

ULCERISOPHOBIE Peur des ulcères

**Phobie non officielle, non reconnue, non spécifique,
non classifiée en tant que trouble anxieux défini dans le DSM-5 et la CIM-11**

Un ulcère est une plaie de la peau, des yeux ou d'une muqueuse, accompagnée d'une désintégration du tissu.

Plus précisément, il s'agit d'une érosion de l'épithélium normal. Les causes d'un ulcère peuvent être endogènes et/ou exogènes.

Un **ulcère** désigne en médecine une lésion ou une plaie ouverte de la peau ou d'une muqueuse, caractérisée par une perte de substance de tissu et une fâcheuse tendance à cicatriser difficilement, évoluant souvent de manière chronique. L'exemple le plus courant est l'ulcère gastroduodéal, qui touche la paroi de l'estomac ou du duodénum.

Voici ses traductions et équivalents dans les langues anciennes :

En Latin

- **Ulcus** (génitif : *ulceris*, genre neutre)
- *Note* : C'est le mot exact qui a directement donné le terme « ulcère » en français par emprunt linguistique. Il désignait une blessure à vif ou une plaie.

En Grec Ancien

- **ἔλκος** (*hélkos*, génitif : *ἔλκος* / *ἔλκους*, genre neutre)
- *Note* : Utilisé notamment dans la collection de textes médicaux d'Hippocrate, ce mot partage la même racine indo-européenne que le terme latin. Il s'employait pour désigner une plaie, une blessure suppurante ou un ulcère chronique.

L'ULCERISOPHOBIE

Explication des craintes psychologiques liées aux ulcères

Précision liminaire : « ulcères » est polysémique (gastroduodéal, cutané, cornéen, buccal) ; traite principalement l'ulcère gastroduodéal, puis les ulcères chroniques cutanés.

1. Une charge symbolique héritée du paradigme psychosomatique

L'ulcère gastroduodéal a longtemps été le prototype de la maladie psychosomatique : la théorie de la spécificité psychodynamique d'Alexander (années 1930-1950) y voyait l'expression somatique d'un conflit de dépendance refoulé, et le modèle du stress de Selye en faisait la lésion « canonique » du syndrome général d'adaptation. Il en résulte une représentation sociale (au sens de Moscovici et de Herzlich) où l'ulcère sanctionne un mode de vie : ambition, surmenage, rumination anxieuse. Craindre l'ulcère, c'est alors craindre la somatisation de ses propres tensions, une forme d'auto-surveillance morale du corps.

L'expression « se faire un ulcère » en témoigne : la lésion est pensée comme le produit d'une conduite, non comme un événement infectieux.

2. Une réalité clinique effectivement redoutable

Indépendamment du mythe, la lésion comporte des complications graves : hémorragie digestive haute (méléna, hématomèse), perforation avec péritonite, sténose pyloro-bulbaire. L'ère pré-pharmacologique, avant les anti-H2 puis les inhibiteurs de la pompe à protons, a laissé en outre une mémoire chirurgicale lourde (vagotomie, gastrectomie, syndrome de dumping), transmise dans les récits familiaux.

3. Le rôle d'*Helicobacter pylori* et la dimension oncogène

La démonstration de Marshall et Warren (1982, Nobel 2005) a déplacé l'étiologie vers l'infection, mais a aussi introduit une inquiétude nouvelle : *H. pylori* est classé cancérogène avéré (groupe 1, CIRC) et participe de la cascade de Correa (gastrite atrophique, métaplasie intestinale, dysplasie, adénocarcinome). L'ulcère devient ainsi, dans l'imaginaire, un signe avant-coureur néoplasique, d'où des angoisses diagnostiques disproportionnées par rapport au risque individuel.

4. Les ulcères chroniques cutanés : stigmatisation et perte d'autonomie

Pour l'ulcère veineux, artériel ou le mal perforant plantaire du diabétique, la crainte est d'une autre nature : chronicité, récurrence, douleur, exsudat et odeur, retentissement sur l'image corporelle et l'insertion sociale, risque d'amputation. L'ulcère de jambe est volontiers associé à la vieillesse et à la négligence hygiénique, ce qui redouble la honte.

5. Un terrain favorable à l'anxiété de santé

La douleur épigastrique, banale et peu spécifique (dyspepsie fonctionnelle), est volontiers réinterprétée par les sujets à forte sensibilité anxieuse comme symptôme d'ulcère ; la boucle d'amplification somatosensorielle (Barsky) entretient alors la crainte, parfois jusqu'à la nosophobie.

Trois pistes d'approfondissement possibles avec Claude IA

- 1. L'archéologie du paradigme psychosomatique de l'ulcère et son effondrement épistémologique après la découverte de *H. pylori*, comme cas d'école de changement de paradigme au sens kuhnien.*
- 2. L'articulation entre représentations profanes de la maladie et conduites de santé (retard au recours, surmédicalisation par IPP), à la lumière de la sociologie de la santé.*
- 3. Le versant phénoménologique de l'ulcère chronique cutané : corps stigmatisé, temporalité de la plaie, éthique du soin.*