un pouls changeant, les bouffées de chaleur, les vertiges, le bourdonnement d'oreille, les maux de tête, l'insomnie et les troubles du sommeil comme les cauchemars, la diminution de la vue, la peur, la tristesse, et les troubles de la mémoire (20). Il décrit en fait ce qui définit, plus d'un siècle plus tard, les symptômes de la neurasthénie et de l'attaque de panique.

2.1.5.2. François Boissier de Sauvages de Lacroix (1771)

François Boissier de Sauvages de Lacroix est un médecin et un naturaliste français considéré comme le père de la nosologie, notamment du fait de son ouvrage Nosologie méthodique, dans laquelle les maladies sont rangées par classes, suivant le système de Sydenham, & l'ordre des botanistes en dix volumes publié en 1771. Il y répertorie 2400 maladies avec une rigueur et surtout une méthode qu'il hérite de la botanique, classant ces pathologies en classes, genres, ordres et espèces. C'est dans cette classification innovante qu'il fait apparaitre pour la première fois et élabore la classe des « *pathologies psychiatriques* » (27).

C'est au sein de cette classe thérapeutique jusqu'alors inédite que François Boissier de Sauvages de Lacroix intègre l'hypocondrie, au sein de la classe VIII, les vésanies (4). Il la définit comme « *une maladie chronique, qui fait craindre la mort à celui qui en est attaqué, à cause des rapports, des palpitations de cœur, des borborygmes, et autres maladies semblables légères et qui changent sans un principe évident* » (27) et y attribue les causes suivantes :

(1) « *Les maux* [dont se disent attaqués les hypocondriaques] *ne sont fondés sur aucun principe évident et n'ont aucune connexion entre eux ; on ne peut les connaitre que par le récit que le malade fait, en s'arrêtant scrupuleusement sur des minuties* […] *Ce*

que d'autres malades regarderaient comme des choses de peu de conséquence, les hypocondriaques l'exagèrent et le combattent » (27).

(2) « *L'hallucination de l'esprit de ces personnes-là est sur leur santé, qu'ils croient plus affaiblie qu'elle ne l'est en effet. Mais ils l'altèrent eux-mêmes par l'attention continuelle et inquiétante qu'ils font sur l'état de leur corps et surtout par les remèdes qu'ils prennent inconsidérément et de leur propre avis par la défiance qu'ils ont de leurs médecins*» (27).

(3) « *Cette maladie n'est point dangereuse, à moins que par succession de temps il ne survienne d'autres causes plus graves ou qu'elle ne le complique avec elles. Or le chagrin est opiniâtre parce que l'esprit qui pourrait fournir le plus grand secours est lui-même affecté et que c'est son erreur qui cause et entretient la maladie. C'est-à-dire que l'indocilité du malade, la défiance, son inquiétude continuelle* […] *empêchent que les maux légers ne se guérissent par les remèdes qu'on y fait »* (27) *.*

François Boissier de Sauvages de Lacroix décrit en fait à l'hypocondrie des symptômes similaires à ceux qui étaient déjà décrits dans l'Antiquité, à l'image des flatulences, des borborygmes, des douleurs aux hypochondres, des nausées et des vomissements, qu'il complète avec la maigreur physique et la malpropreté de la peau. Toutefois, et à la différence de ses antiques aînés qui théorisaient à la maladie une origine organique, c'est à un chagrin infondé et à une inquiétude exagérée que François Boissier de Sauvages de Lacroix impute la responsabilité de l'hypocondrie, faisant d'un dysfonctionnement psychiatrique son véritable siège originel (4).

En ce qui concerne la thérapeutique, elle se divise en deux parties avec d'un côté les soins apportés au corps et de l'autre les soins apportés à l'âme. En ce qui concerne les soins du corps, il est préconisé un régime de vie dit « *humectant* » avec une alimentation constituée de petites doses d'aliments facilement digérables, un long repos et de l'exercice, préférablement réalisé à jeun. En revanche, l'objectif principal des soins apportés cette fois à l'âme n'est rien de plus que la distraction de l'objet de l'hallucination et son accomplissement est réalisable soit au travers de la pratique du discours philosophique, de la même manière qu'à l'Antiquité, soit par l'inspiration d'idées plus vives car « *on en a vu plusieurs qui, pour avoir une affaire de conséquence à terminer ou un procès à conduire, ont oublié leur maladie, et celui qui peut l'oublier est aussitôt guéri* ». Pour François Boissier

de Sauvages de Lacroix la meilleure activité à pratiquer est celle qui emmènera le patient à profiter du plein air, notamment à pied ou à cheval (27).

2.1.5.3. William Cullen (1777)

William Cullen est un médecin et chimiste écossais de la fin du XVIII^{ème} siècle crédité de la découverte du rôle central et de l'importance du système nerveux dans le fonctionnement du corps humain. Il est de plus responsable de la création d'un nouveau groupe de pathologies dans la classification des folies. Pour ce faire, William Cullen regroupe toutes les pathologies qui se définissaient comme une altération d'humeur au sein d'une nouvelle catégorie qu'il intitule les névroses. Qui plus est, il en modifie l'origine pour l'attribuer à une altération du système nerveux (6), et les définit comme « *un ensemble de perturbations du sentiment et du mouvement, apyrétique et sans lésion organique connue* » (20). En 1772, dans le Premier linéament de la pratique de la physique, Cullen définit et divise la folie en quatre catégories :

- Amentia : ou « *imbécilité du jugement* », qui correspond aux situations où les patients ne perçoivent ni ne se souviennent des correspondances entre les choses (28).
- Melancholia : ou « *folie partielle* », variable selon les préoccupations personnelles propres aux patients (28).
- Mania : ou « *folie universelle* » (28).
- Oneroidynia : ou « *imagination violente* », en lien avec le sommeil (28).

Il définit plus tard l'hypocondrie dans son ouvrage l'évolution des idées en psychiatrie comme un trouble intellectuel avec dérèglement de l'imaginaire : « *Lorsque l'oisiveté succède brusquement à ces fortes contentions de l'esprit, il faut que cette exubérance d'activité mentale se porte sur d'autres organes, elle les scrute, et le moindre changement de sensation qui se passe dans le corps suffit alors pour l'occuper sérieusement* » (4).

2.1.5.4. Philippe Pinel (1798)

Philippe Pinel est un praticien français de la fin du XVIII^{ème} et du début du XIX^{ème} siècle notamment employé comme médecin des aliénés à Bicêtre avant de devenir médecin-chef de la Salpêtrière. Il est reconnu comme étant un médecin aliéniste, c'est-à-dire un médecin spécialisé dans le traitement des patients souffrant de pathologies mentales, qu'on désigne alors par le terme d'« aliénés » (7). Il est avant tout un des précurseurs de la

psychiatrie à qui on doit entre-autre la première véritable classification des maladies mentales, ou « *vésanies* ».

La doctrine pour laquelle il est le plus célèbre est celle qui affirme que les aliénés peuvent non seulement être compris mais surtout être soignés, en préconisant un remède non pas médicamenteux mais moral. Selon lui, un trouble mental origine d'une atteinte psychologique causée par une émotion et la thérapeutique qu'il préconise repose entre-autre sur la prise en compte du passé et des difficultés de l'aliéné (29).

Il s'inspire initialement de l'un des surveillants des patients qu'il côtoie pendant son temps à Bicêtre, le jurassien Jean-Baptiste Pussin, à qui il admire la particularité qu'il a de traiter les aliénés avec empathie et bienveillance, en conversant avec la part que Pussin définit comme « *encore intacte de leur raison* ». Le jurassien est d'ailleurs celui qui est à l'initiative de la suppression de l'usage des chaînes à Bicêtre (30), un procédé auquel Pinel non seulement adhère mais va surtout reproduire à la Salpêtrière dès qu'il y prend ses fonctions de médecin-chef en 1795. Pinel a d'ailleurs une telle estime pour le travail de Pussin qu'il fait en sorte qu'il le rejoigne à la Salpêtrière en 1802 (31).

Figure 4 - Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795 - Tony Robert-Fleury, 1876

Selon la doctrine de Pinel, un aliéniste se doit de percevoir la logique derrière la déraison de son patient et, en usant tantôt du dialogue et tantôt de son autorité médicale, doit mener le patient à observer puis admettre son mal pour l'en guérir (29). Pinel est le responsable d'une forte réduction des traitements médicamenteux et des saignées, qui

sont alors toujours le traitement de référence des folies et ce depuis l'Antiquité. Le but est de privilégier une approche qui repose sur l'échange entre l'aliéniste et l'aliéné. Il fonde l'essentiel de sa thérapie sur un phénomène de contrebalance des passions humaines les unes par les autres au travers du dialogue (32).

L'influence de Philippe Pinel sur la psychiatrie s'observe et se transmet essentiellement au travers de deux de ses ouvrages, considérés comme essentiels dans le développement de la discipline. Ce sont Nosographie philosophique, ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine de 1798, et Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale de 1801. Le premier est, comme son nom l'indique, une classification novatrice des vésanies, fortement inspirée par les travaux de François Boissier de Sauvages de Lacroix et plus spécifiquement sa propre nosographie, Nosologia Methodica (1771). A la manière de son prédécesseur, Pinel est un naturaliste accompli ce qui lui permet d'appliquer une certaine rigueur et méthodologie dans l'établissement de sa classification. Cette dernière subit également l'influence des travaux de William Cullen, l'ouvrage héritant de l'ordre déjà établi par ce dernier dans ses travaux de 1772 (6). Le second ouvrage, publié en 1801 puis réédité en 1809, est également une nosographie des vésanies mais à laquelle Pinel vient appliquer une méthode cette fois-ci plus analytique. La classification n'y repose alors non plus sur les symptômes mais plutôt sur les organes lésés, en distinguant quatre classes d'aliénations mentales, ordonnées de la plus légère à la plus grave :

- La « simple mélancolie » qui désigne un délire partiel,
- La « manie » qui définit un délire généralisé,
- La « démence » qui correspond à un affaiblissement intellectuel généralisé,
- L' « idiotisme » qui caractérise une abolition totale des fonctions de l'entendement (30).

L'ouvrage initial insiste essentiellement sur la manie, qui est considérée par Pinel comme le trouble psychiatrique le plus commun, mais c'est dans la réédition, qui s'est enrichie de plusieurs centaines de pages témoignant de l'expérience du médecin dans les différents établissements où il a exercé, que Pinel affirme l'importance de considérer le malade dans son entièreté pour éviter l'aggravation de sa pathologie. Le traitement médicamenteux n'y est alors plus que considéré par l'auteur comme secondaire par rapport à la thérapie morale (29).

C'est déjà dans la Nosographie philosophique, ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine puis dans la réédition du Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale que Pinel traite de l'hypocondrie, en la classant au sein de sa nosographie comme une névrose, c'est-à-dire comme une « *affection du système nerveux, sans inflammation, ni lésion de structure, ni fièvre* » (4) mais à laquelle il décrit dans le même temps une complexité diagnostique en précisant que « *l'extrême difficulté de se faire une idée juste et précise de l'hypocondrie est de ne pas la confondre avec l'hystérie ou la mélancolie, par la confusion qui règne dans la plupart des écrits de médecine ou par un vain mélange de théories étrangères qui en ont défiguré l'histoire* » (4). Cette difficulté que rencontre le praticien à établir un diagnostic clair et précis est une caractéristique de l'hypocondrie qui perdure encore aujourd'hui.

2.1.6. Du XIX^{ème} siècle à nos jours

2.1.6.1. François Broussais (1828)

Si l'approche morale du traitement des vésanies initiée par Philippe Pinel est largement reconnue dans la psychiatrie moderne, elle est plutôt sujette au scepticisme de la part de ses confrères médecins et de ses contemporains. Parmi ceux-ci, l'exemple le plus parlant est celui de François-Joseph-Vitor Broussais, un médecin et chirurgien français contemporain de Philippe Pinel, qui est notamment le créateur d'une doctrine médicale qui porte son nom, le système de Broussais (4). Malgré le fait qu'il se reconnaisse comme l'un des élèves de Pinel et qu'il retient de ce dernier l'importance d'établir une nosographie, il est l'auteur en 1816 d'un ouvrage intitulé Examen de la doctrine médicale généralement adoptée et des systèmes modernes de nosologie, qui n'est autre qu'un pamphlet qui s'emploie à critiquer sévèrement les médecins Laennec et Pinel. Il y accuse ces deux médecines de notamment inventer « *des entités fictives au lieu de chercher l'origine de la maladie dans la lésion* » (33).

Son système de Broussais, qu'il crée à l'aide de son expérience de médecin de guerre accumulée sur les champs de bataille de l'Empire, repose sur un procédé hyper-simpliste résumé en la courte maxime « *tout est inflammation* ». Le médecin français justifie en fait l'apparition de n'importe quelle pathologie par l'irritation et l'inflammation d'un tissu, et ce de façon quasi-exclusive. Il s'inspire de façon assez libre de la doctrine du médecin écossais John Brown qui impute l'état physique d'un patient à une seule variable, l'excitabilité des tissus, et qui définit qu'une maladie est due à des variations

pathologiques de cette excitabilité. Broussais s'en inspire pour publier en 1808 Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques pour théoriser que c'est l'inflammation, qu'il assimile à une hyperexcitation, des tissus gastriques qui se fait l'origine de la plupart des pathologies suite à sa transmission à d'autres tissus en provoquant diverses maladies (4). Il prétend alors que c'est la gastro-entérite qui est donc la source initiale de toutes les maladies. Le traitement préconisé par Broussais est antiphlogistique, c'est-à-dire qu'il s'agit soit de mettre l'organe au repos grâce à une diète liquide sévère, soit et surtout en soumettant le patient à une saignée par sangsues, ce que Broussais préconise en abondance (4). Ce système sera fortement plébiscité du vivant de François Broussais mais ses limites seront rapidement atteintes, notamment du fait de sa mise en échec au cours de la pandémie de choléra qui touche Paris en 1832 (33).

Dans son ouvrage De l'irritation et de la folie de 1828 Broussais s'attarde sur les pathologies psychiatriques, auxquelles il réfère en employant le terme « folies ». L'origine de ces folies ne s'illustre pas pour le médecin des autres pathologies et provient ainsi selon lui d'une inflammation du cerveau et de ses membranes, mais également potentiellement d'un aspect moral. Se faisant, il place l'hypocondriaque comme un malade souffrant des deux étymologies en simultané pour les définir comme : « *de[s] malades que l'on appelle vulgairement hypocondriaques et de quelques-uns de ceux que l'on désigne sous le nom de mélancoliques. Ils peuvent joindre à la gastrite chronique qui les tourmente l'une des prédispositions cérébrales […], et alors il existe une double irritation qui tend à affaiblir la raison »* (4). François Broussais reconnait donc une prédisposition héréditaire au trouble ainsi qu'une origine lésionnelle, deux notions qui prédominent encore dans la conception moderne de la maladie.

2.1.6.2. Jean-Etienne Esquirol

Jean-Etienne Esquirol est un aliéniste français, également élève de Pinel, très important dans l'évolution de la législation concernant l'aliénation mentale, car il est responsable notamment de la création d'un département spécialisé en psychiatrie dans chaque département de France. Il est le successeur de Philippe Pinel en tant que médecin-chef de la Salpêtrière, puis accède au poste de médecin-chef à la maison royale de Charenton, qui porte depuis et aujourd'hui encore le nom d'hôpital Esquirol (34).

Ses travaux portent essentiellement sur l'approfondissement et l'évolution de la nosographie précédemment établie par Philippe Pinel en y abandonnant le terme antique

de mélancolie comme classe nosographique pour y introduire la lypémanie, ou délire triste, qu'il oppose à la monomanie. Il est le fondateur des premières distinctions entre hallucination et illusion et présente les passions comme les causes initiatrices de la folie, affirmant que l'apparition de cette dernière n'est en fait pas uniquement liée à la déraison mais est également provoquée par l'existence de passions lorsque celles-ci sont poussées à l'extrême (34).

Esquirol définit l'hypocondrie comme une lypémanie, c'est-à-dire « *une maladie cérébrale caractérisée par le délire partiel, chronique, sans fièvre, entretenu par une passion triste, débilitante ou oppressive* […] *les lypémaniaques naissent avec un tempérament particulier, mélancolique, qui les dispose à la lypémanie* » (35) donc comme une maladie proche de la dépression, une catégorisation qu'elle garde encore dans les classifications modernes (4). Esquirol est également crédité de la reconnaissance de la tristesse, notion centrale de l'hypocondrie depuis, comme un véritable trouble pathologique car « *avant lui, la tristesse non-accompagnée de manifestations délirantes patentes pouvait apparaitre comme excessive ou inexplicable, mais elle ne sortait pas du registre de la psychologie banale et de la morale commune* » (4).

2.1.6.3. Frédéric Dubois d'Amiens (1833)

Frédéric Dubois est un médecin et un historien français membre et secrétaire de l'Académie de Médecine de 1836 jusqu'à sa mort en 1873. Il est notamment l'auteur d'un ouvrage intitulé Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie, récompensé du premier prix du concours de la Société royale de Médecine de Bordeaux, dans lequel il définit l'hypocondrie comme : « *Une manière maladive de penser, indépendante de toute lésion cérébrale* […]. *Toutes les fois qu'une maladie affecte une marche insolite, toutes les fois qu'elle ne cède pas à un traitement prétendument rationnel, il faut soupçonner qu'il y a quelque chose d'hypocondriaque, s'il s'agit d'un homme, ou d'hystérique, s'il s'agit d'une femme* […]. *Poursuivi par la crainte, l'intellect s'épouvante à l'aspect de tous les événements, l'esprit se déprave ainsi par ses propres émotions* […]. *Trompé par les sensations qu'il a fini par susciter lui-même dans ses organes, il se croit presque toujours atteint d'une maladie singulière et bizarre.* » (4).

2.1.6.4. Le dictionnaire Littré (1863)

En 1863, le médecin et philosophe Emile Littré publie son Dictionnaire de la langue française, plus communément connu sous le nom du Littré. Ce dictionnaire se veut être

un ouvrage étymologique, historique et grammatical et est considéré comme le dictionnaire le plus complet existant à l'époque de sa publication. Parmi les plus de 80 000 entrées qui composent son œuvre Littré y inclut une définition de l'hypocondrie comme une « *sorte de maladie nerveuse qui, troublant l'intelligence des malades, leur fait croire qu'ils sont attaqués par des maladies les plus diverses, tout en souffrant beaucoup, et qu'ils sont plongés dans une tristesse habituelle* » (19). Cette définition perdure et demeure inchangée dans les nouvelles éditions de l'ouvrage qui sont publiées aujourd'hui.

2.1.6.5. Les évolutions nosographiques

Vers la fin du XIXème siècle s'opère une importante division nosographique dans la définition de l'hypocondrie. Celle-ci est scindée en deux entités nouvelles que sont l'hypocondrie majeure et l'hypocondrie mineure. L'hypocondrie majeure s'intègre et disparait dans la nouvelle définition des délires, en y étant introduite comme un symptôme du délire systématisé, de façon similaire à la persécution et à la mégalomanie. L'hypocondrie mineure s'apparente quant à elle à une composante de la neurasthénie, notion nouvelle introduite à la fin du XIX par Georges Beard (4) comme une maladie du système nerveux causée par son propre affaiblissement. Si le médecin américain limite le malade à l'homme américain et en impute la responsabilité à son mode de vie « *débilitant* », la définition est rapidement élargie. Il en décrit la symptomatologie comme associant la fatigue, des céphalées, et des troubles neurovégétatifs, digestifs et sexuels et le cocktail thérapeutique qu'il préconise repose sur des thérapies douces telles que le régime, l'hydrothérapie, ou l'électrothérapie (4).

En parallèle de cette division entre délire systématisé et neurasthénie s'opère la création du concept nouveau de cénesthésie. Cette notion propose une liaison entre l'esprit et l'organisme en affirmant que la conscience de soi, c'est-à-dire l'image qu'une personne se fait de son propre état, est influencée par des stimuli corporels. A partir de cette définition s'extrapole la notion qu'une variation de ces stimuli peut devenir la cause d'une altération pathologique de la conscience de soi d'un patient (4). L. Peisse définit la cénesthésie en 1844 comme « *par ce sentiment que le corps apparait sans cesse au moi comme sien et que le sujet spirituel se sent et s'aperçoit exister dans l'étendue limitée de l'organisme* » (4).

2.1.6.6. Le XX^{ème} siècle

En 1905 le Congrès de psychiatrie et de neurologie de la langue française propose la suppression du terme d'hypocondrie de la nosographie psychiatrique, pour la remplacer

par la notion d'idée hypocondriaque. Cette idée hypocondriaque est alors définie comme l'association entre un tempérament hypocondriaque et une cénesthopathie. Cette évolution nosographique est justifiée par l'affirmation que « *l'étude de l'hypocondrie n'appartient plus exclusivement à la psychiatrie, mais aussi à la neurologie, sinon même à la pathologie générale* » (4).

En 1930 le neurologue Joseph Abadie définit l'importance de la part qu'il appelle « constitutionnelle » de l'hypocondrie mineure. En illustrant son propos au travers du personnage d'Argan il précise qu' « *observer sa santé est la moitié de l'* […] *hypocondriaque. Chercher les causes ou les remèdes des variations, vraies ou supposées de cette santé serait l'autre moitié* ». S'il s'accorde avec la définition initiale qui associe l'hypocondrie avec une observation pathologique de soi-même, il y rajoute la notion que le patient « *veut des soins, mais ne veut pas guérir* ». L'hypocondriaque se définit donc aussi pour Abadie par sa relation particulière avec son soignant (4). Le neurologue est crédité dans le même temps de l'introduction de la notion de sinistrose, c'est-à-dire une conduite pathologique d'un sujet, qui, après un épisode de maladie ou d'accident, refuse de reconnaitre sa guérison ou amplifie le préjudice subi (36), ainsi que de la notion de simulateur, qui sont des notions qui demeurent proches de l'hypocondrie.

En 1961 les psychiatres Jacques Azoulay et Sven Follin soulignent l'importance du rôle du praticien dans les comportements hypocondriaques : « *On s'accorde à reconnaitre que l'essentiel de l'hypocondrie réside dans une expérience subjective. C'est en ce sens que l'on insiste aujourd'hui sur l'importance de l'attitude du médecin face à l'hypocondriaque, soulignant le rôle de collaboration souvent quasi-délirante entre le malade et son médecin* ». Selon eux, l'hyperspécialisation de la médecine est une source de focalisation excessive sur un organe ou sur une lésion, au défaut d'une vision plus globale de l'organisme, ce qui tend à conforter l'hypocondriaque dans son délire. L'absence de diagnostic d'une lésion définie enferme le patient dans une incrédulité hypocondriaque qui l'enferme plus encore dans sa pathologie (4).

Henri Ey est un neurologue et psychiatre français, notamment médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, qui a une forte influence sur la psychiatrie du XX^{ème} siècle. Le fondement de sa thérapeutique consiste en une approche « *organo-dynamique* » qui s'emploie à associer les symptômes psychiatriques et les données neurophysiologiques en affirmant que la défaillance d'une fonction quelconque provoque le développement

excessif d'une autre, de façon à substituer la fonction défaillante, et ce jusqu'à atteindre le domaine du pathologique. Plus simplement il précise que toutes les fonctions psychiques et organiques sont liées entre-elles (4). Ey est entre-autre l'auteur d'un traité de psychiatrie ainsi que de multiples colloques, dans lesquels on identifie une définition qu'il fait de l'hypocondrie : « *Mystère et fragilité du corps, maladie et mort sont les aspects de l'hypocondrie humaine qui nous saisissent tous, aux entrailles. Il suffit d'entendre les conversations quotidiennes de la masse des hommes (et surtout des femmes), il suffit d'observer la séduction qu'exercent dans presque tous les ménages le Larousse médical, la chronique médicale de la radio ou des journaux, ou la trouble attirance qu'opèrent les atlas et les musées forains d'anatomie sur l'immense majorité des gens, pour se convaincre que le complexe hypocondriaque est universel, pressant et lancinant dans l'humanité entière* » (4) proposant aux diverses sources d'information externes une responsabilité nouvelle dans le développement de la pathologie hypocondriaque.

2.1.7. De l'influence de Sigmund Freud

2.1.7.1. Biographie

L'une des figures les plus importantes de la neuropsychiatrie du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle, que nous avons sciemment évitée jusqu'ici, est le neurologue Sigismund Schlomo Freud, ou Sigmund Freud. Le médecin autrichien est reconnu comme étant le père de la psychanalyse, notamment fondateur des concepts de sexualité infantile, d'inconscient, et de cure psychanalytique (37).

Né en 1856 dans la ville de Freiberg, en actuelle République Tchèque, il grandit et vit dans le quartier juif de Vienne, Leopoldstadt, et ce jusqu'à son départ forcé pour Londres en 1938 du fait de la menace causée par la montée du nazisme. S'il est de confession juive dès la naissance, l'éducation octroyée par ses parents s'émancipe de la rigueur traditionnelle de la religion juive pour se focaliser plus sur les enseignements de la philosophie des Lumières. Il est un élève reconnu comme brillant tout au long de sa scolarité et se destine rapidement à une carrière de médecin, malgré une passion pour la biologie et la zoologie (37).

Freud obtient son diplôme de médecin en 1881 en ayant concentré l'essentiel de ses travaux estudiantins sur les effets de la cocaïne et sur le fonctionnement des neurones. Il exerce en tant que médecin-praticien avant d'intégrer un service de psychiatrie en 1883

ce qu'il lui permet d'y approfondir ses études et son expérience clinique des patients atteints de troubles nerveux. Il profite ensuite d'une bourse de voyage pour poursuivre sa formation en 1885 et en 1886 dans l'hôpital de la Salpêtrière à Paris sous la tutelle du professeur Jean-Martin Charcot. Il définit plus tard ce séjour à Paris comme un moment clé de sa carrière, et même de son existence. Après son retour à Vienne en avril 1886 il s'installe comme médecin privé, continuant en parallèle à travailler comme neurologue dans une clinique et à publier régulièrement le fruit de ses travaux. Il devient assesseur de la Royal Society londonienne en psychiatrie et en neurologie pour la revue « *Jahrbruch für Psychiatrie und Neurologie* » et crée en 1902 la Société Psychologique du Mercredi ou « *Psychologische Mittwoch Gesellschaft* » pour discuter de psychanalyse. Il participe ensuite à la création en 1910 de l'API, ou Association Psychanalytique Internationale, présidée par celui qu'il désigne alors comme son « dauphin », Carl Gustav Jung, qui marque l'apogée de sa reconnaissance internationale (37).

La Grande Guerre vient freiner le développement de la psychanalyse entre 1914 et 1918 mais permet notamment à Freud de mesurer l'impact de la névrose traumatique sur son propre gendre. Il devient ensuite professeur ordinaire en 1920 mais est diagnostiqué d'un cancer de la mâchoire en 1923. Il poursuit ses travaux et conférences jusqu'en 1938, quand il se voit obligé de s'exiler de Vienne tandis que les soldats du régime nazi prennent la ville. Ses ouvrages sont d'ailleurs de ceux qui sont brûlés lors des autodafés nazis de 1933. Il s'exile à Londres où il décède le 23 septembre 1939 à 83 ans des suites de son cancer (37).

2.1.7.2. Principaux travaux

L'un des thèmes principaux sur lequel Freud travaille est l'hystérie. Au moment de ses travaux, il s'agit d'une pathologie reconnue comme primordialement féminine, ce que Freud vient réfuter dans une allocution dès 1886, publiée sous le titre Beiträge zur Kasuistik der Hysterie. Il y fait la présentation de l'hystérie masculine, au sein de laquelle il installe notamment la névrose traumatique, et lui distingue une grande et une petite hystérie. Il illustre son propos de cas pratiques observés à la Salpêtrière (38). Ses théories sont toutefois globalement rejetées et ce n'est pas avant 1893, lors d'une collaboration avec le médecin Josef Breuer, que Sigmund Freud publie Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques où les deux praticiens autrichiens réaffirment à l'hystérie son aspect névrotique et lui proposent une thérapie innovante fondée sur la cure cathartique

et l'abréaction. Ils poursuivent leur collaboration avec la publication en 1895 de l'ouvrage Etudes sur l'hystérie qui regroupe des études de cas de patients traités par Freud et Breuer. Freud se distance toutefois de son confrère sur l'origine qu'il théorise à l'hystérie en l'imputant à ce qu'il nomme un phénomène de transfert d'émois pulsionnels infantiles refoulés et déplacés. Sigmund Freud définit en fait la sexualité infantile refoulée comme étant la source de l'hystérie et baptise sa théorie nouvelle la psycho-analyse, qui devient par la suite la psychanalyse (38).

Un autre domaine très étudié par Freud est celui du monde onirique, car le praticien autrichien accorde une grande importance aux songes, argumentant qu'ils sont la source de désirs cachés dont l'analyse permet une meilleure compréhension. Il publie en 1900 Die Traumdentung, où l'Interprétation du rêve, un travail d'analyse reposant sur ses propres rêves, et notamment sur l'épisode qu'il nomme *de l'injection faite à Irma*. Pour résumer, Freud rêve d'une patiente nommée Irma qui souffre de la gorge, du ventre, et du nez qu'il semble incapable de soigner. Il demande l'avis d'autres médecins qui ne lui proposent alors que des diagnostics absurdes. Le psychanalyste s'emploie à analyser le sens de son rêve et en déduit que l'objectif de son songe est de rejeter la responsabilité de l'erreur diagnostique sur autrui, personnifié ici par ses collègues médecins. Freud en vient à proposer l'hypothèse que l'objectif d'un rêve correspond en fait à l'accomplissement d'un désir, et que ledit rêve se compose entre-autre de « *restes diurnes* » d'expériences vécues par le sujet dans les jours précédents. Dans l'exemple de l'injection faite à Irma, un collègue et ami de Freud, Wilhelm Fliess, avait commis quelques jours plus tôt une erreur grossière durant l'opération du nez d'une patiente également suivie par Freud, Emma Eckstein, en lui oubliant une gaze iodoformée dans l'une de ses cavités nasales (38).

Freud est également le créateur de plusieurs notions essentielles de la psychiatrie que sont ses deux topiques de l'appareil psychique, une tentative ambitieuse de cartographier la psyché humaine. Son développement s'initie dès 1891 où dans l'ouvrage Zur Auffassung der Aphasien. Eine kritische Studie Freud définit pour la première fois les notions de représentation du mot et de représentation de l'objet. Une représentation, traduction littérale du mot allemand « *Vorstellung* », est un terme essentiel du vocabulaire psychiatrique freudien et représente une entité psychique inconsciente créée lors d'un refoulement, schématisant la manifestation d'une pulsion (38). Plus schématiquement, une pulsion se crée sitôt qu'une idée est originellement refoulée, et cherche dès lors à se

manifester autrement pour exprimer son existence. C'est cette expression qu'on nomme représentation. Cette dernière s'accompagne parfois d'une charge d'énergie psychique émotionnelle, généralement l'angoisse, que Freud nomme alors quantum d'affect ou affect (38). De plus, un objet, également lié à la pulsion, représente le moyen par lequel la pulsion peut être satisfaite. Ces représentations du mot et de l'objet deviendront des notions centrales de la première topique. Cette première topique, développée dans Die Traumdentung en 1900, est une représentation de l'appareil psychique en trois systèmes, chacun correspondant à une façon distincte de penser plutôt qu'à différentes parties d'une même personnalité. Ces systèmes sont appelés le conscient, le préconscient et l'inconscient (38):

- L'inconscient : ou système *ics*, il correspond à ce que Freud appelle le processus primaire. L'énergie produite par la libido, le désir, du sujet y est dite libre et s'y écoule sans y rencontrer d'obstacles. La pulsion s'y rattache alors comme une représentation de l'objet, et la perception sensorielle y est inscrite sous forme de trace, comme le réinvestissement de l'expérience de satisfaction. Ce système inconscient n'évolue pas avec la personnalité, il demeure immobile en respectant le principe de fixation (38).
- Le préconscient et le conscient : ou système *Pcs*/*cs*, il décrit à la fois la conscience et la mémoire et fonctionne selon le processus secondaire. L'énergie libidinale est cette fois-ci capable d'être liée, accumulable, et s'investit dans l'objet. Cette capacité d'accumulation est le système fondamental des mécanismes de l'attention et de la mémoire. Dans ce système la représentation de la chose est rattachée à la représentation du mot et non plus de l'objet, pour former le fondement de l'élaboration du langage. C'est dans ce système que se distingue l'apparition d'affects accompagnant la représentation, ce qui donne naissance aux émotions. Ce système reste sous l'influence du système inconscient (38).

Il faut attendre 1920 pour voir Freud réévaluer sa cartographie initiale, qu'il ne va pas rejeter mais au contraire compléter de sa seconde topique de l'appareil psychique. La théorie freudienne s'enrichit de l'influence des découvertes de son auteur, notamment en ce qui concerne des concepts comme le narcissisme ou les principes de plaisir et de réalité. La seconde topique se construit ainsi autour de trois pôles que sont le Ca, le Moi, et le Surmoi (38). Le Ca correspond à l'aspect le plus profond de la psyché, intégralement

immergé dans l'inconscient. Il est l'espace dédié à l'expression psychique des pulsions, autant celles innées que refoulées, où toute notion de refus et de temporalité sont inexistantes et sur lequel la réalité extérieure n'a aucun impact : « *son contenu comprend tout ce que l'être apporte en naissant, tout ce qui a été constitutionnellement déterminé, donc, avant tout les pulsions émanées de l'organisation somatique et qui trouvent dans le Ca, sous des formes qui nous restent inconnues, un premier mode d'expression psychique* » (38). Le Moi est quant à lui l'espace situé à mi-chemin entre le conscient et l'inconscient, dédié au développement de la personnalité (38). Au contraire du Ca le Moi est influencé par les stimuli extérieurs mais se définit primordialement comme un espace tiraillé entre les principes de plaisir et de réalité, influencé à la fois par les pulsions issues du Ca et par les interdits du Surmoi : « *Le Moi n'est pas maitre dans sa propre maison* » (38). Finalement le Surmoi est l'aspect de la seconde topique dédié aux interdits et représente la moralité. Il est directement issu du complexe d'Œdipe et s'inclut à la fois dans l'inconscient, le préconscient, et le conscient. Il se créé de l'intériorisation d'exigences et de règles, notamment parentales, qu'il réexerce ensuite sur le Moi. A titre d'illustration, le Surmoi était considéré pendant longtemps comme un « *idéal du Moi* » par son auteur (38).

Figure 5 - Illustration schématique des 1er et 2nd topiques (38).

2.1.7.3. Hypocondrie

2.1.7.3.1. Névrose actuelle

La notion de phénomène hypocondriaque n'est pas un concept inconnu dans la conception médico-psychiatrique freudienne mais le praticien n'y accorde toutefois une

importance pas aussi marquée que pour d'autres affections psychiatriques comme la mélancolie ou le masochisme (4).

Le praticien autrichien s'intéresse initialement au concept en 1893 lorsqu'il met « *sur le compte de la mélancolie un certain nombre de névroses que l'on nomme, aujourd'hui, neurasthénie* » en distinguant pour la première fois dans ses travaux le trouble hypocondriaque du trouble mélancolique avec lequel il vient parfois se confondre. L'hypocondrie se classe alors dans la nosographie freudienne comme une des composantes de la névrose d'angoisse : « *Pour une forme de l'attente anxieuse, celle qui est en rapport avec la santé du sujet, on peut réserver la vieille dénomination nosographique d'hypocondrie. Elle ne va pas toujours de pair avec l'attente anxieuse générale, elle nécessite comme condition préalable l'existence de paresthésie et de sensations corporelles pénibles, de sortie que l'hypocondrie est la forme préférée des neurasthéniques authentiques lorsqu'ils tombent dans la nécrose d'angoisse, ce qui se produit fréquemment* ». Freud ajoute ensuite que « *l'angoisse qui est à la base des manifestations de cette névrose d'angoisse est à rechercher dans la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation qui en est la conséquence* », différenciant alors l'hypocondrie de la conversion hystérique avec laquelle elle conserve quand même de fortes similitudes : « *il se produit* [dans les névroses d'angoisse] *une sorte de conversion sur des sensations corporelles... un bon nombre de soi-disant rhumatisants, dont on peut montrer qu'il le sont aussi* [hystériques] *souffrent en réalité de névrose d'angoisse* ». Ce n'est pas avant 1898 et ses études plus approfondie des contenus représentatifs de l'angoisse que Freud ne s'empare véritablement du concept pour introduire la notion de névrose actuelle, dont il fait de l'hypocondrie l'un des trois représentants. La névrose actuelle se définit alors par opposition à la névrose de défense, avec des contenus liés à l'actualité et non plus à des contenus inconscients refoulés, et par opposition aux névroses de transfert, car déterminée ici par l'actualité d'une expérience somatique réelle ou supposée et non plus par une perturbation de l'économie libidinale d'une question historiquement déterminée (4).

2.1.7.3.2. Le rôle de la libido

L'ouvrage Pour introduire le narcissisme de 1914 marque pour Freud une réévaluation de l'angoisse hypocondriaque, notamment suite à l'actualisation de sa théorie de la libido.

De façon très schématique la libido est un concept initialement inclut dans le Moi qui s'investit primordialement dans l'objet, puis donne naissance au concept de narcissisme en se réinvestissant dans le Moi. L'investissement dans l'un devient la cause de l'appauvrissement proportionnel de l'autre. L'hypochondrie s'inscrit alors au moment du retrait de l'énergie libidinale sur le Moi : « *L'hypocondrie comme la maladie organique, se traduit par des sensations corporelles pénibles et douloureuses et se rencontre, aussi avec elle dans son actions sur la distribution de la libido… mais dans ce cas les modifications ne sont pas démontrables* » mais se heurte au problème que : « *l'hypocondriaque doit avoir raison, les modifications organiques ne peuvent manquer dans son cas* » (4).

Toutefois la conception freudienne de la libido et de son rôle dans l'hypocondrie évolue rapidement avec l'introduction de la notion d'érogénéité : « *Nous pouvons nous décider à tenir l'érogénéité pour une propriété générale de tous les organes, ce qui nous autorise à parler de poussée ou de frein de celle-ci dans une partie déterminée du corps. A chacune de ces modifications de l'érogénéité dans les organes pourrait correspondre à une modification parallèle de l'investissement de libido dans le moi. C'est là qu'il faudrait chercher les facteurs que nous mettons à la base de l'hypocondrie et qui peuvent avoir la même influence sur la distribution de la libido que l'atteinte matérielle des organes* » (39), liant ainsi l'organe affecté par le mal hypocondriaque à son coefficient d'érogénéité. La part anxieuse de la pathologie hypocondriaque est imputable à la « stase libidinale » avec, similairement à celle liée à la paraphrénie, une «*angoisse hypocondriaque* [qui] *serait de la part de la libido du moi le pendant de l'angoisse névrotique* » (39). La stase est définie comme étant désagréable par « *augmentation de tension non pas en grandeur absolue de ce processus, plutôt par une certaine fonction de cette grandeur absolue* » (39). Il est important de noter que cette notion de « *stase libidinale* » reste à la fois une notion peu précise chez Freud et généralement discutée par ses confrères (4).

La paraphrénie citée plus tôt correspond à une affection psychiatrique qui se définit de façon similaire à l'hypocondrie (39). Les deux notions sont pour le médecin autrichien des pathologies intriquées dont la différence entre-elles et avec les névroses dites de transfert se situe « *dans cette circonstance que la libido, devenue libre par frustration, ne demeura pas attachée à des objets dans le fantasme, mais se retire sur le moi ; le délire de grandeur répond alors à cette masse de libido, donc semblable à l'introversion sur les formations fantasmatiques qui se produit dans les névroses de transfert* » (39). Freud n'envisage alors

à la paraphrénie qu'un retour partiel de la libido dans le Moi suite à un détachement de l'objet et propose trois catégories à la pathologie, qui se succèdent dans leur apparition :

- Conservation de l'état névrotique
- Accentuation du détachement de la libido de l'objet, provoquant perturbation, régression, délire des grandeurs ou état hypocondriaque
- Restitution de la libido sur l'objet menant à la démence précoce

Ainsi, Freud inscrit l'hypocondrie dans les premiers temps des délires en lien avec les pathologies narcissiques corporelles (4).

2.1.7.3.3. La paranoïa

Une autre pathologie que Freud lie à l'hypocondrie est la paranoïa. Au début du XX^{ème} siècle Sigmund Freud se fascine pour et travaille sur les Mémoires du président Daniel Paul Schreber, un ancien président à la cour d'appel de Dresde reconnu et diagnostiqué comme souffrant de délires psychotiques. Dans son texte de 1911 intitulé Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (*Dementia paranoïdes*) décrit sous forme autobiographique ou Le Président Schreber Freud analyse les écrits du juriste pour affirmer au sujet de la paranoïa que « *je ne tiendrais aucune théorie de la paranoïa pour valable si elle ne tient pas en compte des symptômes hypocondriaques qui accompagnent, presque invariablement, cette affection. Il me semble que l'hypocondrie est à la paranoïa ce que la névrose d'angoisse est à l'hystérie* » limitant ainsi déjà la définition du trouble hypocondriaque au simple symptôme précurseur des psychoses (37).

L'hypothèse hypocondriaque de Freud ne verra finalement que peu d'évolution de la part de son auteur, malgré l'apparition dans la conception freudienne de nouvelles notions auxquels elle aurait pu être confrontée, tels que le masochisme ou la pulsion de mort.

2.1.7.4. Au-delà de la conception freudienne

2.1.7.4.1. Exemple de divergence contemporaine

Sándor Ferenczi, neurologue hongrois contemporain de Freud, s'empare du concept d'hypocondrie et lui projette comme origine une altération de la répartition de l'énergie libidinale dans les organes : « *alors que dans l'hypocondrie il s'agit d'une stase de la libido, la neurasthénie présente un appauvrissement de la libido dans l'organisme* » (4). A titre d'illustration, certains de ses travaux suivants, qui portent sur les paralysies générales,

vont un peu plus élaborer sur ce qui est pour lui la définition de l'hypocondrie. Ces paralysies sont décrites comme des symptômes des pathonévroses cérébrales, c'est-à-dire une tentative de contrôler la quantité de libido qui s'investit dans une lésion en altérant la perception de l'organe. Ce phénomène provoque alors la dispersion de la libido dans des organes tiers et donne naissance à des syndromes hypocondriaques narcissiques. En extrapolant, l'origine du concept s'élargit aux hypersensibilités aux excitations organiques, dont la stimulation provoque chez le patient une décharge libidinale anormale (4).

2.1.7.4.2. Le système kleinien

Mélanie Klein est une psychanalyste d'origine autrichienne qui a eu une influence considérable sur le développement de la psychanalyse en Angleterre et dont l'essentiel des travaux porte sur la théorisation des positions, théorisation notamment arquée autour des positions dépressive et paranoïde-schizoïde. Elle-même ainsi que les auteurs se reconnaissant de sa mouvance, qu'on qualifie alors de « kleiniens », approchent toute pathologie au travers d'une grille d'évaluation visant à établir un modèle théorique (4). Appliqué à l'hypocondrie, le modèle kleinien définit la pathologie comme correspondant à un schéma de projection sadique sur un objet, suivit de l'intériorisation de ce dernier, en lien avec les phénomènes d'envie et de frustration (4). L'ouvrage La psychanalyse des enfants de Mélanie Klein publié en 1932 contient sa première définition de la mécanique hypocondriaque. Elle se construit autour du retrait de l'énergie libidinale investie dans les objets externes au profit de son réinvestissement vers les objets internes, et non plus directement vers le Moi comme le préconisait Sigmund Freud. Elle caractérise ce processus de projection suivit d'introjection comme étant à la fois continu et narcissique (40). Mélanie Klein nuance ensuite sa définition de l'hypocondrie en la subdivisant en deux hypocondries distinctes : une première hypocondrie naissant d'un désir de rejet de l'organe cible provoqué par un phénomène dit de culpabilité persécutive (40), opposé à une seconde hypocondrie qui trouve son origine dans la représentation d'un organe en souffrance qui est causée par une préoccupation dépressive. Les organes y sont en fait représentés comme des objets internes dont la souffrance provoque dépression et angoisse hypocondriaque (4). Finalement, Mélanie Klein attribue à l'hypocondrie un phénomène de pitié auto-induite dirigée contre soi qui provoque un besoin de réparation et/ou de de destruction de l'organe considéré comme lésé (4) « *la bonté de l'objet interne*

qui est traité par le moi et est représentée par une partie du corps du sujet, se nourrit, pourrait-on dire, de la mélancolie de l'objet extérieur » (4).

Parmi les rangs des auteurs se revendiquant de l'étiquette kleinienne s'illustre le docteur Paula Heimann, une psychanalyste d'origine allemande également immigrée en Angleterre. Elle définit en 1952 à l'hypocondrie son caractère narcissique. Elle y présente la maladie comme profondément narcissique car témoin d'une obsession anormale pour les objets internes par rapport aux objets externes (4). Cette préoccupation, autant émotionnelle qu'excessive, dont souffre le patient hypocondriaque, est alors la source des phénomènes de culpabilité et du désir de punition qui s'en suivent. Schématiquement, le processus est le suivant : frustration vis-à-vis de l'objet extérieur et haïssement de ce dernier, déplacement de la recherche de satisfaction vers l'objet intérieur, surinvestissement compensatoire dans l'objet interne après obtention de satisfaction insuffisante (4).

La notion d'enchâssement de l'objet interne dans l'organe sera explorée plus précisément en 1964 par Rosenfeld tandis qu'il s'applique à réévaluer les théories kleiniennes. L'auteur explique que ce phénomène est assimilable à un mécanisme de défense (4). Le Moi, dans un état de confusion important, provoque une malformation de l'énergie libidinale dans l'appareil psychique et entraine l'apparition d'une frustration génitale qui elle-même vient mobiliser des angoisses précoces, et autrement inactives. C'est en réponse à cette souffrance causée par la résurgence de ces angoisses qu'apparait l'état hypocondriaque, comme pour s'opposer à cette agression définie comme schizo-paranoïde (4). Rosenfeld ajoute également à l'hypocondrie une dimension sadique.

2.1.7.4.3. La mélancolie

Depuis l'Antiquité et les premières mentions de l'hypochondrie, le mal hypocondriaque est systématique rattaché, de près ou de loin, à la mélancolie. Quasiment indissociables dans leurs premières élaborations elles s'éloignent puis se rapprochent de nouveau durant l'essor de la psychanalyse.

La mélancolie vers la fin du XXème siècle se définit comme un appauvrissement du Moi, qui provoque une baisse de l'estime de soi, ainsi qu'une représentation du Moi dans l'objet abandonné. Et c'est notamment en ce qui concerne cet objet que l'hypocondrie et la mélancolie se rejoignent car cet objet, source d'insatisfaction et de frustration narcissique,

vient peser sur le Moi et en provoque l'altération. L'objet en question est cependant définit comme « *perdu* » dans le cas de la mélancolie et comme « *organique* » chez l'hypocondriaque (4). Patrick Merot définit cette similitude lorsqu'il précise que « *L'ensemble des mécanismes repérables dans la constitution de l'hypocondrie se trouve ainsi compris sous deux grands titres, celui du narcissisme et celui de l'objet perdu. C'est dire qu'avec cette double référence nous touchons à une organisation voisine, la mélancolie, et que se pose la question de leurs rapports et de leurs oppositions* » (4). Les deux maux sont provoqués pour Merot par la corruption de la représentation du Moi idéal. Toutefois, alors que la déformation mélancolique est due pour le psychanalyste à une altération du système des idéaux, l'objet hypocondriaque souffre lui d'une déformation imaginaire qui ne fait pas intervenir ce système. Dans ce cas, l'objet se fait en fait la représentation d'une blessure narcissique, profondément ancrée dans le délire et dans le fantasme, pour s'inscrire dans un organe cible (4).

Le psychanalyse et professeur français Pierre Fédida relie quant à lui mélancolie et hypocondrie lorsqu'il définit cette dernière comme « *une mélancolie d'organe* » provoqué par « *un effet, par la douleur, de transparence du corps à la conscience ou encre comme un corps devenu mauvais dans l'insomnie de sa conscience* » (4). Par analogie à la mélancolie, Fédida précise que « *l'hypocondriaque est hanté par son propre cadavre dans la mesure où celui-ci vient révéler* […] *la douleur associée à la modification (imaginaire) de l'organe* » (4), faisant écho à la notion prépondérante dans la mélancolie de la « *consommation du cadavre exquis* ».

2.2. Définition moderne

2.2.1. Paramètres cliniques

L'hypocondrie est une pathologie mentale qui se distingue du fait de sa difficulté à être identifiée et diagnostiquée clairement. Son diagnostic repose essentiellement sur un entretien clinique et sur une évaluation psychopathologique dont l'objectif est d'identifier certains facteurs représentatifs :

- Une thématique hypocondriaque : le patient diagnostiqué comme hypocondriaque présente une tendance marquée à réclamer un nombre excessif d'examens médicaux, qu'il s'agisse d'examens cliniques, d'examens complémentaires, de

réévaluations d'anciens avis et d'avis spécialisés, et ce dans une volonté de justifier la source de ses inquiétudes (6).

- La posture du patient par rapport à sa pathologie : le patient présente une obsession excessive concernant ses symptômes et cette obsession vient impacter négativement sa vie professionnelle, sociale et personnelle. Sa considération pour la maladie vient en fait prendre la place centrale de son existence (6).

Le premier obstacle du praticien, au-delà de la difficulté d'identifier correctement la pathologie en vue de poser le bon diagnostic, est de réussir à confronter de façon productive le patient à la véracité de son trouble. En effet, le sujet ne consulte généralement pas dans le but de se faire diagnostiquer la pathologie dont il est véritablement souffrant mais cherche plutôt à prendre le professionnel comme témoin dans l'espoir que celui-ci vienne confirmer ce qu'il s'est déjà auto-diagnostiqué. Ses intentions s'en trouvent donc fortement biaisées et il est dès lors difficile de le confronter à la véritable origine de ses symptômes. La prise en charge commence donc avec la considération de ses symptômes, sans pour autant le brusquer. C'est précisément là que réside la difficulté primordiale de la prise en charge du patient hypocondriaque, car il est un patient qui risque de rejeter aussi violement qu'intégralement l'avis et le diagnostic du médecin si ce dernier ne va pas dans son sens, empêchant alors à l'intervention médicale la moindre possibilité d'évolution favorable de l'état pathologique (6).

Secondairement, et ce malgré l'expression démesurée et insistante de ses symptômes par le malade, il est important de considérer sa prise en charge comme relevant bien du domaine de la psychiatrie et non d'une autre spécialité médicale. En tant que telle, il est ensuite important pour le professionnel de considérer que le comportement hypocondriaque ainsi que les symptômes somatiques qui le caractérisent sont, comme vu précédemment, la résultante d'un phénomène de déplacement et se font donc avant tout les témoins d'un traumatisme tiers plus profondément refoulé (6).

Philip Pongy est un psychiatre et un psychanalyste français qui vient identifier au cours de ses recherches trois formes cliniques d'hypocondrie :

- L'hypocondrie « *secondaire circonstancielle* » : elle est la conséquence directe de l'apparition de sensations corporelles désagréables inconnues qui sont suivies d'imprécisions médicales, voire d'erreurs diagnostiques. C'est dans cette fenêtre d'imprécision créée par l'errement thérapeutique que la préoccupation

hypocondriaque trouve son point origine et s'installe. L'anxiété provoquée présente alors une tendance à la récurrence en fonction de l'humeur et/ou des événements de vie du sujet et peut apparaître chez des patients ne présentant auparavant aucun antécédent hypocondriaque, dépressif ou même anxieux. Elle est une forme qualifiée de purement réactionnelle (41).

- L'hypocondrie « *traumatique* » : cette forme d'hypocondrie est celle qui apparaît suite au décès, au diagnostic d'une pathologie grave et/ou des suites d'une opération médicale chez un proche du patient ou chez le patient lui-même. Elle se manifeste sous la forme d'un syndrome psycho-traumatique, c'est-à-dire d'un syndrome anxieux important qui s'accompagne de perturbations mnésiques et d'épisodes de reviviscence de l'épisode traumatique. A titre d'exemple, on y fait également correspondre les épisodes hypocondriaques que peuvent subir les étudiants en santé (41).
- L'hypocondrie « *névrotique* » : l'hypocondrie n'est plus ici un événement réactionnel à une expérience vécue traumatique mais caractérise plutôt un schéma organisationnel particulier de la psyché, centré autour d'une manifestation hypocondriaque. Le développement d'un tel schéma est favorisé par l'existence de certains types de personnalité (dépendant, obsessionnel, ou phobique) et par la présence dans la psyché du patient de caractéristiques émotionnelles spécifiques telles que l'hypersensibilité, l'anxiété banalisée, l'impulsivité, la vulnérabilité et le pessimisme (41).

La dernière forme d'hypocondrie que présente Philip Pongy est le délire hypocondriaque. Toutefois, celle-ci n'est pas tant une forme d'hypocondrie à proprement parler mais correspond plutôt à un symptôme hypocondriaque inhérent à une pathologie tierce. Il s'agit par exemple des délires de transformations corporelles, qui sont des délires de nature hypocondriaque propres à la schizophrénie (41).

2.2.2. Aspects métapsychologiques

De façon schématique l'hypocondriaque est donc défini comme portant une attention anormale et excessive à son propre organisme. Les signaux désagréables qu'il perçoit viennent bouleverser la tranquillité ordinaire de ses signaux corporels. Toutefois ceux-ci ne sont en fait pas inexistants lorsque la pleine santé est acquise comme on pourrait le penser, mais sont plutôt présents en ce que les spécialistes définissent comme un « *flux*

continu silencieux d'informations positives » concernant son propre état. Ce flux imperceptible s'altère au cours de la pathologie et c'est précisément au niveau de ce point de rupture que la sensation hypocondriaque trouve son origine (4). Etant donné que la douleur subie par le sujet se fait en l'absence de lésions physiques identifiables, l'hypothèse la plus plausible est que ladite douleur provient en fait d'un phénomène de déplacement et que ce déplacement apparaît suite à la perte d'un objet, et correspond donc au manque de ce dernier (4).

L'objet en question n'est donc plus investi par la psyché et subit une « hallucination négative », c'est-à-dire un phénomène d'effacement actif de sa perception par le Moi. Cette hallucination ne se définit pas uniquement comme une absence de représentation mais se caractérise comme étant la représentation même de l'absence de représentation (4). Cette négativation impacte un sujet au moment où ce dernier rejette un objet qui l'affecte de manière intolérable en représentant l'espace autrefois occupé par la représentation liée à l'objet en question. Elle atteindrait ainsi le flux d'informations positives mentionné précédemment, en négativant la perception de l'état sain du corps pour y favoriser le développement d'une hypersensibilité corporelle (4). L'objet responsable est alors occulté dans l'hallucination négative et les sensations corporelles désagréables propres à l'hypocondrie viennent prendre sa place.

Le phénomène de déplacement s'exprime alors en une projection narcissique (synonyme de l'énergie libidinale développée dans les travaux freudiens) vers un organe unique ou un ensemble d'organe, en donnant naissance à un sentiment d'inconfort physique, qui devient ensuite la source de l'angoisse hypocondriaque naissante. L'organe en question subit alors une aliénation de la part du Moi et est ainsi perçu par celui-ci comme étant à l'origine de sa souffrance. Toutefois cette ostracisation de l'organe ne se fait pas sans conséquence sur le Moi car elle n'est pas totale et provoque ainsi une scission au sein même de l'entité psychique. Tandis qu'une branche, généralement majoritaire, du Moi fixe l'entièreté de son attention sur l'organe incriminé, un autre fragment, souvent aussi minoritaire qu'inconscient, va émettre des réserves quant à l'implication de l'organe et maintient donc une faible connexion avec l'objet perdu (4). Ce phénomène porte le nom de « *clivage du Moi* » (4) et est très important pour la thérapeutique car c'est précisément sur l'aspect sceptique du Moi ainsi créé que va s'appuyer la prise en charge psychanalytique du patient et c'est à l'endroit précis de ce schisme que repose l'espoir de

guérison. Le Moi se trouve toutefois donc dans une situation d'altération profonde, surtout dans ce que Federn appelle sa limite interne (4). Cette altération provoque l'incapacité du Moi à percevoir correctement les excitations qui proviennent du corps et ce jusqu'à la régression vers un état où le corps et le Moi demeurent indifférenciés (4). C'est au travers cet état de désorganisation profond que la souffrance hypocondriaque s'exprime car la frontière entre les souffrances psychiques et physiques s'y trouve atténuée, voire inexistante (4).

2.3. Paramètres diagnostiques

2.3.1. Les troubles à symptomatologie somatique et apparentés

Les troubles dont la symptomatologie est uniquement ou majoritairement somatique sont regroupés dans le DSM-5 dans la catégorie nosographique des troubles à symptomatologie somatique et apparentés. Le DSM-5, ou Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux en français) est un manuel diagnostique publié en 2015 par l'American Psychiatric Association qui vise à recenser et catégoriser les pathologies mentales et leurs symptômes (42).

Cette catégorie diagnostique est définie comme admettant tout trouble fondé sur la prépondérance chez un sujet de symptômes somatiques associés à une détresse et/ou à un handicap. La caractéristique révélatrice de ces troubles ne repose pas seulement sur les symptômes en eux-mêmes mais plutôt sur leur présentation et sur leur interprétation par le sujet, et son évaluation ne se fait plus seulement par la considération exclusive de la plainte somatique, mais aussi par la considération, plus exhaustive, de ses composantes affectives, cognitives, et comportementales. Cette catégorie nosographique est une catégorie nouvelle suite à une réforme des « troubles somatoformes » présents dans le précédent DSM-IV, dans un soucis de distinction et de précision des troubles en question. Cette catégorie regroupe les pathologies suivantes : le trouble à symptomatologie somatique à proprement parler, la crainte excessive d'avoir une maladie, le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle dit trouble de conversion, les facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales, ainsi que finalement le trouble factice (42).

L'hypocondriaque se trouve dans cette classification répandu dans deux de ses catégories que sont, pour la grande majorité, le trouble à symptomatologie somatique ainsi que, dans le cas de certaines instances, et plus minoritairement, la crainte excessive d'avoir une maladie (42).

2.3.1.1. Le trouble à symptomatologie somatique

Le trouble à symptomatologie somatique se caractérise par un attention anormale portée sur un symptôme d'origine somatique, ainsi que par la présentation de ces symptômes à des professionnels exerçant dans un environnement qui se définit comme purement médical et non psychiatrique, ni en direction d'interlocuteurs spécialisés dans les troubles de la santé mentale (42).

Les critères diagnostiques du DSM-5 attribuent au trouble à symptomatologie somatique les caractéristiques suivantes :

Trouble à symptomatologie somatique

Critères diagnostiques **300.82 (F45.1)**

A. Un ou plusieurs symptômes somatiques causes de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne.
B. Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscitées par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants :
   1. Pensées persistantes et excessives concernant la gravité de ses symptômes.
   2. Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes.
   3. Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé.
C. Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (typiquement plus de 6 mois).

Spécifier si :

Avec douleur prédominante (antérieurement trouble douloureux) : Cette spécification concerne les individus dont les symptômes somatiques consistent principalement en une douleur.

Spécifier si :

Chronique : Une évolution chronique est caractérisée par des symptômes sévères, un handicap marqué et une durée prolongée (plus de 6 mois).

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Seulement l'un des symptômes spécifiés au critère B est présent.
Moyen : Deux symptômes ou plus spécifiés au critère B sont présents.
Grave : Deux ou plus des symptômes spécifiés au critère B sont présents et sont associés à des plaintes somatiques multiples (ou à un symptôme somatique très sévère).

Figure 6 - Critères diagnostiques du trouble à symptomatologie somatique selon le DSM-5 (42)

Le critère A définit qu'un patient souffrant d'un trouble à symptomatologie somatique présente un ou plusieurs symptômes somatiques qui lui provoquent une douleur organique aussi importante qu'incapacitante, et qui impacte significativement sa qualité de vie. Ces symptômes sont spécifiques, non-spécifiques, ou simplement comparables à des phénomènes d'inconfort physique, habituellement pathologiquement insignifiants. La véracité de la souffrance du sujet est considérée comme étant indéniable, que sa source soit médicalement identifiée ou non. De plus, ces symptômes somatiques peuvent fréquemment être concomitants ou même directement résultants des conséquences d'une affection médicale tierce (42). Pour illustrer ce propos le DSM-5 propose l'exemple d'un patient qui, suite à un infarctus du myocarde, développe un handicap important sans que l'infarctus en question n'ait été incapacitant de quelque façon que ce soit. Le handicap est en fait imputable aux symptômes d'un trouble à symptomatologie somatique qui se développe suite à l'infarctus (42).

Le critère B précise quant à lui l'anxiété qui est concomitante au développement du trouble à symptomatologie somatique. Ce syndrome anxieux est généralement dirigé en direction des symptômes somatiques pour en exagérer drastiquement la sévérité, qui tend à persister chez le patient même lorsque les preuves indéniables du contraire lui sont présentées (42). Plus la gravité du trouble s'intensifie et plus cette inquiétude concernant sa propre santé prend une place prépondérante dans l'existence de la personne, jusqu'à devenir pour elle une caractéristique fondamentale du soi, ajoutant à l'image de l'altération physique déjà existante une nouvelle altération psychologique supplémentaire (42).

Finalement, le critère C entérine la pathologie comme une affection de longue durée, à partir de plus de 6 mois de temps, bien que les symptômes peuvent ne pas être exclusivement continus mais aussi récurrents (42).

Concernant le système de soin ce sont des patients qui ont plutôt tendance à s'orienter vers les services de médecine générale plutôt que vers des services axés sur la psychiatrie. L'obsession du sujet pour son atteinte somatique est si importante qu'il ne semble généralement pas capable d'aborder un quelconque autre sujet que ce soit au cours de la consultation et finit toujours par y revenir. Les réactions des patients aux diagnostics médicaux qui ne vont pas dans leur sens sont généralement hostiles, et les propositions

de réorienter le patient vers des professionnels plus compétents en santé mentale sont globalement rejetées (42).

2.3.1.2. La crainte excessive d'avoir une maladie

Comme vu précédemment, un patient diagnostiqué comme hypocondriaque sera le plus souvent des cas assimilé au trouble à symptomatologie somatique. Toutefois, et ce dans environ 25% des cas (42), les symptômes exprimés par le patient n'y correspondent pas, et ce dernier est alors catégorisé comme souffrant d'une crainte excessive d'avoir une maladie (42).

Le DSM-5 identifie la pathologie comme suit :

Crainte excessive d'avoir une maladie

Critères diagnostiques **300.7 (F45.21)**

A. Préoccupation concernant le fait d'avoir ou de développer une maladie grave.
B. Les symptômes somatiques sont absents ou s'ils sont présents, ils sont d'intensité mineure. Si un autre problème médical est présent ou en cas de risque notable de développement d'une affection médicale (p. ex. du fait de la présence d'antécédents familiaux importants), la préoccupation est clairement excessive ou disproportionnée.
C. Il existe un degré important d'anxiété concernant la santé et la personne s'inquiète facilement de son état de santé personnel.
D. La personne présente des comportements excessifs par rapport à sa santé (p. ex. effectue des vérifications répétées de son corps à la recherche des signes d'une maladie) ou présente un évitement inadapté (p. ex. évite les rendez-vous médicaux et les hôpitaux).
E. Les préoccupations concernant la maladie sont présentes depuis au moins 6 mois mais la nature de la maladie qui est spécifiquement anticipée peut avoir changé durant cette période de temps.
F. La préoccupation relative aux maladies n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental tel qu'un trouble à symptomatologie somatique, un trouble panique, une anxiété généralisée, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble délirant à type somatique.

Spécifier le type :

À type de demande de soins : Les soins médicaux incluant les visites chez des médecins ou les examens complémentaires sont utilisés de façon fréquente.

À type évitant les soins : Les soins médicaux sont rarement utilisés.

Figure 7- Critères diagnostiques de la crainte excessive d'avoir une maladie selon le DSM-5 (42)

Le sujet identifié comme souffrant d'une crainte excessive d'avoir une maladie se caractérise avant tout par un niveau d'anxiété très élevé qui s'axe autour de la souffrance et du risque de développer des maladies sérieuses, sévères, et potentiellement handicapantes, en la présence infime de symptômes somatiques, voire en leur absence

(42). C'est principalement sur ce point que la crainte excessive d'avoir une maladie diffère du trouble à symptomatologie somatique. La présence de ces symptômes somatiques, lorsqu'ils existent, ne sont rien de plus qu'une simple composante peu représentative de la maladie car, au contraire du trouble à symptomatologie somatique, ils sont non seulement peu prononcés mais surtout assimilables à une sensation physiologique normale ou à une affection bénigne. Il s'agit par exemple des vertiges orthostatiques qui apparaissent après un changement de position trop brusque. Bien que ces symptômes soient évidemment liés à la préoccupation du patient, cette dernière ne se focalise non pas sur les symptômes en eux-mêmes mais plutôt sur la signification pathologique qu'ils induisent (42), que ce soit en leur en imaginant une cause ou en en dramatisant fortement la gravité. Les patients concernés correspondent à des individus particulièrement sensibles à toutes formes de nouvelles concernant le domaine de la santé dans sa globalité, que ce soit au travers des médias ou concernant directement leurs proches et leurs connaissances (42). Par exemple, l'annonce du diagnostic d'une maladie grave provoque chez l'hypocondriaque l'apparition d'une forte anxiété.

Cette crainte caractéristique de l'affection présente la particularité de ne pas s'atténuer lorsque le patient est confronté à un avis médical ou à un diagnostic qui s'oppose à ce que son anxiété le persuade de croire, et peut même dans les cas les plus sévères tendre à aggraver la situation (42). Elle prend une place prépondérante dans la vie quotidienne du sujet, autant au niveau des comportements qui deviennent excessifs, notamment en ce qui concerne les auto-examens corporels compulsifs, qu'au niveau des relations qu'il entretient avec ses proches qui se détériorent et font rapidement naitre des sentiments de frustration à son égard, et provoquent finalement son éloignement et son isolement progressif (42). Pour se protéger, le malade peut aller jusqu'à s'isoler complétement de toute situation qu'il perçoit comme pouvant mettre sa santé en péril, s'empêchant par exemple de rendre visite à des proches malades (42).

En ce qui concerne les soins ces patients en sont dans la grande majorité très demandeurs, bien qu'une petite portion non-négligeable les refuse quasi-systématiquement. Ils privilégient et surexploitent les services purement médicaux plutôt que les services de santé mentale, qu'ils délaissent, et peuvent consulter de multiples spécialistes différents sur des périodes de temps très courtes pour la même affection (43). Paradoxalement, ce sont des patients qui décrivent l'expérience de leur prise en charge comme globalement

décevante et rarement à la hauteur de leurs attentes, car ils se sentent généralement négligés par le corps médical (43).

2.3.1.3. Facteurs de risque

La prévalence précise du trouble à symptomatologie somatique n'est pas connue mais elle est estimée dans la population adulte entre 5% et 7%, avec une prépondérance plutôt féminine, les femmes témoignant plus fréquemment de souffrir de troubles somatiques (44). En ce qui concerne la crainte excessive d'avoir une maladie sa prévalence est estimée entre 1,3% et 10% sans qu'il n'y ait cette fois de distinction notable de proportion entre les hommes et les femmes (44).

Les facteurs de risque de développer de ces deux affections sont tels que mentionnés ci-dessous :

FACTEURS DE RISQUE		
	Trouble à symptomatologie somatique	**Crainte excessive d'avoir une maladie**
Facteurs individuels	Trait de personnalité névrotique Sexe	Augmentation avec l'âge
Affections comorbides	Anxiété Dépression	
Facteurs contextuels	Niveau socio-économique faible Niveau éducation faible	Evènement de vie traumatique Antécédents d'abus infantiles Antécédents d'atteintes médicales

Figure 8 - Facteurs de risque du trouble à symptomatologie somatique et de la crainte excessive d'avoir une maladie (41)

L'évolution clinique délétère à la santé du patient constitue une aggravation potentielle de la maladie et subit l'influence d'autres facteurs supplémentaires à ceux susmentionnés comme notamment l'altération de la sensibilité à la douleur, le développement d'une obsession compulsive aux symptômes corporels anodins, ainsi qu'une augmentation des niveaux de stress (42).

2.3.1.4. Diagnostics différentiels

En ce qui concerne le trouble à symptomatologie somatique il est important d'intégrer que la simple présence de symptômes somatiques n'est pas un critère suffisant pour établir un diagnostic définitif mais ils doivent nécessairement s'accompagner d'une préoccupation déraisonnable les concernant. On le différencie donc de :

- La crainte d'avoir une maladie : *voir sous-section 2.3.1.2*
- Le trouble panique : c'est une affection relativement similaire au trouble à symptomatologie somatique, qui voit également intervenir une anxiété importante liée à l'apparition de symptômes somatiques. La différence se situe toutefois dans le fait que les épisodes paniques qu'on y observe sont plutôt qualifiables d'aigus, car n'interviennent que de manière très courte, intense, et ponctuelle, au contraire des symptômes d'un trouble à symptomatologie somatique qui ont plutôt tendance à s'inscrire dans la durée de manière chronique.
- L'anxiété généralisée : l'anxiété généralisée diffère du trouble à symptomatologie somatique en ne limitant pas son attention anxieuse au seul domaine de la santé.
- Les troubles dépressifs : bien que la grande majorité des troubles dépressifs s'accompagnent de symptômes somatiques, ils présentent systématiquement en plus certains symptômes exclusifs du trouble dépressif comme l'anhédonie ou la dysphorie.
- Le trouble de conversion : aussi connu sous le nom de trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle, il ne repose pas sur la détresse provoquée par un symptôme somatique mais plutôt sur celle provoquée par l'idée de la perte d'un membre.
- L'obsession dysmorphique corporelle : d'une façon assez similaire au trouble panique l'obsession dysmorphique corporelle est relativement proche du trouble à symptomatologie somatique, à l'exception près que l'objet de l'obsession anxieuse correspond plutôt aux défauts physiques qu'à la santé.

En ce qui concerne la comorbidité de la pathologie, celle-ci peut apparaitre conjointement à certains troubles médicaux handicapants, avec le risque d'y provoquer l'accentuation de l'invalidité. Une comorbidité est également observable lors de troubles dépressifs ou anxieux.

En ce qui concerne la crainte excessive d'avoir une maladie, il est avant tout important de ne pas négliger la possibilité de l'existence d'une pathologie comorbide sous-jacente, sous prétexte qu'un diagnostic de crainte excessive d'avoir une maladie ait déjà été posé. En effet, il est possible, voire même assez commun, que la crainte excessive d'avoir une maladie cache le développement secondaire de troubles occultes tierces, sans que ces deux éléments n'aient quoi que ce soit à voir avec l'un ou l'autre. De plus, la crainte excessive d'avoir une maladie est à distinguer de :

- Le trouble à symptomatologie somatique : *voir sous-section 2.2.3.2.*
- Le trouble de l'adaptation : le trouble de l'adaptation correspond à un trouble anxieux sévère lié à une pathologie ou à un diagnostic médical qui ne dure pas dans le temps, ce qui la différencie de la crainte excessive d'avoir une maladie. Cette distinction entre épisodes chroniques et ponctuels peut être élargie à tous les troubles anxieux.
- Le trouble obsessionnel compulsif : dans le cadre du trouble obsessionnel compulsif la pensée est définie comme intrusive et se concentre essentiellement sur la possibilité de développer une maladie dans le futur plutôt que sur la crainte d'en être déjà souffrant.
- Le trouble psychotique : chez un patient diagnostiqué d'un trouble psychotique les symptômes sont décrits comme délirants, ainsi que plus morbides et étranges que dans la crainte excessive d'avoir une maladie.

La crainte excessive d'avoir une maladie peut conjointement affecter un patient souffrant d'anxiété généralisée, de trouble panique, et/ou de trouble dépressif.

2.3.2. Echelles d'évaluation

2.3.2.1. L'index de Whiteley

L'index de Whiteley est une échelle d'auto-évaluation utilisée dans le cadre de la maladie hypocondriaque car cet index permet au patient d'évaluer son niveau d'anxiété vis-à-vis de sa maladie (45). Elle a été développée dans les années 1960 et bien qu'elle se fonde essentiellement sur les critères diagnostiques de l'hypocondrie développés dans le DSM-IV elle reste encore largement d'actualité. Elle se compose initialement en 14 items répartis en trois catégories, mais plusieurs variantes simplifiées sont disponibles à la

manière de la prépondérante variante WI-7 ou de la variante WI-8 qui présentent respectivement 7 et 8 items plutôt que les 14 items initiaux (45).

Table 1. Exploratory factor loading of Whiteley Index

No.	*Items*	*Factor*	*FL*
1	Do you often worry about the possibility that you have got a serious illness?	1	0.83
2	Are you bothered by many aches and pains?	1	0.78
3	Do you find that you are often aware of various things happening in your body?	1	0.71
4	Do you worry a lot about your health?	1	0.46
5	Do you often have the symptoms of very serious illnesses?	1	0.40
6	If a disease is brought to your attention (through the radio, television, newspapers or someone you know) do you worry about getting it yourself?	2	0.61
7	If you feel ill and someone tells you that you are looking better, do you become annoyed?	2	0.54
8	Do you find that you are bothered by many different symptoms?	2	0.55
9	Is it easy for you to forget about yourself and think about all sorts of other things?	2	-0.65
10	Is it hard for you to believe the doctor when he tells you there is nothing for you to worry about?	2	0.60
11	Do you get the feeling that people are not taking your illness seriously enough?	2	0.71
12	Do you think that you worry about your health more than most people?	2	0.52
13	Do you think there is something seriously wrong with your body?	2	0.65
14	Are you afraid of illness?	2	0.65

FL, factor loading.

Figure 9 - Items-14 de la version orientale du Whiteley Index (45)

L'évaluation permet au sujet d'obtenir un score proportionnel à son degré d'anxiété vis-à-vis de la maladie, permettant au professionnel une classification précise du niveau d'anxiété dont souffre son patient. Toutefois, la limitation principale de cet index est que s'il permet une évaluation globale représentative de l'anxiété il ne prend aucunement en compte la présence et l'importance des affections somatiques, demeurant donc important mais incomplet dans le cadre de la maladie hypocondriaque, qui nécessite ainsi toujours une évaluation psychiatrique adjacente (45).

2.3.2.2. Autres échelles d'évaluation

Les autres exemples d'échelles d'évaluation reposent généralement sur le même fondement que l'index de Whiteley, c'est-à-dire qu'il s'agit d'échelles dont le score final est proportionnellement représentatif du degré de l'affection. Elles sont parfois composées de questions plus ouvertes, qui seront alors cotées par le professionnel, à l'image de l'Insight and Treatment Attitudes Questionnaire, ou plus fermées à l'image du Questionnaire d'Autoévaluation de l'Introspection dont les réponses sont fixées selon

l'adéquation entre le patient et l'item, jusqu'à des tests comme l'Illness Behavious Questionnaire dont les questions se répondent uniquement par oui ou par non (46).

1. Au moment de la première recommandation du traitement actuel, comment vous êtes-vous senti à propos de cette recommandation ?	Fortement en accord	En accord	En désaccord	Fortement en désaccord
2. En général, combien avez-vous tendance à vous inquiéter ?	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
3. Jusqu'à quel point vous inquiétez-vous de votre état de santé ?	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
4. Jusqu'à quel point vous inquiétez-vous d'avoir des problèmes en raison de votre état de santé ?	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
5. Jusqu'à quel point vous inquiétez-vous de perdre des amis en raison de votre état de santé ?	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
6. Jusqu'à quel point vous inquiétez-vous d'être incapable de travailler en raison de votre état de santé ?	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
7. Jusqu'à quel point vous inquiétez-vous de ne pas guérir ?	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
8. Je pense que mon état de santé guérira tout seul.	Fortement en accord	En accord	En désaccord	Fortement en désaccord
9. Il n'y a pas de doute dans mon esprit qu'un jour je me sentirai mieux.	Fortement en accord	En accord	En désaccord	Certainement pas
10. Croyez-vous que le traitement actuel est nécessaire ?	Certainement	Peut-être	Peut-être pas	Très bien
11. Si vous n'aviez pas reçu de traitement, comment vous sentiriez-vous maintenant ?	Très mal	Mal	Bien	Fortement en désaccord
12. J'ai beaucoup à gagner d'un traitement.	Fortement en accord	En accord	En désaccord	Fortement en désaccord
13. Si j'arrêtais le traitement aujourd'hui, je me sentirais bien.	Fortement en accord	En accord	En désaccord	Fortement
14. Jusqu'à quel point vos pensées et sentiments vous empêchent d'accomplir vos tâches ?	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
15. Je crois que mon état de santé nécessite un traitement psychiatrique.	Fortement en accord	En accord	En désaccord	Fortement en désaccord
16. J'ai des symptômes de maladie mentale.	Fortement en accord	En accord	En désaccord	Fortement en désaccord
17. Jusqu'à quel point pensez-vous être malade ?	Pas du tout malade	Un peu malade	Assez malade	Sévèrement malade

Figure 10 - Questionnaire d'auto-évaluation de l'introspection (46)

2.3.3. Formes particulières

2.3.3.1. La dépression comorbide

La première affection comorbide de l'hypocondrie en terme de nombre de survenue est le syndrome dépressif, à un point tel qu'il devient souvent difficile de distinguer clairement quelle est la pathologie qui affecte initialement le patient.

Ainsi, un patient hypocondriaque peut voir apparaitre parmi ses symptômes une inhibition psychomotrice, une lenteur des mouvements ainsi qu'une perte globale

d'énergie et de motivation, qui sont tous des symptômes caractéristiques de la pathologie dépressive. A l'inverse, le patient initialement dépressif présente souvent une dimension hypocondriaque forte au cours de sa pathologie, où la douleur psychologique qu'il subit s'exprime et est ressentie comme une douleur physique (6). Le distinction entre la dépression et l'hypocondrie se fait à l'endroit de la responsabilité de la souffrance car là où le patient dépressif s'impute l'entièreté de la faute, l'hypocondriaque ne se sent quant à lui aucunement responsable de son état (6). La dépression fréquemment associée à l'hypocondrie est une forme de dépression assez spécifique qui présente un risque suicidaire très important (47).

2.3.3.2. Le syndrome de Cotard

Le syndrome de Cotard est une pathologie mise en évidence par le neurologue français Jules Cotard en 1880 qui correspond à une forme d'hypocondrie assimilable à la catégorie des délires hypocondriaques mentionnée par Philip Pongy. Elle porte également le nom de « *délire de négation d'organes* » (6).

Ce syndrome de Cotard en tant que délire hypocondriaque se centre autour d'une sensation d'absence partielle ou totale d'organes. Le sujet qui souffre de négation corporelle y ressent ses organes soit comme manquant, soit comme pourrissant de l'intérieur, comme s'ils se trouvaient dans un état de constante putréfaction. C'est une forme d'hypocondrie qui se développe le plus souvent chez des patients précédemment diagnostiqués de mélancolie anxieuse et qui associe deux principaux symptômes caractéristiques. Le premier de ces symptômes est l'idée que le patient et son âme sont damnés, et le patient y justifie la putréfaction de ses organes comme rien de moins qu'une punition divine subie pour la repentance de ses péchés. Le second symptôme correspond à un sentiment d'immortalité, dans le sens où comme le patient conçoit son propre corps comme étant déjà mort, il se perçoit comme un véritable mort-vivant qui ne peut donc plus souffrir d'aucune atteinte physique. Ce sentiment d'immortalité relative est le dernier symptôme à apparaitre dans le temps, et avant que celui-ci ne le fasse les patients présentent un risque et un taux de suicide extrêmement élevé (6).

A titre d'illustration factuelle du syndrome de Cotard, l'exemple de Richard Trenton Chase est particulièrement parlant. Ce tueur en série californien de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, diagnostiqué comme hypocondriaque, souffre plus précisément d'un syndrome de Cotard. Ce dernier s'exprime chez Richard Chase en une obsession sur le fonctionnement

de son cœur, car il est non seulement persuadé que son cœur ne bat plus et s'atrophie petit à petit mais que l'intégralité de ses artères pulmonaires ont disparues. En conséquence, il est devenu un avide consommateur de sang et d'organes humains de façon à remplacer ses propres organes perçus comme défectueux (48).

2.4. Thérapeutique

2.4.1. Difficultés

La difficulté initiale à laquelle se heurte la prise en charge du patient réside dans la difficulté pour le professionnel à établir un diagnostic correct de la maladie. Il est en effet nécessaire que celui-ci soit réalisé correctement avant de pouvoir entreprendre les soins nécessaires et comme il a été établi précédemment, ce diagnostic est généralement difficile à poser (6).

En second lieu, c'est la plainte en elle-même qui vient compliquer la prise en charge car il faut pour le praticien non seulement éliminer toute cause organique à la souffrance mais surtout s'en affranchir dans sa totalité pour ne pas perdre de vue le véritable objectif de la thérapie, qui est la prise en charge de la pathologie hypocondriaque et non pas celle des symptômes qu'elle exprime. Cet aspect se complique d'autant plus que la pathologie hypocondriaque peut ne pas s'exprimer seule mais être également la conséquence d'une autre affection organique, qu'il ne faut donc pas négliger non plus. De plus, c'est au moment de l'ostracisation complète de tous les aspects organiques de la plainte que le professionnel se trouve généralement confronté à l'hostilité de son patient, dont l'intensité sera toutefois variable. Le principal levier sur lequel le patient vient d'ailleurs s'appuyer est celui de l'erreur médicale, l'activant soit à l'encontre du médecin responsable du diagnostic soit à l'encontre du laboratoire responsable des analyses médicales qui vont à l'encontre de son délire (49).

2.4.2. Schémas thérapeutiques

Le fondement de la thérapie de la pathologie hypocondriaque repose sur l'entretien et le maintien de la relation soignant-soigné. Cette relation est bien souvent mise à rude épreuve mais c'est bien elle qui se fait le rouage essentiel sans lequel l'intégralité de la thérapeutique reste inefficace. Le maintien de cette relation passe par certaines concessions et/ou par l'expression de certaines attitudes qui sont adoptées par le médecin et qui dépendent entièrement de la relation qu'il réussit à établir avec son

patient. Et tandis que cette relation soignant-soigné se consolide, plusieurs schémas thérapeutiques complémentaires sont mis en place (41) :

- Les traitements médicamenteux : La mise en place d'un traitement par antidépresseur est indiqué chez tous les patients qui développent une pathologie dépressive comorbide à leur hypocondrie, mais ces traitements médicamenteux ne restent toutefois rien de plus qu'adjuvant à la thérapeutique. En effet, bien que très efficaces sur l'aspect dépressif qui accompagne souvent l'hypocondrie, ces thérapies antidépressives sont sans effet majeur sur l'aspect hypocondriaque principal. Parmi l'arsenal thérapeutique à disposition du praticien, l'utilisation de neuroleptiques peut également être recommandée, notamment lors d'épisodes de délires aigus ou pour agir sur l'aspect purement narcissique de l'hypocondrie. Il est toutefois important de considérer que ces traitements présentent des effets secondaires importants qui peuvent alimenter le délire hypocondriaque, et doivent donc être évalués au moment de la prescription (41).
- La psychanalyse : La psychothérapie psychanalytique est le point central de toute la thérapeutique. Comme nous l'avons vu plus tôt elle permet la construction de la relation soignant-soigné et ce mécanisme thérapeutique permet une distanciation généralement assez rapide entre le patient et ses complexes hypocondriaques, mais n'est que rarement durable dans le temps. Le patient rechute alors inéluctablement dans une position d'opposition hypocondriaque au sein de laquelle la sollicitation d'examens complémentaires s'intensifie de nouveau. Ces deux états se succèdent de façon cyclique et l'objectif pour le praticien au moyen terme est qu'au moment de la rechute vers la plainte hypocondriaque celle-ci perde progressivement en intensité (41).

C'est par l'association de ces deux aspects que le trouble dont souffre le patient diagnostiqué comme hypocondriaque est pris en charge dans sa globalité.

2.4.3. Prise en charge psychanalytique

2.4.3.1. Initiation

La maladie hypocondriaque est une pathologie chronique dont la majorité de la prise en charge psychanalytique repose sur de multiples séances d'entretien psychanalytique, qui s'organisent autour de certains principes (41) :

(1) Une investigation médicale initiale la plus complète possible afin d'éliminer le moindre diagnostic différentiel.
(2) La distanciation du patient de toutes les sources d'information médicale qui pourraient le conforter dans ses positions, de façon à ensuite lui proposer une hypothèse diagnostique cohérente.
(3) La réalisation d'une anamnèse aussi rigoureuse et approfondie que possible.
(4) Une rectification immédiate de tout mésusage du vocabulaire médical ainsi qu'une focalisation stricte de son discours sur l'histoire et les expériences traumatiques vécues par le patient, de façon à identifier le plus clairement possible les facteurs sous-jacents.
(5) Le désinvestissement émotionnel du professionnel vis-à-vis de l'agressivité défensive du patient, pour éviter de l'interpréter comme une attaque personnelle.

Le premier objectif de cet entretien est de réaliser une anamnèse complète de l'histoire traumatique du patient de façon à identifier plus facilement les éléments déclencheurs refoulés. Pour cela, il s'agit primordialement d'analyser les sensations exprimées par le patient au cours de la plainte, pour ensuite les associer à de potentielles émotions réprimées. Dans le même temps, le professionnel entreprend une identification précise de la représentation que se fait le patient à la fois de son corps et de sa maladie, ainsi que des détails des relations que ce dernier entretient avec chacune d'entre-elles (41).

2.4.3.2. Les thérapies de groupe

Des séances de thérapie de groupe peuvent être proposées aux patients hypocondriaques mais leur efficacité n'a jamais été établie dans le cadre de cette indication. L'essentiel de la thérapeutique privilégie donc majoritairement les thérapies individuelles, même si il est intéressant de noter que certaines thérapies de groupe, notamment celles qui présentent un fonctionnement similaire à celui d'un groupe de parole, ont montré des améliorations probantes chez les sujets impliqués. L'expérience de Bouman montre que son échantillon de sujets suivis par thérapie de groupe présente des améliorations en ce qui concerne l'anxiété et la qualité de vie similaires à celles observées chez des patients pris en charge par des thérapies cognitivo-comportementales classiques (50).

Cette observation reste pour l'instant anecdotique et l'essentiel de la thérapeutique se fait aujourd'hui par thérapie cognitivo-comportementale.

2.4.3.3. Les thérapies cognitivo-comportementales

Les procédés de thérapeutique psychanalytique mis en place dans la prise en charge de l'hypocondrie sont qualifiés de « *thérapies cognitivo-comportementales* » et reposent sur deux procédés précis que sont l'exposition-réponse et la modification des croyances et des pensées automatiques (50).

L'exposition-réponse est un modèle qui, au-delà de l'hypocondrie, s'applique également aux troubles obsessionnels compulsifs et aux phobies. Cette technique vise à exposer le patient à la source de son angoisse, soit sur une période de temps importante soit de façon répétée, de façon à ce que sa réaction s'amenuise au fur et à mesure de l'exercice. On parle d'un phénomène « *d'habituation* » qui se déroule, dans le cadre de la thérapie, en 3 étapes (50) :

- L'approche initiale consiste à établir avec le patient la liste de ses préoccupations de façon à les hiérarchiser selon une échelle qui représente leur intensité. En parallèle, le patient établit également une liste d'objectifs que le thérapeute et lui-même fixent. Ces listes jouent non-seulement un rôle important dans la suite de la thérapie mais permettent également au thérapeute d'évaluer simultanément le syndrome hypocondriaque qui affecte son patient (50).
- Une fois que cette classification est établie le praticien s'efforce d'exposer le patient à la crainte qu'il estime avoir la plus faible emprise sur son anxiété. Lorsque le patient finit par être suffisamment exposé à la crainte pour qu'il parvienne à la maitriser, le praticien s'attaque alors à la suivante, et remonte de proche en proche la liste des craintes anxiogènes précédemment établie, jusqu'à ce qu'elles soient toutes appréhendées (50).
- L'avènement de la prise de conscience s'articule autour d'une discussion finale entre le sujet et son médecin pour fixer définitivement les progrès réalisés par le patient. Celui-ci y analyse et identifie ses errements, ses croyances erronées ainsi que ses estimations exagérées du danger. A partir de là, l'anxiété et la consommation de soins inutiles s'amenuisent (50).

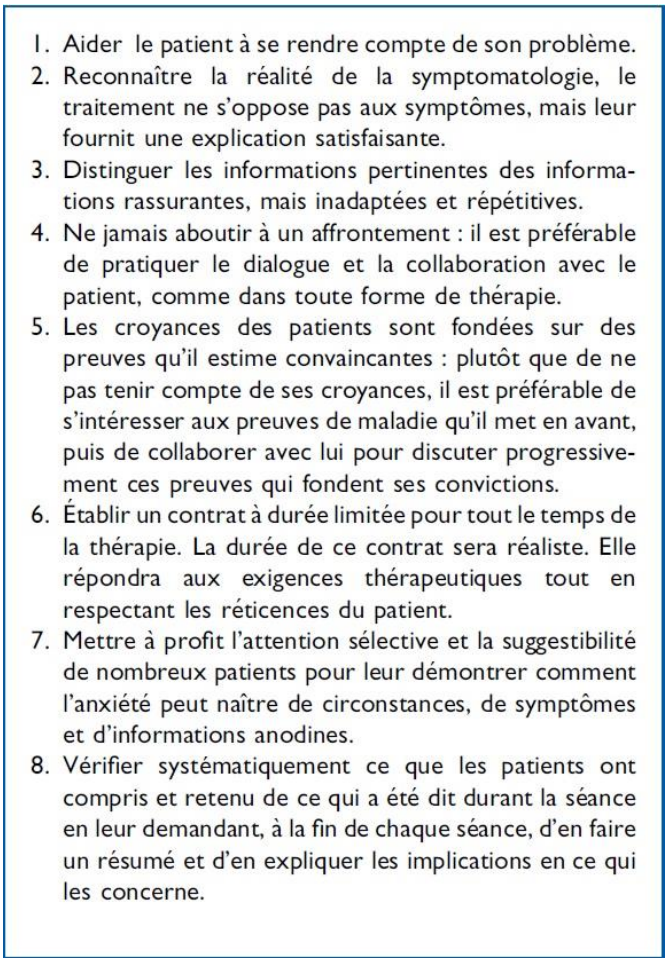
Toutefois, l'exposition/réponse n'est pas une technique adaptée à tous les patients, car si elle est très efficace chez certains d'entre eux, d'autres vivent l'expérience comme particulièrement anxiogène, causant chez eux l'effet inverse et aggravant encore plus l'anxiété (50).

La psychothérapie cognitive par étapes est une autre technique de psychothérapie qui, dans le cadre de l'hypocondrie, repose sur le modèle dit « *de Salkovskis* » (50). Ce psychologue anglais assimile l'hypocondrie à un syndrome anxieux généralisé dans lequel une attention sélective est portée sur le dysfonctionnement de l'organisme et sur les informations de santé. C'est cette attention qui se trouve à la base du comportement pathologique et qui entraine le patient dans une quête incessante d'expertises médicales. Cette quête alimente à son tour l'attention sélective précédemment mentionnée, et enferme dès lors le patient dans un cercle vicieux duquel il ne parvient pas à s'extraire (50). Pour briser ce schéma de pensée l'approche cognitivo-comportemental se construit autour de 5 étapes :

- Initier le dialogue et poser les bases de la thérapeutique en nouant un lien entre le patient et son médecin. Le but de cette première étape est de permettre au patient d'évaluer la gravité de ses symptômes et de commencer à s'affranchir de l'illusion pathologique dans laquelle il s'est enfermé (50).
- Les entretiens se poursuivent avec une augmentation progressive de leur intensité, de façon à contraindre le patient à, non seulement énumérer l'intégralité des craintes qui le submergent mais également à pousser ses raisonnements morbides jusqu'à leur paroxysme. Il s'agit de permettre au patient de prendre pleinement conscience de ses mécanismes de raisonnement (50).
- Une fois que le patient est capable d'identifier ses craintes dans leur intégralité il est invité à réaliser une auto-évaluation de ses comportements pathologiques, en évaluant par exemple la fréquence à laquelle il requiert des évaluations médicales par crainte de la maladie (50).
- La pénultième étape est la plus longue et la plus importante car c'est au cours de celle-ci que les préoccupations négatives évoluent et s'atténuent. Le patient s'applique à énoncer tous les arguments qui l'incitent à se croire malade et tous les arguments qui sont en faveur de sa bonne santé, pour ensuite les comparer. Après un échange avec le médecin, ce dernier intervertit sa place avec son patient pour s'improviser malade et réaliser le même exercice. On cherche surtout ici à ce que le patient, lorsqu'il est confronté, dans la peau d'un thérapeute, à un sujet qui présente un raisonnement aussi absurde que le sien, s'aperçoive de l'irrationalité de sa position (50).

- Finalement, la dernière étape consiste à identifier avec le médecin les facteurs déclenchants.

La position du thérapeute est aussi importante que difficile à adopter correctement, et Salkovskis énonce pour ce dernier certaines recommandations importantes :



1. Aider le patient à se rendre compte de son problème.
2. Reconnaître la réalité de la symptomatologie, le traitement ne s'oppose pas aux symptômes, mais leur fournit une explication satisfaisante.
3. Distinguer les informations pertinentes des informations rassurantes, mais inadaptées et répétitives.
4. Ne jamais aboutir à un affrontement : il est préférable de pratiquer le dialogue et la collaboration avec le patient, comme dans toute forme de thérapie.
5. Les croyances des patients sont fondées sur des preuves qu'il estime convaincantes : plutôt que de ne pas tenir compte de ses croyances, il est préférable de s'intéresser aux preuves de maladie qu'il met en avant, puis de collaborer avec lui pour discuter progressivement ces preuves qui fondent ses convictions.
6. Établir un contrat à durée limitée pour tout le temps de la thérapie. La durée de ce contrat sera réaliste. Elle répondra aux exigences thérapeutiques tout en respectant les réticences du patient.
7. Mettre à profit l'attention sélective et la suggestibilité de nombreux patients pour leur démontrer comment l'anxiété peut naître de circonstances, de symptômes et d'informations anodines.
8. Vérifier systématiquement ce que les patients ont compris et retenu de ce qui a été dit durant la séance en leur demandant, à la fin de chaque séance, d'en faire un résumé et d'en expliquer les implications en ce qui les concerne.

Figure 11 - Recommandations thérapeutiques de Warwick et Salkovskis (50)

2.4.4. Prise en charge médicamenteuse

Comme vu précédemment, le traitement médicamenteux hypocondriaque ne se fait pas le fondement de la thérapeutique mais correspond plutôt à un aspect satellite de cette dernière, en permettant simplement d'en compléter un schéma thérapeutique reposant systématiquement sur la psychanalyse. En effet, il n'existe actuellement aucune classe thérapeutique médicamenteuse anti-hypocondriaque, et donc aucun traitement à base de médicaments qui permette de traiter l'hypocondrie en elle-même. Les molécules prescrites ne servent que d'adjuvantes à la psychanalyse et les classes thérapeutiques les plus souvent prescrites sont les anti-dépresseurs et les anxiolytiques, et parfois les neuroleptiques si la situation l'exige (49). En ce qui concerne la prise en charge purement

médicamenteuse le soucis principal réside dans le fait que la plupart des patients sont, ou ont déjà été suivis pour leurs symptômes et voir même pour d'autres affections. De ce fait, ils sont souvent déjà lourdement médicamentés au moment de la prise en charge et la première responsabilité du praticien réside alors dans l'allégement progressif de leur ordonnance, notamment en ce qui concerne les traitements analgésiques et hypnotiques, pour ne venir instaurer ensuite une thérapie médicamenteuse qu'essentiellement antidépressive et anxiolytique (49).

La classe d'antidépresseur préconisée dans cette indication est celle des inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine, représentée notamment par la fluoxétine ou la sertraline, pour ne citer qu'elles. Ces molécules sont à privilégier par rapport à d'autres classes antidépressives car en plus de leur action sur la dépression comorbide elles ont une influence négative importante sur le développement et sur la prolifération des pensées obsessionnelles qui sont proéminentes dans le trouble hypocondriaque (49).

La prescription d'un anxiolytiques fait également partie du schéma thérapeutique et est même plus fréquemment recommandée que les antidépresseurs et ce pour plusieurs raisons (47). Dans un premier temps, l'anxiété demeure une composante caractéristique de l'hypocondrie et ce davantage que la dépression (47). De plus la prescription d'un antidépresseur doit systématiquement s'accompagner, lorsqu'elle est requise, de la prescription d'un anxiolytique, car l'initiation d'un traitement par antidépresseur induit initialement une levée de l'inhibition qui augmente fortement le risque de passage à l'acte suicidaire, surtout lorsque le patient n'est pas également traité par anxiolytique. Cette double prescription est non seulement recommandée pour toute initiation de traitement antidépresseur mais encore plus dans le cas de patients souffrant d'hypocondrie avec dépression comorbide, car ils présentent déjà un risque suicidaire très élevé (47). Les anxiolytiques privilégiés sont l'hydroxyzine et la buspirone (47).

La prescription d'un neuroleptique peut également être une alternative intéressante mais leur intérêt dans cette indication relève plus de l'observation thérapeutique que de l'effet scientifiquement prouvé et leur efficacité reste très variable selon le sujet (47). Ils agissent essentiellement sur les préoccupations somatiques. Les molécules prescrites qui ont montré une efficacité sont le sulpiride, la cyamémazine et la lévomépromazine NOZINAN®, mais plutôt à de faibles dosages (47).

3. Cybercondrie

3.1. Introduction : l'émergence des outils de santé en ligne

3.1.1. Introduction

L'émergence du world wide web à la fin du XX^{ème} et au début du XXI^{ème} siècle se matérialise dans la quasi-totalité des secteurs de nos sociétés modernes, et certainement sans en épargner le domaine de la santé. Ce développement fait directement suite à l'informatisation massive de ces secteurs, qui la précède de seulement quelques décennies, jusqu'à maintenant ne reposer qu'intégralement sur elle. Ce réseau Internet novateur a non seulement permis l'apparition d'une voie de communication quasiment instantanée, sécurisée et de très longue distance entre les personnes, les structures, et les organismes, mais a aussi accordé à ces derniers un accès aussi illimité qu'immédiat à l'intégralité de l'information documentée. Ce n'est d'ailleurs par un hasard si les premiers documents intégralement numérisés et rendus disponibles en ligne sont les dictionnaires et les encyclopédies, témoignant de cette volonté altruiste de rendre le plus accessible possible les connaissances.

En ce concerne le domaine de la santé ces innovations impactent également l'intégralité des différents secteurs qui la composent, qu'il s'agisse de l'hôpital, de l'ambulatoire, de la ville et de la campagne, ainsi que des structures privées comme des structures publiques. Similairement, tous les corps de métiers sont impactés, des différentes spécialités médicales à la pharmacie. Ces évolutions ne vont toutefois pas sans leur lot d'inquiétudes et de préoccupations quant à leur bon fonctionnement. S'il semble évident que la dépendance au bon fonctionnement d'outils informatiques reste une contrainte qui peut se révéler problématique, notamment en cas de panne, cette dernière n'est toutefois pas la préoccupation principale de l'informatisation des systèmes de soin. Le principal problème qui se pose est en fait celui de la sécurisation et de la privatisation des données transmises, et ce levier correspond sans aucun doute au levier principal sur lequel les innovations futures doivent porter leur attention pour continuer d'assurer l'amélioration de la prise en charge.

L'information de santé subit simultanément une évolution médiatique importante, s'imposant de plus en plus régulièrement comme un sujet d'intérêt majeur dans les médias d'information. Alors que l'information médicale était autrefois soumise à une

supervision stricte sous le contrôle rigoureux et surtout exclusif d'autorités de santé compétentes, sa médiatisation lui engendre un laxisme potentiellement dangereux dans la vérification et la surveillance de sa fiabilité. La médiatisation nouvelle de l'information médicale a aussi ouvert son bon fondement à être potentiellement remis en question et la soumet à l'épreuve du débat publique (51). A cette notion de discussion s'ajoutent les différents scandales de santé publique qui secouent la fin des années 1990 et le début des années 2000, achevant d'égrainer petit à petit la légitimité des instances médicales autrefois considérées comme irrépréhensibles (51). C'est à cet endroit précis que naît le soupçon et le doute, qui incitent inconsciemment l'utilisateur à la recherche d'une opinion alternative, mise facilement à disposition sur l'immensité du web.

Pour répondre à un soucis de synthétisation et de clarté nous ne nous attarderons dans le cadre de ce travail que sur le domaine de la pharmacie et sur le territoire français.

3.1.2. Application au système de soin

3.1.2.1. Encyclopédies en ligne

Parmi la panacée d'encyclopédies, de dictionnaires et d'outils maintenant disponibles en ligne voici l'exemple de trois outils potentiellement utiles à l'exercice de la dispensation officinale que sont la version en ligne du dictionnaire Vidal, le site web Meddispar.fr et l'application 360medics.

Le dictionnaire Vidal est l'un des outils les plus emblématiques et les plus utilisés de l'officine française, s'imposant en 1976 comme l'ouvrage de référence en ce qui concerne le référencement des résumés des caractéristiques du produit de toutes les substances médicamenteuses listées ou non en France. Le dictionnaire est disponible en ligne depuis 1999 pour les professionnels et depuis 2009 pour les particuliers, dans sa version allégée. Les monographies issues du Vidal sont même maintenant intégrées dans la majorité des logiciels de dispensation pharmaceutique, pour permettre aux professionnels un accès encore plus rapide à l'information en s'affranchissant non seulement de la nécessité d'utiliser l'ouvrage sous sa forme imprimée mais également de l'obligation d'effectuer des recherches sur un navigateur web.

Le site web Meddispar.fr est quant à lui un site internet disponible uniquement en ligne créé sous la directive de l'ordre national des pharmaciens en 2005. Son accès est illimité et recense l'intégralité des informations réglementaires concernant toutes les molécules

à dispensation particulière. Il s'agit des médicaments à prescription restreinte, des médicaments d'exception ou des substances vénéneuses par exemple (52).

Finalement, 360medics est une application développée en 2014 pour accompagner les prescripteurs et faciliter la prise en charge de leurs patients. Sous la forme d'une application disponible pour la majorité des systèmes d'exploitation des téléphones elle regroupe l'essentielle des résumés caractéristiques produit des molécules disponibles ainsi que des articles de veille scientifique, dans le but de permettre des recherches faciles, sécurisées et fiables (53).

Ces outils ne sont que quelques exemples parmi la myriade d'outils disponibles en ligne à l'intention des professionnels, mais qui peuvent également être utilisés, de façon partielle ou intégrale, par les particuliers. Leur objectif premier est de permettre un accès fiable et pratique à l'information qui fait directement suite à l'informatisation des structures. Tous les outils nécessaires à la bonne pratique officinale, dans le cadre de la pharmacie, tendent ainsi à se regrouper derrière l'écran de l'ordinateur connecté à Internet, qui devient l'un des outils primordiaux de la dispensation, dans le but de de faciliter le bon usage du médicament.

3.1.2.2. Prise de rendez-vous en ligne et téléconsultation

Si la prise d'un rendez-vous médical est une étape qui peut sembler anecdotique dans l'immensité du cheminement de soin d'un patient, elle demeure un aspect qui a non seulement énormément évolué depuis sa disponibilité en ligne mais qui a également permis une nette amélioration de la prise en charge, qu'il s'agisse d'en faciliter l'usage ou d'en éviter l'oubli. De façon similaire, ces dernières années voient apparaitre le phénomène nouveau de téléconsultation, à la fois pour contre-carrer la désertification médicale de certaines zones ainsi que, plus spécifiquement, pour assurer la continuité des soins en période de confinement. Son fonctionnement est assez explicite car il s'agit simplement de permettre des consultations médicales à distance, essentiellement à l'aide d'une webcam et d'un micro. Du fait de cette distance et de la dématérialisation de la consultation, l'examen clinique est forcément insuffisamment réalisé, confinant ce procédé à une utilisation de dernier recours. Néanmoins, et devant l'avancée préoccupante des déserts médicaux ainsi que du manque de professionnels, la téléconsultation se crée une place de plus en plus importante dans le système de soin. L'exemple de l'évolution de doctolib.fr, qui reste à ce jour la plus importante (54)

plateforme de téléconsultations et de prise de rendez-vous médicaux en ligne sur le territoire français, est très représentatif de cette évolution globale.

Doctolib.fr est à l'heure actuelle une plate-forme disponible dans trois pays européens, que sont la France, l'Allemagne et l'Italie, qui regroupe 300 000 professionnels de santé et qui a déjà été utilisée par plus de 70 millions de patients pour assurer leurs soins. La plateforme se crée initialement comme un site web de prise de rendez-vous en ligne et d'agenda médical et est mise en ligne pour la première fois en novembre 2013. Elle s'implante petit à petit dans les établissements de santé et n'a eu de cesse de grandir exponentiellement depuis. En 2016 la plateforme se dote d'une application mobile avant de s'enrichir en 2019 d'un service de téléconsultation. Sa véritable explosion en terme de popularité s'opère à la suite de la crise sanitaire de la COVID-19, lorsqu'elle fait don de son tout récent service de téléconsultation à l'ensemble des professionnels de santé, pour faciliter non seulement l'accès aux soins mais surtout en assurer la continuité pendant le premier confinement (54). La plateforme s'impose encore plus comme une référence en la matière lorsqu'elle est choisie en janvier 2021 par l'état français pour devenir son partenaire officiel dans l'accompagnement de la campagne de vaccination contre la COVID-19. La plateforme annonce d'ailleurs en décembre 2021 que plus de 50 millions de personnes se sont faites vacciner en France contre la COVID-19 en utilisant Doctolib (54). Aujourd'hui, Doctolib.fr est une plateforme qui propose une offre pratique et sécurisée de prise de rendez-vous et de téléconsultation, en promettant non seulement une facilité d'utilisation mais surtout une sécurité présentée comme réévaluée, en ce qui concerne le chiffrement des séances de téléconsultation ou la sécurisation de la délivrance des ordonnances (54), qui est un point qui se doit néanmoins d'être remis en question.

En effet, la prescription d'ordonnances en ligne ne permet pas une délivrance sécurisée car l'authenticité de l'ordonnance ne peut, en l'état, pas être garantie. En effet, le patient présente au mieux une ordonnance envoyée par email, au pire une photocopie de ce même mail. Ni l'une ni l'autre de ces options ne permet au pharmacien d'assurer une délivrance efficace car il n'est pas en capacité de contrôler ni l'origine de la prescription ni son utilisation unique. En effet, techniquement, rien n'empêche un patient d'éditer plusieurs copies de la même ordonnance pour se la faire délivrer plusieurs fois. La réponse à ce problème récurrent fut d'ajouter à l'ordonnance un QR code à usage unique,

que le pharmacien vient flasher et inactiver au moment de la délivrance, pour éviter de potentielles autres utilisations.

3.1.3. Automédication assistée en ligne

3.1.3.1. Introduction

Au-delà de tout ce que peut apporter un atout aussi polyvalent que le web au système de santé, il demeure un outil qui reste limité et certainement pas sans défauts. Les limites principales qui se posent sont celles de la sécurité, déjà mentionnée précédemment, et celle de la fiabilité des sources d'information. Et au-delà de ces limites, la question qui se pose est celle de l'impact de cet accès massif à l'information sur les comportements déviants de santé.

3.1.3.2. Sites web à visée diagnostique

« *En aucun cas les informations publiées sur les forums ne peuvent se substituer à une consultation médicale ou un diagnostic formulé par un médecin* » (55).

Doctissimo.fr est un site web consacré à la santé qui se divise en deux parties synergiques, que sont un agrégateur d'articles de santé et un forum de discussions médicales. Depuis 2004 le site se hisse à la première place des sites français de santé et fait même partie du top 20 des sites internet les plus consultés en France (56). La popularité de la plateforme s'explique notamment par la popularité de son forum, dont l'utilisation est massivement plébiscitée par ses utilisateurs. La dualité sur laquelle doctissimo.fr repose est d'un côté un aspect solidaire communautaire instauré par une communication bienveillante entre utilisateurs sur le forum, et de l'autre la nécessité d'un afflux important dans le but de rentabiliser l'investissement publicitaire. En effet, le site web est non seulement la propriété d'un groupe privé employant essentiellement des journalistes et non des professionnels de santé, mais est également une société cotée en bourse depuis le début des années 2000 (56). C'est de cette manière que le site web profite de la popularité de son forum pour prospérer. Ce forum présente d'ailleurs plusieurs avantages, tels qu'un espace solidaire où le « *doctinaute* » se sent en sécurité, et un anonymat relatif qui l'aide à s'affranchir des tabous sociaux qu'il peut ressentir vis-à-vis de son trouble.

Toutefois, les critiques majeures à l'encontre de la plateforme sont nombreuses. Dans un premier temps, il est reproché à sa partie « *média* », l'agrégateur d'informations de santé, de privilégier la vulgarisation médicale dans un soucis de fidélisation économique de

l'internaute plutôt que dans un soucis d'information désintéressée. De même, la plateforme est parfois accusée de vouloir plus faire dans le sensationnel que dans le véridique, en mettant plus en avant des contenus choquants et vendeurs que des contenus scientifiquement avérés. Dans un second temps, la modération du forum est considérée comme pas suffisamment efficace pour garantir l'absence de transmission d'informations incomplètes ou erronées (56). Il est évident que ces informations sont uniquement à l'appréciation de l'utilisateur et que la responsabilité du site dans la déviance de comportements de santé est autant impossible à démontrer qu'à innocenter. Il ne s'agit pas de dire ici si le site doctissimo.fr ou tout autre lui ressemblant est en faute ou non mais plutôt de simplement observer les faits les concernant. S'il est vrai de dire que le site peut être la source d'un comportement pathologique il est contre-productif de lui en imputer l'unique responsabilité pour en faire une généralité applicable au plus grand nombre (56).

Au-delà du simple exemple de certaines plateformes comme doctolib.fr, il est désormais habituel pour l'utilisateur d'aller rechercher des informations de santé sur le web en première intention plutôt que de profiter d'une consultation auprès d'un professionnel de santé. Ce phénomène, qui n'est par ailleurs pas limité au seul domaine de la santé, coûte alors au professionnel son contrôle de ladite information, alors qu'il en était autrefois l'un des seuls détenteurs (51). Se faisant, la relation entre le professionnel savant et le patient ignorant est vouée à évoluer en la défaveur relative du professionnel. Il reste toutefois important de rappeler que des professionnels de santé sont en fait bien présents sur ces plateformes, mais uniquement en leur qualité d'experts, c'est-à-dire qu'ils ne proposent rien de plus que des avis ou des conseils aux utilisateurs. La présence de ces médecins permet non seulement d'assurer à la plateforme une certaine légitimité à proposer des informations médicales fiables, mais permet également de contourner les dispositions légales établies, en n'offrant pas des consultations médicales mais des avis (51). Le conseil de l'Ordre des médecins définit en 2010 que tout collaborateur est uniquement en capacité de soit donner une information considérée comme étant générale et non spécifique, soit de donner une information plus précise sur une pathologie précédemment diagnostiquée, pour laquelle une personne cherche des informations complémentaires (51).

3.1.3.3. Vente de médicaments en ligne

Depuis 2013, il est possible de vendre légalement en France des médicaments en ligne, sous réserve d'être le titulaire d'une pharmacie d'officine établie en France, et sous l'encadrement du code de la santé publique. Les seuls médicaments qui peuvent être mis à disposition à cet achat en ligne sont les médicaments à usage humain non-soumis à la prescription médicale. Tout médicament à prescription obligatoire est toujours strictement interdit à la vente en ligne, et la liste des sites internet habilités au commerce électronique de médicaments est disponible sur le site de l'Ordre National des Pharmaciens et sur celui du Ministère de la Santé (57).

Toutefois, selon l'Organisation Mondiale de la Santé environ la moitié des ventes de médicaments sur internet est réalisée de façon illégale (57). Dans sa directive 2011/62/UE le Parlement européen précise d'ailleurs que : « *La vente illégale de médicaments au public via l'Internet représente une menace majeure pour la santé publique étant donné que ces médicaments falsifiés peuvent être distribués au public de cette manière* » (57).

« *Alexa, refill my prescription* ». Au-delà de nos frontières françaises, citons l'exemple du service pharmaceutique d'Amazon disponible aux Etats-Unis qui porte le nom d'Amazon Pharmacy. Ce dispositif, mis en place depuis novembre 2020, permet aux abonnés payants d'Amazon Prime de se faire livrer gratuitement et en moins de 48 heures leurs médicaments prescrits sur ordonnance. Au préalable, le patient doit simplement remplir une fiche client, sécurisée, qui consiste en l'essentiel de ses informations d'assurances ainsi que son historique médical et médicamenteux. Le service en ligne propose alors à ses abonnés des prix très attractifs sur les médicaments qu'il dispense, allant d'une réduction de 40% sur les princeps jusqu'à des réductions de 80% sur les médicaments génériques, et ce par rapport aux prix pratiqués en pharmacie dans le pays (58). La plateforme fonctionne en étroite relation avec les prescripteurs ainsi qu'avec une équipe de pharmaciens salariés par la plateforme, qui sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Compte tenu de la législation en vigueur en France ce service n'est à ce jour pas disponible sur le territoire français. Toutefois, il est intéressant de prendre en compte que d'après une étude réalisée par le cabinet de conseil Simon-Kucher & Partners en mai 2021, 29% des abonnés français d'Amazon Prime se disent prêt à utiliser le service s'il devenait

disponible (58). De plus, environ 5% des consommateurs considérés comme non-réguliers d'Amazon seraient également intéressés par l'utilisation de la plateforme. A la vue de ces chiffres Simon-Kutcher *et al.* estime qu'environ 6 millions de clients potentiels sont en fait disposés à utiliser Amazon Pharmacy en France. Les deux raisons principales qui sont proposées pour justifier cet attrait sont en premier lieu la praticité d'utilisation, et en second lieu les prix proposés, présentés comme défiant toute concurrence (58).

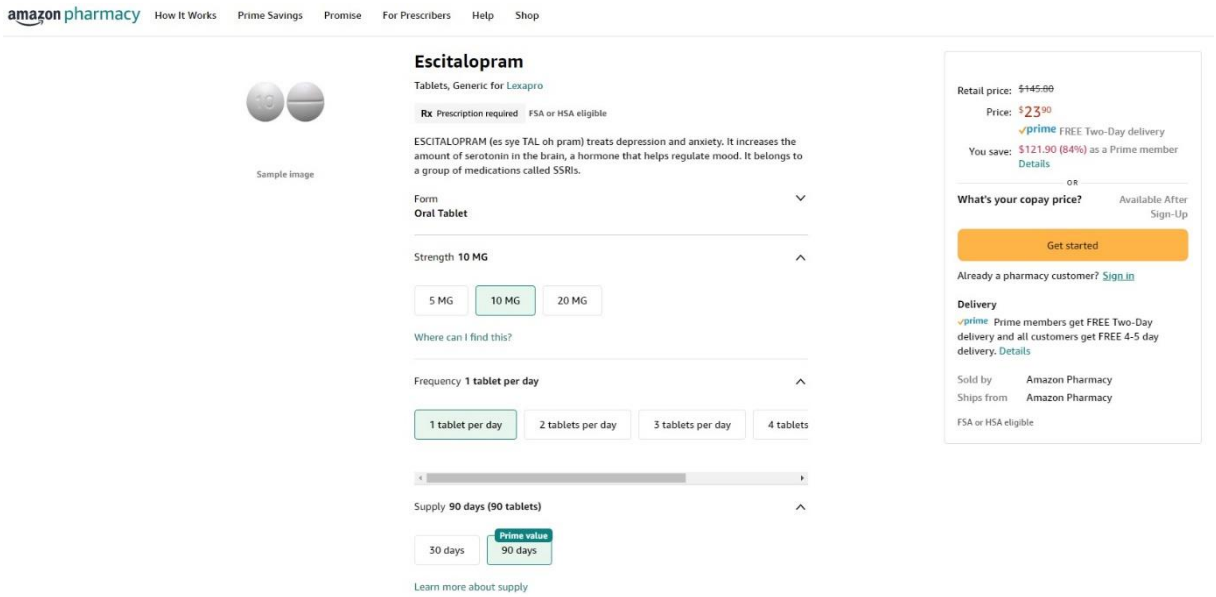


Figure 12 - Dispensation d'un anti-dépresseur sur Amazon Pharmacy

3.2. Définition de la cybercondrie

3.2.1. Origine

La cybercondrie est initialement un mot-valise qui désigne un phénomène d'hypocondrie qui trouve son origine, ou son accentuation, dans les suites de la navigation internet. La première utilisation de ce mot nouveau remonte à 2001 dans un article du journal britannique The Independant qui s'intitule « Are you a cyberchondriac ? ». Le journaliste y utilise le premier le terme de « *cyberchondria* » pour décrire un excès de recherche d'informations médicales nocif à la bonne santé mentale (59).

La cybercondrie est donc une notion relativement nouvelle qui trouve ses premières justifications scientifiques dans les suites d'une étude réalisée en 2009 par White & Horvitz dont l'objectif est d'analyser les comportements de santé en ligne. Les chercheurs impliqués dans cette étude concluent entre-autre qu'il existe une corrélation entre la recherche d'information de santé en ligne et/ou la quête virtuelle d'un autodiagnostic et

l'accroissement significatif de l'anxiété vis-à-vis de sa propre santé (60). De plus, les études de Barke *et al*. en 2016, de Mathes *et al*. en 2018 et de Tanis *et al*. en 2016 précisent qu'une attention excessive portée aux informations de santé disponibles en ligne entraine une baisse dans la qualité de vie ainsi qu'une méfiance plus importante des diagnostics médicaux traditionnels (61).

3.2.2. Anxiété de santé numérique

3.2.2.1. Définition

La cybercondrie se définit comme suivant un schéma obsessionnel répétitif dans lequel s'y observe une recherche compulsive d'informations médicales en ligne qui provoque l'aggravation d'un syndrome anxieux préexistant (60). La recherche d'informations en question est répétitive, compulsive, chronophage, et incite à la consultation médicale, mais à visée uniquement de confirmation d'un diagnostic préétabli. Plus précisément, la cybercondrie est définie comme opérant selon le cycle suivant (60) :

(1) Consommation excessive d'informations médicales en ligne qui donne naissance à un syndrome anxieux
(2) Recherches numériques compulsives et irrépressibles qui visent à apaiser le syndrome anxieux
(3) Apaisement de courte durée, voire inexistant, qui évolue ensuite vers une accentuation de l'anxiété
(4) Prépondérance de plus en plus importante du besoin de recherches en réponse à l'objectif inatteignable d'apaisement anxieux

La cybercondrie se présente donc comme une forme d'hypocondrie évoluant essentiellement sur le web, mais qui se présente également comme similaire au trouble obsessionnel compulsif, notamment en ce qui concerne la compulsivité avec laquelle se fait la navigation internet (60). A la naissance de la notion de cybercondrie se trouve ainsi une étude réalisée en 2009 par White et Horvitz intitulée Cyberchondria : Studies of the escalation of medical concerns in Web search. Cette étude vise à recenser et évaluer la potentielle influence que peut avoir la consultation d'informations médicales disponibles sur le web sur les craintes concernant la santé (62). L'étude se conclut par l'identification formelle d'une aggravation non-négligeable d'un syndrome anxieux hypocondriaque, qui est proportionnelle au temps passé en ligne et à la quantité de recherches d'informations

médicales par les sujets. L'étude se limite toutefois à cette notion et ne s'intéresse notamment pas aux causes potentielles de la maladie (62).

De par son aspect fortement chronophage et incontrôlé la cybercondrie provoque chez le patient une certaine négligence, autant sociale que professionnelle, et impose comme unique priorité ses recherches numériques. De plus, ces patients sont soit énormément demandeurs de soins complémentaires, en pesant sur le système de santé de façon excessive, soit extrêmement méfiant, en rejetant quasi-systématiquement toute expertise extérieure pour s'isoler progressivement (60). Quelle que soit l'attitude que le patient adopte, cette attitude aura systématiquement un impact négatif sur sa relation avec ses médecins.

Toutefois, il est important de prendre en compte que la cybercondrie reste une affection assez récente et donc en général insuffisamment documentée ou étudiée. De fait, toutes les définitions et observations qui la concernent sont issues d'études qui n'ont été réalisées que sur des échantillons de population relativement faibles. De plus, ces études sont assez spécifiques et ne se concentrent que rarement sur plus de quelques-uns de ses aspects révélateurs, et donc rarement sur la pathologie dans sa globalité. Ceci explique le manque général de connaissances sérieuses sur l'ensemble des antécédents possibles à la maladie (61). Il semble ainsi nécessaire dans le futur de chercher à approfondir nos connaissances, notamment en ce qui concerne les facteurs déclenchants qui peuvent mener à la maladie, ainsi que d'essayer d'avoir une vision plus globale de celle-ci pour en permettre non seulement une meilleure compréhension mais surtout une meilleure prise en charge (61).

3.2.2.2. Echelles d'évaluation de la cybercondrie

Au-delà des échelles d'évaluation couramment utilisées dans le cadre de l'hypocondrie, qui y restent potentiellement applicables, la cybercondrie dispose d'une échelle d'évaluation qui lui est spécifique, la Cyberchondria Severity Scale (63). Cette échelle est également une échelle d'auto-évaluation qui est construite autour d'entre 12 à 43 items en fonction des versions (63).

L'échelle est conçue pour être multidimensionnelle, c'est-à-dire qu'elle englobe 5 des facteurs identifiés comme les facteurs fondateurs du trouble : la compulsivité, la rassurance, l'inquiétude, la méfiance et l'excessivité (63) :

- La compulsivité : ce facteur mesure l'impact de l'anxiété hypocondriaque sur les comportements du sujet, que ce soit en ligne ou hors ligne.
- L'inquiétude : l'objectif de cet item est d'évaluer l'aggravation de l'anxiété profonde suite à la consultation d'informations de santé en ligne.
- L'excessivité : ce facteur s'applique à chiffrer le nombre de consultations informatives et de recherches en ligne afin d'en observer le niveau généralement exagérément élevé.
- La rassurance : on cherche ici à étudier l'impact qu'a la consultation médicale dite « *classique* » auprès d'un professionnel de santé sur le degré d'anxiété.
- La méfiance : on y évalue le niveau de paranoïa qui s'installer vis-à-vis du corpus médical en général.

Statement	Never (%)	Rarely (%)	Sometimes (%)	Often (%)	Always (%)
If I notice an unexplained bodily sensation I will search for it on the internet					
I enter the same symptoms into a web search on more than one occasion					
Researching symptoms or perceived medical conditions online interrupts other research (e.g., for my job/college assignment/homework)					
Researching symptoms or perceived medical conditions online interrupts my online leisure activities (e.g., streaming movies)					
I take the opinion of my GP/medical professional more seriously than my online medical research					
I start to panic when I read online that a symptom I have is found in a rare/serious condition					
Researching symptoms or perceived medical conditions online interrupts my work (e.g., writing emails, working on word documents or spreadsheets)					
I discuss my online medical findings with my GP/health professional					
I feel more anxious or distressed after researching symptoms or perceived medical conditions online					
Researching symptoms or perceived medical conditions online leads me to consult with other medical specialists (e.g., consultants)					
Discussing online info about a perceived medical condition with my GP reassures me					
I trust my GP/medical professional's diagnosis over my online self-diagnosis					
When researching symptoms or medical conditions online I visit both trustworthy websites and user-driven forums					
I have trouble getting to sleep after researching symptoms or perceived medical conditions online, as the findings play on my mind					
When my GP/medical professional dismisses my online medical research, I stop worrying about it					

Figure 13 – Exemple de Cyberchondria Severity Scale à 15 items (63)

Cette échelle se veut ainsi plus spécifique de la cybercondrie car elle permet justement de prendre en compte l'aspect multidimensionnel de la pathologie, ce que d'autres échelles, à l'image de celles étudiées précédemment pour l'hypocondrie, ne permettront pas, ou moins. Ici, l'assesseur est notamment en capacité d'évaluer précisément l'impact que peut avoir la navigation en ligne sur la psyché de son patient (63).

Toutefois, si cette échelle reste l'outil d'évaluation le plus spécifique et le plus utilisé dans le cadre de la cybercondrie elle présente tout de même certaines lacunes, notamment en

ce qui concerne l'évaluation de l'impact des recherches en ligne sur les facteurs d'inquiétude et d'excessivité. De ce fait, l'échelle ne permet pas l'analyse précise de la variabilité des effets sur la psyché selon la diversité des informations trouvées (60).

3.3. Prise en charge

3.3.1. Mesures de prévention

Les mesures de prévention de la cybercondrie ne consistent jamais à bannir les comportements de recherche de santé en ligne, vu qu'en l'état actuel des choses il est impossible, et surtout futile, de parvenir à empêcher complètement un individu d'accéder au web (60). La prévention repose donc plutôt sur le contrôle de l'information et sur la gestion de l'assimilation de cette information :

- La première étape consiste à s'assurer que la majorité, et dans la mesure du possible la totalité, des recherches se font sur des sites fiables qui transmettent uniquement une information vérifiée de qualité. L'important est donc non seulement de fournir à l'utilisateur les outils nécessaire à l'identification de ces structures mais également de lui permettre de les distinguer efficacement des sites qui n'atteignent pas les mêmes standards de qualité (60).
- La seconde étape consiste ensuite à limiter les attentes liées à la recherche, en recontextualisant l'information comme rien de plus qu'une donnée médicale à visée informative et jamais à visée diagnostique (60). On cherche surtout à limiter les phénomènes d'autodiagnostic.

La mesure de prévention la plus efficace consiste ainsi à favoriser l'éducation des individus de façon à faire adopter au plus grand nombre un comportement de recherche en ligne qui se veut aussi productif qu'adéquat (60).

3.3.2. Thérapeutique

La prise en charge de la cybercondrie passe essentiellement par des mesures non-médicamenteuses, de façon similaire à l'hypocondrie.

La première étape de la psychothérapie consiste pour le praticien à évaluer si l'affection cybercondriaque est un trouble isolé, si elle ne se fait que le symptôme d'une pathologie sous-jacente, comme un trouble obsessionnel compulsif, ou si elle est comorbide à d'autres pathologies. Dans le cas de ces deux dernières situations, la diminution des

symptômes cybercondriaques est envisageable par le traitement en priorité des pathologies sous-jacentes et comorbides et c'est donc ce schéma thérapeutique que privilégie le professionnel (60).

Toutefois, dans les situations où l'anxiété cybercondriaque est identifiée comme isolée, on privilégie une prise en charge axée autour de psychothérapies plus directes (60). Celles-ci permettent généralement une amélioration nette de certains aspects de la pathologie, notamment en ce qui concerne les comportements compulsifs et l'anxiété incapacitante. L'objectif final de la psychothérapie mise en place est d'essayer d'atténuer le trouble anxieux en corrigeant en parallèle les comportements néfastes de consommation d'information. Chaque thérapie mise en œuvre est spécifique au patient et se fonde sur l'identification des causes et des facteurs déclenchants de la maladie, ainsi que des conséquences qu'elle peut avoir sur la qualité de vie (60).

Components	Explanations	Corrective strategies
Difficulties in coping with uncertainty	• Uncertainty is one of the hallmarks of the COVID-19 pandemic because COVID-19 is a newly identified and poorly understood disease.	• Learning to manage uncertainty, that is, accepting the limitations of medical knowledge, which would allow people to live with unavoidable uncertainty and prevent futile online searches.
Questionable trustworthiness of online information, including the negative role of social media	• Large amount of online information on COVID-19 is misleading, inaccurate or false. • Sources of health information that are usually regarded as reliable may not be perceived as authoritative and trustworthy when it comes to COVID-19, because so little is known about COVID-19; however, such sources remain most reliable during the COVID-19 pandemic.	• Fostering acceptance that some proportion of online health information cannot be trusted. • Increasing reliance on the official and reputable sources of online health information, despite their limitations.
	• Various social media have been implicated in a "pandemic of misinformation" during the COVID-19 pandemic. • Perception of social media as a trustworthy source of COVID-19-related information is likely to intensify searches for more information and increase a sense of confusion and distress, thereby contributing to cyberchondria during the pandemic. • Individuals who use social media as their main source of information during the COVID-19 pandemic tend to suffer from more information overload and exhibit a more prominent cyberchondria.	• Avoiding social media as the only or predominant source of online health information. • Encouraging efficient self-control strategies when social media are used (e.g., limiting duration of exposure and the number of links followed).
Difficulties in coping with information overload	• Overload of information derived from online sources has negative effects on general health and increases distress. • Information overload has been associated with negative affect, anxiety, depressive symptoms, and anger in the context of OHR. • Indiscriminate consumption of online information related to COVID-19 often leads to confusion and fear, especially when much of that information is conflicting or contradictory and when it is being constantly updated. • Coping with information overload by filtering out information that is irrelevant, vague or that seems untrustworthy may be undermined during the COVID-19 pandemic.	• Applying strategies to better manage online health information, especially when it is conflicting, inconsistent and abundant. • Promoting an ability to critically appraise the results of OHR via user-friendly consumer guides that provide simple and clear instructions about factors to consider when encountering online health information.

Ineffective online reassurance seeking	• Unrealistic expectations of the Internet occur because:
	  • The internet was not designed to provide reassurance;
	  • Uncertainty is embedded in the process of OHR;
	  • Outcome of OHR is largely unpredictable.
	• Online reassurance seeking for health-related matters is often ineffective.
		• Improving understanding of what the internet can do for an anxious person and the limitations when the internet is used to obtain reassurance about health-related threats.

Figure 14 - Stratégies de prise en charge (64)

3.4. Impact de la pandémie à Coronavirus-19

3.4.1. Evolution des comportements de santé

Le directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé, au cours de son discours de Munich du 15 février 2020, affirme que « *we are not just fighting an epidemic, we are fighting an infodemic* ».

Pour restituer rapidement le contexte, la crise sanitaire de la COVID-19, qui a commencé fin 2019 et début 2020 et qui perdure encore aujourd'hui, a eu un impact considérable sur les comportements de santé en général, et notamment sur les comportements de recherche de documentations médicales en ligne. En effet, du fait de son aspect nouveau et inconnu, ainsi que de par sa propagation rapide sur le globe, le virus inquiète autant qu'il intrigue, et provoque de facto une explosion massive du nombre de recherches le concernant, notamment en ligne. Et en réponse à cet afflux massif s'est développée une multitude de sources d'informations, issues directement du web, et dont le nombre n'a eu de cesse de croître exponentiellement depuis. Toutefois, le problème avec ces nouvelles sources d'informations réside essentiellement dans la quasi-impossibilité d'en vérifier la fiabilité, tant elles sont nombreuses et en évolution aussi rapide que constante. Ce véritable surdosage informatif a une tendance certaine à favoriser le développement et/ou l'accentuation de l'anxiété dirigée à l'encontre de cette infection virale. A titre d'illustration, la recherche « *COVID-19* » dans l'onglet actualités du site web Google référence un peu plus de 714 millions de résultats au moment de la rédaction, contre 132 millions pour le terme « *accident* » et seulement 5 millions pour le terme « *grippe* ».

S'il est établi que la cybercondrie se développe de façon préférentielle à la suite de la consommation d'informations médicales issues de sources peu fiables, elle a logiquement tendance à diminuer suite à la consultation de documentations fiables provenant de sources sûres. Toutefois, et étant donné que la COVD-19 est une pathologie trop récente pour être correctement étudiée, analysée, et documentée, les sources fiables d'information sont prises en défaut et sont incapables de transmettre une information fiable complète, simplement car celle-ci n'existe pas encore (64).

Plusieurs études viennent évaluer l'effet que l'abondance de ces sources d'information a eu sur l'aggravation de l'anxiété cybercondriaque dans le cadre du Coronavirus-19. L'analyse de S. Laato *et al*. publiée en juin 2020 montre qu'un niveau élevé de confiance

dans l'information disponible en ligne ainsi que le nombre exorbitant de ces informations tendent à intensifier les symptômes de la cybercondrie liée au COVID-19, et identifie même la cybercondrie comme un effet secondaire de l'épidémie (65). Une seconde étude, publiée en juin 2020 par S. Jungmann *et al.*, précise que les sujets qui font le choix de s'informer sur l'épidémie majoritairement au travers des réseaux sociaux présentent un niveau d'anxiété cybercondriaque plus élevé, mais que cette anxiété tend à diminuer suite à la consommation d'informations médicales issues de sources plus fiables concernant la pathologie (66).

Finalement, l'étude de N. Jokic-Begic *et al*. publiée en décembre 2020 s'intéresse à la portée qu'a eu la désinformation concernant la pandémie à Coronavirus-19 sur l'anxiété hypocondriaque dans la population en générale (67). Et en ce qui concerne l'anxiété, l'étude en montre une aggravation non-négligeable au cours du temps, avec notamment une inquiétude exagérée et une estimation faussée de la dangerosité de la pathologie. Par exemple, au début de la pandémie seulement 26% des personnes interrogées estiment que l'infection à la COVID-19 est plus dangereuse que la grippe, alors que seulement quelques semaines plus tard ce pourcentage monte à plus de 82% (67). De plus, si seulement 27% des participants témoignent être initialement inquiets à l'idée d'une contamination par le virus, ce pourcentage monte à plus de 72% à l'issue de la seconde vague (67). Il est finalement constaté que le nombre de comportements individuels de prévention vis-à-vis d'une contamination potentielle augmente significativement au cours de l'épidémie. Cette augmentation nette des niveaux d'anxiété est notamment imputable aux différents confinements, dont l'isolement forcé est délétère pour non seulement la santé mentale en général mais surtout dans le cas des troubles anxieux.

Au-delà du simple esseulement physique, les mesures de confinement ont également eu tendance à provoquer chez les personnes une augmentation naturelle du nombre de recherches d'informations en ligne. Ceci s'explique par le simple fait que, au cours d'un confinement, les informations disponibles sur internet s'imposent comme la seule source d'information disponible. C'est donc d'un sentiment profond d'insécurité que nait ce besoin pathologique d'user et d'abuser des recherches de santé en ligne, dans le but louable d'être le mieux informé et donc le mieux préparé possible. Toutefois, ce comportement participe en parallèle à la création d'un terrain extrêmement propice à l'apparition du trouble cybercondriaque (67).

3.4.2. Cybercondrie à COVID-19

L'apparition et la propagation de la COVID-19 en tant que pathologie infectieuse nouvelle, dangereuse, et surtout méconnue favorise donc le développement de la cybercondrie dans la population. De plus, l'épidémie a également eu la particularité de parvenir à mettre en échec les systèmes de santé à l'échelle planétaire, en y provoquant une crise sanitaire mondiale. Ceci participe à l'idée que ces systèmes n'étaient pas suffisamment préparés à l'éventualité de devoir gérer une crise de cette ampleur et participe donc indirectement à une diminution de la confiance que la population leur accorde. Cette perte de confiance dirige inconsciemment le patient vers d'autres sources documentaires alternatives, notamment disponibles en ligne, dans le but de s'informer, et favorise encore un peu plus le risque d'apparition du trouble cybercondriaque.

Le modèle de développement de la cybercondrie, dans le cade de la pandémie à COVID-19, répond à son schéma classique développé précédemment de réassurance, au cours duquel l'apparition de la cybercondrie fait directement suite à une volonté, de la part du sujet, de rassurer ses angoisses en se documentant en ligne. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'on suppose que les sujets qui se situent dans la tranche d'âge des 18 à 65 ans, plus habitués à utiliser les outils numériques, développent une angoisse en moyenne plus importante pour l'infection à la COVID-19 que des sujets plus âgés, moins adeptes des nouvelles technologies, bien que ce soit eux qui sont plus à risque de développer une forme grave et potentiellement mortelle (64).

Ce modèle schématique fonctionne, dans le cadre spécifique de la pandémie, de la manière suivante :

(1) La menace de la pandémie est perçue par le patient comme exagérément dangereuse, bien plus qu'elle ne l'est dans la réalité. Cette perception est très variable selon les individus et peut dépendre de multiples facteurs intrinsèques ou extrinsèques au sujet (64).
(2) Le manque de connaissance concernant la maladie tend à intensifier le phénomène angoissant, et la personne n'est plus en mesure de se contenter de cette situation. On parle de l'apparition d'un phénomène d'intolérance à l'incertitude (64) qui pousse le patient à adopter en réponse un comportements nocif de consommation d'informations, dans une recherche utopiste de finalité cognitive.

(3) Les données disponibles sur les sources fiables de documentation étant soit incomplètes soit manquantes, les utilisateurs se redirigent naturellement vers des plateformes moins scrupuleuses à diffuser une information peu fiable (64). Cette déviation s'explique également par une perte générale de confiance dans les structures traditionnelles, détournant l'utilisateur déçu vers d'autres sources alternatives. Ces sources gagnent d'autant plus en crédibilité qu'elles ne sont jugées comme peu fiables que par les autorités auxquelles les personnes n'accordent plus qu'une confiance relative.

(4) La consommation d'information devient progressivement aussi excessive qu'elle est disponible en abondance, et sa gestion en devient alors insurmontable. La résolution classique d'un déséquilibre psychique de ce genre est possible par la filtration du surplus d'information, dans le but de ne garder que celles qui se dégagent comme pertinentes. Toutefois, du fait du contexte épidémiologique et du contexte anxieux sous-jacent, cette résolvance saine est rendue inopérable. A défaut, la filtration se fait pour ne garder que les informations qui vont dans le sens de la justification du syndrome anxieux. On parle alors d'un phénomène de « *bulle informative* », au cours de laquelle l'information est consommée avec des œillères (64).

(5) Paradoxalement, alors que l'objectif initial du patient est de se rassurer pour calmer ses angoisses à l'encontre de la maladie, ses recherches n'ont en fait pas d'autre finalité que son amplification et l'aggravation de son état mental (64).

A son aboutissement, ce schéma d'aggravation provoque une réaction paradoxale d'acharnement, au cours de laquelle le patient finit par s'enfermer dans une spirale infernale. Il y cherche sans relâche l'atténuation de son anxiété grandissante, par la consultation de plus en plus importante d'informations médicales en ligne, répétant indéfiniment ce même schéma (64).

La pandémie à COVID-19 se fait ainsi un remarquable catalyseur de l'apparition et du développement de la cybercondrie, et entérine définitivement cette dernière comme une version modernisée de l'hypocondrie, actualisée notamment des outils du numérique.

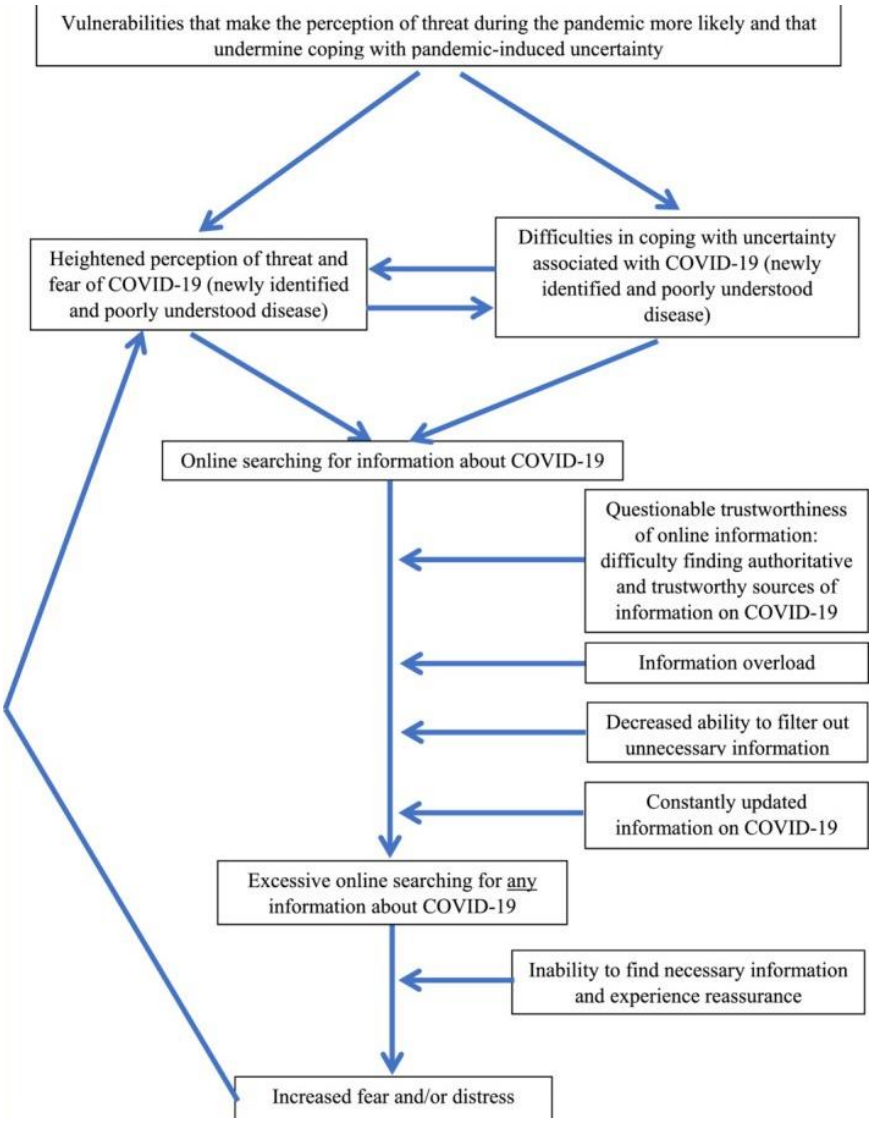


Figure 15 - Modèle schématique de la cybercondrie à COVID-19 (64)

3.4.3. Aux sources de l'anxiété : les scandales sanitaires de la pandémie

3.4.3.1. Un vaccino-scepticisme moderne

La méfiance vis-à-vis de l'acte de vaccination est loin d'être un phénomène nouveau et existe quasiment depuis l'émergence de cette forme pourtant compétente de prévention. La France présente d'ailleurs la particularité d'être à la fois le pays de naissance de Louis Pasteur, l'un de ses pères les plus célèbres, et l'un des pays présentant l'un des taux de réticence les plus élevés à cette même vaccination (68).

Au moment de la rédaction cinq vaccins différents sont à disposition pour prévenir de l'infection au SARS-CoV-2. Il s'agit des vaccins Comirnaty, Spikevax, Vaxzevria, Jcovden et Nuvaxovid (69). En moins de deux ans d'existence, deux d'entre eux ont déjà été mis en

cause dans un scandale sanitaire. Ceci, auquel on peut ajouter les doutes grandissant quant à l'efficacité de la vaccination, amplifie fortement la méfiance de la population vis-à-vis de la vaccination anti-COVID, qui se retrouve jugée par le tribunal publique comme inefficace et dangereuse (70). A titre d'illustration, le vaccin Vaxzevria, produit par le laboratoire pharmaceutique AstraZeneca, est un vaccin déployé sur le territoire français dès le mois de février 2021 avant d'être rapidement retiré à la mi-mars de la même année suite à une alerte du dispositif de pharmacovigilance. Ce dernier y constate une augmentation potentiellement significative du risque thromboembolique et prend la décision de retirer temporairement le vaccin du marché, le temps d'en analyser le risque et de conclure sur son imputabilité ou non sur la survenue de ces événements indésirables. A l'issue de l'enquête il est établi que la vaccination à Vaxzevria présente un risque non-négligeable pour les personnes de moins de 55 ans mais qu'elle reste sans risque pour les personnes âgées de 55 ans et plus et que cette vaccination doit dorénavant leur être réservée (69). Toutefois, au cours de la pandémie COVID-19, une méfiance vis-à-vis de la vaccination se développe en ligne, et notamment sur les réseaux sociaux, en participant ainsi activement au cycle cybercondriaque. Cette crainte infondée se dissémine jusque dans les structures proposant la vaccination avec, dès l'annonce du retrait temporaire du vaccin et malgré sa remise en circulation, une augmentation drastique du refus ferme de la vaccination par Vaxzevria, généralement au profit de Comirnaty, jugé plus sûr. On estime ainsi le gaspillage des doses périmées à plus de 218 millions de doses de Vaxzevria à travers le monde pour un peu plus de 200 000 rien qu'en France (71). Il est par ailleurs notable que le taux de rejet de ce vaccin ne varie pas en fonction l'âge des patients, bien qu'il ait été prouvé qu'au-delà de l'âge de 55 ans le vaccin ne présente aucun risque significatif. En témoigne l'effet de bulle informative dans lequel le consommateur d'information en ligne a tendance à s'enfermer.

Cette crainte de la vaccination anti-COVID, essentiellement développée en ligne, repose sur les éléments suivants :

- La crainte de développer des effets indésirables suite à la vaccination (72)
- Une remise en question de l'efficacité du vaccin, notamment en ce qui concerne la multiplicité des doses, la diminution rapide de la protection dans le temps, et/ou le pourcentage insuffisant d'efficacité, car initialement inférieur à 90% (72).

- Une dimension jugée trop expérimentale des vaccins, surtout en ce qui concerne ceux qui fonctionnent avec le mécanisme nouveau à base d'ARNm. Ces « *nouveaux vaccins* », pourtant particulièrement innovants, sont considérés comme ne disposant du recul nécessaire pour être considérés sans risque (72).
- Un procès d'intention mené à l'encontre des industries productrices de ces vaccins et/ou des instances gouvernementales, dans lequel on estime que l'objectif secret recherché est de vendre un maximum de produit dans un but économique plutôt que de protéger la population, ajoutant à la paranoïa une dimension politique (72).

Comme pour l'essentiel des vaccins altruistes, l'objectif recherché de la vaccination anti-COVID-19 est d'obtenir une immunisation collective, en atteignant un certain pourcentage minimum de personnes vaccinées dans la population. Toutefois, la circulation importante d'un virus augmente fortement son risque de mutation, et ces mutations potentielles risquent à leur tour d'affecter négativement l'efficacité du vaccin, en offrant un peu plus de crédibilité à l'idée de l'inutilité de cette vaccination (72), et en rendant cette immunité de masse toujours plus difficile à atteindre.

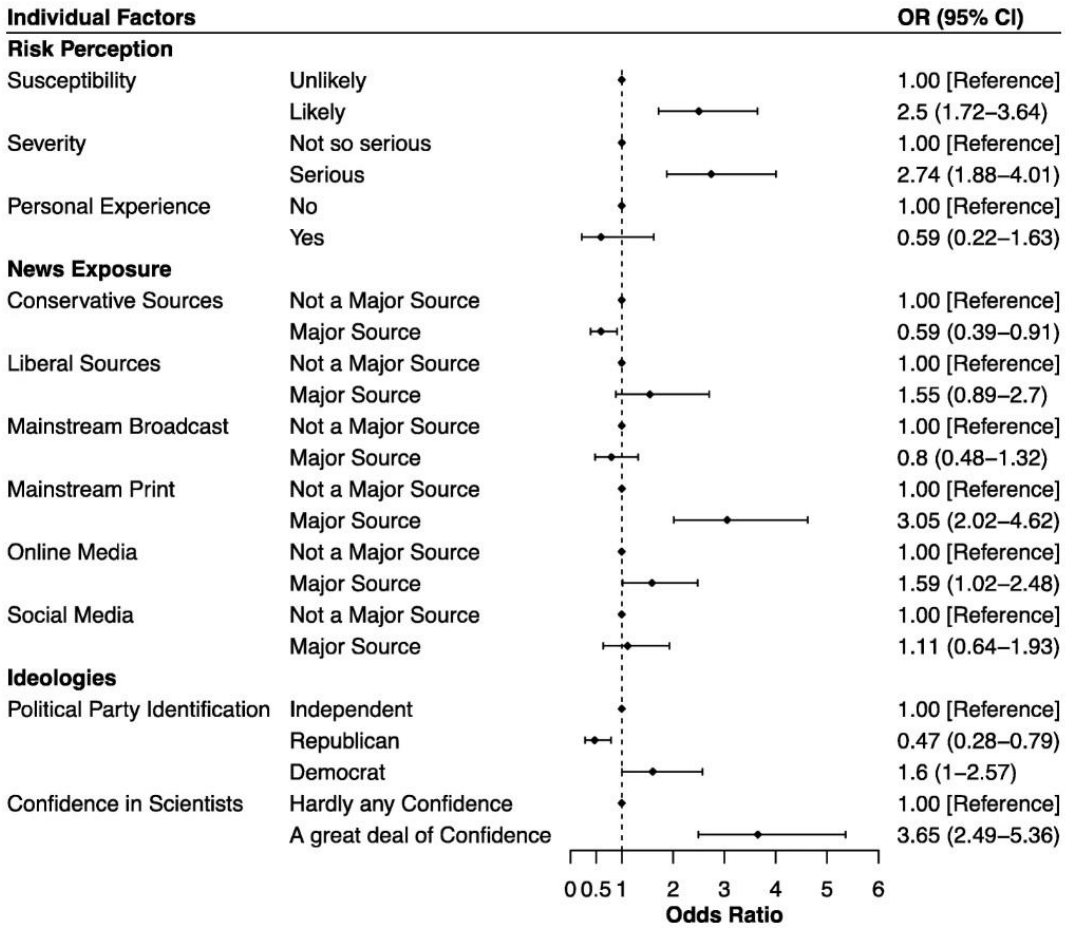


Figure 16 – Odds Ratio en faveur de la vaccination selon les facteurs individuels (73)

Comme on l'observe dans le graphique ci-contre, l'odds-ratio n'augmente pas de façon significative en faveur de la vaccination lorsque la source d'information principale est en ligne (1,59) ou sur les réseaux sociaux (1,11), surtout lorsqu'on la compare aux médias papiers (3,05) (73). De même, on peut remarquer que la confiance vaccinale varie en fonction du parti politique auquel adhère le sujet (73), accentuant un peu plus l'idée que des désaccords politiques se répercutent injustement sur la vaccination alors qu'elle doit en être complètement détachée.

La circulation d'idées en ligne, et plus spécifiquement sur les réseaux sociaux, s'est ainsi fait pour la pandémie à COVID-19 un catalyseur essentiel dans le rejet de la vaccination en en exagérant les effets indésirables, l'inefficacité, ou en lui prêtant des intentions malavisées (73). Il ne faut évidemment pas en retenir que l'intégralité des transmissions d'information via les réseaux sociaux ont vocation à calomnier la vaccination et sont forcément erronées mais il s'agit plutôt de mettre en avant qu'un sujet méfiant vis-à-vis d'elle se retrouve dorénavant plus facilement piégé dans une bulle informative, qui vient appuyer ses craintes sans qu'il ne soit capable de prendre du recul (73).

3.4.3.2. Hydroxychloroquine

L'hydroxychloroquine PLAQUENIL © est une molécule à activité antirhumatismal, antalgique, et anti-inflammatoire utilisée dans le traitement d'affections rhumatismales inflammatoires et dans certaines maladies qui affectent le collagène, comme le lupus érythémateux (74). Cette molécule présente parmi ses effets indésirables principaux un effet pro-arythmogène, par allongement de l'espace QT (74), qui le contre-indique à l'utilisation chez les patients déjà traités par des molécules présentant un effet indésirable similaire. De même, son utilisation doit inciter à une grande précaution d'emploi chez les patients qui présentent des facteurs de risque cardiovasculaire.

Chimiquement, l'hydroxychloroquine est une molécule qui, de par sa structure moléculaire, se rapproche beaucoup de certains médicaments antipaludiques et est même un dérivé direct de la chloroquine, une molécule antiparasitaire utilisée notamment dans le traitement de la malaria (75). L'hydroxychloroquine a très tôt été étudiée pour traiter l'infection à COVID-19 et a fait partie des stratégies thérapeutiques initiales dans la majorité des pays concernés par la pandémie jusqu'au moment de l'apparition des premiers vaccins (75). Elle était utilisée soit seule soit en association avec l'azithromycine, une molécule antibiotique de la classe des macrolides.

Des données plus récentes, plus précises, et récoltées à grande échelle sont toutefois venues amoindrir l'efficacité du traitement, et permettent notamment de mettre en avant sa cardiotoxicité potentiellement létale (75), conduisant inéluctablement à la forte diminution de son utilisation pour cette indication.

Author	Study type	Treatment/Duration	Clinical outcomes
Chen et al19 (2020)	Prospective open- label, non-randomized trial (n = 62)	Patients were assigned to receive HCQS (400 mg/d) treatment, for 5 days	Significant response seen in temperature, cough and pneumonia in HCQS group
Gautret et al20 (2020)	Prospective open- label, non-randomized trial (n = 42) 26 patients received HCQS and 16 were control patients	HCQS(200 three times/day) alone (n = 14) for 10 days/HCQS + Az(500 mg) on day 1, and 250 mg on days 2–5; (n = 6)	No significant difference in clinical status and duration of symptoms. HCQS treated patients were older than control patients (51.2 years vs. 37.3 years),
Gautret et al21 (2020)	A pilot observational study (n = 80)	Hydroxychloroquine (200 mg every 8 h) for 10 days and azithromycin (500 mg on day 1, 250 mg on days 2–5)	Viral load decreased over time
Chorin at al,31 2020	Retrospective study (n = 84)	Patients were on HCQS + Azithromycin combination	Development of ARF was a strong predictor of extreme QTc prolongation.
Million et al24 (2020)	Non-comparative observational study (n = 1061)	HCQS + Azithromycin for 3 days	Good clinical outcome and virologic cure were obtained in 973 patients within 10 days (91.7%).
Tang et al23 (2020)	Multi center open-label, randomized, controlled trial (N = 150)	200 mg daily for three days followed by a maintenance dose of 800 mg daily for the remaining days (total treatment duration:2 or 3 weeks for mild/moderate or severe patients, respectively).	The overall 28-day negative conversion rate was not different between SOC plus HCQS and SOC group (Kaplan–Meier estimates 85.4% versus 81.3%, P = 0.341
Jun et al22 2020	Pilot study (n = 30)	Hydroxychloroquine group (n = 15) HCQS 400 mg per day for 5 days plus conventional treatments.Control (n = 15). Conventional treatment alone..	On day 7, COVID-19 nucleic acid of throat swabs was negative in 13 (86.7%) cases in the HCQS group and 14 (93.3%) cases in the control group
Molina et al26 2020	Retrospective analysis,A total of 368 male patients were evaluated (HCQS, n = 97; HCQS + AZ, n = 113; no HCQS, n = 158)	Dosage and treatment length was not defined	Rates of death in the HC, HC + AZ, and no HC groups were 27.8%, 22.1%, 11.4%, respectively. Rates of ventilation in the HC, HCQS + AZ, and no HC groups were 13.3%, 6.9%, 14.1%, respectively.
Mahévas et al25 (2020)	Observational study(n = 181)	84 received HCQS 600mg/day in the first 48 hrs after hospitalization, 97 received no HCQS But delayed for at least 48 hr.	These results do not support the use of HCQS with positive hypoxic pneumonia.
Borba et al12 (2020)	Parallel, double-masked, randomized, Phase IIb clinical trial (N = 81)	High-dose CQ (n = 41) (ie, 600mgCQ twice daily for 10 days) or low-dosage (n = 40) CQ (i.e., 450 mg twice daily on day 1 and once daily for 4 days	Lethality until day 13 was 39.0% in the high-dosage group (16 of 41) and 15.0% in the low-dosage group (6 of 40).

Figure 17 - Résumé des études d'efficacité de l'hydroxychloroquine sur les infections à Sars-Cov-2 en 2020 (75)

En France, c'est le professeur Didier Raoult, co-auteur de l'étude Chloroquine for the 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2 publiée en février 2020, qui se fait le promoteur principal du traitement de l'infection par hydroxychloroquine. Le microbiologiste, spécialiste des maladies infectieuses, participe également à la publication d'autres articles tels que Hydroxychloroquine failure : the end does not justify the means (76) ou Re : Effect of hydroxychloroquine with or without azithromycin on the mortality of COVID-19 patients (77), rédigés en réponse à des études qui, pour résumer, concluent à une inefficacité ou à une dangerosité du traitement de l'infection à COVID-19 par hydroxychloroquine.

Au-delà du domaine des publications scientifiques le professeur Raoult présente la particularité de jouir d'une communication très prolifique sur les réseaux sociaux, ce qui participe fortement à faire rapidement grandir sa côte de popularité ainsi qu'au partage massif de ses prises de position. Son compte Twitter compte 941 000 abonnés et la chaine YouTube dédiée à son institut en compte 625 000, et comptabilise un peu plus de 123

millions de vues. Sa stratégie de communication repose sur une parole très directe, sans concessions, et particulièrement véhémente à l'encontre de ceux qui se trouvent en désaccord avec lui. Et cette stratégie de communication porte largement ses fruits, le baromètre Odoxa, qui s'emploie à classer les personnalités préférées des français, attribuant à l'iconoclaste auto-proclamé la seconde place en mars 2020 (78), et ce malgré les multiples dénonciations qui lui sont adressés publiquement de la part du conseil de l'ordre des médecin ou de certains de ses confrères. Ses détracteurs lui reprochent notamment de graves manquements déontologiques dans la conduite de ses études.

Ainsi, et malgré l'existence de contre-études sérieuses prouvant une absence d'efficacité significative, au mieux, ou une dangerosité non-négligeable, au pire, du traitement par hydroxychloroquine de l'infection à SARS-CoV-2, la demande de traitement ainsi que le nombre de ses prescriptions pour cette indication augmente fortement au cours de l'année 2020, jusqu'à en provoquer la rupture de stock mondiale (79). La conséquence principale de cette rupture de stock fut l'impossibilité pour des patients préalablement traités par hydroxychloroquine d'avoir accès à leur traitement, et ce notamment chez les patients souffrant de lupus érythémateux. Pour ces patient, l'hydroxychloroquine reste sans la moindre alternative thérapeutique et leur incapacité à s'en procurer, et donc de suivre leur traitement correctement, demeure pour eux potentiellement dangereuse. Une étude de Cornet *et al*. précise que plus de la moitié des patients dans cette situation qu'ils ont interrogé ont rencontré des problèmes d'approvisionnement en hydroxychloroquine, allant même jusqu'à leur provoquer une anxiété importante qui, chez environ 27% des patient, ne s'est pas atténuée à la résolution de la situation (80).

3.5. En résumé

Pour synthétiser, la cybercondrie est une affection mentale particulière qui progresse en parallèle des innovations technologiques issues du numérique, et plus spécifiquement de la navigation internet. Elle se caractérise par une anxiété de nature hypocondriaque, soit somatique soit excessivement craintive, alimentée par un besoin irrépressible de multiplier les recherches en ligne en ce qui concerne les informations de santé en général, qu'elles concernent ladite pathologie, les thérapeutiques possibles, ou les actualités de santé. Ces comportements sont par ailleurs qualifiables de compulsifs et s'apparentent à ceux généralement observables dans le cadre du trouble obsessionnel compulsif.

Sa prise en charge repose essentiellement sur la psychothérapie, qui peut être facilitée, si besoin est, de l'association d'un traitement médicamenteux à visée anxiolytique ou antidépressive.

De par la prépondérance de plus en plus importante des outils de santé disponibles en ligne, la cybercondrie est une pathologie résolument moderne. Mais, paradoxalement, elle l'est presque autant qu'elle est sous-diagnostiquée et méconnue, de façon assez similaire à l'hypocondrie qui la précède. En Grande-Bretagne, des chercheurs de l'Imperial College of London ont publié une étude qui cherche à estimer le coût total des consultations inutiles qui découlent d'une anxiété cybercondriaque sur le système de santé anglais (81). Ils observent qu'environ 1 consultation sur 5 à l'hôpital est directement imputable à une forme de cybercondrie et qu'environ 480 millions d'euros sont dépensés tous les ans en rendez-vous et analyses médicales aussi inutiles que contre-productifs (81). Toutefois, étant donné que cette étude date de 2017 il faut donc bien garder en tête que ces chiffres datent d'avant la pandémie à COVID-19.

Finalement, et comme établi précédemment, l'épidémie de Coronavirus-19 fut un catalyseur incroyablement performant de la cybercondrie en augmentant fortement les niveaux d'anxiété et en provoquant l'isolement drastique des populations. Dans le but naturel de calmer ses angoisses, l'association de ces deux facteurs pousse inéluctablement le patient vers une quête infructueuse de solutions en ligne, le menant droit vers la première marche d'un cycle infernal.

4. Le rôle du pharmacien

4.1. Définition

Le pharmacien est un professionnel de santé dont le travail repose entre autre sur une accessibilité universelle. Il est un acteur de proximité important du système de soin, en se proposant non seulement comme l'un des professionnels de santé le plus fréquemment côtoyé par les patients mais surtout comme à la fois le plus facile et le plus pratique à consulter, en ne nécessitant ni rendez-vous, ni un temps d'attente excédant le ¼ d'heure, en règle générale. En effet, il est assez simple de concevoir qu'un patient muni d'une ordonnance valable 3 mois pour un traitement chronique rencontre 3 fois plus son pharmacien que son médecin traitant sur ce laps de temps, ou tout du moins au minimum autant de fois.

Qui plus est, la pharmacie se caractérise comme un lieu privilégié de la dispensation des médicaments d'un patient, et ce quel qu'en soit le ou les prescripteurs. Cette officine se fait ainsi donc l'endroit de la centralisation de l'intégralité des différents traitements médicamenteux et permet donc au dispensateur d'avoir une vision élargie globale de la prise en charge du patient qu'il sert.

De cette façon le pharmacien devient souvent l'un des premiers professionnels témoin d'un comportement déviant concernant la consommation médicamenteuse, et il peut et se doit d'avoir un impact sur l'observance thérapeutique de son patient. Cette vigilance est d'autant plus importante dans les situations d'anxiété hypocondriaque car elle permet d'identifier et/ou de venir confirmer un comportement potentiellement déviant dans le bon usage du médicament. Il est toutefois important de rappeler que l'hypocondrie, quel qu'en soit la forme, demeure une affection mentale grave qui nécessite un avis médical psychiatrique pour son diagnostic et pour sa prise en charge. Bien qu'aucun diagnostic n'est jamais établi au comptoir, certains comportements qui y sont observables peuvent témoigner de l'existence ou du développement d'une anxiété de santé et c'est précisément à cet endroit que le pharmacien a un rôle important à jouer.

Si l'hypocondrie reste une pathologie fortement méconnue et sous-diagnostiquée il est possible d'en exprimer certains schémas comportementaux sans pour autant souffrir de la pathologie. On parle alors d'anxiété hypocondriaque simple, qui, sans en être aussi handicapante que la véritable hypocondrie, se fait la source d'angoisses qui poussent le

patient vers l'adoption d'un comportement irrationnel similaire à celui observable dans le cadre de l'hypocondrie. Et, similairement à la cybercondrie, l'essentiel des éléments déclencheurs de cette anxiété peut se découvrir en ligne ou dans les médias, à la suite de la consultation d'informations de santé.

Le pharmacien a donc non seulement un rôle à jouer dans l'identification de la pathologie hypocondriaque, de par sa vigilance accrue à l'encontre des comportements anormaux, mais a surtout un rôle actif à jouer dans la gestion des anxiétés hypocondriaques qui, sans être aussi intenses que dans le cadre d'un véritable diagnostic d'hypocondrie, restent non-négligeables et potentiellement dangereuses.

4.2. Observance thérapeutique

4.2.1. Définition

L'observance thérapeutique est un outil d'analyse qui vise à évaluer la bonne utilisation du médicament chez un patient donné, et qui s'extrapolable à l'échelle de l'entièreté d'une population. Cette observance se définit comme le degré avec lequel un sujet va respecter le traitement qui lui est prescrit, oscillant selon ce degré entre des comportements dits d'observant et de non-observant (82). Il s'agit donc ni plus ni moins que de la mesure de l'adéquation d'un comportement aux instructions formulées par un professionnel de santé.

A l'échelle d'un individu, une bonne observance est un facteur important qui favorise le bon fonctionnement et la réussite d'un traitement, que ce dernier soit mis en place à visée curative ou préventive. A l'échelle d'une population, un bon indice d'observance est un gage fiable de l'efficacité du système de santé mis en place.

Dans les situations de mal-observance les causes qui peuvent venir expliquer les écarts comportementaux sont nombreux et dépendent en fait d'une multiplicité importante de facteurs, qu'ils soient individuels ou environnementaux. Il peut s'agir par exemple d'une durée de traitement considérée comme trop longue ou de l'apparition d'effets indésirables jugés trop handicapants. Si la non-observance caractérise une variation entre le comportement médicamenteux du patient et le schéma thérapeutique préconisé par le professionnel, elle ne concerne donc pas uniquement les situations de sous-consommation mais également celles de surconsommation. Et l'un des facteurs

individuels qui favorise à la fois l'apparition d'une surconsommation médicamenteuse non-observante et une sous-consommation se trouve être l'anxiété de santé (82).

A titre d'illustration contextuelle, il est aujourd'hui estimé que la pandémie à SARS-CoV-2 a eu un impact fortement défavorable sur l'observance thérapeutique dans les populations, notamment celles les plus affectées par l'épidémie. Par exemple, une étude menée en 2021 par Lopez-Medina *et al*. (83) chez des patients suivis pour des maladies rhumatismales constate qu'environ 20,3% de ces sujets ont diminué et/ou ont arrêté leur traitement au cours de la pandémie du fait de celle-ci, associée à une aggravation de leurs symptômes ainsi qu'à une diminution de leur qualité de vie (83). Dans le même temps et comme il a été montré précédemment, la pandémie, et surtout les informations médicales disponibles en ligne la concernant au début de l'année 2020, a provoqué une forte augmentation de la demande et de la consommation d'hydroxychloroquine, à visée curative et/ou préventive, allant jusqu'à en causer la rupture de stock mondiale et ce pendant plusieurs mois (79).

Au comptoir de l'officine, l'anxiété de santé peut s'exprimer de plusieurs façons, et l'existence de l'une de ces façons n'exclue jamais la coexistence d'une autre :

- L'un des premiers témoins d'une anxiété sous-jacente axée sur la santé est avant tout la recherche d'informations médicales. Il s'agit soit d'essayer de venir confirmer des informations déjà trouvées sur le web soit de venir répondre directement à certaines inquiétudes préexistantes. Si l'anxiété est suffisamment installée, l'objectif du patient n'est pas dans ce cas d'obtenir une réponse à ses questions mais d'en obtenir la confirmation, à visée justificative.
- Au-delà de l'identification du besoin de justification délirante le pharmacien risque d'observer un mésusage dans les thérapies médicamenteuses du patient. Cette forme d'anxiété pousse à adopter des comportements irrationnels notamment en ce qui concerne la prise de médicaments. Les comportements observables varient de la demande absurde de traitements inadaptés à la consommation abusive de certaines molécules, en passant le refus de suivre certains traitements.

Le pharmacien peut éventuellement entreprendre de rassurer l'anxiété de son patient mais il est souvent possible qu'il s'en trouve incapable tant cette angoisse s'ancre dans la psyché de son interlocuteur. Le professionnel se heurte à une opposition farouche née de l'impossibilité pour l'angoissé de décrédibiliser son anxiété. Il s'agit alors essentiellement

de documenter les observations qui sont faites, d'agir sur la délivrance en cas de nécessité et de diriger le patient vers les autorités psychiatriques compétentes si le besoin s'en fait sentir, voir même d'alerter les instances médicales qui suivent déjà le patient, comme son médecin traitant.

4.2.2. Les outils d'aide à la dispensation

Ainsi, le pharmacien se positionne comme le dispensateur privilégié des traitements médicamenteux pour en devenir le gardien. Et en tant que tel, il est l'un des plus à même d'évaluer l'observance thérapeutique de ses patients. Il possède notamment une vision plus globale des traitements et est généralement l'un des allocuteurs privilégiés dans les situations de dérives médicamenteuses. D'ailleurs, dans le cas où le pharmacien observe une dérive potentielle il est tenu légalement d'en refuser la délivrance comme le prévoit l'article R.4235-61 du Code de la Santé Publique : « *Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance* » (84).

L'un des outils primordiaux de l'évaluation de cette bonne observance pour le pharmacien est le dossier pharmaceutique. Cet outil est lié à la carte vitale présentée par le patient lors de chacune des délivrances et permet au dispensateur de s'informer directement, dans son logiciel informatique de dispensation, de l'intégralité des délivrances qui ont été réalisées pour ce patient, et ce même si la délivrance en question n'a pas été effectuée dans son officine. Les informations qui y sont consultables correspondent au nom de la molécule qui a été délivrée, à la quantité dans laquelle elle l'a été, ainsi qu'à la date à laquelle s'est faite cette délivrance. De cette façon, le pharmacien est non seulement en capacité de repérer une mauvaise observance mais également d'identifier un comportement potentiellement problématique, notamment dans le cas où le dossier pharmaceutique présente des délivrances trop rapprochées d'une même molécule sans qu'il n'existe de justification valable. De ce fait, déontologiquement, toute délivrance doit commencer par une consultation du dossier pharmaceutique. Cet outil reste toutefois relativement limité dans le sens où il ne permet ni de consulter l'ordonnance avec laquelle les précédentes délivrances ont été effectuées, ni d'y distinguer le prescripteur ou la pharmacie dispensatrice. Qui plus est, et de par sa liaison à la carte vitale, le dossier pharmaceutique est totalement inaccessible en son absence. Bien entendu, cet outil n'est

activable qu'en présence d'un accord total du patient et ne peut donc ni être ouvert ni être consulté en l'absence de celui-ci.

Un autre outil potentiellement précieux dans le suivi de l'observance thérapeutique est MonEspaceSanté, qui vient symboliquement remplacer l'obsolète dossier médical partagé. Mis en place depuis peu, MonEspaceSanté est un dossier consultable en ligne qui permet à tous les professionnels de santé, sans distinction, d'accéder à l'ensemble des informations de santé qui concernent un patient. L'outil est encore très récent donc peu utilisé mais a vocation à avoir un rôle essentiel dans le suivi du patient.

4.2.3. Les entretiens à l'officine

Rappelons que l'officine est avant tout un endroit propice et favorable à l'échange entre le patient et le professionnel, et est également un lieu d'autant plus favorable à ce-dit échange qu'il est facilement accessible. Un comptoir reste néanmoins un lieu d'échange dont la confidentialité est tout au plus relative, et si le besoin s'en fait sentir une confidentialité plus efficace peut être instaurée en déplaçant l'échange à un endroit plus réservé. Au sein de cet espace confidentiel peut alors s'opérer différents échanges.

Premièrement, l'Entretien Pharmaceutique est une forme d'entretien-patient initialement destinée à assurer le bon usage du médicament dans trois situations spécifiques que sont la pathologie asthmatique, ainsi que les traitements par AVK ou par AOD, deux classes d'anticoagulants. Des entretiens pharmaceutiques peuvent également être réalisés dans le cadre de l'hypertension artérielle ou dans le cadre d'un traitement par chimiothérapie anticancéreuse orale mais seules les trois situations précédentes sont ratifiées à l'avenant 11 de la convention nationale pharmaceutique (85). Ces entretiens servent essentiellement à assurer la bonne mise en place des traitements suite à un diagnostic récent et n'ont ainsi que peu d'utilité dans le cadre de l'anxiété hypocondriaque. Ceci étant dit, cet entretien permet de consolider les connaissances du patient sur le bon usage de son traitement, ce qui a pour effet de diminuer dans le même temps le risque d'une mauvaise observance. L'ancrage de l'importance de ce bon usage diminue ainsi le risque d'observer chez ces patients un mésusage provoqué par l'apparition d'une forme d'anxiété de santé vis-à-vis de la pathologie ou des traitements.

Ensuite, l'Education Thérapeutique du Patient est une démarche thérapeutique inscrite dans le parcours de soin du patient depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoire de

2014 (86). Les professionnels qui souhaitent la mettre en place doivent en amont suivre une formation et valider un diplôme universitaire. Cette démarche thérapeutique répond à une volonté éducative du patient, dans laquelle peut notamment s'inscrire le pharmacien. Elle s'exprime à la jointure entre sciences médicales et psychologiques de façon à non seulement réconcilier le patient avec sa prise en charge mais surtout de le replacer au centre de celle-ci.

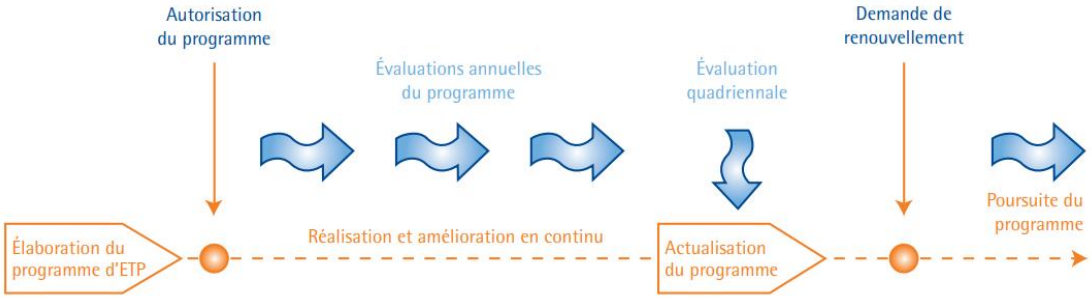


Figure 18 - Programme d'Education Thérapeutique du Patient (86)

L'Education Thérapeutique du Patient se construit ainsi autour de plusieurs entretiens annuels entre le professionnel et le patient, au cours desquels ce dernier se trouve systématiquement placé au centre de l'intégralité des échanges. Il s'agit d'y appréhender et d'y comprendre le patient dans son entièreté et pas uniquement au travers du prisme de sa pathologie, de façon à ce qu'il puisse se positionner le plus en adéquation possible avec son traitement et avec son état de santé. Bien évidemment, une maladie est par définition évolutive et les sessions se doivent donc d'évoluer en fonction.

Les entretiens consistent surtout en des échanges de retours d'expérience et de différents vécus de la part du patient, et de recommandations scientifiquement fondées de la part du professionnel. Il est par ailleurs important que ce professionnel ne soit pas le seul à proposer cette démarche car l'éducation thérapeutique s'inscrit avant tout dans une optique pluridisciplinaire. De façon similaire, l'implication des proches est aussi un aspect assez important de la démarche.

L'essentiel de cette prise en charge est donc de permettre au patient de (re)devenir le maitre éclairé de sa santé et de ses soins, et cette démarche se révèle comme particulièrement intéressante dans le cadre de l'anxiété de santé. En effet, que ce soit au travers de la posture psychologique inhérente à l'éducation thérapeutique qu'adopte le professionnel ou par la mise à disposition du patient de sources scientifiques fiables et

dignes de confiance, il apparait comme un outil sensiblement efficace dans l'appréhension des comportements anxieux irrationnels.

Néanmoins, le principal frein au bon déroulement de ce dispositif dans la situation d'une anxiété hypocondriaque est que la mise en place de l'éducation thérapeutique repose sur l'accord volontaire du patient. Cet accord est dans ces situations particulièrement difficile à obtenir car les objectifs de justification du patient vont à l'encontre des objectifs qui s'inscrivent dans une démarche d'éducation thérapeutique. Le dispositif ne sera donc pas applicable dans la majorité des cas où l'anxiété est trop importante mais demeure intéressant dans les situations où l'interrogation et l'inquiétude n'ont pas encore été complètement phagocytées par l'angoisse irrationnelle.

4.3. Le nomadisme

4.3.1. Définition

Le pharmacien est souvent confronté à des comportements qui sont potentiellement évocateurs d'un trouble anxieux hypocondriaque, ou qui en sont un témoin révélateur. L'un des exemples le plus représentatif est le comportement de « *nomadisme médical* ».

Sont qualifiés de « *nomades* » les patients qui présentent des comportements frauduleux d'acquisition de médicaments. Ces derniers sont notamment acquis au travers de l'utilisation de fausses ordonnances, ou d'un nombre de consultations anormalement élevées auprès de prescripteurs différents, de façon à obtenir un nombre important d'ordonnances similaires, qui ont alors toutes vocation à être délivrées dans des pharmacies différentes. Ainsi, chaque prescripteur et chaque pharmacie sont laissés à penser qu'ils sont l'unique structure à laquelle le patient s'adresse. Et de cette façon, le patient, qui se fait alors suivre par de multiples médecins pour la même affection, se retrouve avec à sa disposition une multitude d'ordonnances permettant la délivrance du même traitement. S'il semble assez évident d'en voir l'intérêt dans le cadre de la prescription d'antalgiques ou de substances addictogènes, il est également important de le prendre en compte dans le cas où une anxiété hypocondriaque insidieuse pousse le patient à la surconsommation médicamenteuse.

4.3.2. Illustration factuelle d'un cas de nomadisme

Pour illustrer le propos, prenons l'exemple de Mme H. qui se fait suivre par son médecin généraliste pour une dépression, une insomnie et un trouble anxieux. Les trois molécules qui lui sont prescrites de façon régulière sont le citalopram, le zolpidem et le valium, et sont des molécules qui sont non seulement particulièrement addictogènes mais ont surtout sur sa psyché un effet fortement rassurant, dans le sens où elle redoute de s'en trouver démunie car elle craint d'alors systématiquement subir une importante perte de contrôle. Se faisant, elle a déjà présenté certains des comportements frauduleux présentés précédemment et a de ce fait été signalée par la sécurité sociale comme étant « *grand consommant* ». Se définit comme grand consommant tout individu qui présente une consommation potentiellement supérieure à la posologie recommandée par les normes médicales et/ou par les prescriptions établies. Il s'est avéré que madame H. se présentait auprès de différents médecins pour se faire prescrire puis délivrer plusieurs fois la même ordonnance dans différentes pharmacies où elle y refusait systématiquement l'ouverture d'un dossier pharmaceutique. C'est à la vue de ses décomptes de santé que l'assurance maladie a remarqué une consommation anormale et des délivrances trop rapprochées et a signalé la situation aux structures concernées. En conséquence, elle a été enregistrée comme grand consommant.

En tant que tel, la patiente a dû signer un accord de soin et s'est vue assigner un médecin traitant unique dans la ville où elle réside, qui devient l'unique prescripteur auquel elle peut s'adresser. Ce prescripteur lui délivre son ordonnance, à délivrance bimensuelle, qu'elle se doit d'honorer dans la pharmacie de son choix, avec une présentation obligatoire de sa carte vitale et de son dossier pharmaceutique. Ce choix de pharmacie reste libre mais est établi préalablement et communiqué en amont à l'assurance maladie et au prescripteur, qui en inscrit le nom sur l'ordonnance au moment de sa rédaction. De cette façon, tous les médecins qui consultent dans son secteur sont notifiés de la situation et ses décomptes de santé, qui se font le miroir de sa consommation médicamenteuse, sont scrupuleusement suivis par la sécurité sociale.

Toutefois, il a plus tard été mis en évidence que le nomadisme de madame H. n'a pas diminué suite à son signalement mais qu'il s'est au contraire adapté. Bien que tous les médecins proches de sa localisation aient reçu son signalement, la patiente a commencé à se déplacer sur de plus longues distances pour non seulement consulter dans des villes

voisines mais pour surtout le faire sous son nom de jeune fille et non plus son nom d'épouse, qui est celui connu de l'assurance maladie. Vivant dans une région frontalière elle s'y présente comme une patiente étrangère cherchant à se faire traiter en France, car les soins y sont moins onéreux que dans son pays de résidence. De fait, elle se trouve dès lors dans l'obligation de devoir régler ses consultations et la délivrance de ses médicaments mais elle n'est plus dans l'obligation de présenter sa carte vitale, étant donné qu'en temps qu'étrangère elle n'est pas supposée en posséder, et échappe donc complétement à la surveillance de l'assurance maladie. Et sans le support de la carte vitale et de toute notion de numéro de sécurité sociale, ou même de son véritable nom d'usage, aucun des prescripteurs ou des officines n'est en capacité de se douter du moindre méfait. Il a ainsi été estimé que sa consommation mensuelle en benzodiazépine et en molécules assimilées stupéfiants était de 4 fois la dose normale recommandée. La mise en évidence de son comportement n'a été possible que suite à une négligence de sa part, lorsqu'elle a présenté la mauvaise ordonnance dans la mauvaise pharmacie. Cette erreur a initié l'ouverture d'un dialogue entre les pharmacies, qui s'est ensuite élargie aux différents prescripteurs.

De l'aveu même de la patiente, son comportement n'a jamais été dans une optique illicite ou pécuniaire. Il s'agit en fait d'un besoin compulsif de sa part de ne jamais manquer de traitement, associé à la croyance erronée que plus la consommation d'une substance est importante, plus elle est efficace.

4.3.3. Nomadisme et anxiété cybercondriaque

Si la situation vue ci-dessus n'entre pas spécifiquement dans le cadre de l'anxiété de santé simple ou même de l'anxiété cybercondriaque avérée, il semble relativement aisé d'en estimer l'attrait pour un patient qui souffre d'une anxiété sous-jacente qui l'incite à la consommation médicamenteuse malavisée.

Il est donc important pour le pharmacien d'être particulièrement vigilant en ce qui concerne ces comportements, surtout dans une période où des informations fiables en apparence circulent sans contrôle en ligne. Il est précisément l'un des rôles du pharmacien de savoir non seulement conseiller son patient dans sa prise en charge médicamenteuse mais également d'être capable de le diriger dans la direction adéquate lorsqu'il s'en détourne, qu'il s'agisse d'alternatives thérapeutiques ou de consultations spécialisées. Le

pharmacien ne se substitue en aucun cas à une consultation psychiatrique mais se doit d'être en capacité d'y diriger tout patient qui le nécessite.

5. Conclusion

La cybercondrie n'apparaît finalement comme rien de moins qu'un énième chapitre dans l'histoire ancestrale de l'hypocondrie, qui semble elle-même n'être rien de moins qu'une des pathologies les plus anciennes de notre espèce. D'une antiquité grecque éclairée à nos jours modernes numérisés en passant par l'obscurantisme moyenâgeux, sa conception n'a eu de cesse d'être bousculée, remaniée et altérée mais sans que son existence profonde ne soit jamais remise en question. L'hypocondrie demeure une pathologie mystérieuse et trop méconnue constamment inhérente à notre situation d'espèce intelligente. Son immense capacité d'adaptation lui permet ainsi de traverser les âges et d'évoluer avec son hôte, se diversifiant un peu plus aujourd'hui des outils du numérique pour faciliter la transmission de son message anxiogène.

Cette cybercondrie foisonnante se fait le revers de la médaille d'une accessibilité quasi-universelle à l'information, qui, si elle demeure un noble objectif, doit s'accompagner des outils nécessaires à son bon déchiffrage, pour en assurer la meilleure compréhension possible. Il est important de toujours se rappeler que la consultation d'une information, quelle qu'en soit la nature, ne suffit jamais à propulser son lecteur au rang de maitre. Cependant, toute notion de prudence et de réserve est généralement mise à l'écart lorsque les comportements deviennent régis par l'anxiété et la crise sanitaire du Coronavirus-19 en fut l'un des exemples les plus représentatifs. En catalysant ces comportements nocifs autant qu'en les légitimant, la pandémie à COVID-19 en a largement favorisé un accroissement sans précédent, qu'il s'agisse de comportements de documentation, de consultation médicale, de revendication ou surtout de consommation de soins. L'anxiété provoquée par la propagation d'un virus quasiment inconnu provoque logiquement l'apparition de comportements contre-productifs.

Toutefois, il est un peu naïf de blâmer sans relâche l'Internet et les réseaux sociaux pour tous les maux auxquels se confrontent les professionnels, notamment lorsqu'ils se heurtent à une opposition de la part de leur patient. Mépriser ces outils innovants est au moins aussi contre-productif que le sont les comportements nocifs qu'ils induisent et il est important pas perdre de vue que le problème ne réside pas autant dans la disponibilité excessive de l'information que dans la façon dont elle est assimilée. Ces nouvelles technologies peuvent et sont un outil extraordinaire dont l'étendue des possibilités ne se perçoit encore qu'à peine aujourd'hui, et ne doivent pas être réduits à un simple bouc

émissaire facile à cibler dans le cas d'un désaccord. Pour rappel, en automne 2022 s'ouvre le procès du laboratoire Merck à propos du scandale sanitaire du LEVOTHYROX ®, dont le changement de formule a provoqué chez un grand nombre de ses utilisateurs des effets indésirables importants. Il est intéressant de relever qu'au moment des premiers signalements de pharmacovigilance et lorsque que le scandale a pour la première fois commencé à prendre une ampleur nationale, la réponse quelque peu condescendante des autorités de santé fut de directement blâmer un « *emballement psychologique* » provoqué par une « *hystérie collective émanent des réseaux sociaux* ». Aujourd'hui, le laboratoire est mis en examen sous le chef d'accusation de « tromperies aggravées » (87).

La cybercondrie est donc un mal infiniment moderne qu'on appréhende plus qu'on ne soigne et dont le moyen est au moins aussi complexe à concevoir que la cause. Tant que l'humain aura peur de la mort, il aura peur de la maladie et fera tout ce qui est en son pouvoir pour s'en défaire en en cherchant inlassablement le remède. C'est précisément en cet endroit que le pharmacien a un rôle à jouer important d'écoute, de considération empathique, et finalement de transmission d'une information aussi éclairée que possible. Et comme le répondit Béralde à Argan : « *Rien. Il ne faut que demeurer en repos. La nature, d'elle-même, quand nous la laissons faire, se tire doucement du désordre où elle est tombée.* ***C'est notre inquiétude, c'est notre impatience qui gâche tout ; et presque tous les hommes meurent de leurs remèdes, et non pas de leurs maladies*** » (88).

BILBIOGRAPHIE

1. constitution-fr.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1

2. Hypochondre : définition de « hypochondre » [Internet]. La langue française. [cité 14 nov 2021]. Disponible sur: https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/hypochondre

3. Netter FH, CO JS&. Atlas d'anatomie humaine. Elsevier Health Sciences; 2019. 666 p.

4. Aisenstein M, Fine A, Pragier G. L'hypocondrie. 1er éd. Presses Universitaires de France; 1995. 149 p.

5. Jaeger W. Diokles von Karystos, die griechische Medizin und die Schule des Aristoteles. 1938.

6. Brusset B. Que sais-je ? L'hypocondrie. puf; 1998.

7. Larousse É. Définitions : entité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/entit%C3%A9/29941

8. Littré - rhumatisme - définition, citations, étymologie [Internet]. [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: https://www.littre.org/definition/rhumatisme

9. Alphen J van, Aris A, Fraeye M de, Cramant F. Médecines orientales: guide illustré des médecines d'Asie. Editions Olizane; 1998. 296 p.

10. Gernet L. Anthropologie de la Grèce Antique. Maspéro; 1968.

11. Universalis E. THÉORIE DES HUMEURS [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 27 nov 2021]. Disponible sur: https://www.universalis.fr/encyclopedie/theorie-des-humeurs/

12. Thivel A. HIPPOCRATE ET LA THEORIE DES HUMEURS. :25.

13. Jacques JM. La bile noire dans l'antiquité grecque : médecin et littérature. Revues des Etudes Anciennes; 1998.

14. Jouanna J. La théorie des quatre humeurs et des quatre tempéraments dans la tradition latine et une source grecque retrouvée. 2005. (Revue des études grecques).

15. Larousse É. Définitions : mélancolie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9lancolie/50268

16. Célérier MC. Métaphore hystérique, métonymie hypocondriaque ? Esprit Temps. 2005;3(39):13-32.

17. Homère. L'Iliade. 720.

18. Ferroui Y. Théorie des humeurs et sexualité. Andrologie, 6, n°3. 1996;

19. Lamotte F, Goëb JL. L'hypocondrie au fil des siècles. Aspects historique, clinique et thérapeutique. Annales Médico-Psychologiques. 2006;164:703-15.

20. Haustgen T. Les états anxieux dans l'histoire de la médecine. Springer-Verlag France. 2010;

21. Skoda F. Galien lexicologue. Collect Inst Sci Tech Antiq. 2001;790(1):177-96.

22. Felsenheld É. 14. Boudon-Millot (Véronique), Galien de Pergame. Un médecin grec à Rome. Rev Études Grecques. 2013;126(1):271-7.

23. Besnier B, Moreau PF, Renault L. Les passions antiques et médiévales [Internet]. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: http://www.cairn.info/les-passions-antiques-et-medievales--9782130529620.htm

24. Van den Bosch P. La Philosophie et le Bonheur. Flammarion; 1997.

25. Dupouy E. Le moyen age médical. Librairie Meurillon; 1888. 424 p.

26. Carmichael L. Robert Whytt : Une contribution à l'histoire de la psychologie physiologique. In: Dictionary of National Biography. 1927.

27. Sauvages FB de. Nosologie méthodique: dans laquelle les maladies sont rangées par classes, suivant le système de Sydenham, et l'ordre des botanistes. chez Hérissant; 1771. 776 p.

28. Ban TA. La folie : de la psychiatrie à la neurologie au travers de la neuropharmacologie. :54.

29. Philippe PINEL (1745-1826) [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pinelp.html

30. Pinel P. Traité médico-philosphique sur l'aliénation mentale ou la manie. 1801.

31. Jean-Baptiste PUSSIN (1746 - 1811) [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pussinjb.html

32. Universalis E. TRAITÉ MÉDICO-PHILOSOPHIQUE SUR L'ALIÉNATION MENTALE OU LA MANIE [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: https://www.universalis.fr/encyclopedie/traite-medico-philosophique-sur-l-alienation-mentale-ou-la-manie/

33. François-Joseph-Victor BROUSSAIS (1772 - 1838) [Internet]. [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/broussais.html

34. Legée G. Jean-Etienne-Dominique Esquirol - La personnalité d'un élève de Philippe Pinel. In. Disponible sur:

https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1988x022x002/HSMx1988x022x002x0159.pdf

35. Lypémanie : quand on n'a plus envie de rien, que faire ? [Internet]. https://www.passeportsante.net/. 2019 [cité 8 avr 2022]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net/fr/psychologie/Fiche.aspx?doc=lypemanie

36. Larousse É. Définitions : sinistrose - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 17 avr 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sinistrose/72881

37. Jones E. La vie et l'oeuvre de Sigmund Freud. Hogarth Press; 1958.

38. Jeanclaude C. Freud et son héritage, Rappel des fondamentaux freudiens de la psychanalyse comme discipline indépendante. 2010.

39. Freud S. Zur Einführung des Narzissmus. Jahrbuch der Psychoanalyse. 1914.

40. Klein M. La psychanalyse des enfants. 1932.

41. Pongy P. L'hypocondrie, études et recherches en psychopathologie. Sauramps Medical; 2018.

42. American Psychiatric Association A. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Vol. 5. Elsevier Masson; 2015.

43. Barsky A, Ettner S, Horsky J, Bates D. Resource utilization of patients with hypochondriacal anxiety and somatization. MedCare. 2001;

44. Rief W, Mewes R, Martin A. Evaluating new proposals for the psychiatric classiication of patients with multiple somatic symptoms. Psychosom Med. 2011;

45. Chen Y, Fink P, Wei J, Toussaint AK, Zhang L, Zhang Y, et al. Psychometric Evaluation of the Whiteley Index-8 in Chinese Outpatients in General Hospitals. Front Psychol [Internet]. 2021 [cité 4 sept 2022];12. Disponible sur: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.557662

46. Hunt E, Vachon G, Coté G. Validation de la version française du « self-appraisal of illness questionnaire. Rech En Soins Infirm. 2009;97:74-84.

47. E. Serra, M. Sahebjam, A. Goran. La plainte hypocondriaque. Doul Analg 2 127-131. 2001;

48. Sullivan K. Vampire: The Richard Chase Murders. WildBlue Press;

49. C. Hazif-Thomas, P. Thomas. Traitement de l'hypocondrie chez la personne âgée. Elsevier Masson. 31 déc 2010;

50. Basquin A, Richoux C, Lejoyeux M. Psychothérapies cognitivo-comportementales de l'hypocondrie. Ann Méd-Psychol. 2007;166:238-45.

51. Romeyer H. La santé en ligne. Commun Inf Médias Théories Prat [Internet]. 23 févr 2012 [cité 18 sept 2022];(Vol. 30/1). Disponible sur: https://journals.openedition.org/communication/2915

52. Meddispar - Accueil [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://www.meddispar.fr/

53. 360 medics | A propos [Internet]. 360 medics. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://360medics.com

54. À propos de Doctolib [Internet]. About Doctolib - France. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://about.doctolib.fr/

55. La modération sur les forums de Doctissimo. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://forum.doctissimo.fr/sante/diabete/moderation-forums-doctissimo-sujet_176576_1.htm

56. Routier C, d'Arripe A. Communication et santé :: enjeux contemporains. Presses Univ. Septentrion; 2010. 280 p.

57. Vente de médicaments sur Internet en France - Les patients - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: https://www.ordre.pharmacien.fr/Les-patients/Vente-de-medicaments-sur-Internet-en-France

58. Amazon Pharmacy : un danger qui pourrait bien guetter les pharmacies françaises [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: https://www.simon-kucher.com/fr/about/media-center/etude-amazon-pharmacy-un-danger-qui-pourrait-bien-guetter-les-pharmacies-francaises

59. Valley P. Are you a cyberchondriac ? The Independant. 18 avr 2001;

60. Starcevic V, Berle D, Arnáez S. Recent Insights Into Cyberchondria. Curr Psychiatry Rep. 27 août 2020;22(11):56.

61. Zheng H, Sei-Ching J, Hye Kyung K, Yin-Leng T. Cyberchondria : a systematic review. Emerald Insight. 15 oct 2020;

62. White W, Horvitz E. Cyberchondria : Studies of the escalation of medical concerns in Web search. ACM Transctions Inf Syst. nov 2009;27.

63. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). J Anxiety Disord. 1 mars 2014;28(2):259-65.

64. Starcevic V, Schimmenti A, Billieux J, Berle D. Cyberchondria in the time of the COVID-19 pandemic. Hum Behav Emerg Technol. janv 2021;3(1):53-62.

65. Laato S, Islam AKMN, Islam MN, Whelan E. What drives unverified information sharing and cyberchondria during the COVID-19 pandemic? Eur J Inf Syst. 3 mai 2020;29(3):288-305.

66. Jungmann SM, Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? J Anxiety Disord. 1 juin 2020;73:102239.

67. Jokic-Begic N, Korajlija AL, Mikac U. Cyberchondria in the age of COVID-19. PLOS ONE. 17 déc 2020;15(12):e0243704.

68. Delannay Benoit. Les motifs de refus de vaccination à l'officine. 2018.

69. Dossier thématique - Vaccins contre le Covid-19 disponibles en - ANSM [Internet]. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/covid-19-vaccins/covid-19-vaccins-autorises

70. Vergara RJD, Sarmiento PJD, Lagman JDN. Building public trust: a response to COVID-19 vaccine hesitancy predicament. J Public Health Oxf Engl. 18 janv 2021;fdaa282.

71. Covid-19 : 240 millions de doses de vaccins périmées ont été gaspillées à travers le monde [Internet]. Franceinfo. 2022 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/covid-19-240-millions-de-doses-de-vaccins-perimees-ont-ete-gaspillees-a-travers-le-monde_5052793.html

72. Fedele F, Aria M, Esposito V, Micillo M, Cecere G, Spano M, et al. COVID-19 vaccine hesitancy: a survey in a population highly compliant to common vaccinations. Hum Vaccines Immunother. 3 oct 2021;17(10):3348-54.

73. Viswanath K, Bekalu M, Dhawan D, Pinnamaneni R, Lang J, McLoud R. Individual and social determinants of COVID-19 vaccine uptake. BMC Public Health. 28 avr 2021;21(1):818.

74. PLAQUENIL [Internet]. VIDAL. [cité 9 oct 2022]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/plaquenil-8012.html

75. Bajpai J, Pradhan A, Singh A, kant S. Hydroxychloroquine and COVID-19 – A narrative review. Indian J Tuberc. déc 2020;67(4):S147-54.

76. Million M, Chaudet H, Raoult D. Hydroxychloroquine Failure: The End Does Not Justify the Means. Clin Infect Dis. 1 mai 2021;72(9):e439.

77. Million M, Roussel Y, Lagier JC, Raoult D. Re: 'Effect of hydroxychloroquine with or without azithromycin on the mortality of COVID-19 patients' by Fiolet et al. Clin Microbiol Infect. janv 2021;27(1):132-3.

78. Baromètre politique : Union nationale gâchée et Roselyne Bachelot réhabilitée [Internet]. Odoxa. [cité 9 oct 2022]. Disponible sur: http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-politique-union-nationale-gachee-roselyne-bachelot-rehabilitee/

79. Coronavirus : le Plaquenil en rupture de stock dans les pharmacies [Internet]. Franceinfo. 2020 [cité 9 oct 2022]. Disponible sur:

https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-le-plaquenil-en-rupture-de-stock-dans-les-pharmacies_3882761.html

80. Cornet A, Andersen J, Tani C, Mosca M. Hydroxychloroquine availability during COVID-19 crisis and its effect on patient anxiety. Lupus Sci Med. 19 avr 2021;8(1):e000496.

81. Donnelly L. « Cyberchondria » fuelling anxiety epidemic clogging up hospital clinics. The Telegraph [Internet]. 7 sept 2017 [cité 9 oct 2022]; Disponible sur: https://www.telegraph.co.uk/news/2017/09/07/cyberchondria-fuelling-anxiety-epidemic-clogging-hospital-clinics/

82. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance, ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? SPLF. 2005;

83. López-Medina C, Ladehesa-Pineda L, Gómez-García I, Puche-Larrubia MÁ, Sequí-Sabater JM, Armenteros-Ortiz P, et al. Observance thérapeutique pendant la pandémie de COVID-19 et effets du confinement sur l'activité de la maladie et l'état émotionnel : sondage auprès de 644 patients atteints de maladies rhumatismales. Rev Rhum Ed Francaise 1993. juill 2021;88(4):313-5.

84. Article R4235-61 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913718/

85. Entretien Pharmaceutique [Internet]. Pharmacie-clinique.fr. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: http://pharmacie-clinique.fr/entretien-pharmaceutique/

86. HAS. Les évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Les parcours de soins; 2014.

87. Bigat D. Le Levothyrox®, une crise du médicament ou une crise de communication ? Analyse des événements, moyens de communication et questionnements sur les problèmes sousjacents. Université de Bordeaux; 2020.

88. Molière. Le malade imaginaire. 1673.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction 1

2. Hypocondrie 3

2.1. Repères historiques 3

2.1.1. Etymologie 3

2.1.2. L'Antiquité 4

2.1.2.1. Dioclès de Caryste 4

2.1.2.2. La doctrine des humeurs 5

2.1.2.3. La bile noire 8

2.1.2.4. Hippocrate 10

2.1.2.5. Galien 11

2.1.2.6. L'hypochondrie philosophique 13

2.1.3. Du début du Moyen-Âge à la fin de la Renaissance 15

2.1.4. Le XVIIème siècle 15

2.1.5. Le XVIII^{ème} siècle 16

2.1.5.1. Robert Whytt (1764) 16

2.1.5.2. François Boissier de Sauvages de Lacroix (1771) 17

2.1.5.3. William Cullen (1777) 19

2.1.5.4. Philippe Pinel (1798) 19

2.1.6. Du XIX^{ème} siècle à nos jours 22

2.1.6.1. François Broussais (1828) 22

2.1.6.2. Jean-Etienne Esquirol 23

2.1.6.3. Frédéric Dubois d'Amiens (1833) 24

2.1.6.4. Le dictionnaire Littré (1863) 24

2.1.6.5. Les évolutions nosographiques 25
2.1.6.6. Le XX^{ème} siècle 25
2.1.7. De l'influence de Sigmund Freud 27
2.1.7.1. Biographie 27
2.1.7.2. Principaux travaux 28
2.1.7.3. Hypocondrie 31
2.1.7.3.1. Névrose actuelle 31
2.1.7.3.2. Le rôle de la libido 32
2.1.7.3.3. La paranoïa 34
2.1.7.4. Au-delà de la conception freudienne 34
2.1.7.4.1. Exemple de divergence contemporaine 34
2.1.7.4.2. Le système kleinien 35
2.1.7.4.3. La mélancolie 36
2.2. Définition moderne 37
2.2.1. Paramètres cliniques 37
2.2.2. Aspects métapsychologiques 39
2.3. Paramètres diagnostiques 41
2.3.1. Les troubles à symptomatologie somatique et apparentés 41
2.3.1.1. Le trouble à symptomatologie somatique 42
2.3.1.2. La crainte excessive d'avoir une maladie 44
2.3.1.3. Facteurs de risque 46
2.3.1.4. Diagnostics différentiels 47
2.3.2. Echelles d'évaluation 48
2.3.2.1. L'index de Whiteley 48
2.3.2.2. Autres échelles d'évaluation 49
2.3.3. Formes particulières 50

2.3.3.1. La dépression comorbide 50
2.3.3.2. Le syndrome de Cotard 51
2.4. Thérapeutique 52
2.4.1. Difficultés 52
2.4.2. Schémas thérapeutiques 52
2.4.3. Prise en charge psychanalytique 53
2.4.3.1. Initiation 53
2.4.3.2. Les thérapies de groupe 54
2.4.3.3. Les thérapies cognitivo-comportementales 55
2.4.4. Prise en charge médicamenteuse 57
3. Cybercondrie 59
3.1. Introduction : l'émergence des outils de santé en ligne 59
3.1.1. Introduction 59
3.1.2. Application au système de soin 60
3.1.2.1. Encyclopédies en ligne 60
3.1.2.2. Prise de rendez-vous en ligne et téléconsultation 61
3.1.3. Automédication assistée en ligne 63
3.1.3.1. Introduction 63
3.1.3.2. Sites web à visée diagnostique 63
3.1.3.3. Vente de médicaments en ligne 65
3.2. Définition de la cybercondrie 66
3.2.1. Origine 66
3.2.2. Anxiété de santé numérique 67
3.2.2.1. Définition 67
3.2.2.2. Echelles d'évaluation de la cybercondrie 68
3.3. Prise en charge 70

3.3.1. Mesures de prévention 70
3.3.2. Thérapeutique 70
3.4. Impact de la pandémie à Coronavirus-19 72
3.4.1. Evolution des comportements de santé 72
3.4.2. Cybercondrie à COVID-19 74
3.4.3. Aux sources de l'anxiété : les scandales sanitaires de la pandémie 76
3.4.3.1. Un vaccino-scepticisme moderne 76
3.4.3.2. Hydroxychloroquine 79
3.5. En résumé 81
4. Le rôle du pharmacien 83
4.1. Définition 83
4.2. Observance thérapeutique 84
4.2.1. Définition 84
4.2.2. Les outils d'aide à la dispensation 86
4.2.3. Les entretiens à l'officine 87
4.3. Le nomadisme 89
4.3.1. Définition 89
4.3.2. Illustration factuelle d'un cas de nomadisme 90
4.3.3. Nomadisme et anxiété cybercondriaque 91
5. Conclusion 93

UFR SCIENCES DE LA SANTÉ
UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ

PERMIS D'IMPRIMER

Thèse pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**

Présentée par :

Mr Tom MAGNIN

Né(e) le : 10/02/1993 à : BESANCON

Et ayant pour titre :

De l'hypocondrie à la cybercondrie : analyse d'une pathologie antique actualisée aux outils du numérique moderne

Vu,

Besançon, le 7 novembre 2022

Le Président du jury de thèse,

Pr Frédéric GRENOUILLET
UFR Santé Besançon
UMR 6249 Chrono Environnement
Université de Bourgogne Franche-Comté

Pr Frédéric GRENOUILLET

Vu et Approuvé,

Besançon, le 7 novembre 2022

Pour le Président et par délégation,
Pour le Directeur de l'UFR Santé,
Le Doyen de Pharmacie,

UNIVERSITE DE FRANCHE-COMTE
UFR SANTE
BESANCON

Professeur Xavier BERTRAND

UFR SCIENCES DE LA SANTÉ
UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : MAGNIN Tom
Thèse soutenue le : 27 janvier 2023

Titre de la thèse :

DE L'HYPOCONDRIE A LA CYBERCONDRIE :
ANALYSE D'UNE PATHLOGIE ANTIQUE ACTUALISEE DES OUTILS DU NUMERIQUE MODERNE

Résumé :

L'hypocondrie est une pathologie connue et documentée depuis de nombreux siècles et qui présente entre-autre une formidable capacité d'adaptation à l'environnement dans lequel elle évolue De la Grèce antique jusqu'aux premières ébauches de la psychanalyse, l'hypocondrie est un concept qui est systématiquement identifié mais souvent méconnu. Aujourd'hui, cette notion n'est pas devenue obsolète mais s'est au contraire adaptée aux différentes évolutions de notre mode de vie.
L'innovation principale de ces dernières années à laquelle la pathologie hypocondriaque s'est adaptée est l'apparition et le développement du système d'inter-connectivité de partage massif et global qu'est le web. En s'immiscant dans des comportements de santé qui se sont eux-même accommodés de ces nouveaux outils du numérique, cette pathologie, qu'on nomme dès lors cybercondriaque, démontre toujours plus le caractère moderne de cette maladie pourtant ancestrale. Ces comportements cybercondriaques, s'ils existent à des degrés divers chez les individus et ne nécessitent pas systématiquement d'être considérés comme de véritables maladies mentales, ont été encore plus facilement identifiables récemment au cours de la crise sanitaire mondiale de l'épidémie de coronavirus. Cette crise, marquée notamment par la transmission massive d'informations anxiogènes et surtout non-vérifiées, se fait ainsi un témoin représentatif de la prépondérance de cette hypocondrie numérique moderne.

Face à ces comportements nocifs le pharmacien a un rôle essentiel d'information et de mise en garde, que ce soit en tant que professionnel de santé disposant d'informations de santé ou en tant qu'acteur de proximité facilement accessible par le plus grand nombre.

Mots clés : cybercondrie, hypocondrie, comportements de santé, influence médiatique, pathologie mentale, COVID-19