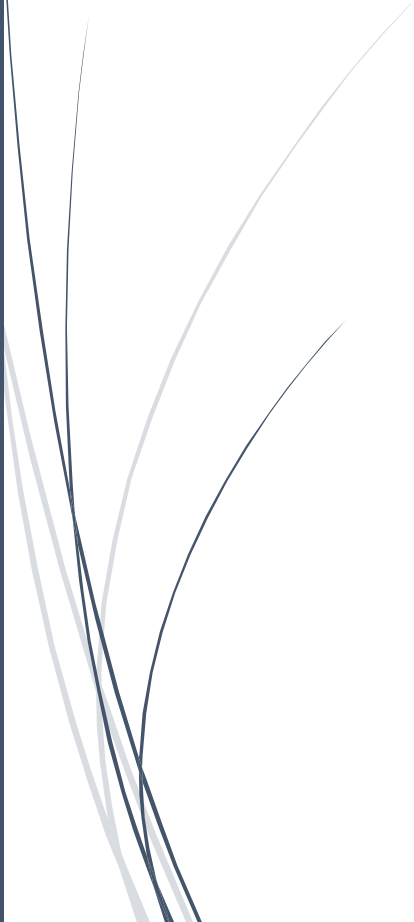


L'hypocondrie en médecine générale.

Perception, état des lieux et pistes de prise en charge.



Auteur : Dr. Albrich Thomas
Promoteur : Dr. Kanfaoui Abdellatif

Master complémentaire en médecine générale.
Université catholique de Louvain.
Année académique 2020-2021.

Remerciements

Au Dr. Kanfaoui Abdellatif, mon promoteur et mon maître de stage pendant 2 ans qui m'a accompagné dans ce travail.

À mes deux tutrices le Dr. Fanjoux-Cohen Laurence, psychiatre et Mme Banet-Bouaziz Catherine, psychologue clinicienne que je remercie pour leur expertise, leur disponibilité et leur intérêt porté à mon travail.

Aux médecins généralistes ayant participé aux interviews qui par leur expérience, leur personnalité et leur enthousiasme pour le sujet m'ont permis de réaliser ce TFE.

À ma famille, mes proches et à ma compagne qui m'ont soutenu tout au long de ces années d'études et encore une fois pour ce TFE.

À mon père, pour son travail de relecture et de correction orthographique.

Glossaire

TFE : Travail de fin d'étude.

MC1 : Master complémentaire de première année.

M : Médecin interrogé -> De M1 : Médecin interrogé n°1 à M8 : Médecin interrogé n°8.

F : sexe féminin.

M : Sexe masculin.

I : Intervieweur.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
GLOSSAIRE	1
TABLE DES MATIÈRES	2
RÉSUMÉ	4
I) INTRODUCTION	5
1) CHOIX DU SUJET	5
2) LIEN AVEC LA PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	5
3) ÉMERGENCE DES QUESTIONS DE RECHERCHE	5
4) OBJECTIFS ET PROBLÉMATIQUES	6
II) MÉTHODOLOGIE	7
1) RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	7
2) TYPE D'ETUDE	8
3) MOT CLES DE RECHERCHE	9
4) AVIS DU GROUPE D'ÉTHIQUE INTERUNIVERSITAIRE POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE (GEIMG).....	9
III) RÉSULTATS	10
1) INTRODUCTION.....	10
2) PRÉSENTATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES INTERROGÉS	10
3) PERCEPTION ET REPRÉSENTATION DE L'HYPOCHONDRIE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	11
a) <i>Définition</i>	11
b) <i>Représentation de la patientèle</i>	12
4) ÉTATS DES LIEUX ET INTÉRÊT DE LA FORMATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE SUR L'HYPOCHONDRIE	13
5) LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT HYPOCHONDRIQUE	13
a) <i>Comment l'identifier ?</i>	13
b) <i>Difficultés et obstacles rencontrés lors de la consultation</i>	15
c) <i>Ressenti du médecin généraliste</i>	16
d) <i>Gestion des examens complémentaires et des avis spécialisés</i>	17
e) <i>Conseils de prise en charge en médecine générale</i>	18
f) <i>La question de la redirection chez le psychiatre ou le psychologue</i>	20
g) <i>La mise en place d'un traitement</i>	20
IV) DISCUSSION	21
1) LIMITES ET BIAIS	21
a) <i>Biais de sélection</i>	21
b) <i>Biais de méthode</i>	21
c) <i>Biais de confirmation d'hypothèses</i>	22
d) <i>Biais de désirabilité sociale ou biais de sincérité</i>	22
2) INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	22
a) <i>Définitions et représentations de l'hypochondrie</i>	22
b) <i>État des lieux de l'intérêt et de la formation du médecin généraliste sur l'hypochondrie</i>	27
c) <i>Identification des traits caractéristiques de l'hypochondriaque</i>	27
d) <i>Les difficultés rencontrées et les conséquences sur le ressenti des médecins</i>	29
e) <i>Proposition de prise en charge du patient hypochondriaque en médecine générale</i>	31
V) CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	38
GUIDE D'ENTRETIEN	38
LES INTERVIEWS	39

<i>Interview n°1</i>	39
<i>Interview n°2</i>	44
<i>Interview n°3</i>	49
<i>Interview n°4</i>	54
<i>Interview n°5</i>	57
<i>Interview n°6</i>	60
<i>Interview n°7</i>	62
<i>Interview n°8</i>	67
THEORISATION ANCREE – LES VERBATYMS : TRAVAIL DE CODIFICATION DE LA PARTIE « RÉSULTATS ».	70

RÉSUMÉ

Introduction : Tous les médecins généralistes sont amenés à prendre en charge des patients hypocondriaques. Le constat est qu'il n'existe que peu d'études ou de recommandations à l'heure actuelle sur ce sujet. Pourtant, le médecin généraliste se retrouve en première ligne face à ces patients. Le but de ce travail est d'étudier la perception de l'hypocondrie par les médecins généralistes, de faire le point sur la formation et l'intérêt des médecins pour ce sujet et de leur fournir à l'issue de ce travail des outils pour les aider dans la prise en charge de ces patients.

Méthodologie : Pour mener à bien cette étude, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de huit médecins généralistes. Les résultats obtenus ont été analysés de manière qualitative utilisant comme méthode la théorisation ancrée.

Résultats : Le premier constat est que les médecins ne s'estiment pas formés à la prise en charge du patient hypocondriaque. La perception de l'hypocondrie va varier en fonction de chaque médecin. En effet, les définitions et leurs représentations sont liées à l'existence de différents degrés de sévérité de ce trouble. Face aux patients hypocondriaques, de nombreuses difficultés apparaissent, notamment l'impossibilité de rassurer le patient dans une consultation chronophage qui amène une interrogation sur la relation de confiance entre le soignant et le soigné. Cette insatisfaction du patient mène à un sentiment d'impuissance, de frustration voire de découragement chez le médecin généraliste et peut déboucher sur des tensions dans la relation thérapeutique. Pour éviter ce rapport de force, des pistes de prise en charge seront évoquées, tant au niveau organisationnel que des attitudes à adopter ainsi que la nécessité d'un travail en réseau.

Conclusion : Un besoin de formation sur l'hypocondrie auprès des médecins généralistes paraît indispensable pour améliorer la prise en charge et mieux appréhender ces consultations. Le patient hypocondriaque est à la fois divers et singulier et nécessite une prise en charge adaptée. Des outils émergent de notre étude et la littérature nous donnent des pistes de réflexion pour mieux comprendre et aider ces patients.

Mots-clés : Hypocondrie, Médecine générale, prise en charge, Patient hypocondriaque, anxiété liée à la maladie.

Indexation : P75 ; QR31 ; QS41 ; QD12 ; QS31 ; QT22.

I) INTRODUCTION

1) Choix du sujet

Pour mon TFE, j'ai décidé d'approfondir une situation clinique qui m'a mis en difficulté et questionné lors de mon début d'assistantat en médecine générale : la prise en charge du patient hypocondriaque.

En effet, en tant que jeune médecin généraliste en formation, je me suis retrouvé confronté très rapidement à ce type de patient. Quelque chose dans la formulation, dans le ton, dans ses attitudes m'interrogeaient, d'où des ressentis de frustration, d'agacement voire d'énervement qui émergeaient en moi.

Lors d'échanges avec des confrères, j'ai pu constater les mêmes questionnements alors que les réponses au niveau des prises en charge étaient très différentes. La multiplicité des approches, allant souvent d'un extrême à l'autre, étaient dictées par des convictions personnelles et l'expérience du terrain mais aucun apport théorique ne venait étayer ou éclairer « leurs choix stratégiques ».

J'ai commencé par réaliser mon travail de cas clinique de MC1 sur ce thème. Le premier constat est que la littérature sur le sujet est assez pauvre pour la médecine générale. Il existe des cours de psychiatrie assez techniques et pointus sur l'hypocondrie certes instructifs mais donnant peu de solutions pratiques pour notre quotidien de médecin généraliste.

J'ai donc voulu approfondir cette question de la prise en charge du patient hypocondriaque en médecine générale et ce TFE m'en a donné l'occasion.

2) Lien avec la pratique des médecins généralistes

Le médecin généraliste est la pierre angulaire de cette démarche. Il est en première ligne avec ces patients. Une mauvaise prise en charge a pour conséquence le nomadisme médical, les patients se retrouvent en souffrance avec le sentiment d'avoir été abandonnés par leur médecin. Ils continuent à être envahis par leurs symptômes, surchargeant les cabinets de spécialistes et représentant un coût important pour notre société.

3) Émergence des questions de recherche

Au vu de la place centrale des médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients, il semble pertinent d'analyser leur perception de cette maladie, d'évaluer les difficultés

auxquelles ils sont confrontés, d'analyser leur ressenti de praticien ainsi que de les questionner sur les outils mis en place pour mieux prendre en charge ces patients.

Je vais donc essayer de répondre aux interrogations suivantes :

- Comment les généralistes perçoivent-ils l'hypocondrie dans leur pratique ?
- Est-elle un sujet d'importance pour la médecine générale ?
- Les médecins généralistes ont-ils été formés à la prise en charge du patient hypocondriaque et trouveraient-ils un intérêt à une formation sur ce sujet ?
- Comment identifier un patient hypocondriaque en médecine générale ?
- Quels sont les ressentis et les difficultés rencontrés par les médecins généralistes face aux patients hypocondriaques ?
- Les médecins interrogés ont-ils des conseils pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

4) Objectifs et problématiques.

Le but de ce travail est de faire un état des lieux de l'hypocondrie en médecine générale et de créer un outil dédié au médecin généraliste pour essayer d'optimiser la prise en charge de ces patients.

Comme méthodologie, j'ai choisi de réaliser une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

Ma problématique est la suivante : Évaluation de la prise en charge du patient hypocondriaque par le médecin généraliste et appréciation de son ressenti face à ce patient particulier.

Je compléterai mon travail avec les données de la littérature disponible.

II) MÉTHODOLOGIE

1) Recherche bibliographique.

En MC1, nous avons dû rédiger un rapport de cas cliniques sur une situation clinique qui nous avait interpellés. J'avais choisi de décrire le cas d'un patient hypocondriaque.

J'avais donc déjà effectué des recherches de littérature à ce sujet.

J'avais trouvé des articles sur l'hypocondrie d'experts psychologues ou psychiatres sur ce trouble mais très peu d'information sur la prise en charge en médecine générale.

Je m'étais principalement appuyé sur une conférence du Pr. Marc Ledoux, Docteur en psychologie [1], traitant d'un texte du Pr. Jean Oury, psychiatre renommé ayant travaillé à la clinique de La Borde, parue dans *l'apport freudien*, 1998 [2], et sur l'évaluation psychiatrique des manuels diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème version parue en 2005 (DSM IV) [3] et 5ème version DSM V parue en 2015 [4] que nous utiliserons à nouveau.

En débutant ce nouveau travail beaucoup plus étayé et complet, j'ai voulu tout reprendre à zéro. Pour commencer, j'ai appliqué les recommandations de recherche fournies par le guide de rédaction du TFE.

Je me suis donc rendu sur le site CDLH en introduisant mes mots clefs en français et en anglais seuls ou associés dans les différents moteurs de recherche proposés (hypocondrie, hypocondriaque, médecine générale).

Les moteurs de recherche Tripdatabase, Pedro et Epistemonikos ne fournissaient aucun document. En revanche, dans le moteur de recherche Cismef deux fichiers récents directement en lien avec mon sujet sont apparus, ils m'ont permis d'acquérir une base de réflexion :

- Un document audio réalisé par le Dr. Saraga, psychiatre, intitulé « Gros plan sur l'hypocondrie » passé à la radiotélévision suisse (RTS) en 2017 [5].
- Un article de la revue médicale suisse rédigé par le Dr. Abella, intitulé « Le praticien en échec ? Conception actuelle sur l'hypocondrie » [6].

Dans un second temps, mon promoteur et mes tutrices précitées m'ont conseillé différentes ressources comme le livre du Dr. Pascal Cathébras, « Troubles fonctionnels et somatisation, comment aborder les symptômes médicalement inexplicables » écrit en 2006 [7] et le livre d'Antoine Spath, psychologue, « Tu crois que c'est grave ? » [8] rédigé en 2021 avec une

journaliste se définissant comme hypocondriaque qui se veut être un manuel à destination des patients hypocondriaques.

Enfin, j'ai effectué des recherches sur des notions plus précises apparues en cours de travail comme la prévalence de l'hypocondrie ou d'autres thématiques abordées dans Google et Google Scholar pour affiner certaines analyses.

Un constat peut d'emblée être dressé : tous les documents de la bibliographie accessibles sont réalisés par des spécialistes, psychiatres ou psychologues. Ils sont certes des référents experts de cette pathologie mais dans un parcours de soin type, le médecin généraliste est souvent le premier à être consulté par ces patients. De par son expérience de terrain, il devient observateur et apporte son expertise ainsi que des conseils au niveau de la prise en charge. Il m'a donc paru essentiel de donner dans ce travail libre cours à la parole des médecins généralistes pour tenter d'avancer sur le sujet en complétant la littérature.

2) Type d'étude

Une approche approfondie avec mes tuteurs a mis en lumière le type d'étude le plus pertinent pour tenter de répondre aux questions de ma recherche et à mes objectifs : en l'occurrence réaliser une étude qualitative. Le thème central de ce TFE étant l'hypocondrie en médecine générale, il a été décidé de réaliser des entretiens individuels auprès d'un panel diversifié de médecins généralistes francophones exerçant à Bruxelles ou en région Wallonne afin d'étudier leurs opinions, leurs idées et leurs ressentis.

Cette méthodologie nous a permis d'être au plus près de la réalité de la pratique médicale en médecine générale en préservant une liberté d'expression indispensable à la description de ce trouble.

Huit médecins généralistes ont répondu favorablement à mes demandes effectuées par mail ou via des contacts téléphoniques directs en profitant du réseau de mon promoteur.

Nous avons essayé de viser différents profils de médecins généralistes en fonction de leur âge, de leur expérience de médecin, de leur sexe, des lieux de pratique (rural, urbain, semi-rural) et du mode de pratique (maison médicale, solo ou en association).

Nous avons utilisé la méthodologie de la théorisation ancrée, en construisant notre travail au fur et à mesure des interviews. Les 2 dernières interviews n'ont pas apporté de nouveaux éléments déterminants et nous avons donc considéré que l'on avait atteint la saturation des données.

Les interviews ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien préétabli (annexe 1) en abordant les thèmes suivants : « Représentation de l'hypocondrie chez les médecin généralistes », « État des lieux de la formation et intérêt de l'hypocondrie en médecine générale », « Comment identifier le patient hypocondriaque en médecine générale ? », « Quelles sont les difficultés rencontrées et les ressentis du médecin généraliste face au patients hypocondriaques », « Les conseils pratiques de prise en charge des médecins généralistes ».

3) Mot clés de recherche

- Hypocondrie.
- Hypocondriaque.
- Médecine générale.
- Prise en charge.
- Anxiété liée à la maladie.

4) Avis du groupe d'éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG)

Les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité, sur base des informations transmises, que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

III) RÉSULTATS

1) Introduction

De manière générale, je tiens à préciser que les résultats obtenus grâce à nos interviews de médecins généralistes seront abordés de façon complémentaire et que c'est la diversité des avis et des conseils qui ont permis la réalisation de ce travail même si certaines positions peuvent de prime abord paraître contradictoires ce que nous ne manquerons pas de souligner. Afin de présenter au mieux nos résultats et pour rendre le travail plus lisible, il a été décidé de ne mettre que certains extraits les plus représentatifs des interviews pour chaque partie concernée et de référencer les interviews selon des normes bibliographiques pour se rendre compte de la récurrence des opinions. L'intégralité des extraits des interviews correspondantes pourront se retrouver dans la partie codification en annexe selon le même plan pour plus de facilité.

2) Présentation des médecins généralistes interrogés

Huit médecins généralistes ont accepté de participer aux entretiens semi-dirigés (Tableau 1). La durée des interviews varie de 12 minutes et 40 secondes au minimum à 28 minutes et 5 secondes au maximum pour une moyenne d'environ 19 minutes entre le 10 novembre 2020 et le 15 février 2021.

Au vu du contexte sanitaire, quatre interviews ont été réalisées à distance via des logiciels de vidéo-conférences et les quatre autres en présentiel dans les cabinets des médecins généralistes concernés.

Il est à noter que toutes les interviews ont été enregistrées via un magnétophone comme celles réalisées en vidéo-conférences afin de respecter la charte sur l'anonymat des participants.

Entretien	Sexe	Age	Expérience professionnelle	Milieu de pratique	Type de pratique	Province d'exercice
M1	M	55 ans	32 ans	Urbain	Solo	Hainaut
M2	F	30 ans	2 ans	Semi-rural	Solo	Brabant Wallon
M3	F	53 ans	30 ans	Semi-rural	Association mono disciplinaire	Brabant Wallon
M4	F	35 ans	6 ans	Rural	Solo	Brabant Wallon
M5	M	38 ans	7 ans	Urbain	Maison médicale au forfait	Bruxelles
M6	M	68 ans	40 ans	Urbain	Solo	Bruxelles
M7	F	29 ans	1 an	Rural	Solo	Hainaut
M8	F	32 ans	3 ans	Urbain	Association mono disciplinaire	Bruxelles

Tableau 1 : Caractéristiques des participants.

3) Perception et représentation de l'hypocondrie par le médecin généraliste

Le but de ce premier chapitre est de comprendre comment l'hypocondrie est perçue par les médecins généralistes. Les premières questions de cette interview vont s'attacher à cerner la définition de l'hypocondrie et à évaluer la prévalence approximative de cette affection dans leur patientèle. L'objectif n'étant pas d'apporter une définition théorique déjà existante mais plutôt une définition pratique de terrain qui reflète la représentation de l'hypocondrie chez le médecin généraliste.

a) Définition

Une caractéristique essentielle du patient hypocondriaque est que l'apparition d'un symptôme est directement interprétée comme étant synonyme de maladie (M1, M4, M5, M7) et souvent de maladie grave (M4, M8).

« C'est un patient qui croit qu'il a toutes les maladies du monde. Le moindre symptôme est synonyme d'une grave maladie. » (M4)

Cette interprétation résulte d'une croyance, d'une peur anormale, d'une crainte excessive, qui trouve sa source dans l'imagination du patient (M1, M3, M4, M5).

« C'est une croyance excessive, une crainte excessive qu'il y ait une maladie en dessous et qu'il se passe quelque chose. » (M1)

Cela se répercute dans la vie du patient par un envahissement qui perturbe son fonctionnement social (M1, M5).

On note dans les réponses la notion d'amplification de la douleur par le patient (M1, M5).

« Il y a une exagération de la plainte que l'on peut considérer comme un mécanisme de défense inapproprié de ce patient et ça envahit son quotidien. » (M5)

On constate également que le patient sollicite beaucoup le médecin que cela soit pour les consultations, les examens complémentaires ou les demandes de redirection vers des spécialistes (M1, M3, M8).

« Il demande des examens pour trouver absolument un diagnostic. » (M1)

Le M6 observe que le patient souffre car « il ne se sent pas bien », ce qui pourrait correspondre à une forme de somatisation.

b) Représentation de la patientèle

Les réponses à cette question ont été obtenues en demandant au médecin généraliste à quel pourcentage il estimait la présence de patients hypocondriaques dans sa patientèle et s'ils estimaient les rencontrer fréquemment lors de leur consultation. L'objectif de cette partie n'est pas de définir le pourcentage dans une patientèle de patients hypocondriaques, cela ne serait pas représentatif au vu du faible échantillonnage mais plutôt de s'interroger sur la représentation subjective de l'hypocondrie chez le médecin généraliste.

C'est lors de ces questions qu'est apparue une notion cruciale de ce travail, savoir qu'il existe différentes formes d'hypocondries.

Lors de mes premiers entretiens, la question du pourcentage était abordée sans nuance mais très vite, je me suis rendu compte que les réponses renvoyaient à une analyse plus subtile. J'ai donc adapté mon questionnaire pour tenir compte de l'échelle de gravité de ce que je pourrais appeler « l'atteinte hypocondriaque », de légère à sévère en passant par toutes ses formes.

On verra par la suite que définir la sévérité de l'hypocondrie a un impact sur la prise en charge du patient et sur la représentation de l'hypocondrie.

Spontanément 3 médecins interrogés (M2, M3, M4) me précisent avoir dans leur patientèle entre 3 et 5 patients dit sévères puis le pourcentage toutes formes varie.

Deux médecins donnent un pourcentage entre 3 et 5% (M1, M5).

Deux autres médecins décrivent une fréquence moindre avec des pourcentages inférieurs à 1% (M3, M7).

Enfin, trois médecins donnent des pourcentages plus élevés que la réalité, soit entre 10 et 15% (M2, M6, M8) voire même 20%.

4) États des lieux et intérêt de la formation du médecin généraliste sur l'hypocondrie

Nous avons demandé aux médecins généralistes s'ils pensaient avoir été formés à la prise en charge du patient hypocondriaque durant ou après leurs études.

Sur les huit médecins interrogés, sept ont répondu qu'ils n'ont pas du tout été formés et une personne précise ne pas avoir été formée spécifiquement mais qu'un cours sur les troubles anxieux avait évoqué cette problématique.

L'ensemble des médecins trouvent un intérêt certain à une formation des médecins généralistes.

Quatre médecins disent spontanément pourquoi il y a à leur sens un intérêt :

- « Pour les repérer afin de diminuer les examens complémentaires » (M3).
- « Pour savoir comment les aborder » (M2).
- « Apprendre à communiquer avec ces patients et faire passer les messages » (M4).
- « Car c'est le rôle du médecin généraliste » (M5).

5) La prise en charge du patient hypochondriaque

a) Comment l'identifier ?

Nous avons précisé ci-dessus à l'aide des généralistes interrogés la définition du patient hypochondriaque mais l'objectif de cette partie est de savoir comment ceux-ci posent le diagnostic d'hypocondrie dans leur pratique quotidienne.

Identifier le patient hypochondriaque est la première étape qui permettra une prise en charge adaptée et spécifique de ces patients. C'est donc un défi de pouvoir les repérer rapidement afin de protéger notre patient de la iatrogénie de la médecine.

Cette possibilité de repérage soulève les questions suivantes :

- **Quels sont les traits caractéristiques du patient hypochondriaque lors d'une consultation ?**

L'élément qui revient le plus fréquemment est le niveau d'anxiété, d'inquiétude et de stress du patient hypochondriaque pendant la consultation et sa manière de décrire ses symptômes de façon anormale (M1, M2, M3, M5, M8).

« Déjà le niveau de stress dans sa manière d'aborder les choses. Ce sont souvent des patients qui sont hyper stressés quand ils décrivent un symptôme. » (M2)

Vient ensuite la fréquence importante des consultations (M1,M2,M3,M5) et le fait qu'il demande beaucoup d'examens complémentaires et d'avis spécialisés à priori non justifiés (M3, M4, M6).

« D'abord, c'est le patient qui va revenir régulièrement avec à chaque fois des trucs différents, avec beaucoup de demandes. » (M3)

Un outil important à notre disposition pour confirmer plus rapidement cette surconsommation de soins est les réseaux de santé (Wallon et Bruxellois) (M3) qui peuvent nous faire gagner du temps et consolider une intuition.

« Un outil quand même, qui aide beaucoup par rapport à ça : c'est le fait qu'on ait maintenant le réseau de santé Wallon. » (M3)

Le fait que les examens complémentaires au fil du temps ou ceux déjà réalisés reviennent sans anomalies sont aussi un argument supplémentaire (M6, M7).

« On fait des investigations à chaque fois et il n'y a jamais rien. » (M7)

Une notion qui revient est celle de la discordance entre la plainte du patient et ce que le médecin objective. Les plaintes sont exagérées et amplifiées (M1, M5), sans logique médicale et ne s'expliquent pas sémiologiquement (M4, M6) alors que le patient évoque directement des diagnostics graves (M8).

« Quelqu'un qui amplifie un symptôme apparemment banal. » (M1)

« J'y pense quand un patient se plaint de différents organes sans aucune logique. » (M6)

De plus, l'explication de notre démarche diagnostique pour le rassurer sur son symptôme est souvent mal perçue par le patient qui va émettre des objections ou des remarques (M1, M3, M4, M5).

« C'est très difficile de les rassurer. » (M3)

C'est un patient qui s'est généralement documenté avant la consultation, le plus souvent via internet et qui est attentif aux détails (M1,M2, M7).

« Ils sont hyper informés, ils sont déjà allés sur Internet. »

D'autres traits psychologiques sont décrits de manière plus rare, comme pour le médecin de la première interview qui décrit des « patients nombrilistes, centrés sur eux-mêmes » qui révèlent une composante narcissique dans la personnalité du patient hypocondriaque.

Il est aussi décrit comme étant « dans l'excès et dans l'hypersensibilité » (M2).

J'ai pu extraire de ces différentes interviews une proposition de schéma pour identifier les patients hypocondriaques.



Schéma 1 : Identification du patient hypocondriaque.

- **Quel délai est nécessaire pour pouvoir l'identifier ?**

Pour la majorité des médecins interrogés, le diagnostic d'hypocondrie ne se pose pas au premier contact et, même s'il est supposé assez rapidement, il nécessite plusieurs consultations pour atteindre un niveau de certitude suffisant.

« Ce n'est peut-être pas à la première consultation que je vais poser ce diagnostic là, mais c'est à force de voir et de revoir ce patient. » (M1)

Un médecin (M4) considère malgré tout que *« c'est typique et on le voit bien assez rapidement »*.

b) Difficultés et obstacles rencontrés lors de la consultation

Rassurer le patient est la difficulté qui revient le plus lors des interviews (M1, M3, M4, M5, M7, M8) comme nous l'avons vu précédemment. Cette difficulté est si typique qu'elle en devient un critère d'identification et permet aussi de déterminer le degré d'hypocondrie.

Cela a pour conséquence de prendre du temps (M1, M2, M4, M5) et de l'énergie au médecin généraliste (M1, M3).

« Réassurer le patient prend beaucoup de temps, beaucoup d'énergie. » (M1)

De plus, le patient laisse paraître un sentiment d’insatisfaction lors de la prise en charge (M2, M3).

« Quoi que je dise, peut-être qu'il ne sera quand même pas satisfait. » (M2)

Tout ceci conduit à fatiguer le médecin traitant (M1, M3) qui a le sentiment de ne pas être compris (M2) et a du mal à faire passer son message (M5).

« On est parfois fatigué de cette relation. » (M1)

Il y a donc un problème de confiance dans cette relation soignant-soigné (M5, M6, M8).

« Un des grands obstacles est la création d'une relation de confiance. » (M8)

Le risque, si cette fatigue s’installe est de perdre patience (M2,M3) avec une tension palpable qui s’installe lors de la consultation (M1) pouvant aboutir à une rupture du lien thérapeutique avec pour principale conséquence le nomadisme médical (M6).

« C'est vrai qu'à la longue, on peut un peu perdre patience et en avoir ras le bol. » (M2)

« Après x visites, x consultations, si ce ne s'améliore pas, il va voir ailleurs. » (M6)

Un autre risque également identifié est que la répétition des consultations puisse entraîner une routine qui va tendre à banaliser les plaintes du patient par le médecin, avis renforcé par les bilans successifs sans anomalie. Le danger de passer à côté d'un problème somatique réel est présent

(M1, M3,M7).

« Le problème avec les hypocondriaques, c'est qu'il y a un jour peut-être, il va leur arriver un truc. Mais le problème, c'est qu'on les voit tellement toutes les semaines au cabinet qu'on a tendance à négliger les consultations. » (M7).

Le M6 souligne également la difficulté d’examiner le patient car *« il a mal partout »*.

c) Ressenti du médecin généraliste

Nous avons choisi d’étudier les ressentis du médecin généraliste face au patient hypocondriaque afin de pouvoir les anticiper et se préparer à leur apparition pendant la consultation.

Les ressentis les plus fréquents sont l’agacement et l’énervement (M3, M4, M5) qui peuvent apparaître chez le médecin, liés à la lassitude (M1, M7) des consultations répétées et aux difficultés mentionnées ci-dessus.

« Ce sont des gens qui peuvent parfois un peu taper sur le système. » (M3)

« On peut ressentir une certaine lassitude par rapport à ce genre de patients où il faut répéter les messages. » (M1)

Le médecin peut également éprouver une frustration (M1) et une certaine impuissance (M3, M8) à ne pas réussir à bien le prendre en charge malgré le temps et l'énergie déployés. Il peut même mener à un découragement (M6, M7, M8) notamment dans l'investigation des plaintes.

« On ressent une impuissance, une remise en question de notre savoir. » (M8)

« A un moment, tu n'as plus envie de prendre en charge. » (M7)

Dans un autre registre, les obstacles rencontrés peuvent mener à une remise en question du praticien (M8) qui peut se sentir mal à l'aise pendant la consultation (M2), voire même ressentir un sentiment de culpabilité (M4) à ne pas répondre aux attentes du patient.

« On est toujours un peu mal à l'aise parce qu'on n'a pas envie de couper le lien thérapeutique. » (M2)

« On culpabilise en tant que médecin. » (M4)

On note une certaine appréhension (M2) et même pour certains médecins une angoisse (M3, M4) à l'idée de la consultation avec un patient hypocondriaque.

« C'est beaucoup d'angoisse pour rien. » (M3)

Nous l'avions déjà évoqué dans la précédente partie sur les difficultés rencontrées, une forme de peur est présente lors de ces consultations, principalement liée au fait de passer à côté d'un diagnostic urgent en banalisant les plaintes.

Un autre point qu'il me paraît important de mentionner est lié à la phase « *entre médecin, on s'en moque un peu* » (M3) qui rejoint d'autres commentaires fait en off par d'autres médecins. Cela représente une réalité qu'il ne faut pas négliger, à savoir que ces patients font souvent l'objet de moqueries entre confrères qui préfèrent évacuer les frustrations dans la prise en charge par le rire ou s'amuse de l'extravagance des plaintes par rapport à ce qu'ils constatent.

d) Gestion des examens complémentaires et des avis spécialisés

Nous l'avons vu, une des problématiques la plus fréquemment rencontrée pour le médecin généraliste est la demande incessante d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés de la part du patient hypocondriaque.

Les généralistes disent d'abord pourquoi c'est un sujet particulièrement important :

- Le problème de la iatrogénie des examens et notamment l'irradiation (M1, M2, M3, M4, M8).
- Le risque de sur-diagnostic qui peut déboucher sur de l'anxiété supplémentaire et un surtraitement (M1).

« Il y a vraiment un risque d'abus médical et d'effets collatéraux lié à un surtraitement et un surdiagnostic. » (M1)

- Le coût financier (M2,M4). *« ça coute cher à la société ».* (M2)
- Le risque de surcharger les hôpitaux menant à une augmentation des délais pour les rendez-vous pour la population en général.

« Les spécialistes et les hôpitaux ne vont pas s'occuper de ça. » (M5)

On observe une forme de consensus sur la gestion des examens complémentaires.

Dans un premier temps, s'il s'agit d'un nouveau patient ou d'une nouvelle plainte, il ne faut pas la banaliser et l'investiguer si on juge que c'est nécessaire (M1, M2, M3, M4, M5, M7).

« Il ne faut pas d'emblée banaliser toutes les plaintes. » (M1).

Après avoir fait le tour des symptômes et si aucune anomalie n'est décelée via notre bilan et que nous pensons que le patient est hypocondriaque, il faut limiter au maximum les examens complémentaires (M1, M2, M3, M4, M5, M7, M8).

« J'essaye de les limiter au maximum. » (M8)

Si nous devons refaire un examen, il faudra essayer de *« cibler l'examen le plus rentable »* (M1) et le moins iatrogène pour le patient.

Il est essentiel *« d'expliquer à chaque fois au patient notre démarche »* (M2), de refaire le point sur les examens déjà réalisés par nous ou d'autres prestataires (on peut s'aider du réseau de santé) et d'expliquer pourquoi on décide de ne pas faire tel ou tel examen en essayant de *« responsabiliser le patient »* (M2).

Le M2 précise qu'il y a un risque de plus facilement céder à la demande du patient si le médecin est fatigué ou s'il est surchargé. Nous verrons dans la prochaine partie ce qui peut être mis en place pour éviter cela.

e) Conseils de prise en charge en médecine générale

L'objectif principal de la prise en charge, partagé par tous les médecins interrogés, est de réussir à rassurer le patient sans devoir multiplier les examens complémentaires et les avis de spécialistes afin que sa plainte n'envahisse pas son quotidien et qu'elle reste sous contrôle (M2, M4).

Cela passe d'abord par l'attitude du médecin généraliste envers son patient.

Il faut que le patient se sente pris au sérieux et surtout ne pas banaliser sa plainte (M1, M4, M5, M6) ce qui est permis par une bonne anamnèse, un bon examen clinique, les examens complémentaires appropriés et surtout une écoute bienveillante et attentive (M1, M4, M5, M8).

« Je commence par prendre cette plainte au sérieux. » (M1)

« Je pense qu'une grande partie du travail c'est quand même l'écoute. » (M5)

Il faut également faire attention au langage non verbal qui peut être source de méfiance de la part du patient.

« Le plus important, c'est de rester congruent entre le langage verbal et le non verbal. » (M3)

Il faut s'efforcer de rester empathique (M1, M8), d'expliquer sa démarche au patient et réussir à garder son calme et faire preuve de patience (M8) en cas d'apparition de tension dans la relation thérapeutique.

« Il faut rester empathique par rapport au ressenti de ces patients. » (M1)

Faute de se comprendre et en dépit de la méfiance mutuelle, il faudra *« essayer de trouver un moyen de communication »* (M4) ou plutôt un langage commun situé à la frontière entre la rationalité du médecin et l'irrationalité de la plainte de l'hypocondriaque (M3).

Pour arriver à cela différentes mesures sont évoquées.

Tout d'abord au niveau organisationnel, les médecins recommandent de prévoir un temps de consultation légèrement allongé (M3, M4, M5, M7, M8) et dans un moment propice (M8) choisi par le médecin tout en gardant un cadre pour ne pas se laisser envahir (M2, M7, M8).

« J'essaye de dégager du temps nécessaire, par exemple de les prendre en fin de journée pour ne pas être pressée par le temps. » (M8).

Il faut garder à l'esprit que le patient est en réelle souffrance et se dire que la possible agressivité du patient n'est pas dirigée contre le médecin (M3, M8).

« Garder aussi un peu de distance, ne pas me dire que c'est tourné contre moi. » (M3)

Le M6 recommande de garder un discours positif et même de mettre en scène les bonnes nouvelles en disant par exemple *« vous avez bonne mine aujourd'hui »*.

Il ressort également de s'adapter au type de patient que l'on a en face de soi. Il y a des profils de patient qui pour être rassurés ont *« besoin d'éléments plus objectifs alors que d'autres ont besoin plutôt de soutien psychologique »* (M5).

En ce qui concerne l'examen clinique, le M7 dit *« distraire »* son patient afin d'éviter la *« simulation »* du patient.

f) La question de la redirection chez le psychiatre ou le psychologue

Pour les médecins interrogés, rediriger vers une psychothérapie est un objectif de prise en charge mais les avis divergent sur le choix du praticien (psychologue ou psychiatre). L'indication en fonction de la sévérité de l'hypocondrie peut être un support mais le médecin peut être confronté à des difficultés pour convaincre le patient à débiter cette psychothérapie (M2, M4, M8).

« *Et si je le sens ouvert, j'essaye de l'orienter vers une prise en charge psychologique.* » (M8)

Il y a ceux qui sont réticents à l'idée d'orienter systématiquement le patient hypocondriaque vers une psychothérapie (M2, M6).

Le M2 évoque la peur d'être mal compris par le patient et a « *peur de rompre une partie du lien thérapeutique* » mais précise que pour les formes sévères cela reste indiquée.

Le M6 lui préconise « *il ne faut pas rediriger trop rapidement le patient vers une psychothérapie* » et notamment chez le psychiatre par peur d'une instauration trop précoce de traitements médicamenteux qu'il juge le plus souvent abusifs et inefficaces.

Mais pour la majorité, l'approche psychothérapeutique est incontournable et doit être mise en place rapidement (M3, M4, M5, M7). Le but étant par un travail d'équipe d'entourer le patient, cet étayage permettant une prise en charge qu'ils jugent efficace et essentielle.

« *On essaye directement de le rediriger vers la psychologue de la maison médicale.* » (M5)

Le choix entre un psychologue et un psychiatre se fera en fonction du degré de sévérité de l'hypocondrie (M7).

g) La mise en place d'un traitement

Comme pour la redirection vers une psychothérapie, les avis des médecins à ce sujet sont très divers. Comme nous l'avons vu précédemment, l'hypocondrie est assimilée principalement à un trouble anxieux. Des médecins peuvent proposer des solutions liées aux médecines alternatives comme « *la relaxation, la sophrologie* » (M3) ou même favoriser la pratique du sport via des « *éducateurs sportifs* » (M5).

Même si la mise en place de traitements médicamenteux reste au cas par cas, on remarque que de manière générale le médecin généraliste est assez réticent à cette solution.

Le M5 dit souvent prescrire des « *médicaments à base de plante* » (Valériane) pour aider les patients et le M6 lui n'hésite pas à mettre en place des « *anxiolytiques* ».

La M7, elle utilise fréquemment « *l'homéopathie* » mais elle précise que c'est dans le but d'obtenir un « *effet placebo* ».

IV) DISCUSSION

1) Limites et biais

a) Biais de sélection

Dans la partie méthodologie nous avons vu que nous avons essayé de rechercher divers profils de médecin généraliste en fonction de leurs caractéristiques intrinsèques (sexe, âge, années d'expérience), des modes de pratique (solo, association pluridisciplinaire ou mono disciplinaire, maison médicale à l'acte ou au forfait).

Même si à mon sens nous avons réussi à obtenir un panel diversifié pour l'âge, le sexe et le milieu de pratique, nous pouvons cependant observer des biais de sélection :

- Sur les huit médecins interrogés, cinq ont une pratique solo, deux sont en association mono-disciplinaire et un dans une maison médicale au forfait.

Les pratiques pluridisciplinaires sont donc sous représentées (1/8) ; collecter plus de témoignages de leur part auraient à coup sûr enrichi ce travail notamment sur le travail en réseau au sein de ces structures qui seront certainement de plus en plus fréquentes demain.

- Cinq médecins interrogés ont moins de sept ans d'expérience dont trois avec moins de trois ans d'expérience, et on peut supposer que l'expérience joue un rôle important dans la prise en charge du patient hypocondriaque. Les médecins avec peu d'expérience sont donc vraisemblablement surreprésentés.
- N'ayant pas décelé d'autres pistes, nous avons considéré que nous avons obtenu la saturation des données au bout des huit interviews réalisées mais nous ne pouvons exclure que d'autres interviews auraient apporté d'autres éléments.

b) Biais de méthode

Au fil de nos interviews, le guide d'entretien a été légèrement modifié car je me suis rendu compte assez vite que certaines questions étaient mal formulées, ce qui menait à des réponses trop larges ou au contraire pas assez précises ou manquantes aboutissant à un recueil d'informations incomplet.

c) Biais de confirmation d'hypothèses

Avant de réaliser le guide d'entretien et de commencer les interviews, la recherche d'information bibliographique et mon expérience personnelle m'ont forgé des idées préconçues sur les résultats à obtenir et j'ai donc peut-être privilégié les informations en lien avec cette pré-étude et ma vision de médecin généraliste. Par exemple, je me souviens avoir insisté lors de l'interview n°5 car le médecin interrogé me disait ne pas avoir de ressenti particulier face à ces patients.

d) Biais de désirabilité sociale ou biais de sincérité

Ce biais se détermine par le fait qu'une personne interrogée a tendance à se montrer sous une facette positive. On peut supposer que certains médecins ont retenu leur propos. Par exemple, le fait que le médecin généraliste peut avoir une tendance à se moquer de ces patients n'est exprimé que par un médecin alors que dans mes échanges hors interviews cela a été évoqué assez fréquemment.

2) Interprétation et discussion des résultats

a) Définitions et représentations de l'hypochondrie

Nous avons constaté dans nos résultats une grande variabilité de la prévalence de l'hypochondrie selon les médecins interrogés allant de moins de 1% à 20%. Nous allons comparer nos résultats avec les données de la littérature disponible et essayer de mieux comprendre l'hypochondrie avec les avis d'experts.

Deux supports théoriques psychiatriques donnent une définition de l'hypochondrie le DSM IV et la CIM-10 :

- l'hypochondrie est définie par le DSMIV [3] selon sept critères :
 - 1) Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques.
 - 2) Préoccupation qui persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant.
 - 3) Croyance exposée dans le critère 1 qui ne revêt pas une intensité délirante (comme dans le trouble délirant, type somatique) et ne se limite pas à une

préoccupation centrée sur l'apparence (comme dans le trouble : peur d'une dysmorphie corporelle).

- 4) Préoccupation qui est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- 5) La durée de la perturbation est d'au moins six mois.
- 6) Préoccupation qui n'est pas mieux expliquée par une anxiété généralisée, un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble panique, un épisode dépressif majeur, une angoisse de séparation ou un autre trouble somatoforme.
- 7) Un sur-diagnostic.

- Les critères diagnostiques proposés par la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10) [9] reposent sur deux éléments :

- 1) la conviction d'être atteint d'une ou de plusieurs maladies somatiques graves, fondée sur la présence de symptômes persistants.
- 2) le refus par le patient d'accepter les conclusions rassurantes des médecins confirmant l'absence de toute maladie somatique.

Dans son texte sur l'hypocondrie, le Pr Jean Oury [2], nous aide à mieux comprendre le mécanisme de l'hypocondrie. Il y précise que l'hypocondriaque est dans le questionnement interne. L'hypocondriaque s'interroge sur ce qui se passe à l'intérieur de son corps, ce qui le pousse à vouloir des investigations toujours plus invasives (imagerie, endoscopie, exploration chirurgicale en dernier recours). Mais l'hypocondrie ne se résume pas à une personne ayant la conviction d'avoir une maladie grave et demandant toujours plus d'examen complémentaires. La sensation physique qu'il ressent devient un objet exclusif d'attention où un organe, une fonction prend le rôle de persécuteur qu'il doit surveiller et contrôler. La plainte rythme sa vie, la douleur ressentie est donc réelle et invalidante.

Si nous comparons les deux définitions (empirique données par les médecins généralistes et théorique fournies par le manuel et les experts) nous constatons :

→ Des similitudes :

- la crainte d'une maladie grave non objectivée par les examens réalisés.

- l'interprétation erronée de signe physique qui se traduit chez les médecins interrogés par le fait d'assimiler un symptôme à une maladie.
- le phénomène d'amplification de la douleur.
- Le fait que l'hypocondrie provoque une souffrance réelle du patient et altère son fonctionnement social.
- La difficulté à rassurer le patient.

→ Des différences :

- La notion de la durée nécessaire pour conclure à une hypocondrie («au moins 6 mois » dans le DSM IV [3] et « symptômes persistants » dans la CIM-10 [9]) n'est pas directement abordée dans les interviews même si elle apparaît indirectement lors de la question sur l'identification des hypocondriaques. Un des critères pour le diagnostiquer est la répétition et la fréquence des consultations.
- Dans 2 interviews sont évoquées des « plaintes imaginaires » et l'apparition de symptômes car « il ne se sent pas bien ». Ce qui s'éloigne de la définition théorique du DSM IV [3] de l'hypocondrie et correspond plus à une somatisation réelle.

Il me semble pertinent de revenir dès maintenant sur la distinction entre l'hypocondrie et la somatisation puis l'hypocondrie et l'anxiété. Cette clarification peut nous aider à mieux définir et comprendre l'hypocondrie car les limites ne sont pas toujours très claires.

Quelle est la différence entre la somatisation et l'hypocondrie ?

L'hypocondrie est considérée comme un trouble somatoforme mais elle est différenciée de la somatisation principalement par le fait que dans l'hypocondrie, la crainte est centrée sur la peur d'avoir une maladie ou un problème de santé alors que dans la somatisation l'origine des douleurs n'est pas liée à cette peur. Elle est plutôt l'expression d'une souffrance intrapsychique ou psycho-sociale et se traduit par une maladie le plus souvent objectivable par le médecin (un urticaire par exemple). Une des grandes différences entre les deux troubles est que dans la somatisation le patient ne niera pas et acceptera la composante psychologique sur le ressenti de sa douleur alors que pour l'hypocondriaque cette idée est insupportable.

Quelle est la différence entre l'anxiété et l'hypocondrie, existe-t-il un lien entre les deux ?

Dans la définition du DSM IV, il est mentionné que « la préoccupation n'est pas mieux expliquée par une anxiété généralisée » [3].

Tous les médecins généralistes interviewés font le lien entre l'hypocondrie et les troubles anxieux et c'est exact. Dans le sens où l'immense majorité des patients hypocondriaques présente un trouble anxieux mais l'inverse n'est pas vrai.

Représentation restrictive ou élargie de l'hypocondrie ?

En étudiant la littérature, le premier constat est que les chiffres de prévalence de l'hypocondrie sont très variables d'une étude à l'autre.

Nous avons trouvé deux études étudiant la prévalence de l'hypocondrie selon les critères du DSM IV :

- Une étude allemande réalisée en 2007 conclut à une prévalence de 0,4% [10].
- Une étude anglaise de 1998 donnait une prévalence de 3,5% [11].

Et une étude française IFOP réalisée en 2013 auprès de la population française révèle que 13% disent avoir peur d'être atteint d'une maladie grave en l'absence de symptômes [12].

Deux médecins donnent des pourcentages qui se rapprochent de l'étude anglaise (M1, M5). Il est intéressant de constater que ces deux médecins donnaient une définition proche de celle du DSM IV.

Deux autres médecins décrivent une fréquence moindre avec des pourcentages inférieurs à 1% (M3, M7) ce qui correspond donc plus à l'étude allemande. Ces médecins ne comptabilisent que les formes sévères d'hypocondrie en se refusant d'intégrer des formes qu'on pourrait dire plus légères car pour eux cela relevait plus de l'anxiété liée à la santé que de l'hypocondrie.

Enfin, trois médecins donnent des pourcentages plus élevés que la réalité, soit entre 10 et 15% (M2, M6, M8) voire même 20% (M4) ce qui représente une surestimation importante du nombre d'hypocondriaques dans leur patientèle par rapport aux études sur base du DSM IV ; ils sont plus proches de l'étude IFOP et donc d'une définition plus « populaire » de l'hypocondrie.

Cette surreprésentation semble être liée au paragraphe 6 du DSM IV « préoccupation qui n'est pas mieux expliquée par une anxiété généralisée, un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble panique, un épisode dépressif majeur, une angoisse de séparation ou un autre trouble somatoforme » ou vraisemblablement la frontière n'est pas claire pour ces médecins.

On peut aussi émettre l'hypothèse que pour ces médecins, la surestimation est liée à la fréquence importante des consultations de ces patients et au fait qu'ils leur demandent plus d'efforts que d'autres.

Dès lors, que pouvons-nous en conclure et quelles sont les conséquences sur ce TFE ?

Nous pouvons déduire des réponses des praticiens un fait : pour les médecins généralistes il n'y a pas une définition unique de l'hypocondrie mais plusieurs, conditionnant chez eux diverses représentations de la maladie.

La définition théorique fournie par le DSM IV est utile et correspond au « vrai » hypocondriaque, à une atteinte sévère qui relève plus d'une approche psychiatrique et ne concerne qu'un petit nombre de nos patients (entre 0,4 et 3,5%).

Il existe plus fréquemment des formes plus légères que l'on devrait plutôt qualifier d'anxiété pathologique liée à la maladie, qui sont présentes à des degrés différents et correspondent à une réalité de la pratique du médecin généraliste.

Le Pr Jean Pierre Olié, psychiatre à Hôpital Sainte-Anne résume bien la situation en disant: "Il existe deux types d'hypocondrie : l'hypocondrie délirante, forme grave mais rare, représente 1% des cas d'hypocondrie ; l'hypocondrie non délirante est une forme extrême d'anxiété cristallisée sur le thème de la santé ou de la maladie, où le sujet n'arrive pas à se rassurer durablement sur son état de santé » [13].

Comme le constate le Dr. Abela dans son article paru dans la revue médicale suisse, la tendance actuelle va vers un élargissement de la définition de l'hypocondrie [6].

Il est intéressant de souligner que dans la dernière version du manuel classifiant les pathologies psychiatriques, le DSM V, le terme hypocondrie a disparu et il a été remplacé par « troubles d'anxiété liés à la maladie » [4]. C'est une définition plus large de ce trouble mais qui reste malgré tout très floue. Cette approche du DSM-V a d'ailleurs été critiquée par la revue Prescrire qui dénonce la banalisation de la prescription de psychotropes liée à un abaissement du nombre de critères diagnostiques par rapport au DSM-IV [14].

Le but de notre travail est d'aider les médecins généralistes à mieux prendre en charge ces patients et nous nous devons d'apporter des solutions pour toutes les formes d'hypocondrie.

Dans ce travail, nous allons donc traiter *des hypocondries* plutôt que *de l'hypocondrie* au sens psychiatrique du terme.

b) État des lieux de l'intérêt et de la formation du médecin généraliste sur l'hypocondrie

Dans les résultats nous avons souligné l'unanimité des participants à considérer l'hypocondrie comme un sujet d'importance, du manque de formations spécifiques durant les études ou via les séminaires de formation continue et de l'intérêt de les intégrer dans des cours de psychologie en médecine générale.

Cependant, ils estiment globalement aider ces patients par l'expérience de terrain qu'ils acquièrent.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études évoquant ces notions mais dans son audio le Dr. Saraga dit que le patient hypocondriaque « doit avoir la chance de pouvoir trouver un médecin compréhensif » [6].

J'interprète cette phrase comme étant révélateur d'un manque de formation des médecins.

Selon moi, même si le caractère du médecin joue sûrement un rôle, le patient hypocondriaque doit surtout avoir « la chance » de tomber sur un médecin formé à ce genre particulier de prise en charge.

Le médecin généraliste est en première ligne avec ces patients et une bonne prise en charge relève de sa responsabilité. Une formation serait donc souhaitable afin que les médecins soient mieux préparés, à la fois pour les identifier et les aider au quotidien.

c) Identification des traits caractéristiques de l'hypocondriaque

Dans son livre « Le modèle de l'hypocondrie » le Dr. Pilowsky décrit les critères d'identification suivant [15] :

- Crainte de la maladie
- Résistance à la réassurance
- Acceptation versus rejet de l'origine psychologique des symptômes
- Inhibition émotionnelle
- Troubles affectifs à type de dépression ou anxiété
- Tendances à attribuer les difficultés à la maladie et à nier le rôle du stress
- Irritabilité (difficultés interpersonnelles)

Le Pr. Marc Ledoux avance qu'il y a un « style hypocondriaque » qui permet au médecin généraliste d'évoquer assez rapidement cette hypothèse lors d'une consultation [1].

Quel est ce style hypocondriaque ?

Le patient hypocondriaque aborde la consultation de manière déterminée.

Il vient avec une plainte qui l'obsède, pour laquelle il s'est déjà renseigné et connaît souvent le langage médical.

On sent bien dans ses remarques qu'il pratique le nomadisme médical et qu'il est très au fait des explorations complémentaires.

Il teste rapidement le médecin sur ses connaissances médicales, il observe et repère très vite les hésitations, rebondit sur les questionnements et n'hésitera pas à confronter les avis des différents médecins consultés. Les rôles lors de la consultation sont en quelque sorte inversés. C'est l'hypocondriaque qui imprime le rythme à la consultation en posant les questions tout en sachant que son médecin n'aura pas la réponse qu'il attend (« êtes-vous sûr à 100% ? »).

Il est réticent au discours rassurant et même paradoxalement cela le rend encore plus inquiet.

Il n'hésitera pas à rentrer dans un rapport de force avec le médecin sur le savoir de sa maladie.

Il met en difficulté le médecin généraliste qui ne sait pas comment réagir, partagé entre une approche médicale ou une approche psychologique face à ce trouble.

Le M1 avait évoqué un trait narcissique chez le patient hypocondriaque.

Antoine Spath parle de narcissisme négatif chez le patient hypocondriaque [8]. Il présente une passion pour son corps même si elle est marquée par la négativité dans le but d'une reconnaissance de la maladie auprès de son entourage.

Toutes ces caractéristiques ont été soulignées par les médecins interviewés, l'apport de notre travail à ce niveau est plus dans la priorité des critères et des solutions pratiques apportées.

Existe-t-il des facteurs déclencheurs de l'hypocondrie ?

Il peut être intéressant de répondre à cette question car cela pourrait faire partir de notre étude et être un argument supplémentaire pour identifier le patient hypocondriaque.

Le M2 et M7 disent avoir remarqué que chez beaucoup de leurs patients hypocondriaques, il y avait des antécédents familiaux de pathologies sévères souvent diagnostiquées trop tardivement.

Il existe également une réflexion sur le rôle des médecins et plus largement de la médecine occidentale qui pourrait à son insu entretenir l'hypocondrie (3).

L'accès à l'information sur internet pourrait être un facteur déclencheur de l'hypocondrie (2).

Le psychologue Antoine Spath s'interroge sur la genèse de l'hypocondrie et identifie plusieurs facteurs déclencheurs [8].

On retrouve, comme dans nos interviews, certains facteurs :

- Le rôle d'une confrontation à la mort d'un être cher suite à une maladie grave ou un décès brutal.
- La responsabilité de la quantité d'informations en libre accès via internet ou d'autres médias : une recherche sommaire suite à l'apparition d'un symptôme banal aboutit inmanquablement à un affichage de maladies graves potentielles.
- Une médecine occidentale qui favorise le morcellement du corps, organe par organe.
- Une société moderne de plus en plus axée sur l'hygiène de vie où le maintien d'une « bonne santé » est une nécessité.

➔ Pour résumer ces 3 derniers points, il conclut que la société moderne n'est pas faite pour apaiser l'hypocondriaque.

Dans ses études, après avoir observé des générations d'hypocondriaques dans une même famille, il se pose également la question d'une origine génétique de l'hypocondrie. Il réfute vite cette hypothèse en justifiant ce phénomène par la contagiosité naturelle de l'anxiété.

Dans son livre le Dr. Cathebras pose le même constat en soulignant « que face à ces symptômes médicalement inexplicables, longtemps on a pensé qu'avec les progrès de la science cela permettrait de les faire baisser. Mais nous constatons à ce jour qu'ils augmentent parallèlement aux progrès de la biomédecine et qu'ils vont de pair avec la médicalisation de la société » [7].

d) Les difficultés rencontrées et les conséquences sur le ressenti des médecins

Deux notions me semblent essentielles :

- **La difficulté à rassurer :**

Dans nos résultats, la difficulté à rassurer le patient revient dans toutes les parties.

Elle permet de définir et d'identifier le patient hypocondriaque tout en représentant la principale difficulté rencontrée par le médecin généraliste dans sa prise en charge.

Tout d'abord, la difficulté à rassurer va permettre de déterminer le degré de sévérité de l'hypocondrie. Plus le patient résistera à l'argumentaire du médecin plus l'hypocondrie pourra

être considérée comme sévère ce qui conditionnera les moyens mis en œuvre pour la prise en charge.

Rassurer un patient hypocondriaque est chronophage et énergivore pour le médecin généraliste entraînant lassitude et frustration.

Dans son article « Le praticien en échec ? conception actuelle sur l'hypocondrie », le Dr. Abela décrit ce risque en avançant que « *le refus du patient à se laisser rassurer par son médecin au sujet d'une maladie inexistante, apparaît comme une menace d'échec pour le praticien* » et représente « *une source de frustration pour le médecin* » [6].

- **L'insécurité dans la relation thérapeutique :**

Cette insécurité est directement liée au patient hypocondriaque mais pas seulement.

Notre formation nous a enseigné des procédures de soins logiques. Notre premier réflexe est donc de les appliquer. Mais très vite, ces procédures montrent leurs limites et elles peuvent même être remises en cause par le patient, doutant du bien fondé de notre expertise.

L'hypocondriaque vient ébranler ce qui nous sécurise dans la prise en charge de nos malades. Le premier réflexe est donc de résister en réaffirmant notre place « de celui qui sait » mais le léger doute instillé par le patient peut parasiter notre réflexion. Tout d'un coup, l'objectivité de l'examen clinique n'est plus aussi claire et la peur de l'erreur diagnostic arrive...

Le patient n'est pas dans « une relation passive », il peut argumenter, refuser un traitement en évoquant les effets secondaires voire même le critiquer, être insistant dans ses demandes d'examen.

Un dialogue intérieur peut se mettre en place pendant et après la consultation remettant en question notre positionnement. Dans un même temps, la question de la perception du malade de notre possible « flottement » peut devenir prégnante, car toute faille pourra être exploitée par lui.

Donc finalement, lors de cette consultation les deux personnes s'observent. Le risque est de ne pas garder sa place en étant envahi de sensations diverses allant de l'étonnement à l'agacement.

On voit bien comment l'insécurité se construit du côté du soignant et du malade et qu'il est parfois compliqué de rester dans une attitude sereine.

Le recul est donc nécessaire pour se déprendre de cette forme d'emprise du malade sur le médecin. Il peut donc être intéressant de garder des discours très déterminés, d'employer des mots simples, des phrases courtes par exemple comme pour baliser les limites.

Le patient reste dans la subjectivité de son ressenti qui lui enlève souvent tout discernement.
Le médecin quant à lui doit rester dans son rôle, faire son travail de médecin.

e) Proposition de prise en charge du patient hypocondriaque en médecine générale

1) Identifier le patient hypocondriaque.

Cela sera possible grâce aux critères d'identification retrouvés dans nos résultats. Quant au débat sur la durée nécessaire avant de poser le diagnostic, mon avis est que le médecin doit faire confiance à son intuition, celle-ci arrive généralement assez vite.

2) Évaluer le degré de sévérité de l'hypocondrie.

Nous avons vu qu'il existe différentes formes d'hypocondrie allant d'une anxiété liée à la maladie à une hypocondrie sévère qui conditionnera les moyens de prise en charge mis en place.

Cette évaluation sera permise par les critères suivants :

- Résistance du patient à être rassuré.
- La durée et le degré d'envahissement du patient et l'impact sur sa vie sociale et familiale.

3) Outils et conseils de prise en charge en médecine générale.

- L'importance de l'attitude du médecin généraliste.

Le patient hypocondriaque est méfiant envers son médecin et nous avons vu qu'il y a un risque d'entrer dans un rapport de force avec ces patients. De cette relation difficile va émerger des ressentis négatifs chez le médecin. Il est donc essentiel de se préparer à ne pas tomber dans ce piège. Il faudra :

- > Prendre la plainte au sérieux en réalisant une bonne anamnèse et un bon examen clinique et les examens complémentaires jugés nécessaires.
- > Faire attention au langage non verbal (3) car comme le dit Antoine Spath « tout signe de malaise ou d'inconfort est précurseur d'un sentiment de méfiance ».
- > Rester empathique et prendre conscience de leur souffrance.
- > Faire preuve de patience et ne pas s'énerver lorsqu'une tension s'installe.

- > Définir le profil de notre patient hypocondriaque et savoir quels types d'arguments sont les plus efficaces pour le rassurer (rationnel vs émotionnel).

A ces mesures vient s'ajouter la nécessité de montrer une certaine assurance et une continuité dans la prise en charge pour ne pas laisser place à trop d'interrogations. Le Dr. Abela écrit « *Une attitude de tranquille neutralité et de disponibilité stable, sans oscillations qui seraient immanquablement interprétées comme porteuses d'un sens particulier par le patient, aura souvent un effet profondément rassurant.* ».

- La gestion des examens complémentaires et des demandes d'avis spécialisés.

La gestion des demandes du patient hypocondriaque se fait au cas par cas, en fonction des symptômes décrits, de notre anamnèse et de notre examen clinique, des bilans déjà réalisés et en pesant la balance bénéfique/risque à chaque fois, pour chaque examen envisagé.

Mais pourquoi le patient hypocondriaque demande-t-il autant d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés ?

Nous l'avons vu précédemment, l'angoisse de l'hypocondriaque se porte sur ce qui se passe à l'intérieur de son corps, sur quelque chose qui ne se voit pas, où un organe, une fonction prend le rôle de persécuteur. Il est convaincu de cette menace et dépensera toute son énergie pour trouver le mal responsable. Dans cette logique il voudra grossir de plus en plus la focale sur ce mal, et cela passe par des examens de plus en plus invasifs.

Refaire un examen déjà fait ? Oui, car l'erreur d'interprétation est toujours possible.

Évoquer une énième fois sa plainte en consultation ? Évidemment, peut-être existe-t-il un nouvel examen disponible dans cette médecine en constante évolution.

Consulter de multiples spécialistes ? Bien sûr, peut-être va-t-il enfin trouver celui qui va comprendre son mal !

En 1950, Mickael Balint faisait remarquer que les médecins se sentaient beaucoup plus coupables d'avoir manqué un diagnostic organique même sans conséquence thérapeutique que d'avoir contribué à entretenir une névrose. Il considérait que cela résultait de l'orientation de la formation. On est formatés pour acquérir des connaissances théoriques et techniques et avoir un avis d'expert. Cela ne laisse pas la place à la mise en avant de la connaissance des troubles fonctionnels et l'apprentissage de la limitation des explorations. La judiciarisation du système de soins n'arrange pas ce constat car il ne sera jamais reproché au médecin « la spirale iatrogène des investigations » [16].

- Rediriger le patient vers une psychothérapie.

Même si ce n'est pas chose facile, il faudra essayer de pousser le patient vers une psychothérapie qui sera essentielle pour avancer plus loin dans la prise en charge.

Le choix entre un psychologue ou un psychiatre est subjectif mais se fera principalement en fonction de l'intensité de l'hypocondrie.

Dans sa conférence le Pr. Marc Ledoux souligne que la question de la consultation chez un psychiatre est souvent mal perçue, sa plainte ressentie est vraie et l'idée même d'une possible origine psychologique est insupportable [1]. Sa plainte rythme son quotidien et devient son moteur, sa raison de vivre et il reviendra systématiquement à sa plainte initiale.

Il préférera en dernier recours reporter la faute sur le monde médical plutôt que d'accepter une approche plus psychologique lorsque le médecin mettra une limite aux investigations.

Il existe donc un risque que le patient ne l'accepte pas et qu'il change de médecin pour continuer à explorer sa plainte liée à la certitude d'une maladie sous-jacente mais il faudra malgré tout essayer de l'amener sur cette voie.

Le psychologue Antoine Spath rajoute que la relation entre un psychologue et un patient hypocondriaque est marquée par une forme de méfiance et d'insécurité. Le patient hypocondriaque considère que la composante psychologique évoquée par son médecin généraliste est une sorte de subterfuge visant à masquer l'ignorance du praticien [8].

Le Dr. Cathébras conseille d'amener la piste de la psychogénèse du symptôme sans montrer un signe d'abandon au patient [7].

- L'importance du travail en réseau.

Nous venons d'évoquer le but d'amener le patient à entamer une psychothérapie qui représente un premier réseau évident et essentiel. Mais les médecins interrogés donnent d'autres intervenants pouvant participer à la prise en charge (sophrologue) avec pour principal objectif d'aider les patients à mieux gérer leur anxiété et comme le dit le M5 de « l'entourer » pour qu'ils se sentent accompagnés.

Les médecins généralistes ne sont pas les seuls à évoquer ces pistes le Dr. Saraga conseille le recourt à la relaxation, la méditation ou la consultation d'un physiothérapeute pour travailler sur son ressenti corporel si le patient est ouvert à ces pratiques [5].

- La mise en place d'un traitement médicamenteux et la question de l'introduction des antidépresseurs.

Nous avons vu que les médecins interrogés n'évoquent pas spontanément les traitements médicamenteux dans la prise en charge et les pistes suggérées (homéopathie, anxiolytique, Valériane) ne sont pas assez représentatives pour en faire une recommandation.

On pourrait être étonnés que les traitements antidépresseurs ne soient pas mentionnés par les médecins car plusieurs études auraient montré leur efficacité mais à s'y pencher de plus près cela n'a rien d'étonnant.

La composante dépressive concernera les cas les plus sévères, réfractaires aux discours rassurants, qui vont finir par s'épuiser. Cet épuisement peut engendrer une dépression plus ou moins sévère. Cela ne concernera donc qu'un pourcentage faible de nos patients hypocondriaques qui seront généralement suivis en psychiatrie.

- Organisation du cabinet.

La fatigue et le manque de temps, qui concerne tous les médecins, sont des facteurs supplémentaires de risque d'altération de la prise en charge. C'est pour cela que nous conseillons de recevoir ces patients sur rendez-vous, avec un temps de consultation allongé (mais pas trop) et dans un moment favorable à une bonne condition psychologique.

V) CONCLUSION

La prise en charge du patient hypocondriaque est un véritable défi pour le médecin généraliste. Comme nous l'avons dit précédemment, le patient hypocondriaque irrite son médecin par le sentiment d'impuissance qu'il lui transfère. Ce ressenti rend difficile la relation thérapeutique car la confiance n'existe pas, le raisonnement n'a pas de prise et le patient est méfiant. Le médecin est poussé dans ses retranchements et le pire est de rentrer dans une relation conflictuelle.

Pour cela, Il est donc conseillé de les recevoir sur rendez-vous, dans de bonnes conditions, c'est-à-dire si possible de bonne humeur, en bonne condition physique et avec un temps allongé de consultation. Le médecin ne doit pas rentrer dans le « jeu » de l'hypocondriaque, il doit essayer de rester en dehors de ce rapport de force, en gardant la distance nécessaire avec un discours constant, cohérent au fil des consultations.

Nous devons être capables d'écouter ses questionnements et d'accepter l'impuissance qu'ils nous renvoient.

Il faut prendre ses plaintes au sérieux car il existe une réelle souffrance, rester le plus professionnel possible, ne pas sauter les étapes, demander les examens complémentaires qui nous semblent justifiés. Lorsque nous avons exploré la plainte de manière appropriée, nous devons absolument limiter les explorations qui peuvent se révéler néfastes pour le patient (iatrogénie des examens). Il ne faut pas oublier que ces patients luttent contre une possible dépression et que l'objectif est de les amener à consulter un psychologue ou un psychiatre.

Le médecin généraliste ne peut pas être seul face à ce type de patient, le fait d'intervenir à plusieurs est essentiel, d'où l'importance du réseau de soins.

La formation des médecins à la prise en charge du patient hypocondriaque aurait pour but non pas de soigner le patient dans le sens médical du terme mais de soutenir le médecin.

En soutenant le médecin, elle permettrait alors d'être dans un accompagnement plus serein.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] M. Ledoux (philosophe, docteur en sociologie, psychanalyste). « **Commentaire de Marc Ledoux du texte de Jean Oury sur l'hypocondrie paru dans L'apport freudien. Élément pour une encyclopédie de la psychanalyse.** », Elne, Congrès du groupe Szondi, Février 2020. Available from : <https://www.szondi.fr/leopold-szondi-pour-uneanthropopsychiatrie/lhypocondrie/>
- [2] Texte de J. Oury (professeur en psychiatrie) paru dans **L'apport freudien. Éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse**, Paris, 1998.
- [3] American psychiatric association. **DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**. Paris, Masson; 2005.
- [4] American psychiatric association. **DSM-V : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, American Psychiatric Association. Paris, Masson, 2015.
- [5] M. Saraga. **Gros plan sur l'hypocondrie**, Radiotélévision suisse (RTS), Mars 2017
Available from : <http://www.avisdexperts.ch/videos/view/6634>.
- [6] A. Abella, A. Garcia. **Le praticien en échec ? Conceptions actuelles sur l'hypocondrie**. Revue médicale suisse, 2007, Available from : <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-124/32173>.
- [7] P. Cathébras., **Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués**. Paris, Masson, 2006.
- [8] A. Spath, M. Caroline. **Tu crois que c'est grave ?**. Paris, Larousse, Avril 2021.
- [9] **Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. CIM-10**. OMS, Paris, Masson, 1994.
- [10] Bleichhardt G, Hiller. **Hypochondriasis and health anxiety in the German population**. Br J Health Psychol. 2007 Nov;12(Pt 4):511-23. doi: 10.1348/135910706X146034.
- [11] Escobar JI, Gara M, Waitzkin H, Silver RC, Holman A, Compton W. «**DSM-IV hypochondriasis in primary care** », *Gen Hosp Psychiatry*, 1998, p. 155–159.
- [12] **Les Français, l'information santé et la peur de la maladie**. Étude Ifop/ Capital image, Juillet 2013. Available from : https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2527-1-study_file.pdf
- [13] J. Olié, **Hypocondriaques ou cybercondriaques, un faux débat ?** Capital Image, Février 2014. Available from : <http://www.capitalimage.net/rp-et-communication/hypocondriaques-ou-cybercondriaques-un-faux-debat/46/>
- [14] **DSM-V: au fou!** Prescrire, 1 sept 2010.

[15] I. Pilowsky. **The concept of abnormal illness behavior.** Psychosomatic, 1990

[16] M. Balint. **Le médecin, son malade et la maladie.** Paris, Fayot, 1980 .

ANNEXES

Guide d'entretien

- 1/ Pour vous, quelle est la définition de l'hypocondrie ?

- 2/ a) Estimez-vous que c'est un type de patient fréquemment rencontré en médecine générale ?
b) Environ quel pourcentage de votre patientèle ?
c) Est-ce un sujet important à traiter selon vous ?

- 3/ a) Estimez-vous avoir été formé à la prise en charge du patient hypocondriaque durant vos études ou après ?
b) Une formation sur la prise en charge de ces patients aurait elle était utile selon vous ?

- 4/ Comment identifiez-vous un patient hypocondriaque lors de la consultation ?

- 5/ Quels sont les obstacles que vous rencontrez lors de la consultation avec ces patients ?

- 6/ Quelle est votre approche sur la gestion des demandes d'examens complémentaires du patient hypocondriaque ?

- 7/ Quels sont vos ressentis lors de la prise en charge d'un patient hypocondriaque ?

- 8/ Quels sont vos conseils pratiques pour la prise en charge d'un patient hypocondriaque ?

- 9/ Estimez-vous prendre en charge correctement ces patients ? Si, non : pourquoi ?

- 10/ Avez-vous des remarques sur cette interview ou est-ce que voulez-vous rajouter d'autres notions qui vont sembler importantes à traiter sur l'hypocondrie en médecine générale ?

Les interviews

Interview n°1

I : Bonjour, Nous allons commencer l'interview dans le cadre de mon TFE dont le sujet principal est l'évaluation de la prise en charge du patient hypocondriaque par le médecin généraliste et l'appréciation de son ressenti face à ce patient particulier.

Donc, ma première question est : quelle est votre définition de l'hypocondrie ?

M1 : Je vais quand même être honnête. Je vais avouer. J'ai été relire la définition parce que je savais qu'on allait parler de ça, juste ça. Donc, le patient hypocondriaque est un patient qui est envahi par une crainte excessive, une croyance excessive qu'il a une maladie au niveau interne, alors que les examens sont vraiment rassurants. Que l'on n'objective pas de maladies organiques, donc c'est vraiment un problème. C'est une croyance excessive, une crainte excessive qu'il y ait une maladie en dessous et qu'il se passe quelque chose. D'où une demande de reconnaissance et une demande d'examens pour trouver absolument un diagnostic qui correspond à ce que le patient ressent. Il a souvent au départ une petite douleur, un problème fonctionnel. Et puis, cette douleur est amplifiée (dans la subjectivité) du patient qui veut attribuer ça à quelque chose, à un problème qu'on doit pouvoir résoudre.

I : Dirais-tu que la douleur est réelle ou que ça se rapprocherait plutôt des troubles somatoformes ou même de la somatisation ?

M1 : Je ne pense pas que l'on peut (hésitation...). Pour moi, c'est plutôt des troubles somatoformes, c'est plutôt lié à ça. On est plutôt dans le registre de la petite gêne que de la douleur intense, comme on voit par exemple dans les syndromes douloureux chroniques ou le syndrome douloureux régional complexe où là je pense qu'il y a une douleur réelle avec un phénomène d'ancrage cérébral de la douleur. Mais ici, on est plutôt dans une gêne au départ, mais qui est amplifiée par une crainte. Donc, on est assez proche, notamment des troubles obsessionnels compulsifs, où le patient est quelque part un peu obsédé de façon très consciente par ce problème-là qui est là et qui équivaut, qui envahit complètement son champ de conscience. Donc, il a du mal à se détacher de ça. Et ça envahit sa vie. Ça envahit son fonctionnement social, professionnel parfois. Il veut vraiment, absolument trouver quelque chose qui explique cette gêne, cette douleur.

I : Est-ce que tu estimes que c'est un type de patient que l'on rencontre fréquemment en médecine générale ?

M1 : Je n'ai pas de chiffres, mais quand même, oui. Je ne saurais pas donner un chiffre en

pourcentage parce qu'il y en a (hésitation...) un peu hypocondriaques, et puis parfois beaucoup, à la folie. Mais oui, c'est quand même quelque chose qu'on voit et c'est très, très multiforme. La plainte au départ peut être une douleur abdominale. Ou peut-être un symptôme plutôt neurologique. Ça peut être une douleur articulaire, ça peut être une fatigue, ça peut être ... Enfin ça va un peu dans tous les sens. Donc oui, c'est quand même assez fréquent.

I : Pouvez-vous essayer d'évaluer un pourcentage plus ou moins global ?

M1 : Je dirais 5%.

I : Est-ce un sujet important de traiter pour la médecine générale ?

M1 : En tout cas, il faut y être sensibilisés. Parce que le grand risque, évidemment, c'est une hyper médicalisation outrancière. Avec des dommages collatéraux, lié à la iatrogénicité des examens et des diagnostics que l'on pose. Face à des patients qui ont peut-être même tendance à surconsommer. À voir plusieurs médecins, à aller voir beaucoup de spécialistes qui eux-mêmes se renvoient la balle : le spécialiste A n'a pas d'interprétation par rapport aux troubles exprimés par le patient et alors on renvoie le patient vers un spécialiste B. Et ça fait un peu ricochet comme ça. Les patients sont preneurs de ça. Et puis parfois, on trouve de façon fortuite des maladies qui n'ont rien à voir avec le trouble exprimé au départ. Donc, on va sur traiter des problèmes qui n'ont pas besoin de l'être. Donc, on doit être sensibilisé à ça parce que sinon, on provoque des dégâts collatéraux vraiment importants. On renforce le patient dans sa croyance qu'il a une maladie et donc on doit vraiment être dans une démarche de ce qu'on appelle la prévention quaternaire pour éviter des problèmes liés à un sur diagnostic et à un sur traitement qui n'ont pas lieu d'être.

I : Est-ce que tu estimes avoir été formé à la prise en charge du patient hypocondriaque, durant les études ou même après, à travers des séminaires ou des formations ?

M1 : Honnêtement, pas du tout. Je suis sorti il y a plus de 20 ans. C'est quelque chose que j'ai appris vraiment sur le terrain et parce qu'on en voit assez souvent et qu'on est fort dépourvu justement. Au tout début, on a un peu le réflexe de technicien et on veut trouver effectivement un diagnostic qui explique le trouble et on est très frustré parce qu'on n'en trouve pas. Donc non, on n'est pas clairement formés à cette prise en charge.

I : Et donc pour toi avoir une formation durant les études ou même après serait quelque chose d'intéressant pour la future génération de médecins ou même pour les médecins en exercice actuellement ?

M1 : Oui, vraiment ! On sent bien, on voit bien que (hésitation...), quand on est étudiant en médecine, on espère être le bon technicien qui va pouvoir répondre à tous les problèmes. Et

puis, dans la pratique, on voit qu'on n'a pas réponse à tout et qu'on doit faire aussi preuve d'humilité et qu'on doit comprendre, avoir d'autres clés de lecture que « maladie, symptôme. Maladie, remède ». On doit avoir d'autres clés de lecture, sinon on arrête ce métier là ou alors on fait médecin conseil à la mutuelle. Bon, c'est autre chose. Mais si on ne se détache pas par rapport à ça, si on ne prend pas de distance, on ne peut pas fonctionner.

I : Lors de la consultation, comment identifies-tu un patient hypocondriaque ? Est ce qu'il y a des traits caractéristiques qui font que tu arrives à l'identifier ?

MI : Je pense que (hésitation...) En tout cas s'il y a une plainte somatique, je commence par prendre cette plainte au sérieux. Donc bonne anamnèse, bon examen clinique et éventuellement des examens complémentaires pour dégrossir. Il ne faut pas non plus cataloguer une vraie maladie somatique avec une étiquette d'hypocondrie. Là on est un mauvais médecin. Maintenant, les traits qui me font penser que ce patient-là est un peu, ou beaucoup hypocondriaque, c'est en tout cas un pattern plutôt anxieux. Quelqu'un qui se dit très inquiet par son symptôme. Quelqu'un qui amplifie un symptôme apparemment banal. Quelqu'un qui va consulter souvent, de façon répétée. Donc ce n'est peut-être pas à la première consultation que je vais poser ce diagnostic là, mais c'est à force de voir et de revoir ce patient là et de voir que finalement, tous les examens reviennent de façon négative, ils sont rassurants. Donc oui, pattern anxieux. Un peu obsessionnel, il est très attentif aux détails. Il va nous dire par exemple : "vous avez vu dans ma prise de sang, il y a cette anomalie-là. Est-ce que c'est normal que les globules rouges, les globules blancs il y a ça en qui est en rouge ? Et puis regardez dans ma radio, c'est normal qu'on ait vu ça ?". L'hypocondriaque est quelqu'un qui va être très attentif aux détails. Donc, il faudra le calmer par rapport à ces anomalies mineures qui n'expliquent pas la douleur, la gêne, le trouble exprimé au départ.

I : Quels sont les obstacles que tu rencontres lors de la consultation avec ces patients ?

MI : Mais les obstacles, c'est justement ça, ça prend du temps de rassurer ses patients et de leur dire « écoutez, ce que vous avez, ce n'est pas quelque chose de grave. Il n'y a rien d'inquiétant dans ce que vous avez ». Réassurer le patient prend beaucoup de temps, beaucoup d'énergie. On n'y arrive pas toujours tout seul. Il faut parfois qu'il y ait une convergence dans les différents avis des différents médecins que le patient consulte pour qu'enfin il y croit. Il faut arriver un peu à distraire le patient de son trouble de départ. Il faut qu'il puisse sortir un peu de son nombrilisme parce que c'est vrai que c'est un trait aussi. Il y a l'anxiété et le côté obsessionnel. Et puis, un peu souvent à côté le nombrilisme, ils sont fort centrés sur eux-mêmes, sur leurs problèmes. Donc, quand on arrive à ce que le patient s'ouvre à autre chose,

que lui-même s'ouvre aux autres, s'ouvre à une activité, s'ouvre à un travail, ça permet souvent de sortir de l'angoisse liée aux symptômes.

I : Estimes-tu avoir un bon relationnel avec ses patients de manière générale, ou est-ce plutôt tendu ?

M1 : Si tu poses la question, c'est que c'est susceptible d'être tendu. Oui, parfois, ce sont des gens fatigués. On est parfois fatigué de cette relation où on se dit : " encore lui, encore elle, encore ces symptômes-là qui reviennent, encore cette même plainte. Donc, oui, on peut ressentir une certaine lassitude par rapport à ce genre de patients où il faut répéter les messages, où il faut réinterroger, réexaminer. Enfin, il faut continuer à être médecin. On a tous dans notre histoire de soignants l'un ou l'autre patient qu'on a catalogué d'hypocondriaque. Et puis finalement, on s'est gouré, fourré le doigt dans l'œil jusque loin et découvrir que c'était une autre maladie. Il faut rester prudent. Donc, ça prend du temps et de l'énergie et il faut les convaincre, les rassurer et rester attentifs à ne pas louper le diagnostic rare auquel on n'a pas pensé au départ.

I : Est-ce que tu rajouterais autres choses ou on peut pour considérer que l'on a fait le tour de la question ?

M1 : Oui peut être juste, on se sent (hésitation...), on a parfois du mal à être compris. Quand on dit aux patients " écoutez-moi, je ne vois rien d'inquiétant ». Et puis on reçoit trois semaines après un rapport d'un spécialiste parce que ce patient a consulté un enième spécialiste avec cette même plainte. On se dit voilà ce que j'ai dit, c'est comme si c'était du pipeau ou quoi. Donc voilà fatigue, frustration...

I : Quel est ton approche sur la gestion des demandes d'examens complémentaires ?

M1 : En tout cas, on reste médecin, il y a un bilan minimal à faire. On a des outils qu'il faut utiliser. Il ne faut pas d'emblée banaliser toutes les plaintes. Mais il faut cibler l'examen qui sera rentable par rapport à la plainte au départ. Donc une prise de sang, une imagerie, avec ça on fait déjà beaucoup de choses. Ces deux examens qui peuvent aller assez vite et qui peuvent me permettre de cerner... Donc cibler les examens qui seront rentables. Ni trop, ni trop peu. La bonne mesure dans la mise au point par rapport à la plainte.

I : Ce que je comprends, c'est que ça peut aller facilement à un refus d'examen.

M1 : Ah oui ! Une fois qu'on a fait le tour d'horizon ...(hésitation, souffle)... mais quand on a de très bonnes certitudes qu'il n'y a rien de grave, il faut temporiser la demande de ces patients parce que sinon il y a vraiment un risque d'abus médical et d'effets collatéraux lié à un sur traitement et un sur diagnostic.

I : Est-ce que tu as des conseils pratiques que tu appliques au quotidien à ta

consultation pour prendre en charge ces patients?

M1 : Je pense qu'il faut beaucoup d'écoute malgré tout. Il faut rester empathique par rapport au ressenti de ces patients-là. Sinon, nous, on rate son rôle. Donc oui beaucoup d'écoute. L'examen clinique reste important, même si ça ne prend pas beaucoup de temps. Regarder, palper un ventre, faire bouger le patient, écouter le cœur, prendre des paramètres. Ça fait partie de la réassurance, du fait que le patient se sente pris au sérieux. Est ça c'est vraiment, vraiment important qu'il se sente pris au sérieux. Dire à un patient "vous n'avez rien". C'est la meilleure façon qu'il aille voir ailleurs. Il doit continuer à se sentir pris au sérieux. Parfois, on a des diagnostics un peu fourre-tout. Par exemple les névralgies. C'est un diagnostic qui veut tout dire et qui ne veut rien dire. Je crois que vous avez une maladie. Je crois que vous avez un problème. Vous avez une névralgie. Ça peut faire très mal. Ça peut durer longtemps. Je ne sais pas combien de temps ça va durer. Je crois que vous avez quelque chose, mais en même temps, à part un antidouleur classique du premier palier, il n'y a pas lieu d'aller plus loin. Prendre au sérieux, écouter, examiner. Utiliser quelques diagnostics un peu fourre-tout, c'est un peu ça la prise en charge. Et puis corrélérer avec l'avis des autres collègues par rapport au diagnostic.

I : **On arrive à la dernière question. Est-ce que tu estimes prendre en charge correctement ces patients ? D'une manière générale ?**

M1 : (rire) Question piège !

I : **On peut avoir le sentiment de bien les prendre en charge ou plutôt pas. Question piège mais pas spécialement (rire).**

M1 : (hésitation +++). En tout cas quand les patients reviennent, on se dit qu'ils se sentent quand même écoutés. En tout cas, on pense qu'on répond un peu à leur demande s'ils viennent nous voir, même si c'est la cinquième fois avec la même plainte, c'est qu'ils se sentent à nouveau écoutés et pris au sérieux. Donc voilà, c'est un peu la façon dont on peut dire qu'ils sont bien pris en charge. Parfois, ils vont voir ailleurs aussi quand ils sont vraiment dans cette idée obstinée qui y a quelque chose et qu'ils ne sont pas pris au sérieux. Ils vont voir ailleurs. C'est vrai que ce n'est pas facile de répondre à cette question.

I : **Bon j'avoue, c'est un peu une question piège (rire).**

M1 : C'est un peu la croyance du patient face à la croyance du médecin. Alors, la vérité est un peu au milieu des deux et clairement, il faut trouver le compromis. En tout cas un langage commun. Peut-être pas une vérité commune, mais en tout cas un langage commun entre les deux. C'est ça : que les deux s'écoutent et se comprennent de façon satisfaisante.

I : **Merci beaucoup. Que penses-tu de l'interview ? Y-a-t-il des questions que tu**

souhaiterais rajouter ?

M1 : C'est assez exhaustif, je pense. Je pense que l'hypocondrie... Comment expliquer... le traitement est dans le diagnostic. Parce que faire le diagnostic, c'est déjà commencer le traitement. Et c'est important d'être conscient de ça. C'est un peu comme dans beaucoup de troubles fonctionnels. Tu parles du ressenti du médecin. Tu parles des patients eux-mêmes. Je crois c'est assez large.

I : Merci beaucoup.

M1 : (Discussion en off sur le fait qu'il s'était un peu documenté sur la définition, il rajoute) Entre patient psychosomatique, hypocondriaque, hystérique, trouble fonctionnel... On a parfois tendance un peu à mettre tout dans le même sac. Ce n'est pas toujours évident de faire la distinction entre ces entités-là. C'est pour ça que j'ai relu la définition avant l'interview. Parce que ce n'est pas toujours clair. Mais c'est un sujet intéressant.

Interview n°2

I : On réalise cette interview dans le cadre de mon TFE : c'est une étude qualitative sur l'hypocondrie et plus spécifiquement sur l'évaluation de la prise en charge du patient hypocondriaque par le médecin généraliste et l'appréciation de son ressenti face à ce patient particulier. Ma première question est : quelle est ta définition de l'hypocondrie ? Qu'est-ce que le patient hypocondriaque ?

M2 : Pour moi, un patient hypocondriaque, c'est un patient qui a tendance à voir dans tous ses symptômes des maladies et qui décide de voir le médecin. C'est surtout ça.

I : Est-ce que tu estimes que c'est un type de patients que l'on rencontre fréquemment en médecine générale ?

M2 : Fréquemment, je ne vais pas dire oui, mais j'en ai. Tu me parles hypocondrie, j'en ai au moins 3 ou 4 qui me viennent directement à l'esprit. Ce n'est quand même pas rare, on va dire ça comme ça.

I : Si tu devais estimer un pourcentage (en prenant en compte toutes les formes d'hypocondrie, de la plus légère à la plus sévère) ?

M2 : Je dirais entre 10 et 15%.

I : Est-ce que c'est selon toi un sujet important à traiter pour la médecine générale ?

M2 : Oui, c'est intéressant dans le sens où on n'a pas beaucoup d'informations, on n'a pas de cours de comment les prendre en charge. Et puis voilà, on est toujours un peu mal à l'aise parce qu'on n'a pas envie de couper le lien thérapeutique. On sait qu'ils attendent de nous un

traitement. Mais d'un autre côté, on n'a pas envie de leur dire "Écoutez maintenant, vous abusez. Stop !". Donc, peut être que plus d'enseignement de psychologie sur comment les aborder serait intéressant. Sujet intéressant, oui.

I : Ça rebondit sur la question que j'allais poser, est ce que tu estimes avoir été formée à la prise en charge du patient hypocondriaque durant les études ou à travers des séminaires ?

M2 : Non, non, non (rire).

I : Et est-ce que tu trouverais utile d'avoir une formation sur ce sujet ?

M2 : J'ai déjà répondu : mais oui !

I : Dans ta pratique, comment identifies-tu un patient hypocondriaque lors d'une consultation ?

M2 : Déjà le niveau de stress dans sa manière d'aborder les choses. Ce sont souvent des patients qui sont hyper stressés quand ils décrivent un symptôme. On le voit immédiatement. Ils disent par exemple "Docteur, j'ai ça. Vous vous rendez compte ? Ça pourrait être ça, ça, ça." Et on voit déjà qu'ils sont hyper informés, ils sont déjà allés sur Internet. Ils ont déjà pris plein de renseignements sur leurs petits symptômes. J'ai vu cette semaine une jeune fille, elle me disait " je ne me sens pas bien. J'entends mon cœur battre dans mon ventre. J'ai regardé, ça peut être un anévrisme de l'aorte." Le trop d'informations sur Internet aggrave l'hypocondrie, on va dire ça comme ça.

Et puis la récurrence aussi, le fait qu'ils viennent fréquemment. J'ai une jeune patiente, elle vient dès qu'elle a un petit bobo, dès qu'elle a un petit peu mal aux doigts. Et je me dis : "mais moi à son âge, jamais je ne serais venue chez le médecin pour ce genre de plaintes". Après, il y a parfois aussi l'historique familial. Ça joue aussi. Quand on voit que ceux sont des familles où il y a eu beaucoup de gros antécédents familiaux. Par exemple des néoplasies, des maladies qui n'ont pas été bien diagnostiquées et du coup pour la moindre chose, ils viennent nous voir. Autre chose, ce sont aussi un peu plus des cas "psy", des gens qui sont un peu plus sensibles, dépressifs. Ils sont toujours dans l'excès, dans l'hypersensibilité. Et parfois aussi dans le même registre, des symptômes qui cachent un mal-être profond. J'ai une patiente d'une famille un peu « Baraki », je sais qu'elle m'appelle dès qu'elle a un petit truc. La dernière fois, elle m'appelle en pleine crise et me dit "Ça ne va pas. Je pleure, je ne me sens vraiment pas bien. Je pense que je fais une dépression. J'hyper ventile, ça ne va pas. J'y vais et on a juste parlé de son mari avec qui ça s'était mal passé, ils avaient eu une dispute."

I : Quels sont les obstacles que tu rencontres lors de la consultation avec ces patients ?

M2 : De ne pas toujours répondre à leurs demandes, à leurs attentes. Parfois, ils ont envie

d'avoir des examens complémentaires. Et même si je donne tous les arguments... (coupe sa phrase). Enfin, j'essaie d'être dans le dialogue, d'expliquer pourquoi je ne fais pas tel examen, en gardant le lien thérapeutique, en leur disant que si ça ne va pas on peut se revoir. Mais d'un autre côté, j'ai l'impression qu'en disant ça je renforce aussi la dépendance du patient envers moi. Le manque de temps aussi, parce que parfois, on doit être un peu expéditif. Parfois, si je suis fatigué, je vais plutôt dire : "ok. On va faire une écho quand même."

I : Sur la gestion des demandes d'examens complémentaires, y-a-t-il quelque chose que tu souhaiterais rajouter ?

M2 : Je suis toujours dans l'écoute. Je me dis que s'ils pensent devoir faire une prise de sang ou une échographie, j'essaie de voir pourquoi ils la demandent. Et donc d'évaluer si c'est justifié, à moitié justifié ou pas justifié. J'essaie d'aller dans ce sens-là en disant "écoutez là, je suis d'accord avec vous. Là, je ne le suis pas" et je donne des arguments. Mais j'essaie de ne pas rentrer dans ce cycle demande = traitement, demande = examens complémentaires. J'essaie justement de responsabiliser le patient en disant "là, c'est même dangereux de faire un scanner pour telle ou telle raison. Trop d'examens, ce n'est pas bon pour votre corps". À un moment, j'essaie de leur faire prendre conscience de la situation.

I : Donc ça peut aller vers un refus d'examen si ton approche par le dialogue ne porte pas ses fruits ?

M2 : (Hésitation) Dans un premier temps oui, je pense que je refuse. Enfin, oui, si ça ne me semble pas justifié, je vais toujours refuser. Mais voilà, comme je l'ai déjà dit, peut-être que parfois je suis fatigué, donc je lâche. Je me dis "allez c'est bon, on va lui faire son échographie. Je vais lui prouver qu'il n'a rien (rires)." J'essaie quand même de rester logique dans mon approche. Mais on n'est pas infailible et on ne fait pas toujours ce qu'il faut. Mais on essaye de faire au mieux.

I : Quels sont tes ressentis lors de la prise en charge d'un patient hypocondriaque ?

M2 : Un peu de stress parce que je me dis qu'en fait, quoi que je dise, peut-être qu'il ne sera quand même pas satisfait. Donc je me mets en question. J'anticipe déjà quand je vois le patient arriver. Je sais que c'est un patient qui est un peu hypocondriaque. Il est là et nous dit : "Quand j'ai mal au ventre, j'ai mal à la dent en même temps, il y a un lien, docteur"(pause). Ce n'est pas que j'angoisse mais je me dis qu'il va falloir prendre un peu sur moi. Faire attention à la psychologie, à ce que je vais pouvoir lui dire. Un peu d'appréhension, voilà. Un peu d'appréhension par rapport aux patients. Et c'est vrai qu'à la longue, on peut un peu perdre patience et en avoir ras le bol et en se disant bon il revient toujours, il ne comprend toujours pas. On peut en avoir marre un peu à la longue. Mais j'essaie de ne pas trop le montrer.

J'essaie de le garder pour moi en me disant qu'il a besoin d'être écouté. Mais c'est vrai que la patience a ses limites.

I : As-tu des conseils pratiques au niveau organisationnel que tu appliques pour ces patients ?

M2 : Au niveau organisationnel, j'essaie de respecter le temps de ma consultation. Avant c'était 20 minutes mais maintenant c'est 30 minutes avec tous les protocoles Covid pour nettoyer. Mais voilà, je ne vais pas faire plus de 20 minutes. J'essaie de mettre quand même un cadre parce que je n'ai pas envie d'être en retard. J'essaie de garder le dialogue, d'être à l'écoute. De savoir pourquoi il est inquiet, de creuser un peu pour voir s'il n'y a pas autre chose derrière. Par exemple, s'il y a eu un cancer du côlon dans la famille, je comprends pourquoi il exagère. J'ai déjà remarqué aussi qu'il y a certaines professions comme les ingénieurs (rires). Ils sont hyper " j'ai mal là et en même temps là. Du coup, il y a un lien de cause à effet. Donc, il faut trouver une solution". Il y aussi des profils qui sont un peu plus anxieux. Donc voilà, d'être à l'écoute, de leur dire pourquoi je ne veux pas faire l'examen et ne pas simplement dire non. Dès fois je leur donne un bon de prise de sang, en leur disant "si ça ne va pas mieux dans X jours, on fera une prise de sang, mais on ne la fait pas avant ». Et donc, ça permet aussi de temporiser et de rendre le patient responsable dans la démarche de la prise en charge. Mais je pense qu'il faut garder un cadre et ne pas se laisser envahir parce que sinon, on passe deux heures avec le patient.

I : Est-ce que ce sont des patients que tu essayes de rediriger vers des psychologues ou des psychiatres ?

M2 : Pas vraiment. C'est vrai que je suis en train de me dire que non, alors que ce serait peut-être une bonne idée (rires), mais non (se répète). C'est vrai que non, je ne le fais pas, mais je me dis que ce serait peut-être une bonne idée. Je banalise souvent, je me dis "ce n'est pas grave, ça lui passera". C'est vrai qu'il y a beaucoup d'angoisse et de stress chez eux, mais je me dis que c'est peut-être juste côté médical. Est-ce que ça vaut la peine d'aller voir un psychologue ou un psychiatre ? Mais maintenant que tu le dis, ça serait peut-être une bonne idée.

I : Est-ce que tu estimes prendre en charge correctement ces patients ?

M2 : Je ne veux pas me lancer des fleurs mais j'ai beaucoup de patience quand même. Donc oui, je pense que je fais au mieux dans le sens où vraiment je garde le lien. Comme je le disais, j'ai beaucoup de patience et ils le savent. Je suis une gentille quoi (rire) ! Je ne suis pas expéditive. Donc oui, je pense que je les aide bien. Après, c'est vrai que je banalise peut-être leur besoin d'être plus écouté ou d'avoir vraiment un suivi psychologique par rapport à ça.

Mais j'ai l'impression que si je les renvoie vers le psychologue ou le psychiatre ça pourrait même ... (hésitations) Enfin j'ai peur de casser un lien, qu'après ils me disent " Mais en fait. Vous pensez que je suis fou, docteur ?" Alors que non, je ne pense pas qu'ils sont fous. Je pense juste qu'ils exagèrent. J'ai peur qu'ils aient l'impression que je les juge. Mais c'est vrai qu'en soit, il y a beaucoup d'anxiété. Donc c'est sûr qu'au quotidien, ça les aiderait peut-être quand même d'avoir ce suivi. Je n'ai pas vraiment de technique pour aborder les choses, comment amener le fait que ce serait une bonne solution d'aller voir un psychologue. Parce qu'il y a l'hypocondrie où vraiment, c'est extravagant et d'office, ce sont des gens qui sont suivis par des psychologues parce que c'est malade. Mais moi, je pense surtout aux petites formes d'hypocondrie que l'on rencontre beaucoup. Je ne me dis pas que pour eux il y a forcément besoin d'avoir un suivi supplémentaire. Je me dis que moi, je suffis dans mes réponses, dans mon approche. Je pense qu'on ne change pas les gens. Je pense qu'il y aura toujours un fond d'anxiété et il y a assez souvent des raisons derrière ça. Quand on creuse, on se rend souvent compte de pourquoi il y a ce stress.

I : On en arrive à la dernière question. Qu'est-ce que tu as pensé de l'interview et est-ce que tu vois d'autres notions à aborder sur l'hypocondrie pour la médecine générale ?

M2 : Je trouve que c'est un bon sujet. Il y a matière à faire. Je ne sais pas si tu fais juste des entrevues ou si après tu abordes les solutions.

I : Pour l'instant, je fais juste des interviews. Après, j'avais déjà un peu travaillé sur le sujet. Donc, le but serait de proposer à la fin des solutions pratiques.

M2 : Je voulais rajouter qu'au niveau Inami, c'est quand même des patients qui coûtent cher. Sans parler de l'hypocondrie, la maladie psychiatrique, mais toutes les formes dites de petite hypocondrie qu'on peut rencontrer, ça fait beaucoup. Moi, je dis souvent à propos d'une patiente pour rigoler : "Avec cette patiente, je peux gagner ma vie". C'est dingue, mais je sais que je vais la voir une fois par semaine. Il y a peut-être des médecins, qui, pour cette raison sont d'accord d'avoir des patients hypocondriaques. En se disant : "c'est ma patientèle chronique et je les garde". Mais c'est vrai qu'au niveau santé publique ou niveau Inami, etc. C'est quand même important de se demander comment mieux prendre ses patients en charge ? Que faire pour améliorer cette prise en charge et limiter les frais ? Bon après les personnes qui viennent nous voir, ils ont besoin d'une réponse et limiter les consultations chez le médecin à six fois par mois, ce n'est pas non plus une bonne solution parce que parfois, ils en ont vraiment besoin. Bref, c'est un sujet compliqué.

Interview n°3

I : Bonjour, c'est une interview concernant mon TFE dont le sujet est l'hypocondrie en médecine générale. La problématique est l'évaluation de la prise en charge du patient hypocondriaque par le médecin généraliste et l'appréciation du ressenti du médecin face à ce patient particulier. La première question est : selon toi, quelle est la définition de l'hypocondrie ? Qu'est-ce que le patient hypocondriaque ?

M3 : C'est celui qui imagine avoir toute une série de problèmes de santé, du plus bénin au plus grave. Et donc, c'est quelqu'un qui va hyper solliciter les médecins pour avoir des examens complémentaires des radios, des bios, rencontrer des spécialistes, etc.

I : Est-ce que tu estimes que c'est un type de patient que l'on rencontre fréquemment en médecine générale ?

M3 : Alors moi, je ne sais pas si j'ai bien sélectionné ma patientèle, mais je n'ai pas l'impression d'en avoir tant que ça.

I : Quel en serait le pourcentage ? Vraiment, c'est à titre indicatif.

M3 : Alors, comme ça je pense à trois patients que j'ai. Tantôt, on a revu le nombre de DMG que j'ai ouvert personnellement. J'ai à peu près 1800 DMG ouverts et donc 3 sur 1800. Je ne sais pas ce que ça peut faire comme pourcentage. Il faut que je calcule (rires). Après, j'en ai peut-être que j'ignore.

I : J'imagine que ces trois patients ont des traits hypocondriaques marqués !

M3 : Si on prend plus large, alors là, j'en ai dans ma famille. Clairement des patients, un peu anxieux par rapport à leur santé, oui, ça j'en ai. Mais les vrais hypocondriaques, comme on voit dans le film Supercondriaque, non pas beaucoup.

I : Est-ce que pour toi, c'est un sujet important à traiter pour la médecine générale ?

M3 : Alors, je pense que c'est quand même important de les repérer. Pour deux choses. Déjà on sait que le fait de faire beaucoup d'examens, c'est anxiogène, donc on entretient un petit peu ce phénomène d'hypocondrie. Et l'autre chose qui est parfois très embêtant en médecine ...(hésitation), enfin moi les hypocondriaques c'est ceux que j'appelle les crieurs au loup comme la chèvre de monsieur Seguin. Le loup est là, le loup est là puis le loup n'est jamais là et le jour où il est là, ben tu le loupes. Après, c'est clair, ce sont des gens qui sont en souffrance. Il faut pouvoir arriver à les aider mais c'est vrai qu'on est parfois un peu impuissants.

I : est-ce que tu estimes avoir été formée à la prise en charge du patient hypocondriaque durant tes études ou après par des formations ?

M3 : Pas du tout. C'est vraiment un apprentissage sur le tas. Ce n'est parfois pas la plus

mauvaise.

I : Et ce que tu estimes qu'une formation sur la prise en charge de ces patients durant les études ou à travers un séminaire pourrait être quelque chose d'utile ?

M3 : Alors moi, je pense que pour les jeunes, ça peut être intéressant d'avoir un petit séminaire avec les traits principaux. Qu'est ce qui permet de repérer ou de penser que ce patient est hypocondriaque ? Ça évite effectivement toute une série d'examen. Et puis, je pense que dans les réelles hypocondries, il y a un trouble anxieux. Et donc comment on fait pour prendre en charge ce trouble anxieux ?

I : D'ailleurs, ça recoupe un peu la prochaine question que j'allais te poser : Comment identifies-tu un patient hypocondriaque lors de ta consultation ?

M3 : D'abord, c'est le patient qui va revenir régulièrement avec à chaque fois des trucs différents, avec beaucoup de demandes. Par exemple il nous dit : " est ce que je n'ai pas ça ? Il faudrait faire une prise de sang... là où je suis tombé, je suis sûr que j'ai une fracture, etc... Il faut donc faire une radio." Donc voilà, ce sont des gens qui viennent souvent avec plein de pathologies différentes, plein de symptômes différents. Qui sont souvent très demandeurs soit d'examens complémentaires soit de médicaments. Ça serait un peu mon profil type.

I : Quels sont les obstacles que tu rencontres lors de la consultation avec ces patients ?

M3 : C'est très difficile de les rassurer. Je pense qu'il faut avoir un petit peu de pratique et je pense que ce qui est le plus important, c'est de rester congruent entre le langage verbal et le non verbal parce que ce sont des gens qui peuvent parfois un peu taper sur le système. Donc non verbalement, tu peux envoyer le message "mais vous me faites chier" alors que verbalement non. C'est faire de son mieux aussi pour voir que la personne est en souffrance derrière tout ça et chercher des pistes avec la personne pour voir comment est-ce qu'on peut apaiser cette souffrance autrement qu'en faisant plein d'examens et plein de traitements parfois inutiles voire potentiellement dangereux.

I : Justement, tu as parlé des examens complémentaires : quelle est ton approche sur la gestion des examens complémentaires avec le patient hypocondriaque ?

M3 : C'est un peu au cas par cas. Ce qui est un peu difficile, c'est qu'ils sont dans un système émotionnel et donc venir avec des choses plus rationnelles ce n'est pas toujours évident. Mais en même temps, il faut en passer par là. Et de pouvoir leur expliquer par exemple que : non une prise de sang avec une recherche de tous les facteurs cancéreux ne sera pas un bon outil de dépistage. Il faut quand même leur donner aussi des explications scientifiques tout en prenant en compte le côté émotionnel qui est parfois le plus difficile parce qu'on sait qu'il est impossible de raisonner des émotions. Et donc, parfois, il n'y a pas d'autre choix que de dire

"ben, ok je vais à l'examen complémentaire" mais en freinant des quatre fers. Après si le gars, il n'a pas fait de prise de sang depuis six mois, qu'il est inquiet par rapport à son taux de vitamine D, machin, etc... Je vais dire ok. Mais par contre, s'il vient me demander 3 mois d'affilés des examens radiologiques, là c'est clair que je vais dire non, parce qu'il y a le problème de l'irradiation. C'est un peu : "un petit coup de frein, un petit coup d'accélérateur, un petit coup de frein, un petit coup d'accélérateur."

I : Je comprends que tu essayes de gérer aussi en fonction de la nocivité des examens.

M3 : Juste une chose en plus, un outil quand même, qui aide beaucoup par rapport à ça : C'est le fait qu'on ait maintenant le réseau de santé Wallon. Parce qu'avant il y avait parfois des hypocondriaques qui tournaient entre les médecins. Maintenant, le fait que les examens soient publiés sur le hub et que tu puisses y accéder avec la carte d'identité du patient fait qu'on peut le voir. Par exemple, tu peux te rendre compte qu'il a fait une prise de sang il y a 15 jours alors qu'il t'en redemande une. Tu dis "ben écoutez non. Il y a 15 jours, tout était bien. Tous les paramètres étaient bien". Ça permet aussi un peu d'argumenter, de freiner la demande.

I : Qu'est-ce que tu peux ressentir quand tu prends en charge ces patients ?

M3 : Au début, c'est difficile parce qu'il faut que tu les rencontres une fois, deux fois, trois fois avant de les identifier. Je pense qu'il faut déjà avoir quelques consultations de recul pour pouvoir se dire "Ah celui-là, il faut peut-être un peu se méfier, c'est un crieur au loup. Il a un côté un peu hypocondriaque." Après moi, j'essaie de prendre du recul, de me dire que ce sont des gens qui sont en souffrance, qui ont besoin d'aide. Quand j'arrive à être dans cette dynamique-là, je pense que les choses se déroulent plus facilement. Mais s'il y a des moments où je suis plus fatiguée ou quoi, ce sont des gens qui vont m'agacer ou je vais avoir envie de les envoyer bouler, d'être dans le raisonnement plutôt que dans l'émotion. Mais voilà, on n'est pas des êtres parfaits. Il y a des jours où ça roule et des jours où ça ne roule pas.

I : Est-ce que tu as des conseils pratiques que tu appliques lors de la consultation pour prendre en charge ces patients ?

M3 : Ce sont des gens qui ont vraiment besoin d'un temps de parole un peu plus large. Donc souvent, je mets une note dans le dossier du secrétariat pour certains patients qu'on va mettre d'office à un rendez-vous d'une demi-heure. Comme ça, moi je ne me sens pas stressée de me dire : " Il a pris rendez-vous au milieu des consultations courtes durées et je vais être un peu coincée niveau temps". Donc, je les mets dans des tranches horaires avec plus de temps. J'essaie aussi de les mettre en fin de consultation comme ça, si je déborde, je n'ai pas le stress d'avoir des patients après. S'ils prennent rendez-vous par Internet et que je le vois, souvent, je leur rajoute 10 minutes. Sinon, je n'ai pas vraiment de recette type parce qu'il y a autant

d'hypochondriaques différents qu'il y a de patients et donc il faut vraiment s'adapter à chaque patient. Et même parfois au jour le jour, il y a des patients qui, à un certain moment, vont être beaucoup plus anxieux, beaucoup plus demandeurs pour des raisons X ou Y. Et a contrario, s'ils se stabilisent dans leur couple ou dans leur vie professionnelle, ça va beaucoup mieux et ils sont moins anxieux. Et donc, il y a moins de demandes.

I : Pour rebondir sur ce que tu dis, est ce que tu as remarqué si des interventions autres que médicales arrivent à diminuer les plaintes de ces patients ?

M3 : C'est clair que quelqu'un qui a tendance à l'hypochondrie avec d'autres facteurs de stress dans la vie, comme des problèmes au travail, un licenciement, des problèmes de couple, un enfant qui ne va pas bien, etc... Il est clair que cela va exacerber la pathologie. Et puis, quand les choses vont bien, on ne les revoit plus parfois pendant des mois, parce qu'ils sont dans une chimie différente qui fait que l'anxiété est moindre.

I : Est-ce que, pour toi, pouvoir rediriger ces patients vers une consultation de psychologie ou de psychiatrie est un objectif ?

M3 : Alors, je pense qu'effectivement, quand ils sont très anxieux moi j'aborde quand même le sujet à un moment en leur disant " peut être qu'une partie des symptômes que vous ressentez, c'est lié à de l'anxiété". Et c'est vrai que je mets sur la table le fait que ça pourrait être une bonne idée de rencontrer quelqu'un pour vous apprendre à mieux gérer tout ce côté anxieux. Ça ne doit pas forcément être un psychiatre. Je travaille avec des très bons psychologues, qui font déjà un très bon travail parfois avec quatre, cinq séances. Ce qui facilite un peu la donne, c'est le réseau Psy107 qui leur permet d'avoir au moins déjà huit séances gratuites sur une année et pour certaines personnes ça peut être suffisant.

I : *Quel sont leurs réactions à cette proposition par rapport peut être aux patients en général ?*

M3 : Je ne leur amène pas ça directement non plus. Souvent, moi, je leur dis "voilà, je pense que ça pourrait être une bonne idée. Je n'ai pas besoin d'une réponse tout de suite. Je vous laisse y réfléchir, en discuter avec vos proches et on revoit ça à la prochaine consultation". Et globalement, ça se passe bien. Maintenant, je pense que les gens savent que j'ai un tropisme psy et que je redirige vers des personnes compétentes. Je dirais que globalement, je n'en ai jamais vraiment eu un qui se soit complètement braqué.

I : Est-ce que tu estimes prendre en charge correctement ces patients ?

M3 : Probablement que non. En tous cas, pas tous. C'est vraiment des patients que je trouve très compliqués parce qu'ils vont nous appeler pour un oui, pour un non et un jour ils vont nous appeler en nous disant "J'ai mal à la poitrine". Et puis ils nous ont appelé tellement

souvent pour dire "j'ai mal dans la poitrine" que tu te dis "c'est encore son reflux ou sa névralgie". Et puis, tu passes à côté d'un infarctus, ce qui peut être fort embêtant. (Rires). Ceux qui sont les moins radicaux, ils sont évidemment plus faciles à prendre en charge. On arrive à discuter avec eux. A aborder le fait qu'il y a une souffrance derrière, un trouble anxieux et d'essayer de les aider, parfois même avec un médicament, puis de les amener vers une prise en charge psychologique ou même de pleine conscience. La relaxation et la méditation aussi, on sait que ça fonctionne quand même bien pour ce type de patient. Parfois ça peut être une porte d'entrée de demander aux gens s'ils sont intéressés par relaxation, la sophrologie. Je travaille avec une chouette kiné qui fait ça. Parfois, je dis "je vais vous envoyer chez une kiné qui travaille aussi sur le stress". L'ostéopathie est parfois une porte d'entrée aussi. On a quand même différents outils. Je les sélectionne un peu en fonction de comment je sens le patient. Parfois je leur donne l'information, ils me disent qu'ils vont y réfléchir et ils reviennent quelques mois plus tard en me disant que ça les a aidés, qu'ils vont mieux. C'est clair que ce sont des patients difficiles à prendre en charge parce qu'ils peuvent nous mettre à mal par rapport au diagnostic. Mais voilà, moi, je pense que le plus important, c'est de garder à l'esprit ce raisonnement bouddhiste qui dit que derrière toute personne, il y a quelqu'un qui souffre et probablement chez les hypocondriaques bien plus que d'autres. Et donc voilà comment est-ce qu'on peut les aider à gérer cette souffrance ? Ça permet de garder aussi un peu de distance avec la personne, ne pas me dire que c'est tourner contre moi.

I : Qu'est-ce que tu as pensé de ce questionnaire ? Est ce qu'il y a des notions que tu aimerais rajouter ou compléter ?

M3 : Je pense que c'est un sujet intéressant parce qu'il n'est pas suffisamment abordé. Ce n'est peut-être pas suffisamment connu. Bon, c'est vrai qu'on en fait un truc un peu caricatural, je pense au film Super condriaque avec Dany Boon. On s'en moque un peu, mais je pense que ce sont des gens qui doivent quand même être relativement valeureux. On n'a pas suffisamment d'outils pour les identifier et pour bien les prendre en charge. Je crois que ce que tu fais comme travail, c'est intéressant pour pouvoir dire finalement oui, on en a et quelque part, il n'y a rien qui est fait pour pouvoir aider ces gens-là. On pourrait avoir dans un cours de psycho ou ailleurs une heure pour nous expliquer comment l'identifier et comment le prendre en charge. Je pense que pour les jeunes médecins qui n'ont pas trop l'habitude, ça peut être intéressant. Même pour les plus anciens qui sont parfois démunis. Moi, je reste persuadée que l'un des secrets est d'arriver à garder en tête que ce sont des personnes en souffrance.

Interview n°4

I : *Bonjour, cette interview est réalisée dans le cadre de mon TFE sur l'hypocondrie dont la problématique est l'évaluation de la prise en charge du patient hypocondriaque par le médecin généraliste et l'appréciation de son ressenti face à ce patient particulier. Donc, la première question : pour toi quelle est la définition de l'hypocondrie ? Qu'est-ce que c'est que le patient hypocondriaque ?*

M4 : C'est un patient qui croit qu'il a toutes les maladies du monde. Le moindre symptôme est synonyme d'une grave maladie. Pour moi, c'est ça le patient hypocondriaque.

I : *Est-ce que tu estimes que c'est un type de patients que l'on rencontre fréquemment en médecine général ?*

M4 : Régulièrement mais pas fréquemment. Ce n'est pas la majorité de notre patientèle. Il y en a quelques-uns. C'est typique et on le voit bien assez rapidement. Ils ont vu tous les médecins, tous les hôpitaux, tous les services. Comme ça, j'en vois cinq ou six de sévère dans ma patientèle.

I : *Si tu dois estimer un pourcentage en prenant toutes les formes d'hypocondrie. Tu dirais combien ?*

M4 : Je ne sais pas exactement. Je dirais 15% ou 20%.

I : *Est-ce que pour toi, c'est un sujet important à traiter pour la médecine générale ?*

M4 : Ah ça serait bien si par ton travail tu arrivais à nous trouver un remède miracle (rires). Ben oui, c'est important à traiter parce que c'est beaucoup d'énergie perdue et c'est beaucoup de temps perdu. C'est beaucoup d'angoisse pour rien. Oui, bien sûr, ce serait intéressant. Maintenant, voilà est ce qu'il y a une solution miracle ? je n'en sais rien.

I : **Alors, est ce que tu estimes avoir été formé durant tes études ou lors de séminaires sur l'hypocondrie ?**

M4 : Non, non, non, pas du tout. D'ailleurs, c'est pour ça qu'on patauge aussi. C'est pour ça qu'au début, on est mal à l'aise et on suit le patient dans son délire. Parce que malgré tout, on culpabilise en tant que médecin. Donc, avant de se rendre compte que le patient dit n'importe quoi, on doit vérifier quand même s'il n'y a pas quelque chose. Donc effectivement, au début, on perd beaucoup de temps, beaucoup d'énergie, beaucoup d'argent. Parce que tout ça, ça coûte. On fait faire 36000 examens, parce qu'on est persuadés que la personne est dans le vrai. On se rend compte au bout de 6 mois qu'en fait, non, il fallait plus le rassurer et l'envoyer peut-être chez le psy.

I : **Est-ce que tu estimes que ce serait utile d'avoir une petite formation sur ce sujet ?**

M4 : En tout cas, au moins, apprendre aux jeunes médecins à pouvoir communiquer et faire

passer le message sans dire aux patients que c'est un fou furieux et de lui faire sentir qu'il est un malade mental, mais juste lui faire sentir que c'est plutôt des angoisses, des craintes. Trouver un moyen de communication, c'est important, parce si on dit juste "écoutez, vous n'avez rien", le patient qu'est-ce qu'il fait ? Il change de médecin et il recommence ailleurs parce qu'il se dit qu'il n'a pas été compris. Il faudrait trouver un moyen de leur faire comprendre que l'on a très bien compris leur malaise, leurs douleurs, leur mal être, mais que ce n'est pas comme ça qu'ils vont avoir moins mal.

I : A ta consultation, comment tu identifies un patient hypocondriaque ?

M4 : Comment je l'identifie ? Ben quand on parle, quand on papote, quand on discute. Je suis une grande papoteuse, donc je parle beaucoup, j'écoute beaucoup. On le sent dans les craintes, dans les plaintes qui ne s'expliquent pas d'un point de vue strictement médical. Ces douleurs qui prennent tout le corps de la racine du cheveu à droite jusqu'à l'orteil à droite. On sait très bien que ça ne correspond à rien. C'est aussi parce qu'ils ont été chez d'autres médecins. Ils nous disent " Docteur. On était chez lui, il n'a rien trouvé. Pourtant, moi, j'ai quelque chose". Et quand tu regardes, Il a déjà fait trois scanners, 26 prises de sang, 25 échos, trois gastro (rires). Et à la fin on se dit "bon stop". On ne trouvera pas plus que nos confrères.

I : Quels sont les obstacles que tu rencontres lors de la prise en charge de ces patients ?

M4 : Ce qui me bloque souvent, c'est que j'ai l'impression, pour certains en tout cas, que le message ne passe pas, qu'ils ne me font pas confiance. On a l'impression qu'ils sortent et qu'ils ne sont pas satisfaits. Donc, c'est ça, ce qu'on voudrait vraiment, c'est que quand ils sortent ils aient un peu confiance dans ce qu'on leur a dit. Même s'ils te trouvent sympathique et gentil ou tout ce que tu veux, tu n'es pas sûr quand ils partent qu'ils soient satisfaits. Surtout si tu les renvois sans une demande vers un spécialiste ou un confrère. Ou quelque chose qui va les rassurer. Si tu les rassures, juste comme ça, avec tes mots en leur disant écoutez ...Enfin tout le blabla qu'on peut leur expliquer. Quand ils sortent on voit bien qu'il y a quelque chose qu'on n'a pas su toucher.

I : Justement, ça rejoint un peu la question que j'avais posée, c'est quel est ton approche avec ses patients de la gestion des examens complémentaires ?

M4 : Ça dépend de ce qu'ils ont fait avant, parce qu'il y en a qui ont déjà fait beaucoup avant de nous voir et on peut le voir sur le réseau de santé. Ou d'autres que tu avais vu mais comme tu n'as pas marché dans leurs sens, ils ont été voir d'autres médecins. Puis finalement, ils finissent quand même par revenir. Et puis tu essayes de reprendre avec le patient la liste des examens déjà effectuée. En leur disant par exemple " Cet examen n'a rien donné. Celui-ci n'a rien donné, mais vous savez bien...". On essaie vraiment de les reconforter en leur disant que

s'il y avait quelque chose on l'aurait trouvé et tout ça, ça prend du temps. Même si tu prends une heure de consultation en te disant cette fois je prends le temps de tout lui expliquer pour qu'il comprenne bien, pour que vraiment il soit convaincu et pour qu'il te fasse confiance. Tu sens que leur angoisse est plus grande, que leur crainte est plus grande que tout ce que tu as pu raconter pendant une heure, ça n'a servi à rien. C'est pour ça que je me dis que les psy sont certainement mieux formés. Donc, on essaye de rediriger vers le psy. Mais l'approche du psy n'est pas toujours bien perçue. Parce que j'ai perdu comme ça toute une famille parce que quand j'ai dit qu'il fallait voir un psy ils m'ont répondu "mais on n'est pas fou, docteur". Et puis la fille a disparu, suivi du père, etc. Donc, ce n'est pas évident. Ce n'est pas évident car on ne sait pas très bien comment faire passer le message au patient. Ce n'est pas facile.

**I : Qu'est-ce que toi tu ressens quand tu prends en charge un patient hypocondriaque ?
Est-ce que tu as des ressentis particuliers ?**

M4 : Ça dépend du patient, évidemment. Donc, il y a des patients où tu as l'impression d'avoir fait ton travail quand ils te disent "Merci, docteur. Voilà, je me sens rassuré" et ça va donc jusqu'à la prochaine visite où de nouveau, tu dois renforcer ce sentiment que non, ils ne doivent rien craindre, que ce n'est pas grave etc... Et puis, il y en a d'autres. Ils partent. Tu es juste désespéré parce que tu te dis voilà, je suis sûr qu'en sortant de chez moi, il va courir à l'hôpital pour autre chose.

I : Est-ce que tu as des conseils pratiques que tu appliques pour la prise en charge de ses patients ?

M4 : Des conseils pratiques, non. Non, parce que ça dépend vraiment de la personne qui est en face de toi. Chacun à sa particularité et donc je n'arrive pas à faire un canevas de conseils reproductibles. Par contre je prends toujours mon temps. Et souvent, avec les stressés de la vie comme je les appelle, je prends encore plus de temps parce que je voudrais vraiment qu'ils aient cette impression qu'on les a écoutés, qu'on ne les a pas bazarés, qu'ils n'aient pas l'impression qu'on s'est débarrassé d'eux vite fait, qu'on ne les a pas compris. Moi, je prends généralement le temps surtout quand je sens que les gens ne sont pas bien et que vraiment ils s'inquiètent. Parce que ce sont des patients qui ont vraiment peur. Ils ne sont vraiment pas bien. Donc, il faut vraiment rassurer pour qu'ils sentent qu'on s'est occupé d'eux. Je trouve que quand tu as pris le temps et que tu as montré vraiment un intérêt à ce qu'ils racontent, même s'ils ne te font pas confiance à 100%, ça les rassure quand même.

I : Et puis, la dernière question, c'est sur ce que tu as pensé un peu de cette interview. Est ce qu'il y aurait d'autres notions sur l'hypocondrie que tu trouverais intéressantes à traiter pour la médecine générale ?

M4 : Je pense qu'il y a plein de choses à faire. C'est vrai qu'on est mal préparé par rapport à cette pathologie. Je ne sais pas si c'est une pathologie en tant que telle, mais en tout cas, c'est vrai qu'on est mal préparé. On ne sait pas comment les gérer. On ne sait pas comment les prendre en charge. C'est vrai qu'effectivement, si on avait quelques conseils de psychologues ou de psychiatre qui ont l'habitude. Mais j'ai l'impression que vu que c'est pas lourd, entre guillemets comme pathologie, on s'en intéresse pas plus que ça. C'est vrai que de prime abord, on ne redirige pas tout de suite chez le psy. On essaye d'abord de voir. Et puis on se dit qu'ils somatisent et on s'en débarrasse inconsciemment. Oui, ce serait bien d'avoir une formation. Mais quoi exactement ? Je ne m'en rends pas compte. Honnêtement, je ne m'en rends pas compte.

Interview n°5

I : Bonjour, le sujet de ma thèse concerne l'hypocondrie et plus particulièrement la prise en charge du patient hypocondriaque par le médecin généraliste et l'appréciation du ressenti du médecin face à ce patient particulier. Ma première question est : quelle est la définition de l'hypocondrie ? Qu'est-ce que le patient hypocondriaque ?

M5 : Pour moi c'est le patient qui a une peur anormale d'avoir une maladie suite à l'apparition d'un symptôme. Il y a une exagération de la plainte que l'on peut considérer comme un mécanisme de défense inapproprié de ce patient.

I : Est-ce que tu estimes que c'est un type de patient que l'on rencontre fréquemment en médecine générale ?

M5 : Oui, oui.

I : Et cela représente environ quel pourcentage de ta patientèle ?

M5 : Ça dépend de quel genre d'hypocondriaque on parle.

I : Toutes les formes d'hypocondrie, de la plus sévère à la plus légère.

M5: Entre 3 et 4%.

I : Est-ce que pour toi, c'est un sujet important à traiter pour la médecine générale ?

M5 : Oui, bien sûr. La prise en charge du patient hypocondriaque fait partie du rôle du médecin généraliste.

I : Est-ce que tu estimes avoir été formé sur l'hypocondrie et à la prise en charge du patient hypocondriaque pendant tes études ou après ?

M5 : Pas vraiment sur l'hypocondrie en tant que telle, mais plutôt sur la gestion des troubles anxieux, des patients angoissés.

I : Est-ce que tu penses qu'une formation sur la prise en charge de ces patients serait utile pour les futures générations de médecin ou ceux en exercice actuellement ?

M5 : Oui bien sûr.

I : Lors de ta consultation, comment tu identifies un patient hypocondriaque?

M5 : Déjà, c'est un patient qui consulte plusieurs fois, pour différentes causes. La symptomatologie que le patient décrit est beaucoup plus exagéré que ce que l'examen clinique peut révéler.

I : Généralement, est ce que tu mets beaucoup de temps à l'identifier où ça se fait assez rapidement ?

M5 : Alors si ce sont des nouveaux patients, j'essaie de ne pas banaliser au début même si je ressens que le patient a une tendance à l'hypocondrie. Une fois que j'ai investigué la plainte, si les examens sont rassurants et que je pense que le patient est hypocondriaque, je vais beaucoup plus encadrer le patient. Ensuite, je vais essayer à chaque consultation de savoir si les nouvelles plaintes décrites correspondent à un vrai problème de santé ou s'il est, entre guillemet, dans ses plaintes habituelles liées à son hypocondrie.

I : Quels sont les obstacles que tu rencontres dans la prise en charge de ces patients ?

M5 : C'est la difficulté de convaincre et de rassurer le patient. Je n'arrive pas à le convaincre d'avoir confiance en moi à 100% ce qui fait qu'il revient plusieurs fois pour le même problème.

I : Comment ça se passe dans une maison médicale avec ces patients ? Est ce qu'ils consultent plusieurs médecins ou sont-ils suivis par un seul en particulier ?

M5 : Non. Des patients comme ça, on essaye de garder le suivi avec le même médecin. Et en plus, on essaye directement de le rediriger vers la psychologue de la maison médicale.

I : D'accord, je comprends qu'essayer de rediriger le patient vers le psychologue assez rapidement est un objectif.

M5 : Oui, le but avec ces patients est de travailler vraiment en équipe avec le psychologue.

I : Et quand tu essayes de rediriger les patients vers le psychologue, comment est-ce reçu généralement par les patients ?

M5 : Dans la plupart des cas, le patient accepte. Et s'il y a une résistance, on essaye de le convaincre que justement il faut essayer car les psychologues peuvent l'aider.

I : Quel est ton approche sur la gestion des examens complémentaires ?

M5 : Alors, comme je l'ai déjà dit, si ce sont des patients que je ne connais pas, j'essaie de ne pas banaliser au début et je demande donc des examens complémentaires pour investiguer la plainte et prendre le temps de mieux connaître mon patient. Une fois que je pense que je suis

face à un patient hypocondriaque, je vais essayer de limiter au maximum les examens que je juge inutiles.

I : Qu'est-ce que tu ressens quand tu prends en charge un patient hypocondriaque ?

M5 : Alors, j'essaie de le comprendre car ça peut être naturel parfois d'avoir peur d'être malade et j'essaie de lui expliquer qu'il peut être normal d'avoir cette peur mais qu'il ne faut pas que ça l'envahisse au quotidien et de rester vraiment dans la normalité. Cette hypocondrie ne doit pas contrôler son rythme de vie. Donc je lui fais sentir que je le comprends et j'essaie de lui expliquer. J'essaie différentes méthodes aussi pour le convaincre, pour le rassurer. Et comme je l'ai dit, on essaie dans une maison médicale de l'entourer. On a une psychologue, on a une salle de sport, l'éducatrice sportive, donc on essaie de travailler sur différents points.

I : La question sur le ressenti du médecin, quelle sont les émotions que tu peux ressentir lors de cette prise en charge ?

M5 : Ça fait partie de mon travail et c'est comme si je devais discuter avec un patient de son problème de diabète ou d'hypertension. Je ne peux pas dire que ça génère en moi des ressentis particuliers. Ça peut m'énerver parfois, si je vois que le patient ne fait aucun effort pour résoudre son problème, mais ça, ça peut m'énerver aussi dans n'importe quel autre problème de santé.

I : Est-ce que tu as des conseils pratiques que tu appliques pour la prise en charge du patient hypocondriaque ? Tu as parlé précédemment de l'encadrer avec la structure de la maison médicale. Est ce qu'il y a d'autres choses que tu mets en place pendant la consultation ?

M5 : Alors moi, ce que je pense, c'est qu'il faut déjà cerner quel type de patient on a en face de soi. Par exemple, les patients qui ont un haut niveau d'étude, ils ont souvent besoin d'éléments objectifs pour être rassurés. Il faut insister par exemple sur le fait que les chiffres de la tension sont corrects, que la fréquence cardiaque est bonne, que l'examen clinique est rassurant, que les examens sont rassurants. Pour le rassurer on utilise un raisonnement scientifique. Pour les patients avec un niveau d'étude plus bas, c'est un peu différent. Il faut le rassurer, il faut lui en parler et il faut le motiver. Il faut qu'il sente qu'il n'est pas seul, que tu es à ses côtés. Il faut faire un travail plus psychologique. La prise en charge c'est donc quand même au cas par cas.

I : Est-ce que tu estimes prendre en charge correctement ces patients ?

M5 : Alors, si je juge en fonction des résultats, je dirais plutôt oui.

I : D'accord. Et un bon résultat pour toi, c'est quoi ?

M5 : C'est que je vois que mon patient est quand même stabilisé. Il essaie quand même de

garder un rythme de vie normal. Le but n'est pas de faire disparaître cette hypocondrie mais c'est qu'il arrive à garder un rythme de vie correct.

I : Est-ce que tu as quelque chose à rajouter par rapport à l'hypocondrie en médecine générale ou sur cette interview ?

M5 : Je pense qu'une grande partie du travail c'est quand même l'écoute. Il faut les écouter. Il faut avoir de la patience et le temps d'écouter. Je le laisse s'exprimer, expliquer ses peurs.

I : Tu parles d'avoir le temps de les écouter ; ça veut dire que tu as un temps de consultation allongé pour ces patients ?

M5 : Alors oui, ça peut se prolonger comme consultation. Mais j'essaye quand même de gérer ce temps, de ne pas me faire déborder par le patient. C'est aussi les avantages de la maison médicale, à la différence du médecin libéral, tu n'es pas pressé par le temps.

I : Il y a juste une notion que je n'ai pas abordée, les traitements, ça t'arrive d'essayer de leur donner des traitements à ces patients ?

M5 : Oui parfois pour l'anxiété mais plutôt des traitements à base de plantes type *Valériane* ou *Sedistress*. Je voulais aussi rajouter que c'est un sujet vraiment important car si les médecins généralistes ne sont pas formés et qu'ils perdent ces patients comment va-t-on faire ? Les spécialistes et les hôpitaux ne vont pas s'occuper de ça. C'est nous qui sommes sur le terrain avec ces patients.

Interview n°6

I : Bonjour, c'est une interview sur l'hypocondrie en médecine générale et plus particulièrement avec la problématique qui est l'évaluation de la prise en charge du patient hypocondriaque par le médecin généraliste et l'appréciation du ressenti du médecin face à ces patients particuliers. La première question est : pour vous quelle est la définition de l'hypocondrie ? Qu'est-ce que le patient hypocondriaque ?

M6 : Un patient hypocondriaque, c'est un patient souffrant de différentes douleurs un peu partout dans le corps parce qu'il ne se sent pas bien. Je ne veux pas dire que ce sont des maladies imaginaires mais en fait, il se sent tellement mal dans son corps qu'il a l'impression qu'il a mal partout.

I : Est-ce que vous estimez que c'est un type de patient qu'on rencontre fréquemment en médecine générale ?

M6 : Très fréquemment. En tout cas moi, j'en ai quand même pas mal.

I : Et si vous devez estimer un pourcentage environ, en prenant toutes les formes

d'hypocondrie de la plus sévère à la plus légère ?

M6 : 10-15%.

I : Est-ce que pour vous, c'est un sujet qui est important à traiter pour la médecine générale ?

M6 : Je pense, oui.

I : Est-ce que vous estimez avoir été formé à la prise en charge du patient hypocondriaque durant les études ou après à travers des séminaires ?

M6 : Non, peut-être un peu à travers les séminaires, mais en formation, non. On a simplement effleuré le sujet.

I : Est-ce qu'une formation sur la prise en charge, pour les nouvelles générations et même pour les anciennes générations de médecins, serait utile ?

M6 : Je pense parce que certains confrères considèrent les gens qui se plaignent un peu de tout, directement "psy". Il faut éviter ce piège-là.

I : Lors de la consultation, comment vous identifiez un patient hypocondriaque ?

M6 : Moi, j'y pense quand un patient se plaint de différents organes sans aucune logique.

I : D'accord, pour vous, il faut plusieurs consultations pour les identifier ?

M6 : Oui mais justement je pense que souvent on l'envoie trop rapidement chez le psy. Je pense que ce n'est pas une bonne solution. Parce que si vous l'envoyez chez le psychologue, il va être réticent, car il ne vient pas pour ça. Il vient car il a mal, et ça peut être mal perçu par le patient. Et s'il va chez le psychiatre ils sont souvent mis sous traitement et je remarque que ça ne résout pas le problème.

I : Quels sont les obstacles que vous rencontrez avec un patient hypocondriaque ?

M6 : C'est difficile de l'examiner puisque là où vous le touchez, il dit qu'il a mal. C'est difficile d'objectiver les choses. On est un peu perdu.

I : Est ce qu'il y a d'autres obstacles ?

M6 : Bon, je ne vais pas dire qu'il y en a un grand pourcentage, mais dans ma pratique je dois me méfier car certains font semblant d'être hypocondriaques pour des avantages sociaux. Ça aussi malheureusement, ça rend plus difficile d'identifier les vrais hypocondriaques.

I : Quelle est votre approche sur la gestion des examens complémentaires ?

M6 : En général, c'est difficile à gérer. Souvent on commence par faire un ou deux examens puis quand ils reviennent négatifs, on n'est pas encouragés à continuer les investigations et spontanément on pense à l'hypocondrie. Et on essaye après de limiter au maximum les examens.

I : Qu'est-ce que vous ressentez quand vous vous prenez en charge un patient hypocondriaque

?

M6 : Bon je vais dire ; quand il revient et revient et revient, on se dit "encore ?" et on est un peu découragés, entre guillemets, de continuer à investiguer.

I : Et est-ce que vous arrivez à garder ces patients ?

M6 : Dans l'ensemble oui, mais évidemment ils font le shopping. Après x visites, x consultations, si ce ne s'améliore pas, il va voir ailleurs. Il s'absente un certain temps et quand il revient il est content de me retrouver (rire).

I : Est-ce que vous avez des conseils pratiques que vous appliquez à la consultation avec ces patients ?

M6 : Pas beaucoup ! Je dirais que parfois pour certains patients qui exagèrent et qui augmentent leur symptôme à chaque consultation, je leur dis "Écoutez, il faut essayer de vivre avec ça, essayez de ne pas y penser. Oubliez la maladie, elle vous oublie". Je peux aussi les aider avec des anxiolytiques si le problème est plus un trouble anxieux.

I : Est-ce que vous estimez prendre en charge correctement ces patients ?

M6 : Non, je ne pense pas, puisque qu'ils reviennent toujours. Il paraît qu'en Chine, le médecin est payé en fonction des résultats que le patient a, c'est à dire, moins souvent il vient plus il est payé.

I : Vous pensez avoir un bon relationnel avec ces patients ?

M6 : Oui, ça va. Ça se passe plutôt bien. Ce que je fais aussi c'est essayer de rester positif, de jouer sur le psychique avec eux, en leur disant par exemple "oh, vous avez l'air mieux, vous avez meilleure mine" et tout de suite il a moins de symptôme. Et ne surtout pas lui dire ou lui faire comprendre " vous m'emmerdez, retournez chez vous". Plutôt insister sur les bonnes nouvelles.

I : On arrive à la fin de l'interview. La dernière question : qu'est-ce que vous avez pensé de l'interview ? Est ce qu'il y aurait d'autres notions que vous voudriez rajouter sur l'hypocondrie en médecine générale ?

M6 : Je pense que vous avez fait le tour de la question.

Interview n°7

I : Bonjour, cette interview est réalisée dans le cadre de mon TFE qui traite de l'hypocondrie avec sa problématique : la prise en charge du patient hypocondriaque en médecine générale et les ressentis du médecin généraliste face à ce patient particulier. La

première question est : pour toi quelle est la définition de l'hypocondrie ? Qu'est-ce que le patient hypocondriaque ?

M7 : Pour moi, c'est un patient qui pense vraiment avoir constamment certaines pathologies. Un peu de tout, vraiment. Ça peut toucher tous les domaines. Je trouve ça aussi bien dans le cardio pulmonaire ou n'importe quoi, alors qu'il y a au final pas de pathologie vraiment avérée. Vraiment un truc organique.

I : **Ok donc pour toi, c'est plutôt un patient qui croit qu'il a une pathologie sans que le médecin l'objective. Est-ce que tu estimes que c'est un type de patient qu'on rencontre fréquemment en médecine générale ?**

M7 : Moi, personnellement, non. Je ne suis pas non plus médecin depuis 20 ans, mais je n'en ai pas tant que ça. Il y a différents degrés de patients on va dire.

I : **ça rejoint ma prochaine ma prochaine question à savoir que c'est évident qu'il y a différents degrés de patients hypocondriaques. Si tu devais dire un pourcentage de ta patientèle, toutes formes confondues, tu l'estimerais à combien ?**

M7 : Je débute donc franchement je n'en ai pas vu beaucoup du tout, je dirais environ 1%. Vraiment des gros gros hypocondriaques. Après, j'ai toujours eu quelques patients qui avaient l'impression d'avoir toujours quelque chose. Après, il y a différents degrés, mais l'hypocondriaque, c'est un peu quelqu'un aussi à qui tu as beau lui dire que non, il n'y a pas, il va trouver autre chose. Donc pour moi la plupart des patients que j'ai ne sont pas réellement hypocondriaques. Parce que j'arrive à les rassurer. Peut-être qu'au final, dans la définition ça reste des hypocondriaques, mais du coup, moi, je ne considère pas qu'ils le soient.

I : **Est-ce que pour toi, c'est un sujet important à traiter pour la médecine générale ?**

M7 : Oui quand même, parce que les hypocondriaques, c'est un peu... ce n'est pas que l'on juge les gens mais c'est ce que tu penses. Au final, il n'y a rien qui permet de l'objectiver comme d'autres maladies comme un cancer du sein par exemple. Donc oui, je trouve ça important de vraiment cerner ces patients-là. Parce que le problème avec les hypocondriaques, c'est qu'il y a un jour peut-être, il va leur arriver un truc. Mais le problème, c'est qu'on les voit tellement toutes les semaines au cabinet qu'on a tendance à négliger les consultations. C'est aussi ça qui est important par rapport à l'hypocondrie en médecine générale. Pour ne pas se loucher, on va dire.

I : **Est-ce que tu estimes avoir été formé spécifiquement à la prise en charge du patient hypocondriaque ?**

M7 : Pas du tout. Ou alors peut être que oui, mais c'est peut-être moi qui ai loupé ce passage. Je n'ai pas du tout l'impression qu'on ait parlé des patients hypocondriaques.

I : Est-ce que pour toi, une formation serait utile pour mieux prendre en charge ces patients ?

M7 : Pas une grosse formation mais un cours oui. Mais c'est vrai que voir un petit webinaire avec un psychologue ou un psychiatre pour vraiment mieux cerner le patient hypocondriaque ça serait utile.

I : Lors de la consultation, comment tu identifies un patient hypocondriaque? Qu'est ce qui va te faire dire que lui, c'est un patient hypocondriaque ?

M7 : En général énormément de plaintes et énormément de plaintes au cours d'une seule consultation. Beaucoup de recherches avant la consultation sur ce qu'il a et des diagnostics où c'est un peu directement le gros truc. Le "J'ai un peu mal au ventre", ça va directement être un cancer du pancréas alors que c'est pas le premier diagnostic. Et aussi, c'est plutôt au fil des consultations. Parce que la première fois qu'on voit quelqu'un d'hypocondriaque, personnellement, je ne me dis pas qu'il est hypocondriaque. La première fois je le vois, je le prends vraiment en charge complètement. Et puis, au fil du temps, on voit que finalement il vient toutes les semaines, avec à chaque fois des plaintes complètement différentes qui sont assez importantes. Et au final, on fait des investigations à chaque fois, à chaque fois et il n'y a jamais rien. Donc à un moment, je le constate.

I : Quels sont les obstacles que tu rencontres lors de la consultation avec un patient hypocondriaque ?

M7 : En général, ils veulent des examens complémentaires. Par exemple moi, l'IRM ce n'est pas quelque chose que je prescris souvent ou bien même un scanner qui est irradiant qu'on essaye de ne pas faire si ce n'est pas nécessaire. En général, tant qu'on n'a pas fait un examen complémentaire, ils ont du mal à se dire "non, je n'ai pas ça". Il y a aussi une difficulté dans le sens où quand on les a déjà vus, qu'on les connaît assez bien, qu'on sait qu'ils sont de réels hypocondriaques. Je n'ai pas envie de mettre des gros médicaments sur des choses que je sais qui sont plus psychologiques. Je n'ai pas envie de traiter sachant que je sais que ça n'aura pas de résultat. Et aussi, j'ai peur de louper quelque chose, parce que finalement, si je n'ai pas été assez loin... Parce s'il vient toutes les semaines pendant 5 ans, évidemment, il y a un moment où il va avoir quelque chose ! On a tellement été habitué, il a tellement dit plein de fois qu'il avait mal au ventre qu'au final on se dit que c'est son côlon irritable, ne pas aller plus loin et louper quelque chose...

I : Tu as déjà un peu répondu à cette question. Mais quel est ton approche sur la gestion des examens complémentaires ?

M7 : C'est plutôt selon la clinique. Ça ne reste pas facile mais si tu distrais bien ton patient, il

ne saura pas simuler. Il y a donc encore moyen de pouvoir l'examiner. Donc l'examen complémentaire pour moi est en fonction de l'examen clinique. Après il y a des choses plus compliquées. Tout ce qui est céphalées, plaintes neurologiques, c'est un peu plus difficile sur des plaintes répétées de ne pas faire d'imagerie ou de ne pas renvoyer chez le spécialiste pour me rassurer quand même. Par contre au niveau abdominal, on a plus de certitude avec l'examen clinique. Après aussi, si je n'ai pas de certitude sur la nécessité de l'imagerie mais que les plaintes sont récurrentes, je peux d'abord envoyer chez le spécialiste pour voir s'il trouve qu'un examen complémentaire est nécessaire. J'essaye d'aller le plus loin possible toute seule, mais à un moment, si je vois que non, il n'y a pas d'indication pour moi d'un scan ou d'une IRM et que le patient continue de demander je vais passer par un spécialiste. Il y a des patients pour qui un scanner datant d'il y a un an, c'était il y a longtemps. Alors qu'en fait, c'est récent.

I : Qu'est-ce que tu ressens quand tu prends en charge un patient hypocondriaque lors de la consultation ?

M7 : On ne va pas se mentir, on se dit « purée il est venu la semaine dernière pour la même chose ! » et les plaintes sont parfois tellement incohérentes que bon, honnêtement, c'est un peu lourd ce genre de consultation. Tu le vois 4 fois par mois, tu en as un peu marre. A un moment, tu n'as plus envie de prendre en charge et c'est pour ça qu'il y a aussi la peur de passer à côté de quelque chose. Même prendre la tension, ça devient pénible parce qu'il est tout le temps-là, quoi (rires).

I : Est-ce que tu as des conseils pratiques que tu appliques à la consultation avec ces patients ?

M7 : Avec ces patients, on a beau essayer de couper court à la consultation ça prend plus de temps donc en général, c'est vrai que je prévois plus de temps. Mais j'essaie d'aller à l'essentiel. Donc, dès qu'il arrive, je sais que ça va déjà me prendre 15 minutes de plus que les autres. J'essaye qu'il ne commence pas à diverger. J'essaye de le cadrer quand même. Pas trop de plaintes en même temps. Je pense que si tu ne dis pas trois plaintes maximums, tu te retrouves avec 15 plaintes. Et donc ça, c'est quelque chose que je limite.

I : Est-ce que tu as d'autres conseils pratiques qui marche avec ces patients ?

M7: Il y a des patients où le fait de vraiment discuter avec eux, de les rassurer, ça fonctionne. Mais il y a différents grades, il y en a qui ont juste besoin d'être rassurés. Un examen clinique, c'est suffisant et je leur explique en général plus qu'à un autre patient ce que j'ai fait et pourquoi. Je les rassure en leur expliquant ma démarche. Après il y en a que je n'arrive pas du tout à rassurer et là j'essaye de rediriger vers les psychologues ou les psychiatres. Juste

rajouter qu'avec ces patients je peux essayer de prescrire de l'homéopathie pour l'effet placebo. Des fois ça a des bons résultats et au moins ce n'est pas nocif pour notre patient.

I : Est-ce que tu rediriges assez facilement chez les psychologues ou les psychiatres ?

M7 : Oui quand même. Même des patients que je ne considère pas comme hypocondriaques mais tout ce qui est lié à l'anxiété et au stress j'ai tendance à rediriger. J'ai encore eu récemment une patiente qui avait des maux de tête et qui était très anxieuse et j'ai vraiment tout, tout, tout fait parce que c'était une nouvelle patiente. Je pense que j'aurais quand même fait tous les examens parce qu'on aurait vraiment dit une sclérose en plaques. Je n'aurais jamais dit directement que c'était psy. Mais au final, je me suis rendue compte, au fil des consultations, qu'il y avait énormément de gros antécédents familiaux. Là, je ne sais pas si on peut dire que cette anxiété est de l'hypocondrie.

I : Et tu rediriges plutôt vers le psychologue ou le psychiatre ?

M7 : Moi, j'envoie plutôt chez les psychologues. C'est vrai que j'ai toujours du mal à choisir le plus adapté à la situation de mon patient. J'envoie plus à un psychologue quand je considère qu'il n'y a pas de médicament à mettre. C'est peut-être mauvais. Quand je me dis que c'est plutôt de l'ordre de la psychothérapie, j'envoie plutôt chez des psychologues. Quand je me dis que c'est un peu plus profond, plutôt chez un psychiatre.

I : Et est-ce que tu introduis parfois des médicaments antidépresseurs ?

M7 : Non, pour les hypocondriaques je n'en mets pas moi-même. Si j'en arrive à me poser cette question c'est que ça va trop loin. Alors là, j'envoie plutôt chez un psychiatre. C'est vraiment des hypocondriaques que tu ne sais pas rassurer. Ce n'est pas irradiant, ce n'est pas nocif. Pour moi, il y aura toujours un bénéfice de toute façon à envoyer chez un psychologue. Au pire, ça ne va pas, ça ne va pas, mais ce n'est pas comme si tu avais mis en marche des antidépresseurs.

I : Est-ce que tu penses avoir un bon relationnel en général avec ces patients ?

M7 : Moi, franchement, je pense que oui, en général, je pense que j'ai quand même un bon contact avec les gens. Ils reviennent en tout cas (rires). C'est que je ne les ai pas trop remballés.

I : Est-ce que tu estimes bien prendre en charge ces patients ?

M7 : Bien, honnêtement, je ne sais pas. Je n'ai jamais eu de problème. J'ai l'impression que ça va en général. Je pense bien les prendre en charge parce qu'ils reviennent et ils n'hésitent pas. Je viens de commencer, je ne suis pas encore blasée, je prends encore le temps mais on verra dans 20 ans...

Interview n°8

I : Bonjour, cette interview est réalisée dans le cadre de mon TFE sur l'hypocondrie dont la problématique est l'évaluation de la prise en charge du patient hypocondriaque par le médecin généraliste et l'appréciation de son ressenti face à ce patient particulier. Ma première question c'est : pour toi quelle est la définition de l'hypocondrie ? Qu'est-ce que c'est que le patient hypocondriaque ?

M8 : Pour moi, l'hypocondrie est l'anxiété répétée d'avoir une maladie grave. Elle peut se manifester à différentes échelles, mais elle se reconnaît par l'envie, on pourrait dire insistante, de réaliser des examens plus ou moins invasifs et par les consultations médicales multiples.

I : Est-ce que tu estimes que c'est un type de patient que l'on rencontre fréquemment en médecine générale ?

M8 : Oh oui ! en tout cas moi j'ai l'impression d'en avoir beaucoup.

I: Et ils représentent environ quel pourcentage de ta patientèle ?

M8 : C'est difficile, peut être 10%.

I : Est-ce que, pour toi, c'est un sujet important à traiter pour la médecine générale ?

M8 : Ah oui ! c'est un sujet très important en médecine générale.

I : Est-ce que tu estimes avoir été formé à la prise en charge du patient hypocondriaque durant tes études ou après ?

M8 : Pas du tout ! Lors de ma formation je n'ai jamais eu de conseils ou même de discussion auprès de mes formateurs à ce sujet. Souvent on se moquait de ces patients sans essayer de comprendre pourquoi. Et dans ma formation théorique, non, aucun cours.

I : Une formation sur la prise en charge de ces patients aurait elle était utile selon toi ?

M8 : Cela aurait été très utile, car je me suis longtemps senti démunie face à ces patients.

I : Comment est-ce que tu identifies un patient hypocondriaque lors de la consultation ?

M8 : Il arrive anxieux, avec des plaintes multiples et d'ailleurs souvent les mains remplies d'examens. Et il manifeste assez rapidement l'envie d'en réaliser d'autres. Puis il insiste sur la croyance d'avoir une maladie grave.

I : Quels sont les obstacles que tu peux rencontrer lors de la consultation avec ces patients ?

M8 : Oh ils sont multiples ! Je dirais qu'un des grands obstacles est la création d'une relation de confiance. Ils ont du mal à nous faire confiance, et ils sont difficilement sensible à la réassurance. Et surtout sur comment limiter les examens inutiles ? Comment trouver le juste

milieu entre réaliser le nécessaire pour rassurer le patient, pour qu'il nous fasse confiance et ne pas être invasif par peur de trouver des pathologies qu'on ne serait que faire ?

I : Quelle est ton approche sur la gestion des demandes d'examens complémentaires avec un patient hypocondriaque ?

M8 : J'essaie de les limiter au maximum, de réaliser le strict minimum pour ne pas tomber dans l'excès d'examens complémentaires inutiles et même je dirai potentiellement dangereux. Ce qui n'est pas facile, car ils nous poussent dans nos retranchements et nous avons peur de louper une pathologie potentielle. Il faut rester très attentif et rigoureux car il faut réussir à ne pas passer à côté d'une plainte véridique au milieu de toutes les autres.

I : As-tu des ressentis particuliers quand tu prends en charge un patient hypocondriaque ?

M8 : On ressent une impuissance, une remise en question de notre savoir avec comme par exemple quand ils disent « mais Docteur êtes-vous sûrs ? » La certitude en médecine est complexe car nous ne sommes jamais vraiment sûre. Nous essayons de trouver la position la plus juste face à la plainte. Mais l'incertitude est toujours là ! Et puis la sensation d'une mise en échec, car parfois on a l'impression d'avoir réussi à le rassurer et puis bim la consultation suivant il revient avec un nouvel examen qu'il est allé réclamer à un confrère. Cela peut être irritant mais il faut remettre le patient au centre. Ce n'est pas dirigé contre nous.

I : Est-ce que tu as des conseils pratiques que tu appliques dans la prise en charge d'un patient hypocondriaque ?

M8 : Alors je me suis renseignée sur le sujet car cela m'a posé beaucoup de questions. J'applique donc un protocole assez strict. Déjà j'essaie de me préparer à la consultation mentalement, pour faire preuve de patience et de bienveillance. J'essaie de dégager du temps nécessaire, par exemple de les prendre en fin de journée pour ne pas être pressée par le temps. Puis ensuite j'écoute les plaintes du patient, pose les questions nécessaires et réalise un examen clinique très rigoureux. Puis selon la plainte de proposer une prise en charge claire et la moins invasive possible. Puis selon l'approche du patient j'essaie de le faire réfléchir à pourquoi cette plainte ? Pourquoi cette crainte ? Est-ce que cela cache d'autres choses ? Est-ce que cette focalisation sur son corps n'est pas la manifestation de choses qu'il n'arrive pas à penser. Et si je le sens ouvert j'essaie de l'orienter vers une prise en charge psychologique.

I : Est-ce que tu estimes prendre en charge correctement ces patients ?

M8 : Depuis que je me suis renseignée sur ce sujet, j'ai l'impression d'être plus empathique. Avant ce sont des patients qui pouvaient rapidement m'irriter. Mais maintenant je les vois comme des patients qui souffrent réellement, qui manifestent une souffrance par le corps alors

qu'elle est plutôt psychique. Donc maintenant je dirais que j'arrive à nouer une relation de confiance. Et lorsque j'arrive à établir une discussion et une prise en charge équilibrée entre les examens nécessaires au minimum et l'avancée sur la part psychique j'ai l'impression qu'ils sont satisfaits et moi aussi.

I : Qu'as-tu pensé ce cette interview ? Y-a-t-il des questions que tu souhaiterais rajouter ?

M8 : Non cela a l'air assez complet.

Théorisation ancrée – LES VERBATYMS : travail de codification de la partie
« Résultats ».

3) Perception et représentation de l'hypocondrie par le médecin généraliste.

Définition

a) La définition :

M1 : « patient envahit par une crainte excessive » ; « demandes d'examen » ; « douleurs amplifiées » ; « envahi sa vie et son fonctionnement social ».

M2 : « Tendances à voir dans tous ses symptômes des maladies ».

M3 : « Imagine avoir des problèmes de santé » ; « Hyper sollicitation pour des examens complémentaires et pour voir des spécialistes ».

M4 : « Moindre symptôme synonyme de maladie » ; « Croit qu'il a une maladie ».

M5 : « Peur anormale d'avoir une maladie suite à un symptôme » ;

« Exagération de la plainte » ; « Mécanismes de défense inappropriés » ;

M6 : « Patient souffrant de différentes douleurs car il ne se sent pas bien »

M7 : « patient qui pense vraiment avoir constamment certaines pathologies »

M8 : « l'anxiété répétée d'avoir une maladie grave » ; « réaliser des examens plus ou moins invasifs et par les consultations médicales multiples »

b) Représentation de la patientèle

M1 : « assez fréquent » ; « 5% toutes formes ».

M2 : « trois ou quatre sévère » ; « 10 à 15% toutes formes ».

M3 : « trois de sévère », pas de pourcentage donné (<1%).

M4 : « cinq ou 6 patients sévères » ; « 15 à 20% ».

M5 : « 3 et 4% toutes formes ».

M6 : « très fréquents » ; « 10-15% toutes formes » ;

M7 : Fréquents ? « non » ; « 1% ».

M8 : Fréquents ? « oui » ; « 10% » ; « différents degrés de patients on va dire », « environ 1% »

4) La prise en charge du patient hypocondriaque

a) Comment l'identifier ?

M1 : « pattern plutôt anxieux » ; « obsessionnel » ; « très inquiet par son symptôme » ; « consulte souvent » ; « amplifie un symptôme apparemment banal » ; « pas à la première consultation » ; « à force de le revoir » ; « attentif au détail » ; « nombriliste, centré sur lui-même » ; « prend du temps de les rassurer ».

M2 : « on le voit dans sa manière d'aborder les choses » ; « hyper stressé quand d'écrit un symptôme » ; « hyper informé, est allé sur internet ».

« viennent fréquemment » ; « vient nous voir pour la moindre chose ».

« dans l'excès, dans l'hypersensibilité ».

M3 : « trouble anxieux » ; « revenir régulièrement » , « beaucoup de demandes d'examens complémentaires ». « réseau de santé Wallon » ; « nécessite quelques consultations pour l'identifier » ; « très difficile de les rassurer ».

M4 : « typique, on le voit rapidement » ;

« plainte qui ne s'explique pas médicalement, qui ne correspond à rien ».

« demande beaucoup d'examens complémentaires et d'avis spécialisés » .

« peur anormale » ; « juste rassurer ne suffit pas ».

M5 : « consulte plusieurs fois pour différentes causes » ; « symptomatologie décrite beaucoup plus exagérée que l'examen clinique » ; « Difficulté à convaincre et rassurer le patient » ; « ne pas banaliser au début même si je ressens que le patient a une tendance à l'hypocondrie ».

M6 : « j'y pense quand un patient se plaint de différents organes sans aucune logique » ;

« plusieurs consultations pour l'identifier », « quand les examens réalisés reviennent sans anomalie »

M7 : « énormément de plaintes au cours d'une seule consultation » ; « Beaucoup de recherches avant la consultation » ; « on fait des investigations à chaque fois, à chaque fois et il n'y a jamais rien ».

M8 : « Il arrive anxieux » ; « croyance d'avoir une maladie grave ».

b) Difficultés et obstacles rencontrés lors de la consultation

M1 : « prend du temps de les rassurer » ; « demande beaucoup d'énergie » ; « n'y arrive pas tout seul et nécessite une convergence des avis » ; « gens fatigués » ; « nécessite de répéter les messages » ; « susceptible d'être tendu » ; « peur de passer à côté de quelque chose ».

M2 : « ne pas répondre à leur demande et à leur attente » ; « manque de temps » ; « patient insatisfait » ; « prendre sur moi » ; « appréhension » ; « perdre patience » ; « ne pas être compris ».

M3 : « crieur au loup » ; « peur de louper le diagnostic » ; « très difficile de les rassurer » ; « patient dans un système émotionnel différent du médecin qui est dans une pensée rationnelle » ; « si je suis fatigué risque que de les envoyer « bouler » ».

M4 : « message ne passe pas » ; « ne me font pas confiance » ; « patient non satisfait » ; « juste rassurer ne suffit pas » ; « si on ne va pas dans son sens, il change de médecin » ; « prend du temps » ; « angoisse du patient plus grande que le discours du médecin » ; « beaucoup d'énergie de perdue », « temps de perdue ».

M5 : « difficulté à convaincre et à rassurer le patient »

« difficile d'instaurer la confiance ».

M6 : « difficulté de l'examiner car il a mal partout » ; « dur d'objectiver les choses ».

« Après x visites, x consultations, si ce ne s'améliore pas, il va voir ailleurs »

M7 : « peur de louper quelque chose » ; « le problème avec les hypocondriaques, c'est qu'il y a un jour peut-être, il va leur arriver un truc » ; « on a tendance à négliger les consultations » ; « ils veulent des examens complémentaires ».

M8 : « un des grands obstacles est la création d'une relation de confiance » ; « difficilement sensible à la réassurance » ; « on se sent démuni face à ces patients ».

c) Ressenti du médecin généraliste.

M1 : « lassitude » ; « frustration ».

M2 : « mal à l'aise », « stress », « remise en question » ; « angoisse » ; « appréhension ».

M3 : « on se sent impuissant » ; « taper sur le système » ; « vont m'agacer ».

« on s'en moque un peu ».

M4 : « angoisse pour rien » ; « ils nous font culpabiliser » ; « désespéré par certain patient ».

M5 : « pas de ressenti particulier », « m'énerve parfois ».

M6 : « Découragé ».

M7 : « c'est un peu lourd ce genre de consultation » ;

M8 : « Une impuissance » ; « une remise en question » ; « Cela peut être irritant »

d) Gestion des examens complémentaires

M1 : « au début, on a un réflexe de technicien, on veut trouver un diagnostic » ;

« bilan minimal à faire au début » ; « ni trop, ni trop peu »

« cibler l'examen le plus rentable » ; « une fois qu'on a fait le tour d'horizon et acquis une très bonne certitude, il faut tempérer les demandes » ; « risque d'abus médical qui mène à un sur traitement et un sur diagnostic ».

M2 : « Être dans l'écoute et comprendre pourquoi il demande tel ou tel examen » ;
« évaluer si c'est justifié et faire le tri » ; « expliquer pourquoi oui ou non » ;
« responsabiliser le patient sur la iatrogénie » ; « ça coûte cher à la société » ;
« leur faire prendre conscience de la situation ».

M3 : « au cas par cas » ; « des fois, on n'a pas le choix » ; « freiner des quatre fers » ;
« ça dépend de l'examen » ; « problème de l'irradiation »
« Réseau de santé pour vérifier »

M4 : « avant de se rendre compte que le patient dit n'importe quoi, on doit vérifier quand même s'il n'y a pas quelque chose » ; « argent de perdu » ; « il y en a qui ont déjà fait beaucoup avant de nous voir et on peut le voir sur le réseau de santé » ; « reprendre avec le patient la liste des examens déjà effectués ».

M5 : « une fois que j'ai investigué la plainte, si les examens sont rassurants et que je pense que le patient est hypocondriaque, je vais beaucoup plus encadrer le patient ».

M6 : « difficile à gérer » ; « on commence par faire un ou deux examens puis quand ils reviennent négatifs, on n'est pas encouragés à continuer » ; « limiter au maximum les examens ».

M7 : « selon la clinique »

M8 : « J'essaye de les limiter au maximum » ; « ne pas tomber dans l'excès d'examens complémentaires inutiles et même je dirai potentiellement dangereux » ; « rester très attentif et rigoureux car il faut réussir à ne pas passer à côté d'une plainte véridique ».

e) Conseils de prise en charge générale

M1 : « je commence par prendre cette plainte au sérieux » ; « bonne anamnèse, bon examen clinique et éventuellement des examens complémentaires pour dégrossir » ; « il ne faut pas non plus cataloguer » ; « prend du temps de rassurer ses patients » ; « une convergence dans les différents avis des différents médecins que le patient consulte pour qu'enfin il y croit » ; « il faut les convaincre, les rassurer et rester attentifs à ne pas louper le diagnostic rare » ;
« il faut beaucoup d'écoute » ; « rester empathique par rapport au ressenti de ces patients-là » ;
« important qu'ils se sentent pris au sérieux » ; « Utiliser quelques diagnostics un peu fourre-tout ».

M2 : « prendre un peu sur moi » ; « besoin d'être écouté » ; « J'essaie de garder le dialogue, d'être à l'écoute » ; « rendre le patient responsable dans la démarche de la prise en charge » ; « garder un cadre et ne pas se laisser envahir » ; « j'essaie de respecter le temps de ma consultation ».

M3 : « dans les réelles hypocondries, il y a un trouble anxieux (...) prendre en charge ce trouble anxieux ? », « le plus important, c'est de rester congruent entre le langage verbal et le non verbal » ; « ils sont dans un système émotionnel et donc venir avec des choses plus rationnelles ce n'est pas toujours évident » ; « voir que la personne est en souffrance » ; « besoin d'un temps de parole un peu plus large » ; « s'adapter à chaque patient » ; « les moins radicaux, ils sont évidemment plus faciles à prendre » ; « aborder le fait qu'il y a une souffrance derrière, un trouble anxieux » ;

« Garder aussi un peu de distance avec la personne, ne pas me dire que c'est tourner contre moi ».

M4 : « Trouver un moyen de communication » ; « rassurer et l'envoyer peut-être chez le psy » ; « si on dit juste "écoutez, vous n'avez rien", « le patient qu'est-ce qu'il fait ? Il change de médecin » ; « on essaie vraiment de les reconforter (...) ça prend du temps » ; « je prends encore plus de temps parce que je voudrais vraiment qu'ils aient cette impression qu'on les a écoutés, qu'on ne les a pas bazarés » ; « montré vraiment un intérêt à ce qu'ils racontent ».

M5 : « ne pas banaliser au début » ; « Une fois que j'ai investigué la plainte (...) je vais beaucoup plus encadrer le patient » ; « savoir si les nouvelles plaintes décrites correspondent à un vrai problème de santé ou s'il est, entre guillemet, dans ses plaintes habituelles liées à son hypocondrie » ; « essaye de garder le suivi avec le même médecin » ; « j'essaie de le comprendre » ; « ne faut pas que ça l'envahisse au quotidien » ; « ne doit pas contrôler son rythme de vie » ; « on essaie dans une maison médicale de l'entourer » ; « une grande partie du travail c'est quand même l'écoute » ; « ça peut se prolonger comme consultation », « j'essaie quand même de gérer ce temps, de ne pas me faire déborder par le patient » ;

« Déjà cerner quel type de patient on a en face de soi » ; « au cas par cas » ;

« Un haut niveau d'étude, ils ont souvent besoin d'éléments objectifs pour les rassurer » ;

« Un niveau d'étude plus bas, c'est un peu différent. Il faut les rassurer, il faut lui en parler et il faut le motiver. Il faut qu'il sente qu'il n'est pas seul, que tu es à ses côtés ».

M6 : « essayer de rester positif (...) insister sur les bonnes nouvelles » ; ne surtout pas lui dire ou lui faire comprendre " vous m'emmerdez, retournez chez vous".

M7 : « si tu distrais bien ton patient, il ne saura pas simuler » ; « ça prend plus de temps donc en général » ; « J'essaye qu'il ne commence pas à diverger » ; « J'essaye de le cadrer quand même ».

M8 : « Ce n'est pas dirigé contre nous » ; « me préparer à la consultation mentalement » ; « faire preuve de patience et de bienveillance » ; « j'essaye de dégager du temps nécessaire » ; « les prendre en fin de journée pour ne pas être pressée par le temps », « j'écoute les plaintes du patient », « une prise en charge claire ».

f) La question de la redirection chez le psychiatre ou le psychologue.

M1 : non abordé lors de l'interview.

M2 : Redirection vers un psychiatre ou un psychologue ? « Pas vraiment », « peur de casser un lien », « qu'il y a l'hypocondrie où vraiment, c'est extravagant et d'office, ce sont des gens qui sont suivis par des psychologues parce que c'est maladié ».

M3 : « les amener vers une prise en charge psychologique » ; « quand ils sont très anxieux », « ça ne doit pas forcément être un psychiatre. Je travaille avec de très bons psychologues », « réseau Psy107 », « globalement, ça se passe bien ».

M4 : « on essaye de rediriger vers le psy. Mais l'approche du psy n'est pas toujours bien perçue ».

M5 : « on essaye directement de le rediriger vers la psychologue », « travailler vraiment en équipe avec le psychologue ».

M6 : « on l'envoie trop rapidement chez le psy. Je pense que ce n'est pas une bonne solution » ; « chez le psychiatre ils sont souvent mis sous traitement et je remarque que ça ne résout pas le problème ».

M7 : « Après il y en a que je n'arrive pas du tout à rassurer et là j'essaye de rediriger vers les psychologues ou les psychiatres », « j'envoie plutôt chez les psychologues » ; « Quand je me dis que c'est un peu plus profond, plutôt chez un psychiatre ».

g) La mise en place de traitement.

M3 : « aborder le fait qu'il y a (...) un trouble anxieux et d'essayer de les aider, parfois même avec un médicament, puis de les amener vers une prise en charge psychologique ou même de pleine conscience » ; « les aider avec la relaxation, la sophrologie ».

M5 : « On a une psychologue, on a une salle de sport, l'éducatrice sportive » ; « pour l'anxiété mais plutôt des traitements à base de plantes type *Valériane* ou *Sedistress* ».

M6 : « les aider avec des anxiolytiques ».

M7 : « je peux essayer de prescrire de l'homéopathie pour l'effet placebo »