

UE7 – Psychologie Médicale
Professeur Michel Lejoyeux
Vendredi 1^{er} février 2013, 13h30-15h30
Ronéotypeur : Jérôme NOIREZ
Ronéolectrice : Mélanie NHAM

COURS 1

LA RELATION MÉDECIN-MALADE **L'HYPOCHONDRIE** **LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE** **LA SOMATISATION**

SOMMAIRE

Préambule.....	Page 3
I/ La relation médecin-malade : examen clinique, comportements, le secret médical, l'effet placebo..... Pages 4 à 8	
1) Les deux principes de l'examen clinique.....	Page 4
a. L'entretien non directif.....	Page 4
b. L'anamnèse dite méthodique.....	Page 4
2) Les domaines explorés.....	Page 5
a. L'observation.....	Page 5
b. Les attitudes comportementales du patient et du médecin.....	Page 5
3) Comment communiquer avec le patient ?	Page 5
a. L'introduction d'un examen.....	Page 5
b. L'ouverture de l'entretien.....	Page 6
c. L'authenticité du clinicien.....	Page 6
d. La communication non verbale.....	Page 6
4) Le secret médical.....	Page 7
5) La fonction apostolique du médecin.....	Page 7
6) L'effet placebo.....	Page 8
II/ Une thématique anxieuse : l'hypochondrie..... Pages 9 à 12	
1) Qu'est-ce que l'hypochondrie.....	Page 9
a. Définitions.....	Page 9
b. La clinique de l'hypochondrie.....	Page 10
2) Cas clinique 1.....	Page 11
III/ Les troubles du comportement alimentaire..... Pages 13 à 16	
1) La boulimie et l'hyperphagie.....	Page 13
a. Définitions.....	Page 13
b. Le comportement boulimique.....	Page 13
2) L'anorexie mentale.....	Page 14
3) Cas clinique 2.....	Page 15
IV/ La somatisation..... Pages 17 à 18	
1) Qu'est-ce que la somatisation ?	Page 17
2) Cas clinique 3.....	Page 17

Préambule

Cette année, le programme de la psychologie médicale a changé : les cours de psychologie médicale sont devenus des cours de sémiologie psychiatrique. Ces éléments de sémiologie sont des questions probables qui pourraient tomber aux ECN (le professeur Lejoyeux les a mentionnés de nombreuses fois durant son cours).

Le docteur Lejoyeux a refusé de me donner son diaporama et m'a affirmé qu'il ne le mettrait pas sur le site Didel de la faculté. En effet, pour reprendre son discours, il a la vocation de mettre en place des partiels qui ne porteront pas vraiment sur le contenu des diapos diffusés durant son cours mais il proposera plutôt des examens visant des éléments sémiologiques psychiatriques, éléments expliqués en majeure partie à l'oral. Il espère ainsi favoriser les personnes assidues et pénaliser celles qui ne viennent pas en amphithéâtre par des mauvaises notes (et il ira même plus loin en évoquant toujours les ECN).

Cette ronéo reprend tout ce qui a été dit durant le cours avec quelques informations tirées des diapositives visionnées. Je vous conseille vivement d'assister aux prochains cours de psychologie : au fond, c'est quand même intéressant et, avec cette histoire de partiels permettant de faire la différence, on ne sait jamais !

Par ailleurs, des vidéos mettant en scène des consultations avec différents patients font support de cas cliniques et permettraient de favoriser davantage les étudiants qui viennent assister aux cours (je m'acharnerai à résumer au mieux ces différents cas mais encore une fois, je me permets d'insister en vous invitant à venir au moins aux cours de psychologie, vu qu'il semblerait que la matière ait subi un certain changement significatif).

Pour les partiels, au risque de me répéter, le professeur Lejoyeux essaiera donc de ne pas nous interroger sur des diapos que nous aurons appris par cœur mais plutôt sur de la sémiologie psychiatrique à travers des cas cliniques pour voir si nous avons compris les principes de la sémiologie. Attention toutefois, à la fin du cours, il a réaffirmé ce qui a été dit précédemment mais en précisant qu'il fallait connaître les bases théoriques tout de même.

Le professeur Lejoyeux fera ce cours ainsi que les deux suivants. Ce sont des cours purement de sémiologie. Le premier cours portera sur un rappel de la relation médecin-malade, la sémiologie de l'hypocondrie, la sémiologie des troubles du comportement alimentaire et la somatisation. Le deuxième cours concernera la sémiologie de l'anxiété. Le troisième cours s'intéressera aux troubles de l'humeur.

Avant de commencer la sémiologie, le professeur Lejoyeux a fait un rappel sur la relation médecin-malade et sur la manière de rédiger les observations. Comment faisons-nous quand nous abordons un patient pour rédiger une observation ?

I/ La relation médecin-malade : examen clinique, comportements, le secret médical, l'effet placebo.

1) Les deux principes de l'examen clinique

a. L'entretien non directif.

Il y a un premier temps qui est l'entretien non directif, qui relève de la technique d'entretien médical. Cet entretien non directif consiste à établir un contact émotionnel, une relation avec le patient, en précisant des données sur un peu ce qu'il est, son travail, son style de vie, sa personnalité, des informations sur l'ensemble de son existence...

L'idée de base est de laisser au patient la possibilité de répondre. Il ne faut pas que l'examen clinique soit une succession de questions très policières, questions que le patient reçoit en rafale dans la tête et auxquelles il n'arrive pas à répondre. Il faut donc après chaque question prendre un peu de temps pour laisser le patient répondre malgré le souci personnel du médecin d'être complet, de bien faire, ce qui conduit à poser des questions trop rapides. L'idéal est de poser peu de questions et il ne faut pas oublier qu'en médecine, il faut laisser parler le patient en reformulant les choses.

Reformuler les choses signifie que dans les premiers temps de l'observation, parfois, nous avons un patient qui utilise un mot médical. Par exemple, le patient peut dire qu'il fait de la tachycardie. Si nous notons directement ce que dit le patient, il y a un risque d'erreur important. Il faut donc demander au patient ce qui signifie pour lui le terme tachycardie. À chaque mot, à chaque symptôme dont le patient se plaint, il faut lui demander de préciser. En effet, souvent, un patient utilise un mot médical dans un certain sens mais au final, il ne s'agit pas du tout de la même définition que celle du médecin. Il faut donc se méfier de ces mots techniques. À partir du symptôme que le patient donne, il faut rester sur ce symptôme et préciser les choses.

b. L'anamnèse dite méthodique.

Après le temps de la prise de contact, nous avons des questions plus directes. Nous allons nous poser des questions diagnostiques et nous allons valider ou pas les hypothèses diagnostiques.

Dans un examen clinique, il y a donc deux temps. Il y a un temps de prise de contact durant lequel nous essayons de comprendre ce qui arrive au patient, durant lequel nous sommes un peu neutre, avec des questions dites d'ouverture. Il y a ensuite un temps où nous allons travailler précisément les hypothèses diagnostiques. Ces deux temps doivent être bien séparés, que ce soit dans les têtes ou sur les observations.

2) *Les domaines explorés.*

a. *L'observation*

Une observation consiste en la maladie du patient, ce qui le gêne, ses symptômes, son inquiétude, son attitude à l'égard de la maladie, sa conception de la maladie... mais aussi en ses antécédents, notamment ceux familiaux (les parents, la fratrie...). Il est conseillé de commencer par des questions ouvertes du type : « qu'est-ce qui vous arrive ? », puis nous demandons les antécédents et par la suite, nous faisons des hypothèses et nous posons d'autres questions plus précises.

b. *Les attitudes comportementales du patient et du médecin.*

Nous devons savoir que la rencontre avec le patient va mobiliser des émotions des deux côtés. Quand nous allons chez notre médecin et que ce dernier nous prend la tension, nous nous demandons forcément quel est le chiffre de tension. Il y a donc du côté du patient de l'inquiétude : par exemple, quand nous avons une visite médicale ou un rendez-vous important, nous y pensons longtemps à l'avance, il y a donc des tas d'attentes et d'inquiétudes.

Les médecins aussi ont leur moment de fatigue (gardes...) et ont donc des états émotionnels qui vont varier. Un des sujets est d'être un peu conscient du fait que les médecins ont des émotions, qu'ils sont plus ou moins de bonne humeur face à un patient, qu'ils sont plus ou moins séduits. Les médecins peuvent trouver des patients très séduisants et il est nécessaire qu'ils résistent à cette séduction, sinon, pour reprendre les termes du professeur Lejoyeux, c'est la prison. Il y a des patients qui vont exaspérer les médecins car ils n'ont pas les mêmes valeurs, les mêmes opinions que le médecin mais la définition de la médecine est de soigner tous les malades qu'ils aient ou non les mêmes convictions, la même religion... Un médecin peut donc ressentir de l'agressivité, de l'intérêt, de l'agacement face à un patient.

3) *Comment communiquer avec le patient ?*

a. *L'introduction d'un examen.*

La première chose que nous devons faire quand nous abordons un patient est de se présenter, de préciser que nous sommes des étudiants hospitaliers. Il faut expliquer ce que nous allons faire, que nous allons prendre l'observation et l'examiner.

Il faut toujours se demander ce que pense le patient en face de nous : qui est cette femme, qui est cet homme, qui est-ce médecin ? Est-il/elle compétent(e) ? Peut-il/elle me comprendre ? Que sait-il/elle déjà de moi ? (Il est conseillé d'annoncer au patient ce que nous savons déjà sur lui, ce que son dossier nous a appris sur sa personne ou encore quels interlocuteurs nous ont donné des renseignements sur sa vie. Il s'agit de mettre le patient en confiance, de le rassurer, de répondre à une question muette. Le but est de partir sur un

ped d'égalité.) Combien de temps va durer cet examen ? Vais-je m'en sortir indemne ? Par exemple, au cours du stage infirmier, il faut essayer de se mettre à la place du patient quand nous leur annonçons que nous allons leur faire une prise de sang mais qu'il s'agit de notre tout premier essai.

b. L'ouverture de l'entretien.

Il faut faire attention à la première question que nous posons. Elle doit être la plus ouverte possible et doit concerner la situation immédiate du malade : qu'est-ce qui vous gêne, qu'est-ce qui vous amène ? Il faut une question qui ne bloque pas d'emblée la communication. Cette question est alors suivie d'une écoute non directive.

c. L'authenticité du clinicien.

Il y a des choses à ne pas faire. Par exemple, certains étudiants en médecine prennent l'habitude dès la D1 d'avoir l'air terrible, austère, ils pensent que dès qu'ils mettent une blouse, ils doivent s'approprier un rôle. Jouer le médecin sévère, être froid pour simuler la compétence ne va pas aider la communication. L'inverse n'est pas une bonne chose non plus, les patients n'attendent pas à ce que nous leur racontons notre vie (je suis allé au cinéma hier...). Nous devons donc finalement trouver un état de neutralité bienveillante, nous sommes neutres, nous n'allons pas nous étendre sur nos opinions, nos avis, notre vie... Ces attitudes inauthentiques, comme également refuser tout trait d'humour ou encore adhérer au mythe du « professionnel insipide », sont à éviter.

d. La communication non verbale.

Il ne faut pas oublier que le patient nous regarde. Il regarde la façon dont nous nous sommes habillés, la façon dont nous nous tenons, tous les signes distinctifs d'appartenance politique, religieuse... Ce sont les premières choses que le patient repère. Nous avons le droit de les porter mais c'est immédiatement repéré.

Il y a également la notion de la distance et de contact visuel. Par exemple, un externe qui refuse de regarder le patient ne met pas ce dernier en confiance.

La communication non verbale passe également par la proxémique (c'est l'étude de la manière dont les êtres vivants gèrent leurs rapports à l'espace dans les relations qu'ils ont entre eux [source : mediadico]), la kinésique (c'est l'étude du corps humain en mouvement [source : Wikipédia] et le paralangage (terme désignant les formes de langage qui ne sont pas de nature linguistique mais qui accompagnent souvent l'expression orale, comme les gestes [source : mediadico]).

[À noter que ce dernier paragraphe au sujet des communications non verbales (proxémique, kinésique...) n'a pas été traité en cours, il s'agit juste des quelques mots de la diapositive concernée que j'ai réussi à noter avant que le professeur Lejoyeux passe à la diapo suivante.)]

4) Le secret médical.

Il concerne tous les documents médicaux. Le patient n'a pas le droit d'en délivrer le médecin. Si un patient nous affirme que ce qu'il nous a raconté peut être dit à tout le monde, nous n'avons pas ce droit : le malade a le droit de nous dire ça, mais cela n'a aucune valeur légale. Le patient n'est pas autorisé à nous libérer du secret médical, point barre.

C'est vrai aussi concernant les discussions entre étudiants : nous pouvons parler entre nous des cas médicaux rencontrés à l'hôpital mais nous ne devons pas commencer à discuter des identités des malades que nous rencontrons. Par exemple, si nous reconnaissons quelqu'un dans un lit, nous devons taire l'information quoi qu'il arrive, surtout s'il s'agit d'un collègue qui est hospitalisé pour toxicomanie, dépression... Nous sommes tous des patients potentiels, nous devons le secret médical à chacun et il ne faut pas que la situation d'un malade devienne un sujet de plaisanterie à la cafétéria et que nous nous amusions à diffuser des listes de malades, même si ces personnes sont connues. Il faut prendre ces habitudes : nous pouvons discuter des cas, de médecine mais jamais nous ne devons parler de l'identité des personnes hospitalisées, aussi célèbres qu'elles soient. C'est ce respect que nous devons absolument au patient. La base de la relation, c'est vraiment cette question de la confidentialité.

Par contre, le secret est partagé au sein d'une équipe. Nous n'avons aucun secret à garder avec l'équipe hospitalière du service qui s'occupe du patient. Par exemple, un malade dit à un externe qu'il souhaite se suicider et il lui demande de garder le secret. Dans ce cas présent, il n'y a pas de problème éthique : l'information recueillie en tant qu'externe appartient à toute l'équipe. L'équipe médicale du service partage ce secret médical mais ce dernier doit rester confiné à l'équipe qui soigne directement ce patient.

En pratique donc, quand c'est pour l'intérêt du patient, nous pouvons transmettre l'ensemble des informations à un autre soignant mais quand c'est pour blaguer avec des gens qui ne sont pas soignants ou des gens qui ne sont pas ceux qui soignent le patient, nous ne transmettons rien.

5) La fonction apostolique du médecin.

Chaque médecin développe petit à petit ses croyances sur ce qu'il appelle un malade idéal : un malade idéal doit être poli, doit être gentil, doit arriver à l'heure, doit savoir dire merci... Chacun de nous a des attentes par rapport à sa vision du malade idéal et finalement, que nous le voulons ou non, consciemment ou non, nous sommes agacés quand les malades ne remplissent pas nos conditions du malade idéal. Par exemple, quand nous annonçons un cancer à quelqu'un, nous nous disons qu'il a telle ou telle manière de se comporter. En réalité, les gens vont se comporter avec leurs idées, leurs émotions et ils ne seront pas forcément comme nous imaginons ce que doit être un malade idéal. Il faudra faire attention pour ne pas finalement reprocher au malade de ne pas se comporter comme

un malade idéal. Il fait, lui, son métier de malade en se comportant comme il l'entend par rapport à son histoire et nous ne devons pas répondre à cela de manière agressive.

6) L'effet placebo.

Placebo signifie « je plais ». L'effet placebo est le fait de donner un médicament qui plaît au patient. La définition de l'effet placebo est à apprendre : il s'agit des modifications objectives ou subjectives de l'état d'un sujet auquel est administré en milieu médical un corps sans action pharmacodynamique. Ou alors, il s'agit de la différence entre les effets constatés et l'action pharmacodynamique. Quelle que soit la maladie, comme par exemple la polyarthrite rhumatoïde, si nous faisons des perfusions de placebo à ces malades atteints, nous avons objectivement une diminution des paramètres inflammatoires. L'effet ne joue pas uniquement sur les maladies psychologiques mais il y a aussi des effets biologiques absolument contrôlés de l'effet placebo.

Par exemple, il y a eu un travail récent sur les effets de la vitamine C comme prévention des gripes et des infections d'hiver chez les étudiants en médecine qui prennent de la vitamine C. Il a été montré que la vitamine C est significativement supérieure à un produit non actif chez ceux qui y croient. Ainsi, si nous y croyons, nous pouvons continuer à prendre la vitamine C pour son effet placebo mais si nous n'y croyons absolument pas, il est inutile d'en consommer.

Le placebo a été démontré chez l'animal. L'effet placebo fonctionne sur un mécanisme psychologique qui s'appelle la suggestion (et le professeur n'en dira pas plus à propos de cette notion de suggestion).

Voici maintenant la partie du cours sémiologique proprement dite.

II/ Une thématique anxieuse : l'hypochondrie

1) Qu'est-ce que l'hypochondrie ?

a. Définitions

C'est un modèle d'interaction somatique et psychique.

Ce sont des préoccupations centrées sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave (j'ai peur ou je suis sûr d'être atteint d'une maladie grave), fondées sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques. Par exemple, lors d'un mal à la tête ou lors d'un état de fatigue, le malade va croire qu'il s'agit d'un signe d'une maladie grave. Avant, l'hypochondrie était appelée le syndrome de l'étudiant en médecine.

L'hypochondrie concerne en général des maladies graves. Par exemple, l'hypochondrie sur la grippe, ce n'est pas sérieux au fond. Les hypochondriaques ont quand même globalement derrière la peur d'une maladie qui engage le processus vital, qui pourrait entraîner une catastrophe.

Si un jour nous sommes inquiets à propos de notre santé, nous allons consulter un médecin mais ça ne suffit pas pour faire de nous des hypochondriaques : nous pouvons demander une visite médicale pour un problème de santé. Dans le cas de l'hypochondrie, la préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant. Toutefois, la croyance ne revêt pas une intensité délirante. L'hypochondriaque se fait examiner ou fait l'examen complémentaire adapté mais il se dit que ça ne va pas.

Y a-t-il des signes objectifs de la maladie ? Le malade peut avoir un symptôme comme une infection cutanée, une tâche sur la peau, un bouton mais il se dira alors que c'est un mélanome. Ainsi, l'hypochondrie peut partir d'un symptôme médical objectif et/ou physique. Quelquefois il n'y a aucun symptôme. Il existe des spécialistes de certaines maladies.

Par exemple, il s'agit du cas d'une pharmacienne, très sérieuse, calme et mariée. Elle a eu une relation extra-conjugale de laquelle a découlé une culpabilité considérable. La femme regrette et s'imagine alors avoir attrapé le SIDA. Elle a une vraie hypochondrie, au moindre signe elle affirme qu'il s'agit de la maladie. Elle est donc certaine d'être malade alors qu'elle était censée être quelqu'un de raisonnable et scientifique. Elle fait des sérologies VIH régulières qui sont toutes négatives mais elle se dit qu'au moment où les médecins l'ont piquée, elle a peut-être été contaminée. Par conséquent, elle est rassurée quelques temps après l'annonce du résultat mais plus tard, la peur de la maladie est plus forte que sa raison et elle retourne faire un nouveau test. L'hypochondrie est donc le fait d'avoir peur d'une maladie et d'interpréter un symptôme physique, de ne pas être rassuré par les examens physiques et complémentaires.

La conséquence principale de l'hypocondrie est la surconsommation d'examens médicaux et d'examens complémentaires.

Les trois éléments de l'hypocondrie sont donc l'interprétation catastrophique d'un symptôme somatique banal, la certitude d'être malade et le fait que ça persiste malgré un avis rassurant. Cela peut être soit une forme, une thématique d'angoisse si c'est la peur d'être malade, soit un délire si c'est la certitude délirante d'être malade. Dans l'exemple précédent avec la pharmacienne, cette dernière se rendait bien compte que c'était exagéré, que c'était n'importe quoi cette idée d'être contaminée par le VIH au moment d'une prise de sang mais elle ne peut pas s'empêcher de retourner faire un examen.

L'hypocondrie fait-elle partie des troubles obsessionnels ? Cela peut être une des thématiques des idées obsédantes. Les troubles obsessionnels sont le fait que de nombreuses idées envahissent nos esprits et que nous n'arrivons pas à les chasser. Nous avons des obsessions et en réponse à ces idées envahissantes, nous avons des compulsions, c'est-à-dire des rituels ou des vérifications. Donc il peut tout à fait y avoir l'idée obsédante d'être malade. À noter que le terme obsessionnel vient de *obsidere*, qui signifie « envahir ». Cela peut être aussi une angoisse qui n'a pas cette tonalité de l'obsession, d'une idée fixe : il y a des gens chez qui l'idée tourne tout le temps dans la tête donc c'est une obsession et chez d'autres, c'est une inquiétude permanente sans que ça ait cette clinique particulière de l'obsession qui nous envahit l'esprit. Donc ça peut tout à fait être un thème obsessionnel.

Une définition à part : la nosophobie. C'est également une idée obsédante, c'est la peur de la maladie. Ce n'est pas une phobie mais une idée obsédante. (Le professeur Lejoyeux précise que nous reverrons tout cela au prochain cours).

b. La clinique de l'hypocondrie.

L'hypocondrie est appelée la maladie de la maladie car ces patients pensent être atteints de tout, sauf de maladies psychiques. Les hypocondriaques vont souvent consulter un psychiatre après avoir visité des internistes, des dermatologues... qui finissent par leur dire que c'est quelque chose en rapport avec les nerfs, que c'est psychomatique : ce sont des manières de ne pas dire qu'il faut qu'ils aillent consulter des psychiatres.

La maladie devient un style de vie. Nous voyons cela surtout chez les personnes âgées qui ont leur organisation de vie autour de leur médecin, de leurs médicaments, de leur maladie, de leurs douleurs...

Les patients sont à la fois fascinés par la médecine, fascinés par la maladie. Ce sont les grands clients des émissions médicales, des magazines de santé qu'ils ne ratent pas. Il existe donc une relation de peur et de fascination vis-à-vis de la médecine.

Il y a dans toute hypocondrie une surconsommation, une répétition d'actes médicaux avec le besoin de mettre un nom sur le moindre symptôme. Les hypocondriaques connaissent plus de termes de sémiologie que certains externes. Ils ont tout lu, ils parlent avec un jargon médical et ils sont désignés sous l'appellation de

cyber-hypocondriaques car ils se sont renseignés sur Internet, ils connaissent tout sur la maladie, les traitements, les biographies et les découvertes des chercheurs... Les hypocondriaques sont reconnus car ils ont un gros dossier et une petite liste à la main avec tous les signes qu'ils ne doivent pas oublier de nous expliquer. Dans la relation médecin-malade, quand un malade tient une petite liste, il faut la lui attraper immédiatement sinon nous perdons le monopole de la conversation et c'est le malade qui la guide.

2) Cas clinique 1

Une jeune femme a reçu le conseil de son médecin généraliste d'aller consulter un psychiatre. Elle se plaint de maux de tête qui sont de plus en plus fréquents. Elle a l'impression d'avoir des troubles de la mémoire. Elle travaille dans une galerie d'art : elle doit faire plein de choses comme contacter des peintres, traiter des commandes... et elle a l'impression que ses troubles de la mémoire sont de plus en plus réguliers. La patiente a fait des IRM pour voir s'il n'y a pas de problèmes particuliers. Son médecin généraliste pense que les maux de tête ne sont que des migraines, ce n'est pas très grave.

La patiente s'est renseignée et précise qu'elle a vu qu'il existait des formes précoces de la maladie d'Alzheimer. Elle pense qu'elle peut être atteinte de la maladie, d'où la réalisation des examens d'IRM. Ces examens sont corrects mais malgré cela, la patiente pense qu'au début, c'est normal que ce soit correct mais que petit à petit, les lésions vont apparaître, d'où des examens réguliers. La jeune femme a peur. Elle a également consulté des spécialistes de la mémoire qui n'ont rien trouvé non plus, d'autres généralistes à propos des migraines... Mais elle pense que c'est normal s'ils n'ont rien identifié d'anormal car elle dit qu'ils ne sont pas assez spécialisés dans cette maladie. Les tests allaient, ils n'étaient pas catastrophiques mais elle prétend que c'est normal car elle est encore jeune.

Cette patiente a vu sa grand-mère atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle déclare que la situation fut difficile. Sa grand-mère est décédée il y a longtemps. Elle décrit les troubles évolutifs de la mémoire de sa grand-mère, que cette dernière ne la reconnaissait plus alors qu'elles étaient très proches et que ce fut une expérience douloureuse.

Quand le professeur Lejoyeux lui demande si le cas de sa grand-mère est à l'origine ou non de ses peurs sur la maladie d'Alzheimer ou bien s'ils sont antérieurs au décès de sa grand-mère, la patiente répond qu'elle a l'impression que ça a toujours été là, que les maux de tête ont toujours été très présents, qu'elle est sujette à des sueurs, des palpitations, qu'il y a des moments où elle ne se sent pas très bien. Tous ces signes, même banaux, lui font peur.

La patiente annonce qu'elle se lave souvent les mains et qu'elle a peur de toutes les infections. Elle fait souvent des prises de sang. Elle a peur notamment du VIH. Elle utilise des protections mais elle imagine qu'elle pourrait l'attraper autrement : par exemple, lors d'un contact avec les mains avec des personnes contaminées, au niveau de la prise de sang et des seringues... Elle n'est donc jamais

sûre et de ce fait, elle retourne régulièrement faire ces prises de sang. Elle a vu sur Internet qu'il fallait trois mois pour dépister le virus donc elle retourne faire ces examens tous les trois mois, elle se sent obligée d'y aller.

Elle précise qu'elle a peur des maladies mais qu'elle est très intéressée par tout ce qui touche à la médecine. Elle regarde notamment des séries sur le sujet comme Dr. House, Urgences et des émissions télévisées. Elle commence à comprendre les différents termes médicaux car elle voit beaucoup de détails. Elle est vivement intéressée mais elle avoue qu'elle aurait du mal en tant que médecin généraliste d'être en contact avec la maladie.

Concernant son travail dans la galerie d'art, le travail se passe bien malgré les perturbations quotidiennes. Sa vie est assez calme, elle sort peu car elle a peur d'attraper quelque chose. Sa vie sentimentale est assez calme. Elle évite les contacts à cause de ses angoisses sur les maladies, elle garde certaines distances.

Dans son enfance, ça allait, c'est vraiment en grandissant que tout s'est mis en place à cause de la médiatisation, la documentation sur les maladies comme le VIH qui se sont étendues. Au cours de la période concernant le phénomène de la vache folle, elle avait du mal notamment à consommer de la viande.

Elle se dit anxieuse notamment. Elle aimerait qu'on règle ses problèmes de la mémoire.

Commentaires sur le cas clinique :

Les hypocondriaques peuvent avoir une peur de la maladie sans être délirant, sans avoir de croyances en dehors de la réalité. Il ne faut pas dire que la personne est schizophrène ou qu'elle est délirante. C'est la certitude d'être malade avec l'interprétation de symptômes décrits précisément et le fait de ne pas être rassuré par les examens médicaux passés. Attention aux ECN ! Les étudiants font souvent l'erreur de confondre délire et hypocondrie. Par exemple, si nous reprenons le cas de la pharmacienne qui pense avoir le SIDA, beaucoup risquent de parler de délires et de ne pas voir l'hypocondrie, la thématique anxieuse. Toutefois, la maladie peut être délirante s'il y a une certitude absolue ou bien, comme le montre le cas clinique, s'il y a juste une inquiétude, une peur et qu'il n'y a pas de certitude absolue, nous sommes davantage dans l'angoisse et cela peut être un symptôme obsessionnel.

III/ Les troubles du comportement alimentaire

1) La boulimie et l'hyperphagie

a. Définitions.

En étymologie, « boule » veut dire bœuf, c'est donc avoir une faim de bœuf. Ce sont des patients qui vont manger, ingérer en quelques heures une grande quantité de nourriture avec une impression de perte de contrôle et une impression de ne pouvoir s'arrêter de manger. Ensuite, et cela est constitutif du diagnostic de boulimie, le malade a un comportement compensateur pour perdre les calories ingérées, limiter la prise de poids, comportement qui peut être soit des vomissements provoqués, soit de l'exercice physique (brûler les calories ingérées).

Par définition, la boulimie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme alors que dans l'hypocondrie, le sexe ratio est équivalent. C'est au moins deux accès sur trois mois.

Par définition, le poids d'un boulimique est normal. Nous pouvons même voir des boulimiques anorexiques : ce sont des patients en perte de poids, perte liée à l'anorexie mentale, avec un indice de masse corporelle bas ; ce trouble est appelé boulimarexie.

Celui qui mange beaucoup à chaque repas mais qui n'a pas envie de se faire vomir, qui est bon vivant, un peu obèse, bien potelé est pléthorique. Nous parlerons alors d'hyperphagie. Ce trouble désigne une personne qui mange beaucoup, mais qui mange des choses agréables (et non des cochonneries comme les boulimiques qui se remplissent avec n'importe quoi), il s'agit d'un gourmand ou d'un gourmet. Il y a gain de poids à la différence de la boulimie.

Il y a des conséquences médicales importantes dans la boulimie : se faire vomir n'est pas bon pour les dents, il y a des érosions dentaires, des pertes de potassium (hypokaliémie avec ses conséquences) avec des troubles possibles de la conduction et d'arrêt cardiaque. Il existe aussi des maladies des laxatifs associées car les boulimiques peuvent aussi utiliser des laxatifs comme stratégie de compensation d'hyperphagie.

b. Le comportement boulimique

Les patients sont tendus avant, ils essaient de résister et ils commencent à manger, il y a alors une perte de contrôle et l'impossibilité de s'arrêter : ils vont prendre un gâteau, deux gâteaux... Ils ressentent de la culpabilité malgré la tension soulagée par la réalisation du comportement auquel ils tentaient de résister. Ils ont souvent très mal au ventre après et le vomissement devient une sorte d'obligation tellement ils ont ingéré une quantité importante de nourriture. C'est souvent associé à l'anorexie, l'alcoolisme et à la dépression.

C'est extrêmement fréquent le comportement boulimique. Les gens culpabilisent et ne disent rien quand ils ont des boulimies. Il faut leur poser la question systématiquement et, même quand nous posons la question, les patients ont honte, ils vont masquer en prenant par exemple du potassium pour compenser, ils font preuve de stratégies diverses. Dans certains milieux, se faire vomir est une sorte d'habitude culturelle.

C'est extrêmement fréquent malgré le peu de données en France. Il existe une sorte de cercle vicieux entre je fais des efforts, j'essaie de me retenir par rapport à la nourriture, je craque, boulimie, vomissements et c'est reparti.

2) L'anorexie mentale

Il y a trois A qui caractérisent l'anorexie mentale : amaigrissement, aménorrhée, activité/hyperactivité (les anorexiques sont des patients qui sont hyperactifs). À noter qu'il n'y a pas d'équivalent de l'aménorrhée chez l'homme. Le terme anorexique n'est pas bon car les anorexiques ressentent de la faim. Tout se passe comme si les anorexiques étaient shootés à la faim. Au fond, l'objet de l'anorexie est de trouver du plaisir, de l'ivresse dans le jeûne. Ce jeûne les excite, leur fait plaisir et les personnes anorexiques vont avoir besoin de reproduire ce jeûne.

[À noter concernant les trois A que le professeur Lejoyeux a dit que les deux principaux étaient l'amaigrissement et l'aménorrhée. Concernant le troisième A, il a avoué lui-même s'être piégé et ne pas s'en souvenir. Il précisera que nous pourrions utiliser « activité » puis il ajoutera qu'il pense que le troisième A concerne en fait l'anorexie mentale, tout simplement (et en effet, après une rapide recherche sur Internet, les trois A semblent être l'amaigrissement, l'aménorrhée et l'anorexie).]

La base psychologique des anorexiques est la peur de grossir et ces personnes pensent qu'elles sont trop grosses. Le cas typique en consultation est la jeune femme particulièrement mince avec un indice de masse corporelle très bas et qui pense qu'elle est grosse. C'est une sorte de dysmorphophobie.

La psychologie, c'est donc la peur de grossir et c'est le trouble du schéma corporel avec l'impression d'être trop gros. Objectivement, ce sont des jeunes hommes et des jeunes femmes, c'est plus fréquent chez les femmes (huit femmes pour deux hommes). C'est très souvent associé aux boulimies, ce n'est pas du tout incompatible : boulimie et anorexie, qui sont les deux principaux troubles du comportement alimentaire, peuvent donc être associées et donnent la boulimarexie. Les complications sont toutes les complications des carences comme des scorbut, des déficits vitaminiques, des hypokaliémies, un taux de mortalité considérable de l'anorexie mentale avec classiquement un profil de jeune femme très intellectuelle, très investie dans son activité.

3) Cas clinique 2

[La qualité du son de la vidéo n'était déjà pas superbe dans l'amphithéâtre même, alors sur le dictaphone, les informations passent très mal. Toutefois, avec l'aide précieuse de ma ronéoelectrice Mélanie que je remercie vivement ici même, vous avez le droit à un cas clinique relativement complet où l'essentiel est dit.]

La patiente mange généralement équilibré, toujours la même chose le matin, l'après-midi et le soir. Les épisodes de boulimie ont lieu généralement en dehors du travail. Elle fait alors ses achats dans les fast-foods et autres lieux : Macdonald, KFC, Starbucks... Elle dépense environ cinquante euros à chaque crise.

Elle dit elle-même acheter et manger des quantités astronomiques de nourriture. Elle est capable d'énumérer la liste, le type de ses achats (plusieurs Big mac, Nuggets x9, grandes frites, gâteaux, donuts ...) Elle ne mange pas sur place, mais ramène tout chez elle où elle prépare tout sur un plateau (une sorte de rituel ?). La patiente ne se livre à ses crises que chez elle, elle se fait ensuite vomir mais il arrive que ça survienne durant le travail, auquel cas elle va acheter une dizaine de viennoiseries qu'elle mangera dans la rue là où son scooter est garé. Elle se cache, elle a honte.

La fréquence des crises est fluctuante : elle peut être de cinq fois par semaine, deux fois par jour, une fois toutes les deux semaines... Parfois, cela arrive quand elle est contrariée.

Elle ne semble pas spécialement rassurée lorsqu'elle ingère la nourriture lors des crises, sa plus grande appréhension est de ne pas pouvoir vomir, ce qui lui est déjà arrivé, ce qui est à l'origine d'une douleur très désagréable.

Commentaires sur le cas clinique :

La description de la boulimie n'a rien à voir avec la gourmandise, ce n'est pas le plaisir de manger. C'est le besoin de ce qu'elle peut ingérer brutalement en un épisode d'accès alimentaire. Pour que le cycle de la boulimie soit complet, il faut que la patiente vomisse après.

La patiente mange-t-elle beaucoup parce qu'elle a faim ou bien parce qu'elle se sent bien quand elle mange ? Ni l'un, ni l'autre : en effet, la patiente ne peut pas s'en empêcher et à la fin, elle se sent très mal (tous les boulimiques le disent). C'est comme une espèce d'obligation comportementale : nous nous sommes même demandés si ça ressemblait à une sorte de dépendance. C'est comme le cas des alcooliques.

Qu'est-ce qui fait que la patiente s'arrête ? Elle s'arrête parce qu'elle « explose ». Le traitement est essentiellement de la psychothérapie. Les antidépresseurs sérotoninergiques marchent un tout petit peu bien qu'ils ne soient pas fabuleux. Lors de la psychothérapie, il faut faire que tout stress ne soit pas bouclé vers une compensation alimentaire.

Les patients consomment souvent des aliments hypercaloriques, hypernourissants. Il y a des gens qui font des boulimies chez eux et ils mangent tout le contenu du

congélateur non décongelé. Ils vont se remplir ainsi. Il y en a d'autres qui se « remplissent » avec du chocolat.

Qu'est-ce qui déclenche la crise ? Il y a souvent des éléments de vie chez les boulimiques, ils ont souvent des traumatismes dans l'enfance, ce sont des choses qui viennent du corps et qui sont très agressives, peu parlées. Ce qui déclenche la boulimie peut être ensuite soit la dépression (ils n'ont pas le moral donc ils vont se consoler avec la nourriture), soit dans un moment d'énervement, ils ressentent une frustration et se vengent sur la nourriture.

Pourquoi ce comportement boulimique est seulement visible lorsqu'elle est chez elle et non ailleurs ? Chez les boulimiques, il y a une honte sociale. Ce sont des gens très méticuleux, ils ne veulent pas être vus dans ce comportement un peu animal. Il faut qu'ils aient une occasion où ils sont tout seul pour le faire, ce n'est pas quelque chose qui s'exhibe.

Dans la boulimie, il y a moins de déni que de honte. Dans l'anorexie, c'est le contraire, il y a plus de déni : les patients anorexiques disent souvent qu'ils ne comprennent pas pourquoi ils viennent consulter et qu'ils n'ont pas de problèmes. Les boulimiques essaient de cacher le plus longtemps possible leur comportement. Une vie de boulimique reste insupportable, épouvantable, empêche de faire des tas de choses, détruit la vie sociale du patient... C'est très contraignant, c'est une vraie contrainte dont les patients demandent à ce que les médecins les libèrent.

Il y a des notions épidémiques : il y a des écoles, des milieux où les filles de manière épidémique font des boulimies et nous ne sommes pas dans le coup si nous ne le faisons pas. Sur les campus américains, c'est vrai.

IV / La somatisation

1) Ou'est-ce que la somatisation ?

C'est l'expression par le corps d'une difficulté psychologique, d'un trouble psychique. Il y a trois types de somatisations :

- les somatisations douloureuses (nous pouvons avoir des douleurs sans cause organique) ;
- ou des déficits (paralysie, perdre la voix et autres) ;
- ou des vertiges.

Nous parlerons aussi de conversion qui est un synonyme de somatisation, ce sont des gens qui vont avoir des douleurs, des paralysies sans cause médicale. Nous sommes donc encore dans des cas intermédiaires entre le somatique et le psychique. Un peu comme pour l'hypocondrie, vis-à-vis de ces situations, il ne faudra pas multiplier les traitements médicaux agressifs, la chirurgie...

Il ne faut pas dire aux gens qui font des somatisations que ce sont des faux malades. Ce sont des vrais malades sauf que leur maladie n'est pas dans le registre que nous croyons.

2) Cas clinique 3

[Même remarque que pour le paragraphe I/ 3) et d'ailleurs, cette dernière vidéo était encore plus difficile à analyser, le son passant très mal]

La patiente est incapable de marcher, sûrement à cause de la crainte de la chute, ce qui lui est déjà arrivée. Elle sent la chute venir, les prodromes sont constants, notamment les vertiges. La perte de la mobilité l'handicape dans sa vie quotidienne et dans sa vie sociale : il y a un isolement social. Elle ne semble pas inquiète, n'a pas d'idée de la cause. Les symptômes physiques sont les vertiges, les douleurs partant de toute la nuque, vers les épaules, puis le bras gauche est lourd, allant parfois jusqu'à une paralysie.

Commentaires sur le cas clinique :

La sémiologie de l'hypocondrie est différente de celle de la somatisation. L'hypocondrie est caractérisée par le fait que les gens sont persuadés d'être atteints d'une maladie. Cette dame a des vertiges, des douleurs, elle n'est pas si inquiète que cela, elle ne pense pas qu'elle ait une maladie grave et ne va pas demander des examens complémentaires.

Elle a une mise en avant de ses symptômes physiques quand elle ne va pas bien mais sans la certitude d'être atteinte d'une maladie grave. L'inverse est vrai également. L'autre dame (le cas de la pharmacienne racontée précédemment dans cette ronéo) n'avait

aucun symptôme mais elle avait juste peur d'avoir le VIH alors que la fille de ce cas a de vrais symptômes mais vis-à-vis desquels elle éprouve de l'indifférence.

C'est ça la différence entre somatisation (nous avons les symptômes physiques exprimant le mal-être) et l'hypocondrie (nous avons très peu de manifestations physiques mais la certitude que nous sommes atteints d'une maladie).