




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



DOSSIER : HYPOCONDRIE DU SUJET ÂGÉ

L'hypocondrie chez la personne âgée

Hypochondriasis in the elderly

C. Hazif-Thomas^a, P. Thomas^{b,*}

^a Service de psychiatrie, secteur 3, hôpital de Bohars, CHU de Brest, route de Ploudalmézeau, 29820 Bohars, France

^b Service hospitalo-universitaire de psychogériatrie et centre mémoire de ressources et de recherches, centre hospitalier Esquirol, 15, rue du Dr-Marcland, 87025 Limoges cedex, France

MOTS CLÉS

Dépression ;
Anxiété ;
Personnes âgées ;
Somatisation ;
Hypocondrie ;
Symptômes médicaux non expliqués

Résumé L'hypocondrie est définie par une préoccupation excessive et la source de plaintes exagérées sur son état de santé sans que pour autant existe une maladie grave organique associée. Le DSM-IV définit l'hypocondrie comme un désordre somatoforme. Elle est observée dans environ 3 % de la population âgée, mais elle représente une source considérable de dépenses de santé. On peut proposer deux classifications distinctes de l'hypocondrie : l'hypocondrie primaire dont les traits cliniques sont communs à nombre de patients souffrant d'une carence de mentalisation non liés à un autre problème psychiatrique et l'hypocondrie secondaire dans laquelle une pathologie psychiatrique évolue bien au-delà d'une intensité symptomatique propre à la psychopathologie du quotidien. Dépression, troubles obsessionnels compulsifs et anxiété généralisée sont associés à diverses formes de somatisation et se rencontrent fréquemment chez les personnes âgées. Ces troubles sont particulièrement délicats à appréhender, notamment chez l'hypocondriaque qui « colle » à une société contemporaine générant inquiétude et incertitude. Les liens entre les symptômes médicaux non expliqués et les troubles somatoformes chez la personne âgée sont passés en revue.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : philippe.thomas@ch-esquirol-limoges.fr (P. Thomas).

KEYWORDS

Depression;
Anxiety;
Elderly;
Somatization;
Hypochondriasis;
Unexplained medical
symptoms

Summary Hypochondriasis is an excessive preoccupation or worry about having a serious illness. In the DSM-IV it is included in the somatoform disorders. It affects about only 3% of the elderly population but has a heavy health care cost. Two distinct types of hypochondriasis are proposed: primary hypochondriasis is a consistent state of concern with health or illness, which is not associated with any other psychiatric condition and secondary hypochondriasis is a state of bodily concern in which symptoms of another psychiatric disorder are present in more than a mild degree. Depression, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety and somatization disorder are common in the elderly and are the most common accompanying conditions in people with hypochondriasis. Unexplained medical symptoms in generalized anxiety and their relationship to somatoform disorders in old persons are presented.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La peur de disparaître reste essentiellement liée chez l'hypocondriaque à quelque chose de physique.

Gilles Dupin de Lacoste, Robert Neuburger,
L'hypocondriaque, Payot, Paris, 2006

L'hypocondrie est définie comme une préoccupation excessive et disproportionnée concernant sa santé ou des peurs démesurées d'être gravement malade. Le DSM-IV rattache l'hypocondrie, non tant à un trouble de personnalité, mais à un « trouble somatoforme » (ce n'est pas exclusif) caractérisé par l'interprétation erronée du sujet de signes physiques, sans forcément qu'il y ait d'« intensité délirante », mais à l'origine de souffrance et d'invalidité relative durable [1]. Face à cette définition, on peut se demander ce qu'est devenue la séparation hypocondrie névrotique et délirante, mais on perçoit que de nouveaux critères plus concrets voient le jour comme le « shopping » médical, les cybercondriaques utilisant l'internet comme mode exclusif d'accès à l'information médicale, l'hypocondrie psychique fait d'une recherche d'euphorie permanente... Un trouble somatoforme (Fig. 1) est caractérisé par la présence de symptômes physiques, de sensations corporelles qui ne peuvent être expliqués complètement par une affection médicale générale ou par un autre trouble mental, et qui sont volontiers interprétés de façon catastrophique, aggravant l'anxiété et la dépression sous-jacentes [2]. Toute somatisation n'est pas cependant une hypocondrie, différenciable dans une approche catégorielle [3] qui pointe en particulier la place de l'affectif comme des peurs liées aux maladies. Ces mêmes peurs qu'on retrouve déjà dans la pièce de Molière dont Argan dans *Le Malade imaginaire* a ramassé la formule lorsqu'il déclare : « Elle est cause de toute la bile que je fais » (I, 6, 25). Gisèle Harrus-Révidi [4] fait d'ailleurs des liens entre hypocondrie et paranoïa au détour de sa réflexion sur le « malade imaginaire » de Molière. Celui-ci est alors « un paradigme de l'hypocondrie » dans la mesure où l'hypocondriaque comme le paranoïaque expriment des « peurs d'enfant injustement abandonné ». On y trouve en effet les traits essentiels d'une paranoïa internalisée : méfiance, obsession de l'argent, homosexualité latente soigneusement refoulée mais qui ressort sous forme d'obsessions fécales, angoisse recouvrant une crainte de la mort. À ce sujet, l'auteur rappelle que Molière/Argan expose ici le drame d'un homme seul et

courageux face à ses fantasmes et à ce qu'il ne peut que vivre comme l'approche de la mort.

Plus que la paranoïa, l'hypocondrie est une maladie du verbe, une angoisse devant l'informulable de l'intérieur du corps. Le malade, surtout s'il s'est documenté, ce qui est souvent le cas, est centré sur les symptômes d'une maladie somatique toujours imaginable sur un terrain âgé et fragile, volontiers polypathologique et/ou qui semble de plus en plus trahir son « propriétaire ». L'absence de signes objectifs ou leur non spécificité, leur pauvreté, ne suffit pas à être rassurant pour le malade car l'hypocondriaque interprète de manière catastrophique les signes les plus banals [5]. Il est ainsi bien souvent nécessaire de faire un bilan paraclinique ou de faire appel à des consultations spécialisées, ce qui risque toutefois d'ancrer le malade dans l'idée qu'il a quelque chose de grave et de non repérable, comme si avaient été ici abandonnées l'origine et la source putative du mal. La position du médecin traitant est donc difficile. Le but du malade n'est pas de piéger le médecin, mais de se rassurer sur la prise en charge de son angoisse, même si une certaine pointe de masochisme n'est pas rare. Ne pas prendre en compte la demande du malade, c'est se priver des moyens pour le comprendre, d'où l'occasion d'établir un lien médecin-malade. Prendre le risque d'être négligent et de laisser évoluer une pathologie organique associée [6] est une des erreurs tragiques que risque tout praticien du fait que médecin et malades sont convaincus que les symptômes présentés sont « ceux du patient » qui excelle parfois dans le jeu de l'incertitude et non les témoins d'un processus morbide toujours possible. Cet article passe en revue les principaux problèmes de l'hypocondrie chez les personnes âgées.

La notion d'hypocondrie chez les personnes âgées

L'hypocondrie n'est pas le propre du sujet âgé mais s'inscrit dans l'histoire d'une vie affectée par le vieillissement, soit un processus qui va remettre en cause les ressources narcissiques dans une optique de logique vécue par l'hypocondriaque comme celle du pire. Plus l'histoire de vie aura été blessée par des traumatismes psychiques et plus le besoin de se plaindre de son corps sera important ;

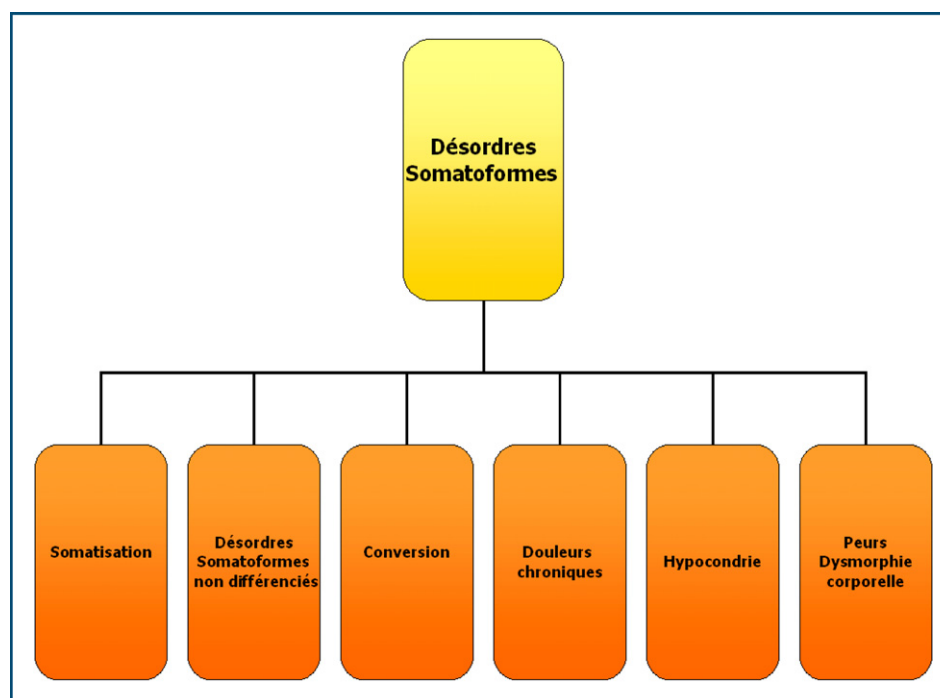


Figure 1. Désordres somatoformes dans le DSM-IV.

plus la personne est âgée, plus le langage du corps est utilisé. Le premier modèle psychopathologique à avoir été proposé est celui de la psychanalyse avec Freud qui oppose les névroses actuelles aux autres névroses. C'est dire qu'un critère d'importance vient singulariser les sensations de l'hypocondrie, le langage et le rapport particulier aux représentations. Freud, dans les *Études sur l'hystérie*, écrit : «Le neurasthénique (hypocondriaque affecté de névrose d'angoisse) qui décrit son mal donne l'impression d'accomplir un travail mental bien au-dessus de ses forces. » Il ajoute plus loin : «Il pense évidemment que la langue est trop pauvre pour lui permettre de dépendre ses sensations ; ses sentiments eux-mêmes sont quelque chose d'unique, de jamais vu encore, que l'on ne saurait parvenir à décrire parfaitement » [7].

Dans les névroses actuelles, les présentations symptomatiques faites d'angoisse, de neurasthénie, de peur d'abandon... seraient issues de la transformation directe d'une excitation provoquée par un facteur contemporain. Par exemple, un sujet jeune peut avoir une diarrhée parce qu'il passe un examen d'études. S'il s'agit d'un hypocondriaque ayant une carence de mentalisation, il ne fera aucun lien entre l'épreuve angoissante qu'il doit passer et sa diarrhée. À la place, il imaginera un cancer de l'intestin et sollicitera un examen médical. De même qu'un sujet âgé qui a mal à l'estomac, suite à une altercation avec un voisin, pourra demander à passer une fibroscopie de peur d'avoir un ulcère. Faute de mentalisation, ces sujets sont incapables de faire du lien entre une angoisse et ses conséquences physiologiques. On retrouve ici la remarque d'Augustin Jeanneau qui a pu écrire à propos de l'hypocondrie : «La pensée qui ne peut rien s'obstine à interroger un corps qui ne sait rien. » Il s'agit pour cet auteur d'une « inadéquation du registre mental à son objet somatique » [8].

Lorsque ce facteur est un événement de vie ayant valeur de traumatisme, on peut parler de présentation hypocondriaque au décours d'une névrose traumatique. Ce modèle rend compte de l'apparition possible à tout âge d'un trouble névrotique (*late onset neurosis*) [9]. L'histoire de la psychiatrie retrace bien d'ailleurs cette possibilité puisque Kraepelin dans la cinquième édition de son traité [10] évoquait déjà la névrose post-traumatique aux dépens de l'hypocondrie, reléguée dans le groupe vague des «épuisements nerveux chroniques», comme le soulignent Guedeny et al., dans leur contribution à l'histoire de l'hypocondrie au fil des siècles [11].

Si l'hypocondrie désigne bien une condition dans laquelle l'individu souffre de résistance à la réassurance médicale, face à la crainte de contracter une maladie sévère, il reste que la menace est perçue comme grave au point que même le fait d'être exposé à un résultat d'examen normal ne peut réduire sa suspicion quant à la maladie.

Il reste que cette synthèse ne doit pas faire oublier l'origine de l'idée, issue en partie des travaux d'Hippocrate, de Dioclès et de Galien, pour qui l'hypocondrie était une forme de maladie prenant son origine dans la région diaphragmatique, ou hypocondre [12]. Galien discutera Dioclès de manière sévère, lui reprochant d'avoir laissé de côté les signes psychiques : non seulement la crainte et la tristesse, mais aussi l'atteinte de l'intelligence, la déraison, faisant dire à Lamotte et Goëb : «La plainte de l'hypocondriaque est celle de la sombre mélancolie, un mal de vivre, une nausée existentielle », la mélancolie, comme l'hypocondrie étant alors attribuées à la bile noire [13].

Après que Pinel ait permis à la sémiologie des vésanies (ou maladies mentales, pour utiliser le vocale actuel) de trouver sa place dans le corpus médical, leur donnant leurs lettres de noblesse, un de ses élèves, Dubuisson, évoque

très bien la place de l'hypocondrie dont il décrit clairement la part de souffrance psychique « amorcée » et « initialisée » par l'inconfort physique : « L'hypocondrie est caractérisée par des tensions et contractions spasmodiques vers les hypocondres et l'épigastre, par des altérations dans les fonctions digestives et par des douleurs vagues dans diverses parties du corps. Ces sentiments pénibles de malaise et de souffrance tourmentent d'abord, et inquiètent plus ou moins longtemps les malades, puis ils aliènent leurs facultés mentales, et enfin ils leur suggèrent des défiances, des terreurs paniques, et les craintes sans cesse renaissantes de maux et de dangers imaginaires » [14].

Prévalence clinique de l'hypocondrie

Comparer les traits cliniques de cette maladie selon les tranches d'âge donne des résultats contrastés selon les auteurs. Ainsi, pour Henningsen et al. [15], quel que soit l'âge considéré, l'hypocondrie est souvent associée à un trouble anxieux généralisé. On retrouve également une dysthymie ou une dépression [16,17], des phobies ou des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) [18]. Ainsi, pour Barsky et al. [19], les malades hypocondriaques de plus de 65 ans ne diffèrent pas de ceux de moins de 45 ans, en termes de présentation symptomatique, de somatisation ou de perception de leur état de santé. Pour d'autres auteurs, la symptomatologie et la fréquence diffèrent selon l'âge, la crise narcissique du vieillissement s'accompagnant fréquemment d'une position hypocondriaque [20]. La crainte, voire la certitude, d'avoir une maladie somatique, la présentation des signes cliniques peuvent être convaincantes pour le médecin, mais masquer une dépression. L'échec du médecin à soulager le malade introduit un doute sur la compétence de celui-ci, pour une part justifié, puisque la problématique du malade ne porte pas sur le corps, mais sur le centre de gravité psychologique de son être. Pour Gottleib [21], cela est particulièrement vrai chez la personne âgée, chez qui la dépression est fréquemment non diagnostiquée, atypique et masquée mais aussi du fait de la fréquence des pathologies somatiques liées à l'âge, premier facteur de risque de la dépression gériatrique. Les symptômes corporels mis en avant par le malade égarent le praticien et sont sources d'une escalade d'investigations médicales qui aggravent la dysthymie et l'obsession du malade face à une cause passée inaperçue, ce qui peut conduire à une perte d'autonomie et à des attitudes régressives.

L'hypocondrie apparaît soit secondaire à un problème psychologique ou psychiatrique, ou comme une perturbation primaire, pouvant s'accompagner de traits anxiodépressifs [22] et qui faisait dire à Henri Ey que « le complexe hypocondriaque est immanent à la nature humaine » [23]. Le lieu de vie des malades module la présentation clinique notamment lorsque le sujet est amené à se replier sur lui-même, passant par exemple d'une communauté religieuse avec une grande liberté de mouvement à la chambre d'une unité de psychiatrie fermée... Mais n'est-ce pas plutôt la façon dont est reprise l'image de l'environnement? On peut ici imaginer qu'à la faveur d'un repli narcissique se produise un « grossissement à une échelle gigantesque » de sensations corporelles encore silencieuses, comme dans le rêve.

Pour Fogel et Sadavoy [24], il faut clairement différencier ce qui est observé sur une population âgée institutionnalisée et en ambulatoire. L'hypocondrie et les désordres somatoformes concernent un peu plus de 1% de la clientèle âgée d'un médecin généraliste, et s'accompagne d'une forte consommation médicale [25], contre près de 33% en établissement. En ambulatoire, la plupart des personnes âgées socialement bien insérées ont une perception satisfaisante de leur état de santé [26], elles n'ont pas davantage tendance à exagérer leurs symptômes physiques ou à s'en inquiéter que les plus jeunes, et elles ne sont donc pas plus exposées à l'hypocondrie [19,27].

L'hypocondrie secondaire et ses alentours d'incertitude

La forte charge d'incertitude liée à l'hypocondrie est peu douteuse, sans qu'il soit en fait besoin de parler de névrose : ainsi du besoin de l'hypocondriaque de perpétuellement vérifier les diagnostics et ce que cela dit de son état de santé, comme s'il avait un besoin insatiable de remplir le moment vécu avec quelque chose particulièrement intense.

De 10% à 29% d'une population âgée institutionnalisée présentent des symptômes hypocondriaques secondaires à des problèmes psychiatriques, surtout de nature anxiodépressive, contre 1% pour une population d'âge comparable à domicile [28,29].

La perception de l'état de santé des personnes âgées n'est pas spécialement pessimiste et est le plus souvent ajustée à leur réalité médicale [30,31]. Cependant, au vu des données récentes de la littérature et de la pratique quotidienne, le grand âge semble donner une note particulière à l'hypocondrie. Comparant, par exemple, les résultats d'une échelle d'évaluation de l'hypocondrie chez des malades alcooliques, Delatte et Delatte avaient trouvé une fréquence significativement augmentée de ce *syndrome* dans les tranches d'âge élevées [32]. Une autre étude de repérage de l'hypocondrie publiée en 1998 par Monopoli et Vaccaro [33] a montré une plus grande incidence et une gravité supérieure de cette affection dans les tranches d'âge élevées. Une autre étude de Fava et al. [34], effectuée chez des malades hospitalisés, a montré que les personnes âgées avaient plus tendance que les adultes jeunes à focaliser leurs tensions psychiques sur le corps, qu'elles étaient moins enclines à partager d'éventuelles problématiques interpersonnelles. Parce que le corps n'existe que dans la mesure où il occupe un espace psychique, tant chez l'autre que « chez soi », la douleur de l'hypocondriaque témoigne de l'oubli où il se sent tombé, et celle du mélancolique de sa chute dans la mémoire douloureuse.

La *dépression* est le désordre psychiatrique le plus fréquemment masqué par des symptômes somatiques [35], cela en particulier chez les personnes âgées [28]. Dans une étude sur 152 personnes âgées déprimées et institutionnalisées, Alarcon [36] a trouvé 66% d'hommes hypocondriaques contre 62% de femmes, ce qui montre l'impact du vécu de perte de sécurité interne, dont peut témoigner le désordre hypocondriaque dans la dépression. En contrepoint, on rappellera l'aphorisme de Ferrey et Le Gouès pour qui l'hypocondrie s'accompagne non pas fréquemment mais

toujours de dépression, seule l'intensité variant [37]. Des résultats comparables ont été retrouvés sur une population âgée institutionnalisée par Monopoli et Vaccaro [33] avec une corrélation de 0,60 entre les scores aux échelles de dépression et d'hypocondrie. En revanche, ils n'ont pas trouvé de lien dans la population âgée ambulatoire interrogée. Une étude Koenig et al. [38] sur des sujets hospitalisés de 20 à 39 ans comparés à des personnes âgées de 70 à 102 ans, montre qu'il existait une corrélation entre dépression et hypocondrie quel que soit l'âge, mais qu'elle était significativement plus grande chez les aînés. La fréquence plus grande de l'hypocondrie reflète à la fois une plus grande fréquence de la dépression chez la personne âgée, et une tendance plus marquée chez elle à la somatisation. Monopoli et Vaccaro [33] ont précisé les liens unissant dépression de la personne âgée et hypocondrie en comparant les sous-items des scores d'une grille d'évaluation des traits de personnalité (inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota [MMPI]). Ils montrent ainsi que les personnes âgées avaient des scores supérieurs aux sujets jeunes pour la dépression et pour les items qui illustrent hypocondrie et hystérie, tandis qu'elles présentaient des scores inférieurs en matière de comportement et d'engagements sociaux, d'hypomanie ou de déviation psychopathique. Les auteurs concluent que les traits de personnalité qui favorisent l'hypocondrie du sujet jeune (narcissisme, suffisance, égoïsme et impulsivité) sont rarement retrouvés chez les aînés [33,39].

À ce titre, ne peut être éludée une des formes de la pathologie régressive chez l'agé, à savoir la dépression régressive individualisée par Daumézou [40] dans les « Syndromes partiels » : ce qui est mis en valeur ici est la dépendance captative et tyrannique à l'égard des proches (conjoint++) : hargne coléreuse, régression corporelle hypocondriaque (\pm énurésie, encoprésie) et d'autre attitudes infantiles.

L'anxiété est aussi souvent liée à l'hypocondrie de la personne âgée [41], incluant les attaques de panique [42,43] et la peur de la mort, fréquente chez la personne âgée isolée, donnant ainsi à ce désordre une triple dimension interpersonnelle :

- solitude, doute d'une aide possible efficace, faible présence médicale ;
- existentiel, grand âge et vacuité douloureuse ;
- perceptif, peur et difficultés sensorielles [44,45].

L'hypocondrie, comme l'anxiété, peut fluctuer selon les jours et se majorer, par exemple, aux dates anniversaires de certains événements, décès d'êtres proches en particulier. Les plaintes d'avoir une maladie identique à une personne de leur entourage décédée prématurément croissent en même temps qu'ils se rapprochent de l'âge de la mort de celle-ci. L'hypocondrie de la personne âgée est encore volontiers associée à des TOC [42,43,46], ce que Cottreux avait pointé en évoquant l'exemple de la crainte obsessionnelle du cancer : « ... car ce qui déclenche les vérifications sont des pensées intrusives. Le docteur m'a sûrement caché quelque chose, il a voulu me rassurer, mais j'ai sûrement un cancer ». Ces obsessions suspicieuses sont proches des idées de négation.

Les idées de négation doivent attirer l'attention sur l'hypocondrie secondaire car elles renforcent un vécu

d'incompréhension du côté du malade qui peut alors devenir agressif. Celles-ci ont été bien résumées par l'école de phénoménologie psychiatrique française en son temps, même si l'on ne parle plus aujourd'hui de « psychoses d'involution » et côtoient évidemment le syndrome de Cotard qui intéresse spécifiquement chez l'agé les fonctions de nutrition et de digestion : « Les idées hypocondriaques, écrit Minkowski, prennent souvent au cours des psychoses d'involution la forme d'idées de négation ; le malade nie l'existence de ses organes, de son corps, puis, par une sorte de projection au dehors, celle des objets et du monde extérieur. Dans certains cas, à ces idées de négation viennent se joindre des idées d'immortalité et d'énormité ; le malade affirme qu'il ne mourra jamais et qu'il souffrira éternellement, ou encore que son corps est énorme, se confond avec le monde et le remplit. L'association, paradoxale à première vue, d'idées de négation et d'idées d'énormité et d'immortalité sur un fond d'anxiété mélancolique, constitue le syndrome de Cotard. Ce syndrome a été considéré comme signe de chronicité ; en réalité, il n'exclut point la possibilité de guérison ; il n'est pas non plus l'apanage exclusif des psychoses d'involution. » À l'heure des traitements antidépresseurs actuels et de l'efficacité des psychothérapies [47], on ne peut que donner raison à l'auteur du *Temps vécu* [48] mais il arrive encore que toute cette panoplie thérapeutique échoue tant la difficulté sémiologique est avérée, imposant donc d'être attentif. En cas de mélancolie à masque délirant et à thème hypocondriaque, il est aussi à remarquer que les éléments délirants sont surtout des contenus non congruents à l'humeur, ainsi que relevé par Barbier [49]. La prévalence de ce syndrome serait de 0,57 % selon Chiu [50]. La dépression est centrale dans 89 % des cas dans l'étude de Berrios et Luque [51] (100 patients) qui a décliné la typologie des principales thématiques psychiatriques : idées délirantes corporelles dans 86 %, idées délirantes sur l'existence dans 65 %, inquiétude majeure dans 65 %, culpabilité dans 55 %, idées délirantes d'immortalité dans 55 %. Ici la peur de la maladie est dans tous les cas remplacée par la certitude d'être gravement malade et la psychose concernée, souvent de nature schizophrénique [52], peut aussi recruter le registre mélancolique ou paranoïaque, avec des patients quittant de multiples établissements de santé, menaçant de procès, criant vengeance... En dehors de ces formes graves et spectaculaires, existent chez le sujet âgé de nombreux équivalents de Cotard, comme le rappellent Ferrey et Le Gouès [37], avec fixation de la conviction du patient sur le non-fonctionnement de tel ou tel organe digestif, urinaire... Existente aussi dans cette mouvance de faux curistes, de faux grabataires... , ce qui doit ici selon nous plutôt faire discuter l'hystérie vieillissante.

L'hypocondrie primaire

Si la pathologie psychiatrique rend compte de l'hypocondrie secondaire, certaines personnes âgées présentent des traits de personnalité pouvant expliquer l'émergence d'une pathologie primitive, indépendamment de l'état clinique psychique ou somatique. Par ailleurs, des « épisodes hypocondriaques » sont fréquemment notés lors des périodes de transition, comme l'adolescence, la ménopause, la sénescence à un moment, donc, où ces personnes sont

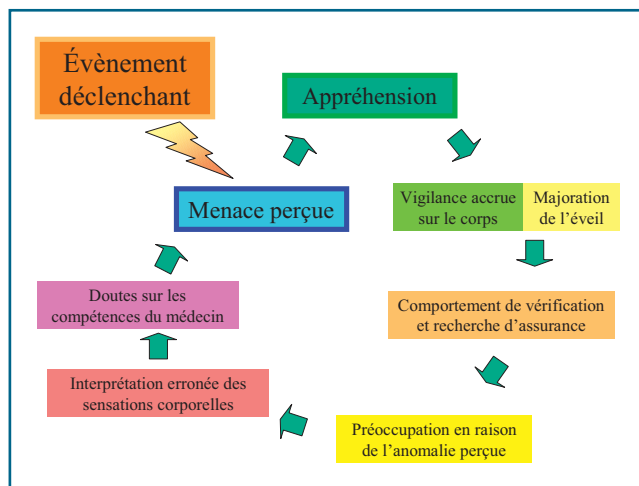


Figure 2. Le modèle des interprétations erronées des sensations corporelles [54].

confrontées à une transformation profonde de leur corps, nécessitant un travail de deuil identitaire, et une certaine redéfinition des contours existentiels. En ce sens, l'hypocondrie primaire viendrait « amortir le choc » comme le propose Abella et Garcia pour qui « la crainte hypocondriaque peut alors être considérée comme un moyen de tenter de symboliser un deuil qui dépasse nos capacités d'élaboration » [53]. L'hypocondrie réalise un palliatif insuffisant à la dépression qui continue à se construire à bas bruit.

Leurs préoccupations corporelles tendent en effet à devenir envahissantes à l'occasion des troubles mineurs et multiples du fonctionnement physiologique sénescents comme si se jouait là un deuil qui les dépassait (Fig. 2). Pour McCrae et Costa [55], les personnes avec un faible niveau de ce que l'on qualifiait autrefois de « neuroticisme », donc sans grande tendance à ressentir des émotions négatives, peu anxieuses et stables au plan émotionnel et les personnes extraverties ont tendance à peu se plaindre de leurs symptômes et de leurs pathologies, quel que soit leur nombre, tandis que les personnes avec un fort niveau de neuroticisme et introverties sont volontiers centrées sur leurs symptômes et peuvent les exagérer, notamment lorsque la part relationnelle avec le médecin est considérée comme insuffisante par le malade [45]. Le neuroticisme était censé non tant de protéger le sujet d'un trop grand émoi dépressif, que de contribuer à le « piéger » dans un « container somatique », une façon d'amortir l'affect douloureux et un essai de contenir l'endeulement identitaire, en l'assimilant à la seule angoisse de la maladie, qui « échappe » à toute possibilité de saisie. Pour les troubles de la mémoire, une étude de van den Heuvel avait montré a contrario qu'un trait de personnalité comme le neuroticisme influait sur l'interaction entre le déclin cognitif et l'expression de symptômes dépressifs chez les sujets âgés. Le faible degré de neuroticisme semble protéger les hommes de l'affect dépressif lorsqu'ils perdent la mémoire (tandis que chez la femme, c'est la maîtrise qui protège de la dépression face au déclin cognitif) [56,57].

La personnalité de la personne âgée participe ainsi à certaines formes d'hypocondrie. La focalisation de la

personne âgée sur ses symptômes physiques est en soi source d'anxiété, c'est la classique obsession de la constipation. En médecine générale, pour une population âgée ambulatoire, 13 à 25 % des consultations sont liés à un « symptôme médicalement inexpliqué », catégorie générale regroupant dans le système de santé divers symptômes psychosomatiques, dont l'hypocondrie peut rendre compte partiellement [25,58] mais qui laisse souvent les médecins généralistes démunis quant à la façon de les réassurer. Il s'agit pour la plupart des cas d'hypocondrie primaire, touchant une population particulière au plan social : célibat ou veuvage, isolement social et familial, faible niveau d'activité physique ou d'investissement social, faibles revenus, faible niveau de scolarité acquis dans l'enfance [59,60]. Des plaintes hypocondriaques sont particulières à cette population [61], comme les troubles subjectifs de la mémoire, sans anomalies neuropsychologiques, mais qui pourraient s'ouvrir plus fréquemment que pour une population normale vers des troubles organiques plus graves [62,63]. Il y a donc lieu de ne pas réassurer trop prématurément, d'évaluer l'impact des symptômes sur la vie quotidienne, d'explorer le sens des symptômes, si possible.

Des traits de personnalité, une réminiscence de traumatismes jusque-là mal élaborés, peuvent faire basculer de la gêne subjective un peu trop insistante à l'intempérie caractérisée du tempérament qui vient signer l'hypocondrie primaire, le malade se cramponnant alors faute d'autres enjeux maîtrisables à sa condition de malade, à sa nouvelle « cassette identitaire » : « Mon esprit est troublé, et j'ignore où je suis, qui je suis, et ce que je fais. Hélas ! Ma pauvre maladie, ma pauvre maladie, ma chère amie ! On m'a privé de toi ; et puisque tu m'es enlevé, j'ai perdu mon support, ma consolation, ma joie ; tout est fini pour moi, et je n'ai plus que faire au monde : sans toi, il m'est impossible de vivre. » Se voient alors des traits typiques de frustration dont témoignent toutes ses sensations pénibles (ballonnements, palpitations, oppression thoracique...) alternant avec un ressenti marqué certes d'incompréhension mais aussi et surtout de peur à l'égard de la maladie, peur intense, infantile, obsessionnelle les amenant à se sentir peu ou prou condamnés à être mal soignés.

Réflexions sur les origines de l'hypocondrie

Il serait pompeux de parler d'étiologies de l'hypocondrie de la personne âgée, même si on les pressent nombreuses. Pour nombre d'entre elles, elles restent de plus à l'état de réflexion sur les sources d'un syndrome complexe. Le stress lié aux pertes associées à l'âge, la peur des maladies existantes ou menaçantes comme les troubles cognitifs [64], l'échéance de la mort prochaine ne sont pas faciles à élaborer et à communiquer. Les difficultés de symbolisation et du travail psychique semblent transposer par les mots (maux) du corps, ce que le discours verbal ne peut exprimer de la vie psychique. En ce sens, l'hypocondrie de la personne âgée est une sorte de communication non verbale de l'indicible [65]. Nous avons vu que certaines personnalités évitantes, introverties, pessimistes font le lit de l'hypocondrie primitive, quand elles ne facilitent pas les pathologies exprimant les

formes secondaires [66]. D'autres traits de personnalité ont été relevés dans l'hypochondrie des personnes âgées, comme les tendances agressives-passives [67]. Pour ces dernières, il a été évoqué la notion d'hypochondre d'impuissance, qui pourrait notamment s'apercevoir plus souvent en institution gériatrique [65].

L'insuffisance de communication est encore invoquée chez les personnes âgées isolées socialement ou familialement [59,65,69] pour lesquelles la relation médicale, si essentielle à la prise en charge, est médiocre [45], ou lorsque les troubles cognitifs débutants commencent à limiter les capacités à mettre en mots les difficultés [64,70]. L'absence d'écoute en profondeur des professionnels de santé, faute de temps, de disponibilité intérieure ou de formation, fait que les conflits intrapsychiques ne sont pas communicables et que seul le corps et ses problèmes réels ou fantasmés ont droit au chapitre, car mieux acceptés par l'auditoire [6,65,68]. La rupture d'une relation du fait d'un deuil, en particulier après une longue maladie d'un être aimé, conduit parfois à des attitudes d'identification hypochondriaque [71,72]. Faute de personne avec qui communiquer, la frustration liée à la solitude n'a d'autre exutoire que l'agressivité contre soi, et l'hypochondrie est alors un châtement auto-infligé [73]. Les hypochondriaques âgés sont moins à l'aise dans l'interprétation des perceptions cutanées que les sujets normaux. Leur analyse subjective est volontiers erronée, inquiétante, mais cela n'est pas corroboré par l'analyse objective de leurs perceptions, qui s'avère comparable à celle de sujets de leur âge [52]. Enfin, l'isolement et l'absence de communication interpersonnelle « suffisamment bonne » de certaines personnes âgées confortent l'hypothèse de Stolorow selon laquelle l'angoisse hypochondriaque serait un signal d'alarme d'un danger majeur dans la sphère narcissique [74]. On comprendra mieux cette idée si l'on se rappelle la scène entre Argan et M. Purgon dans *Le Malade imaginaire*, qui à la suite du refus par Argan d'un de ses clystères, lui souhaite « la bradypsychie, la dyspepsie, l'apepsie, la lientérie, la dysenterie, l'hydropysie... », ce à quoi Argan réagira par l'effondrement : « Ah, mon Dieu, je suis mort. Mon frère, vous m'avez perdu » (III, 5 et 6). A contrario, l'hypochondrie de la personne âgée peut être une forme de protestation, de tentative de reprise de maîtrise de l'entourage qui tendait jusque-là à s'autonomiser d'une personne à la volonté trop affirmée; en un mot, c'est une forme d'hétéro-agressivité habillant des refoulements névrotiques, mélange de bénéfices primaires et secondaires disait-on [75]. L'agressivité peut être tournée contre autrui, le sujet en venant à interpréter les signaux corporels qu'il perçoit comme dangereux pour se confirmer dans une position de malade grave [73,74], cela justifiant à ses yeux qu'il soit l'objet, pourquoi pas exclusif, de toutes les attentions. Être malade peut paradoxalement devenir ainsi un statut de « sécurité » enfin retrouvée, avec des bénéfices secondaires confortables, là où les rôles et l'importance donnés à l'ego devant autrui s'amenuisaient [76].

L'hypochondrie peut encore résulter de conflits anciens, remontant à l'enfance et mal élaborés dans la trajectoire de vie, dont la réminiscence est éveillée par des événements extérieurs et source d'attitudes de fuite régressive [77]. Des travaux ont encore montré l'importance de l'ennui, de la démotivation et de l'inactivité chez la personne âgée dans

le déclenchement des symptômes hypochondriaques [78,79]. Au contraire, la reprise d'une activité physique modérée améliore les symptômes hypochondriaques, l'anxiété et la dépression [80].

Conclusion

L'hypochondrie est donc un syndrome complexe au plan psychiatrique. Dépression, troubles obsessionnels compulsifs et anxiété généralisée sont associés à diverses formes de somatisation et se rencontrent fréquemment chez les personnes âgées. Nous verrons dans le prochain article la difficulté de sa prise en charge.

Conflit d'intérêt

Pas de conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. DSM-IV. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
- [2] Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol* 1998;107(4):587–95.
- [3] Hiller W, Rief W, Fichter MM. Dimensional. categorical approaches to hypochondriasis. *Psychol Med* 2002;32(4):707–18.
- [4] Harrus-Révidi G. *Champ psychosomatique*. Le Bouscat : l'Esprit du temps, vol. 5/3; 2005, p. 115.
- [5] Basquin A, Richoux C, Lejoyeux M. Psychothérapie cognitivo-comportementale de l'hypochondrie. *Ann Med Psychol* 2008;166:238–345.
- [6] Thomas P, Hazif-Thomas C, Pareaud M. Hypochondrie et somatization chez la personne âgée. *Rev Prat* 2008;58(18):1977–81.
- [7] Freud S, Breuer J. *Études sur l'hystérie*, trad. A. Berman. Paris: PUF; 1978 1895. p. 107.
- [8] Jeanneau A. L'hypochondrie ou le corps ailleurs qu'en lui-même. *Rev Fr Psychosom* 2002;22:119–38.
- [9] Montfort JC, Hazif-Thomas C. Pathologie névrotique, régressive et caractérielle. *Psychiatrie de la personne âgée*, 19. Paris: Médecine-Science Flammarion; 2010, p. 204–32.
- [10] Kraepelin E. *Traité de psychiatrie*. 8^e éd. Paris: J. Millon; 1993.
- [11] Guedeny C, Weisbrot C, Eisenstein M, Gibeault A. Le travail de l'hypochondrie. Histoire au fil des siècles et approche psychanalytique actuelle. In: Monfort JC, et al., editors. *Guide pratique de psychogériatrie*. Paris: Elsevier; 1994. p. 91–119 [t 2, chap. V].
- [12] Hazif-Thomas C, Bouché C, Thomas P. La plainte hypochondriaque et ses alentours. *NPG* 2005;28:26–32.
- [13] Lamotte F, Goëb JL. L'hypochondrie au fil des siècles. Aspects théoriques, clinique et thérapeutique. *Ann Med Psychol* 2006;164:703–15.
- [14] Dubuisson JJ. L'hypochondrie. *J Med Chir Pharm* 1816;36:385–6.
- [15] Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenwolf M, Weiss MG. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(2):85–92.
- [16] Casey DA. Depression in the elderly. *South Med J* 1994;8:559–63.
- [17] Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992;33:28–34.

- [18] Barsky AJ. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15(4):791–801.
- [19] Barsky AJ, Frank CB, Cleary PD, et al. The relation between hypochondriasis and age. *Am J Psychiatry* 1991;148(7):923–8.
- [20] Charazac P. *Comprendre la crise de la vieillesse*. Paris: Dunod; 2005.
- [21] Gottlieb GL. Hypochondriasis: a psychosomatic problem in the elderly. Nosology, etiologic hypotheses, health care ramifications. *Adv Psychosom Med* 1989;19:67–84.
- [22] Pilowski I. Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatr Scand* 1970;46:273–85.
- [23] Ey H. *Hypocondrie*. In: *Études psychiatriques*. Paris: Desclée; 1950.
- [24] Fogel B, Sadavoy J. Somatoform and personality disorders. In: Sadavoy NJ, Lazarus LW, Jarvik LF, editors. *Comprehensive review of geriatric psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996. p. 637–58.
- [25] Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 2001;39(7):705–15.
- [26] Lawton M. Competence, environmental stress and the adaptation of older people. In: Lawton MP, Windley PG, Byerts TO, editors. *Aging and the environment: theoretical approaches*. New York: Springer; 1982. p. 33–59.
- [27] Barsky AJ, Ahern DK, Bailey ED, et al. Hypochondriacal patients' appraisal of health and physical risks. *Am J Psychiatry* 2001;158(5):783–7.
- [28] Blazer Jr DG, Houpt JL. Perception of poor health in the healthy older adult. *J Am Geriatr Soc* 1979;27(7):330–4.
- [29] Clarke DM, Piterman L, Byrne CJ, et al. Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice. *Med J Aust* 2008;189(10):560–4.
- [30] Maddox GL, Douglass EB. Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. *J Health Soc Behav* 1973;14(1):87–93.
- [31] Maddox GL. Self-assessment of health status: a longitudinal study of selected elderly subjects. *J Chronic Dis* 1964;17:449–60.
- [32] Delatte Jr JG, Delatte GM. Young old alcoholics: some personality differences. *J Clin Psychol* 1984;40(2):613–6.
- [33] Monopoli J, Vaccaro F. Depression, hypochondriasis and demographic variables in a non-institutionalized elderly sample. *Clin Gerontol* 1998;19:75–9.
- [34] Fava GA, Zielezny M, Pilowsky I, Trombini G. Patterns of depression and illness behaviour in general hospital patients. *Psychopathology* 1984;17(3):105–9.
- [35] Blazer DG, Landerman LR, Hays JC, et al. Symptoms of depression among community-dwelling elderly African-American and white older adults. *Psychol Med* 1998;28(6):1311–20.
- [36] Alarcon R. Hypochondriasis and depression in the aged. *Gerontol Clin* 1964;6:266–8.
- [37] Ferrey G, Le Gouès G. *Psychopathologie du sujet âgé*. 6^e éd. Paris: Masson; 2008. p. 161–2.
- [38] Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, et al. Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc* 1993;41(11):1169–76.
- [39] Leibbrand R, Hiller W, Fichter MM. Hypochondriasis and somatization: two distinct aspects of somatoform disorders? *J Clin Psychol* 2000;56(1):63–72.
- [40] Daumézon G. *Les états régressifs aigus chez le vieillard*. In: *Recherche sur les maladies mentales*. Paris: Imprimerie municipale; 1961. p. 9–31.
- [41] Noyes Jr R, Happel RL, Yagla SJ. Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics* 1999;40(6):461–9.
- [42] Abramowitz JS, Moore EL. An experimental analysis of hypochondriasis. *Behav Res Ther* 2007;45(3):413–24.
- [43] Hiller W, Leibbrand R, Rief W, et al. Differentiating hypochondriasis from panic disorder. *J Anxiety Disord* 2005;19(1):29–49.
- [44] Noyes Jr R, Stuart S, Longley SL, et al. Hypochondriasis and fear of death. *J Nerv Ment Dis* 2002;190(8):503–9.
- [45] Noyes Jr R, Longley SL, Langbehn DR, et al. Hypochondriacal symptoms associated with a less therapeutic physician-patient relationship. *Psychiatry* 2010;73(1):57–69.
- [46] Fallon BA, Javitch JA, Hollander E, et al. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder: overlaps in diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 1991;52(11):457–60.
- [47] Berrios G. The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history. *Hist Psychiatry* 1998;viii:105–19.
- [48] Minkowski E. *Le Temps vécu*. Paris: Presses Universitaires de France; 1995.
- [49] Barbier D. *Dépression chez la personne âgée. Aspects cliniques*. *Presse Med* 2001;30(7):339–40.
- [50] Chiu HF. Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17(1):54–5.
- [51] Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91(3):185–8.
- [52] Haenen MA, Schmidi AJ, Schoenmakers M, et al. Tactile sensitivity in hypochondriasis. *Psychother Psychosom* 1997;66(3):128–32.
- [53] Abella A, Garcia A. Le praticien en échec? Conceptions actuelles sur l'hypocondrie. *Rev Med Suisse* 2007;124:2046–51.
- [54] Salkowskis PM. Somatic problems. In: Hawton K, Salkowskis PM, Kirk J, editors. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford Medical Publications; 1989. p. 235–76.
- [55] McCrae RR, Costa Jr PT. Age, personality, and the spontaneous self-concept. *J Gerontol* 1988;43(6):S177–85.
- [56] van den Heuvel N, Smits CH, Deeg DJ, et al. Personality: a moderator of the relation between cognitive functioning and depression in adults aged 55–85? *J Affect Disord* 1996;41(3):229–40.
- [57] Penninx BW, Beekman AT, Ormel J, et al. Psychological status among elderly people with chronic diseases: does type of disease play a part? *J Psychosom Res* 1996;40(5):521–34.
- [58] Wick JY, Zanni GR. Hypochondria: the worried well. *Consult Pharm* 2008;23(3), p. 192–4, 196–8, 207–8.
- [59] Monopoli J, Vaccaro F. Depression, hypochondriasis and demographic variables in a non-institutionalized elderly sample. *Clin Gerontol* 1998;19(3):75–9.
- [60] Ghubash R, El-Rufaie O, Zoubeidi T, et al. Profile of mental disorders among the elderly United Arab Emirates population: sociodemographic correlates. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19(4):344–51.
- [61] Hanninen T, Reinikainen KJ, Helkala EL, et al. Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects. *J Am Geriatr Soc* 1994;42(1):1–4.
- [62] Schmand B, Jonker C, Geerlings MI, Lindeboom J. Subjective memory complaints in the elderly: depressive symptoms and future dementia. *Br J Psychiatry* 1997;171:373–6.
- [63] Geerlings MI, Jonker C, Bouter LM, et al. Association between memory complaints and incident Alzheimer's disease in elderly people with normal baseline cognition. *Am J Psychiatry* 1999;156(4):531–7.
- [64] Lesser JM. Recognizing the early stages of dementia. *Tex Med* 1999;95(5):62–6.
- [65] Busse EW. Hypochondriasis in the elderly. *Am Fam Physician* 1982;25(2):199–202.
- [66] Monopoli J, Vaccaro F. The relationship of hypochondriasis measures to correlates of personality in the elderly. *Clin Gerontol* 2003;26(3/4):123–37.
- [67] Logsdon-Conradsen D, Hyer L. Treating hypochondria in later life: personality and health factors. *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. New York: John Wiley & Sons; 1999. p. 414–35.

- [68] Personne M. Le corps du malade âgé, pathologies de la vieillesse et relation de soins. Paris: Dunod; 2001, p. 35–48.
- [69] Monopoli J. Managing Hypochondriasis in elderly clients. *J Contemp Psychother* 2005;35(3):285–300.
- [70] Hyer L, Gouveia I, Harrison WR, et al. Depression, anxiety, paranoid reactions, hypochondriasis, and cognitive decline of later-life inpatients. *J Gerontol* 1987;42(1):92–4.
- [71] Jennings LE, France RD. Management of grief in the hypochondriac. *J Fam Pract* 1979;8(5):957–60.
- [72] Lawlor C. 'Long grief, dark melancholy, hopeless natural love': Clarissa, Cheyne and narratives of body and soul. *Gesnerus* 2006;63(1–2):103–12.
- [73] Lipsitt DR. Consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine: the company they keep. *Psychosom Med* 2001;63(6):896–909.
- [74] Stolorow R. Notes on the signal function of hypochondriacal anxiety. *Int J Psychoanal* 1977;58(2):245–6.
- [75] Hader M. Homosexuality as part of our aging process. *Psychiatr Q* 1966;40(3):515–24.
- [76] Busse EW. Somatoform and psychosexual disorders. In: Busse EW, Blazer DG, editors. *Geriatric psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1989. p. 429–58.
- [77] Balier C. Pour une théorie narcissique du vieillissement. *Inf Psychiatr* 1979;55:635–40.
- [78] Hazif-Thomas C, Reber G, Bonvalot T, Thomas P. Syndrome dysexécutif et dépression tardive. *Ann Med Psychol* 2005;163:569–76.
- [79] Aikens JE, Mendelson WB. A matched comparison of MMPI responses in patients with primary snoring or obstructive sleep apnea. *Sleep* 1999;22(3):355–9.
- [80] Kovach-Anta CM. The effects of physical activity on levels of depression, anxiety and hypochondriasis in the elderly. *Dissert Abstr Int Sect B Sci Eng* 1998;59(5-B): 2422.