

L'HYPOCONDRIE :

LA PEUR MALADIVE DES MALADIES...

DEPREZ N (1), TRIFFAUX J-M (1)

RÉSUMÉ : L'hypocondrie est caractérisée par la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques ou de manifestations du fonctionnement corporel. Ce trouble a toujours fait l'objet de débats et controverses quant à sa définition, sa nature et sa nosographie qui continuent à l'heure actuelle. Sa prise en charge complexe, comprenant des interventions psychothérapeutiques et pharmacologiques, met à l'épreuve la relation thérapeutique. Nous aborderons la définition de l'hypocondrie et les nouveaux diagnostics recouvrant cette notion dans le DSM-5 et dans la littérature scientifique, les caractéristiques de ce trouble, son diagnostic différentiel, sa prise en charge et des réflexions sur son expression contemporaine en évoquant la cybercondrie et la pandémie de COVID-19.

MOTS-CLÉS : *Hypocondrie - Maladie - Santé - Anxiété - Cybercondrie*

HYPOCHONDRIASIS : THE MORBID FEAR OF DISEASES...

SUMMARY : Hypochondriasis is characterized by the fear or belief of suffering from a serious illness, based on the subject's misinterpretation of physical symptoms or manifestations of bodily functions. This concept has always been a topic of debate and controversy regarding its definition, nature and nosography, which is still ongoing today. Its complex management, including psychotherapeutic and pharmacological interventions, challenges the therapeutic relationship. We will discuss the definition of hypochondriasis and the new diagnosis covering this notion in the DSM-5 and in the scientific literature, the characteristics of this disorder, its differential diagnosis, its management, and considerations on its expression in the present time by evoking cybercondria and the COVID-19 pandemic.

KEYWORDS : *Hypochondriasis - Illness - Health - Anxiety - Cybercondria*

INTRODUCTION

Décrite depuis l'Antiquité, l'hypocondrie a traversé les époques en mettant systématiquement au défi la médecine d'en comprendre l'étiologie et de lui trouver des remèdes efficaces. Dans le Corpus Hippocratique, l'hypocondrie était une maladie attribuée à l'excès de bile noire et était associée à la mélancolie. Entre 1398 et 1560, ce terme est passé du corpus médical au français courant, il perd le «h» central, s'éloignant ainsi de son étymologie (hypokhondros signifiant «sous le cartilage des côtes»). Le mot hypocondriaque a été défini ensuite par le dictionnaire Littré en 1860 comme «sorte de maladie nerveuse qui troublant l'intelligence des malades leur fait croire qu'ils sont attaqués des maladies les plus diverses, de manière qu'ils passent pour malades imaginaires, tout en souffrant beaucoup, et qu'ils sont plongés dans une tristesse habituelle».

Aujourd'hui, l'hypocondrie est un terme en voie de disparition : il a disparu de la nosographie psychiatrique du DSM-5 pour réapparaître dans une nouvelle catégorie, les troubles à symptomatologie somatique et apparentés. Il n'en demeure pas moins que l'hypocondrie reste atemporelle en tant que préoccupation morbide, centrée sur la crainte d'être atteint d'une maladie grave. Malgré un bilan médical

rassurant, ces craintes résistent la plupart du temps aux approches thérapeutiques.

QU'EST-CE QUE L'HYPOCONDRIE ?

L'hypocondrie est caractérisée par une préoccupation centrée sur la crainte ou sur l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques ou de manifestations du fonctionnement corporel. Cette préoccupation persiste malgré un bilan médical approfondi n'identifiant pas d'affection médicale pouvant expliquer les plaintes du patient et malgré la réassurance des médecins (1). Elle peut concerner certaines fonctions corporelles (les battements cardiaques, la transpiration, le transit digestif...), des perturbations physiques mineures (une petite plaie ou une toux occasionnelle), ou encore des sensations physiques vagues et ambiguës (le «cœur fatigué», les «veines douloureuses») (1). La préoccupation peut toucher un seul ou plusieurs systèmes, successivement ou simultanément, et le patient attribue les symptômes à une maladie dont il craint d'être atteint (1).

Différents facteurs cognitifs contribuent à maintenir une anxiété élevée, tels qu'une attention sélective sur les sensations corporelles, une amplification de leur perception et une interprétation erronée avec une surestimation de leur danger (2). Des comportements associés à l'hypocondrie aggravent également l'anxiété, parmi lesquels la recherche de signes corporels de la maladie redoutée, des évitements de situations associées à la maladie et la recherche d'informations sur la maladie ou de réassurance médicale (2).

(1) Service de Psychologie médicale et de Médecine psychosomatique, Hôpital de Jour Universitaire La Clé, ULiège, Belgique.

L'hypocondrie a toujours fait l'objet de débats et controverses quant à sa définition, sa nature et sa nosographie. Dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), publié en 2013, le concept d'hypocondrie disparaît de leur classification et cette notion est recouverte par deux nouveaux diagnostics : le trouble à symptomatologie somatique et la crainte excessive d'avoir une maladie (3). Le premier concerne les cas où des symptômes médicalement inexplicables sont associés, et le second, les cas où les symptômes somatiques sont absents ou mineurs. Le trouble à symptomatologie somatique regroupe également d'autres anciens diagnostics tels que le trouble somatoforme et le trouble douloureux (3, 4). Ces deux troubles sont classifiés dans la catégorie «troubles à symptomatologie somatique et apparentés», bien que certains auteurs considèrent que l'hypocondrie est davantage apparentée aux troubles anxieux (4).

Le **Tableau I** reprend leurs caractéristiques principales.

ANXIÉTÉ NORMALE ET PATHOLOGIQUE

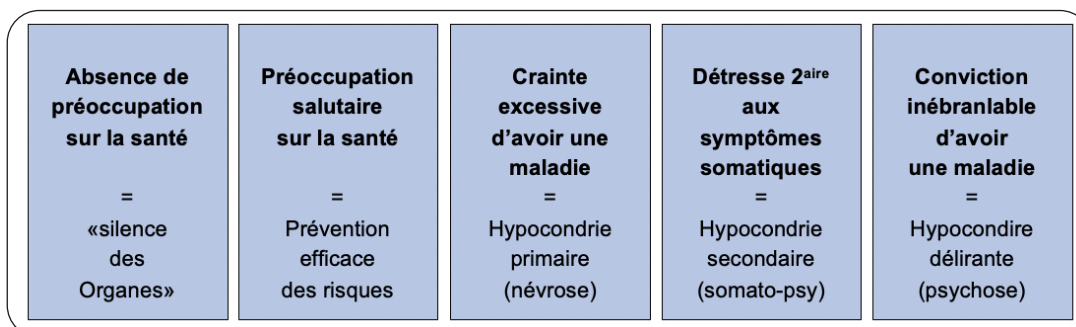
L'anxiété est une réponse normale face à une affection médicale et ne constitue généralement pas un trouble mental. Pour diagnostiquer une crainte excessive d'avoir une maladie ou une hypocondrie, l'anxiété doit être suffisamment durable, sévère et préoccupante (3). Le milieu culturel doit également être pris en compte pour juger si l'anxiété est déraisonnable; le diagnostic doit être posé avec prudence si les idées concernant la maladie sont congruentes avec des opinions largement partagées dans la culture (3).

La notion d'anxiété liée à la santé mérite d'être envisagée selon un modèle dimensionnel comme un continuum allant de l'absence d'anxiété à l'anxiété pathologique (**Figure 1**), au contraire de la classification catégorielle du DSM. Si, selon la formule célèbre du chirurgien français René Leriche, «*la santé, c'est la vie dans le silence des organes*», l'absence totale de préoccupation sur son état de santé n'est pas

Tableau I. Caractéristiques du trouble à symptomatologie somatique et de la crainte excessive d'avoir une maladie selon le DSM-5 (adapté de Starcevic V) (2)

	Trouble à symptomatologie somatique	Crainte excessive d'avoir une maladie
Présence d'au moins un symptôme somatique causant une détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne	Oui	Non (absent ou d'intensité mineure)
«Pensées excessives»	Pensées persistantes et excessives concernant la gravité des symptômes	Préoccupation (excessive ou disproportionnée) d'avoir ou de développer une maladie grave
«Émotions excessives»	Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes	Degré important d'anxiété concernant la santé et la personne s'inquiète facilement de son état de santé personnel
«Comportements excessifs»	Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé	Comportements excessifs par rapport à la santé ou évitement inadapté

Figure 1. Continuum des formes cliniques de l'anxiété relative à la santé



pour autant sans danger. Le refus de prendre en considération des facteurs de risque sanitaire et le déni de symptômes cliniques peuvent également raccourcir l'espérance de vie en bonne santé de certains patients.

Cette notion («health anxiety») est également souvent utilisée dans la littérature scientifique pour désigner une crainte inappropriée ou excessive concernant la perception d'une menace pour la santé, sans faire référence à un diagnostic précis de pathologie mentale (4). L'anxiété excessive liée à la santé est un élément central de l'hypocondrie, mais est également fréquemment rencontrée dans d'autres diagnostics parmi les troubles somatoformes, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques (conversion hystérique, nosophobie, troubles obsessionnels compulsifs), les troubles narcissiques de la personnalité, les troubles psychotiques (schizophrénie, paranoïa, mélancolie, syndrome de Cotard)... Il s'agit donc d'un trouble transnosographique qui confronte souvent le clinicien à ce que l'on peut qualifier de «tâche aveugle» de la médecine ...

PRÉVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE

La prévalence de l'hypocondrie est estimée entre 1 et 5 % dans la population générale et entre 2 et 7 % chez les patients ambulatoires en médecine générale et est identique chez les hommes et les femmes (1, 3). Des études rapportent, chez des patients ambulatoires, une prévalence de l'anxiété liée à la santé estimée à 20 % et de la présence de symptômes médicalement inexpliqués à plus de 50 % (5, 6).

Les facteurs de risque de développer une hypocondrie ou la crainte excessive d'avoir une maladie incluent des antécédents d'abus ou de maladie grave dans l'enfance et l'expérience d'une maladie chez un membre de la famille dans le passé (1, 3). Ces troubles peuvent se manifester tout au long de la vie (1). Ils peuvent être déclenchés par une menace sérieuse, mais ultimement bénigne concernant la santé de la personne (3) ou des facteurs de stress psychosociaux dont, en particulier, le décès d'un proche (1).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Une affection médicale générale (affection neurologique, endocrinienne, polysystémique...)

qui pourrait expliquer les symptômes physiques doit être exclue.

Des inquiétudes au sujet de la santé ou la crainte d'avoir une maladie peuvent être retrouvées dans d'autres troubles psychiatriques, certains auteurs ont qualifié ces symptômes d'hypocondrie secondaire. Parmi les troubles concernés, on retrouve fréquemment l'épisode dépressif majeur, qui doit être d'autant plus suspecté chez les sujets âgés (1). Dans ce cas, la préoccupation n'est présente qu'au cours de l'épisode. Des troubles anxieux peuvent également comporter une anxiété ou des compulsions en lien avec la santé, mais non limitées à ce thème comme dans l'anxiété généralisée ou le trouble obsessionnel compulsif (1).

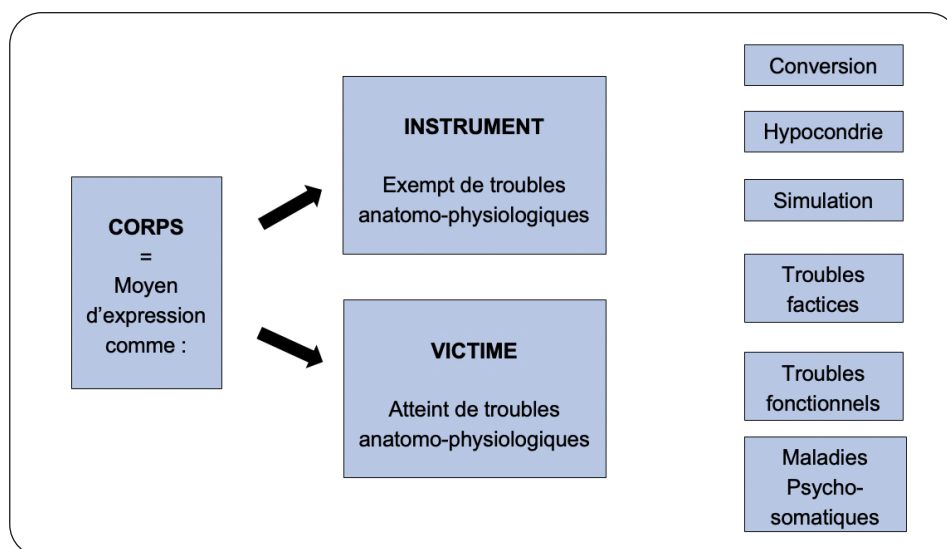
Dans le champ de la médecine psychosomatique, même si ce terme n'a jamais fait l'unanimité, ni consensus, le souffrant somatique, avec ou sans lésion organique, nécessite une approche holistique, qu'il soit inconscient ou conscient de l'origine de la composante psychologique de ses symptômes. Ainsi, selon le psychiatre canadien J. Monday (7), le langage du corps peut s'attribuer un rôle de simple instrument d'expression, c'est-à-dire exempt d'atteinte anatomo-physiologique, ou un rôle de victime, c'est-à-dire en présentant une atteinte anatomo-physiologique (Figure 2).

L'hypocondrie doit également être distinguée des troubles psychotiques, bien qu'historiquement le concept d'hypocondrie psychotique ait été développé. Des délires somatiques d'allure hypocondriaque sont rencontrés, par exemple, dans le trouble délirant de type somatique, la schizophrénie ou la dépression à caractéristiques psychotiques ou mélancoliques (3). Dans le délire hypocondriaque, il ne s'agit plus d'une crainte excessive d'avoir une maladie, mais d'une conviction délirante, rigide et intense, avec, généralement, des idées bizarres et moins plausibles (3) : nous pouvons citer, par exemple, le délire de négation d'organe dans le syndrome de Cotard.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge du patient hypocondriaque s'avère souvent compliquée et entraîne des difficultés dans la relation médecin-malade. Les patients hypocondriaques peuvent avoir l'impression que leurs plaintes ne sont pas prises au sérieux et se sentir rejetés, tandis que les médecins peuvent être frustrés par le comportement des patients, ce qui peut engendrer un manque de confiance et une animosité réciproque (2).

Figure 2. Place de l'hypocondrie dans le champ psychosomatique (selon Monday J) (7)



Dès lors, le développement d'une bonne relation thérapeutique est un pilier essentiel de la prise en charge (2). La psychoéducation est également un élément central dans toutes les approches thérapeutiques.

Nous aborderons la détection de l'hypocondrie, ses principes généraux de prise en charge, la psychothérapie et la pharmacothérapie.

DÉTECTION

Une étape indispensable à toute forme de prise en charge de l'hypocondrie est sa détection, dans laquelle les médecins généralistes et spécialistes jouent un rôle essentiel. Tyrer propose des questions simples à poser au patient pour détecter l'anxiété liée à la santé (6) :

- Vous inquiétez-vous beaucoup pour votre santé ?
- Quelle est la pire chose que vous craignez qui pourrait arriver ?
- Quand avez-vous commencé à vous inquiéter davantage pour votre santé ?
- Comment cette inquiétude a-t-elle affecté votre vie professionnelle/sociale/familiale ?

Différentes échelles d'évaluation de l'anxiété liée à la santé et de l'hypocondrie existent dont, parmi les plus utilisées, l'échelle d'attitude vis-à-vis de la maladie et l'index de Whiteley (8).

PRINCIPES GÉNÉRAUX ET RELATION THÉRAPEUTIQUE

Le développement d'une relation thérapeutique de confiance à long terme est nécessaire avec la définition d'objectifs de traitement clairs et réalistes (soigner et non guérir), centrés sur la réduction de la détresse et l'amélioration du fonctionnement (2). Le soignant devrait faire preuve d'empathie et de respect envers le patient, reconnaître l'importance de sa souffrance et la légitimité de s'inquiéter en présence de symptômes. La communication devrait être claire, directe et éviter les messages contradictoires (2). Un travail peut être réalisé sur l'acceptation d'un degré raisonnable d'incertitude comme faisant partie de la vie, sans nier la possibilité d'être ou de tomber malade (2).

Le soignant devrait se montrer accessible et fiable (2). Le patient peut être rassuré que, malgré l'absence de traitement spécifique de ses symptômes inexplicables, ils ne sont pas catastrophiques et que l'accompagnement médical pourra être poursuivi (9). Des consultations régulières avec le médecin généraliste et le psychiatre peuvent être programmées, ce qui peut également limiter le recours aux services d'urgences et autres médecins (9).

Un cadre devrait être communiqué clairement concernant les situations nécessitant ou non des examens complémentaires (par exemple en cas de nouveaux symptômes, ...) (2). Des soins somatiques excessifs ou inadéquats

n'améliorent pas l'anxiété liée à la santé, voire peuvent être source de davantage de craintes (5).

PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie est considérée comme le traitement principal (9). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est la psychothérapie la mieux documentée dans cette indication avec trois méta-analyses établissant son efficacité (10). La TCC a été proposée sous différentes formes : en suivi individuel, en groupe et via internet (9, 10). Elle porte sur l'interprétation erronée de symptômes physiques, l'identification de comportements et schémas cognitifs inadaptés et l'élaboration de modèles explicatifs alternatifs aux symptômes et à la détresse psychologique (10). La sévérité des symptômes somatiques pourrait diminuer l'efficacité de la TCC (10).

Il existe également des données limitées supportant l'efficacité d'autres psychothérapies telles que la pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement (6, 10). Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique restent indiquées chez les patients qui ont été confrontés depuis l'enfance aux aspects traumatiques de maladies personnelles et/ou familiales. Ces approches permettent d'aborder délicatement le paradoxe de l'inconscient hypochondriaque qui «chérit» sa maladie alors qu'elle lui gâche la vie.

Pour reprendre l'analyse approfondie qu'en fait le psychanalyste Assoun (11), *«l'hypochondriaque dénie la mort, il la tient à distance en espérant confusément de sa surveillance de tous les instants une garantie d'immortalité ou plutôt d'amortalité...»*. Le travail psychothérapeutique consistera à accompagner le patient dans un renoncement progressif de son désir de toute-puissance (désir inconscient de vouloir contrôler en permanence ses organes afin de ne pas mourir) et dans l'acceptation d'une finitude approuvée.

Pour les prises en charge intra-hospitalières, au vu de la fréquence très élevée de l'anxiété liée à la santé, certains hôpitaux ont développé des équipes au sein des services comprenant des psychologues et infirmiers formés réalisant des interventions de psychoéducation et de TCC (6).

PHARMACOTHÉRAPIE

Les antidépresseurs constituent le traitement médicamenteux principal. En pratique, les antidépresseurs sont rarement utilisés seuls, mais plutôt en association avec la psychothérapie (2). L'instauration d'un traitement psychotrope peut se révéler compliquée au vu des craintes portant sur les effets secondaires et de l'interprétation possible du patient comme une tentative de ne pas prendre en considération ses symptômes inexpliqués (9).

Les traitements pharmacologiques de l'anxiété liée à la santé font l'objet de données limitées dans la littérature scientifique et sont généralement considérés moins efficaces que la psychothérapie. Cependant, deux études comparant l'efficacité des antidépresseurs et de la psychothérapie dans cette indication ont montré des résultats comparables de ces deux prises en charge (fluoxétine vs TCC et paroxétine vs TCC) et une étude a montré une efficacité significativement supérieure de leur combinaison par rapport à chaque traitement isolément (fluoxétine et TCC) (10). La réponse sur la crainte de la maladie et les préoccupations obsessionnelles serait supérieure à celle sur les symptômes physiques, plus résistants aux traitements (2).

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont montré une efficacité avec un effet supérieur aux posologies élevées comme dans le trouble obsessionnel compulsif (2). Ils seraient plus efficaces dans les formes d'hypochondrie où la crainte de la maladie ou les préoccupations sur les symptômes sont prédominantes (2). Il existe principalement des preuves d'efficacité de la fluoxétine et de la paroxétine, dont trois études contrôlées randomisées en double aveugle, avec des posologies journalières médianes de 30-51 mg pour la fluoxétine et 40 mg pour la paroxétine (10).

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et les antidépresseurs tricycliques pourraient être plus efficaces dans les formes où les symptômes physiques sont prédominants (2).

L'HYPOCONDRIE À NOTRE ÉPOQUE

Notre société connaît des changements importants au niveau des conceptions de la santé et de la maladie dans la population générale, auxquels la généralisation de l'accès à internet et la crise sanitaire de la COVID-19 contribuent. L'anxiété liée à la santé semble être

en augmentation, d'après une étude portant sur des étudiants entre 1985 et 2017 (12); néanmoins cette augmentation n'a pas pu être liée à l'introduction d'internet.

Dans un tel contexte, que devient l'hypocondrie ? Nous aborderons quelques éléments de réflexion à propos de la cybercondrie et des liens entre hypocondrie et pandémie COVID-19.

CYBERCONDRIE

Avec internet, l'accès à des informations médicales est devenu beaucoup plus rapide et aisé et le nombre de personnes réalisant des recherches liées à la santé en ligne augmente rapidement (13). Ceci apporte des bénéfices tels que favoriser l'autonomisation du patient, mais entraîne également des problèmes liés à la qualité variable de l'information en ligne, l'interprétation de celle-ci et l'utilisation qui en est faite (13). L'anxiété liée à la santé semble jouer un rôle fondamental dans la réalisation de ces recherches, en médiant partiellement la corrélation entre sévérité des symptômes physiques et quantité de recherches (14).

La recherche d'informations médicales en ligne peut constituer un mécanisme de défense (13). Néanmoins, cela peut également contribuer à aggraver ou perpétuer la symptomatologie : près de 40 % des personnes effectuant ces recherches rapportent une augmentation de leur anxiété (13).

La notion de cybercondrie, contraction de «cyber» et «hypocondrie», pourrait constituer une extrémité pathologique dans le spectre des comportements de recherches liées à la santé en ligne (13). Elle désigne un schéma comportemental de recherche compulsive d'informations médicales ou liées à la santé sur internet, amplifiant l'anxiété (13, 14). Dans ce syndrome, si les recherches sont généralement réalisées à visée de réassurance sur ses propres symptômes, elles ont pour effet d'augmenter le stress ou l'anxiété, mais sont néanmoins poursuivies et augmentent au cours du temps, malgré les conséquences négatives.

La cybercondrie n'est pas répertoriée parmi les troubles mentaux dans les dernières classifications dont le DSM-5-TR et ICD-11 (14). Cette notion fait néanmoins l'objet d'un nombre croissant de publications ces dernières années et est considérée par différents auteurs comme devenant un problème de santé publique (14).

Elle est corrélée à l'intolérance à l'incertitude qui pourrait être un moteur des compulsions : les recherches en ligne amènent des résultats

douteux augmentant l'incertitude, ce qui motive la poursuite de recherches dans l'espoir de trouver une réponse claire, mais ces recherches mènent à davantage d'incertitude et ainsi de suite (13).

La cybercondrie semble être un syndrome distinct, mais entretenant des liens étroits avec différents troubles mentaux. Il existe une forte corrélation avec l'hypocondrie et l'anxiété liée à la santé (13), dont elle partage certaines caractéristiques fondamentales, ainsi que, dans une moindre mesure, avec le trouble obsessionnel compulsif. Elle n'est, par contre, pas corrélée significativement au trouble anxieux généralisé et semble liée à l'anxiété seulement lorsque celle-ci porte sur la santé (13).

HYPOCONDRIE ET COVID-19

La pandémie COVID-19 est unique à plusieurs égards concernant ses liens avec l'anxiété en relation avec la santé. Au début de la pandémie, le SARS-CoV-2 était récemment identifié et peu connu, ce qui a induit une perception accrue de la menace (15). L'anxiété peut être aggravée par la couverture médiatique et l'abondance d'informations confuses, contradictoires, non vérifiées et constamment actualisées (15, 16). Au niveau des caractéristiques du virus, la fréquence de formes sévères ou mortelles et la haute contagiosité de la maladie peuvent naturellement induire une peur importante de la contracter et la fréquence des porteurs asymptomatiques peut susciter une anxiété importante chez les personnes intolérantes à l'incertitude (16). La recommandation de comportements pour réduire la contagion (distanciation sociale, port du masque...) peut être anxiogène pour ceux qui craignent de causer préjudice, qui peuvent percevoir le moindre écart aux règles sanitaires comme une menace sévère (16). Au vu de l'incertitude sur la précision des tests, même un résultat négatif peut ne pas rassurer (17). Différents facteurs contribuant à la peur et à l'incertitude alimentent également la cybercondrie (15). Les possibilités de recevoir des traitements pour les personnes présentant une anxiété liée à la santé étaient réduites au vu d'évitements liés à la crainte de la maladie ainsi que des mesures de quarantaine et d'isolement (16).

La crainte de la COVID-19 en présence de symptômes respiratoires durant la pandémie diffère de l'anxiété liée à la santé habituelle et son caractère excessif pouvait être difficile à évaluer. La plupart des gens présentant des symptômes tels qu'une toux ou une dyspnée durant

la pandémie envisageaient la possibilité qu'ils soient causés par une infection due au coronavirus. Cette attribution à la COVID-19 était donc raisonnable et ne pouvait pas être considérée pathologique en soi (17), mais plutôt interprétée selon le niveau d'anxiété.

À distance de la pandémie, la situation se complexifie encore. En pratique clinique, des symptômes médicalement inexpliqués sont souvent imputés par le patient au vaccin ou à un COVID long, domaines dans lesquels nous manquons de recul. Cet aspect sera discuté dans un autre article de ce numéro (18).

CONCLUSION

Malgré les progrès indéniables de la médecine, la personne hypocondriaque reste persuadée d'être atteinte d'une maladie que les cliniciens n'arrivent pas à déceler, ni à traiter. Les préoccupations physiques de ces patients peuvent être dénuées de toute base organique, mais peuvent également apparaître dans les suites d'une maladie somatique identifiée.

La plupart du temps, ces patients ne sont pas rassurés par les avis médicaux qu'ils n'hésitent pourtant pas à « consommer » abondamment. La quête permanente de réassurance médicale structure leur existence, avec le souci obsédant de vérifier leur état de santé et leur diagnostic. Inconsciemment, ces patients semblent bien souvent victimes d'un fantasme d'« amortalité » qui les malmène dans un combat titanesque entre Éros et Thanatos dont le vainqueur est pourtant connu d'avance...

L'hypocondrie reste un trouble transnosographique dans le champ de la psychopathologie et de la médecine psychosomatique. Si le traitement de l'hypocondrie reste long et difficile, il ne faut jamais perdre de vue que ces patients sont en profonde souffrance et qu'ils recherchent, avant toute chose, une écoute professionnelle et un accompagnement bienveillant.

BIBLIOGRAPHIE

1. APA, Guelfi D, Crocq M-A. *DSM-IV-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (texte révisé). 4^{ème}éd. Issy-les-Moulineaux; Masson:2005.
2. Starcevic V. Hypochondriasis: treatment options for a diagnostic quagmire. *Australas Psychiatry* 2015;**23**:369-73.
3. APA, Crocq M-A, Guelfi D, et al. *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5^{ème} éd. Paris; Elsevier Masson:2013.
4. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M et al. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety Stress Coping* 2016;**29**:219-39.

5. Norbye AD, Abelsen B, Førde OH, Ringberg U. Health anxiety is an important driver of healthcare use. *BMC Health Serv Res* 2022;**22**:138.
6. Tyrer P. Why health anxiety needs to be recognised in hospital practice. *Clin Med (Lond)* 2020;**20**:339-42.
7. Monday J. Facteurs psychologiques influençant une affection médicale. In: Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, éditeurs. *Psychiatrie Clinique, une approche bio-psycho-sociale*. 3^{ème} éd. Boucherville; Gaetan Morin Ltee :1999. p 464-80.
8. Lejoyeux M. Hypocondrie. *EMC Psychiatrie* 2005;**2**:247-58.
9. Espiridon ED, Fuchs A, Oladunjoye AO. Illness anxiety disorder: a case report and brief review of the literature. *Cureus* 2021;**13** e12897.
10. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness anxiety disorder: psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. *Psychosom Med* 2019;**81**:398-407.
11. Assoun P-L. *Psychanalyse de l'hypocondrie*. 1^{ère}éd. Paris;Economica:2019.
12. Kopic A, Lindholm P, Järholm K et al. Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *J Anxiety Disord* 2020;**71**:102208.
13. Arsenakis S, Chatton A, Penzenstadler L, et al. Unveiling the relationships between cyberchondria and psychopathological symptoms. *J Psychiatr Res* 2021;**143**:254-61.
14. Santoro G, Starcevic V, Scalone A et al. The doctor is in(ternet): the mediating role of health anxiety in the relationship between somatic symptoms and cyberchondria. *J Pers Med* 2022;**12**:1490.
15. Starcevic V, Schimmenti A, Billieux J, Berle D. Cyberchondria in the time of the COVID-19 pandemic. *Hum Behav Emerg Technol* 2021;**3**:53-62.
16. Dennis D, Radnitz C, Wheaton MG. A perfect storm? Health anxiety, contamination fears, and COVID-19: lessons learned from past pandemics and current challenges. *Int J Cogn Ther* 2021;**14**:497-513.
17. Tyrer P. COVID-19 health anxiety. *World Psychiatry* 2020;**19**:307-8.
18. El Moussaoui M, Guiot J, Fripiat F, Darcis G. Une cause émergente de fatigue et de douleurs chroniques : l'affection post-COVID-19 ou COVID long. *Rev Med Liege* 2023;**78**:299-304.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr Triffaux JM, Service de Psychologie médicale et de Médecine psychosomatique, ULiège, Belgique.
Email : jmtriffaux@uliege.be