

Concept d'hystérie de conversion au XXI^{ème} siècle : étude descriptive et pronostique

THÈSE

pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité : Psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le : 8 Octobre 2010
par

Mathilde DROUFFE

Née le 7 Novembre 1981, à Ambilly (74)

Directeur de thèse

M. le Professeur J-P. CLEMENT

Membres du Jury

M. le Professeur J-P. CLEMENT.....	Président
M. le Professeur J-C. DAVIET.....	Juge
M. le Professeur L. MAGY.....	Juge
Mme. Le Professeur M-P. TEISSIER-CLEMENT.....	Juge
M. le Docteur B. OLLIAC.....	Membre invité

2 rue du Dr Marcland
87025 LIMOGES cedex
Tél. 05 55 43 58 00
Fax. 05 55 43 58 01
www.unilim.fr

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

*C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
A DENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEAULIEU Pierre	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (Sur 31/08/2011)	PEDIATRIE
DENIS François (Sur 31/08/2011)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (Sur 31/08/2013)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (Sur 31/08/2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GUIGONIS Vincent	PÉDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
RIGAUD Michel (Sur 31/08/2010)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis (C.S)	GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (C.S)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE - CHIRURGIE GENERALE
VANDROUX Jean-Claude (Sur 31/08/2011)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
VERGNEGRE Alain (C.S)	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE - CHIRURGIE DIGESTIVE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Nicolas	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
-----------------------	----------------

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	MÉDECINE GÉNÉRALE
BUISSON Jean-Gabriel	MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie	MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT,
PROFESSEUR DES UNIVERSITES. PSYCHIATRIE D'ADULTES
PSYCHIATRE DES HOPITAUX
CHEF DE SERVICE

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en remercie. Merci de m'avoir confié ce travail et d'avoir accepté de diriger cette thèse. Qu'il me soit permis de vous adresser, en cette circonstance, toute ma gratitude pour l'enseignement que vous avez su me prodiguer tout au long de mes études. J'ai beaucoup apprécié de travailler dans vos services et de mener à bien cette thèse.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe DAVIET,
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
PROFESSEUR DES UNIVERSITES
PRATICIEN HOSPITALIER

Vous avez accepté de juger ce travail de thèse, je vous en remercie. Veuillez trouver en ce travail, l'expression de ma gratitude. Merci pour votre enseignement au gré de mon stage d'externat dans votre service.

A Monsieur le Professeur Laurent MAGY,
NEUROLOGIE
PROFESSEUR DES UNIVERSITES
PRATICIEN HOSPITALIER

Vous me faites le grand honneur de participer à mon jury. Vous trouverez ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. Merci pour votre enseignement tout au long de mon externat.

A Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT,
ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE
MALADIES METABOLIQUES
MEDECINE DE LA REPRODUCTION
PROFESSEUR DES UNIVERSITES
PRATICIEN HOSPITALIER

Merci d'avoir accepté de juger cette thèse. J'ai énormément apprécié de travailler avec vous lors de mon passage dans votre service, et qu'il me soit permis de vous adresser, en cette circonstance, toute ma gratitude pour l'enseignement que vous avez su me prodiguer en endocrinologie.

A Monsieur le Docteur Bertrand OLLIAC,
PEDOPSYCHIATRE
PRATICIEN HOSPITALIER

Tu me fais l'honneur d'accepter de juger mon travail. Par ton sens clinique, tes qualités d'enseignement, ta bienveillance, tu as su susciter mon intérêt pour la pédopsychiatrie. Sois assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Merci aux praticiens hospitaliers du C.H. Esquirol qui ont su me faire partager leurs connaissances et auprès de qui j'ai eu plaisir à travailler :

M. le Dr Eric CHARLES, Mme le Dr Aurore MACHEMY, M. le Pr Jean-Pierre CLEMENT, M. le Dr Philippe NUBUKPO, Mme le Dr Karine EYMAR, M. le Dr François VIEBAN, M. le Dr Yves AUROUX, M. le Dr Arnaud DELAGE, M. le Dr Jean-Louis SOUCHAUD, Mme le Dr Valérie BALOUTCH, Mme le Dr Nathalie DOMENGER, Mme le Dr Karine AMPAYRAT, Mlle le Dr Delphine WALOCHA, M. le Dr Denis SCHADLER, Mlle le Dr Anne-Catherine DUMONT, M. le Dr David FONTANIER, Mlle le Dr Céline DUMONT, Mme le Dr Marie-Astrid CASTAING, M. le Dr Jean-François ROCHE, M. le Dr Bertrand OLLIAC, M. le Pr GAROUX, Mme Elodie MALHOMME, Mme Nathalie SALOME, M. le Dr Guillaume VERGER, M. le Dr Emile-Roger LOMBERTIE, Mme le Dr BOURLOT, Mme le Dr ALAMOME, Mme le Dr Fabienne SOUCHAUD, Mme le Dr Marie-Michèle BOURRAT, Mme le Dr Florence JOUPPE, M. le Dr Jean-François THERME, Mme Françoise BLANCHARD-BOUAJJA, M. le Dr Cecil HERMANN.

Merci à toutes les équipes infirmières et soignantes, aux psychologues et aux équipes sociales des différents services du C.H. Esquirol pour leur accueil chaleureux lors de mon internat, pour tout ce qu'ils m'ont apporté.

Merci à M. le Dr SAZERAT, Mme Boyon, Mme le Dr POUPRY, M. le Pr GAROUX et M. le Dr LOMBERTIE pour leurs enseignements au cours des séminaires durant mon internat.

Merci à Jean-Baptiste WOILLARD, pour son aide pour l'analyse statistique, pour sa disponibilité, sa gentillesse, pour m'avoir fait apprécier les statistiques.

Merci à toutes les secrétaires du C.H. Esquirol qui ont su se rendre disponibles pour mes recherches, et notamment Dominique, Sandrine, Sandrine, Annick.

Merci à tous mes co-internes au C.H. Esquirol durant ces quatre années d'internat : Marianne, Sophie, Céline, Aurélie, Fabien, Guillaume, Aurélie, David, Aline, Lucie, Benjamin, Karell, Houda, Zoé, Paola, Patrick, Elodie, Aurélien, Adrien, Grégory, Coralie, Marion, Matthieu, Etienne, Camille, Jonathan, Emilie, Emilie, Claire, Céline, Jean-Jacques et aussi Magali, Géraldine, Céline, Cathy et Julia.

Merci à Karine d'avoir égayé l'internat par ta joie de vivre, et Sabine.

Merci aux délégués médicaux : M. Claude-Emmanuel PLAT et M. Franck FEYFAN.

Merci à Mme le Dr Marie-Astrid CASTAING pour sa disponibilité, son soutien, son aide pour la relecture et les corrections.

Merci à Mme Françoise MOSNIER pour avoir lu ce travail et apporté des corrections.

Merci à David pour avoir lu, relu, apporté des corrections essentielles, et pour m'avoir aidé pour la réalisation des analyses statistiques.

DEDICACES

A David, mon amour, pour ton aide, ton soutien, tes conseils, ta patience, ton efficacité, ta perspicacité sans laquelle ce travail n'aurait pu aboutir. Cette thèse t'est particulièrement dédiée.

A mes parents pour m'avoir donné envie de faire des études médicales et m'avoir permis de les réussir, pour votre courage face aux événements de la vie. A mes frères Xavier et Thibaut.

A mes tantes Isabelle et Françoise pour votre soutien et vos encouragements.

A ma marraine « préférée » qui m'a toujours considérée comme une « bonne psychiatre », j'espère ne jamais te décevoir.

A ma famille DROUFFE et HAMON, à ma grand-mère maternelle (Geneviève), à ma cousine Amélie, à mon oncle Michel, à mes cousines et cousins, mes tantes et oncles.

A MADAME ET MONSIEUR ZIAÏ, pour m'avoir accueillie dans votre famille, pour votre soutien sans faille, votre aide, votre écoute, votre présence, pour tout ce que vous avez pu m'apporter. Nous sommes nombreux à vous être redevables et reconnaissants, je fais partie de ceux-là. Je ne l'oublierai jamais.

A Marie, Sophie, Fabien, Paul. Nous faisons partie de la même famille.

A toute la famille AZIM.

A Cristina, pour son amitié, sa gentillesse, sa présence et à sa famille.

A tous mes amis en particulier : Annabel et Vincent, Gaëlle et Brice (et Armand), Marie-Astrid et toute sa famille, Delphine, Elodie, Marion, Hélène, Julie, Juliette, Franck et Claire, Sandrine et toute sa famille, Thuy et toute sa famille, Lahib, Arach, Massoud, Ali et Juliette.

A mes arrière-grands-parents, mes grands-parents paternels, mon grand-père maternel, mon cousin Mathieu, qui sont partis trop tôt, je les garde tous dans mon cœur.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
DEDICACES	8
TABLE DES MATIERES	9
INTRODUCTION.....	14
PARTIE I : LES TROUBLES DISSOCIATIFS (DE CONVERSION)	15
I. Historique des concepts	16
A. Historique de l'hystérie de conversion.....	16
1. L'Antiquité gréco-latine et la théorie utérine.....	16
2. Le diable, père de l'hystérie	16
3. Des vapeurs très vaporeuses.....	17
4. L'origine cérébrale de l'hystérie	17
5. Au XIX ^{ème} siècle, l'époque romantique	18
6. Le courant neurologique.....	18
7. Le courant psychogène.....	19
8. L'hypnose.....	20
9. L'œuvre de Freud	21
10. La psychanalyse après Freud.....	21
11. La psychiatrie dans la deuxième moitié du XX ^{ème} siècle.....	22
(a) Historique de la personnalité hystérique	23
(b) Historique de l'hystérie de l'enfant	23
B. Historique du concept de dissociation	24
1. Naissance du concept de dissociation	24
2. La dissociation, un concept oublié ?	24
3. La dissociation, une nouvelle redécouverte	25
4. Les controverses du passé ressurgissent.....	25
5. L'époque actuelle	25
II. Définitions des concepts.....	26
A. Définitions	27
B. Critères diagnostiques du trouble de conversion selon la classification du DSM-IV-TR.....	29
1. Evolution des critères	29
2. Les critères actuels	31
3. Les sous-types cliniques	32
C. Critères diagnostiques des troubles dissociatifs selon la classification du DSM-IV-TR.....	33
D. Les troubles apparentés à l'hystérie dans le DSM-IV-R.....	34

1.	Le Trouble Somatisation	34
2.	Le Trouble Douloureux	35
3.	L'Hypocondrie	36
4.	Les Troubles Factices et la Simulation	37
E.	La classification C.I.M.-10 : les troubles dissociatifs (de conversion).....	39
F.	Une dépression ?	40
G.	Quelle classification utiliser ?	40
III.	Epidémiologie	41
A.	Prévalence et incidence	41
1.	Généralités, chez l'adulte	41
(a)	Les Troubles de Conversion	41
(b)	Les Troubles Dissociatifs	43
2.	Chez l'enfant	45
3.	Chez la personne âgée	45
B.	Impact du sexe	46
C.	Age de survenue	46
D.	Comorbidités	47
1.	Eléments psychopathologiques associés	47
2.	Les Etats de Stress Aigus et les Syndromes de Stress Post-Traumatiques (PTSD)	49
3.	Cancer et conversions.....	49
4.	Réorganisation hystérique et psychopathologie	50
IV.	Aspects cliniques.....	51
A.	Les symptômes de conversion somatique	51
1.	Les symptômes somatiques durables	52
(a)	Les atteintes motrices.....	52
(b)	Les atteintes sensitives.....	53
(c)	Les atteintes sensorielles.....	54
2.	Les symptômes somatiques paroxystiques.....	55
B.	Les symptômes conversifs d'expression psychique	57
1.	L'inhibition intellectuelle	58
2.	L'amnésie dissociative	58
3.	La fugue dissociative.....	59
4.	La stupeur dissociative	60
5.	La transe dissociative	60
6.	L'état de possession	60
7.	Les troubles de la vigilance.....	61
8.	Le trouble dissociatif de l'identité.....	62
C.	Les traits de personnalité hystérique	63
D.	Choix et signification symbolique du symptôme	66
E.	Les bénéfices primaires et secondaires	67
F.	Latéralisation des troubles	68
G.	« Délire hystérique »	69
H.	Particularités aux âges extrêmes.....	69
1.	Chez l'enfant	69
2.	Chez la personne âgée	71
I.	Particularités chez l'homme.....	73
V.	Implications diagnostiques	74
A.	Un diagnostic d'exclusion	74
B.	Des critères positifs	75
C.	Des erreurs par excès.....	75
D.	Des conversions méconnues.....	76

E.	Nécessité d'outils diagnostics	77
F.	Au total.....	78
VI.	Dimensions socioculturelles	79
A.	Facteurs culturels et ethnosociaux, les rites et les croyances	79
B.	Des différences selon le niveau d'éducation et d'industrialisation	81
C.	Facteurs médiatiques	81
D.	L'environnement psychosocial.....	81
VII.	Mécanismes explicatifs.....	83
A.	Les troubles de conversion selon le DSM-IV-R	83
1.	Psychodynamiques et développementaux	83
(a)	L'approche éthologique	83
(b)	L'approche familiale et génétique	84
2.	Des facteurs prédisposant identifiés traumatiques	84
3.	Neurophysiologie : apport de l'imagerie fonctionnelle.....	86
4.	Le modèle comportemental	89
5.	Les sciences cognitives	90
6.	Recherche en Endocrinologie.....	91
7.	Le modèle psychanalytique.....	92
B.	Les troubles dissociatifs selon le DSM-IV-R.....	94
C.	Un modèle multifactoriel.....	95
VIII.	Evolution et pronostic	96
IX.	Approches thérapeutiques	98
A.	La prise en charge.....	98
B.	L'hospitalisation	99
C.	L'annonce du diagnostic.....	100
D.	Pharmacothérapie et traitement des comorbidités.....	102
E.	Psychothérapies	104
F.	Les techniques médiatisées	108
G.	L'hypnose.....	108
H.	Autres traitements.....	110
1.	Narcoses induites par psychotropes	110
2.	Stimulation magnétique trans-crânienne.....	110
3.	Autres traitements	110
I.	Approche multidisciplinaire.....	111
J.	Prévention	111
PARTIE II : ETUDE CLINIQUE ET PRONOSTIQUE D'UNE POPULATION DE TROUBLES DISSOCIATIFS (DE CONVERSION).....		112
I.	Contexte de l'étude et présentation globale.....	113
II.	Objectifs de la recherche	114
A.	Objectifs généraux.....	114
B.	Objectifs spécifiques.....	114
III.	Matériels et méthode	115
A.	Présentation de l'étude	115
B.	Inclusion des patients.....	116
1.	Critères d'inclusion	116

2. Critères d'exclusion.....	116
C. Recueil des données, saisie et traitement statistique	117
D. Quelques définitions.....	118
IV. Résultats et analyses.....	119
A. Données sociodémographiques	119
1. Données générales personnelles.....	119
2. Situation sociale, familiale et professionnelle.....	122
B. Antécédents psychiatriques	127
1. Antécédents psychiatriques personnels.....	127
2. Antécédents psychiatriques familiaux.....	129
C. Diagnostics	130
1. Diagnostics principaux.....	130
2. Diagnostics associés.....	131
D. Evènements de vie.....	132
1. Evènements de vie traumatiques	132
2. Relations interpersonnelles difficiles	133
3. Traumatismes sexuels	134
E. Symptômes.....	135
1. Généralités.....	135
2. Amnésie dissociative (F44.0).....	135
3. Fugue dissociative (F44.1)	136
4. Stupeur dissociative (F44.2).....	136
5. Etat de transe et de possession (F44.3)	136
6. Troubles neurologiques dissociatifs (F44.4, F44.5, F44.6).....	136
(a) Les paralysies dissociatives	136
(b) Les autres troubles neurologiques dissociatifs	139
(c) Convulsions dissociatives (F44.5)	140
(d) Troubles sensitifs et sensoriels (F44.6)	140
7. Autres troubles dissociatifs (de conversion) (F44.8)	140
8. Latéralisation des troubles.....	140
9. Troubles mixtes	140
F. Prise en charge	141
1. Bilan psychologique.....	141
2. Hospitalisation, suivi psychiatrique	141
3. Traitement mis en place	141
G. Récidives	142
H. Recherche des facteurs de risque de récurrence.....	144
1. Analyse univariée (régression logistique) de l'influence de différents facteurs sur les récurrences.	144
2. Analyse multivariée (régression logistique) de l'influence de différents facteurs sur les récurrences.	146
3. Suivi évolutif des récurrences	147
DISCUSSION	152
I. Données sociodémographiques.....	153
A. Une population d'âge moyen de 49 ans	153
B. Une surreprésentation féminine.....	153
C. Un nombre de patients en diminution.....	154
D. Milieu rural, professions ouvrières ou salariées, chômage, niveau bas d'éducation et retraités	154
E. Une situation familiale sans particularité.....	155

II. Des antécédents psychiatriques fréquents, notamment conversifs et dépressifs	156
III. Les diagnostics	157
A. Des diagnostics principaux variés	157
B. La dépression, le principal diagnostic associé.....	157
IV. Les évènements déclenchants multiples	158
A. Des évènements de vie traumatiques.....	158
B. Des relations interpersonnelles compliquées.....	159
V. Les symptômes dissociatifs	160
A. Troubles d'apparition brutale, de durée courte, sans cause organique retrouvée...	160
B. Des symptômes neurologiques multiples et associés	160
C. La stupeur, l'amnésie, la fugue, la confusion	164
VI. La prise en charge	166
VII. Les récurrences	166
VIII. Conclusions sur les hypothèses développées précédemment.....	167
IX. Pronostic : suivi évolutif du risque de récurrence en fonction des différents facteurs .	168
A. Analyse par régression logistique.....	169
B. Analyse du profil évolutif par les courbes de Kaplan Meier (modèle du Log rank)	171
C. Au total	173
X. Critiques de l'étude	174
A. Points forts.....	174
1. Originalité.....	174
2. Significativité et convergence sur le plan statistique	174
3. Recul.....	175
4. Effectif.....	175
5. Etude complète	175
6. Suivi des données	175
B. Limites	176
1. Caractère rétrospectif	176
CONCLUSION	177
TABLE DES ILLUSTRATIONS	179
ANNEXES	180
I. ANNEXE 1 : GRILLE DE LECTURE	180
II. ANNEXE 2 : POPULATION DE REFERENCE	184
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	185
SERMENT D'HIPPOCRATE	198

INTRODUCTION

De longue date, les troubles dissociatifs (de conversion) ont constitué une catégorie à part mêlant psychiatrie, neurologie et mysticisme.

Ces troubles, qui auparavant rentraient dans le cadre de l'hystérie, restent encore d'actualité au XXI^{ème} siècle, d'autant plus qu'il est discuté pour la prochaine version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual) en 2013, le DSM-V, un éventuel regroupement dans une même entité « les troubles de conversion moteurs et les troubles de conversion psychiques », comme dans la CIM-10 [1][2][3].

De nombreuses études concernant les troubles de conversion ont été publiées ces dernières années, en particulier concernant le versant moteur (troubles moteurs et pseudo-crisis épileptiques). Quelques rares auteurs se sont penchés sur les troubles dissociatifs dans leur ensemble, classés selon la CIM-10. Mais à notre connaissance, aucune étude n'a évalué statistiquement les facteurs associés au risque de récurrence. En effet, les rares publications retrouvées dans la littérature ne s'intéressent qu'à une analyse descriptive de cette pathologie délaissant le côté pronostique, en particulier l'élément capital que constitue la récurrence.

Devant ce constat, nous avons voulu étudier ces troubles au niveau de notre établissement, le C.H. Esquirol de Limoges, en Limousin, afin de décrire et d'étudier l'évolutivité de la symptomatologie actuelle de cette maladie.

Nous avons orienté nos travaux vers une étude clinique descriptive à visée pronostique étudiant en particulier le risque de récurrence des patients en fonction de leur symptomatologie, de leurs antécédents et de leur prise en charge sur une durée de 7 ans.

Notre objectif visait d'une part à caractériser cette pathologie en ce début du XXI^{ème} siècle, en vue idéalement d'un meilleur diagnostic, d'autre part à essayer de déterminer des facteurs ayant une incidence sur l'évolution afin de permettre une meilleure prise en charge en particulier sur le plan de la prévention des récurrences.

**PARTIE I : LES
TROUBLES
DISSOCIATIFS (DE
CONVERSION)**

I. Historique des concepts

A. Historique de l'hystérie de conversion

1. L'Antiquité gréco-latine et la théorie utérine

Le terme d'« hystérie » qui en grec signifie « matrice » ou utérus « hystera » est apparu il y a plus de 4 000 ans dans la médecine égyptienne : les symptômes naissent de la migration physique de l'utérus vers le haut [4]. Le papyrus égyptien de Kahun, datant de XX^{ème} siècle avant J.-C., évoque cette étiologie [5]. Les Egyptiens prescrivaient des substances aromatiques en fumigation pour permettre le retour de l'utérus à sa place.

La médecine antique désigne l'hystérie comme une maladie des femmes, causée par l'altération de la matrice, les perturbations de la vie sexuelle dérégulant l'équilibre émotionnel.

Hippocrate la considère comme une maladie en relation avec la migration de l'utérus à travers le corps et en distingue plusieurs formes en fonction des localisations de l'utérus itinérant [5]. Il décrit les pseudo-neuropathies hystériques et différencie les convulsions épileptiques et hystériques. Pour lui, les troubles ont leur origine dans la privation sexuelle et dans les modifications organiques de l'utérus [6]. Il utilise l'éternuement et les procédés égyptiens pour replacer l'utérus. Mais sa théorie médico-philosophique ne convainquit pas les grecs adhérents aux théories mystiques et divines.

Puis Galien considère l'hystérie comme une maladie organique utérine en relation avec la continence sexuelle [7].

2. Le diable, père de l'hystérie

Le Moyen Age fut l'époque des grandes épidémies, et sous l'influence des conceptions augustinienes liant plaisir sexuel et péché, on vit dans les manifestations hystériques une intervention du Malin.

La chasse aux sorcières reçoit son mode d'emploi avec la publication en 1487, du *Malleus maleficarum* ou « Maillet des sorcières », œuvre de l'inquisiteur du diocèse de Cologne. Avec l'autorisation du pape Innocent VIII et le soutien de Maximilien I^{er}, le Malleus

va devenir le manuel officiel de l'Inquisition, véritable petit traité de psychopathologie sexuelle, sinon de pornographie. Il va servir de guide pour l'identification de la sorcière [4].

Les phénomènes d'ensorcellement et de possession démoniaque affectent aussi en dehors des cultures judéo-chrétiennes : dans le Sud-Est asiatique avec le « latah » [6].

L'hystérie collective et les personnalités alternantes ou multiples datent du XVI^{ème} siècle, en relation avec les pratiques de sorcellerie ou la possession diabolique des religieuses (exemple du pacte avec le diable des Ursulines de Loudun) [8].

3. Des vapeurs très vaporeuses

Au XVII^{ème} siècle, on affirme la primauté de la fermentation des humeurs. Les vapeurs résulteraient d'effervescences vicieuses, et l'hystérie d'une prédominance des acides sur les alcalins.

Lange dans son *Traité des vapeurs* distingue quatre sortes de ferments susceptibles de provoquer des vapeurs dont les ferments séminaires qui dégagent des vapeurs hystériques. L'hystérie reste une pathologie de la sexualité (il condamne l'abstinence sexuelle) et son siège reste dans l'utérus [4].

4. L'origine cérébrale de l'hystérie

Au XVII^{ème} siècle, le siège « cérébral » de l'affection est reconnu. La théorie neurologique succède à la théorie utérine.

Charles Lepois, en 1618, doyen de l'école de médecine de Pont-à-Mousson, affirme que le siège de l'hystérie est uniquement le cerveau, et que la théorie utérine est absurde puisque la maladie peut s'observer dans les deux sexes. Ce n'est qu'en 1670 que Thomas Willis a réellement défendu cette idée.

Lepois affirme également l'existence d'une hystérie masculine dont l'idée était jusque-là incompatible avec la théorie utérine [7].

Parallèlement, on évoque le rôle des émotions à l'origine des troubles, Paracelse entrevoit le rôle de l'inconscient dans la pathogénie des névroses, Sydenham ébauche la première description de la personnalité hystérique.

Avec ce dernier en 1697, l'hystérie devient la capacité d'imiter les maladies en relation avec des troubles émotionnels. Elle est rattachée au concept de névrose en 1769 par Cullen, à côté des fièvres, des maladies locales et de la cachexie.

5. Au XIX^{ème} siècle, l'époque romantique

Avec le romantisme, la femme accède à un nouveau statut. Le romantisme voit éclore une nouvelle sensibilité à l'égard de la femme.

Les médecins qui s'intéressent à l'hystérie ne font que rejoindre l'imaginaire romantique en replaçant la femme sur un piédestal ; ils ne font que participer dans l'exercice de leur art aux grandes sources d'inspiration de la littérature de l'époque : la femme muse, la femme ange et démon, la mère féconde, la vierge, la femme fragile et passive.

A quoi s'ajoutent de façon beaucoup plus prosaïque et dans un tout autre ordre d'idées, la découverte par les physiologistes de l'ovulation, et par conséquent la mise en évidence du rôle créateur et actif de la femme dans la génération [4].

6. Le courant neurologique

Le courant neurologique fait surtout progresser la connaissance de l'hystérie au niveau descriptif. Ferriar, en 1795, crée le terme de « conversion hystérique », qu'il classe dans les spasmes viscéraux : il parle de contrefaçon des maladies du corps exemptes d'altération matérielle [6].

Puis progressivement on assiste à une nouvelle ascension du siège de l'hystérie vers le cerveau. Pour Brachet (1830) [4], l'hystérie est une affection spasmodique du système cérébral, c'est une « névrosaspasme cérébrale ». L'hypocondrie par contre, est une atteinte du cerveau et du système ganglionnaire autonome, c'est une « névrotaxie cérébrale ganglionnaire ».

Briquet [6] défend la thèse neurologique : l'hystérie est une lésion fonctionnelle de l'encéphale d'origine émotionnelle impliquant une susceptibilité héréditaire. Il insiste sur le rôle causal des facteurs émotionnels, des conditions familiales et pour un tiers des cas des

séances infantiles [9]. En 1859, il fit une description exhaustive des plaintes somatiques, puis le « syndrome de Briquet » devint le trouble somatisation en 1980, forme polysymptomatique et plutôt sévère d'hystérie.

Georget (1795-1828), élève d'Esquirol décrit le siège de l'hystérie dans l'appareil cérébro-spinal, siège des émotions et des mouvements. Il s'interroge sur sa dénomination, proposant plutôt « encéphalie spasmodique », ou bien l'« attaque de nerfs » [4].

Griesinger [6] (1817-1868), berlinois, considère l'hystérie comme une affection non spécifique du système nerveux secondaire à un agglomérat de causalités utérines, neurologiques, émotionnelles et congénitales. Mais il insiste sur le traitement moral car il entrevoit l'existence des sentiments conflictuels.

Benedikt (1868), viennois, relie l'hystérie à des troubles précoces de la sexualité, tout en conservant une attitude neurologique [10]. Il décrit également quatre cas d'hystérie masculine.

7. Le courant psychogène

Parallèlement, le courant de la théorie psychogène se développe avec force.

Pinel [4](1745-1826) distingue l'hystérique de la « nymphomanie » ou « fureur utérine » [4]. Cette nymphomanie, équivalent féminin du « satyriase » se rapprocherait plutôt de l'accès maniaque [4]. La seule concession faite par Pinel à ses contemporains est de ranger l'hystérique dans la classe des « névroses ». Il continue de voir dans l'utérus le siège de l'hystérie, et attribuer, comme le faisaient Hippocrate et Galien, le déclenchement des accès à une « continence austère ». Le mariage est le meilleur remède de la maladie selon lui.

Carter (1828-1918) en Angleterre confirme la théorie psychosexuelle et le traitement psychologique, notamment émotionnel, ainsi que le Baron E. Von Feuchtersleben à Vienne [6]. L'amour contrarié, la passion, l'insatisfaction, survenant chez une personne ayant un tempérament sensible et exigeant, entraînent des manifestations diverses, des convulsions, des malaises, des vomissements qui réalisent des crises susceptibles de se reproduire, voire de se chroniciser [11].

8. L'hypnose

Entre les théories psychogène et neurologique, l'hypnose apparaît dès 1813 avec l'abbé J. de Faria (1756-1819). Il évoquait un « sommeil lucide », avec comme but de suggestion thérapeutique. Cette œuvre sera réhabilitée par Bernheim en 1884, qui la considère comme le précurseur de l'hypnose par suggestion.

J.M. Charcot (1825-1892) souligne l'importance de la suggestion médicale dans la survenue des troubles et introduit l'hypnose dans son enseignement (1878), tout d'abord comme une méthode de diagnostic puis avec l'influence de Bernheim, comme une méthode thérapeutique [6]. Charcot étudia longuement l'hystérie, dans le pavillon de la Salpêtrière regroupant les patients épileptiques et hystériques. Il décrivit « l'hystéro-épilepsie ».

Charcot eut le mérite de redonner à l'hystérie sa dignité de maladie (une maladie comme les autres), d'en fournir des descriptions cliniques précises destinées à démontrer l'origine organique de l'affection par l'existence de stigmates spécifiques (il s'agirait d'une « lésion dynamique ») [12]. Charcot croyait à la réalité d'une maladie naturelle, l'hystérie, « existant de tout temps et dans tous les pays », et son effort pour le démontrer avait été d'en apporter des preuves positives : les fameux stigmates.

On sait que cette recherche des preuves par la présence a échoué et ce qui a fondé la distinction avec les affections neurologiques – ce sera l'œuvre de Babinski – ce sont les preuves par l'absence : le défaut d'organicité [13]. Puis il reconnaîtra son erreur et défendra le rôle des émotions et des traumatismes psychiques dans les causes des accidents hystériques.

J. Babinski, élève de Charcot, réussit à délimiter rigoureusement le domaine de la neurologie lésionnelle de celui de l'hystérie, qu'il rapprocha de la suggestion hypnotique. Pour lui l'essence de l'hystérie, c'est l'autosuggestion ; les phénomènes hystériques sont l'effet du « pithiatisme » [4].

Des conceptions plus psychogènes et dynamiques naissent avec Janet (1889). Il continue la description des troubles en différenciant les stigmates mentaux permanents (anesthésie, amnésie, troubles moteurs) des accidents mentaux passagers (actes subconscients, attaques convulsives, somnambulisme) [6]. Il relie les signes permanents, les accidents, les symptômes dissociatifs et les personnalités alternantes aux altérations de la mémoire, de la conscience et à l'état hypnoïde [14]. Mais il ne reconnaît pas l'origine sexuelle des névroses. Pour lui, « une émotion pathogène a un effet dissolvant sur la fonction de synthèse et d'intégration psychique » ; il se positionne comme précurseur de la théorie cognitive [6].

9. L'œuvre de Freud [6]

Freud introduit la théorie sexuelle inconsciente. Dans un premier temps l'hystérie naît du refoulement d'une expérience traumatique représentée par une séduction ou une excitation sexuelle réelle par un adulte (nourrice, etc.), vécue prématurément [15].

Comme Charcot, Bernheim et Breuer, Freud traite l'hystérie par l'hypnose pour abrégier les effets du traumatisme.

Puis il abandonne l'hypnose et crée le cadre de la psychanalyse, à la suite, selon Rouart d'une scène de séduction d'une patiente hypnotisée, selon Brauschweig du refus d'hypnose d'une autre patiente hystérique (Elisabeth von R) qui lui aurait imposé l'association libre [16][17].

Dès lors, Freud considère le symptôme hystérique comme le symbole mnésique de fantasmes sexuels devenus inconscients sous l'effet du refoulement et de l'après-coup à la puberté, le symptôme étant destiné à absorber l'excès d'affects liés à l'insuffisance du refoulement [18][19].

Il élabore ensuite la signification bisexuelle du symptôme, les analogies entre celui-ci et le rêve (condensation, déformation).

Mais jusqu'en 1920, il garde vis-à-vis de l'hystérie une contre-attitude défensive de maîtrise et d'autorité virile, peut-être en souvenir « oublié » de violences subies pendant l'enfance, sûrement d'une identification inconsciente aux patientes fascinées, exhibées et maîtrisées par Charcot selon Guillaumin [20].

10. La psychanalyse après Freud

S. Ferenczi (1873-1933) comme Freud relie l'hystérie à une sorte de réalisation du désir au moyen du corps. Mais il parle de « matérialisation » et non de conversion, constituant une « langue symbolique », des processus symboliques qui accompagnent les complexes sexuels, les souvenirs et fantasmes refoulés [6]. Mélanie Klein (1882-1960) insiste en 1923 sur la condensation toute particulière des fantasmes dans l'hystérie [6]. Anna Freud n'intègre pas la conversion dans l'étude des mécanismes défensifs du Moi[6].

E.H. Erikson [21] relie l'hystérie simultanément aux fixations phalliques, à un mode organique intrusif et à un stade psychosocial de culpabilité. Son œuvre originale a le mérite d'établir des passerelles entre la réalité intrapsychique et la réalité socioculturelle.

Parmi les successeurs de Freud, dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, certains ont insisté sur la dimension archaïque prégénitale de l'hystérie, en particulier les défaillances de maternage et de l'environnement de soutien (« *holding* »), la sexualisation précoce en constituant la solution défensive [22][23].

11. La psychiatrie dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle

La psychiatrie nord-américaine et européenne a longtemps intégré les données de Freud, complétées au niveau étiopathogénique par celles de Janet.

En France, la clinique de l'hystérie est principalement représentée par les synthèses descriptives de T. Lempérière (1965) [12] et de J.-M. Sutter (1968) [24], qui reconnaissent deux grands types de symptômes : la conversion somatique et la conversion psychique.

Aux États-Unis, le DSM (1952) [25] et le DSM II (1968) [26] ont intégré les descriptions de Briquet avec ses deux sous-classes : la conversion somatique et la conversion algique [27].

En 1972, Feighner tente une validation scientifique des diverses entités psychiatriques, à partir de critères cliniques, épidémiologiques et évolutifs. Il inaugure la frénésie classificatrice américaine [27] qui aboutit à un éclatement de l'hystérie en deux grandes catégories : les troubles somatoformes et les troubles dissociatifs .

(a) Historique de la personnalité hystérique [6]

D'après Darcourt, c'est Sydenham qui décrit le premier une personnalité hystérique en termes de traits de caractère. Janet quant à lui parle des stigmates de l'hystérique. Koch en 1888, a inclus la personnalité hystérique dans le cadre des personnalités psychopathiques.

Le véritable statut de la personnalité hystérique apparaît avec la théorie freudienne de la névrose, c'est-à-dire d'un inachèvement de l'organisation génitale sous l'effet du processus de fixation-régression oedipienne.

(b) Historique de l'hystérie de l'enfant

L'hystérie de l'enfant est nettement moins connue que l'hystérie de l'adolescent. A la suite des synthèses effectuées en France par Rueff-Duval (1962) et par Stuky (1965), Michaux décrit en 1969 le théâtralisme hystérique chez l'enfant [28].

En 1971, Ajurriaguerra décrit des troubles analogues aux conversions somatiques des adultes (troubles moteurs et sensitifs, cécités) et aux accès dissociatifs (crises de somnambulisme). Il confirme la fréquence plus élevée chez la fillette et le caractère collectif et épidémique de l'hystérie en internat. Sutter [24] en 1968 décrit des symptômes de conversion comparable à ceux de l'adulte mais pour en souligner le caractère bénin et résolutif.

Lebovici dès 1959 établit des points de contact entre la conversion d'une part, la mythomanie et la psychose de l'enfant d'autre part. Il souligne la prudence avec laquelle il faut donner une signification névrotique aux symptômes d'allure hystérique car les manifestations de ce type ne pouvant apparaître qu'à la suite de l'après-coup pubertaire.

B. Historique du concept de dissociation [29]

1. Naissance du concept de dissociation

L'histoire des troubles dissociatifs rejoint celle de l'hystérie et de l'hypnose avec les travaux de Charcot, Janet et Freud à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle.

Charcot, médecin chef de la Salpêtrière à Paris, avait déjà reconnu le somnambulisme, la fugue et la personnalité multiple comme étant des manifestations de la « grande hystérie ».

Puis Janet pendant les années 1880, travaillant son doctorat de philosophie, développe un nouveau concept, celui de la dissociation mentale, comme étant la base de l'ensemble de phénomènes hystériques. Il postule que la dissociation serait un déficit d'intégration d'un Moi trop faible, ou fragilisé suite à des traumatismes.

Un autre disciple de Charcot, Freud, identifiait parmi les troubles hystériques ceux dus à la dissociation (états de conscience modifiés, somnambulisme, fugue, personnalité multiple) et ceux dus à la conversion (symptômes moteurs et sensitifs). Il proposait un modèle conflictuel du fonctionnement psychique, dans lequel un Moi fort essaie de se protéger des expériences traumatiques par un mécanisme de défense, le refoulement, qu'il associe à la dissociation comme élément fondamental dans l'hystérie.

2. La dissociation, un concept oublié ?

Que ce soit pour Janet ou pour Freud, les événements traumatiques restaient des facteurs déterminants pour l'apparition de troubles dissociatifs. Mais par la suite, Freud abandonna sa théorie sur le traumatisme réel pour un traumatisme imaginaire dérivé des fantasmes sexuels comme source de conflits inconscients.

La forte influence de la psychanalyse eut raison de l'hypnose et de la dissociation, qui furent un temps oubliées.

Au début du XX^{ème} siècle, les symptômes dissociatifs sont considérés comme des erreurs diagnostiques entre l'hystérie et la schizophrénie [30], ou comme des effets secondaires des techniques d'hypnose, mais restent l'apanage du cinéma et des romans surtout concernant l'amnésie dissociative et la personnalité multiple.

3. La dissociation, une nouvelle redécouverte

Deux évènements aux États-Unis vont permettre de remettre à l'honneur la dissociation et les liens entre les traumatismes sexuels et physiques et les symptômes dissociatifs : la guerre du Vietnam avec l'élaboration du concept de stress post-traumatique [31] et la naissance du mouvement féministe dans les années 1960–1970 permettant de lever le voile sur les violences envers les enfants et les femmes. Depuis de nombreuses études ont été mises en place sur les effets du traumatisme sur les états de stress post-traumatiques et la dissociation [32].

4. Les controverses du passé ressurgissent

Toujours aux États-Unis, vers 1990, un nouveau débat voit le jour : la nature même du traumatisme est controversée. Est-elle réelle ou imaginaire ? Est-elle le fruit de la suggestion ? De ce fait, de nombreux psychiatres, psychologues spécialisés dans le trauma et la dissociation sont amenés à comparaître devant les tribunaux.

5. L'époque actuelle

Depuis le XXI^{ème} siècle, ce débat persiste malgré de nombreuses études partout dans le monde, avec l'objectif d'une validation d'instruments diagnostiques.

II. Définitions des concepts

« Ce n'est pas l'hystérie qui a changé, c'est la médecine dans laquelle cette maladie de l'imagination prend sa place » disait Widlöcher [33].

L'abus du diagnostic d'hystérie posé souvent à la légère, la signification péjorative du qualificatif hystérique (connotation avec la simulation, la lubricité, le chantage), l'absence de corrélation précise entre personnalité hystérique et accidents hystériques, l'influence des courants féministes, ont conduit à proposer l'abandon des termes d'hystéries ou hystérique dans les nosographies psychiatriques [34][35][36].

En réaction au mésusage du diagnostic d'hystérie et aux fréquentes erreurs de diagnostic, l'école américaine de Saint-Louis a tenté dans les années soixante-dix d'individualiser sur un modèle médical un syndrome nettement identifiable d'hystérie polysymptomatique auquel a été donné le nom de *syndrome de Briquet*, en hommage au prédécesseur de Charcot dont le *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* paru en 1859 présentait une description exemplaire de la maladie [11].

Le syndrome de Briquet a été repris, avec des remaniements successifs dans ses critères, dans le DSM-III [34], le DSM-III-R [37] et le DSM-IV [35] sous la dénomination de *Trouble somatisation*, et de façon beaucoup plus approximative dans la CIM-10 [36] sous la dénomination de Somatisation.

Depuis le DSM-III (1980) [34], la nosographie américaine démantèle en classant dans des chapitres séparés, d'une part les troubles corporels, c'est-à-dire les accidents de conversion isolés et le Trouble Somatisation (répertoriés dans les troubles somatoformes) et d'autre part les accidents psychiques (amnésie psychogène, fugues amnésiques, personnalités multiples) classés dans un chapitre spécifique de Troubles Dissociatifs. La personnalité histrionique, qui s'est substituée à la personnalité hystérique, est indexée sur l'axe II.

La CIM-10 [36] adopte une attitude un peu plus unitaire en regroupant sous la dénomination de Troubles dissociatifs (de conversion) toutes les manifestations motrices, sensitives, amnésiques, stuporeuses, etc.

A. Définitions

« *La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais* » écrivait Lasègue (1878), par le polymorphisme et la variabilité des symptômes. Grasset pour sa part, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1889), rajoute « *Je ne sais si elle sera jamais donnée (il ne faut désespérer d'aucun progrès), mais je sais qu'elle est encore actuellement impossible* ». Et Israël (1976) complète la phrase de Lasègue par « *...par un médecin* ».

D'emblée se pose un problème de définition. Faut-il étendre le diagnostic à des formes d'expression corporelle, qui relève certes de troubles fonctionnels mais différents du mécanisme propre à l'hystérie ?

Si l'on se réfère au mécanisme psychologique supposé à l'origine des symptômes dans la tradition freudienne, la définition d'Engel [10][38] est exemplaire : « un processus intrapsychique par lequel une idée ou une impulsion inacceptable est exprimée symboliquement comme une sensation corporelle ».

Il est préférable de retenir une définition plus clinique : les troubles qui impliquent un mouvement ou une action qui pourraient être réalisés consciemment dans une simulation volontaire mais qui, dans l'hystérie, sont « mimés » par le malade sans qu'il ait conscience du caractère intentionnel de sa réalisation.

Cette définition a pour mérite de réunir dans le cadre de l'hystérie d'une part, une symptomatologie d'allure neurologique caractérisée par des troubles moteurs, sensitifs et sensoriels et d'autre part, une symptomatologie de nature psychiatrique caractérisée par des états mnésiques, des fugues et des dédoublements de la personnalité [33]. On pourrait aussi reprendre la définition de Boffeli et Guze [39] : des symptômes inexplicables suggérant une affection neurologique. Mais cette définition ne précise pas l'origine psychologique des troubles, qui est exigée par d'autres auteurs, comme Hackett avec la personnalité hystérique, ou Pu avec un problème émotionnel significatif déclenchant les troubles [40].

Tout d'abord, le diagnostic de conversion, conformément à l'enseignement de Charcot, est un diagnostic positif. C'est la forme du symptôme et non l'absence d'origine organique qui doit orienter le diagnostic, avec sa sémiologie propre de paralysie, anesthésie, trouble de la conscience.

La « belle indifférence » qui avait été décrite XIX^{ème} siècle reste, de ce point de vue-là, un symptôme majeur. Le malade veut ignorer l'anomalie qu'il présente. Cet « oubli » de la fonction joue probablement un rôle capital dans la capacité du sujet à mimer l'anomalie, et rend compte en même temps de sa relative bonne foi [33]. Il faut toutefois noter que cette manifestation n'est présente que dans 7 à 43 % des cas et qu'elle peut être observée au cours de déficits authentiquement neurologiques. De plus, il est difficile de concentrer l'attention du sujet sur son symptôme. On retrouve un refoulement de la représentation mentale pathogène du trouble moteur par exemple avec un refoulement du symptôme et de la partie du corps qui le porte. Les patients présentant des dyskinésies ou un déficit sensitif peuvent voir leurs symptômes atténués lorsqu'on distrait leur attention.

Par rapport à la clinique traditionnelle, notamment française, c'est le « trouble de conversion » du DSM qui se superpose le plus à l'hystérie traditionnelle, ce qui est confirmé par l'étude de Bonhomme et *al.* de 1985 [41].

Par contre, le moindre doute rend nécessaires des examens complémentaires, devant le risque de méconnaître une lésion, malgré celui de renforcer la conversion somatique. Ces examens doivent être réalisés le plus rapidement possible afin de pouvoir affirmer le caractère inorganique du trouble avec toute la fermeté possible.

Pour les hystéries dissociatives, le diagnostic est en règle plus facile et là encore, l'oubli joue un rôle majeur, au premier plan dans l'amnésie isolée, mais aussi dans la fugue et dans les dédoublements de personnalité.

B. Critères diagnostiques du trouble de conversion selon la classification du DSM-IV-TR

1. Evolution des critères

En 1952, le DSM-I [25] décrit les réactions conversives comme des symptômes fonctionnels de l'organisme ou de parties du corps, d'ordinaire sous contrôle volontaire, résultant de la **conversion d'impulsions anxieuses de la forme psychique à la forme somatique**.

Le DSM-II [26] en 1968 précise cette notion en la considérant comme une **perte de fonction psychogène et involontaire** dans laquelle intervient la personnalité hystérique, la recherche de bénéfices secondaires et la présence de « la belle indifférence ». Ces éléments semblent alors posséder une certaine valeur diagnostique.

Lazare [42] montre l'absence de validité diagnostique de ces descriptions.

En 1980, la troisième édition du DSM [34] parle de **perte ou altération du fonctionnement physique qui ne peut être expliqué par une affection médicale**. On spécifie de plus que ce trouble n'est **pas sous contrôle volontaire** et que des **facteurs psychologiques** sont en relation causale avec l'apparition des symptômes.

Par ailleurs, le DSM-III [34] marqua une rupture importante dans le consensus qui semblait jusqu'alors s'appliquer au concept de névrose. Pour la première fois, le terme de névrose était banni de la nosographie psychiatrique, et les différentes entités cliniques la concernant, ont été disséminées dans différentes catégories diagnostiques. Cette révision du DSM reposait sur le fait qu'une classification empirique ne pouvait se fonder que sur des données cliniques observables ou sur des données étiologiques et pathogéniques attestées par des procédures de vérification objective. Le DSM III, se prétendant « athéorique », ne pouvait se satisfaire de théories qui n'avaient pas fait la preuve de leur vérité.

Avec le DSM-IV [35] en 1994, l'entité hystérique éclate entre, sur l'axe I, d'une part, un syndrome d'expression somatique, les troubles dits somatoformes, subdivisés en troubles « somatisation » (incluant l'hypocondrie), de « conversion » (réduit à la conversion pseudo-neurologique), et « douloureux », et d'autre part, l'ensemble de syndromes dissociatifs

(amnésie, fugue, trouble de l'identité, transe) et sur l'axe II, la personnalité histrionique. La répartition des troubles en trois grandes rubriques permet de concilier les descriptions traditionnelles et celles du DSM IV. D'ailleurs, les différences entre ces approches sont plus d'ordre évolutif que symptomatique. Ainsi, le terme d'hystérie disparaît.

Cette classification a été conservée dans le DSM-IV-R [43] en 2000.

Classification de Freud	DSM (1952)	DSM-II (1968)	CIM-9 (1977)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)	CIM-10 (1992)	DSM-IV-R (2000)
Hystérie	-	Névrose hystérique	-	Troubles somatoformes	Troubles somatoformes	Troubles somatoformes	Troubles somatoformes et dissociatifs (conversion)	Troubles somatoformes
	-	-	Autres troubles névrotiques : troubles somatisation, syndrome de Briquet	Trouble somatisation	Trouble somatisation	Trouble somatisation	Trouble somatisation	Trouble somatisation
Hystérie de conversion	Réaction conversion	Névrose hystérique avec conversion	Trouble conversion	Trouble conversion	Trouble conversion	Trouble conversion	Troubles dissociatifs (conversion)	Trouble conversion
	-	Névrose hystérique avec conversion	Psychalgie, algie psychogène	Trouble algie psychogène	Trouble somatoforme algique	Trouble algie	Trouble algie persistante	Trouble douloureux
Hystérie dissociative	Réaction dissociative	Névrose hystérique de type dissociatif	Trouble dissociatif hystérique	Trouble dissociatif	Trouble dissociatif	Troubles dissociatifs	Troubles dissociatifs (conversion)	Troubles dissociatifs

En gras, les classifications dans lesquelles les troubles convertifs et dissociatifs sont dans la même catégorie.

Tableau 1. Evolution du concept d'hystérie de conversion dans les différentes versions du DSM et de la CIM [6][29].

2. Les critères actuels

Dès 1994, le DSM-IV [35] établit 6 critères diagnostiques :

- A. *Un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensibles ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale.*
- B. *On estime que des facteurs psychologiques sont associés au symptôme ou au déficit parce que la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress.*
- C. *Le symptôme ou déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le trouble factice ou la simulation).*
- D. *Après des examens médicaux appropriés, le symptôme ou le déficit ne peut pas s'expliquer complètement par une affection médicale générale, ou par des effets directs d'une substance, ou être assimilé à un comportement ou une expérience culturellement déterminée.*
- E. *Le symptôme ou le déficit est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou bien justifie une évaluation médicale.*
- F. *Les symptômes ou le déficit ne se limitent pas à une douleur ou à une dysfonction sexuelle, ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un trouble somatisation et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.*

Le **critère A** était déjà formulé de manière identique dans les versions I et II du DSM, une précision a été apportée avec « toute perte ou altération dans le fonctionnement physique suggérant un trouble somatique ».

Le **critère B** établit le lien entre des facteurs psychologiques et l'apparition ou la persistance des symptômes.

Le **critère C** écarte tout symptôme intentionnellement produit.

Le **critère D** insiste sur la nécessité d'éliminer toute affection neurologique ou médicale générale. Contrairement à la CIM-10, ce critère met à distance de ce diagnostic tous les comportements ou expériences consacrés culturellement (symptômes de transe et de possession).

Le **critère E** rappelle la nécessité de la répercussion des troubles, avec une souffrance clinique, un handicap social ou professionnel. On retrouve également de multiples

investigations longues, coûteuses et invasives à visée diagnostique ou thérapeutique, ou des thérapeutiques inadaptées.

Enfin, le **critère F** différencie les troubles de conversion des troubles algiques, des dysfonctionnements sexuels, du trouble de somatisation et des autres troubles de l'axe I.

3. Les sous-types cliniques [43]

Historiquement, les symptômes conversifs les plus communs sont les paralysies, le somnambulisme, les crises convulsives, la cécité, l'aphonie.

1. Avec symptôme ou déficit moteur (par exemple, trouble de la coordination ou de l'équilibre, paralysie ou faiblesse musculaire localisées, difficultés de déglutition ou « boule dans la gorge », aphonie et rétention urinaire).
2. Avec symptômes ou déficit sensitif ou sensoriel (par exemple, perte de sensibilité tactile ou douloureuse, diplopie, cécité, surdité et hallucinations).
3. Avec crises épileptiques ou convulsions. Comprend des crises épileptiques ou des crises comitiales avec des manifestations motrices ou sensitives.
4. Avec présentation mixte : s'il existe des symptômes de plusieurs catégories.

C. Critères diagnostiques des troubles dissociatifs selon la classification du DSM-IV-TR

On retrouve de manière commune dans ces troubles une altération variable des fonctions d'intégration des souvenirs (amnésie), de la conscience identitaire (trouble de l'identité) et du fonctionnement psychomoteur.

Les critères diagnostiques de « l'amnésie dissociative », la « fugue dissociative », le « trouble de dépersonnalisation », le trouble « identité dissociative » (personnalité multiple), le trouble « transe dissociative » n'ont guère évolué à travers les diverses descriptions du DSM. D'ailleurs la plupart d'entre eux figuraient déjà dans les descriptions de Freud et Janet.

La comorbidité élevée du trouble « identité dissociative » avec les troubles dépressifs, les abus de substance, la personnalité limite, les troubles alimentaires, les conduites automutilatrices et agressives, les antécédents de sévices sexuels et physiques dans l'enfance, le rapproche plus de la pathologie « limite » que de la pathologie hystérique. D'ailleurs, un tiers de ces cas ont aussi les critères de la personnalité limite sur l'axe II selon Spiegel [44].

Ces troubles ont aussi des éléments communs avec le trouble « stress post-traumatique », les agressions sexuelles et/ou physiques de l'enfance étant vécus sur un mode traumatique [44].

De plus, le trouble « transe dissociative » apparaît dans le DSM-IV de manière séparée car dans le DSM-III-R, il faisait partie des critères de trouble dissociatif non spécifié.

D. Les troubles apparentés à l'hystérie dans le DSM-IV-R

La personnalité hystérique telle qu'elle est décrite classiquement est souvent accompagnée de manifestations fonctionnelles d'autre nature que les conversions ou dissociations, en particulier des plaintes hypocondriaques. Certes, il y a des différences radicales entre hystérie et pathologie psychosomatique proprement dite. Mais la distinction est beaucoup moins aisée à faire avec la simulation, certaines pathomimies et l'hypocondrie, d'autant que les associations peuvent se voir, en particulier dans les formes chroniques chez l'adulte avec le syndrome de Briquet [33].

1. Le Trouble Somatisation

Selon le DSM-IV-R [43] :

1. Histoire de plusieurs plaintes physiques débutant avant 30 ans qui s'étendent sur plusieurs années et qui résultent en la recherche de traitement, ou en un dysfonctionnement significatif de la vie sociale ou professionnelle.
2. Chacun des points suivants doit être rempli, à un moment quelconque de la progression de la maladie :
 - a. Quatre symptômes douloureux : Histoire de douleur à quatre endroits ou fonctions différents (tête, abdomen, dos, pendant menstruation, pendant coït, pendant urination).
 - b. Deux symptômes gastro-intestinaux : Histoire de deux symptômes gastro-intestinaux (autres que la douleur) (nausée, gonflement, vomissement, diarrhée, intolérance alimentaire).
 - c. Un symptôme sexuel : Histoire d'un symptôme sexuel (indifférence sexuelle, dysfonction érectile ou éjaculatoire, menstruations irrégulières, saignement menstruel excessif, vomissements pendant toute la grossesse).
 - d. Un symptôme pseudo-neurologique : Histoire d'un symptôme suggérant une affection neurologique (sauf la douleur). Par exemple : problèmes de coordination, de posture, de démarche; paralysies, parésies, déglutition, hallucinations, troubles du langage, troubles de la vision, troubles de la conscience, etc.

3. Soit
 - i. Symptômes ne sont pas explicables par une condition médicale générale ou par un abus de substance.
 - ii. S'il existe une affection médicale ou un abus de substance, le dysfonctionnement est considérablement plus élevé que la normale.
4. Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou simulés.

Le trouble de somatisation a remplacé le syndrome de Briquet puis l'hystérie de Feighner. Globalement il correspond aux symptômes de conversion autres que les symptômes neurologiques (permanents et paroxystiques) selon le DSM-IV-R, de la névrose hystérique traditionnelle. Ce trouble est l'héritier le plus ressemblant de la névrose hystérique [6].

Différentes études évoquent les différences entre Somatisation et Conversion : l'absence de recherche d'un facteur de stress dans la Somatisation, et des comorbidités, une prévalence, des milieux socio-culturels, un pronostic différents [45].

2. Le Trouble Douloureux

Le DSM-IV-R [43] décrit le Trouble Douloureux :

1. Une douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques est au centre du tableau clinique, et cette douleur est d'une intensité suffisante pour justifier un examen clinique.
2. La douleur est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines.
3. On estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur.
4. Le symptôme ou le déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le Trouble Factice ou la simulation).
5. La douleur n'est pas mieux expliquée par un Trouble anxieux ou un Trouble psychotique et ne répond aux critères de la Dyspareunie.

Le DSM-IV-R distingue l'association avec des facteurs psychologiques, ou avec des facteurs psychologiques et une affection médicale générale, et aussi la durée de troubles inférieure ou supérieure à 6 mois.

Les plaintes algiques constituent les seuls symptômes, alors qu'elles peuvent faire partie des troubles Somatisation et Conversion.

La fibromyalgie est étudiée depuis le début du XVIII^{ème} siècle, sous un grand nombre de noms, comme rhumatisme musculaire ou fibrositis. Certains, vu le fait qu'elle affecte majoritairement des femmes, la classent alors parmi le groupe depuis contesté des hystéries féminines. Mais cette classification dans les troubles de conversion pourrait redevenir actuelle. Le langage du corps et de la conversion hystérique épouse l'époque. Le XXI^{ème} siècle est le siècle de la douleur.

« La fibromyalgie est-elle une forme moderne de troubles dissociatifs et de conversion ? » s'interroge F. Lorin [46]. « Dans les années 70, j'étais spasmophile. Maintenant, j'ai 54 ans et je suis fibromyalgique » lui disait une de ses patientes.

Les études explorant l'imagerie cérébrale de la conversion hystérique sont encore rares, mais elles montrent que les bases cérébrales de la conversion sont différentes de la simulation[47]. De même, l'imagerie fonctionnelle de la fibromyalgie montre l'hyperactivation de l'aire cingulaire antérieure comme dans les troubles conversifs. Mais cette zone est également très impliquée comme projection corticale principale dans les processus de douleur chronique. Lorin [46] retrouve peu de troubles conversifs dans ses patients fibromyalgiques.

3. L'Hypocondrie [48]

L'hypocondrie avec ses troubles cénesthésiques, son anxiété et ses ruminations morbides, peut faire partie de l'hypocondrie telle que définie dans le DSM-IV-R dans les troubles somatoformes ou les troubles anxieux.

On rencontre ainsi :

- des anxieux hypocondriaques, inquiets, pessimistes, toujours en train de se palper ou de se faire examiner. Au début, les troubles sont fonctionnels mais l'évolution psychosomatique est possible,
- des phobiques hypocondriaques ou nosophobies (crainte du cancer, de la tuberculose...),
- des hystériques hypocondriaques : quand la conversion est incomplète, une partie de l'angoisse subsiste et peut entraîner des plaintes et doléances hypocondriaques.

Contrairement à la « belle indifférence » retrouvée pour certains dans les troubles de conversion, on retrouve une préoccupation hypocondriaque. Sur le plan psychopathologique,

l'hypocondriaque se trouve coupé de son passé et de son histoire à l'opposé du patient conversif ou dissociatif.

La conversion hystérique symbolise un conflit psychique dans lequel l'affect a disparu. Elle diffère radicalement de l'hypocondrie dénuée de conflit psychique et habitée par l'angoisse. Par ailleurs, l'avidité affective de l'hystérique avec ses manifestations transférentielles labiles et hypersymboliques n'a rien de commun avec la relation d'objet partiel de l'hypocondriaque.

Cependant les rapports entre hypocondrie et hystérie restent complexes, et des passages d'une forme à l'autre semblent possibles spontanément ou sous l'effet de la prise en charge. Ainsi pour Israël [49], l'hypocondrie ne serait qu'une forme d'hystérie chronicisée, vieillie, organisée par le discours médical.

4. Les Troubles Factices et la Simulation

Le DSM-IV-R [43] individualise les critères suivants pour les Troubles Factices :

1. La production ou la feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques
2. La motivation du comportement qui est de jouer le rôle de malade
3. L'absence de motifs extérieurs à ce comportement (par exemple, obtenir de l'argent, fuir une responsabilité légale, améliorer sa situation matérielle ou physique comme dans la Simulation).

Il en différencie 3 sous-types selon la prédominance des symptômes psychologiques, ou physiques, ou l'association des deux symptômes.

Le diagnostic de trouble factice est porté chez environ 1 % des patients vus en psychiatrie de liaison à l'hôpital général, avec un début des troubles entre 15 et 35 ans et un sex-ratio de 3/1 chez les femmes [1]. Lempérière décrit plusieurs syndromes : le syndrome factice d'état de stress post-traumatique, les deuils factices, et le syndrome de Münchausen.

Quant à la distinction avec la simulation [13], elle ne s'est jamais faite que sur un seul terrain, celui qui sépare la maladie d'un côté et la fraude de l'autre, c'est celui de la morale.

Par ailleurs, considérer que les phénomènes de conversion hystérique étaient gouvernés par l'inconscient offrait l'avantage de pouvoir les distinguer théoriquement de la simulation qui était, et reste, un acte délibéré, volontaire et conscient.

Des travaux récents ont tenté de différencier sur le plan neuro-physiologique simulation et conversion [47][50][51]. Pour conclure, devant le foisonnement de résultats et de théories parfois contradictoires, outre l'absolue nécessité d'obtenir une cohérence des résultats des examens paracliniques, il convient d'insister sur la rigueur de l'approche clinique diagnostique, notamment de la comorbidité et du degré de simulation [13].

Quant à la définition de la simulation qui figure dans le DSM-IV-R – où elle n'a pas valeur de diagnostic – elle demeure inchangée, reposant toujours sur des critères « moraux » : intention de tromper, recherche de bénéfices matériels, manque de coopération, ainsi que sur des traits de personnalité antisociale.

Bien que distincts, la simulation et le trouble factice partagent la même notion d'intentionnalité des troubles, ce qui les différencie du trouble de conversion.

	Production des symptômes	Motivation	Bénéfice
Simulation	Consciente	Consciente	Connu du patient Lucratif, éviter des responsabilités
Pathomimie	Consciente	Inconsciente	Parfois conscience de certains bénéfices secondaires mais motivations originelles échappent au patient
Conversion	Inconsciente	Inconsciente	Complexe

Tableau 2. Différences entre simulation, pathomimie et conversion [52].

E. La classification C.I.M.-10 : les troubles dissociatifs (de conversion)

La dixième version de la CIM [36] est fortement influencée par le DSM-III et le DSM-III-R : elle aussi, fait disparaître le concept d'hystérie, en restant purement descriptive et athéorique.

Par contre, elle diffère du DSM-IV [35] avec le regroupement des troubles dissociatifs et des symptômes de conversion en une seule entité (F44) : les « troubles dissociatifs (de conversion) ». Les troubles somatoformes (F45) englobent le trouble somatisation, le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'hypocondrie et le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme. Contrairement au DSM, les auteurs de la CIM insistent davantage sur les demandes répétées d'investigations médicales, malgré des bilans négatifs, et sur l'opposition des patients à entendre une probable participation de facteurs psychologiques, même en présence d'un trouble anxieux ou dépressif concomitant clairement identifié [53].

De plus, il existe de caractéristiques non admises par le DSM comme éléments diagnostiques :

- notion de bénéfices secondaires.
- degré de handicap qui peut varier selon les circonstances : « le patient peut [...] rechercher l'attention d'autrui ».
- « belle indifférence ».
- modèle de la maladie au sein de l'entourage proche.
- des anomalies prémorbides interpersonnelles et de la personnalité.

En revanche, la CIM-10 précise que « la survenue des symptômes est habituellement directement reliée à un facteur de stress psychologique, mais ceci n'est pas toujours le cas ». Le facteur de stress perd ici sa position de critère indispensable.

Deux critères sont établis : l'absence d'arguments en faveur d'un trouble somatique, et la présence d'informations suffisantes concernant le milieu psychologique et social et les relations interpersonnelles du sujet pour présumer de la causalité psychologique des symptômes.

Plusieurs de ces critères peuvent être contestables. En effet, la « belle indifférence » est de plus en plus remise en cause par l'observation de cas [54], et n'est retrouvée que dans moins de la moitié des cas. Le critère d'existence d'un facteur de stress perd de sa valeur, car il ne devient plus nécessaire.

F. Une dépression ?

Certains auteurs ont émis l'hypothèse que les expressions somatiques de conflits psychiques ne constitueraient qu'une présentation atypique d'un trouble dépressif [55]. Cette hypothèse s'appuie sur des notions psychopathologiques et une comorbidité importante entre ces différents troubles.

Les tentatives de comparaisons des désordres biologiques liés à la dépression et aux troubles conversifs n'ont pas montré une concordance, malgré quelques points communs [56].

La prescription abusive d'antidépresseurs chez les patients atteints de troubles conversifs [57], dans ce concept de dépression masquée, n'est pas démontrée dans les études à visée thérapeutique (chez les fibromyalgiques) [58][59], ainsi qu'avec l'électroconvulsivothérapie [60].

Il paraît réducteur et peu pertinent de réduire le trouble de conversion à un trouble affectif, tout comme le concluent d'ailleurs Bschor et ses co-auteurs [61] pour l'ensemble des troubles somatoformes.

G. Quelle classification utiliser ?

Selon Escande [6], la classification du DSM-IV est plus logique pour le clinicien car elle distingue les conversions somatiques (les troubles somatoformes) et les conversions psychiques (les troubles dissociatifs). De plus, la CIM-10 ne précise pas certains symptômes spécifiques à une culture donnée, importants pour le diagnostic des troubles somatoformes comme le confirme une enquête menée par l'OMS (12 experts de 23 pays), en vue de vérifier l'adéquation transculturelle des critères du DSM-IV et de la CIM-10 [62].

Par ailleurs, pour d'autres auteurs [2] comme Lempérière [1], il est logique de rapprocher les troubles conversifs et les troubles dissociatifs comme dans la CIM-10, d'autant plus qu'ils sont associés dans 30 % des cas dans certaines études [63]. Certains proposent de les regrouper dans une catégorie à part, ce qui équivaldrait à réhabiliter l'hystérie, mais la majorité des experts ne sont pas favorables à cette option [1].

III.Épidémiologie

A. Prévalence et incidence

1. Généralités, chez l'adulte

(a) Les Troubles de Conversion

Beaucoup des auteurs tendent à considérer que l'hystérie de conversion aurait disparu, du moins dans ses formes classiques, mais elle demeure fréquente à condition de ne pas la confondre avec d'autres manifestations hypocondriaques et fonctionnelles qui relèvent d'un autre mécanisme psychopathologique. Cette constatation est le fait de l'appréciation de l'incidence de chacun et des idées reçues. On retrouve plusieurs hypothèses de ce point de vue.

Tout d'abord, les accidents de conversion ne donnent guère matière à consultation psychiatrique, et encore moins à des cures psychanalytiques. Ce sont les praticiens de médecine générale, certains spécialistes et surtout les neurologues qui ont l'occasion de faire ce diagnostic et de traiter ces patients. L'hystérie de conversion est demeurée dans le champ de la neurologie au moment du clivage de la neuro-psychiatrie, mais ne constitue pas pour autant un sujet d'étude neurologique.

Les psychiatres, pour leur part, n'observent guère que les cas où la conversion somatique s'inscrit dans un désordre du caractère ou une souffrance mentale qui renforcent dans leur esprit l'idée que la conversion somatique est bien un symptôme secondaire, presque accessoire.

De plus, les généralistes, gênés par la connotation péjorative du terme hystérie, ont tendance à lui substituer les termes de troubles fonctionnels ou psychosomatique.

Enfin, on peut se demander si un grand nombre de manifestations hystériques (crises névropathiques, trouble aigu de l'activité mentale) ne sont pas dissimulées au sein des familles sans donner matière à consultation [64].

L'association de symptômes conversifs accompagne très inconstamment une personnalité hystérique. Cette association est évaluée à environ 20% [65].

Les études en population générale sont peu nombreuses et leurs résultats sont très dispersés. Le taux d'incidence de 5 à 10 pour 100 000 est retrouvé dans plusieurs enquêtes [7]. Des manifestations de conversion sont observées chez 3 à 4 % des consultants en psychiatrie et chez 1 % des malades vus en neurologie [7]. Leur fréquence est également signalée dans d'autres spécialités comme la rhumatologie ou l'ORL.

La fréquence des manifestations de conversion représente selon les études entre 1 et 4 % des consultations d'un hôpital général [50]. De plus, Engel a évalué que 20 à 25 % des patients admis en hôpital général, reconnaissent avoir eu des symptômes conversifs [66].

Les données épidémiologiques peuvent être très aléatoires du fait de l'hétérogénéité des populations étudiées, des difficultés diagnostiques, des variations selon les différentes classifications utilisées.

La prévalence de l'hystérie ou plutôt la névrose hystérique est retrouvée par Rouillon avec des variations allant d'un rapport de 1 à 9 [67]. Dans son rapport de 1965, T. Lempérière situe la prévalence de la névrose entre 0,22 et 2 % de la population, avec une fréquence deux à trois fois plus élevée pour la femme. La revue épidémiologique de Carey (1980) retrouve des prévalences proches : 0,5 % au Danemark, 1 % selon Brunetti en France [67]. Dans une autre étude française, Ducher retrouve le chiffre de 89 % de patients diagnostiqués hystérique par des psychiatres français, avec un sexe-ratio de 1 homme pour 3 femmes [68].

Les chiffres pour le trouble de conversion varient en lien avec les différences méthodologiques. Selon Martin [27], la prévalence varie de 0,01 à 0,3 %. Pour Cloninger, 5 à 24 % des consultants en psychiatrie, 5 à 14 % des admissions en hôpital général, 1 à 3 % des patients adressés au psychiatre ont une histoire de trouble de conversion [6].

Il constitue 1 % des admissions neurologiques d'après Mardsen [65]. Ce trouble est en outre associé selon Folks à un statut économique plus bas, un niveau moindre d'éducation et d'élaboration psychique, une surreprésentation des milieux ruraux.

De plus, le ratio femme/homme est compris entre 2 et 5 pour 1, selon Kaplan [6] en 1994. L'incidence décline en pays développés.

(b) Les Troubles Dissociatifs

La prévalence des troubles dissociatifs est très hétérogène du fait des dimensions différentes des troubles comme la fréquence, la nature intrinsèque, la conception étiopathogénique : rôle dominant des dérèglements psychophysiologiques (amnésie dissociative), de la pathologie de personnalité (trouble dissociatif de l'identité), des facteurs socioculturels (trouble dissociatif de transe).

Bien qu'en augmentation exponentielle en Amérique du Nord et même en Europe, la prévalence de l'ensemble des troubles est peu connue. Elle s'étend entre 5 et 10 % selon Ross[6].

La prévalence de dissociations mentales dans des fixations psychiatriques générales s'étend entre 5 % et 20.7 % parmi des malades hospitalisés et entre 12 % et 29 % parmi des malades en consultation externe [69]. Actuellement, on retrouve une prévalence des troubles dissociatifs d'environ 10 % de la population générale et 16 % des patients hospitalisés en psychiatrie [70]. Par ailleurs, les troubles dissociatifs sont fréquemment retrouvés dans les services d'urgences psychiatriques avec un taux de 35 % selon Sar Vedat [69].

(i) La fugue dissociative

Sa prévalence atteint les 0,2 % aux USA (DSM-IV). Elle peut augmenter dans les périodes d'évènements très stressants (guerre, désastre naturel) [6].

(ii) Le trouble dissociatif de l'identité

Il a fait l'objet d'études épidémiologiques plus spécifiques. Il est retrouvé de manière prédominante chez les femmes et dans plusieurs cohortes de patients hospitalisés (3 à 5 % des patients) [70].

Les diverses études retrouvent une prévalence allant de 0,1 % en Suisse [70] à 3 % aux USA [44] et 5,4 % des patients hospitalisés [6]. L'augmentation de la prévalence de ce trouble, antérieurement considéré comme rare, reste incertaine. Plusieurs hypothèses ont été émises : l'amélioration de l'évaluation des cliniciens sur le trauma psychique et la reconnaissance du processus dissociatif ; des changements sociétaux, avec une recrudescence des abus d'enfants et de leurs caractéristiques ; et des surdiagnostics erronés [29].

(iii) Le trouble transe dissociative [6]

Il est observé dans tous les pays et cultures. Néanmoins sa fréquence est plus élevée dans les pays peu industrialisés et du tiers-monde [44]. Dans certains pays, il constitue de loin le trouble dissociatif le plus fréquent. Ainsi en Inde, selon Saxena [71], le trouble transe dissociatif et la transe de possession constituent 3,5 % des admissions psychiatriques, alors que le trouble de l'identité dissociative n'est pratiquement jamais rencontré.

La transe observée en Amérique latine et dénommée « attaque de nerfs » a une prévalence estimée selon Lewis-Fernandez (1993) à 12 % à Porto-Rico [44]. Ces accès sont souvent compliqués par une agitation très marquée, une perte de connaissance, un collapsus et une amnésie. La chute est souvent compliquée de stupeur avec mutisme, mais sans amnésie dans la population d'américains africains. En Malaisie, le latah est une version du trouble transe [6].

2. Chez l'enfant

La majorité des études semble montrer que l'hystérie infantile est rare. La fréquence du diagnostic, en milieu hospitalier oscille entre 0,5 et 1,5 % [72]. Bien que d'autres auteurs retrouvent une fréquence élevée chez l'enfant et l'adolescent [40].

On voit plus fréquemment les troubles conversifs dans les services de pédiatrie. Ils peuvent se rencontrer aussi bien chez la fille que chez le garçon, avec une prépondérance chez la fille qui augmente en période prépubertaire et pubertaire [73].

Bien qu'Anna Freud (27 mois), L. Kreisler, M. Fain et M. Soule [73] aient pu parler d'hystérie de conversion chez de très jeunes enfants, Sichel et Pourpier [72] pensent qu'ils n'existent pas d'hystérie avant 4 ans. Cramer en situe le début à la période péripubertaire [74]. Pour Escande[6], la conversion peut s'observer dans la première enfance, dès l'âge de 2 à 3 ans. Pour Lebovici, la conversion est la première forme d'organisation névrotique chez l'enfant [28].

Pour M. Myquel [73], la conversion nécessite un certain niveau d'organisation mentale et il est difficile d'envisager sa survenue avant l'âge habituel du déclin de l'œdipe et de l'entrée en période de latence si on considère qu'il y a une fixation au stade œdipien avec impossibilité de sortir du conflit œdipien par le renoncement. Donc elle conclue que les troubles conversifs ne débutent qu'à partir de la période de latence et à l'adolescence entre 8 et 15 ans environ. Auparavant, elle emploie la notion de troubles fonctionnels et de somatisation [73].

3. Chez la personne âgée

L'épidémiologie des troubles conversifs chez la personne âgée se heurte à un manque de recherches épidémiologiques cette classe d'âge car les inclusions dans les études de cohorte ne dépassent que rarement 65 ans au vu de la plus grande fréquence des pathologies organiques chroniques.

Dans une étude réalisée par l'OMS en 1997 dans 15 centres et 14 pays, il a été montré que la prévalence de la somatisation fonctionnelle ou médicalement inexplicée était proche de 20 %, avec un sex-ratio à 0 et qu'elle augmente avec l'âge ; et qu'il existe une fréquente association entre des symptômes médicalement expliqués et inexplicés [75].

Par contre, Pellerin évoque une diminution de la prévalence de la somatisation fonctionnelle (trouble somatisation et trouble somatoforme indifférencié) avec l'âge.

B. Impact du sexe

Toutes les études épidémiologiques s'accordent sur la prédominance du sexe féminin, pour conforter l'héritage étymologique et historique des conversions hystériques, avec un taux ne dépassant pas les 60 à 70 % [40]. Mais les symptômes de conversion sont présents dans les deux sexes avec une prédominance chez les jeunes femmes [42].

Chez l'homme, ces manifestations surviennent plus volontiers dans un contexte particulier comme le milieu carcéral ou militaire [40].

Par ailleurs, les données d'une étude sur les soldats en Turquie, montrent que les troubles dissociatifs sont bien corrélés avec l'alexithymie et la dépression, mais que seulement les traits anxieux et la durée du service militaire pouvaient être prédictifs d'un trouble dissociatif chez les soldats présentant des troubles conversifs [76].

Une étude à Taïwan, montre une augmentation sensible des cas de trouble de conversion chez des sujets de sexe masculin depuis deux décennies, liée à l'augmentation des cas d'abus chez les enfants et adolescents et un taux de prévalence de troubles thymiques plus élevé [77].

C. Age de survenue

Les symptômes ont été notés à chaque âge, bien qu'ils soient rares chez des enfants de moins de 7 ou 8 ans et n'arrivent pas probablement chez des enfants de moins de 4 ans [78][79] et même plus fréquents à l'adolescence qu'à l'âge adulte [80]. Kotagal et *al.* [81] font les mêmes constatations concernant les crises convulsives conversives observées à partir de l'âge de 5 ans et avec une fréquence croissante jusqu'à l'adolescence.

L'âge moyen des patients de l'étude de Netter [82] était de 41,6 ans (âges extrêmes : 15 et 82) et celui des patients de l'étude de Tomasson et *al.* [45] était de 37 ans (âges extrêmes : 9 et 70). Le trouble de conversion serait plus fréquent à l'adolescence que dans l'enfance.

D. Comorbidités

Plusieurs études retrouvent une affection neurologique dans 30 à 48 % des cas d'accidents de conversion [40][83]. Toutes sortes d'affection ont été observées : traumatismes crânio-cérébraux, tumeurs, sclérose en plaques, démence, encéphalite...

De plus, il est important de noter que des symptômes initialement diagnostiqués comme troubles conversifs sont finalement inscrits dans une pathologie somatique sous-jacente dans plus de 30 % des cas, notamment dans les cas de crises pseudo-convulsives ou convulsives non-épileptiques [84].

1. Eléments psychopathologiques associés [40]

Ils sont de natures diverses.

Il existe des antécédents de troubles de conversion ou de somatisation dans 29% à 81% des cas selon les séries.

Les manifestations psychopathologiques associées sont complexes :

- une personnalité de type hystérique ne serait notée que dans 9 à 50 % des cas,
- un trouble de la personnalité autre que hystérique : personnalité dépendante (17 %), évitante (17 %) et narcissique (17 %) [41],
- une autre anomalie psychopathologique dans 22 à 50 % des cas,
- un trouble de la sexualité dans 50 à 98 % des cas, le plus souvent un manque de plaisir (73 %) ou frigidité (24 %),
- un alcoolisme dans 18 % des cas, une toxicomanie dans 2 %, une dépression dans 18 % des cas, avec des taux à l'échelle de Hamilton élevés [83].

Il est important de noter que, dans une proportion de l'ordre de 60 % des cas, aucune anomalie n'est notée sur l'axe II du DSM-IV-R.

La prévalence, vie entière, de la dépression chez les patients présentant un trouble de conversion dépasserait les 50 % [85].

Pour les crises pseudo-épileptiques, la dépression est la comorbidité la plus fréquente (de 12 à 100 %), devant les troubles anxieux (11 à 80 %), les troubles dissociatifs décrits dans

le DSM-IV-R (90 %), les troubles somatoformes (42 à 93 %), et les troubles de la personnalité (33 à 66 %) [86]. Quand Reuber et *al.* [87] ont comparé 85 patients avec des crises pseudo-épileptiques avec 63 patients épileptiques et 100 volontaires sains, ils ont constaté que les patients avec des crises pseudo-épileptiques avaient des troubles de personnalité plus prononcés.

Devant la fréquence des comorbidités des troubles dissociatifs, il est nécessaire de recherche de manière systématique : des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des dépendances et intoxication à plusieurs substances, des troubles de personnalité, ainsi que de certains troubles organiques (surtout neurologiques) [29].

Les troubles dissociatifs de l'identité sont un des troubles dissociatifs le plus fréquemment associés à des comorbidités telles que les troubles de personnalité *borderline* (70 %) et les états de stress post-traumatiques [88].

Il est évident que les larges variations dans les pourcentages observés sont liées aux différences des manifestations regroupées sous le terme de conversion et des échantillons observés.

Dans une étude, M. Lader et N. Sartorius [89] retrouvent des taux d'anxiété plus élevés chez des patients présentant des troubles conversifs comparativement à des patients anxieux, phobiques.

Par ailleurs, ces mêmes patients sont plus inquiets pendant leur accident conversif, ce qui est contradictoire avec la théorie de la belle indifférence, mais qui correspond aux observations de Ziegler et *al.* [90] en 1962 et 1963 qui ont trouvé un certain nombre de névrose d'angoisse, et Lewis et Berman [91] en 1965 qui ont trouvé environ 20% de symptômes associés entre angoisses et conversion.

2. Les Etats de Stress Aigus et les Syndromes de Stress Post-Traumatiques (PTSD)

Le DSM-IV-R [43] exige la présence d'au moins trois symptômes dissociatifs pour le trouble de stress aigu, tandis que leur présence n'est pas nécessaire pour la CIM-10 [36]. Ces incohérences illustrent bien la confusion qui entoure le concept de dissociation.

Le syndrome de stress post-traumatique n'est pas dans la catégorie des troubles dissociatifs, ni dans le DSM-IV-R, ni dans la CIM-10, et n'exige pas de symptômes dissociatifs.

Par contre, de nombreux patients diagnostiqués PTSD, présentent des symptômes dissociatifs [92], surtout en péri-traumatique.

Cette relation entre troubles dissociatifs et expériences traumatiques a été l'objet d'un vif débat. Dans la littérature sur le PTSD, nous constatons que le terme de dissociation a été utilisé comme un « fourre-tout » [93], pour couvrir les symptômes de dépersonnalisation, déréalisation, amnésie, torpeur émotionnelle [94] et des flashbacks, où les patients se sentent comme si le traumatisme allait de nouveau arriver [95].

3. Cancer et conversions

Meares [96], reprenant plusieurs autres auteurs, évoque la possibilité que les conversions hystériques pourraient être un des facteurs étiologiques des cancers. Il met en avant le fait que de nombreux patients cancéreux avaient été soumis à une période de stress avant les premiers signes de leur maladie.

Considérant la conversion, comme une évasion inconsciente d'une situation intolérable, les patients cancéreux cherchent une évasion dans la mort en inhibant les mécanismes protecteurs naturels. Ainsi, une paralysie d'un membre est considérée comme une inhibition corticale du muscle volontaire, une perte de la vue comme une inhibition corticale du lobe occipital, et le cancer comme une inhibition cortico- limbique du système immunitaire (le stress augmente la production de cortisone qui à son tour inhibe le système immunitaire). Il a aussi démontré l'incidence du traitement des troubles conversifs par médiation intensive, sur la régression des cancers.

4. Réorganisation hystérique et psychopathologie[6]

La survenue d'une manifestation hystérique manifeste mais mineure ou passagère au cours de l'évolution de divers états psychopathologiques, peut être considérée comme une étape réorganisatrice dans le sens d'une névrotisation plus œdipienne. La conversion somatique peut être conçue comme un essai de réorganisation d'angoisses touchant le corps entier, se focalisant sur une fonction ou un membre avec un désinvestissement libidinal du corps total. On peut l'observer dans les suites d'angoisses hypocondriaques, angoisses de démembrement, de phobies multiples, de trouble de stress post-traumatique, d'obsessions passagères et circonscrites. La conversion témoigne d'un essai d'élaboration symbolique de l'angoisse.

Escande envisage même la conversion somatique comme subnormale ou plutôt normative dans la mesure où elle possède une réelle valeur organisatrice et paraît constituer un processus défensif moins coûteux pour le Moi que l'agoraphobie, la panique et évidemment l'hystérie dissociative.

IV. Aspects cliniques

L'ensemble des manifestations symptomatiques de l'hystérie peuvent être regroupées en trois rubriques : les symptômes de conversion somatique, les symptômes conversifs d'expression psychique, et les traits de personnalité hystérique. Cette présentation est celle reprise par les descriptions traditionnelles, beaucoup de manuels de psychiatrie, synthèses cliniques [12][6][24][97], mais ne correspond pas à celle des classifications critériologiques internationales.

A. Les symptômes de conversion somatique

Ces symptômes miment de manière inconsciente toutes les atteintes du système cérébro-spinal, du système neuro-végétatif et de divers organes [41]. Escande [6] propose de les nommer symptômes de conversion « pseudo-somatique » plutôt que « somatique », devant l'absence d'altération organique concomitante. On peut retrouver des séquelles physiques comme des troubles trophiques malgré leur caractère fonctionnel et non lésionnel.

Ils ont certaines caractéristiques : une survenue est brutale et une éventuelle variabilité dans le temps, un caractère habituellement massif des déficits, une non-obéissance aux lois de systématisation du système nerveux, une non-consistance (garder une position, se mouvoir pendant que l'attention est détournée, trouble de déglutition identique pour les solides et les liquides) [40]. En outre, plusieurs études retrouvent entre 11 et 23 symptômes différents par patient [6].

1. Les symptômes somatiques durables

(a) Les atteintes motrices

L'astisie-abasie est fréquente. Elle est caractérisée par une incapacité à se tenir debout et à marcher, entraînant des chutes parfois spectaculaires, sans déficit neurologique objectivable. Ce symptôme est fluctuant, il peut durer quelques semaines ou mois et récidiver. Il est fréquemment associé à une agoraphobie, un dérobement des jambes, une impression d'instabilité à la marche. Selon Lempérière [12], elle serait très fréquente en Suède et en Afrique du Nord.

Les troubles de la marche sont reconnus lorsqu'il existe un pattern typique, comme «la marche du patineur», le patient glissant les pieds comme sur de la glace, ou lorsqu'il existe une position non économique : le patient maintenant son centre de gravité dans une position demandant un effort supplémentaire (marche genoux fléchis qui demande, en plus d'un bon équilibre, une force considérable des quadriceps) [98].

Les paralysies, parésies motrices ont une localisation très variable : hémiplégie, monoplégie, paralysie faciale, paralysie du pouce, paraplégie, avec une intensité variable. Les symptômes ne respectent pas la systématisation anatomique mais prennent modèle sur les représentations populaires, exprimant l'idée que le malade se fait des maladies et du fonctionnement de son propre corps. Leur siège serait plus volontiers du côté gauche.

Les mouvements anormaux sont également non systématisés : tremblements, mouvements choréiques (phénomène d'imitation selon Lempérière [12]), tics, dystonies [99]. Ils sont peu gênants mais rechutent fréquemment et se chronicisent.

Les contractures touchent généralement un membre, un segment de membre, un torticolis, ou les muscles du rachis. Elles sont l'apanage de l'homme. Lempérière [7] décrit la célèbre camptocormie (flexion du thorax sur le bassin) fréquente au cours de la Première Guerre Mondiale, Guelfi [100] décrit la crampe de l'écrivain ou du musicien.

L'asthénie permanente ou intermittente est fréquente [12]. Elle constitue une authentique conversion « générale », exprimée par des métaphores dramatisantes (« épuisé », « brisé »).

(b) Les atteintes sensibles

Les atteintes sensibles s'associent souvent aux atteintes motrices, mais sont moins fréquentes et moins étudiées.

Les anesthésies peuvent atteindre la sensibilité superficielle, profonde, être complètes ou partielles. Elles sont localisées ou segmentaires et souvent décrites avec des métaphores d'ordre vestimentaire (« en manchette » (Janet), en doigt de gant, en botte, caleçon ...), hémianesthésies du corps au « cordeau »[24], anesthésie d'un membre avec incapacité à l'utiliser sans le regard (syndrome de Lasègue décrit par Janet).

Les hyperesthésies peuvent être associées aux anesthésies. Les descriptions classiques étant le « clou hystérique » de Sydenham au sommet du crâne, les « zones hystérogènes » de Charcot, en particulier les points ovariens dont la compression déclenche une attaque.

Les algies sont très fréquentes [101]. Les principales localisations sont par ordre de fréquence : céphalées (94 %), douleurs abdominales (78 %), douleurs des extrémités, rachialgies (56 %), arthralgies (28 %) [6]. Elles s'observent dans les deux sexes, leur fréquence augmente avec l'âge. Elles entraînent souvent une impotence fonctionnelle disproportionnée ; leur localisation et leur intensité sont variables.

Les céphalées sont les plus fréquentes car c'est un symptôme « confortable » : suffisamment imprécis pour qu'on ne puisse pas le déloger trop vite, assez menaçant pour que l'entourage s'y intéresse [49]. Elles expliquent la multiplication des consultations médicales, les hospitalisations, les examens complémentaires répétés, les thérapeutiques excessives, mais aussi les erreurs diagnostiques. Freud [15] a déjà décrit les cas d'Elisabeth Von R. et de Frau Cecilie M., avec des douleurs conversives et une belle indifférence, concernant le conflit psychique et non le symptôme. Comment ignorer une douleur ? Quels sont les rapports entre les affects du conflit et la douleur ? L'hystérique aurait alors converti des sentiments, voire une passion en une sensation resserrée sur la région algique, sans passer par l'expressivité sensori-motrice du corps [102]. De plus, les algies hystériques font le plus souvent suite, selon Freud, à une douleur de cause initiale organique [15].

(c) Les atteintes sensorielles

Les atteintes visuelles sont les plus fréquentes (selon Purzell [101], 20 % des symptômes de conversion), surtout chez la femme : rétrécissement concentrique ou circulaire du champ visuel [103], scotome ou amblyopie transitoire, diplopie monoculaire, hémianopsie, macropsie ou micropsie, flou visuel, rarement de cécité totale.

Les atteintes auditives surviennent électivement après un choc émotionnel avec stimulus sonore (explosion en temps de guerre), ou des traumatismes sonores répétés. Elles se rencontrent plus volontiers dans des certaines professions (standardiste).

L'atteinte de la **phonation** est fréquente chez la femme et se traduit par une aphonie ou une dysphonie (voix chuchotée, voilée, à peine audible) Cette voix est une voix de tête ou de fausset, c'est-à-dire une voix relativement haute, mais surtout une voix coupée de ses harmoniques, sans vibrations, sans résonance. Pour l'aphonie, Israël [49] explique que la voix est coupée entre la tête et le tronc, signifiant ainsi que le corps est exclu du discours, de la communication. La communication gestuelle, l'expression orale ou écrite sont conservées. Enfin la nature hystérique du mutisme partiel ou total est évoquée face au respect de la communication gestuelle [6].

Les spasmes des muscles lisses et des sphincters sont souvent associés aux algies. On peut observer des spasmes pharyngés, des vomissements incoercibles, des spasmes respiratoires avec « toux nerveuse », des spasmes vésicaux avec rétention d'urine ou énurésie, un vaginisme. Il faut mentionner « la boule hystérique » [49], le « globus hystéricus » [49], ou « boule œsophagienne ». La fréquence de ce symptôme doit-elle amener à distinguer sa survenue chez l'hystérique de son apparition chez le sujet normal ? Ou bien faut-il suivre l'indication de Grasset, « un des éléments principaux du trac [49] ? ». Le cathémophrénose ou « gros ventre hystérique » est lié au spasme du diaphragme associé à un tympanisme abdominal. Plusieurs causes [104] ont été décrites notamment celle de Ferenczi, qui a suggéré un désir réprimé subconscient de caresses sexuelles buccales. Le tableau complet « grossesse nerveuse », avec arrêt des règles et gonflement mammaire, est devenu exceptionnel.

L'hypersialorrhée ou ptyalisme est aussi un symptôme classique qui est décrit par Israël [49] comme un rappel de l'augmentation de salive dans le baiser.

Les troubles vasomoteurs et trophiques peuvent accompagner certaines paralysies (épaississement des téguments, refroidissement, cyanose, œdèmes sous-cutanés). La conséquence physique des symptômes de conversion peut les expliquer mais leur entretien volontaire est parfois suspecté (pathomimies).

Les troubles alimentaires et digestifs sont fréquents, surtout chez les femmes avec une anorexie sans maigreur marquée ni aménorrhée, associé à des vomissements. Par contre, les boulimies, potomanies, et autres conduites de remplissage sont rarement d'origine hystérique.

Les troubles psycho-sexuels sont quasiment constants (98 % des cas [6]) Chez la femme, on observe une diminution de la libido, une frigidité voire une répugnance pour la sexualité. Les dyspareunies sont souvent évoquées pour éviter les relations sexuelles. Elles sont projectivement expliquées par la fatigue. Sont à noter plusieurs descriptions de galactorrhée en lien avec des événements de vie de séparation (rupture sentimentale, départ d'un enfant), le Professeur Charles-Marie Gros l'a interprété comme « le sein pleure » [49]. Chez l'homme, ces troubles sont moins fréquents : éjaculation précoce, impuissance.

2. Les symptômes somatiques paroxystiques

Bien décrite par Charcot, la **grande crise ou attaque d'hystérie**, ou encore « l'attaque de la Salpêtrière » [105] est devenue beaucoup plus rare. Elles sont observées encore chez des patients maniaco-dépressifs bipolaires en état mixte ayant une organisation de la personnalité sur le mode hystérique [6]. Cette crise excito-motrice dure environ 10 à 15 minutes. Elle comporte plusieurs phases : une phase d'aura, d'angoisses somatiques, une chute précautionneuse avec perte de connaissance sans morsure de langue, ni miction involontaire, puis suivent les quatre phases, convulsions désordonnées, grands mouvements ou contorsions clownesques avec incurvation du corps en arc de cercle, « attitudes passionnelles » ou extase, terreur parfois pseudo-hallucinoïde, puis phase de résolution de la crise [97].

Les crises mineures sont bien plus fréquentes : pseudo-crisis « convulsives » hystériques, crise d'agitation, « crise de nerf », crises syncopales, évanouissements, crises tétaniformes, souvent qualifiées de « spasmophilie ». Elles surviennent toujours en public ou pour attirer l'attention de l'entourage, et cèdent suite à une séparation.

Les aspects atypiques sont pseudoneurologiques : hoquet, bâillement, tremblement, catalepsie, mouvement choréiforme ou dyskinétique. Ils sont accentués par le regard d'autrui [106].

Les crises peuvent parfois prendre un aspect **collectif**. D'après Garrabé, le concept, sinon le terme d'hystérie collective, a été introduit par Calmeil en 1845 dans sa volumineuse recension « des grandes épidémies de délire simple et compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères » [107]. Ces formes d'hystérie peuvent rester restreintes et communautaires (couvents [108], collèges [109], pensionnats, lieux de vie, prison...) ou prendre une forme véritablement épidémique (plus étendue, sur plusieurs années). Elles sont moins spectaculaires qu'aux siècles précédents, mais restent encore présentes, même en France [109]. L'isolement des « meneurs », une contre-suggestion habile, des mesures d'intimidation [12] sont des méthodes pour calmer ces phénomènes de groupe, qui s'alimentent de la publicité qui leur est faite, surtout par les médias. Selon Small [109], les deuils précoces constitueraient un facteur de risque. Escande [6] conclue sur l'importance de la suggestion, la propagation, la sévérité et l'évolution des manifestations étroitement dépendantes du degré de défaut hystérique qu'elles révèlent.

B. Les symptômes conversifs d'expression psychique

Les symptômes d'expression psychiques sont compris dans le DSM-IV-R dans l'intitulé « troubles dissociatifs » [35]. Ils traduisent une altération de l'organisation de l'expression intégrative, structurante et consciente de soi, en particulier des dimensions affectives et cognitives qui caractérisent le sentiment d'identité personnelle et la mémoire de soi [8]. Ces états dissociatifs se caractérisent par la rupture de la continuité de l'expérience subjective. Ils répondent ainsi à un rétrécissement du champ des perceptions durant lequel certaines fonctions intégratives peuvent être suspendues comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement [75].

Initialement décrits par Janet et Freud, ils sont mieux connus grâce aux échelles d'évaluation de l'expérience dissociative, à l'étude des relations avec les expériences traumatiques, à l'approche psychodéfensive et cognitiviste.

Les troubles dissociatifs comportent :

- l'inhibition intellectuelle,
- l'amnésie infantile,
- l'amnésie dissociative (F44.0) [300.12],
- la fugue dissociative (F44.1) [300.13],
- la stupeur dissociative (F44.2) [300.15],
- l'état dissociatif de transe et de possession (F44.3) [300.15],
- la confusion psychogène (F44.8),
- l'état second psychogène (F44.8),
- le syndrome de Ganser (F44.80) [300.15],
- le trouble dissociatif de l'identité (auparavant personnalité multiple) (F44.81) [300.14],
- les autres troubles dissociatifs (de conversion) spécifiés (F44.88),
- les troubles dissociatifs (de conversion) transitoires survenant dans l'enfance ou l'adolescence (F44.82).

1. L'inhibition intellectuelle

L'inhibition intellectuelle peut être le symptôme unique, caractérisée par l'incapacité à effectuer un effort intellectuel (l'activité psychique étant limitée aux tâches simples) et un désinvestissement de la vie psychique et relationnelle dans un climat de passivité et de neutralité [8][12].

2. L'amnésie dissociative

L'amnésie infantile est prolongée et caractéristique. Elle vise les angoisses liées à la sexualité infantile, aux désirs de recherche de l'union parentale et à l'angoisse de castration qui en résulte. Pour Lebovici, la névrose infantile est même structurée sur le mode d'une prénévrose hystérique, avant la « déhystérisation » de la phase de latence [28]. Ainsi, telle malade qui ne conserve aucun souvenir antérieur à l'âge de quatorze ans ; elle ne peut évoquer aucun lien, aucune figure... [12].

L'amnésie dissociative réalise un oubli d'une période définie de la mémoire épisodique[12]. Elle est réversible et n'implique pas la difficulté à stocker la mémoire.

Les critères du DSM IV impliquent que le trouble comporte l'oubli d'une ou plusieurs informations personnelles importantes, souvent lié à un traumatisme ou un stress. Le trouble n'est pas un oubli ordinaire et il est isolé.

L'expression clinique a trois caractéristiques dominantes [44] :

- la perte de mémoire est épisodique et affecte plus le souvenir de soi au cours de certains événements que le procédé à suivre.
- la période oubliée est de courte durée (quelques minutes à quelques jours).
- l'oubli ne concerne pas les détails des souvenirs mais plutôt leur utilisation.

Selon Kapur, les capacités à mémoriser les événements extérieurs et les événements personnels sont dissociées [110].

L'amnésie concerne un événement stressant ou traumatique [44][106]. Les événements impliqués sont : sévices à enfant (60 %), difficultés conjugales, tentative d'autolyse, mort d'un proche, catastrophe naturelle, acte criminel [44]. L'amnésie peut être consécutive à un état de stress post-traumatique.

Elle survient dans la troisième et quatrième décennie, limitée à un seul épisode. Elle coexiste avec d'autres troubles : fugue dissociative, troubles somatoformes, boulimie, abus d'alcool, dépression, personnalité histrionique, dépendante ou limite. Le vécu est souvent de type anxieux, mais peut être celui de l'indifférence [8].

Finalement, l'amnésie dissociative est différente des amnésies hystériques courantes (oublis de date, lacunes) [111]. Mais comme pour tout trouble hystérique, elle procure des bénéfices primaires (exemple : l'oubli de la mort de son enfant) et secondaire (exemple : le retrait du combat pour un soldat) [8].

Il est absolument nécessaire d'éliminer tout diagnostic différentiel (troubles mnésiques liés à un syndrome démentiel, un delirium, un traumatisme crânien, une crise épileptique) et principalement l'amnésie globale transitoire (amnésie antérograde de 6 à 24 heures, dans un climat d'anxiété mais qui n'altère pas le sentiment d'identité personnelle selon Fenton [8]).

L'évolution est habituellement favorable avec résolution complète, en l'absence de bénéfices secondaires. La restauration des souvenirs oubliés constitue un objectif thérapeutique [44].

3. La fugue dissociative

La **fugue dissociative** [35] a pour caractéristiques cliniques un ou plusieurs épisodes de voyage soudain, inattendu, réfléchi, loin du domicile ou du lieu habituel de travail, associés à une incapacité à rappeler son propre passé et son identité personnelle primaire. De début soudain, la fugue dure de quelques heures à plusieurs mois. Certains patients parcourent de longues distances (DSM-IV). En général, l'errance est habituellement discrète car aucun trouble psychopathologique n'attire l'attention. Souvent il n'y a pas formation d'une nouvelle identité. Si une nouvelle identité (nom, profession) est prise, elle n'alterne pas avec d'autres identités.

Les critères du DSM-IV-R sont : « fugue inattendue avec incapacité à se rappeler son propre passé, avec confusion sur l'identité personnelle ou formation d'une nouvelle identité partielle ou complexe, en dehors d'un trouble d'identité dissociatif ».

Les troubles associés sont surtout l'amnésie d'événements traumatiques et l'amnésie dissociative, mais aussi dépression, dysphorie, honte, stress, suicide, impulsions agressives.

Le diagnostic différentiel implique d'écarter une fugue au cours d'une atteinte cérébrale et surtout d'une épilepsie partielle complexe : fugue brève s'accompagnant de comportements inappropriés, d'oublis et d'anomalies à l'EEG (ElectroEncéphaloGraphie) (Fenton) [8]. La fugue de l'état maniaque et la fugue simulée sont aisément différenciées.

L'évolution est rapidement résolutive. Une amnésie dissociative rebelle peut persister.

4. La stupeur dissociative

La stupeur dissociative réalise un état d'immobilisme avec réduction de la motricité volontaire et du langage, conservation de la réactivité du regard [8]. Individualisée par la CIM-10, elle est à différencier des autres causes de stupeur : mélancolie, catatonie, confusion [36].

5. La transe dissociative

La **transe dissociative** [43] réalise une altération transitoire de la conscience avec conservation de la perception du monde extérieur. Elle altère plus la conscience que l'identité. Quand elle associe une altération de l'identité, celle-ci n'est pas remplacée par une personnalité alternante. Les mouvements accomplis sont simples : écroulement soudain, immobilisation, étourdissement, cris perçants, etc.

L'attaque de nerfs d'Amérique latine [8] (prévalence sur la vie de 12 %) en est une variante. Elle comporte : mouvements convulsifs, hyperventilation, mouvements d'agitation agressive.

En Malaisie (Latah) [8] les individus troublés ont une vision soudaine d'un esprit les menaçant, sans perception de son identité. Ils vocifèrent, donnent des coups et doivent être contenus. Ces états laissent ou pas une amnésie.

6. L'état de possession

L'état de possession [43] en est une variante caractérisée par l'impression de remplacement d'une identité personnelle par une nouvelle identité attribuée à un esprit, un ancêtre, un dieu, un pouvoir ou une autre personne. En Inde, la personne affectée se met à parler d'une voix altérée avec une divinité reconnaissable : elle peut ainsi se parler à la troisième personne.

Les critères du DSM-IV-R [43] excluent les états secondaires à un trouble psychotique, un abus de substance ou une maladie générale (épilepsie temporelle). Surtout, ils excluent les

pratiques religieuses et culturelles de transe qui s'inscrivent dans un champ de normalité sociale, comme par exemple les danseurs libanais qui élèvent leur statut social en entrant en transe au-dessus d'un brasier, sous le contrôle d'autres danseurs.

Cette forme de trouble illustre bien le continuum existant entre les aspects pathologiques et normatifs ou « réussis » [49] de l'hystérie.

7. Les troubles de la vigilance

Le refus de la réalité peut aussi bien s'exprimer par des troubles de la vigilance dont une des modalités les plus fréquentes est la **distractivité**, qui permet de scotomiser les perceptions extérieures vécues comme déplaisantes. Si l'on considère que « dormir, c'est se désintéresser », on ne s'étonnera pas que l'hystérique puisse être sujet aux « attaques de sommeil », aux états léthargiques qui durent parfois quelques jours ou même plusieurs semaines, et se terminent habituellement par une crise convulsive.

Plus étranges sont les phénomènes de clivage de conscience dont les **états somnambuliques** représentent un aspect caractéristique et impressionnant ; en état de demi-sommeil, le malade joue une scène dramatique, soit totalement imaginée, soit construite sur le thème d'un événement qui l'a frappé.

Les **états crépusculaires**, rares et non intégrés dans le DSM-IV-R, réalisent un état second ressemblant à l'absence temporelle susceptible de durer de quelques jours à deux à trois semaines. Le **syndrome de Ganser** (altération de la mémoire, réponses à côté ou absurdes) en constitue une variété rare, observée en milieu pénitentiaire (CIM-10). L'état léthargique est à différencier des comas et des attaques de narcolepsie [36].

L'automatisme ambulatoire [12] qui associe somnambulisme et fugue amnésique représente l'exemple type de la réaction hystérique aiguë pouvant survenir lors d'une situation fortement traumatisante.

8. Le trouble dissociatif de l'identité

Le **trouble dissociatif de l'identité ou personnalité multiple** [43] si minutieusement décrit à la fin du XIX^{ème} siècle, est un trouble de l'identité réalisant une ou plusieurs personnalités distinctes ayant chacune des attitudes et un comportement particulier, et dont chacune ignore les projets, les actes, l'existence même des autres. Depuis sa reconnaissance avec le DSM III, le nombre de cas est sans cesse croissant ; 200 en 1980, 6 000 en 1986 [8]. Il réalise un trouble post-traumatique non réductible à l'hystérie, voire un trouble iatrogène créé par les expertises ou l'hypnose. Ne s'agit-il pas également d'une entité médicale autonome ?

La littérature et le cinéma se sont emparés de ces faits pathologiques si étranges et à vrai dire rarissimes dont on trouve les premières descriptions cliniques dans les écrits de Morton Prince [112] avec le cas spectaculaire de Sally Beauchamp, puis dans le roman biographique « Sybil » [113], dans le roman de Mary Higgins Clark « Nous n'irons plus au bois » (1992) [114], dans la série américaine « United States of Tara » (2008).

Les modèles proposés par le DSM-IV-R [43] ne peuvent qu'aider le clinicien dans son évaluation des troubles. « Ce qui n'empêche pas d'apprécier la « dose d'hystérie » [115] qui majore ou colore la pathologie, nuance la relation médecin-malade, mais on ne peut pas s'en tenir à cette étiquette incertaine », conclut Bourgeois [115] dans une communication à la société médico-psychologique sur « La mise en pièce de l'hystérie dans la nosographie contemporaine ».

C. Les traits de personnalité hystérique

La question des rapports entre symptômes hystériques et personnalité demeure à l'ordre du jour. L'association entre symptômes et personnalité hystérique, ou maintenant histrionique, n'est pas certes aussi fréquente qu'on le disait [33]. Selon Marsden, seulement 20 % des personnes ayant une personnalité histrionique, présentent des symptômes de conversion [65]. L'étude de Braccini démontre même que la personnalité histrionique est aussi souvent associée aux troubles anxieux qu'aux troubles somatoformes [116].

En outre, les études de Chodoff, de Stephens, de Ljungberg mettent en évidence l'existence fréquente chez les hystériques de conversion d'un autre type de personnalité, la personnalité passive dépendante, psycho-infantile, assez proche de la personnalité orale des psychanalystes [12].

Mais pour beaucoup d'auteurs, les accidents de conversion définissent la névrose hystérique, avec les troubles de la personnalité et les manifestations dissociatives [40]. On retrouvait ces difficultés d'appellation dans le DSM-III-R [37], dans lequel l'entrée « Trouble de conversion » était suivie par « (hystérie de conversion) », rattachant ainsi toutes les manifestations pseudo-neurologiques à l'hystérie. Le DSM-IV [35], le DSM-IV-R [43] et la CIM-10 [36] reprennent juste les troubles de conversion.

Ainsi, les analyses factorielles de Lazare, Blaker, et Bonhomme [6] établissent une concordance entre les traits de personnalité hystérique et les symptômes hystériques. Bonhomme [41] met en évidence des traits hystériques pour 83 % des conversions et une personnalité histrionique pathologique (selon DSM-III) pour 66 % des cas de conversion.

Widlöcher, en 1978 [64], évoquait déjà le risque de confusion entre conversion et personnalité hystérique. Effectivement, Lempérière, Perse et Henriquez dans leur rapport de 1965 sur les « Symptômes hystériques et personnalité hystérique » [12], ont bien montré que l'ensemble des statistiques ne plaidait pas en faveur d'une corrélation étroite. Si l'on considère le caractère hystérique dans son acception la plus étroite (théâtralisme, labilité de l'humeur, suggestibilité, attachements sexuels apparemment marqués mais dissimulant une inhibition importante) et dans sa forme la plus franche, on peut dire qu'ils ne s'observent que dans la minorité des cas d'hystérie de conversion. Widlöcher [64] conclue que, en majorité,

les hystériques sont plus suggestibles que d'autres ou qu'il existe, parmi eux, plus de sujets suggestibles que dans la population générale.

De plus, certains auteurs ont montré une atténuation fréquente des traits de caractère simultanément à l'apparition des symptômes de conversion [17].

Par ailleurs, le diagnostic de conversion incertain ne pourra être confirmé ou étayé par un examen de la personnalité du sujet, ou sur l'étude de conflits intrapsychiques. Par contre, cette dernière étude pourra être utile pour comprendre le mécanisme psychologique de la conversion et pour aider pour traiter le patient [64].

Lazare, dans son étude de 1966, et d'autres auteurs, avec des études psychanalytiques, mettent en évidence la difficulté de donner une approche précise de la personnalité hystérique. Lazare retrouve une forte corrélation avec l'égoïsme, l'exhibitionnisme, l'hyperémotivité, la suggestibilité, la dépendance, la provocation sexuelle, la peur de la sexualité [6].

Par ailleurs, tout autant qu'une autre, une personnalité hystérique peut être affectée par une maladie organique, qu'il faut éliminer tout d'abord.

La personnalité histrionique appartient au Groupe B des troubles de la personnalité. Elle est définie par le DSM-IV-R [43] comme un « Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas le centre de l'attention d'autrui,
- l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante,
- expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante,
- utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi,
- dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle,
- suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances,
- considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité ».

Lempérière [7] reprend, elle aussi, les traits suivants pour définir ce type de personnalité : égocentrisme, histrionisme, labilité émotionnelle, pauvreté et facticité des affects, érotisation des rapports sociaux, frigidité sexuelle, dépendance affective.

Escande insiste sur le comportement de séduction, avec une théâtralité de la présentation, l'hyper-expressivité des attitudes posturales et mimiques, le souci d'attirer, le besoin de resplendir, une apparence impersonnelle mais destinée à susciter l'admiration. Selon Israël, rien n'est trop beau pour l'hystérique [49].

D. Choix et signification symbolique du symptôme

L'imitation joue un rôle important que ce soit dans l'hystérie infantile, ou l'hystérie collective par exemple. Babinski prônait l'idée que la suggestion puisse créer « à la demande » un symptôme hystérique, encore faut-il que tous les hystériques soient hypnotisables, suggestibles.

Le choix et la localisation du symptôme dépend de multiples facteurs [7]:

- un trouble acquis ou constitutionnel (un myope avec des troubles visuels, un spasmophile avec des crises convulsives),
- l'identification à un parent, à soi-même,
- des douleurs éprouvées lors de maladies infantiles, reproduisant les conflits mobilisés à cette époque (gain d'amour parental, menace de castration, culpabilité masturbatoire),
- des identifications multiples (Freud décrit une malade ayant des mouvements contradictoires reflétant l'homme violent et la femme violentée),
- l'érotisation de certaines fonctions (vision, langage), de certaines zones corporelles, établie durant les premiers stades de la sexualité infantile,
- selon son aptitude à exprimer la tendance inconsciente (une paralysie pourra être une défense contre l'activité sexuelle répréhensible tout en étant son substitut ; un spasme assurera la suppression de l'action et simultanément un substitut tonique de cette action ; un vomissement signifiera « je ne peux pas l'avaler »).

Israël [49] évoque le choix du symptôme dans sa localisation. Les limites des anesthésies semblaient se superposer à certains vêtements d'où les dénominations imagées d'anesthésies en gant, en chaussette, en ceinture, en manchette, etc, et étaient nettes sur la peau comme une découpe, voire une invitation à découper selon le pointillé. Ces limites sont comparables à d'autres marques de limitations comme le maquillage et les bijoux, et permettent d'insister sur certaines zones comme le cou, de rétrécissement. Tous les lieux de rétrécissement corporels (cheville, taille, poignets, cou) sont des lieux importants dans les relations humaines, et donc très investis dans la production de symptômes hystériques, notamment le cou.

Il n'est pas indiqué au début de la prise en charge de rechercher à amener à la conscience du patient la signification symbolique des symptômes et les représentations imaginaires projetées dans les parties du corps impliquées dans la conversion, le risque étant de renforcer le besoin défensif du patient et d'aggraver le processus de conversion.

E. Les bénéfices primaires et secondaires

Les bénéfices psychiques sont plus développés qu'au cours des autres troubles névrotiques ou anxieux. Les bénéfices primaires sont inconscients et intriqués aux symptômes : l'absence d'angoisse signe la réussite de la conversion mais ne constitue pas un critère de diagnostic [106]. Pour Rice, la « belle indifférence » est aussi souvent observée chez les malades somatiques ayant les mêmes plaintes [8]. Darcourt [117] parle de « sérénité régressive ». La « belle indifférence » a été souvent mal interprétée [118] : l'expression d'une absence d'anxiété alors que les patients développent une inquiétude pour leurs troubles mais indépendamment manifestent une inattention vis-à-vis du symptôme. Selon Charcot, le malade « oublie » la fonction altérée, souvent une fonction de la vie de relation.

Les bénéfices secondaires sont plus repérables : évitement des contraintes et situations dévalorisantes, manipulation plus ou moins subtile de l'environnement, de l'entourage. Ces bénéfices secondaires sont parfois confondus avec le déterminisme primaire, expliquant l'hystérie et les conversions par ces bénéfices. Mais ceux-ci ne suffisent pas pour expliquer le déclenchement de la conversion, ni les réactions dissociatives [119].

F. Latéralisation des troubles

La question de la latéralisation des troubles a provoqué de nombreuses publications, mais la réponse n'est toujours pas définitive. Beaucoup d'études montrent une latéralisation des troubles somatoformes, autres que la conversion, surtout localisés sur le côté droit du corps, principalement les douleurs et les symptômes hypocondriaques [120]. Par contre, concernant les troubles conversifs, les résultats sont contradictoires : Galin [121], Pascuzzi [122] et Stern [123] ont trouvé une latéralisation située à gauche, alors que Fallick [124] et Regan [125] à droite. D'autres encore n'ont trouvé aucune latéralisation [126][127][128].

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer la prédominance à gauche des troubles, qu'ils soient somatoformes ou conversifs [129][123]. Une hypothèse suggère que des connotations négatives soient associées au côté droit du corps. Stern évoque la possibilité du développement des symptômes du côté où ils produisent le moins d'inconvénients fonctionnels. D'autres encore expliquent cette latéralisation gauche par l'asymétrie fonctionnelle des hémisphères cérébraux : l'hémisphère cérébral droit est plus impliqué dans des réactions émotionnelles et ainsi obtient par médiation des troubles somatiques sur le côté gauche du corps, mais le mécanisme reste incertain bien que ce soit la théorie dominante à présent [130].

Stern [123], Sierra et Berrios [131] ont essayé d'expliquer cette latéralisation à gauche par analogie entre l'anosognosie et « la belle indifférence ». L'anosognosie est le déni des troubles physiques surtout localisés à gauche associé à des lésions du cortex pariétal droit. Mais cette analogie [130] reste basée sur des ressemblances phénoménologiques superficielles.

Des hypothèses supplémentaires ont été avancées concernant la latéralisation droite des troubles. Tout d'abord, à l'opposé d'une hypothèse précédente, le membre dominant est choisi car le trouble fonctionnel résultant sera plus grand [124][125].

Par ailleurs, il existerait une relation entre des lésions organiques antérieures et les troubles conversifs actuels. Fallick [124] retrouve une blessure précédente ou en défaut organique dans 65 % de ses cas étudiés, les lésions corporelles étant plus fréquentes sur le côté droit. D'autres études, comme celle d'Axelrod [129], n'ont montré aucune asymétrie.

Finalement, la majorité des patients ne montrent pas de symptôme latéralisé. Plusieurs des symptômes de conversion n'ont pas de latéralisation (crises pseudo-convulsives, aphonie, crises d'hyperkinésie). Les études significatives sont controversées au niveau de la latéralisation [132].

G. « Délire hystérique »

Le concept déjà discutable de « délire hystérique » de Janet a été repris avec des fondements différents, soit symptomatiques soit structuraux [8]. A partir des critères de Hollender, Gift [133] esquisse le tableau suivant parmi 86 cas : début soudain (45 %), précipitation par un événement extérieur (67 %), délire à thèmes de possession, influence, persécution, mysticisme (67 %), hallucinations (38 %), dépersonnalisation (34 %), absence plutôt qu'aplatissement des affects (72 %). Ces « folies » hystériques ne sont ni systématisées ni structurées. Freud parlait de « paranoïa hystérique » dans sa correspondance avec Jung.

Le diagnostic de continuité avec l'hystérie est hasardeux en l'absence d'antécédents de conversion [41].

H. Particularités aux âges extrêmes

Les accidents de conversion débutent dans la moitié des cas entre 15 et 25 ans, mais ils ne sont pas rares dans l'enfance. Chez l'adolescent et l'adulte jeune, ils sont souvent spectaculaires. Lorsque viennent l'âge et la solitude, ils tendent à être remplacés par la dépression ou l'hypocondrie. 10 % des cas débutent après 45 ans, généralement dans un contexte dépressif ou de détérioration.

1. Chez l'enfant

Les troubles conversifs de l'enfant sont difficiles à cerner et à délimiter car les limites entre le normal et le pathologique sont floues. Il apparaît impossible d'envisager un trouble fixé chez l'enfant en développement. Par ailleurs, il est important de différencier des symptômes aigus liés à des conflits de développement source d'angoisse, et un véritable trouble de conversion [73].

Autant pour T. Lempérière [7] que pour M. Myquel [73], le pronostic des troubles de conversion chez l'enfant est bon, et n'implique pas une évolution vers un trouble de conversion à l'âge adulte. Mais lorsque les symptômes apparaissent à l'adolescence, le risque est plus grand d'évolution en continuité.

La conversion peut s'observer dans la première enfance, dès l'âge de 2 à 3 ans, avec une fréquence de diagnostic de 0,5 à 1,5 % en milieu hospitalier [72], elle s'observe plus fréquemment dans les services de pédiatrie.

La majorité des auteurs s'accordent pour retrouver en lien avec un événement de la réalité et les symptômes de conversion soit après une maladie somatique de l'enfant, soit plus fréquemment après une maladie affectant une personne proche dans l'imitation. On retrouve également dans le déclenchement des crises un accident, une séparation, un décès dans la famille de l'enfant.

Les motifs inconscients sont généralement évidents : valorisation par la maladie, identification à un parent malade, fuite devant des obligations scolaires, regain d'affection et d'intérêt [12]. Le rôle de fixateur de la famille et du médecin sur les symptômes permet l'entretien des bénéfices secondaires et la persévérance des troubles [134].

La conversion survient de manière brutale, et est souvent de durée modérée. Si la crise perdure, on peut évoquer alors une structure psychotique [73]. De plus, Cramer envisage que plusieurs types de structures de personnalité puissent être sous-jacentes aux conversions (personnalité border-line, psychose troubles caractériels, sans trouble de personnalité) [74].

En outre, l'incertitude des limites de l'hystérie se retrouve précocement. S. Lebovici assimile les conduites de séduction de la petite fille à un comportement hystérique structurant, le petit garçon évitant ce subterfuge en exhibant son pénis [135].

La conversion revêt plusieurs aspects cliniques [73][12][6][136] comme :

- des troubles paroxystiques : grandes crises type Charcot, crises nerveuses,
- des troubles de fonctions de relation : astasie-abasie, troubles de la marche tels que la boiterie, mouvements involontaires, attitudes vicieuses, manifestations viscérales diverses tels que des fièvres inexplicables, des douleurs abdominales, la toux, des troubles sensoriels tels que la surdité, la cécité transitoire [137], l'amblyopie [138],
- des troubles des conduites alimentaires [72].

On retrouve une forme particulière de conversion chez l'enfant : le mutisme. Il survient brutalement et est total. Le développement psychomoteur est normal pour le langage. L'enfant n'exprime plus ni son ni parole. Il est en général secondaire à un traumatisme anxieux avec peur. Ce mutisme est complet à la différence du mutisme sélectif, où l'enfant ne s'adresse qu'à sa famille.

Pour M. Myquel, le mutisme sélectif, appelé encore le mutisme extra-familial est évocateur d'une dysharmonie psychotique [73]. Alors que pour H. Chapellière, le mutisme sélectif est un symptôme de l'organisation mentale de type état limite après une désorganisation névrotique [139]. C. Aubry, dans une étude de 30 cas, retrouve en grande majorité des troubles de la personnalité chez les cas de mutisme sélectif primaire principalement, et très peu de trouble névrotique (5/30) [140].

2. Chez la personne âgée

Les symptômes conversifs de l'adulte peuvent persister chez la personne âgée en l'absence de prise en charge psychologique ou psychiatrique. Certains événements de vie particuliers et notamment des rencontres ou des modifications de statut social peuvent également amener ces manifestations. Ces conversions peuvent aussi, après une période plus ou moins longue d'accalmie, resurgir sous la forme de manifestations viscérales comme des spasmes, diverses algies ou des troubles trophiques [75].

Passée chez la femme la période ménopausique, la première survenue d'accidents hystériques est une éventualité peu fréquente ; c'est presque toujours à l'occasion du décès d'un proche (mère, conjoint) ou du mariage d'un enfant qu'apparaît une réaction de « deuil hystérique », et la béquille sur laquelle s'appuie l'astasi-abasique n'est qu'une image du soutien affectif qui fait défaut [12].

Les symptômes n'ont pas d'expression clinique particulière. Tous les symptômes de conversion de l'adulte sont observés y compris les crises hystéro-anxieuses et tétaniforme d'après Ciompi [141] et Lempérière. Par contre, les symptômes affectent électivement la fonction cardio-vasculaire (pseudo-vertiges, lipothymies, malaises) et l'équilibre (astasi-abasie) [12]. Mais les troubles conversifs sont, chez le sujet âgé, difficiles à identifier car ils s'expriment rarement sous la forme d'un déficit neurologique exclusif et qu'ils peuvent être associés à une pathologie organique, le plus souvent bénigne.

Typiquement, il s'agit de douleurs à type de paresthésies, de brûlures ou d'allodynies parfois associées à une lésion anatomique authentique. Les troubles conversifs moteurs, sensitifs ou sensoriels sont assez rares chez le sujet âgé, en tout cas dans leur caractère transitoire [142]. L'expérience clinique montre toutefois que certaines perturbations de la motricité comme des difficultés de la marche, certaines altérations sensorielles et notamment des aphonies ou des surdités peuvent s'installer durablement [75].

La conversion a une signification régressive plus étendue que chez l'adulte, manifestant des désirs de régression fusionnante avec un fils ou une fille, la fonction de mère primitive que celui-ci ou celle-ci est destinée à remplir étant vécue dans l'ambivalence. Elle est souvent associée à une note de séduction sexualisée, malgré l'altération des capacités de séduction avec le vieillissement [6].

Une origine conversive doit être envisagée lorsque le sujet témoigne avec une forte intensité affective de sa préoccupation pour son handicap. Il peut s'associer la mise en cause d'un soutien de l'entourage considéré jusque-là comme insatisfaisant ou une désillusion pathétique pour les dispositifs de soins.

Le sujet est également incapable d'intégrer ses difficultés dans une expérience du vieillissement nuancée et progressive. Pour lui ou pour elle, le trouble résume à lui seul son avance en âge ou témoigne du caractère patent de son déclin [75]. Les troubles hystériques trouvent en effet leur construction dans la relation insatisfaisante avec l'autre, caractérisée par le refus tenace d'assumer un rôle défini qui dépasse ainsi les conceptions catégorielles de la souffrance psychique [75].

Avec le vieillissement, les troubles dissociatifs deviennent moins fréquents, et sont indépendants du déficit cognitif, mais on retrouve tous les types de troubles dissociatifs [143].

Selon Ciompi, la disparition des symptômes conversifs présents à l'âge adulte concerne la majorité de cas (61,3 %). Par contre les troubles associés (anxiété, dépression, hypocondrie) ont davantage tendance à persister [141]. Il retrouve comme Lempérière, une mutation évolutive vers une dimension hypocondriaque et souvent une composante dysthymique [12], avec une véritable dépression de conversion [142][144].

Par ailleurs, la survenue d'un authentique syndrome démentiel est possible dans l'évolution des troubles conversifs. Il peut être aussi la possible évolution du trouble psychopathologique sous la forme d'une symptomatologie d'allure déficitaire [75].

I. Particularités chez l'homme

L'hystérie est environ trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle est volontiers, chez l'homme, mono- ou paucisymptomatique. Chez la femme s'observent des tableaux plus riches, plus mobiles, plus polymorphes. Mais rien ne distingue les symptômes masculins des symptômes féminins, seulement la moindre projection fantasmatique de la part des médecins.

Les circonstances étiologiques diffèrent beaucoup d'un sexe à l'autre. Si l'on admet que l'hystérique laisse son corps négocier une situation qu'il est incapable de surmonter par une conduite active, on peut comprendre aisément que chez la femme dominant les conflits de la sphère affective ou sexuelle alors que chez l'homme les circonstances socioprofessionnelles et les faits de guerre sont fréquemment retrouvés [12].

Les crises chez les hommes n'ont jamais la présentation des grandes crises, mais plutôt des lipothymies, éblouissements, malaises provoqués par des « traumatismes » psychiques et limités aux émotions de la vie courante (spectacle, événement familial ou social, contrariété, etc.), presque toujours dans les conséquences non avoué d'un conflit névrotique préexistant [49].

Les symptômes masculins peuvent prendre d'autres formes : des accès de colère, clastiques ou non, provoqués par des « contrariétés » ou des « contraintes » incontournables, imposées par la vie quotidienne, qui le contraignent dans sa liberté de soi [49].

Par ailleurs, les céphalées, algies diverses et vertiges sont tout aussi fréquents dans les deux sexes, mais plus marquants chez les hommes, comme si « l'homme n'avait pas le droit à la faiblesse, la fragilité, l'impuissance » [49].

« L'hystérie chez la femme exprime une revendication affective impatiente qu'elle adresse à son entourage (parent, conjoint). Chez l'homme, il se produit un déplacement du besoin de satisfaction affective qui ne s'adresse pas à la femme - dont il est méprisable de quémander l'amour en se faisant plaindre -, mais à la société. L'être social impersonnel satisfait ce désir par le don d'argent. Aussi, si le bénéfice secondaire est souvent matériel chez l'homme, alors qu'il est psychologique chez la femme, il satisfait chez l'un et l'autre la même revendication. La femme attend de son partenaire sa justification par l'amour qui représente son besoin essentiel, tandis que l'homme s'affirme, non pas grâce à la tendresse de sa femme, mais par la réussite sociale qui peut seule lui donner le moyen de revenir vers la femme en vainqueur. L'hystérie traumatique est fréquente chez l'homme alors que chez la femme, même lorsqu'elle travaille, elle est rarissime ; la compensation sociale ne l'intéresse pas. La demande de la femme hystérique s'adresse à l'homme, celle de l'homme à la société » [12].

V. Implications diagnostiques

A. Un diagnostic d'exclusion

Le concept d'hystérie reste l'apanage des théories psychanalytiques qui interprètent l'émergence des symptômes conversifs comme la transformation d'un conflit psychologique en symptôme physique. Des problèmes majeurs mettent en exergue les limites cliniques de ce concept. On se heurte par exemple à la difficulté d'apprécier le facteur de stress externe tel qu'il est décrit dans les critères diagnostiques. En outre, il est parfois peu aisé de distinguer la survenue inconsciente du trouble d'une simulation intentionnelle. C'est face à ces difficultés et à la crainte de passer à côté d'une pathologie neurologique curable, que les cliniciens semblent opter pour considérer le trouble de conversion comme un diagnostic d'exclusion [145][146].

Halligan et *al.* [147] évoquent les difficultés inhérentes à la condition de diagnostic d'exclusion attribuée classiquement au trouble de conversion. Le diagnostic doit être retenu après avoir écarté formellement une origine organique implique la mise en évidence d'un événement stressant à l'origine des symptômes et demande aussi d'avoir éliminer une simulation intentionnelle.

Les erreurs étant fréquentes avec de graves conséquences, il ne faut porter le diagnostic d'hystérie sans avoir fait un examen somatique soigneux, écartant une affection organique.

Les investigations paracliniques doivent être nécessairement bien choisies, restreintes en nombre afin d'éviter d'ancrer le patient dans son comportement.

La prudence est de règle car aucun argument n'est décisif : un bilan négatif ne permet pas d'exclure formellement la nature organique du trouble d'autant qu'une sémiologie d'allure fonctionnelle recouvre parfois une affection somatique débutante ; la négativité des examens complémentaires peut alors être faussement rassurante. La présence de facteurs étiologiques de nature psychologique ou de troubles patents de la personnalité est un argument d'appoint mais une personnalité histrionique peut dramatiser, surcharger des troubles authentiques organiques.

B. Des critères positifs

Certains auteurs prônent l'amélioration de la clinique fine et exhaustive pour améliorer la spécificité diagnostique du trouble de conversion [148].

D'autres cherchent à établir des critères diagnostiques [149]. Trois critères ont été considérés comme utiles pour la distinction entre conversion et organicité : l'utilisation antérieure de symptômes physiques comme défense psychologique, la présence d'un stress émotionnel significatif et la preuve que le symptôme soit utilisé pour résoudre un conflit provoqué par le facteur de stress. Des critères supplémentaires ont été également décrits.

Mais il apparaît que certains de ces critères semblent contestables dans les différentes descriptions, comme la preuve de l'incidence du stress.

Parmi eux, la survenue uniquement diurne et en état d'éveil des crises convulsives non épileptiques est remise en question [150], confirmant en revanche l'absence prouvée d'intentionnalité dans ces troubles.

C. Des erreurs par excès

Les maladies donnant lieu à le plus d'erreurs sont : myasthénie, syndromes myopathiques et polymyositiques, névrite optique, syndrome de Guillain et Barré [151].

Certaines affections somatiques sont fréquemment prises à tort pour des manifestations de conversion, du fait de leur évolution capricieuse ou parce qu'elles s'accompagnent de troubles émotionnels et de manifestations expressives.

Ce sont :

- des affections du système nerveux central : maladie à prion [152], sclérose en plaques, épilepsie, tumeur cérébrale, neuro-sarcoïdose, atteintes des noyaux gris centraux (dyskinésies, dystonies) ;
- des maladies dysmétaboliques (porphyries aiguës, hypoglycémie, dyskaliémie), le lupus érythémateux disséminé, la myasthénie à son début.

Les problèmes posés par les troubles psychiques sont tout aussi difficiles [7]. Les grands accidents dissociatifs peuvent faire discuter l'ictus amnésique, les états crépusculaires ou les automatismes ambulatoires de l'épilepsie, un état oniroïdes d'origine toxique, un

épisode schizophréniforme. A l'inverse, la sémiologie schizophrénique peut comporter une forte expressivité corporelle : plaintes sine materia, maniérisme, catatonie, parfois même un accident de conversion.

Nous retrouvons plusieurs cas d'erreurs de diagnostic dans la littérature de cas d'affections somatiques pris à tort pour un trouble conversif comme une hydrocéphalie à pression normale secondaire à un neurinome de l'acoustique irradié [153], des infections au virus du Nil occidental aux USA [154] devant un tableau de paralysie flasque aiguë.

Plusieurs auteurs reprennent des cas cliniques de patients avec le diagnostic de convulsions conversives pour lesquels un diagnostic d'épilepsie associé a été retrouvé entre 10 à 20 % [7], grâce au recours à l'électroencéphalogramme-vidéo, considéré comme un examen standard pour éliminer une épilepsie [155][156].

On peut retrouver secondairement une affection neurologique qui pouvait expliquer les symptômes et qui était passée inaperçue [40]. Martin [27] retrouvait 21 à 50 % des cas ayant reçu le diagnostic de conversion ont eu ultérieurement un diagnostic neurologique, alors que 13 % des malades neurologiques sont considérés comme fonctionnel avant d'être reconnus.

Toutefois, dans d'autres cas, il ne s'agit pas d'erreurs diagnostiques mais de la coexistence de manifestations typiquement « hystériques » et d'affections neurologiques, les affections neurologiques fournissant un modèle symptomatique aux manifestations de conversion ou prédisposant à leur survenue par un mécanisme mal élucidé [40].

D. Des conversions méconnues

Les intrications hystéro-organiques posent des problèmes difficiles où seule l'observation prolongée permet de démêler l'imbroglio diagnostique. On estime que chez au moins 20 % des patients il y a coexistence entre une affection neurologique (épilepsie, séquelles de trauma crânien, encéphalopathie) et des manifestations hystériques typiques, l'affection neurologique fournissant un modèle symptomatique aux accidents de conversion ou favorisant leur survenue par des mécanismes que les neuro-physiologistes commencent à élucider [7].

Plusieurs spécialités médicales sont concernées par ce diagnostic. Plusieurs articles reprennent des cas de paraplégie après rachianesthésie, dont le diagnostic de conversion a été

retenu après élimination d'une étiologie organique [157][158][146].

Dans la littérature, on retrouve des cas de patients présentant des symptômes d'accidents vasculaires cérébraux, qui sont en réalité d'authentiques tableaux de conversion [159][160].

E. Nécessité d'outils diagnostics

Le diagnostic de trouble conversion peut être aidé par le test de Lazare qui possède une bonne sensibilité (75 %) mais une spécificité modeste (41 %) selon Scharma [161]. Les critères du test sont : un trouble somatisation et une psychopathologie associés, un modèle du symptôme, un stress avant le début, une sexualité troublée, le symbolisme du symptôme, le bénéfice secondaire, la belle indifférence, la personnalité hystérique.

Une étude sur le diagnostic d'épisodes de convulsions dissociatives [162], indique un haut degré de précision dans la prédiction de ces épisodes avec la combinaison du MMPI-2, de la clinique et du vidéo-EEG, comparé à l'utilisation de ces variables de manière indépendante, notamment en cas de vidéo-EEG négatif. Storzbach [163] avait également développé cette hypothèse en 2000.

L'utilisation du MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventor) peut permettre de différencier les patients épileptiques des patients présentant des crises pseudo-épileptiques seules ou l'association épilepsie-crisis pseudo-épileptiques. Les patients pseudo-épileptiques ou associés ont un profil de MMPI avec des taux de Hypochondrie et d'Hystérie élevés [164] comparés aux taux de Dépression [165] alors que les taux sont inversés pour les épileptiques [166].

Plusieurs échelles de dépistage et de diagnostics des troubles dissociatifs ont été développées [29].

Des échelles sensibles :

- L'échelle d'expériences dissociatives - Dissociative Experience Scale (DES) - qui possède une bonne fiabilité et une mesure valide de la dissociation.
- Le Questionnaire de dissociation - Dissociation Questionnaire (DIS-Q) - un auto-questionnaire, qui permet d'évaluer la sévérité de la dissociation psychique.

Des échelles spécifiques :

- La Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS), un entretien structuré, permet de confirmer le diagnostic DSM-IV pour les troubles dissociatifs.
- Le Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) permet de confirmer le diagnostic des cinq troubles dissociatifs du DSM-IV.

D'autres échelles :

- Le Questionnaire de Dissociation Somatoforme (SDQ-438 20) est un autoquestionnaire de 20 items, qui évalue la sévérité de la dissociation somatoforme. Le SDQ a été validé aux Pays-Bas, en Turquie et partiellement au Royaume-Uni, ainsi qu'en France.
- Le questionnaire des traumatismes de l'enfance - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) - est un autoquestionnaire rétrospectif, traduit également en français par Paquette. Il est utilisé pour étudier les liens entre les traumatismes de l'enfance et la symptomatologie dissociative à l'âge adulte.
- Une échelle pour mesurer les expériences dissociatives à l'adolescence - Adolescent Dissociative Experience Scale, A-DES - et durant l'enfance la Child Dissociative Checklist.

F. Au total

Le trouble de conversion et le trouble dissociatif ne peuvent se défaire de leur statut de diagnostic d'exclusion [146]. Un examen clinique minutieux en association avec des examens complémentaires justement prescrits, peut ne pas permettre d'identifier un diagnostic organique devant des troubles moteurs par exemple. Il est alors absolument nécessaire d'utiliser une approche multidisciplinaire utilisant la psychiatrie, la neurologie, la médecine physique et de réadaptation afin de faciliter le diagnostic et le traitement de l'étiologie sous-jacente [167].

VI. Dimensions socioculturelles

La causalité psychosociale et socioculturelle est impliquée dans la genèse chaque fois qu'une partie des phénomènes cliniques se rapporte à un processus d'*identification culturelle*, que celui-ci ait un rôle minime ou étendu. L'identification culturelle procède de mécanismes de mimétisme, reproduction, suggestion ou « faire comme », la dimension inconsciente de cette identification impliquant quant à elle des processus d'identification introjective [6].

A. Facteurs culturels et ethnosociaux, les rites et les croyances

L'approche socioculturelle [168] dans l'évolution des symptômes de conversion est complémentaire aux approches psychanalytique et comportementale, en soulignant l'interaction entre l'environnement externe et les conflits intrapsychiques complexes du patient. Les symptômes de conversion expriment des idées interdites. Hollender a suggéré que certains syndromes culturels considérés comme une « crise de folie » sont le moyen d'expression de la colère, quand cette colère n'est culturellement permise verbalement [169][168].

Il a été émise l'hypothèse que dans certaines cultures, l'expression d'émotions intenses non féminines peut prédisposer les femmes à des symptômes de conversion considérés comme un moyen de communication plus acceptable [169]. Il a été formulé l'hypothèse que les blocages de l'expression des sentiments ou idées refoulées, dans des nombreux cas, sont des interdictions intériorisées qui sont puissamment renforcées par des rôles des genres sexués, des croyances religieuses et d'influences sociales et culturelles.

En reconnaissant ces influences, nous pouvons mieux comprendre la pantomime physique étrange des idées ou des sentiments menaçants que les symptômes de conversion incitent.

Par exemple, une femme Noire Américaine aux USA [168], peut être considérée de manière paradoxale comme autorisée ou marginalisée par sa société ou sa culture. D'une part, elle est au centre de sa famille mais aussi de son église. Dans sa famille, la femme est non seulement la mère, mais aussi la matrone et de facto la responsable du clan. À l'église, les

femmes sont les plus fréquentes par rapport aux hommes, et ont la possibilité de faire un travail reconnaissant.

En Europe Occidentale et aux Etats-Unis, les troubles moteurs et sensoriels semblent les plus communs. Mais une étude en Turquie retrouve une majorité de pseudo-crisis épileptiques (44 %) dans les troubles de conversion [63].

La preuve de l'influence ethnosociale est donnée par de nombreux exemples. Les crises hystériques observées chez les Esquimaux (pibloktoq) empruntent des éléments cliniques à la culture esquimaude : bains de neige, imitation de cris d'animaux, cris funéraires [8].

Le mythe de la sirène (*mami watee*) en Afrique centrale est un bon exemple où un mythe collectif est plus maniable qu'un fantasme individuel [170]. Ainsi les jeunes filles généralement hystériques qui succombent à l'envoûtement par une sirène blanche, bénéficient d'une psychothérapie collective dirigée par une féticheuse spécialisée dans cet envoûtement. Cette psychothérapie donne la chance à la jeune fille d'accéder à la féminité ou en cas d'échec d'aller vers un suicide incestueux.

Un autre exemple anthropologique d'« hystérie réussie », selon Escande, est donné par les rites funéraires libanais, représentés par les lamentations et chœurs de femmes, les évocations d'un poète sur les qualités du défunt et de sa famille. Ces rituels funéraires [8] ont pour but de symboliser le défunt et de permettre le travail de deuil de la famille et du village.

Enfin la transe pratiquée dans les sociétés primitives ou traditionnelles confère à l'hystérie un statut normatif, voire d'instrument thérapeutique [8]. Les cultes ritualisés de possession du corps par un esprit, un ancêtre ou une divinité, sont pratiqués par des officiants patentés du culte, réputés sains. Ces rituels se rapprochent néanmoins des états de conscience des personnalités multiples.

Ces facteurs sociaux expliquent en partie l'hystérie collective, à partir par exemple de l'observation d'une personne de l'entourage proche atteinte, dans un contexte scolaire, professionnel.

B. Des différences selon le niveau d'éducation et d'industrialisation

La plupart des études soulignent leur prédominance dans les milieux socio-éducationnels bas, et dans les zones rurales [40][168]. Les troubles de conversion seraient plus fréquents dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. La prévalence serait d'ailleurs en diminution dans les pays industrialisés [85]. Les manifestations motrices seraient plus fréquentes dans les milieux ruraux retirés alors que les symptômes psychiques et les pseudo-crisis épileptiques seraient privilégiés au sein des métropoles [171].

C. Facteurs médiatiques

L'abord par les médias [8] des sujets les plus intimes est de nature à conflictualiser les identifications individuelles et créer des mouvements d'hystérisation collective (exemple : l'approche des stérilités et techniques biologiques de reproduction). En outre, si l'organisation hystérique comporte une dimension paranoïaque, ces évocations peuvent réveiller des fantasmes omnipotents de procréation par autoengendrement. L'hystérie se rapproche alors du pôle paranoïaque.

D. L'environnement psychosocial

Les troubles de conversion pourraient s'expliquer en partie par le vécu et l'environnement de la personne présentant des troubles de conversion. De nombreux cas dans la littérature confirment cette hypothèse [168].

L'environnement proche du sujet peut servir de modèle aux symptômes de la maladie. Cette identification fréquemment observée chez les enfants est destinée à détourner l'inquiétude et l'intérêt familial sur l'enfant bien portant qui se croit délaissé. Par exemple, un garçon qui présentait tous les signes de la coxalgie que présentait son petit frère. Les événements scolaires, familiaux et sociaux gardent une influence non négligeable dans

l'étiologie des troubles [172]. Par ailleurs, l'entourage familial et médical joue un rôle important dans la pérennisation des troubles grâce aux bénéfices secondaires, ce qui inclut donc la nécessité d'une prise en charge incluant la famille.

Cette hypothèse peut se retrouver chez l'adulte, en comparant des familles d'épileptiques avec des familles de patients présentant des pseudo-crisés épileptiques. Il est mis en évidence moins de processus pathologiques (tels que stress familial, critiques, tendance à la somatisation) dans les familles d'épileptiques [173].

VII. Mécanismes explicatifs

« Maladie de l'imagination et non imaginaire » disait Charcot.

A. Les troubles de conversion selon le DSM-IV-R

La conversion hystérique est très liée à la psychanalyse. Freud faisait directement référence au mécanisme de transformation d'énergie psychique conflictuelle en symptôme. Mais le DSM-IV-R reprend comme définition la conversion en tant que symptôme. La conversion est un symptôme, ni produit intentionnellement, ni simulé. *« Il s'agit d'une perte ou d'une atteinte d'une fonction de la motricité volontaire ou de la sensorialité faisant évoquer une affection médicale générale ou neurologique mais ne pouvant pas être expliquée entièrement par une telle affection. On estime que des facteurs psychologiques sont associés au symptôme dans la mesure où l'on observe que la survenue du trouble est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress » [43].*

1. Psychodynamiques et développementaux

(a) L'approche éthologique

Il s'agit de l'étude comportementale des êtres humains avec comme principe de base l'utilisation d'une perspective biologique pour expliquer le comportement, tout en faisant référence à l'éthologie animale, en termes d'animalité et d'empreinte biologique.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à cette approche, notamment P.L. Assoun [6] en 1995. Il considère le corps comme l'incarnation de l'animalité, ordonné à la vie libidinale et qui passant du besoin à la demande en appelle à l'autre. Le symptôme somatique de la conversion devient le produit de la réactivation du « langage du besoin » secondairement à la désunion ou désintrinsication des pulsions d'auto-conservation et des pulsions sexuelles, ainsi qu'à la désymbolisation du corps [6]. Assoun évoque aussi l'existence d'un traumatisme originaire (la séparation) de l'ordre de l'effondrement, la survie, le repli narcissique et l'appel à l'autre, la trace de ce traumatisme étant habituellement enkystée. Donc le symptôme de conversion serait l'expression « animale » de cette souffrance, le retour du langage du besoin

retombant sur le corps, celui-ci redevenant alors le lieu de répétition et d'écriture d'un réel insymbolisable.

(b) L'approche familiale et génétique

Le rôle de la dimension familiale et génétique dans la genèse des symptômes d'hystérie est limité. Par contre, les données de plusieurs études dont celle de Guze [174] en 1986 portant sur des cas de syndrome de Briquet, celles de Cloninger et de Bohman [175][176][177] en 1984 portant sur des patients adoptés présentant des troubles somatisation, confirment l'influence dominante des facteurs familiaux environnementaux avec notamment la psychopathie et l'alcoolisme [6]. Ces auteurs plaident indirectement en faveur de la prédominance causale des facteurs familiaux environnementaux et des facteurs identificatoires psychiques et psychosociaux.

Un traumatisme génique a été évoqué comme étiologie de la dissociation [178]. Mais peu d'études ont été réalisées sur cette approche, et d'autres auteurs ne confirment pas cette étiologie [6].

2. Des facteurs prédisposant identifiés traumatiques

Dans le domaine méthodologique, l'étude de Fink [179] en 1995 démontre la nécessité d'un questionnaire standardisé de traumatisme infantile. Il permet de mettre en évidence la fréquence de six types électifs de traumatismes : séparation et perte, négligence en soin physique, agression ou abus émotionnel, agression ou abus physique, témoin d'une violence, agression ou abus sexuel. Ainsi les effets traumatiques ne se limitent pas aux conséquences de l'agression physique ou sexuelle.

Si la fréquence de l'abus sexuel est plus élevée dans l'hystérie comparativement à d'autres contextes cliniques (tentative de suicide, prostitution, addiction, psychopathie, trouble stress post-traumatique, psychoses affectives et schizophréniques), elle est moins élevée comparativement à la personnalité multiple [180]. Dans ce dernier contexte, Putman [181] l'observe chez 83 % des patients dont $\frac{3}{4}$ de nature incestueuse. D'autres auteurs [182][183][184] retrouvent une corrélation positive entre troubles conversifs de type pseudo-crises convulsives et abus sexuels dans l'enfance, avec également une association épilepsie-convulsions conversives-inceste non négligeable [185].

Dans une approche plus psychopathologique, Zlotnick [186] confirme la proximité entre l'abus sexuel infantile, la conduite auto-agressive et un degré de troubles dissociatifs avec alexithymie, dans une population de 103 patients féminins.

L'existence d'un traumatisme physique, psychique ou sexuel dans l'enfance est plus souvent liée à un trouble dissociatif à l'âge adulte qu'à une forme plus typique d'hystérie de conversion ou histrionisme. L'événement traumatique de l'enfance expose davantage à la pathologie agie (conduites auto-agressives, alcooliques, addictives) et à la pathologie limite de la personnalité. Par contre, un traumatisme à l'âge adulte expose avant tout au trouble stress post-traumatique ainsi qu'aux troubles dissociatifs.

Selon Escande [6], la pathologie hystérique traditionnelle ne paraît guère expliquée par les expériences de catastrophe et d'agression qui sidèrent le fonctionnement mental bien plus qu'elles n'excitent des contenus fantasmatiques hyperconflitsuels et insuffisamment refoulés. L'effet traumatique provoque surtout l'anxiété traumatique et la tendance à la dissociation cognitive et identitaire. Le processus de dissociation et l'effet traumatique ont peu à voir avec le refoulement à l'œuvre dans l'hystérie.

Mais il existe des situations frontières et même un continuum entre l'hystérie, le stress post-traumatique et les troubles dissociatifs.

Putman [187] développe l'hypothèse que la maturation dépendante d'expérience du cortex orbito-frontal dans des environnements abusifs précoces, caractérisés par la discontinuité dans la diade socioaffective des interactions entre le bébé et la personne donnant les soins, peut être responsable d'une discontinuité dans l'organisation du Moi de l'enfant, entraînant ainsi l'apparition de troubles dissociatifs comme le trouble de l'identité dissociatif.

Dans une revue de la littérature, Roelofs [188], en 2005, retrouve dans les causes des symptômes médicalement inexplicables trois modèles explicatifs dominants : la dissociation, la conversion et les modèles cognitifs hiérarchiques. Il est mis en évidence une prévalence accrue des sévérités physiques, des sévices sexuels, des abus psychologiques. La relation entre symptômes médicalement inexplicables et l'abus a été établie, mais seulement dans la moitié des études, la corrélation avec la sévérité des troubles est vérifiée.

3. Neurophysiologie : apport de l'imagerie fonctionnelle

Sous l'impulsion de la réflexion et du courant expérimentaliste britannique, la question des conversions et des dissociations a bénéficié des progrès de l'imagerie cérébrale fonctionnelle et des diverses techniques d'exploration de l'encéphale.

Certains auteurs se sont intéressés à la question de la latéralisation des manifestations de conversion, dont on sait depuis longtemps qu'elles prédominent du côté gauche.

L'étude principale est celle de Flor-Henry [189] qui s'appuie sur 32 tests neuropsychologiques et la comparaison de 4 groupes affectés de troubles hystériques, dépressifs, schizophréniques, ou contrôles. Les auteurs retrouvent dans l'hystérie une altération bifrontale, plus importante au niveau de l'hémisphère mineur. Mais la différence d'altération du groupe de patients hystériques comparativement aux déprimés et aux contrôles se rapporte davantage à l'hémisphère dominant. Les auteurs concluent à :

- un hypofonctionnement des systèmes de l'hémisphère dominant,
- avec une hyperactivation de l'hémisphère mineur,
- des relations interhémisphériques anormales.

L'hystérie serait donc liée au dysfonctionnement de l'hémisphère majeur qui entrainerait un défaut d'analyse d'intégration et de compréhension des signaux somatiques internes, notamment sensori-moteurs. Le dysfonctionnement de l'hémisphère mineur serait secondaire à ce processus et expliquerait l'excès de représentation féminine, l'instabilité émotionnelle, la dysphorie, la prédominance gauche des symptômes de conversion [190].

Ludwig et Lexington [191] formulent l'hypothèse d'une inhibition corticofuge des stimulations afférentes. L'attention ne pouvant être tournée vers le symptôme, le patient ne peut pas remédier volontairement à la dysfonction. Les auteurs supposent un jeu d'opposition entre l'hystérie et l'hypocondrie, cette dernière se caractérisant au contraire par un excès d'attention vers certaines sources de stimulations afférentes. Ils supposent, à partir entre autres des observations de Janet, que les agents pharmacologiques sédatifs ou les manœuvres hypnotiques auraient, du fait de leur effet désinhibant, un effet d'atténuation du trouble de l'attention de l'hystérique [17][8].

Tiinohen [192] en 1995 est un des premiers à s'intéresser à l'imagerie fonctionnelle, en SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) des troubles de conversion, chez un cas d'hémiplégie gauche. Son hypothèse explicative était une hyperactivation des aires inhibitrices frontales et une inhibition du cortex somatosensoriel, les facteurs de stress gardaient une place importante dans la genèse de l'altération du fonctionnement neurophysiologique.

Mouchabac [52], pour sa part, dégage deux hypothèses pouvant expliquer le phénomène conversif :

- des anomalies de l'exécution du mouvement avec des mécanismes d'inhibition au niveau des systèmes émotionnels et volitionnels (Cortex Cingulaire Antérieur et Cortex Orbito-Frontal), différents de ceux retrouvés chez le simulateur (processus d'attention volontaire dans d'autres régions du cortex préfrontal, notamment l'hémisphère droit),
- des anomalies de la programmation du mouvement mettant en jeu une diminution de l'activité du système limbique avec le thalamus et les ganglions de la base, par des mécanismes attentionnels et motivationnels, déclenchés par les aspects émotionnels de la personnalité.

La diminution de l'amplitude de l'onde P300 en électrophysiologie [193][194][13][51], a été mise en évidence rendant compte du dysfonctionnement de structure de haut niveau d'intégration reflétant des processus cognitifs tels que l'attention portée à une information ou la planification de l'action ou la prise de décision.

Globalement, on peut diviser en deux groupes les études sur l'imagerie fonctionnelle dans les conversions : celles qui s'intéressent aux aspects corticaux et celles qui s'intéressent aux aspects sous-corticaux de la conversion [50][195].

Parmi les premières, de nombreux auteurs [147][131][196][130][47][197] proposent l'hypothèse commune que la représentation de l'action est inhibée notamment par des signaux anormaux venant du système limbique et des cortex orbitofrontal et cingulaire.

Pour Kenneth [198] (en 2009), dans les contextes de conversion sensorielle avec des IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) fonctionnelles de patients, il retrouve une activation réduite du cortex sensorimoteur et une activation du cortex frontal responsable

d'activer le noyau inhibiteur réticulaire. Il évoque l'hypothèse que le noyau cortical réticulaire fonctionne comme une porte commandant les canaux ioniques.

Parmi les secondes, Vuilleumier *et al.* [199] ont montré, en SPECT, une diminution de l'activité des ganglions de la base (noyau caudé et putamen) et du thalamus dans l'hémisphère controlatéral au déficit, par opposition à la période de guérison où ces anomalies n'existent plus. Leur hypothèse postule que ces régions étant intégrées à des circuits cortico-striato-thalamo-corticaux appartenant aux circuits de l'action motrice volontaire, elles constituent la voie par laquelle sont transmis les signaux « motivationnels » qui modulent la préparation à l'action. Ces circuits seraient fonctionnellement inhibés pendant la conversion motrice à la suite d'états affectifs ou motivationnels particuliers. Ces mêmes circuits seraient impliqués dans le phénomène de la négligence motrice après lésions focales des ganglions de la base et du thalamus [50], et pour Sierra et Berrios [131] au cours des phénomènes de négligence spatiale unilatérale.

D'autres hypothèses [200] ont été développées dans la littérature comme la meilleure connectivité fonctionnelle des régions limbiques (amygdale droite) influençant les régions prémotrices (aire motrice droite supplémentaire) durant les états d'éveil ce qui pourrait être à la base de la physiopathologie des symptômes de conversion. Les résultats de cette étude prouvent le mécanisme potentiel neural qui peut expliquer pourquoi des stress psychologiques ou physiologiques peuvent déclencher ou exacerber des symptômes conversifs chez certains patients.

D'autres auteurs [201] se sont plus particulièrement intéressés au volume cérébral chez les patients présentant des troubles dissociatifs. Ils retrouvaient des volumes moyens significativement plus petits des noyaux gris centraux gauches et droits et du thalamus droit, une certaine tendance à un thalamus gauche plus petit, comparé à des sujets sains. Le lien entre l'âge de début et le volume des noyaux caudés était significatif.

Le flux sanguin cérébral régional a aussi été étudié grâce à la tomographie à émetteur gamma (SPECT) avec le Tc99m-hexaméthylpropylèneamine (HMPAO) comme traceur, comparé à un groupe témoin [202]. La proportion de flux sanguin cérébral régional était diminuée parmi des patients avec le trouble de l'identité dissociatif dans la région orbito-frontale bilatéralement et augmentée dans les régions frontales médianes et supérieures et les régions occipitales bilatéralement.

Dans une étude spécifiquement consacrée à la distinction entre conversion et simulation, Oakley et *al.* [13][203] découvrent en TEP (Tomographie par Emission de Positons) des zones d'activation différentes mais la conversion de même que la simulation étaient obtenues ou réalisées sous hypnose. Spence et *al.* [47] observent en TEP chez trois malades ayant une monoplégie brachiale hystérique, droite ou gauche, une désactivation de leur cortex préfrontal-dorsolatéral gauche alors que des volontaires qui devaient simuler la même paralysie, avaient un hypofonctionnement de leur cortex préfrontal droit.

L'imagerie fonctionnelle a permis de réexplorer les rapports entre l'hypnose et la conversion. Halligan [204] et Holmes [93], en reprenant les travaux de Marshall, ont proposé que le cortex orbito-frontal et le cortex cingulaire antérieur pourraient inhiber la préparation du mouvement au cours de l'hypnose chez un sujet sain hypnotisable, comme lors de la conversion.

4. Le modèle comportemental [85]

Les modèles comportementaux soulignent le rôle du conditionnement opérant sur le maintien des symptômes de conversion [205]. L'apparition des manifestations physiques permettrait de maintenir inconscients des conflits psychiques inacceptables. Selon le modèle du **renforcement négatif**, cette conséquence entraînerait la pérennisation du trouble. Le trouble soulage le sujet d'une souffrance potentielle et trouve ainsi implicitement sa fonction.

Traumatisme vécu → Survenue des symptômes conversifs → Maintien du traumatisme hors du champ de la conscience → Pas de souffrance en lien avec le traumatisme → Renforcement des symptômes physiques.

McHugh et Slavney [206] ont postulé que les patients sont motivés « plus ou moins inconsciemment » pour croire qu'ils sont atteints d'un trouble neurologique particulier afin de prendre le rôle de « malade » avec son préposé statut social favorisé. Puis apparaît un cercle vicieux entre la croyance des patients, leur comportement, et l'amplification des symptômes par l'attention et les récompenses qu'ils obtiennent par leur entourage [168].

Les bénéfices secondaires [168] qui viendraient ensuite à apparaître par rapport à l'environnement du patient, amplifieraient le risque de maintien des symptômes par le mécanisme de **renforcement positif**.

5. Les sciences cognitives

L'approche cognitive a débuté avec Charcot. Celui-ci considérant que l'absence ou l'oubli de mouvement est déjà une paralysie motrice réalisée par imagination ou hypnose[190].

Le point de départ de la théorie cognitive de l'état dissociatif se trouve plutôt dans l'œuvre de Janet. Il voit l'amnésie dissociative comme le résultat d'un processus de dissociation des systèmes de pensées, mémoires, émotions, devenant autonomes et disjoints du contrôle exécutif global [6].

Plusieurs auteurs se sont intéressés à cette théorie cognitive. Hilgard [6] propose une hypothèse de la « néo-dissociation » cognitive à l'œuvre dans l'hypnose, en montrant une dissociation entre les fonctions d'exécution et d'enregistrement, entre l'activité volontaire et automatique. Ainsi, lors d'une suggestion hypnoïde, la division de la conscience est telle qu'une tâche suggérée entraîne l'oubli partiel d'une autre tâche réalisée. Par contre, pour Miller [207] et Green [208] les performances suggérées et réalisées pendant l'hypnose et l'éveil passif sont analogues. Ce modèle permet de comprendre le caractère adapté des comportements, l'altération de la mémoire épisodique et explicite, l'absence d'altération de la mémoire implicite et sémantique au cours de l'état dissociatif tel que la fugue ou l'amnésie[6].

Dans une autre perspective cognitiviste, la théorie des « indices » privilégie l'altération des processus d'attention.

Dans les troubles du type de la somatisation, il existe selon Pennebaker [6], un excès de concentration sur les sensations corporelles, saines ou altérées, aux dépens de la perception et de l'intégration des stimuli extérieurs.

Cet auteur montre dans une étude sur une population d'étudiants en première année de médecine, l'effet de suggestion du récit vis-à-vis de la propagation de proche en proche des symptômes de somatisation, expliquant probablement le rôle fonctionnel dans la propagation des phénomènes d'hystérie collective.

Ce processus traduit la proximité étroite entre la suggestion et la division de l'attention. De ce fait, l'amnésie dissociative apparaît comme un défaut d'intégration de la cooccurrence de plusieurs stimuli internes [6].

6. Recherche en Endocrinologie

Il existe une physiopathologie des symptômes fonctionnels via l'activation du système nerveux autonome sympathique en réponse au stress et aux émotions, associés à une hyperactivité de l'axe corticotrope [75].

Une forte relation entre la dépression et des taux de cortisol élevés a été démontrée [209][210] cette relation est aussi retrouvée avec les troubles somatoformes.

Les taux d'éveil physiologique et les sentiments de tension subjectifs seraient augmentés dans le syndrome de somatisation, avec une augmentation matinale des valeurs de la fréquence cardiaque, du cortisol plasmatique, et de tension interne en lien avec la détresse psychologique. Cela confirme les résultats d'études précédentes démontrant des corrélations entre l'anxiété, la dépression, l'affectivité négative et le cortisol [211].

Certains résultats [212] favorisent en partie une vue cognitivo-psycho-physiologique du syndrome de somatisation et des troubles somatoformes. Les taux augmentés d'activité physiologique aussi bien que les changements de l'activité de l'axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien (HPA) peuvent toucher l'intéroception adéquate de signaux physiologiques. L'éveil physiologique accru peut être, en partie, à cause du fait que les patients avec la sensation de symptômes somatoformes tendent plus facilement et ne s'habituent pas aux tâches cognitives mêmes mineures.

Bob [213][214] en 2008 a montré que la prolactine (sérique) et le cortisol (sérique) comme les indices de fonctionnement d'axe HPA, manifestent une relation significative aux symptômes dissociatifs chez des patients déprimés. Pedrosa [215] suggère que la préexistence d'un hypocorticisme pourrait être associé à la présence d'une alexithymie chez les patients présentant des troubles somatoformes.

Le manque persistant de disponibilité de cortisol chez des individus traumatisés ou chroniquement stressés pourrait promouvoir une vulnérabilité accrue pour le développement de troubles physiques causés par le stress. Ce modèle physiopathologique peut avoir des implications importantes pour la prévention, le diagnostic et le traitement des troubles psychosomatiques classiques [216].

D'autres auteurs [217] ne concluent pas de manière significative à une association entre la fonction altérée de l'axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien (mesuré par le taux de cortisol libre urinaire) et des symptômes somatiques fonctionnels dans une étude menée sur 2 ans.

Les glucocorticoïdes sont sécrétés en réponse à un stress, et on trouve un taux augmenté de cortisol en présence de symptômes dissociatifs [218][219][220].

Une étude mesurant les taux de DHEA-S et de cortisol, en rapport avec les symptômes dissociatifs survenus lors d'un stress, montre que les individus avec un rapport DHEA-S/cortisol salivaire plus élevé ont moins de symptômes de dissociation et une meilleure performance cognitive.

7. Le modèle psychanalytique

L'étude de l'hystérie tient une place centrale dans l'histoire de la psychanalyse. La mise au jour de la causalité psychique de l'hystérie va de pair avec les découvertes principales de la psychanalyse (inconscient, conflit, fantasme, refoulement, transfert, identification).

À partir de 1893, date de la communication préliminaire avec J. Breuer, les découvertes se succèdent : *Les Psychonévroses de défense* (1893) [19] ; *Études sur l'hystérie* (1895) [15] ; publication du cas Dora, 1905.

C'est d'abord la mise à jour du *refoulement* (l'idée intolérable est maintenue hors de la conscience), le déchiffrement du sens de la *conversion* (le mot serait de Freud) grâce à laquelle l'idée inconciliable se trouve neutralisée par transmutation de l'excitation qui lui est attachée en une forme signifiante d'expression corporelle, la mise en évidence du *transfert* et de son importance primordiale dans le déroulement de la cure [7].

À la théorie traumatique initiale (rôle d'un traumatisme sexuel vécu passivement dans l'enfance) est substituée progressivement la théorie des instincts.

L'étude devenue classique de ses premières patientes lui a permis de reconnaître l'importance majeure du *conflit psychique inconscient* dans l'étiologie de l'hystérie et des autres psychonévroses de défense.

Le symptôme hystérique se voit défini comme le produit d'un compromis entre deux groupes de représentations agissant comme deux forces de sens contraire (le désir et l'interdit - le principe du plaisir et le principe de réalité), utilisant le corps comme lieu de figuration du conflit originel refoulé [7].

L'apparition de la conversion marque l'échec du refoulement de représentations fantasmatisées condensées (scènes primitives, bisexualité) et de fait d'un processus d'hystérisation réussi [8]. La complaisance somatique permet l'issue du conflit dans le corporel : elle constitue un facteur spécifique pour Freud. Le symptôme est une reconversion de l'affect dans une action engagée ; il bloque l'action [8] pour qu'elle persiste, sans s'accomplir. En outre, le conflit est conservé dans la profondeur psychique grâce au refoulement.

Parallèlement, Freud poursuit son auto-analyse, et le décryptage des symptômes de ses malades s'enrichit des observations qu'il tire de l'analyse de ses propres rêves. Comme le rêve, le symptôme de conversion est un mode de réalisation du désir ; il subit les mêmes transformations que l'imagerie onirique (condensation, déplacement, intersion, identifications multiples).

La découverte de la sexualité infantile permet enfin à Freud de repérer le conflit nucléaire de la névrose hystérique, c'est-à-dire l'impossibilité rencontrée par le sujet de liquider le complexe d'Œdipe et d'éviter l'angoisse de castration (ambiguïté dans les identifications). Ainsi se met en place une théorie cohérente de la conversion hystérique, qui fait du symptôme une réalisation déguisée du désir, explique pourquoi cette réalisation substitutive, est souvent représentée par la mise « hors service » de la partie du corps qui justement aurait pu servir à la satisfaction du désir, explique aussi la tolérance au symptôme et l'absence d'angoisse.

Freud ne fut jamais entièrement satisfait de son élaboration théorique de l'hystérie ; bien des points lui semblaient obscurs dans le phénomène de conversion. Pour expliquer le passage direct du psychique au somatique, il invoquait « la complicité du corps », la conversion ne pouvant se produire que s'il y a conjonction entre dispositions corporelles et conflit psychique.

B. Les troubles dissociatifs selon le DSM-IV-R

L'amnésie dissociative [29] est sous-tendue par un processus dissociatif suite à l'exclusion de certains éléments mnésiques du champ de la conscience. Le traumatisme émotionnel est une cause fréquente dans la production de l'amnésie, et Freud l'expliquait comme étant le résultat de la répression de pensées ou souhaits inacceptables pour l'individu.

La fugue dissociative [29] survient fréquemment dans un contexte de stress aigu, suite à des catastrophes macro- ou microsociales. Le processus de dissociation se traduit par une perte mnésique importante qui atteint l'identité du patient.

Le processus dissociatif du trouble dissociatif de l'identité [29] diffère des autres syndromes dissociatifs, dans la mesure où les éléments mnésiques exclus du champ de la conscience se réorganisent et constituent une personnalité alternative, qui semble fonctionner de manière autonome, accompagnée d'une ou de plusieurs identités séparées. D'un point de vue psychodynamique, le processus dissociatif est considéré comme un mécanisme de défense contre des représentations mentales douloureuses, qui seraient le souvenir d'éléments traumatiques réels, ou des représentations fantasmatiques et émotionnelles associées à des comportements sexuels agressifs que le patient trouve intolérables et inacceptables. Dans une perspective cognitivocomportementale, le processus dissociatif serait une mauvaise adaptation (*coping*), suite à une succession de mauvais apprentissages, favorisés par des expériences traumatisantes.

Lors de l'état de transe dissociative [29], le patient présente un état modifié de conscience, durant lequel il peut manifester des hallucinations, une reviviscence d'événements traumatiques, ou la perception d'un état de possession (du corps et de l'esprit) par un « esprit étranger ».

C. Un modèle multifactoriel

Les symptômes conversifs et dissociatifs ont de nombreux mécanismes étiologiques.

L'association avec des troubles cérébraux organiques est fréquente. Des perturbations cortico-sous-corticales pourraient être en lien avec les mécanismes conversifs.

La comorbidité avec la dépression est très importante. Il existe aussi des facteurs développementaux, environnementaux ayant un impact non négligeable sur l'apparition des troubles conversifs, ainsi qu'un facteur de stress notable.

Les symptômes dissociatifs représentent des voies d'expression communes d'évènements biopsychosociaux complexes. Les théories étiopathogéniques peuvent être résumées par la conception des conversions comme un mode de communication non verbale qui implique des considérations psychodynamiques, des facteurs culturels, des théories de l'apprentissage et des mécanismes neurobiologiques [168].

VIII. Evolution et pronostic

L'évolution est souvent favorable. La disparition des symptômes est rapide, habituellement sans séquelles physiques.

Entre 50 % et 90 % [160] des patients atteints de troubles conversifs ont une résolution des troubles à court terme après prise en charge, et 98 % dans l'année [221] mais bien 25 % [86][222][27] de ces répondeurs rechutent souvent durant la première année ou développent de nouveaux symptômes de conversion [86].

L'étude de Ljungberg [223] mentionnait 20 à 40 % de persistance des signes à 5 ans, les amnésies, l'aphonie et les cécités ayant un meilleur pronostic que les crises, les paralysies et les troubles de la marche. L'étude plus récente de Krull et Schifferdecker [224] fait état de 40 % de guérisons à la sortie des patients, 29 % amélioration franche et 9 % d'amélioration possible pour 21 % d'échecs.

Une durée plus longue de symptômes, une comorbidité psychiatrique, une présentation subaiguë et le tremblement ou des crises pseudo-épileptiques sont associés à un pronostic plus mauvais [86].

Les facteurs de bon pronostic sont : début aigu, stress identifiable, intelligence bonne, traitement rapidement instauré [27]. Le pronostic serait plus favorable chez les sujets les plus jeunes, chez ceux qui présentent une personnalité normale ou infantile, lorsque les manifestations sont récentes et pour les troubles de la parole.

Parmi des patients avec des crises pseudo-épileptiques, même ceux qui ont une amélioration symptomatique peuvent rester handicapés [86]. Dans une étude de résultat de 56 patients, seulement la moitié des patients avait une résolution de crises pseudo-épileptiques 1.5 ans en moyenne après le diagnostic et plusieurs présentaient toujours des symptômes dépressifs, des idées suicidaires et des tentatives de suicide [86].

L'altération de la vie professionnelle et maritale est moindre, par rapport au trouble somatisation d'après Tomasson [45]. Mais le trouble Somatisation peut venir s'ajouter ultérieurement au trouble Conversion [27].

La perception d'un patient de bonne santé et le fonctionnement professionnel est corrélée avec la résolution, qui suggère que les interventions qui se concentrent sur le fonctionnement d'amélioration et le respect de soi puisse aider le traitement [86].

La plupart des symptômes de paralysies, aphonie, ou perte de la vue ont tendance à disparaître, contrairement aux symptômes de contractures ou de convulsions qui deviennent souvent réfractaires.

Pour les patients hospitalisés avec des troubles conversifs, 50 à 90 % sont rétablis durant leur hospitalisation, contre 20 à 25 % qui rechutent après un an [86]. La surmortalité est liée à des causes naturelles mais pas au suicide.

Lempérière [7] distingue deux types d'accidents conversifs :

- les *réactions hystériques* : isolées, suite à un traumatisme émotionnel violent ou stress prolongé, chez sujets d'un niveau intellectuel bas, certaines impulsivité et labilité émotionnelle, manifestations spectaculaires (crises motrices, tremblements, mutisme), de courte durée en général, fréquentes dans un niveau culturel bas, des bénéfices secondaires, un pronostic très favorable ;
- les *névroses hystériques* (accidents conversifs sur un trouble de la personnalité hystérique) : crises déclenchées par de situations vitales non assumables (naissance, mariage, conflits, frustrations, isolement...), besoins narcissiques, refuge dans la maladie, durée très variable (plus d'un an pour un tiers, plus de cinq ans pour un quart), ou répétitions très fréquentes identiques ou différentes, en relation étroite avec son environnement (relations interpersonnelles), entretenues par l'entourage, le milieu médical, guérison rapide si les bénéfices secondaires disparaissent, isolement favorable, efficacité de la suggestion, de l'hypnose.

L'amnésie dissociative et la fugue dissociative ont souvent une résolution rapide et complète, mais l'amnésie peut se prolonger en cas de bénéfices secondaires. La restauration des souvenirs oubliés constitue un objectif thérapeutique pour éviter que le souvenir refoulé constitue un noyau inconscient autour duquel se développeront d'autres épisodes amnésiques (Kaplan in [6]).

L'évolution du trouble dissociatif de l'identité ne bénéficie guère de rémission spontanée et se résout rarement avec la thérapeutique. La forme prise par le trouble et les étapes évolutives sont étroitement liées aux événements traumatiques.

Les états crépusculaires peuvent durer de quelques heures à deux à trois jours, sont souvent récidivants, et évoluent vers le délire chronique imaginatif [6].

IX. Approches thérapeutiques

« Le véritable défi que nous lance le symptôme n'est pas de le guérir mais de le rendre convertible » disait Gérard Bonnet [225].

A. La prise en charge

La question première est de savoir où consulte l'hystérique, et même de savoir si les patients présentant des symptômes hystériques consultent, ou s'ils préfèrent se cacher derrière un secret familial bien gardé, ou même derrière une véritable pathologie familiale.

Tous les auteurs tendent vers une constatation : les hystériques ne viennent guère consulter les psychiatres. Ils se tournent plus volontiers vers les neurologues mais aussi d'autres spécialistes, et plus encore vers les praticiens de médecine générale. Beaucoup de patients refusent d'ailleurs de consulter un psychiatre malgré le conseil médical. Par contre, les services d'urgences, les consultations d'urgence (type SOS Médecin) conviennent mieux à certains malades hystériques [33][226].

Par ailleurs, le traitement des troubles dissociatifs commence dès le premier contact avec le patient : le médecin doit se garder, par son attitude, ses remarques ou allusions, de renforcer ou d'induire des symptômes, d'aggraver des situations conflictuelles [227].

Les procédés de suggestion utilisent la persuasion qui suffit généralement à faire disparaître un accident paroxystique ; elle est souvent inefficace pour les troubles durables. Le patient ne doit pas être confronté directement à son symptôme, le risque étant de majorer l'anxiété et l'impression d'incompréhension ressentie par le patient [227].

L'essentiel de la prise en charge repose sur la réassurance et la relaxation, la valorisation des progrès, la minimisation des bénéfices secondaires, l'intervention prudente auprès de l'entourage en évitant de démasquer le sens du symptôme et de disqualifier le patient [97]. Le principal objectif est d'établir une relation thérapeutique stable, constante et rassurante avec le patient.

Quelle que soit la modalité de prise en charge entreprise, un traitement actif et rapide par une psychothérapie [33] est toujours souhaitable pour éviter de chroniciser les troubles, ou pour éviter les récives.

Les prises en charge au long cours auront pour objet de proposer au patient une relation thérapeutique rassurante et stable.

Le traitement des troubles dissociatifs de conversion consiste dans un premier temps en un traitement symptomatique.

Peu d'études ont comparé l'efficacité des différents traitements. Watanabe fait une méta-analyse des différents traitements employés pour les troubles moteurs conversifs de type hémiparésie [228].

B. L'hospitalisation

L'isolement par l'éloignement de l'entourage ou l'hospitalisation permet de rompre les afférences socio-familiales, de modifier les relations à un environnement hyperconflituel et dramatisant. Le milieu hospitalier peut permettre de dévaloriser les bénéfices secondaires liés à l'utilisation des symptômes qui se trouvent pénalisés par l'isolement.

Mais l'hospitalisation doit être courte, et aussi brève que possible afin d'éviter de reproduire le même type de relations pathogènes entre le patient et les équipes qu'entre le patient et sa famille. L'hospitalisation devrait pouvoir favoriser la répétition des symptômes et des conditions de leur apparition dans un milieu neutre pour mieux les analyser et tenter de les faire disparaître, mais le milieu hospitalier est souvent insuffisamment adapté et préparé à ce genre de travail [97]. Ainsi, le patient finit par être rejeté de l'hôpital sans modification des troubles.

C. L'annonce du diagnostic

Malgré l'origine psychiatrique des troubles dissociatifs, les patients présentant des troubles de type neurologiques (moteurs, sensitifs, convulsions, mais aussi troubles de la vigilance, troubles cognitifs) devront être examinés, bilantés sur le plan somatique afin d'éliminer une pathologie organique [160][159][98][229].

Ils devront être informés le plus tôt possible de la non-organicité de leurs troubles de manière non conflictuelle et persuasive [222].

Le traitement commence par la présentation du diagnostic.

Même avant une discussion formelle d'options de traitement, la recherche du diagnostic et la présentation du diagnostic offrent des occasions d'améliorer le résultat du patient. Au contraire, l'utilisation de chlorure de sodium intraveineux ou des placebos pour inciter des crises non-épileptiques pour des buts diagnostiques peut être perçue par le patient comme malhonnête et donc, il peut risquer la lésion(les dégâts) grave à la relation médecin-malade [230][231].

Il peut même inciter des crises (attaques) non-épileptiques peu caractéristiques chez les patients avec l'épilepsie. L'hypnose peut éviter le piège de tromperie, si on explique entièrement son but et buts d'avance [86].

Stone et *al.* [232] ont étudié les différents diagnostics donnés pour des « pseudoconvulsions » par des neurologues. Beaucoup d'étiquettes sont considérées comme offensantes par les patients comme folie, imagination, dans la tête, hystériques, contrairement à psychogène, lié au stress, fonctionnel, d'où l'importance des termes utilisés pour favoriser la confiance avec le patient.

Ovsiew évoque aussi l'importance de l'annonce du diagnostic des troubles (fonctionnel, hystérique, psychogène, médicalement inexpliqué, dissociatif, de conversion...) bien qu'aucun ne soit très satisfaisant pour les patients [233].

Des médecins font une présentation inconfortable du diagnostic de trouble de conversion au patient. Des réactions fâchées de patients peuvent provenir d'un sens perçu (parfois basé sur la réalité) d'abandon par le médecin. Une expérience antérieure d'abandon ou l'abus par des figures d'autorité compose ces réactions [234]. Donc, l'attention doit être portée

sur la manière dont le diagnostic est présenté pour aider à maintenir une relation thérapeutique satisfaisante.

Par ailleurs, l'information sur le diagnostic doit aussi être apportée à l'entourage du patient, s'il le permet.

Un protocole standard [235] pour présenter le diagnostic de pseudo-crisés convulsives destiné aux patients et à leurs familles a été mis en place. L'information concernant les facteurs psychologiques et de stress doit être remise avec précaution, la pathologie psychologique étant moins bien acceptée que la pathologie neurologique [86].

La difficulté est dans la co-existence de troubles dissociatifs de conversion et des pathologies neurologiques notamment l'épilepsie, qui nécessite une certaine vigilance de la part des psychiatres et des neurologues.

Mais si trop souvent, des neurologues et des psychiatres transmettent des vues différentes sur la cause de symptômes et les façons de les contrôler [236]. Donc, la communication entre le neurologue et le psychiatre diminuera ces controverses et permettra la mise en place d'un traitement le plus adapté [98].

La guérison risque d'être transitoire si l'on ne favorise pas des conditions qui permettent au patient de « désinvestir » son symptôme (dévalorisation des bénéfices secondaires, valorisation des progrès, action sur le milieu familial pour que se modifient les conditions qui ont favorisé la maladie ou les interactions qui l'entretiennent). Dans cette perspective il faut savoir doser les informations données au patient et à son entourage : ne pas parler d'« hystérie » (terme stigmatisant) et encore moins de « simulation » ; expliquer qu'il s'agit d'un trouble d'origine psychologique et, s'il y a lieu, le rattacher à un traumatisme récent ou à des conflits actuels aisément repérables. Parfois l'abandon du symptôme se négociera progressivement dans une relation psychothérapeutique dont il ne faut pas sous-estimer les difficultés (maîtrise du transfert et du contre-transfert).

D. Pharmacothérapie et traitement des comorbidités

Étant donné le manque de données pour des essais contrôlés sur le traitement pharmacologique de troubles de conversion, la pratique actuelle doit utiliser des médicaments appropriés aux symptômes psychiatriques et somatiques comorbides et éviter les médicaments antiépileptiques hormis dans les cas d'épilepsie associée. Un traitement par une médication antidépressive peut être utile quand il existe une composante dépressive.

Les médicaments devront être prescrits avec une réévaluation régulière, d'une durée la plus courte possible, à posologie minimale efficace, afin d'éviter le risque d'une automédication, ou d'une dépendance notamment aux anxiolytiques.

En outre, beaucoup de médicaments jouent un rôle symbolique chez les patients ayant un trouble ou des traits de la personnalité histrionique, avec une puissance toute particulière, positive ou négative, de l'effet placebo [97].

Des études anecdotiques annoncent l'amélioration avec des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (des ISRS), des bêtabloquants, des analgésiques et des benzodiazépines [237].

Une étude sur le traitement par antidépresseurs (citalopram ou paroxetine puis venlafaxine) chez les patients présentant un trouble de conversion et une dépression récente ou actuelle, a aussi montré que cette classe de médicaments peut être efficace dans la réduction de symptômes de conversion [238].

Une étude contrôlée randomisée a évalué l'efficacité de la sertraline pour des patients avec des crises non-épileptiques et les comorbidités dépressive et anxieuse [239].

Par contre, un délai d'action trop court doit faire mettre en doute l'efficacité réelle de la molécule, et doit faire réduire la posologie.

Aucune étude contrôlée n'a évalué des neuroleptiques atypiques pour le traitement de réactions de conversion, particulièrement en absence de paranoïa franche ou la psychose.

Les rapports des avantages des neuroleptiques dans des réactions de conversion [240][241][242] sont anecdotiques.

Comme pour les antidépresseurs, la modification rapide et spontanée des symptômes a priori délirants est un signe majeur de troubles conversifs [243]. Mais effectivement, si le trouble persiste, en présence de troubles du comportement, de labilité, de désorganisation de la pensée, de dépression atypique et résistante aux antidépresseurs, il peut être nécessaire d'en prescrire, à la dose la plus faible possible. De plus, il est constaté que lorsque les psychothérapies ont permis une amélioration, une réduction, puis un arrêt sont possibles.

En présence de crises pseudo-épileptiques avec exclusion des crises épileptiques, il est prudent de diminuer progressivement les traitements antiépileptiques mis en place avant de les arrêter [86]. Il en est de même en cas de prescription de benzodiazépines à visée antiépileptiques.

Si le diagnostic d'épilepsie n'a pu être éliminé, il est préconisé de garder un antiépileptique. Mais des antiépileptiques fournissent des actions stabilisantes de l'humeur concomitantes et sont parfois continués pour cette raison, avec une réévaluation régulière des troubles affectifs.

En urgence, face aux crises, il peut être nécessaire d'utiliser un anxiolytique per os voir par voie intramusculaire. Les benzodiazépines sont efficaces pour leur action anxiolytique, hypnotique, myorelaxante, et rapide. Mais les problèmes de dépendance sont importants, d'autant plus que ces patients supportent de hautes doses sans présenter d'effets secondaires [243].

Loewenstein [51] émet l'hypothèse que ces patients, comme ceux présentant un trouble panique, auraient une dérégulation du système GABAergique, expliquant la moindre sensibilité des benzodiazépines.

Un traitement anxiolytique type buspirone est plus indiqué en cas d'association à des troubles anxieux [8].

E. Psychothérapies

Le choix du type de psychothérapie dépend des motivations du patient, de ses capacités d'insight et d'intérêt pour la vie psychique, de la force du Moi, de la gravité et fixité des troubles. Les psychothérapies les plus couramment pratiquées dans les troubles dissociatifs sont la cure et la psychothérapie psychanalytique, la psychothérapie de soutien, l'hypnose, les techniques avec médiation (relaxation, psychodrame, arthérapie).

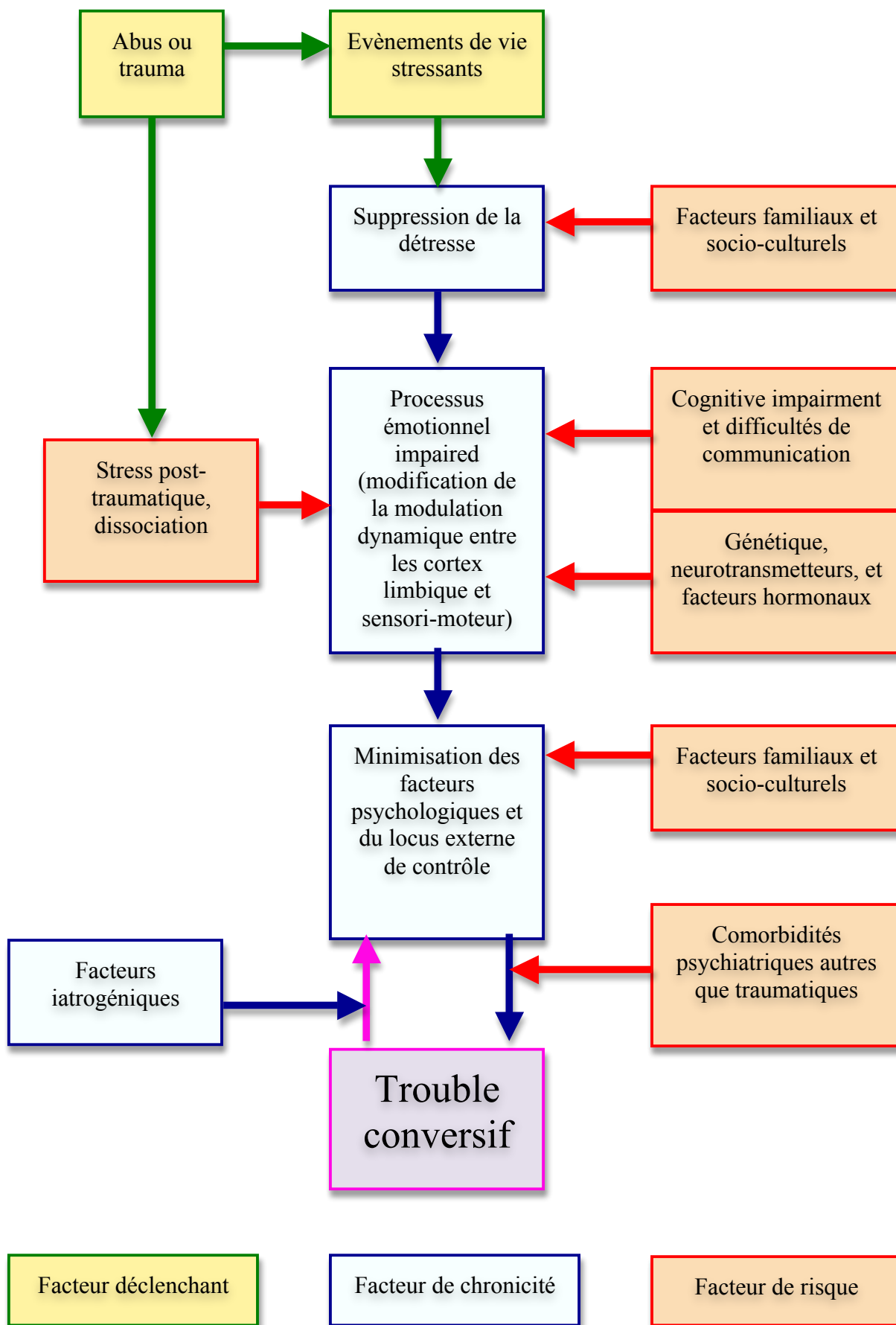
Une psychothérapie structurée, s'adressant aux conflits intrapsychiques, est à conseiller si la personnalité est franchement névrotique. La cure type de psychanalyse n'est que rarement indiquée. On recourt plus volontiers à des psychothérapies en face en face d'inspiration psychanalytique ou à des psychothérapies brèves, focalisées sur un conflit psychique particulier. Des psychothérapies cognitivo-comportementales peuvent être utiles lorsque les accidents de conversion sont répétitifs dans un tableau de trouble somatisation ou de trouble somatoforme indifférencié.

Les attitudes psychothérapeutiques non systématisées sont les plus couramment indiquées, sous-jacente à toute forme de traitement médiatisé (relaxation). Elles respectent le narcissisme du patient, mettant en jeu des attitudes à la fois fermes et bienveillantes, ne refusant pas une certaine directivité quand cela s'avère nécessaire sans pour autant prendre partie dans les conflits conscients ou non où il est impliqué. La psychothérapie de soutien du médecin généraliste [97] peut jouer un rôle essentiel et favoriser des améliorations considérables.

La **psychothérapie dynamique** et la **psychothérapie de soutien** visent la disparition des symptômes, souvent rapide mais aussi une réorganisation, même minime de la personnalité. Elles s'évertuent à développer la capacité à percevoir les émotions et attitudes propres, à s'impliquer plutôt qu'à se considérer comme une victime passive, à accepter les frustrations liées à l'asymétrie relationnelle [86].

Stonnington [86] propose un protocole de traitement pour des patients présentant des troubles de conversion. Après l'annonce du diagnostic, le traitement débute par la recherche des facteurs de risques (comorbidités psychiatriques et difficultés relationnelles). Puis les interventions psychologiques tendent à minimiser les facteurs de chronicité, et mettre en évidence les facteurs déclenchants.

Figure 1. Concept biopsychosocial du trouble de conversion de Stonnington [86].



Des traitements **psychanalytiques** sont aussi utilisés, surtout lorsqu'on veut aider le sujet à se dégager des effets traumatiques de l'enfance et à se libérer des bénéfices secondaires produits par la maladie [33].

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique sont indiquées si le patient reconnaît son trouble et désire mieux connaître son fonctionnement mental inconscient. Dans ce cas, les critères d'analysabilité prévalent sur les critères symptomatiques et structuraux. Elle est également indiquée à la suite d'autres types de psychothérapies, en cas de troubles évolutifs ou fixés. La rigueur du cadre est alors la meilleure façon d'éviter les pièges du transfert hystérique [6].

Parmi ces techniques, nous retrouvons les psychothérapies brèves, les cures dérivées de la cure-type, les face-à-faces, les psychodrames.

La **psychothérapie brève** quel qu'en soit le type, peut être indiquée pour une crise passagère [6].

Les **thérapies comportementales et cognitives** agiraient par prescription au patient de conduites et de modes de pensée destinés à lutter activement contre les comportements et les états mentaux pathologiques [168]. Elles visent l'approche des décompensations dépressives, selon T. Shea (1990), mais proposent aussi des techniques réadaptatives des compétences cognitives et communicationnelles, selon Lineham (1987) [6].

La thérapie comportementale cognitive pour des crises pseudo-épileptiques est basée sur le concept que les symptômes arrivent quand un patient est confronté avec « des circonstances intolérables ou craintives » et que de tels symptômes sont entretenus par « un cercle vicieux de facteurs comportementaux, cognitifs, affectifs, physiologiques et sociaux » [244].

Des techniques spécifiques incluent l'exposition graduée aux situations craintes ou évitées, l'utilisation de techniques de résolution de problèmes et le recadrage de croyances cognitives déformées de leur maladie et fait d'être impuissant.

L'objectif commun de toutes les approches comportementales est de changer la relation entre les comportements et leurs conséquences, de telle façon à ce que l'avantage soit plus grand pour le patient d'abandonner ses symptômes plutôt que de les maintenir [168].

La thérapie cognitivo-comportementale et la psychothérapie dynamique augmenteraient la conscience « du déclenchement des événements », ce qui permet une plus grande suppression des symptômes [86].

Une étude sur la thérapie comportementale cognitive a montré une diminution de la fréquence de crises pseudo-épileptiques et l'amélioration du fonctionnement psychosocial [244]. Plus les troubles conversifs sont chroniques, plus ils sont résistants au traitement par réhabilitation ou traitement comportemental standard, et demandent des prises en charge plus sophistiquées [245].

Les thérapies comportementales fondées sur la **relaxation** permettent une diminution des symptômes. Les thérapies comportementales aversives, comportant des techniques agressives (faradisation), ne sont plus pratiquées mettant en jeu de façon trop accentuée pour certains [97], l'aspect sadomasochiste inconscient de la relation thérapeutique. La faradisation est une technique découverte par Guillaume Duchenne de Boulogne (1806-1875), un de maîtres de Charcot. C'est une technique utilisant un courant d'induction de manière localisée : l'usage d'un courant alternatif appliqué à l'aide de rhéophores, avec suffisamment de précision pour ne stimuler qu'un faisceau musculaire à la fois. Mais cette technique très douloureuse : elle crée un puissant moyen de perturbation, et la crainte d'une nouvelle séance peut permettre la disparition des symptômes.

Si le patient a une détérioration cognitive substantielle ou des difficultés de communication, le traitement doit se concentrer sur des interventions comportementales simples, la physiothérapie [229][246][80][247], la réassurance et l'aide au patient à verbaliser sa détresse.

Le travail avec le groupe familial peut être nécessaire quand la famille et des facteurs socioculturels prédominent, particulièrement chez l'enfant et des adolescents. Les interventions de **thérapie familiale** aident le patient et la famille à reconnaître les problèmes-clés qui peuvent alimenter les symptômes.

Une étude ouverte de thérapie familiale avec une approche centrée sur les difficultés familiales [86] pour des patients avec des crises pseudo-épileptiques est en cours.

La **thérapie de groupe**, de préférence en accord avec la thérapie individuelle simultanée, offre les avantages de renforcer des concepts psycho-éducatif, en fournissant l'occasion pour des patients pour apprendre et s'aider [86].

F. Les techniques médiatisées

Différentes techniques médiatisées sont utilisées comme la physiothérapie [248], la kinésithérapie en cas des symptômes de conversion de type neurologique ou orthopédique, comme moyen de suggestion indirecte, moyens placebos, supports de la relation actuelle ou transférentielle.

Ces moyens réussissent en fonction de la manière dont ils sont appliqués et des attitudes face aux patients.

La mécanothérapie, la physiothérapie, peuvent servir de support à une rééducation progressive dans des formes fixées depuis longtemps.

Tandis que de nombreuses études suggèrent le besoin d'un traitement par physiothérapie des troubles de conversion, peu d'études en décrivent les principes de traitements physiothérapeutiques spécifiques ou des protocoles de traitement quotidien.

Ness [249] propose l'ignorance des schémas de mouvements anormaux et le renforcement des schémas de mouvements corrects en utilisant la réassurance et la revalorisation, avec des approches de traitement utilisées avec des troubles neurologiques analogues. Il observe une résolution complète des troubles chez ses patients.

G. L'hypnose

L'hypnose a été préconisée pour le traitement de symptômes de conversion depuis le temps de Charcot, Janet et Freud.

Elle réalise un état de conscience modifiée de type dissociatif, permettant d'accéder à des contenus psychiques inconscients.

Différente des techniques qui en dérivent (sophrologie, relaxation, rêve éveillé) elle implique l'induction, la suggestion et l'imagination. Elle agit aussi par la catharsis qui ne se limite pas à la mobilisation des affects mais implique aussi le plaisir cathartique, une dynamique interactionnelle, une recherche de liens entre les attitudes, une fonction de communication propice à l'aveu. Elle constitue un outil préalable à la psychothérapie analytique et aux méthodes comportementales type suggestion ericksonienne [8].

Mais si la suggestion peut être thérapeutique, elle risque de masquer les attentes inconscientes (remémoration du savoir latent) dont le refus de guérir et d'être dépendant.

C'est par une stratégie d'inattention sélective que le sujet sous hypnose « obéit » à la prescription qui lui est faite.

L'hypnose permettrait par une hétérosuggestion active de lutter directement contre le symptôme tout en rendant conscients les facteurs traumatiques. On a toutefois souligné les risques de la méthode : création de « faux souvenirs traumatiques » et dépendance au thérapeute conduisant à l'enrichissement de la symptomatologie [33].

L'hypnose permet de faire disparaître les symptômes de manière transitoire sous hypnose, ou prolongée par des techniques de suggestion post-hypnotique.

Des données de neuro-imagerie [204][250] renforcent l'idée que des symptômes de conversion et l'hypnose impliquent des sentiers neurologiques communs et la haute hypnotisabilité [251] de ces patients invite l'utilisation d'hypnose dans leur traitement.

Une étude comparant un programme de traitement complet comprenant la thérapie de groupe intensive, la formation d'aptitudes sociales, la thérapie créative, la thérapie sportive et la physiothérapie avec ou sans hypnose [252] n'a montré aucun avantage supplémentaire de l'hypnose pour résoudre des symptômes de conversion et aucune valeur prédictive de l'hypnotisabilité pour le résultat de traitement.

L'indication est surtout représentée par la conversion somatique massive, isolée, résistante, victime de iatrogénie médicale, en vue de la disparition du symptôme [8]. Mais tous les patients présentant des troubles dissociatifs de conversion ne sont pas hypnotisables.

L'hypnose peut être un traitement complémentaire utile, mais ce n'est pas l'élément essentiel pour l'amélioration. Une approche complète va probablement être la plus efficace. L'hypnose sans d'autres formes de traitement psychiatrique peut diminuer des symptômes de conversion, mais avoir moins d'impact sur les troubles psychiatriques associés [86].

H. Autres traitements

1. Narcoses induites par psychotropes

La narco-analyse consiste à injecter très lentement par voie intraveineuse des barbituriques ou des amphétamines ou plus rarement des benzodiazépines. Le patient est ensuite incité à évoquer les facteurs de stress et les conflits de sa existence. Cette technique peut être efficace de manière transitoire, permettant une diminution des symptômes convertifs et une meilleure connaissance du patient et de sa biographie. L'efficacité est cependant plus limitée en cas de troubles anciens [227].

2. Stimulation magnétique trans-crânienne

Des rapports anecdotiques plus récents de l'avantage de stimulation magnétique transcrânienne dans la paralysie réfractaire de conversion [253] ont un intérêt particulier étant donné les études sur l'imagerie fonctionnelle qui déduisent une rupture des circuits frontaux-sous-corticaux. Si la stimulation magnétique transcrânienne peut cibler le circuit frontal-sous-cortical impliqué dans le développement de symptômes de conversion, peut-être de telles procédures futures [86] profiteront en fin de compte aux patients avec des réactions de conversion.

3. Autres traitements

D'autres moyens thérapeutiques secondaires sont également évoqués par le ISSD [254] (International Society for Study of Dissociation) pour le traitement des troubles dissociatifs, comme la psychoéducation (hygiène de vie, tenue d'un journal, expression artistique et sportive, bibliothérapie), mais aucune donnée scientifique ne suggère l'intérêt de l'électroconvulsivothérapie (hormis les dépressions résistantes associées), de la psychochirurgie et des techniques d'exorcisme. L'électroconvulsivothérapie peu être utilisée dans les cas de stupeur dissociative [255].

L'électromyographie et la stimulation électrique fonctionnelle (TENS : NeuroStimulation Electrique Transcutanée) a aussi été utilisée pour permettre au patient de se rendre compte que le membre affecté peut se déplacer et fournir la réaction biologique pour reconstituer le mouvement [256][257]. L'EMDR [258][259] (thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par des stimulations bilatérales alternées de mouvements oculaires ou autres) a

été utilisée pour le traitement des pseudo-crisés épileptiques. Mais l'application chez des patients non-épileptiques peut être à risque de complications surtout dans les troubles dissociatifs.

I. Approche multidisciplinaire

Malgré l'apport des nouvelles techniques de neuro-imagerie, il manque une meilleure compréhension des troubles sur le plan neurobiologique afin d'appliquer les traitements les plus efficaces. Seule une approche multidisciplinaire permet une meilleure prise en charge du patient [260].

Quand une étiologie organique a été éliminée, une approche multidisciplinaire doit être mise en place avec les neurologues, les psychiatres, les médecins de médecine physique et de réadaptation, les travailleurs sociaux, les médecins traitants le plus tôt possible afin de faciliter le diagnostic et l'initiation du traitement adapté [98][80][167][261].

Une prise en charge en consultation ambulatoire de façon conjointe peut être proposée (consultation neurologique, entretien commun neurologue-psychiatre), consultation psychiatrique, avec pour but l'évaluation de la symptomatologie, l'information du patient et une orientation vers une psychothérapie spécifique. Hubschmid conseille la poursuite de cette consultation conjointe en cas de persistance des déficits somatiques, de difficultés à accepter le diagnostic ou en cas de récurrence [98].

J. Prévention

A titre individuel, on n'oubliera pas le rôle des traumatismes affectifs de l'enfance, et en règle générale, les troubles émotionnels divers qui prédisposent aux accidents de l'âge adulte [33].

A titre collectif, on devra lutter contre les effets nocifs des influences exercées par l'opinion et les médias si celles-ci se font trop l'écho du phénomène épidémique observé en Amérique du Nord, avec la multiplication des cas de personnalité multiple [33].

**PARTIE II : ETUDE
CLINIQUE ET
PRONOSTIQUE
D'UNE POPULATION
DE TROUBLES
DISSOCIATIFS (DE
CONVERSION)**

I. Contexte de l'étude et présentation globale

Beaucoup d'auteurs se sont intéressés aux troubles de conversion et dissociatifs durant les précédentes décennies, mais peu ont étudié les troubles de conversion moteurs et psychiques dans leur ensemble, selon la CIM-10.

Plusieurs études ont été réalisées sur les facteurs de risques d'apparition des troubles de conversion, essentiellement à visée descriptive, mais aucune étude statistique n'a été réalisée spécifiquement à visée pronostique, ayant comme ambition de déterminer les facteurs de risque associés à la récurrence de ces troubles.

Nous avons donc voulu étudier ces troubles au niveau de notre établissement, le C.H. Esquirol de Limoges, en Limousin, afin d'évaluer la symptomatologie actuelle de ces troubles et leur évolution.

II. Objectifs de la recherche

A. Objectifs généraux

- 1) Etude des troubles dissociatifs (de conversion) pris en charge à l'hôpital du C.H. Esquirol,
- 2) Mieux connaître la population des troubles dissociatifs (de conversion) : ont-ils des spécificités au XXI^{ème} siècle ?
- 3) Préciser les caractéristiques de la prise charge en psychiatrie de ces troubles,
- 4) Etablir des facteurs étiologiques pronostiques.

B. Objectifs spécifiques

- 1) Etude des données socio-démographiques d'une population de patients présentant des troubles dissociatifs,
- 2) Etude des comorbidités psychiatriques en particulier, l'association avec les troubles affectifs,
- 3) Description des différents symptômes présentés,
- 4) Etablir une comparaison avec les données de la littérature,
- 5) Evoquer le devenir de ces patients et, étudier l'orientation proposée après leur prise en charge,
- 6) Etude des facteurs de risques de récurrence à l'aide d'analyses statistiques,
- 7) Débuter une réflexion au sujet des stratégies en pratique clinique de prévention du risque de récurrence.

III. Matériels et méthode

A. Présentation de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive et pronostique rétrospective sur dossier médical psychiatrique.

Les dossiers médicaux des patients ayant consulté ou ayant été hospitalisés en psychiatrie sont archivés au sein du C.H. Esquirol au niveau de chaque « secteur ». Pour des raisons de confidentialité, le dossier médical psychiatrique n'est pas un élément du dossier médical commun à tous les autres services du C.H.R.U. de Limoges.

Une grille de lecture des dossiers a été élaborée. Elle constitue le « questionnaire » de l'étude qui a été le fruit d'une lecture de la littérature et des études déjà réalisées dans le domaine des troubles dissociatifs et de conversion et également à partir des critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-IV-R.

La grille de lecture comporte au total 68 items qui ont été utilisés pour le masque de saisie (cf. grille de lecture, annexe 1). Elle s'organise autour de quatre grands thèmes :

- une première partie concerne le patient et son entourage (familial, conjugal etc.), ses antécédents psychiatriques, les bilans somatiques, etc.,
- une seconde partie est centrée sur les événements de vie traumatiques,
- une troisième partie s'intéresse aux symptômes cliniques,
- une quatrième partie dont le but est d'étudier l'évolution, la prise en charge des troubles, et son devenir.

Nous avons inclus dans notre étude 87 patients présentant des troubles dissociatifs. Ces derniers ont été pris en charge en hospitalisation ou en consultation entre janvier 2003 et mars 2010 dans les différents services du C.H. Esquirol de Limoges. Le C.H. Esquirol étant à vocation régional, les patients inclus ne sont donc pas tous domiciliés dans le département de la Haute-Vienne, mais tous dans la région du Limousin. Nous prendrons pour référence les statistiques de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) concernant le Limousin, ou par défaut celles de la France.

B. Inclusion des patients

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion d'un dossier médical retenus pour notre étude sont les suivants :

1	Age supérieur ou égal à 4 ans
2	Diagnostic de trouble dissociatif (de conversion) selon la CIM-10
3	Prise en charge au C.H. Esquirol
4	Patients hospitalisés ou consultants
5	Période d'inclusion de janvier 2003 à mars 2010 inclus

Tableau 3. Critères d'inclusion de notre étude.

2. Critères d'exclusion

Nous avons retenus les critères d'exclusion suivants :

1	Pas de symptomatologie dissociative retrouvée
2	Dissociation psychotique
3	Etiologie d'origine organique
4	Troubles non psychogènes

Tableau 4. Critères d'exclusion de notre étude.

C. Recueil des données, saisie et traitement statistique

L'accord préalable des différents Chefs de Service de Psychiatrie, et des Chefs de Pôle a été recueilli avant l'acquisition des données. La liste des patients côtés selon la classification CIM-10 (classification de cotation en vigueur au C.H. Esquirol), « F44 » soit « Troubles Dissociatifs (de conversion) » a été obtenue grâce au Département d'Information Médicale du C.H. Esquirol.

Le recueil des données des dossiers a été effectué auprès des différents services du C.H. Esquirol de Limoges. Les données sont recueillies par une lecture systématique de tous les dossiers médicaux psychiatriques concernés. Les informations étaient bien renseignées dans les dossiers.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées au moyen du logiciel Microsoft® Excel 2008. Les données ont été saisies dans des fichiers informatisés confidentiels sur l'ordinateur de l'investigateur, et stockées sur un support amovible. L'étude a été conduite dans le respect des recommandations en matière de déontologie et de bonnes pratiques en épidémiologie en particulier en ce qui concerne les modalités de publication scientifique des résultats de l'étude [262].

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel Medcalc® version 11.3.6 © 1993-2010 MedCalc Software, Broekstraat 52, 9030 Mariakerke, Belgium.

L'analyse a été essentiellement basée sur des calculs de fréquences, de moyennes et la comparaison de fréquences. Pour ces comparaisons de fréquences, le test statistique utilisé a été celui du X^2 (chi carré) et pour les échantillons de petites tailles, un test non paramétrique, le test exact de Fisher a été utilisé. Ces tests permettent de vérifier s'il existe une relation entre le risque d'exposition et la maladie. Ils s'effectuent sur la base d'un tableau de contingence. Le seuil de significativité statistique retenu a été un $p \leq 0.05$. Pour éviter de multiplier les catégories, nous sommes parfois amenés à regrouper plusieurs catégories en une seule, pour autant que ce regroupement conserve un sens.

Pour l'étude descriptive, nous avons choisi quatre classes d'âge fréquemment utilisées dans la littérature, à savoir : les moins de 18 ans, les 18-34 ans, les 35-49 ans, les 50-65 ans et les plus de 65 ans.

Nous avons regroupé les différents symptômes moteurs, sensitifs, sensoriels, pseudo-épileptiques afin de déterminer les facteurs de risques prédictifs par une analyse de régression logistique.

Notre population de référence a été définie dans l'Annexe 2.

Afin de préciser l'importance des différents facteurs pronostiques, des analyses univariées ont été effectuées. L'effet de chaque covariable sur le risque de récurrence a d'abord été recherché en analyse univariée. Les facteurs retenus pour l'analyse multivariée étaient tous ceux ayant une association significative lors des analyses univariées. Un modèle intermédiaire a été construit en incluant toutes les covariables caractérisées par un $p < 0,2$ dans l'analyse univariée. Le modèle final a été obtenu après déletion successive des covariables pour ne retenir que les covariables significatives ($p < 0,05$). Les modèles ont été comparés par le test du maximum de vraisemblance. L'analyse statistique des données par régression logistique a été faite à l'aide du logiciel Medcalc®.

Puis, pour comparer le suivi évolutif de la récurrence en fonction des différents facteurs, des courbes de Kaplan Meier ont été construites et comparées par le test du Log-rank.

D. Quelques définitions

Le « **TMCSS** » (Trouble Moteur Convulsif Sensitif Sensoriel) est le trouble conversif au sens du DSM-IV-R, regroupant ainsi les troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, et convulsifs.

Les événements de vie suivants : maladie organique, accident domestique, accident de la voie publique, agression physique autre que sexuelle, guerre ou armée, ont été regroupés pour faire l'analyse statistique de régression, et les courbes de Kaplan Meier, dans la catégorie « **événements de vie traumatiques** », les autres événements de vie ont bénéficié d'une catégorie spécifique.

IV. Résultats et analyses

A. Données sociodémographiques

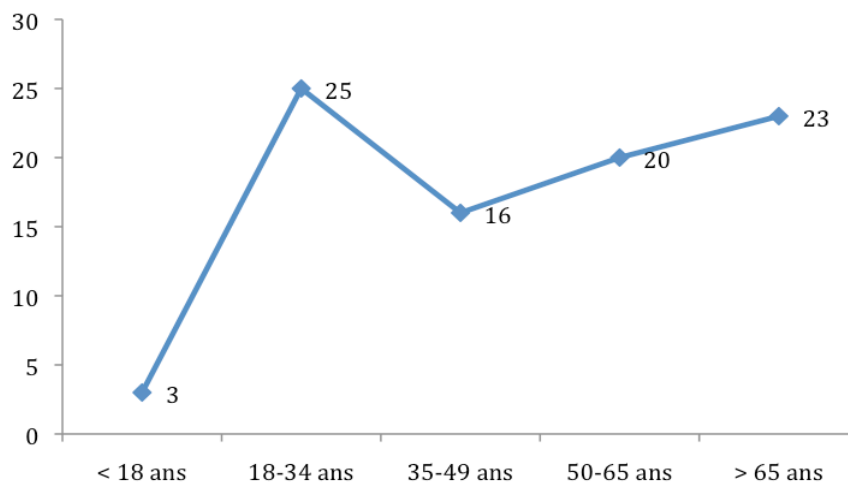
Nous avons inclus 87 patients dans notre étude, soit la totalité des patients pris en charge au C.H. Esquirol ayant présentés des troubles dissociatifs et correspondant à nos critères d'inclusion.

1. Données générales personnelles

▪ Répartition de la population en fonction de l'âge

En ce qui concerne la répartition par âge des patients présentant des troubles dissociatifs au moment de leur diagnostic et de leur prise en charge, il y a significativement moins de patients dans la catégorie des moins de 18 ans par rapport aux autres classes d'âge (cf. courbe 1, $p = 0,0015$).

La moyenne d'âge est de 49,24 ans (± 21 ans) [IC (Intervalle de Confiance) 95 % : 44,77 à 53,71], avec une médiane à 49 ans [IC 95 % : 39 à 55], les âges extrêmes sont de 16 et 93 ans.



Courbe 1. Répartition par classe d'âge.

▪ *Age du début des troubles de conversion*

Les âges de début des troubles s'étendent de 14 à 84 ans avec une moyenne de 42,34 ans (± 21 ans) [IC 95 % : 37,94 à 46,74], une médiane à 38 ans [IC 95 % : 33 à 44,11]. En moyenne, il s'était écoulé 6,9 ans depuis le premier épisode avec des extrêmes à 0 et 43 ans.

▪ *Répartition par sexe*

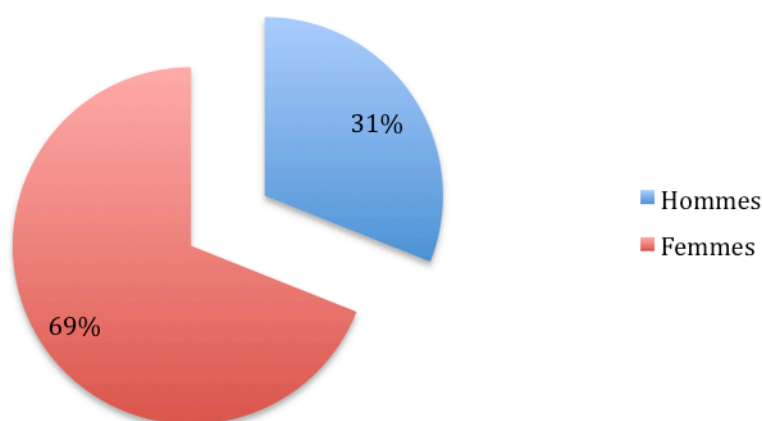


Figure 2. Répartition par sexe (n=87).

Pour les 87 patients inclus dans l'étude, nous constatons une sur-représentation féminine statistiquement significative avec 60 femmes (69 %) pour 27 hommes (31 %) ($p = 0,0004$).

▪ *Répartition par âge en fonction du sexe*

Nous confirmons la sur-représentation féminine selon les âges (sauf entre 35 et 49 ans où les deux sexes sont équivalents ($n = 8$)), bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif ($p = 0,2556$) en raison du déséquilibre de la répartition hommes (31%) /femmes (69%) dans la population étudiée.

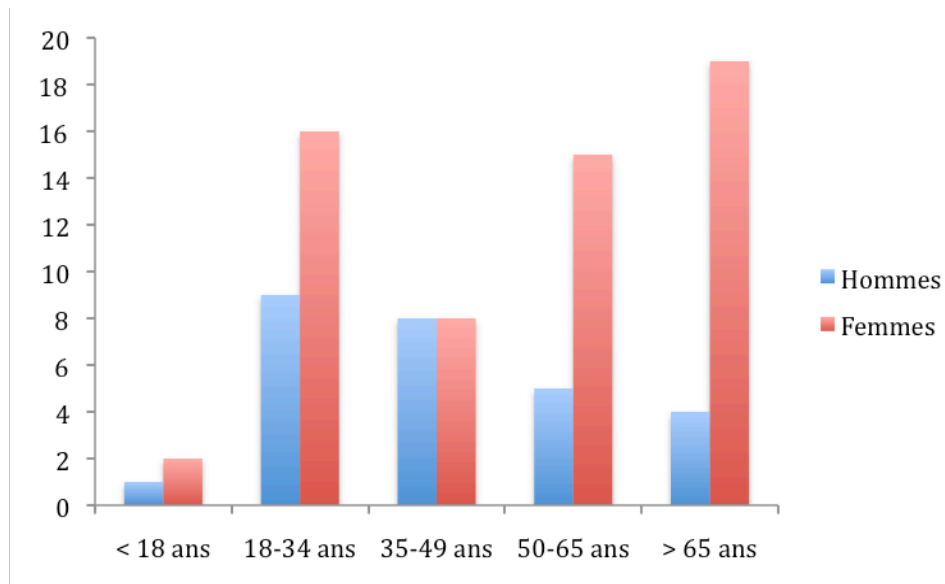
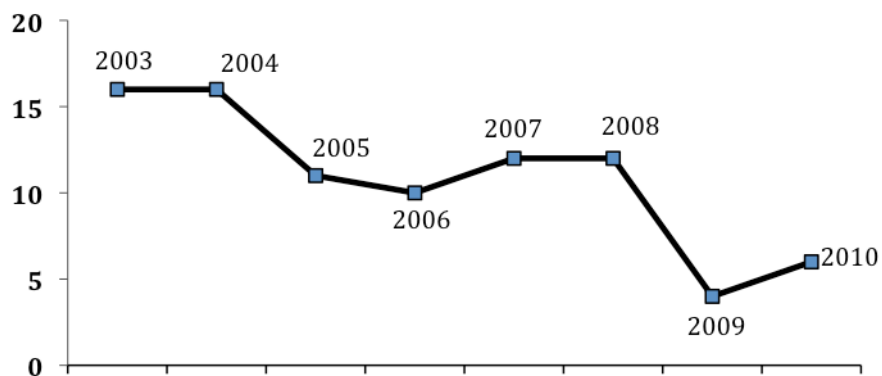


Figure 3. Répartition par âge en fonction du sexe.

▪ **Répartition des patients en fonction de l'année de diagnostic du trouble dissociatif**



Courbe 2. Répartition des patients présentant des troubles dissociatifs par année.

On note une décroissance au cours du temps du nombre de patients diagnostiqués comme troubles dissociatifs.

2. Situation sociale, familiale et professionnelle

▪ *Lieu de domicile*

Les résultats montrent que 70,10 % des patients étaient domiciliés en **milieu rural** (61 cas) ($p = 0,0003$, $\text{Chi}^2 = 13,287$). Il n'y avait pas de différence significative en fonction des classes d'âge en ce qui concerne la domiciliation rurale ou urbaine du patient ($p = 0,7714$).

Nous ne notons pas de différence du lieu de domicile (rural vs urbain) en fonction du sexe ($p = 0,8273$) : 70 % des hommes et des femmes habitaient en milieu rural. Aucun patient n'était sans domicile fixe (S.D.F.).

Lieu de vie	Urbain	Rural	Total
Nombres	26	61	87
Pourcentages	29,90%	70,10%	100.0%

Tableau 5. Répartition en fonction des lieux de vie.

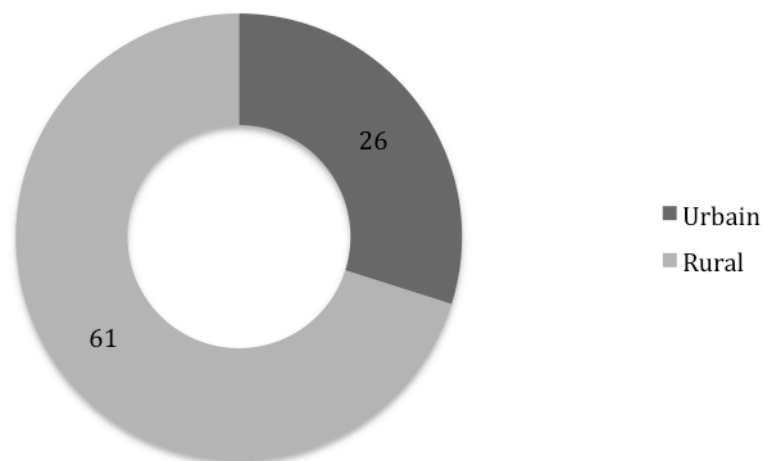


Figure 4. Répartition en fonction des lieux de vie

▪ *Profil scolaire des patients présentant des troubles dissociatifs*

En ce qui concerne le profil scolaire, 38 patients (44 %) avaient au plus le niveau secondaire, 56 % dépassaient le niveau secondaire, et seulement 10 % des patients avaient un niveau universitaire ($p = 0,0001$). De façon plus détaillée, nous notons que 23 patients (26,5 %), avaient le niveau BEP/CAP, et 24 patients (27,6 %) avaient le niveau du certificat d'études.

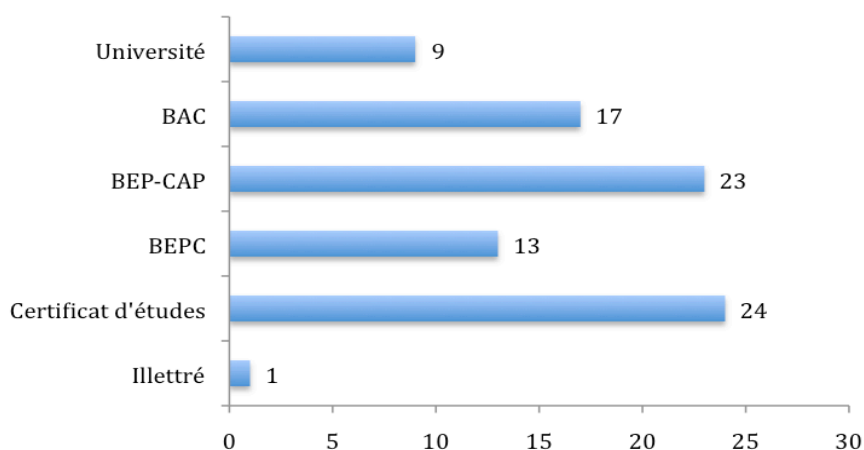


Figure 5. Profil scolaire ($n = 87$).

▪ *Situation professionnelle actuelle ou antérieure*

Nous avons documenté la profession du patient présentant des troubles dissociatifs : les **ouvriers** et les **salariés** sont les professions les plus représentées avec 33,3 % ($n = 29$), ensuite viennent les cadres et intellectuels supérieurs avec 10,3 % ($n = 9$), puis les agriculteurs exploitants, à égalité avec les étudiants (5,7 %, $n = 5$) ($p < 0,0001$).

Nous soulignons le taux d'inactivité professionnelle de 28,7 % dans l'échantillon ($n = 25$), en dehors des retraités et des étudiants.

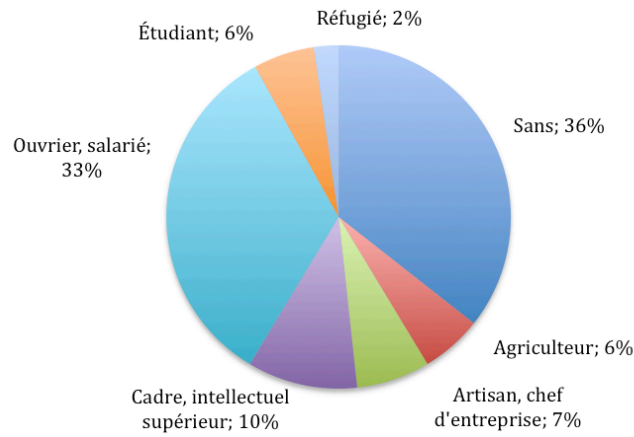


Figure 6. Situation professionnelle antérieure ou actuelle.

▪ Les retraités

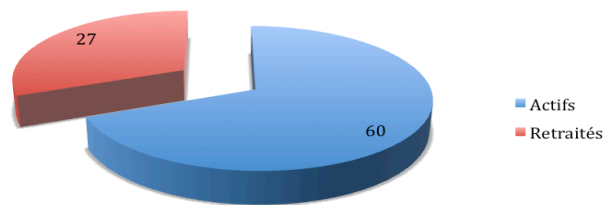


Figure 7. Proportion des retraités

Nous retrouvons 31 % de **retraités** (n = 27). Les femmes étaient plus fréquemment retraitées que les hommes : 18,5 % des hommes (n = 5) contre 37 % des femmes (n = 22) (p = 0,1492).

▪ Le statut matrimonial et la situation de famille

Dans 28,7 % des cas, les patients étaient célibataires (n = 25). Ils étaient mariés dans 42,5 % des cas (n = 37), divorcés ou séparés dans 9,2% des cas (n = 8), comme en concubinage, et veufs dans 10,3 % des cas (p < 0,0001).

En ce qui concerne la situation de famille, 33,3 % vivent seuls (n = 29).

Parmi ceux qui vivent en famille (n = 58, 66,7 %) :

- 44,8 % vivent en famille (conjoint et enfants) (n = 26),
- 39,6 % vivent en couple (n = 23),
- 1,7 % vivent seuls avec enfants (n = 1).

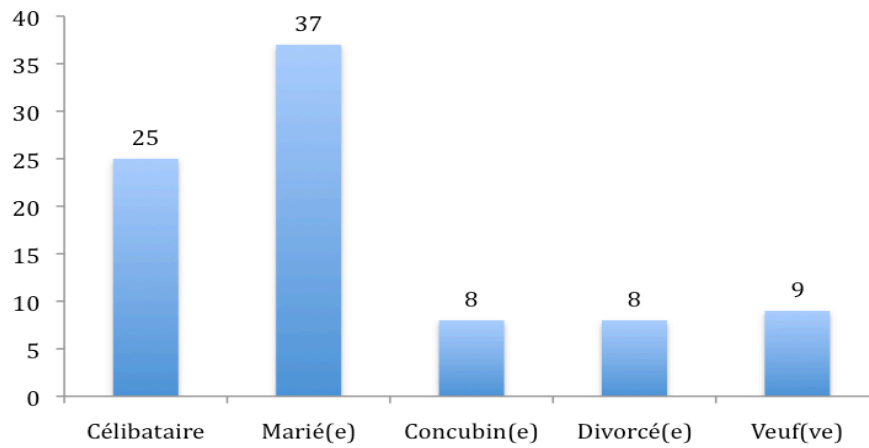


Figure 8. Statut matrimonial (n = 87).

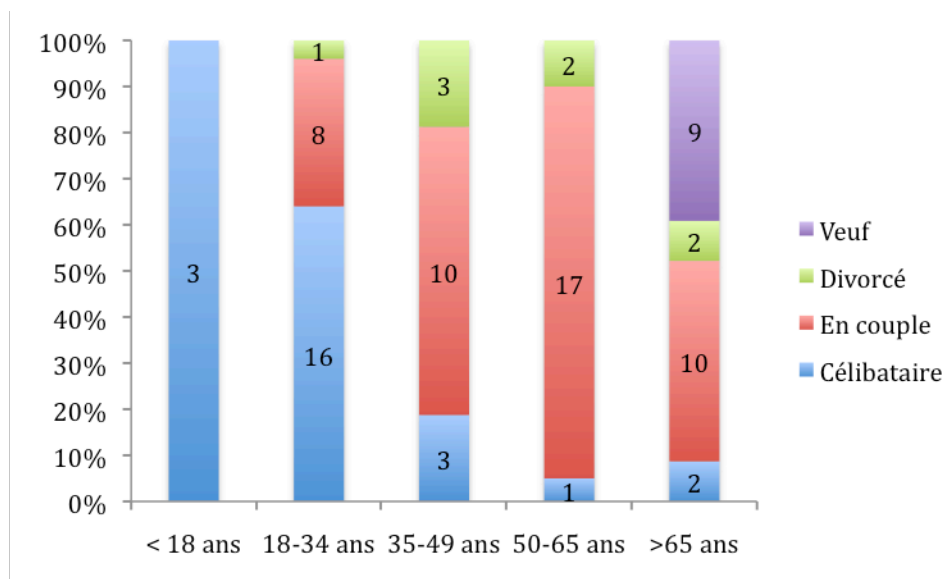


Figure 9. Statut marital en fonction de la classe d'âge.

Nous notons une répartition différente du statut marital en fonction de la classe d'âge.

▪ Statut parental

Nous observons que 35 patients, soit 40,2 % de l'effectif, n'avaient pas d'enfant et que 42 patients étaient père ou mère de 1 à 3 enfants, soient 48,2 % des sujets.

Dans 11,4 % des cas (n = 10), le patient présentant des troubles dissociatifs avait 4 enfants ou plus.

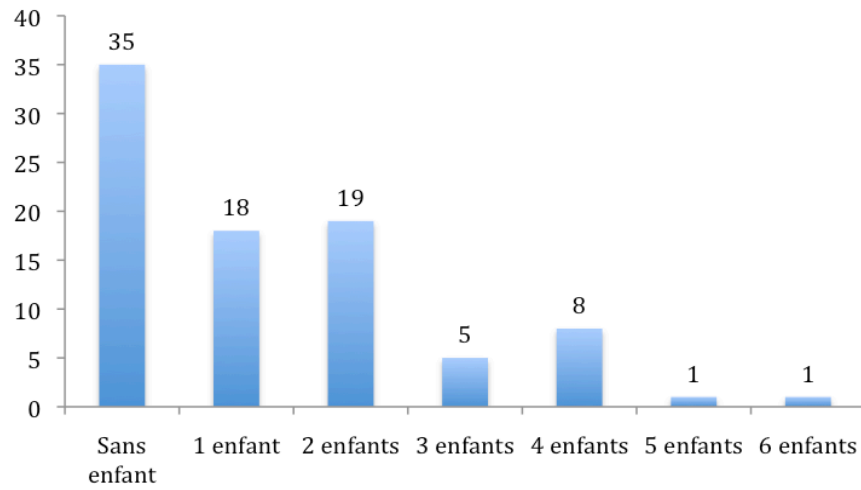
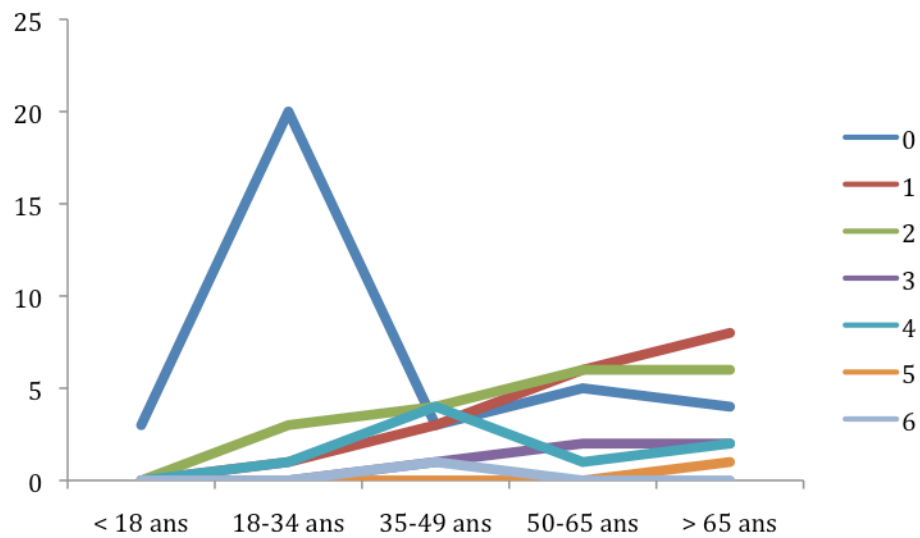


Figure 10. Nombre d'enfants (n = 87).

La majorité des 18-34 ans n'ont pas d'enfant de manière significative (p = 0,0082).



Courbe 3. Nombre d'enfants en fonction de la classe d'âge.

B. Antécédents psychiatriques

1. Antécédents psychiatriques personnels

▪ *Prise en charge antérieure*

Une prise en charge psychiatrique en consultation ou en hospitalisation était rapportée dans 50 cas, ce qui représentaient 57,5 % des patients présentant des troubles dissociatifs.

Il n'y avait pas de différence significative selon le sexe ($p = 0,3444$), mais 62 % des femmes avaient déjà eu une prise en charge contre 48 % des hommes.

Les 2/3 des patients ayant bénéficié d'une prise en charge antérieure, avaient eu des antécédents dissociatifs ($p < 0,0001$).

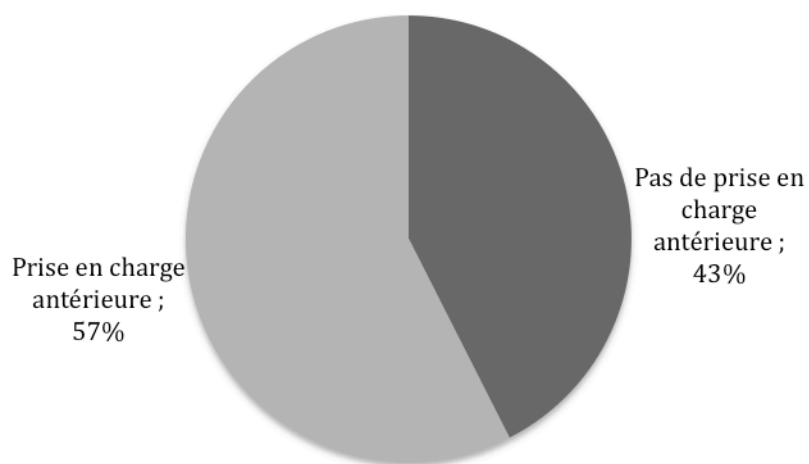


Figure 11. *Prise en charge antérieure.*

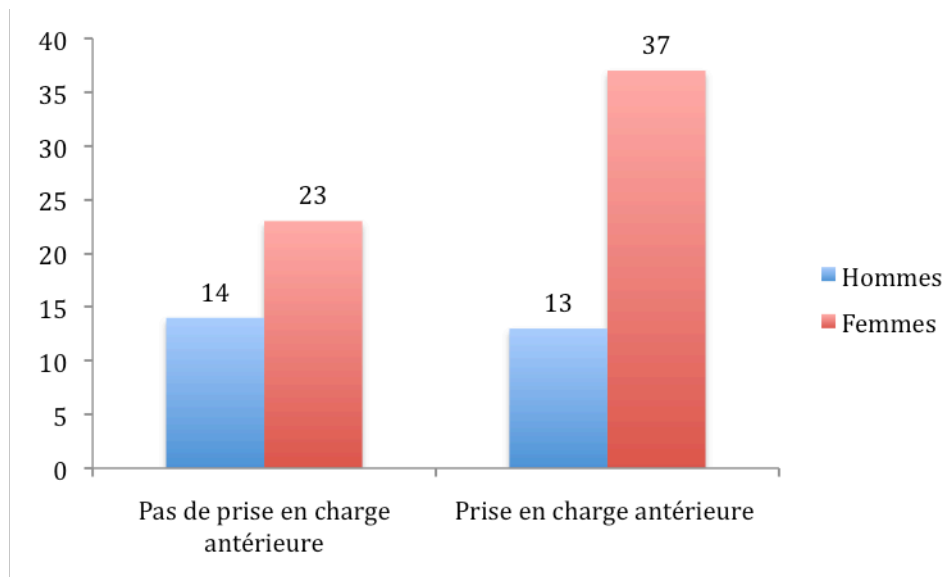


Figure 12. Prise en charge antérieure en fonction du sexe.

▪ **Antécédents psychiatriques personnels**

Seulement 19,5 % des cas (n = 17) n'avaient aucun antécédent psychiatrique personnel.

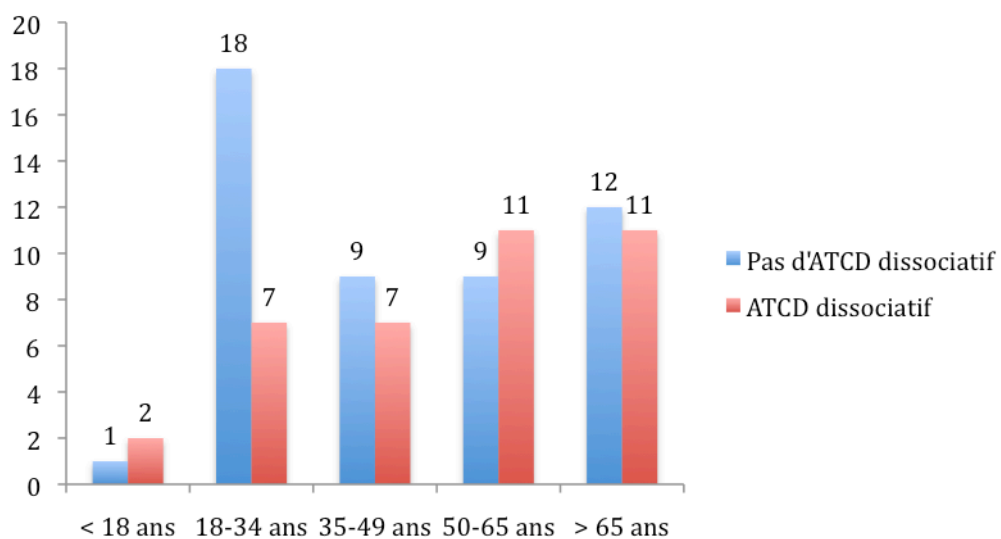


Figure 13. Antécédents de troubles dissociatifs en fonction de la classe d'âge.

Près de 44 % des cas (n = 38) avaient un ou plusieurs **antécédents de troubles dissociatifs**. Il n'y avait pas de différence significative ($p = 0,3613$) entre les différentes classes d'âge. Seulement moins d'un tiers des 18-34 ans avaient des antécédents de troubles dissociatifs.

Nous ne retrouvons que 26,4 % de cas (n = 23) atteints de **trouble de la personnalité de type histrionique** ($p < 0,0001$).

Des **antécédents dépressifs personnels** étaient retrouvés dans 47 % des cas (n = 41) (p = 0,6680).

Nous avons constaté une augmentation progressive des taux d'antécédents dépressifs en fonction de l'âge, passant de 0 % chez les moins de 18 ans à plus de 70 % des plus de 65 ans.

Il est à noter que seulement 15 % des cas avaient un antécédent de tentative de suicide (n = 13).

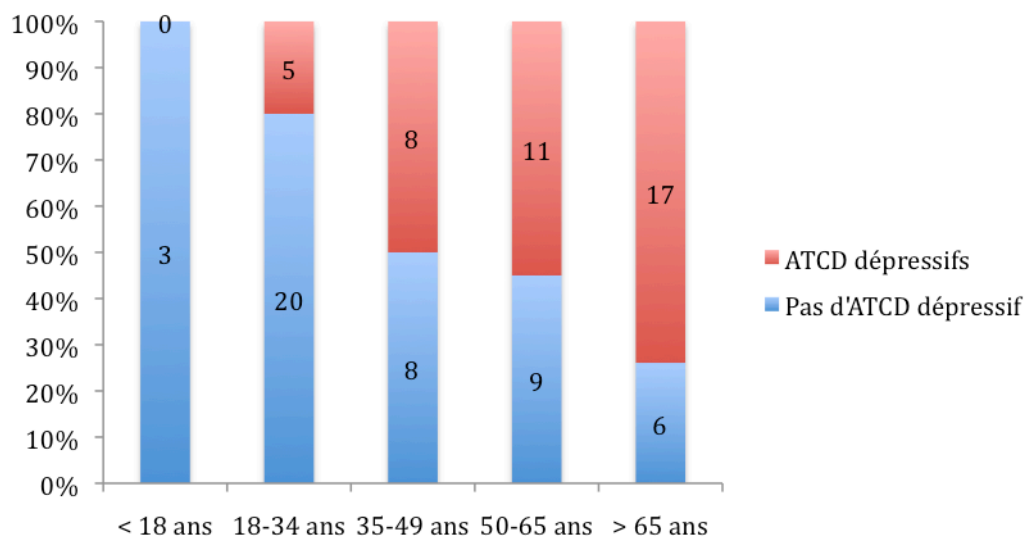


Figure 14. Antécédents dépressifs en fonction de la classe d'âge.

2. Antécédents psychiatriques familiaux

En ce qui concerne les antécédents familiaux psychiatriques, la fréquence était de 33 % (n = 20), parmi lesquels nous retrouvons 14 cas de **dépression** (16 %), 3 cas de troubles psychotiques (3,4 %), 2 cas de trouble de la personnalité (2,3 %), et seulement 1 cas de troubles dissociatifs (1,1 %). Nous ne retrouvons pas de différence significative au niveau des antécédents familiaux psychiatriques en fonction du sexe (p = 0,6807).

C. Diagnostics

1. Diagnostics principaux

	Nombres	Pourcentages
F44.0 Amnésie dissociative	9	10,30%
F44.1 Fugue dissociative	7	8,00%
F44.2 Stupeur dissociative	11	12,60%
F44.3 État de transe et de possession	2	2,30%
F44.4 Troubles moteurs dissociatifs	23	26,40%
F44.5 Convulsions dissociatives	4	4,60%
F44.6 Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles	0	0,00%
F44.7 Trouble dissociatif mixte	5	5,70%
F44.8 Autres troubles dissociatifs	6	6,90%
F44.9 Trouble dissociatif sans précision	20	23,00%
Total	87	100.0%

Tableau 6. Diagnostics principaux.

Dans notre étude, nous avons retrouvé tous les diagnostics de la catégorie des « F44 », « Troubles dissociatifs [de conversion] » de la CIM-10 sauf la catégorie « F44.6 », « Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles ».

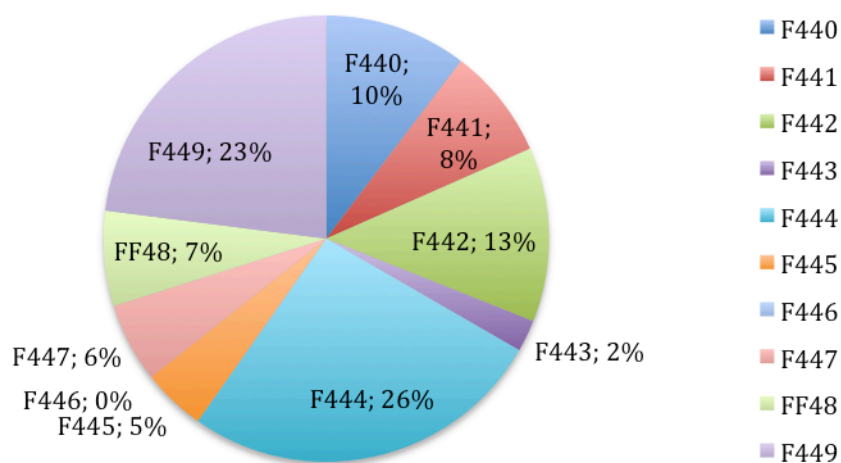


Figure 15. Diagnostics principaux.

Dans les Troubles dissociatifs (de conversion), les « Troubles moteurs dissociatifs » (F44.4) occupaient la 1^{ère} place représentant 26 % (n = 23), suivis par les « Troubles dissociatifs [de conversion], sans précision » (F44.9) avec 23 % des cas (n= 20), puis par les « Stupeurs dissociatives » (F44.2) (13 %, soit n = 11) et les « Amnésies dissociatives » (F44.0) (10 %, soit n = 9).

Les autres catégories (« Fugues dissociatives » (F44.1), « Autres troubles dissociatifs [de conversion] » (F44.8), « Troubles dissociatifs [de conversion] mixtes » (F44.7), « Convulsions dissociatives » (F44.5), et « les « États de transe et de possession » (F44.3)) ne représentaient que moins de 10 % des cas chacun.

2. Diagnostics associés

Près de 22 % des cas (n = 19) n’avaient pas de diagnostic associé.

Le principal diagnostic associé des troubles dissociatifs est la **dépression** avec 35,5 % des cas (n = 31). Nous notons 19 cas d’autoagressivité, tentative de suicide, associée aux troubles dissociatifs (21,8 %).

Nous notons 14 cas de troubles de la personnalité non précisés (F60), 11 cas de troubles anxieux (F41), 7 cas de démences (F00), 2 cas d’éthylisme chronique (F10), 2 cas de troubles somatoformes (F45), 1 cas de retard mental (F70).

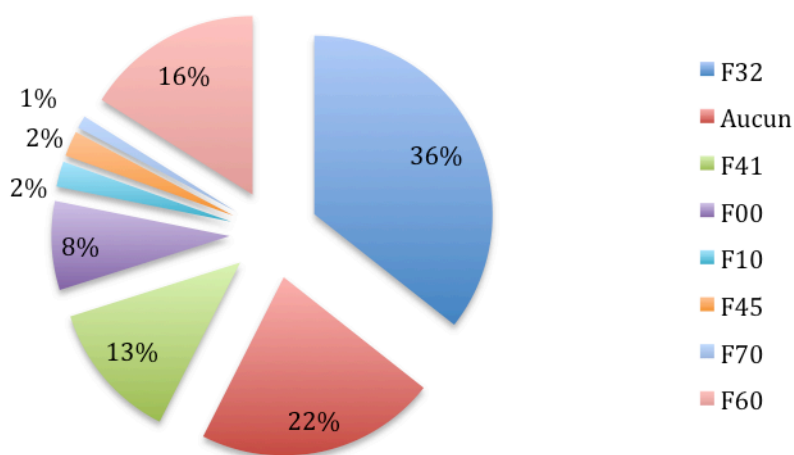


Figure 16. Diagnostics associés.

D. Evènements de vie

1. Evènements de vie traumatiques

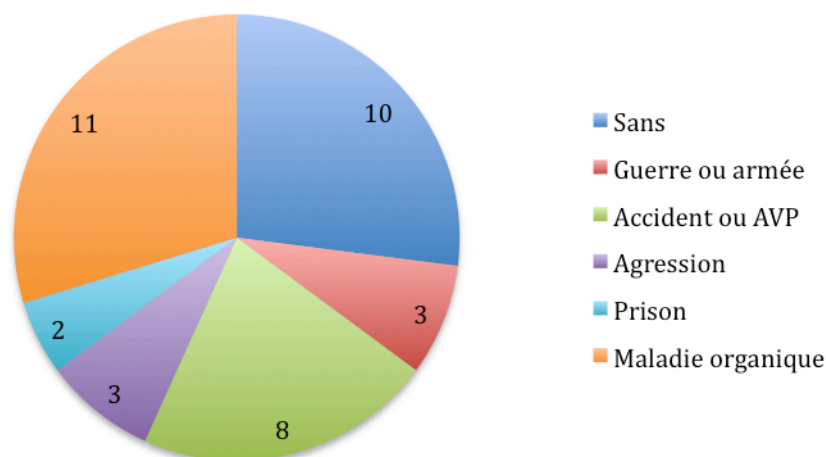


Figure 17. Evènements de vie traumatiques.

En ce qui concerne les évènements de vie traumatiques, nous avons observé que 11,5 % des patients (n = 10) n'avaient pas eu d'évènements de vie traumatiques, hors relations interpersonnelles.

11 cas (12,6 %) ont été atteints d'une **maladie organique** pouvant être traumatisante dans l'annonce du diagnostic, la prise en charge thérapeutique, les conséquences de la maladie. Les traumatismes liés à une maladie organique concernaient en majorité les patients de plus de 65 ans (80 %) essentiellement de sexe féminin (80 %) ; et les accidents et les agressions plutôt les 36-65 ans de manière significative ($p = 0,0450$), sans différence entre les deux sexes ($p = 0,0786$).

8 patients (9,1 %) ont subi un **accident** de la vie quotidienne ou un accident de la voie publique et 3 patients (3,3 %) une **agression** physique, autre que sexuelle. Nous notons 3 cas (3,3 %) ayant été traumatisés par une guerre ou un engagement dans l'armée, 2 cas d'emprisonnement (2,3 %).

Le **décès d'un proche** de l'entourage familial (enfant, conjoint, parent) a été noté dans 48,3 % des cas (n = 42), affectant de manière significative les plus de 50 ans (69 %, n = 29) (p = 0,0082) et les femmes (81 %, n = 34) (p = 0,0355).

Le **divorce personnel** ou séparation conjugale a touché 18,4 % des cas (n = 16), sans différence significative entre les deux sexes (p = 0,1295), ni entre les classes d'âge (p = 0,0822). Le divorce des parents a concerné 8 % des patients (n = 7).

Par contre, 19 patients (22 %) rapportaient d'avoir souffert d'une **enfance difficile**, 74 % de femmes (n = 14) et 26 % d'hommes (n = 5) (p = 0,8240), et de manière significative des patients de 18 à 35 ans (n = 11, 58 %) (p = 0,0055).

2. Relations interpersonnelles difficiles

▪ *Au sein de la famille*

Les relations interpersonnelles intrafamiliales ont touché 37 cas (42,5 %), et 81 % de femmes (n = 29) et 19 % d'hommes (n = 7) (p = 0,3563), sans différence d'âge (p = 0,0872). Les difficultés relationnelles étaient plus importantes avec les enfants (n = 12) et les parents (n = 11), devant la mère (n = 8) et le père (n = 6) (p < 0,0001).

▪ *Avec le conjoint*

Les relations interpersonnelles avec le conjoint ont touché 27 cas (31 %) (p < 0,0001), avec 70 % de femmes (n = 19) et 30 % d'hommes (n = 8) mais de manière non significative (p = 0,9518), sans différence d'âge significative (p = 0,6378).

▪ *Dans le milieu professionnel*

Au total, 20 cas (23 %) étaient concernés, dont trois fois plus de femmes (n = 15) que d'hommes (n = 5) (p = 0,6970). La moitié avait perdu leur emploi (n = 10), 1/5^{ème} travaillaient en tant que salarié ou ouvrier (n = 4) (p = 0,0811).

3. Traumatismes sexuels

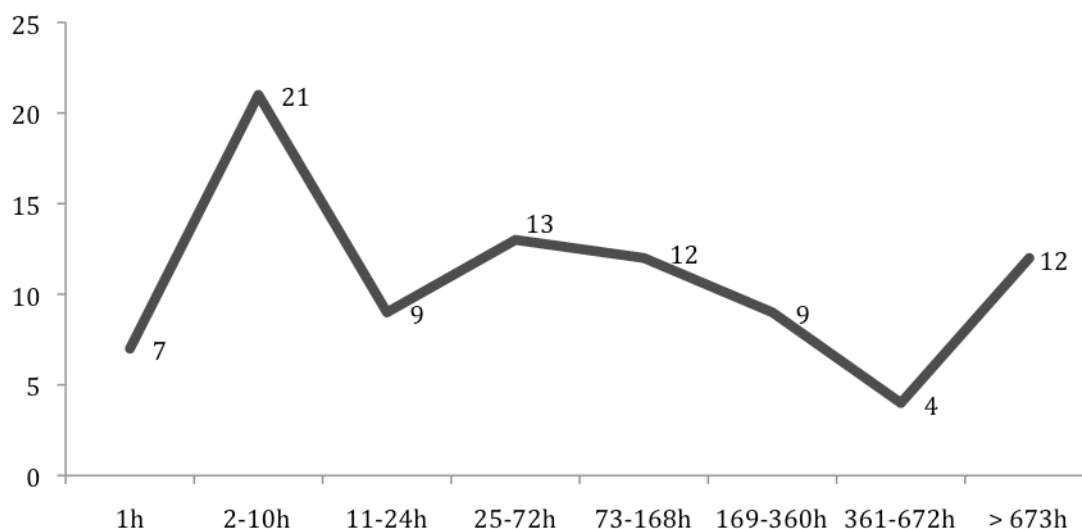
Nous ne retrouvons que 13,8 % de cas ayant subi des traumatismes sexuels (attouchements ou viols) (n = 12). 83,3 % étaient des femmes (n = 10) et 58 % étaient âgés de 18 à 34 ans (n = 7).

Ces patients ont présenté de manière équivalente les troubles suivants : amnésie dissociative, stupeur dissociative, troubles moteurs, convulsions dissociatives, confusion psychogène, et troubles conversifs sans particularité.

E. Symptômes

1. Généralités

Nous constatons que dans plus 95 %, la survenue des troubles était brutale (n = 83). La durée était très hétérogène allant de 1 à 87600 heures (soit 10 ans), la médiane étant de 72 heures [IC 95 % : 23,5 à 99].



Courbe 4. Durée des troubles dissociatifs.

Globalement tous les patients avaient des examens complémentaires normaux que ce soit au niveau de la biologie, de l'électroencéphalogramme et de l'imagerie cérébrale. Seuls trois patients présentaient des examens anormaux qui étaient expliqués par une pathologie organique associée, sans lien avec la symptomatologie convertive.

2. Amnésie dissociative (F44.0)

15 cas ont été diagnostiqués en tant que « amnésie dissociative » (17,2 %). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes ($p = 0,6043$), ni entre les différentes classes d'âge ($p = 0,1647$), ni entre les différents statuts maritaux ($p = 0,6366$), ni entre les professions ($p = 0,4814$). Les troubles amnésiques étaient associés à une fugue dissociative dans 30 % des cas ($n = 4$) ($p = 0,0167$).

3. Fugue dissociative (F44.1)

8 % des cas ont été côtés « fugue dissociative » (n = 7), de sexe masculin à 71 % de manière significative (p = 0,0474) (18,5 % des hommes et 3 % des femmes), sans différence entre les classes d'âge (p = 0,4907).

4. Stupeur dissociative (F44.2)

La « stupeur dissociative » a été constatée dans 20,7 % des cas (n = 18), dont 72 % de femmes (n = 13) (p = 0,9607), qui vivaient préférentiellement de manière significative en milieu urbain (p = 0,0031). On ne notait pas de différence significative concernant la classe d'âge (p = 0,9858), le statut marital (p = 0,1862) ou encore la profession exercée (p = 0,0947).

5. Etat de transe et de possession (F44.3)

8 cas de transe et de possession ont été retrouvés (9,2 %), les symptômes étaient des hallucinations auditives avec un syndrome d'influence. Toutes les classes d'âge étaient représentées (p = 0,6403), sans différence significative de sexe (p = 0,9890), de statut marital (p = 0,9868), par contre, la majorité était sans profession de manière significative (p = 0,0152).

6. Troubles neurologiques dissociatifs (F44.4, F44.5, F44.6)

Les « troubles neurologiques dissociatifs » ont été constatés dans 61 cas (70 %). Les patients ont présenté entre 1 et 3 troubles neurologiques associés (1 trouble : n = 20 ; 2 troubles : n = 26 et 3 troubles : n = 13).

(a) Les paralysies dissociatives

34 cas (40,2 %) ont été atteints d'un trouble moteur dissociatif de type paralysie, pouvant toucher une ou plusieurs parties du corps. Les atteintes de type hémiparésie et d'une partie d'un membre étaient les plus importantes de manière significative (p = 0,0047).

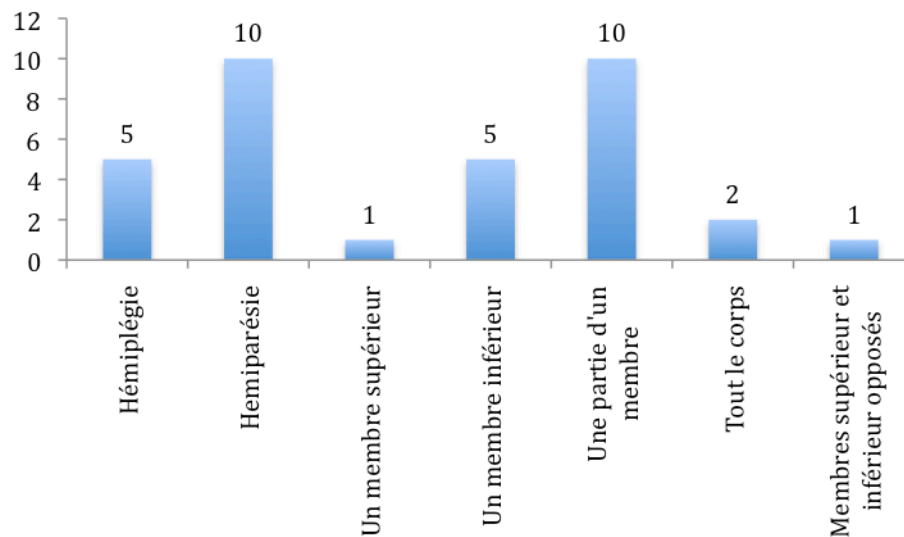


Figure 18. Les différents types de paralysies dissociatives.

Les paralysies dissociatives touchaient sans différence significative : 27 femmes (79 % des paralyés) et 7 hommes (20,5 % des paralyés) ($p = 0,1121$) ; toutes les classes d'âge ($p = 0,8680$) ; tous les statuts professionnels ($p = 0,6479$), mais affectant 56 % d'ouvriers ou de salariés.

On retrouvait chez ces patients :

- un ou plusieurs antécédents de troubles dissociatifs dans la moitié des cas,
- un antécédent de syndrome dépressif dans environ la moitié des cas,
- dans 1/3 des cas des difficultés relationnelles avec le conjoint, ainsi que des difficultés professionnelles,
- de manière équivalente, des difficultés relationnelles avec la mère, les parents et les enfants,
- un décès d'un proche dans 60 % des cas de paralysies ($n = 21$).

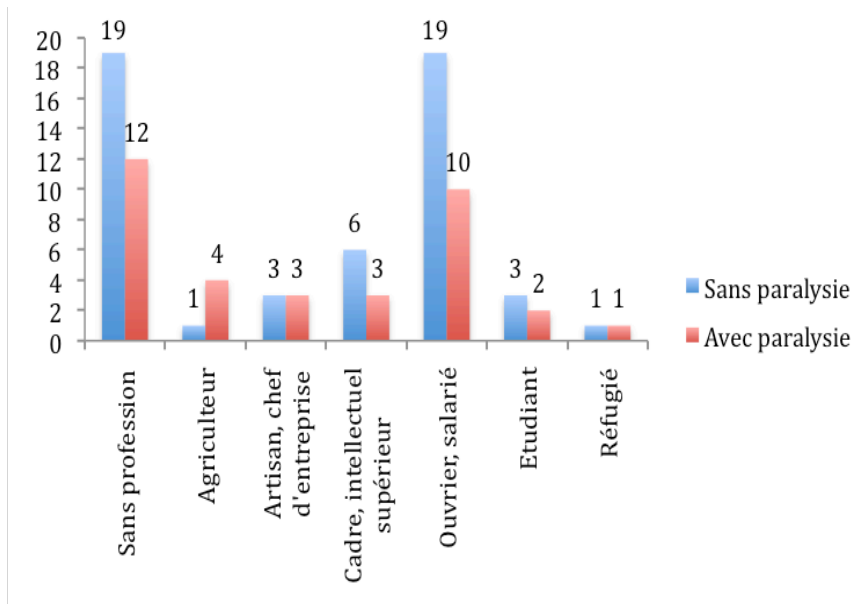


Figure 19. Troubles de type paralysie en fonction de la profession.

Les troubles neurologiques de type paralysie sont retrouvés principalement chez les patients sans profession (n = 12), et chez les ouvriers, salariés (n = 10), et dans toutes les classes d'âge.

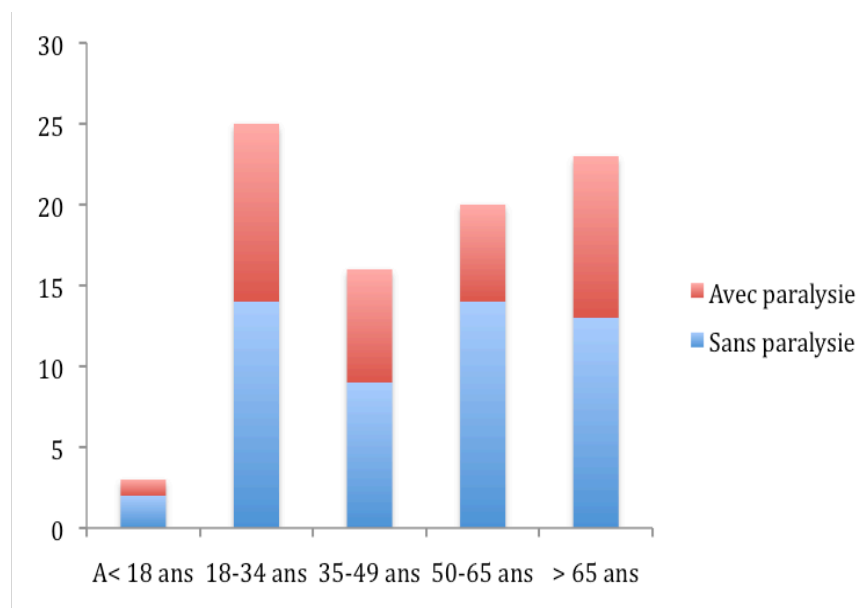


Figure 20. Troubles de type paralysie en fonction de la classe d'âge.

(b) Les autres troubles neurologiques dissociatifs

Nous observons :

<i>TROUBLES NEUROLOGIQUES</i>	<i>NOMBRES</i>	<i>POURCENTAGES</i>
Ataxie, troubles de la marche	16	18,4 %
Troubles cognitifs	10	11,5 %
Anorexie, refus de manger, dysphagie	8	9,2 %
Douleurs	7	8 %
Aphonie	7	8 %
Contractures	5	5,7 %
Akinésie	5	5,7 %
Dysarthrie	4	4,6 %
Agitation	4	4,6 %
Mutisme sélectif	2	2,3 %
Apraxie	1	1,1 %
Blépharospasme	1	1,1 %
Dysurie	1	1,1 %

Tableau 7. Autres troubles dissociatifs neurologiques.

Ces troubles étaient toujours associés à 1 ou 2 autres troubles moteurs, neurologiques de manière significative ($p < 0,0001$).

On ne retrouvait pas de différence significative concernant le sexe ($p = 0,5685$), la classe d'âge ($p = 0,6712$), la profession ($p = 0,9209$), le statut marital ($p = 0,5812$).

(c) Convulsions dissociatives (F44.5)

10,3 % des cas ont présenté des convulsions dissociatives, dont 55 % de femmes et 45 % d'hommes, sans différence significative entre les deux sexes ($p = 0,5906$) (8,3 % des femmes et 14,8 % des hommes, sur l'ensemble de l'échantillon).

(d) Troubles sensitifs et sensoriels (F44.6)

18,4 % des cas avaient une anesthésie dissociative ($n = 16$), toujours en association avec un trouble moteur (100 %). Les femmes étaient les plus touchées de manière significative ($p = 0,0382$).

20 cas ont été atteints de paresthésies (23 %). Ces troubles étaient plus fréquents chez les femmes mais de manière non significative ($p = 0,0675$).

Seulement 3 cas de perte de la vision ont été identifiés (3,4 %) qui étaient associés dans 2/3 des cas à des troubles moteurs. Nous n'observons pas de trouble de perte de l'audition.

7. Autres troubles dissociatifs (de conversion) (F44.8)

Nous observons 9 cas de confusion psychogène (10,3 %). Nous ne retrouvons aucun cas de syndrome de Ganser, de personnalité multiple, ni d'état second psychogène. Les patients essentiellement des femmes, avaient préférentiellement plus de 65 ans, une profession antérieure ouvrière ou salariée ou sans profession.

8. Latéralisation des troubles

Nous avons observé 65 cas sans latéralisation (74,7 %), 12 cas étaient latéralisés à gauche (13,8 %) et 10 cas à droite (11,5 %) ($p < 0,0001$).

9. Troubles mixtes

Nous avons noté 39 patients présentant des troubles mixtes entre les différents diagnostics principaux, soit 44,8 % des cas.

F. Prise en charge

1. Bilan psychologique

Seulement 30 % des cas (n = 26) ont bénéficié d'un bilan de personnalité retrouvant 22 cas de trouble de la personnalité histrionique, et 4 cas de trouble psychotique ou limite.

2. Hospitalisation, suivi psychiatrique

Nous avons mis en évidence que 73,6 % des cas ont été hospitalisés pour la prise en charge de leurs troubles dissociatifs (n= 64) ($p < 0,0001$), les autres ont bénéficié d'une prise en charge en ambulatoire. Soixante-sept patients ont accepté un suivi psychiatrique en ambulatoire (soit 77 %) après leur prise en charge.

3. Traitement mis en place

Nous avons noté que 10,3 % des cas n'ont pas eu d'autre traitement qu'une psychothérapie de soutien (n = 9). 47,1 % des cas ont reçu un traitement par anxiolytique (n = 41). Nous avons noté 17,5 % de traitement par antipsychotique (n = 17), 8 % de traitement par hypnose (n = 7), et 2 cas de traitement par faradisation (2,3 %) (en 2004 et 2007).

Plus de 57 % des cas ont bénéficié d'un traitement antidépresseur (n = 50). Mais seulement 69 % des patients ayant un syndrome dépressif associé, ont eu un traitement antidépresseur.

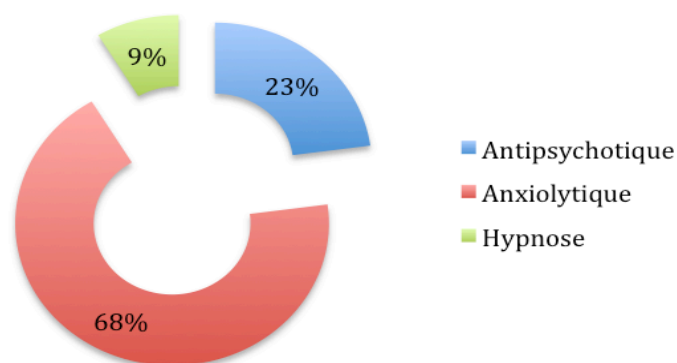
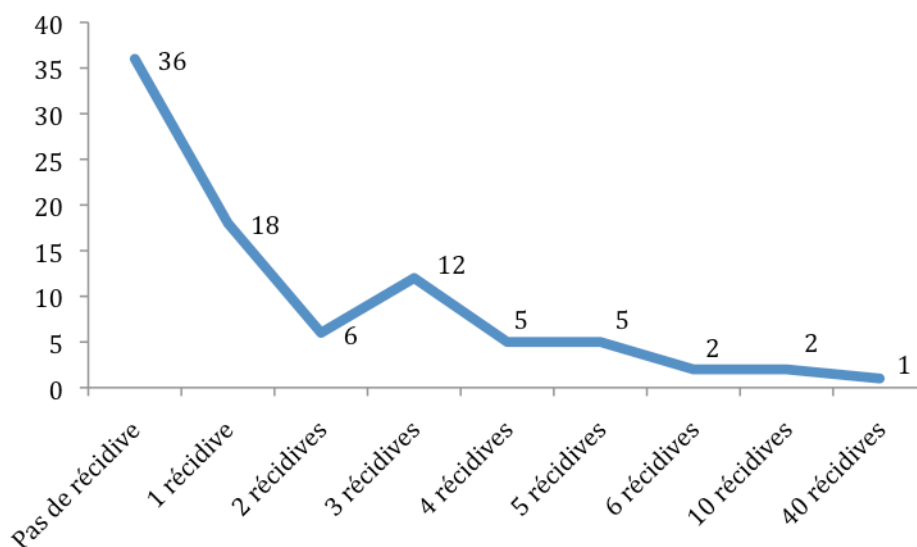


Figure 21. Traitements associés avec un antidépresseur.

G. Récidives



Courbe 5. Nombre de récurrences.

De manière significative, 59 % des cas (n = 51) ont récidivé ($p < 0,0001$).

Parmi les patients ayant récidivé, 47 % ont fait entre 1 et 2 récurrences (n = 24) ; 43 % entre 3 et 5 récurrences (n = 22) ; 10 % plus de 5 récurrences (n = 5). La symptomatologie des récurrences est dans 73 % des cas identiques à la première (n = 43).

Deux fois plus de femmes (n = 34) que d'hommes (n = 17) ont récidivé mais de manière non significative ($p = 0,9077$) (56 % des femmes et 63 % des hommes de l'échantillon).

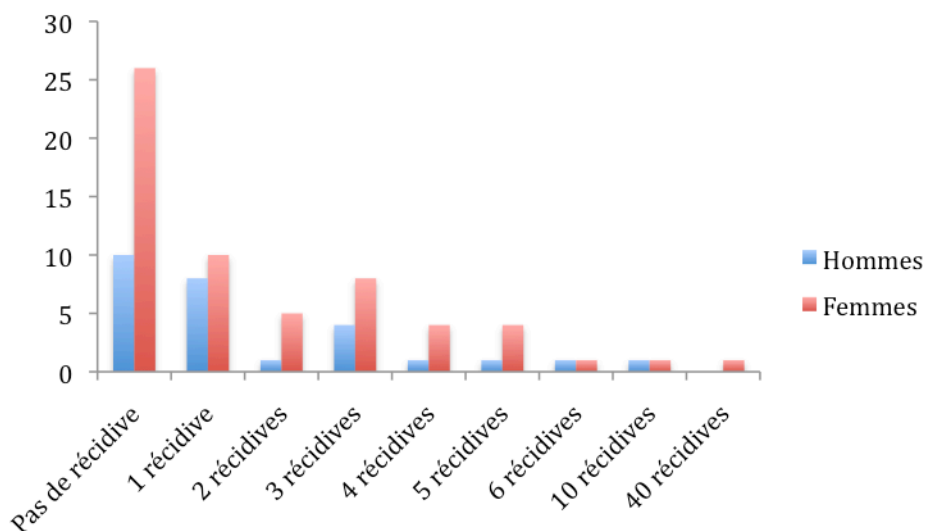


Figure 22. Nombre de récurrences en fonction du sexe.

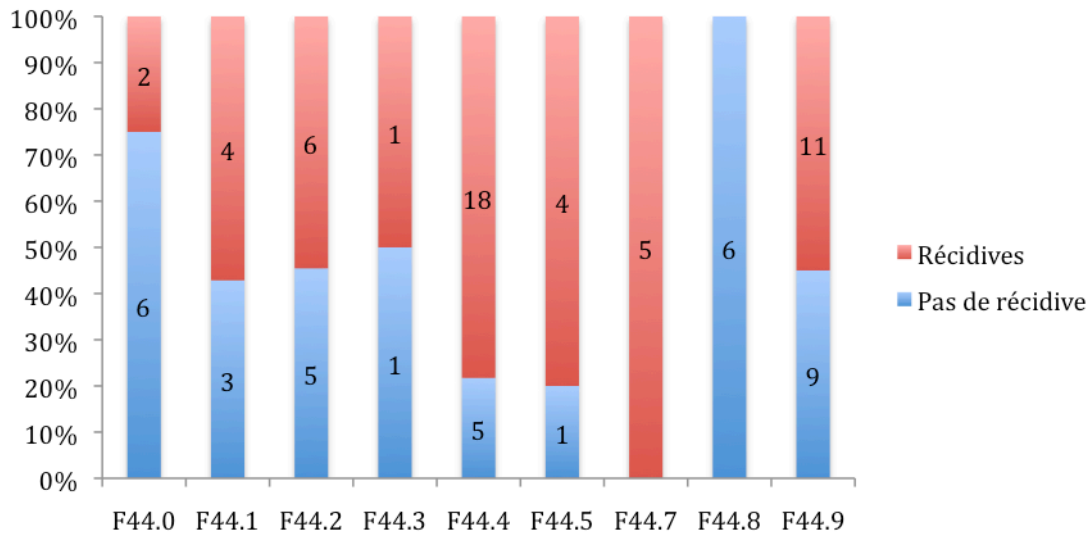


Figure 23. Récidives en fonction du diagnostic principal.

Seules les confusions psychogènes n'ont pas récidivé. Mais, de manière significative, la majorité des patients, quelque soit le diagnostic principal, ont récidivé ($p = 0,0083$).

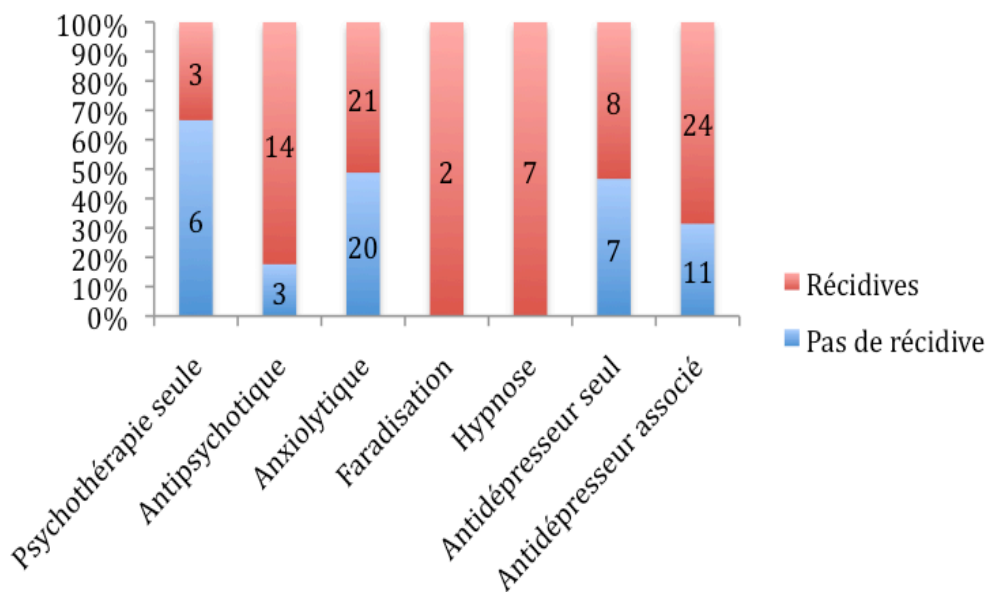


Figure 24. Récidives en fonction du traitement.

Plusieurs traitements médicamenteux ou non médicamenteux ont été utilisés seuls ou en association, n'empêchant pas les récurrences de manière significative ($p = 0,0416$).

H. Recherche des facteurs de risque de récurrence

1. Analyse univariée (régression logistique) de l'influence de différents facteurs sur les récurrences.

Les résultats de l'analyse univariée sont présentés dans le tableau ci-dessous.

<i>Facteurs</i>	<i>Catégories</i>	<i>Odds ratio</i>	<i>IC (95 %)</i>	<i>p</i>
Antécédents de conversion	Oui vs Non	<u>2,5568</u>	1,0423 à 6,2722	<u>0,0365</u>
Antécédents de dépression	Oui vs Non	1,2019	0,5104 à 2,8304	0,6736
Personnalité hystérique	Oui vs Non	0,8895	0,3394 à 2,3314	0,8119
Antécédents de tentative de suicide	Oui vs Non	<u>0,3804</u>	0,1132 à 1,2785	<u>0,1123</u>
Antécédents psychiatriques personnels	Oui vs Non	<u>2,4176</u>	0,1404 à 1,2189	<u>0,1059</u>
Antécédents psychiatriques familiaux	Oui vs Non	0,8250	0,3013 à 2,2587	0,7087
Autoagressivité associée	Oui vs Non	0,5571	0,1999 à 1,5525	0,2628
Décès d'un proche	Oui vs Non	1,5750	0,6658 à 3,7258	0,2992
Dépression associée	Oui vs Non	1,2397	0,4977 à 3,0876	0,6435
Divorce personnel, séparation	Oui vs Non	0,8878	0,2969 à 2,6543	0,8316
Divorce des parents	Oui vs Non	0,9362	0,1964 à 4,4629	0,9341
Enfance difficile	Oui vs Non	1,7105	0,5813 à 5,0335	0,3210
Relations difficiles avec le conjoint	Oui vs Non	0,8333	0,3327 à 2,0872	0,6975
Relations interpersonnelles difficiles	Oui vs Non	1,1243	1,1243 à 2,9468	0,8119
Relations difficiles avec la famille	Oui vs Non	1,2862	0,4982 à 3,3204	0,6036
Traumatismes sexuels	Oui vs Non	2,3571	0,5907 à 9,4063	0,2027
Evènements de vie traumatiques	Oui vs Non	<u>2,0781</u>	0,7883 à 5,4784	<u>0,1309</u>
Relations professionnelles difficiles	Oui vs Non	1,8919	0,6484 à 5,5198	0,2326
Prise en charge antérieure	Oui vs Non	<u>2,0490</u>	0,8579 à 4,8939	<u>0,1043</u>
Hospitalisation pour les troubles	Oui vs Non	0,6993	0,2678 à 1,8263	0,4659
Lieu de vie	Urbain vs Rural	0,9470	0,3735 à 2,4012	0,9087
Migrant	Oui vs Non	2,2667	0,4305 à 11,9348	0,3101
Retraités	Oui vs Non	<u>0,5376</u>	0,2143 à 1,3484	<u>0,1850</u>
Sexe	Fém. vs Masc.	0,7692	0,3025 à 1,9559	0,5799
Anesthésie dissociative	Oui vs Non	<u>2,4615</u>	0,7236 à 8,3742	<u>0,1312</u>
Amnésie dissociative	Oui vs Non	0,7708	0,2519 à 2,385	0,6490
Fugue dissociative	Oui vs Non	0,9362	0,1964 à 4,4629	0,9341

Pseudo-crisés épileptiques	Oui vs Non	1,4667	0,3417 à 6,2959	0,6008
TMCSS	Oui vs Non	<u>4,1754</u>	1,5783 à 11,0462	<u>0,0030</u>
Troubles moteurs purs	Oui vs Non	<u>4,1000</u>	1,5838 à 10,6137	<u>0,0028</u>
Troubles mixtes	Oui vs Non	<u>4,2857</u>	1,6772 à 10,9510	<u>0,0015</u>
Stupeur dissociative	Oui vs Non	1,5385	0,5175 à 4,5734	0,4322
Transe dissociative	Oui vs Non	0,6809	0,1586 à 2,9227	0,6058
Confusion psychogène	Oui vs Non	<u>0,1691</u>	0,0329 à 0,8693	<u>0,0187</u>
Traitement antidépresseur	Oui vs Non	1,6842	0,7088 à 4,0020	0,2366
Traitement anxiolytique	Oui vs Non	<u>0,5161</u>	0,2173 à 1,2258	<u>0,1317</u>
Traitement antipsychotique	Oui vs Non	<u>3,3846</u>	0,8797 à 13,0225	<u>0,0549</u>

Tableau 8. Analyse univariée (régression logistique) de l'influence de différents facteurs sur le risque de récurrence.

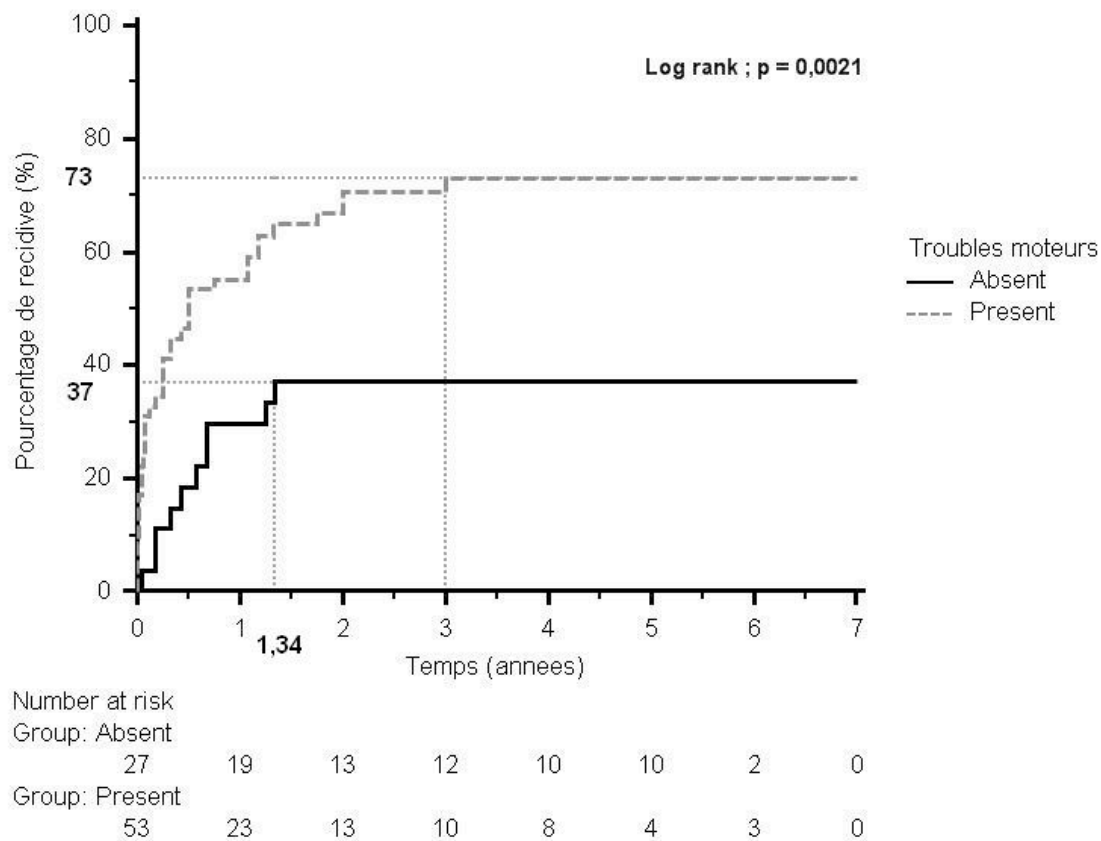
2. Analyse multivariée (régression logistique) de l'influence de différents facteurs sur les récidives.

<i>Facteurs</i>	<i>Catégories</i>	<i>Odds ratio ajustés</i>	<i>IC (95 %) ajustés</i>	<i>p</i>
Troubles moteurs	Oui vs Non	5,04	1,75 à 14,47	<u>0,0027</u>
Traitement antipsychotique	Oui vs Non	5,94	1,23 à 28,7	<u>0,0266</u>
Confusion psychogène	Oui vs Non	0,13	0,02 à 0,83	<u>0,0305</u>

Tableau 9. Analyse multivariée (régression logistique) de l'influence de différents facteurs sur les récidives.

Les facteurs persistants dans le modèle final, les plus pertinents, ont été les **troubles moteurs** ($p = 0,0027$), le **traitement par antipsychotique** ($p = 0,0266$) et l'**absence de confusion psychogène** ($p = 0,0305$).

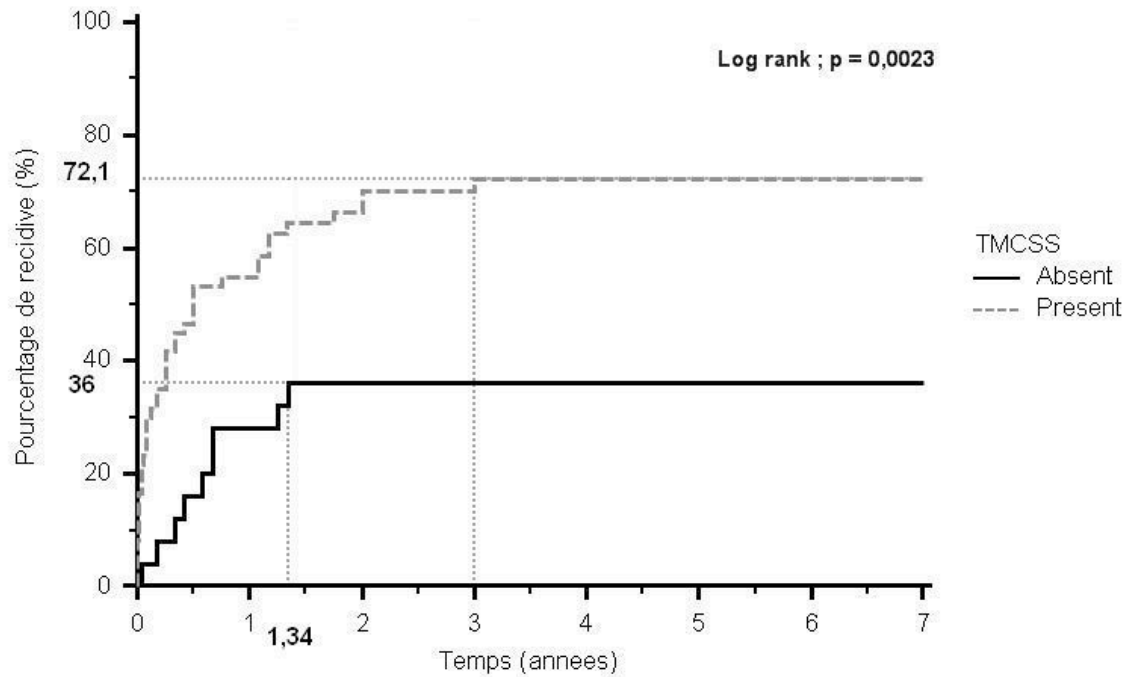
3. Suivi évolutif des récidives



Courbe 6. Suivi évolutif de la récurrence en fonction des troubles moteurs.

La courbe de Kaplan Meier du suivi évolutif de la récurrence en fonction de la présence de symptômes moteurs a été statistiquement significative ($p = 0,0021$).

Nous avons noté que les patients présentant des troubles moteurs ont récidivé à 73 %, contre 37 % sans ce symptôme.

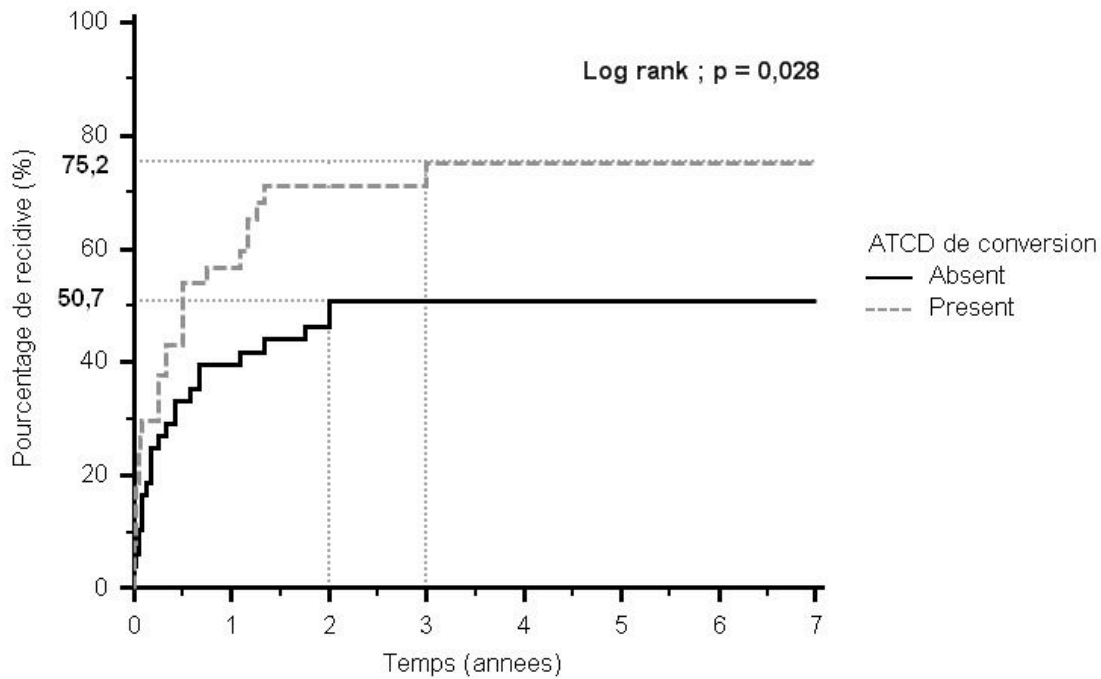


Number at risk	0	1	1,34	2	3	4	5	6	7
Group: Absent	25	18	12	12	10	10	2	0	
Group: Present	55	24	14	10	8	4	3	0	

Courbe 7. Suivi évolutif de la récurrence en fonction des TMCSS.

La courbe de Kaplan Meier du suivi évolutif de la récurrence en fonction de la présence de TMCSS (troubles moteur-convulsif-sensitif-sensoriel) a été statistiquement significative ($p = 0,0023$).

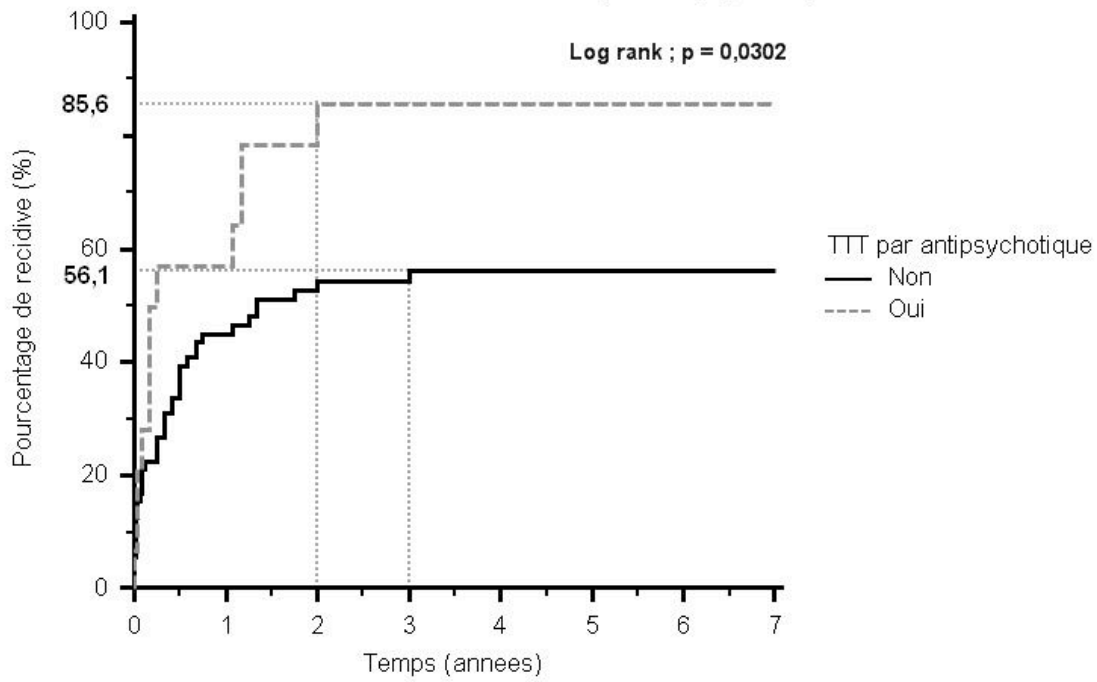
Nous avons noté que les patients présentant des TMCSS ont récidivé à 72 %, contre 36 % sans ces symptômes.



Courbe 8. Suivi évolutif de la récurrence en fonction des antécédents de conversion.

La courbe de Kaplan Meier du suivi évolutif de la récurrence en fonction des antécédents de conversion a été statistiquement significative ($p = 0,0280$).

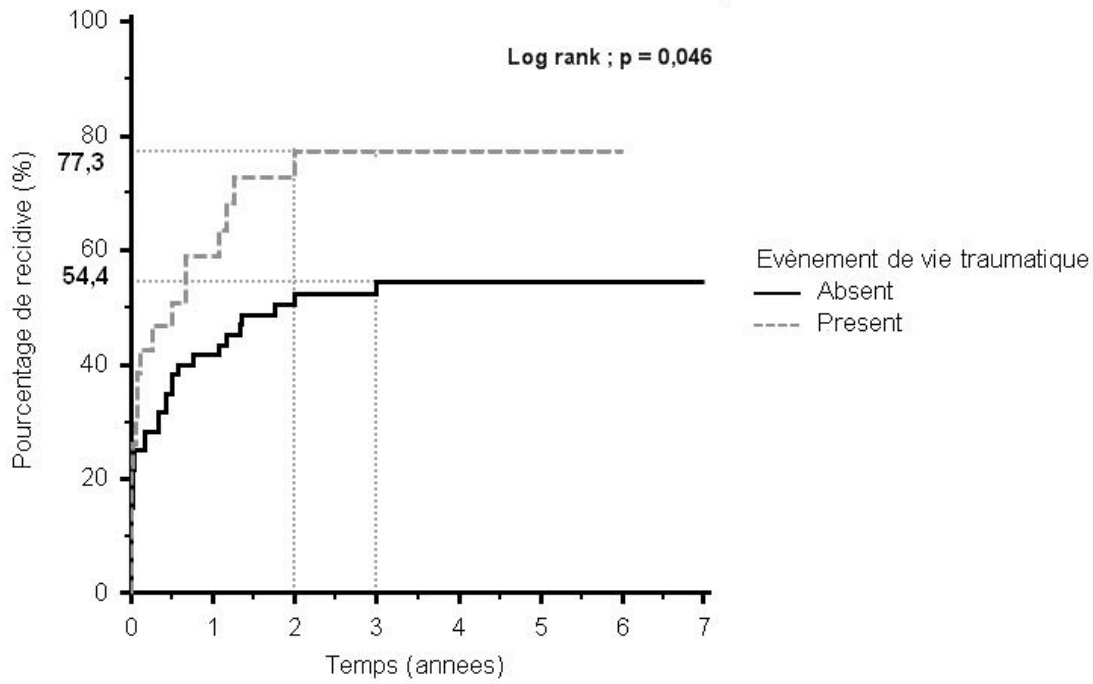
Nous avons noté que les patients ayant des antécédents de conversion ont récidivé à 75 %, contre 51 % sans cet antécédent.



Courbe 9. Suivi évolutif de la récurrence en fonction du traitement par antipsychotique.

La courbe de Kaplan Meier du suivi évolutif de la récurrence en fonction du traitement par antipsychotique a été statistiquement significative ($p = 0,0302$).

Nous avons noté que les patients traités par antipsychotiques (seuls ou en association) ont récidivé à 85,6 %, contre 56,1 % sans ce traitement.



Courbe 10. Suivi évolutif de la récurrence en fonction des événements de vie traumatiques.

La courbe de Kaplan Meier du suivi évolutif de la récurrence en fonction des événements traumatiques de vie a été statistiquement significative ($p = 0,0460$).

Nous avons noté que les patients ayant subi des événements de vie traumatiques ont récidivé à 77 %, contre 54 % sans cet antécédent.

DISCUSSION

De nombreuses études concernant les troubles dissociatifs, conversifs ont été publiées ces dernières années, en particulier sur le versant moteur (troubles moteurs et pseudo-crisés épileptiques). Quelques rares auteurs se sont penchés sur les troubles dissociatifs classés selon la CIM-10 (motrices et psychiques).

Nous avons donc voulu faire le point sur les différents symptômes dissociatifs (de conversion) présentés au XXI^{ème} siècle.

A notre connaissance, aucune étude n'a évalué statistiquement les facteurs associés aux risques de récurrence des troubles dissociatifs selon la CIM-10.

Devant ce constat, nous avons orienté notre étude clinique sur la symptomatologie et le suivi évolutif des patients conversifs, dans le cadre des risques de récurrence et des facteurs qui y sont associés, sur une durée de 7 ans, le tout sur une population de 87 patients.

Notre objectif visait d'une part à caractériser cette pathologie en ce début du XXI^{ème} siècle, en vue idéalement d'un meilleur diagnostic, d'autre part à essayer de déterminer des facteurs ayant une incidence sur l'évolution afin de permettre une meilleure prise en charge en particulier sur le plan de la prévention des récurrences.

I. Données sociodémographiques

A. Une population d'âge moyen de 49 ans

Notre population était homogène en ce qui concerne les âges avec une moyenne d'âge de $49,24 \pm 21$ ans. Cette dernière était très proche de la valeur de la médiane (49 ans) [IC 95 % : 39 à 55] ce qui était la preuve d'une population homogène.

D'autres études avaient une moyenne d'âge plus basse entre 30,5 et $37,5 \pm 10,9$ ans [149][263][69]. Mais l'âge moyen des personnes vivant en Limousin est de 43,5 ans en 2005 selon l'INSEE [264], la plus âgée de France (moyenne nationale de 39 ans), ce qui pourrait expliquer que notre moyenne d'âge était plus élevée. D'autre part, les autres études n'incluaient pas les patients de plus de 65 ans.

Sur le plan clinique, on ne peut s'aider du critère de l'âge pour établir le diagnostic de trouble de conversion.

L'âge de début des troubles ($42,34$ ans ± 21 ans, IC 95 % : 37,94 à 46,74) était également plus haut que les moyennes de la littérature qui se situaient entre 15 et 25 ans, 10 % des cas commenceraient après 45 ans. Nous retrouvons un taux significativement faible des patients mineurs ($p = 0,0015$) qui pourrait s'expliquer par le fait que les troubles conversifs chez les enfants se voient plus fréquemment dans les services de pédiatrie [73][74].

B. Une surreprésentation féminine

La significative sur-féminisation (70 %) de notre population ($p = 0,0004$) par rapport à celle de référence, était également confirmée par la littérature qui retrouve classiquement une fréquence trois fois plus importante chez la femme [263][45][106][265][169]. Nous avons confirmé la sur-représentation féminine selon les âges bien que ce résultat n'était pas statistiquement significatif ($p = 0,2556$) en raison du déséquilibre de la répartition hommes/femmes dans la population étudiée.

Les patients féminins sont également surreprésentés dans les études concernant les troubles conversifs que ce soit en Turquie [266], en Europe Occidentale [267][268], ou en Amérique du Nord [269], avec deux fois plus de femmes que d'hommes.

D'un point de vue pratique, même si les femmes représentent une majorité des patients, on ne peut récuser le diagnostic chez un homme sachant qu'il représente tout de même 30 % de la population. La conversion hystérique n'est pas une pathologie uniquement féminine. Nous devons donc faire attention à ne pas sous-estimer cette pathologie chez les hommes.

C. Un nombre de patients en diminution

Nous avons observé une diminution progressive du taux de patients présentant des troubles dissociatifs au cours du temps sur le C.H. Esquirol. Nous n'avons pu affirmer cette diminution sur l'année 2010, cette dernière n'étant pas arrivée à terme.

Malgré tout, cette tendance confirmait le fait que les patients présentant des troubles dissociatifs, conversifs consultent préférentiellement leur médecin généraliste et certains spécialistes tels que les neurologues, les rhumatologues, les médecins rééducateurs. Il semble persister une connotation péjorative de la prise en charge psychiatrique de l'hystérie de conversion, même si l'appellation « troubles dissociatifs » peut permettre de donner un sens moins négatif.

Ces patients consulteraient les psychiatres principalement en cas de comorbidités psychiatriques associées, ou de souffrance mentale.

D. Milieu rural, professions ouvrières ou salariées, chômage, niveau bas d'éducation et retraités

La majorité de notre population était issue du milieu rural de manière significative ($p = 0,0003$), avec une fréquence deux fois supérieure à la moyenne régionale selon l'INSEE, ce qui confirme les données de la littérature [40][168].

Nous avons remarqué une majorité statistiquement significative d'ouvriers et de salariés (33,3 %) ($p < 0,0001$) dans notre population, mais également une part importante d'inactifs professionnels de presque 30 %, sans prendre en compte les retraités et les étudiants, soit sept fois plus que la moyenne nationale, selon l'INSEE. Par ailleurs, seulement 44 % des cas avaient au moins un niveau secondaire (Brevet), contre environ 70 % dans la population nationale selon l'INSEE, et ceci, de manière significative ($p = 0,0001$).

Nos résultats confirmaient les données de la littérature qui montrait une association des troubles avec un statut économique plus bas [263][45][265][169], un niveau moindre d'éducation [169]. En particulier, Guz [263] retrouvait un niveau d'enseignement bas et une fréquence élevée chez les femmes au foyer, sans activité professionnelle.

Sur le plan pratique, il est important de se renseigner sur le contexte socio-professionnel dans le cadre de la prise en charge des troubles de conversion.

Il a été mis en évidence une part importante de retraités, ce qui était concordant avec la forte proportion des plus de 65 ans dans notre étude. Peu d'études épidémiologiques se sont intéressées aux patients de plus de 65 ans. Les troubles organiques inexpliqués et les troubles somatoformes auraient tendance à augmenter avec l'âge ; l'augmentation des pathologies organiques associées rend difficile leur caractérisation.

Il est important de souligner que cette pathologie concerne aussi les personnes âgées et qu'il ne faut pas les délaissier à la différence des pratiques passées.

E. Une situation familiale sans particularité

Concernant le statut matrimonial, la majorité de nos patients étaient mariés, et vivaient en famille. Nos données étaient comparables aux données concernant la population française, selon l'INSEE. Dans la littérature, la majorité des patients ayant des troubles de conversion sont mariés [45] [4].

Les patients de notre étude étaient de manière équivalente avec ou sans enfant(s), les personnes sans enfant étant significativement les plus jeunes (18 et 34 ans).

II. Des antécédents psychiatriques fréquents, notamment conversifs et dépressifs

La majorité (58 %) de nos patients avait déjà eu un contact avec la psychiatrie que ce soit en consultation ou en hospitalisation, dont 2/3 dans le cadre d'antécédents de troubles de conversion. Seulement 19,5 % des cas n'avaient aucun antécédent psychiatrique personnel connu.

Dans la littérature, le critère « antécédents de troubles de conversion » était noté dans 29 à 81 % des cas selon les séries [40].

Nous avons mis en évidence que dans 47 % des cas, des antécédents de troubles dépressifs étaient présents. Nous avons constaté une augmentation progressive des taux d'antécédents dépressifs en fonction de l'âge, passant de 0 % chez les moins de 18 ans à plus de 70 % des plus de 65 ans. Selon la littérature, la prévalence sur la vie entière de la dépression chez les patients présentant un trouble de conversion dépasserait les 50 % [85].

Nous avons confirmé le fait que les patients affectés par des troubles conversifs ont fréquemment des antécédents dépressifs.

Par contre, nous avons retrouvé une association avec un trouble de la personnalité de type histrionique, ou hystérique dans 26,4 % des cas. Cette association avait été évaluée à environ 20% par Marsden [65], ce qui était concordant avec nos résultats.

Sur le plan pratique, en cas de suspicion de troubles conversifs, la recherche d'antécédents de pathologies conversives, ainsi que des troubles de l'humeur semble intéressante afin de conforter le diagnostic.

III. Les diagnostics

A. Des diagnostics principaux variés

Dans les Troubles dissociatifs (de conversion), les « Troubles moteurs dissociatifs » (F44.4) (n = 23) occupaient la 1^{ère} place représentant 26 %, suivis par les « Troubles dissociatifs [de conversion], sans précision » (F44.9) (n= 20) avec 23 % des cas, puis par les « Stupeurs dissociatives » (F44.2) (13 % ; n = 11) et les « Amnésies dissociatives » (F44.0) (10 % ; n = 9).

Les autres catégories (« Fugues dissociatives » (F44.1), « Autres troubles dissociatifs [de conversion] » (F44.8), « Troubles dissociatifs [de conversion] mixtes » (F44.7), « Convulsions dissociatives » (F44.5), et les « Etats de transe et de possession » (F44.3)) ne représentaient que moins de 10 % des cas chacun.

Les diagnostics retenus en pratique clinique n'étaient pas dans certains cas représentatifs des symptômes présentés. Par exemple, aucun diagnostic d'anesthésie dissociative n'a été fait, alors que 18,4 % des cas en ont présentés les symptômes mais de manière combinée avec d'autres formes. Aucun cas de syndrome de Ganser, de personnalité multiple ou d'état second psychogène n'a été retrouvé dans notre étude.

B. La dépression, le principal diagnostic associé

Le principal diagnostic associé aux troubles dissociatifs était le syndrome dépressif avec 36 % des cas, avec également 22 % d'autoagressivité. Dans la littérature, cette association avec la dépression est retrouvée entre 18 et 50 % des cas [270][85][83]. Pour les crises pseudo-épileptiques, la dépression était la comorbidité la plus fréquente (de 12 à 100 %) [86].

Nous avons confirmé dans notre travail, l'association importante des troubles conversifs avec la dépression.

Les troubles de la personnalité représentaient 16 % des comorbidités, devant les troubles anxieux (13 %), les démences (8 %), l'éthylisme chronique (2 %), les troubles somatoformes (2%) et le retard mental (1 %). Dans les différentes études antérieures, les troubles dissociatifs étaient majoritairement associés au trouble de somatisation et aux états de stress post-traumatiques [263][271][272] alors que cette dernière association n'a pas été mise en évidence par notre étude malgré la fréquence des facteurs traumatiques retrouvés.

Comme vu précédemment, il est important en pratique clinique de rechercher les antécédents de troubles dépressifs chez les patients suspects de pathologie conversive.

IV. Les évènements déclenchants multiples

Nous retrouvons chez tous nos patients un événement traumatique et/ou des relations interpersonnelles difficiles dans leur histoire de vie.

A. Des évènements de vie traumatiques

L'événement de vie le plus fréquent était le **décès d'un proche** de l'entourage familial dans près de 50 % des cas, qui touchait préférentiellement les personnes de plus de 50 ans ($p = 0,0082$) et les femmes ($p = 0,0355$) de manière significative.

Puis, nous retrouvions par ordre décroissant, **une enfance** difficile (22 %, plutôt chez les 18-35 ans), une **séparation** conjugale (18,5 %), une **maladie** organique (13 %), un **accident** de la voie publique ou domestique (9 %), une agression physique, une guerre, l'armée, la prison.

La relation entre les dissociations mentales et les antécédents de traumatismes de l'enfance a été retrouvée dans les études précédentes [263][272][273][274][275][269][276].

La littérature est très riche concernant les traumatismes sexuels en tant que facteur de risque de trouble convertif. Dans notre étude, nous avons remarqué que 14 % des cas avaient subi des **traumatismes sexuels** (attouchement ou viol).

Plusieurs auteurs [182][183][184] retrouvent une corrélation positive entre troubles convertifs de type pseudo-crisis convulsives et abus sexuels dans l'enfance, avec également une triple association entre épilepsie, convulsions convertives et inceste non négligeable [185].

Une étude comportant 54 patients présentant des troubles convertifs [277] a permis de mettre en évidence un lien entre développement de ces troubles et durée de l'abus physique ou sexuel.

Par contraste avec des patients ayant des symptômes de conversion moteurs, les patients ayant des crises pseudo-épileptiques ont plus de risques [278] d'avoir subi un abus dans l'enfance.

L'ensemble de ces résultats est en accord avec le modèle biopsychosocial de Stonnington (cf. figure 1).

B. Des relations interpersonnelles compliquées

Les relations interpersonnelles intrafamiliales difficiles ont touché 42,5 % des patients, que ce soit avec les enfants ou les parents. Moins de patients ont été concernés par des difficultés relationnelles avec leur conjoint (30 %) ou dans leur milieu professionnel (23 %).

Au total, en pratique, il semble intéressant de rechercher des évènements de vie traumatiques et des difficultés relationnelles chez les patients suspectés de troubles conversifs.

V. Les symptômes dissociatifs

A. Troubles d'apparition brutale, de durée courte, sans cause organique retrouvée

Un point important mis en évidence par notre étude est que dans la quasi-totalité des cas, la survenue des troubles était brutale. La durée des troubles était très hétérogène allant de 1 à 87600 heures (soit 10 ans), la médiane étant de 72 heures [IC 95 % : 23,5 à 99].

Ceci est retrouvé dans la littérature dans l'étude de Lempérière [7] qui mettait en évidence une nette hétérogénéité de la durée des troubles.

Comme dans la littérature [146][279], tous les symptômes retrouvés n'avaient pas de justification organique que ce soit au niveau biologique, électroencéphalographique, ni en imagerie cérébrale.

Nous pouvons en déduire qu'en pratique clinique, il est très difficile à ce jour de déterminer la fin de l'évolutivité des troubles, d'où l'importance de mettre en évidence des facteurs de risques associés à la récurrence.

B. Des symptômes neurologiques multiples et associés

Nous avons observé que 68 % des patients présentaient des troubles neurologiques dissociatifs, de 1 à 3 types différents pouvant être associés.

Parmi ces troubles neurologiques, nous avons différencié les symptômes de type paralysies (40,2 % des cas), les paresthésies (23 %), l'anesthésie dissociative (18,4 %), l'ataxie et les troubles de la marche (18,4 %), les troubles cognitifs (11,5 %), les convulsions dissociatives (10,3 %), les troubles alimentaires (9,2 %), les douleurs (8 %), l'aphonie (8 %), les contractures (5,7 %), l'akinésie (5,7 %), la dysarthrie (4,6 %), l'agitation psychomotrice (4,6 %), les troubles de la vision (3,4 %), le mutisme sélectif (2,3 %), l'apraxie, le blépharospasme, la dysurie (1,1 % chacun).

En ce qui concerne la **latéralisation** des troubles, nous n'avons constaté aucune latéralisation dans 75 % des cas, 13,5 % à gauche et 11,5 % à droite. Dans la littérature, les résultats sont contradictoires : Galin [121], Pascuzzi [122] et Stern ont trouvé une

latéralisation située à gauche, alors que Fallick [124] et Regan [125] à droite. D'autres encore n'ont trouvé aucune asymétrie [126][127][128][129]. Les résultats restent controversés [132].

En pratique clinique, il est difficile de se baser sur le critère de latéralisation afin de faire le diagnostic de trouble de conversion.

	<i>Ljunsberg [223]</i> <i>en 1957</i> <i>n = 381</i>	<i>Netter [82]</i> <i>en 1987</i> <i>n = 64</i>	<i>Krull [224]</i> <i>en 1990</i> <i>n = 220</i>	<i>Guz [263]</i> <i>en 2004</i> <i>n = 87</i>	<i>Sar [266]</i> <i>en 2004</i> <i>n = 38</i>	<i>Notre étude</i> <i>en 2010</i> <i>n = 87</i>
Troubles de la marche (ataxie, astasie, abasie)	47,2 %	22 %				18,4 %
Déficits moteurs	16 %	20 %		25 %	10,5 %	40,2 %
Troubles moteurs			46 %		89,5 %	68 %
Manifestations critiques, convulsions	20 %		23 %	25 %		10,3 %
Coma, syncopes	6 %	6 %				
Déficits sensitifs		20 %		4,6 %	10,3 %	18,4 %
Dyskinésies	10 %	13 %	13 %			10 %
Trouble du langage	1 %	6 %	6 %		2,9 %	15 %
Troubles visuels	0,8 %	2 %	4 %			3,4 %
Troubles urinaires		3 %	4 %			1,1 %
Autres		8 %	4 %			
Troubles mixtes				50 %		50 %
Troubles cognitifs						11,5 %
Douleurs						8 %
Troubles alimentaires						9,2 %

Tableau 8. Comparaison de la fréquence relative des différents symptômes neurologiques de conversion dans la littérature [40].

Comme nous pouvons l'observer dans le tableau comparatif, dans notre étude, faite sur sept années entre 2003 et 2010, au début du XXI^{ème} siècle, les troubles neurologiques sont différents des dernières études faites en 1957, 1987, et 1990, qui eux mêmes étaient différents entre eux ce qui montre bien la grande variabilité de l'expression clinique de cette pathologie.

Dans notre étude, les troubles moteurs sont plus importants que lors du XX^{ème} siècle, comme le confirme l'étude de Sar [266] de 2004, alors que les pseudo-crisés épileptiques, les troubles de la marche ont diminué. Les troubles du langage (aphonie, dysarthrie, mutisme) sont également plus fréquents. Les troubles sensitifs et visuels semblent restés stables.

Par ailleurs, dans notre étude, nous avons relevé des troubles cognitifs d'origine psychogènes, des troubles alimentaires. Les précédentes études ne concernaient pas les personnes âgées, ce qui peut expliquer que ces symptômes ne soient pas identifiés dans les précédentes études, alors qu'ils sont caractéristiques des patients âgés de plus de 65 ans.

Il est important de souligner que cette pathologie concerne aussi les personnes âgées et qu'il ne faut pas les délaisser à la différence des pratiques passées.

En revanche, sur le plan clinique, il faut noter que ces troubles se présentent dans 50 % des cas sous la forme d'une association, par exemple, paralysie avec stupeur dissociative. Il est donc important de suspecter en cas d'une symptomatologie associant deux types différents de troubles neurologiques, un trouble de conversion.

Les paralysies dissociatives affectaient principalement une partie d'un membre ou une moitié du corps (hémiparésie) de manière significative ($p = 0,0047$). Elles touchaient préférentiellement les femmes (79 % des paralysés) ($p = 0,1121$) ; sans différence d'âge ($p = 0,8680$) ; préférentiellement les ouvriers ou salariés et les sans professions.

On retrouvait chez les patients présentant des troubles de type paralysies dans la majorité des cas :

- un décès d'un proche,
- un ou plusieurs antécédents de troubles dissociatifs,
- un antécédent de syndrome dépressif,
- des difficultés relationnelles avec le conjoint, ainsi que des difficultés professionnelles,
- des difficultés relationnelles avec la famille (parents, enfants).

Il est donc important en cas de paralysies si on suspecte une pathologie conversive sous-jacente de rechercher des antécédents d'évènements de vie ou des comorbidités psychiatriques.

Les convulsions dissociatives n'ont touché que 10 % des patients sans différence de sexe, mais affectant 8 % des femmes et 15 % des hommes. Alors que dans la littérature, les taux se rapprochent plus des 25 % entre 1957 et 1990 [223][224].

Les troubles sensitifs affectent majoritairement les femmes ($p = 0,0382$), et sont en permanence associés à un ou plusieurs troubles moteurs. Nous retrouvons également des paresthésies chez $\frac{1}{4}$ des patients. Par contre, les troubles sensoriels étaient peu présents avec seulement des troubles de la vision, et non de l'audition. Les troubles sensoriels sont dans la littérature toujours cités mais jamais réellement quantifiés. Les symptômes oculaires les plus intéressants étant le rétrécissement concentrique du champ visuel et la diplopie monoculaire selon Janet [280] et le déplacement dans tous les sens [8].

L'association de troubles moteurs et sensitifs non systématisés sur le plan neurologique, pourrait faire suspecter le diagnostic de trouble de conversion, d'autant plus chez la femme.

C. La stupeur, l'amnésie, la fugue, la confusion

Nous avons constaté que 21 % des cas ont présenté une **stupeur** dissociative, concernant une majorité de femmes (72 %), des personnes vivant en milieu urbain ($p = 0,0031$), sans différence d'âge, ni de statut marital, ni de profession.

En accord avec nos résultats, l'étude de la littérature n'a permis de mettre en évidence peu de cas de stupeur dissociative dans la littérature que ce soit en Europe [281][282] ou au Japon [283] ou en Inde [284].

Nous avons rapporté 15 cas **d'amnésie** dissociative, soit 17 % des cas, sans différence de sexe, d'âge, de statut marital, ni de profession. L'association avec la fugue dissociative était présente que pour 30 % des cas ($p = 0,0167$). Nos résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature (5,3 % pour Sar [266]).

Seulement 8 % des cas ont été côtés « **fugue** dissociative » ($n = 7$), chez des patients de sexe masculin à 71 % ($p = 0,0474$) (18,5 % des hommes et 3 % des femmes), sans différence d'âge.

Lors de l'état de **transe et de possession** dissociative, le patient présente un état modifié de conscience, durant lequel il peut manifester des hallucinations, une reviviscence d'événements traumatiques, ou la perception d'un état de possession (du corps et de l'esprit) par un « esprit étranger ». Huit cas ont été retrouvés (9,2 %), les symptômes étaient surtout des hallucinations auditives avec un syndrome d'influence. Toutes les classes d'âge étaient représentées, sans différence de sexe, ni de statut marital, par contre, la majorité était sans profession de manière significative ($p = 0,0152$).

La **confusion psychogène** a été retrouvée chez 10,3 % des cas ($n = 9$), chez des patients de plus de 65 ans, des femmes, des retraités ayant comme profession antérieure : ouvriers, salariés ou sans.

VI. La prise en charge

Peu de patients ont pu bénéficier d'un bilan de personnalité au cours de leur prise en charge. Nous avons mis en évidence 25 % de trouble de la personnalité histrionique, ce qui est comparable avec les données de la littérature.

Les patients ont été hospitalisés dans 74 % des cas, les autres ont eu une prise en charge ambulatoire. Une majorité des patients (77 %) pris en charge ont accepté un suivi psychiatrique (n = 67) par la suite, les autres ont refusé.

Tous les patients ont reçu un traitement psychothérapeutique et/ou médicamenteux. La majorité a bénéficié d'un traitement antidépresseur (57 %), et/ou d'un anxiolytique (47 %). Les autres traitements étaient les antipsychotiques (17,5 %), l'hypnose (8 %), et la faradisation (2,3 %). Nous n'avons pas retrouvé de traitement par thymorégulateur de l'humeur.

Les traitements antidépresseurs étaient préférentiellement prescrits en association avec un anxiolytique (68 %), un antipsychotique (23 %) ou l'hypnose (9 %).

Concernant les psychothérapies, 10,3 % des patients ont bénéficié d'une psychothérapie de soutien seule, et 8 % par hypnose. Les autres psychothérapies n'ont pas été retrouvées dans notre étude.

VII. Les récives

De manière significative, 60 % des cas ont récidivé sur les 7 ans du suivi de notre étude. Un quart des patients ont fait entre 1 et 2 récives, et un quart entre 3 et 5 récives. Seulement 6 % des cas ont fait plus de 5 récives. A noter que les patients dont les troubles dissociatifs se présentaient sous la forme d'une confusion psychogène sembleraient moins à risque de récidiver. Il semble qu'une majorité des patients récidiveront, il faut donc le prendre en compte dans la pratique clinique.

Le traitement anxiolytique, le traitement antidépresseur et la psychothérapie de soutien seuls, ont permis une part moins importante de récive (50%) comparés aux autres traitements (70 %).

Il semblerait intéressant de privilégier ces orientations thérapeutiques.

VIII. Conclusions sur les hypothèses développées précédemment

De façon convergente avec la littérature, nous avons fait émerger des hypothèses, intervenant dans la pratique clinique, dans le cadre des troubles dissociatifs (de conversion) : une majorité de femmes (mais aussi des hommes), présents également chez les personnes âgées, un niveau socio-économique bas, de milieu rural, un nombre de patients en diminution pris en charge en psychiatrie, de nombreux antécédents de conversion et dépressifs, des événements de vie traumatiques, des décès, des séparations conjugales et des difficultés relationnelles, une forte comorbidité dépressive, avec des symptômes neurologiques moteurs et/ou sensitifs, en association, sans systématisation, sans latéralisation précise, des troubles de conversion psychique en augmentation, un traitement majoritaire par antidépresseur avec une psychothérapie associée. Ces dernières ont été par le passé confirmées par des analyses statistiques.

De plus, nous avons mis en évidence qu'un traitement anxiolytique, un traitement antidépresseur et la psychothérapie de soutien seuls, ont permis une part moins importante de récurrence que les autres traitements employés.

IX. Pronostic : suivi évolutif du risque de récurrence en fonction des différents facteurs

D'après les principales descriptions, les récurrences sont fréquentes, survenant dans un cinquième à un quart des cas au cours de la première année, une seule récurrence annonçant en général des épisodes futurs [285], avec une évolution chronique ou une période similaire à chaque état de stress. Mais peu d'études ont évalué statistiquement l'incidence des facteurs sur le risque de récurrence.

Une seule étude, américaine [286] de 1999, menée sur 6 mois, a étudié les facteurs de récurrence que des pseudo-crisées épileptiques chez 45 patients, à 1 mois et entre 2 et 6 mois avec une analyse de régression logistique. Les auteurs retrouvent 71 % de récurrence dans les 6 mois, et 29 % de rémission. Les facteurs de risque de récurrence identifiés seraient la dépression récurrente, les troubles dissociatifs, les troubles de la personnalité, les abus chroniques, puis en moindre incidence, les problèmes psychosociaux, le refus du traitement proposé. Par contre, le fait d'avoir un seul antécédent dépressif serait protecteur. Mais cette étude avait un échantillon de patients inférieur à celui de notre étude, et une durée de suivi bien moindre en durée, et de ce fait, leurs résultats sont moins significatifs du point de vue statistique. De plus ils n'ont pas réalisés de courbe de survie de Kaplan Meier.

Une étude allemande [287] de 2004 réalisée sur un petit échantillon de patients (n = 27) a étudié le devenir de patients diagnostiqués troubles dissociatifs dans leur enfance, sans avoir réalisé d'analyse statistique autre que descriptive (les auteurs n'ont réalisé ni régression logistique ni courbe de Kaplan Meier). Les auteurs retrouvent 26 % de troubles persistants, en lien avec un niveau psychosocial bas à l'âge adulte.

Une étude anglaise [244] de 2004 a étudié l'effet des thérapies cognitivo-comportementales sur 16 patients présentant les troubles dissociatifs mais seulement sur une durée de 6 mois après la fin du traitement, ce qui est peu significatif. Les auteurs ont mis en évidence une diminution de la fréquence des troubles et une amélioration du fonctionnement psychosocial, sans analyse statistique sur les facteurs de risque de récurrence.

A. Analyse par régression logistique

L'analyse descriptive de notre population a permis de faire émerger des critères qui semblent associés aux troubles de conversion : sexe féminin, niveau éducationnel et professionnel bas, milieu rural, antécédents psychiatriques conversifs et dépressifs, forte comorbidité avec la dépression, des événements de vie traumatiques, des difficultés relationnelles, des symptômes neurologiques moteurs et sensitifs sans systématisation, ni réelle latéralisation, des troubles mixtes, des troubles de conversion psychiques en augmentation. Ces derniers ont été très nettement étudiés dans la littérature.

Il nous a donc semblé important d'orienter notre étude sur les facteurs associés au risque de récurrence qui n'ont quasiment jamais été étudiés dans la littérature.

Nous avons donc appliqué des analyses univariées et multivariées aux hypothèses semblant les plus pertinentes dans la pratique clinique.

Les analyses univariées ont mis en évidence de nombreux facteurs ayant un impact sur le risque de récurrence des troubles dissociatifs, de conversion, de manière significative, sur le plan pratique (par ordre décroissant de significativité) :

- les patients ayant présenté des **troubles mixtes** ont **4,3 fois plus** de risque de récurrence ($p = 0,0015$),
- les patients ayant présenté des **troubles moteurs purs** ont **4,1 fois plus** de risque de récurrence ($p = 0,0028$),
- les patients ayant présenté un **trouble moteur-convulsif-sensitif-sensoriel (TMCSS)** ont **4,2 fois moins** de risque de récurrence ($p = 0,0030$),
- les patients ayant présenté une **confusion psychogène** ont **5,9 fois moins** de risque de récurrence ($p = 0,0187$),
- les patients ayant des **antécédents de conversion** ont **2,5 fois plus** de risque de récurrence ($p = 0,0403$),

Pour mémoire, le traitement par antipsychotique est à la limite de la significativité comme facteur péjoratif sur le risque de récurrence ($p = 0,0549$).

Beaucoup des facteurs étudiés ont été classiquement évoqués dans la littérature comme pouvant avoir une valeur pronostique certaine : les antécédents personnels de conversion, les symptômes de conversion moteurs et sensitifs. Mais, peu d'études statistiques autres que descriptives n'ont été réalisées.

L'analyse multivariée (modèle de régression logistique) a permis d'identifier **trois facteurs** indépendants ayant le plus de poids dans cette **majoration du risque relatif de récurrence** de manière significative :

- les patients ayant présenté des **troubles moteurs** ($p = 0,0027$),
- les patients ayant bénéficié d'un **traitement par antipsychotique** ($p = 0,0266$),
- les patients **n'ayant pas** présenté de **confusion psychogène** ($p = 0,0305$).

Nos critères retenus dans le modèle final, les troubles moteurs, le traitement par antipsychotique, et l'absence de confusion psychogène, s'avèrent les plus associés au risque de récurrence. Ce qui, au jour d'aujourd'hui n'a pas été décrit dans la littérature, et constituerait donc un résultat original qu'il serait intéressant de réévaluer par la suite.

L'analyse multivariée tendrait à prouver que l'introduction d'un traitement antipsychotique dans les pathologies conversives serait à risque de récurrence de manière significative. Les traitements antipsychotiques sont une classe médicamenteuse qui a un apport bénéfique en psychiatrie dans le cadre de nombreuses pathologies mais il semblerait qu'ils favoriseraient les récurrences des troubles conversifs, ce qui nous permettrait d'émettre la recommandation de ne pas les introduire dans le cadre de troubles conversifs.

Par ailleurs, sur le plan pratique, de façon significative, les patients ayant présenté des troubles moteurs semblent être ceux le plus à risque de récurrence ($p = 0,0027$).

B. Analyse du profil évolutif par les courbes de Kaplan Meier (modèle du Log rank)

Les courbes de Kaplan Meier permettent d'évaluer le profil évolutif de différents groupes de patients en fonction des critères qui ont émergé lors des analyses statistiques ; nous n'avons retenu que les courbes statistiquement significatives.

Les patients qui présentent des **troubles moteurs**, ont un profil évolutif distinct qui se démarque par un délai sans récurrence significativement plus faible qu'en l'absence de troubles moteurs ($p = 0,0021$).

L'analyse visuelle de la courbe de Kaplan Meier permet d'observer des récurrences plus précoces chez les patients présentant des troubles moteurs.

En présence de troubles moteurs, les patients récidivent environ deux fois plus, de manière plus précoce. La récurrence, si elle a lieu, se déroule préférentiellement dans les 3 ans en présence de troubles moteurs, et dans les 16 mois en l'absence de troubles moteurs.

Les patients qui présentent des **TMCSS** ont un profil évolutif distinct avec un délai sans récurrence significativement plus faible qu'en l'absence de TMCSS ($p = 0,0023$).

L'analyse visuelle de la courbe de Kaplan Meier permet d'observer des récurrences plus précoces chez les patients présentant de TMCSS.

En présence de TMCSS, le risque de récidiver est environ deux fois plus élevé, et ce de manière plus précoce qu'en l'absence de TMCSS. La récurrence, si elle a lieu, se déroule préférentiellement dans les 3 ans en présence de TMCSS, et dans les 16 mois en l'absence de TMCSS.

Les patients qui ont **des antécédents de troubles conversifs** ont un profil évolutif distinct avec un délai sans récurrence significativement plus faible qu'en l'absence d'antécédents de troubles conversifs ($p = 0,028$).

L'analyse visuelle de la courbe de Kaplan Meier permet d'observer des récurrences plus précoces chez les patients aux antécédents de troubles de conversion.

En présence d'antécédents de troubles conversifs, le risque de récidiver est 0,5 fois plus élevé qu'en l'absence de ces antécédents. La récurrence, si elle a lieu, se déroule préférentiellement dans les 3 ans en présence d'antécédents de trouble de conversion, et dans les 2 ans en l'absence d'antécédents de trouble de conversion.

Les patients qui ont été traité par un **traitement par antipsychotique** ont un profil évolutif distinct avec un délai sans récurrence significativement plus faible que sans ce traitement ($p = 0,0302$).

L'analyse visuelle de la courbe de Kaplan Meier permet d'observer des récurrences plus précoces chez les patients traités par antipsychotique.

Le risque de récurrencer avec un traitement antipsychotique chez les patients présentant des troubles dissociatifs est 0,5 fois plus élevé que sans ce traitement. La récurrence, si elle a lieu, se déroule préférentiellement dans les 2 ans avec un traitement par antipsychotique, et dans les 3 ans, sans ce traitement.

Les patients aux antécédents **d'évènements de vie traumatiques** ont un profil évolutif distinct avec un délai sans récurrence significativement plus faible qu'en l'absence de ces antécédents ($p = 0,046$).

L'analyse visuelle de la courbe de Kaplan Meier permet d'observer des récurrences plus précoces chez les patients avec des antécédents d'évènements de vie traumatiques par rapport aux autres patients.

Le risque de récurrencer avec des antécédents d'évènements de vie traumatiques est 1,4 fois plus élevé que sans ces antécédents. La récurrence, si elle a lieu, se déroule préférentiellement dans les 2 ans en présence d'évènements de vie traumatiques, et dans les 3 ans en l'absence d'évènements de vie traumatiques.

Pour la première fois dans le cadre des troubles de conversion à notre connaissance, il a donc été mis en évidence que les troubles moteurs, les troubles neurologiques (TMCSS), les antécédents de trouble de conversion, le traitement par antipsychotique et les évènements de vie traumatiques soient les facteurs de risque de récurrence les plus pertinents.

Ces résultats préliminaires constituent une base intéressante à une étude multicentrique prospective permettant de confirmer ces hypothèses sur une plus grande échelle.

C. Au total

Notre étude fait apparaître que les facteurs associés à une plus grande probabilité de récurrence sont de manière statistiquement significative :

- les **troubles moteurs** (confirmés par les analyses uni- et multivariées, et les courbes de Kaplan Meier),
- le **traitement par antipsychotique** (confirmé par l'analyse multivariée et les courbes de Kaplan Meier),
- les **troubles neurologiques de type TMCSS** (confirmés par l'analyse univariée et les courbes de Kaplan Meier),
- les **antécédents de troubles de conversion** (confirmés par l'analyse univariée et les courbes de Kaplan Meier),
- les **événements de vie traumatiques** (confirmés par les courbes de Kaplan Meier),
- les **troubles mixtes** (confirmés par l'analyse univariée).

De plus, la **confusion psychogène** apparaît être un symptôme ayant une plus faible propension à récidiver.

Par ailleurs, les récurrences, quel que soit le facteur influençant la récurrence, si elles ont lieu, se déroulent préférentiellement dans les **3 premières années** suivant le diagnostic de troubles dissociatifs.

En présence de l'un de ces facteurs (troubles moteurs, TMCSS, antécédents de troubles de conversion, traitement par antipsychotique et événements de vie traumatiques), la récurrence a lieu de manière **plus précoce** et **plus fréquente** qu'en l'absence de ces troubles, et ce, de manière statistiquement significative.

Il semblerait que **le risque soit faible de récurrence au-delà de 3 ans** après le diagnostic, sur une durée d'étude de 7 ans, quel que soit le facteur pouvant influencer la récurrence.

On peut déduire de notre étude, originale, par son sujet et par sa significativité, qu'après 3 ans, le risque de présenter une récurrence est plus faible, les patients pourraient être considérés en « rémission » avec une prise en charge. A notre connaissance, après consultation de la littérature, c'est la première fois qu'un tel résultat est mis en évidence.

X. Critiques de l'étude

A. Points forts

1. Originalité

Peu d'auteurs se sont consacrés à l'étude descriptive des troubles dissociatifs décrits dans la CIM-10. La plupart ont étudié les pseudo-crisés épileptiques, les troubles moteurs [83] ou les troubles dissociatifs selon le DSM-IV-R, en évaluant les facteurs de risque de présenter ces troubles. Mais aucune étude n'a évalué les facteurs de risque de récurrence des troubles dissociatifs selon la CIM-10.

Par ailleurs, seule une étude américaine [286] de 1999 a évalué de manière statistique avec une régression logistique, les risques de récurrence uniquement des pseudo-crisés épileptiques sur une durée courte de 6 mois, et sur seulement 45 patients. Les autres auteurs n'ont pas utilisé d'analyses statistiques autres que descriptives.

De plus, aucune étude n'a évalué l'incidence des traitements médicamenteux sur les risques de récurrence de ces troubles. Seule une étude [244] a étudié les effets de la thérapie cognitivo-comportementale sur les troubles dissociatifs seulement sur une durée maximale de 6 mois.

2. Significativité et convergence sur le plan statistique

Au terme de la consultation de plusieurs centaines d'articles sur Pubmed® et ScienceDirect®, nous avons constaté la sous-utilisation des méthodes statistiques permettant de définir de façon fiable les facteurs associés à un risque de récurrence des troubles conversifs, et d'étudier les profils évolutifs sur le long terme.

Il faut encourager l'utilisation des courbes de Kaplan Meier avec le modèle du Log rank, des analyses uni- ou multivariées de régression logistique, et ne pas s'arrêter aux simples méthodes descriptives. Ces études statistiques permettent d'augmenter l'impact de l'étude.

En particulier, il est intéressant de noter que dans le cadre de notre étude, les différentes méthodes statistiques précédemment citées nous ont permis d'obtenir de résultats

statistiquement significatifs et surtout à caractère convergent entre elles, tendant à renforcer l'impact de nos hypothèses sur les facteurs de récurrence associés aux pathologies convertives.

3. Recul

Notre étude couvre une période de sept ans, nous permettant d'étudier de façon fiable les risques de récurrence. Les autres études ont été réalisées avec un recul seulement de 6 mois.

4. Effectif

Notre effectif était de 87 patients. La seule étude disponible à visée pronostique ne comportait que 45 patients sur un recul seulement de 6 mois.

5. Etude complète

Les différentes études descriptives des troubles dissociatifs étudiaient seulement les « troubles de conversion » selon le DSM-IV-R et non selon la CIM-10, donc ne prenaient pas en compte les « troubles dissociatifs » du DSM-IV-R (amnésie, fugue, stupeur, état de transe et de possession, confusion psychogène, Ganser, personnalité multiple). D'autres auteurs n'ont fait qu'une description d'un cas clinique avec une recherche bibliographique [84][103][160] ou encore n'ont étudié que les troubles dissociatifs (n = 43) [69] selon le DSM-IV-R.

6. Suivi des données

Les dossiers des patients étaient tous complets concernant les informations recherchées par notre questionnaire, car la majorité de nos données notamment socio-démographiques font partie du dossier d'admission obligatoire ; les thérapeutiques médicamenteuses étaient renseignées sur les logiciels informatiques de prescription ; les examens complémentaires demandés avec leurs résultats sur les feuilles de prescription d'examens ; les dates de prise en charge sont informatisées sur les logiciels Logon® et Cariatide® ; les dossiers médicaux étaient bien renseignés.

B. Limites

1. Caractère rétrospectif

Nous constatons que nous n'avons pas rencontré les patients et que les données dont nous avons disposé pour notre questionnaire provenaient des dossiers de soins. Les réponses à nos questions dépendaient donc de ce qui avait été noté dans le dossier par les soignants. Notre questionnaire s'est attaché à écarter au mieux cette part de subjectivité et d'interprétativité systématiquement qui nuit à la pertinence et à la puissance statistique des résultats en utilisant des données les plus objectives possibles (cf. annexe 1).

Les limites de notre étude rétrospective soulèvent la nécessité de la mise en place d'une étude de méthodologie prospective multicentrique. Le suivi prospectif permettrait une approche clinique et psychopathologique plus fine (grâce à l'utilisation d'échelles diagnostiques telles que Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS), Dissociative Experience Scale (DES), Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) ou Questionnaire de Dissociation Somatoforme (SDQ-438 20)), et la mise en place d'un travail conjoint multicentrique avec les services médico-chirurgicaux du C.H.R.U. de Limoges de neurologie, rhumatologie, rééducation fonctionnelle.

Cette collaboration pourrait faciliter et développer les échanges avec les équipes médicales des autres spécialités dont nous avons souligné la pertinence, précisément en ce qui concerne les patients présentant des troubles conversifs. Cette étude prospective nous engagerait dans la poursuite d'une réflexion commune à propos des stratégies de prévention à développer.

Enfin, une enquête prospective nous permettrait de débiter un travail de réflexion auprès des équipes soignantes, centrées sur les représentations associées aux troubles conversifs, et tous les symptômes associés à l'hystérie.

CONCLUSION

« L'hystérie bouleverse le confort d'un savoir, bouscule la sécurité des connaissances. Elle montre qu'il reste à créer, à inventer, à désirer. » (Lucien Israël)

Nous pouvons dire que l'hystérie de conversion est toujours présente au XXI^{ème} siècle, mais avec des symptômes qui ont évolué : moins de crises convulsives et de troubles de la marche, plus de déficits moteurs, de troubles du langage et de multiples symptômes comme les troubles cognitifs, les troubles alimentaires, que lors du précédent siècle.

Effectivement les patients s'adaptent à leur époque, aux avancées médicales et aux examens complémentaires de plus en plus évolués, comme le disait Widlöcher : *« Ce n'est pas l'hystérie qui a changé, c'est la médecine dans laquelle cette maladie ... prend sa place » [33].*

La sortie prochaine (en mai 2013) de la nouvelle version du DSM amène de nouvelles discussions sur le rapprochement des troubles de conversion somatiques et psychiques, comme dans la CIM-10. Notre étude confirme la forte association de ces troubles entre eux.

Nous avons mis en évidence pour la première fois, des facteurs associés significativement ($p < 0,05$) à un risque élevé de récurrence : les troubles de type neurologiques (moteurs, convulsifs, sensitifs et sensoriels) et plus particulièrement moteurs, l'absence de confusion psychogène, le traitement par antipsychotique, les antécédents de troubles conversifs, les événements de vie traumatiques (autres que sexuels). Il sera important dans le cadre d'une pratique clinique de veiller à rechercher ces facteurs au cours de l'interrogatoire et d'essayer d'en diminuer l'impact.

Dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse des pathologies convertives, il semble émerger de notre étude, la nécessité de ne pas prescrire de traitement antipsychotique mais de privilégier, une fois la pathologie organique éliminée, la prescription d'un anxiolytique ou d'un antidépresseur, surtout si les comorbidités le nécessitent, associée à une psychothérapie afin de diminuer le risque de récurrence.

D'un point de vue pratique, il est important de noter que la récurrence, si elle a lieu, se déroule dans les trois premières années après le diagnostic et ce, quelques soient les facteurs de risques présents. Il semblerait que le risque de présenter une récurrence soit faible après trois ans, et pourrait permettre, grâce aux résultats préliminaires de notre étude, de considérer nos patients en « rémission ».

Les pathologies dissociatives, sont des pathologies complexes et délicates en raison du risque de pathologie organique associée. Elles regroupent un ensemble de symptômes nécessitant une prise en charge multidisciplinaire alliant psychiatres, rhumatologues, neurologues, médecins rééducateurs et médecins généralistes.

Notre étude constitue une ébauche d'étude pilote qui pourrait initier la mise en place d'une étude prospective multicentrique permettant de confirmer nos hypothèses sur les risques de récurrence afin de permettre une meilleure précision diagnostique et de faciliter la prévention de ces troubles.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

COURBE 1. REPARTITION PAR CLASSE D'AGE.....	119
COURBE 2. REPARTITION DES PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES DISSOCIATIFS PAR ANNEE.....	121
COURBE 3. NOMBRE D'ENFANTS EN FONCTION DE LA CLASSE D'AGE.....	126
COURBE 4. DUREE DES TROUBLES DISSOCIATIFS.....	135
COURBE 5. NOMBRE DE RECIDIVES.....	142
COURBE 6. SUIVI EVOLUTIF DE LA RECIDIVE EN FONCTION DES TROUBLES MOTEURS.....	147
COURBE 7. SUIVI EVOLUTIF DE LA RECIDIVE EN FONCTION DES TMCSS.....	148
COURBE 8. SUIVI EVOLUTIF DE LA RECIDIVE EN FONCTION DES ANTECEDENTS DE CONVERSION.....	149
COURBE 9. SUIVI EVOLUTIF DE LA RECIDIVE EN FONCTION DU TRAITEMENT PAR ANTIPSYCHOTIQUE.....	150
COURBE 10. SUIVI EVOLUTIF DE LA RECIDIVE EN FONCTION DES EVENEMENTS DE VIE TRAUMATIQUES.....	151
FIGURE 1. CONCEPT BIOPSYCHOSOCIAL DU TROUBLE DE CONVERSION DE STONNINGTON [87].....	105
FIGURE 2. REPARTITION PAR SEXE (N=87).....	120
FIGURE 3. REPARTITION PAR AGE EN FONCTION DU SEXE.....	121
FIGURE 4. REPARTITION EN FONCTION DES LIEUX DE VIE.....	122
FIGURE 5. PROFIL SCOLAIRE (N = 87).....	123
FIGURE 6. SITUATION PROFESSIONNELLE ANTERIEURE OU ACTUELLE.....	124
FIGURE 7. PROPORTION DES RETRAITES.....	124
FIGURE 8. STATUT MATRIMONIAL (N = 87).....	125
FIGURE 9. STATUT MARITAL EN FONCTION DE LA CLASSE D'AGE.....	125
FIGURE 10. NOMBRE D'ENFANTS (N = 87).....	126
FIGURE 11. PRISE EN CHARGE ANTERIEURE.....	127
FIGURE 12. PRISE EN CHARGE ANTERIEURE EN FONCTION DU SEXE.....	128
FIGURE 13. ANTECEDENTS DE TROUBLES DISSOCIATIFS EN FONCTION DE LA CLASSE D'AGE.....	128
FIGURE 14. ANTECEDENTS DEPRESSIFS EN FONCTION DE LA CLASSE D'AGE.....	129
FIGURE 15. DIAGNOSTICS PRINCIPAUX.....	130
FIGURE 16. DIAGNOSTICS ASSOCIES.....	131
FIGURE 17. EVENEMENTS DE VIE TRAUMATIQUES.....	132
FIGURE 18. LES DIFFERENTS TYPES DE PARALYSIES DISSOCIATIVES.....	137
FIGURE 19. TROUBLES DE TYPE PARALYSIE EN FONCTION DE LA PROFESSION.....	138
FIGURE 20. TROUBLES DE TYPE PARALYSIE EN FONCTION DE LA CLASSE D'AGE.....	138
FIGURE 21. TRAITEMENTS ASSOCIES AVEC UN ANTIDEPRESSEUR.....	141
FIGURE 22. NOMBRE DE RECIDIVES EN FONCTION DU SEXE.....	142
FIGURE 23. RECIDIVES EN FONCTION DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL.....	143
FIGURE 24. RECIDIVES EN FONCTION DU TRAITEMENT.....	143
TABLEAU 1. EVOLUTION DU CONCEPT D'HYSTERIE DE CONVERSION DANS LES DIFFERENTES VERSIONS DU DSM ET DE LA CIM.....	30
TABLEAU 2. DIFFERENCES ENTRE SIMULATION, PATHOMIMIE ET CONVERSION.....	38
TABLEAU 3. CRITERES D'INCLUSION DE NOTRE ETUDE.....	116
TABLEAU 4. CRITERES D'EXCLUSION DE NOTRE ETUDE.....	116
TABLEAU 5. REPARTITION EN FONCTION DES LIEUX DE VIE.....	122
TABLEAU 6. DIAGNOSTICS PRINCIPAUX.....	130
TABLEAU 7. AUTRES TROUBLES DISSOCIATIFS NEUROLOGIQUES.....	139
TABLEAU 8. ANALYSE UNIVARIEE (REGRESSION LOGISTIQUE) DE L'INFLUENCE DE DIFFERENTS FACTEURS SUR LE RISQUE DE RECIDIVE.....	145
TABLEAU 9. ANALYSE MULTIVARIEE (REGRESSION LOGISTIQUE) DE L'INFLUENCE DE DIFFERENTS FACTEURS SUR LES RECIDIVES.....	146

ANNEXES

I. ANNEXE 1 : GRILLE DE LECTURE

A. Données sociodémographiques

1. Age du patient au moment du diagnostic en années : ... ans
2. Sexe :
 - a. Masculin
 - b. Féminin
3. Année de diagnostic (entre 2003 et 2010) : 20..
4. Lieu de domicile :
 - a. Rural
 - b. Urbain
5. Migrant : Oui Non
6. Profil scolaire (niveau ou obtention du diplôme) :
 - a. Illettré
 - b. Certificat d'études
 - c. BEPC
 - d. BEP-CAP
 - e. BAC
 - f. Université
7. Situation professionnelle actuelles ou antérieure (pour les retraités) :
 - a. Sans
 - b. Agriculteur
 - c. Artisan, chef d'entreprise
 - d. Cadre, intellectuel supérieur
 - e. Ouvrier, salarié
 - f. Étudiant
 - g. Réfugié
8. Retraités : Oui Non
9. Statut matrimonial : Seul En couple
 - a. Célibataire
 - b. Marié
 - c. Concubin
 - d. Divorcé
 - e. Veuf
10. Situation de famille
 - a. Seul
 - b. En famille (avec conjoint et enfants)
 - c. En couple
 - d. Seul avec enfants
11. Nombre d'enfants : ...

B. Antécédents psychiatriques

12. Prise en charge antérieure (en consultation ou en hospitalisation) : Oui Non

13. Antécédents psychiatriques personnels : Oui Non

Si Oui :

- a. Troubles dissociatifs, de conversion
- b. Trouble de la personnalité histrionique
- c. Antécédents dépressifs
- d. Antécédents de tentative de suicide

14. Antécédents psychiatriques familiaux : Oui Non

Si Oui :

- a. Troubles dissociatifs, de conversion
- b. Trouble de la personnalité
- c. Antécédents dépressifs
- d. Troubles psychotiques

C. Diagnostics

15. Diagnostic principal :

- a. F44.0
- b. F44.1
- c. F44.2
- d. F44.3
- e. F44.4
- f. F44.5
- g. F44.6
- h. F44.7
- i. F44.8
- j. F44.9

16. Diagnostics associés : Oui Non

Si Oui :

- a. Syndrome dépressif
- b. Autoagressivité, Tentative de Suicide associée
- c. Trouble de la personnalité
- d. Trouble anxieux
- e. Démence
- f. Éthylisme chronique
- g. Trouble somatoforme
- h. Retard mental

D. Evènements de vie

17. Evènements de vie traumatiques : Oui Non

Si Oui :

- a. Guerre ou armée
- b. Accident domestique ou accident de la voie publique
- c. Agression physique autre que sexuelle
- d. Prison
- e. Maladie organique

18. Décès d'un proche : Oui Non

- 19. Divorce personnel ou séparation conjugale : Oui Non
- 20. Divorce des parents : Oui Non
- 21. Enfance difficile : Oui Non
- 22. Relations interpersonnelles difficiles (famille, conjoint, professionnel) : Oui Non
- 23. Relations interpersonnelles difficiles dans la famille : Oui Non
 - Si Oui :
 - a. Avec la mère
 - b. Avec le père
 - c. Avec les 2 parents
 - d. Avec les enfants
- 24. Relations interpersonnelles avec le conjoint : Oui Non
- 25. Relations interpersonnelles dans le milieu professionnel : Oui Non
- 26. Traumatismes sexuels : Oui Non

E. Symptômes

- 27. Survenue brutale : Oui Non
- 28. Durée des troubles en heures : ...h
 - a. 1h
 - b. 2 à 10h
 - c. 11 à 24h
 - d. 25 à 72h
 - e. 73 à 168h
 - f. 169 à 360h
 - g. 361 à 672h
 - h. > 672h
- 29. Examen physique normal : Oui Non
- 30. Examens complémentaires normaux : Oui Non
- 31. Amnésie dissociative : Oui Non
- 32. Association amnésie/fugue dissociatives : Oui Non
- 33. Fugue dissociative : Oui Non
- 34. Stupeur dissociative : Oui Non
- 35. Etat de transe et de possession : Oui Non
 - a. Hallucinations auditives avec syndrome d'influence : Oui Non
- 36. Troubles conversifs selon DSM-IV-R (moteur, sensitif, sensoriel, convulsion) : Oui Non
- 37. Troubles moteurs purs : Oui Non
- 38. Paralysie : Oui Non
 - a. Hémiplégie
 - b. Hémiparésie
 - c. Un membre supérieur
 - d. Un membre inférieur
 - e. Une partie d'un membre
 - f. Tout le corps
 - g. Membres supérieur et inférieur opposés
- 39. Ataxie : Oui Non
- 40. Troubles cognitifs : Oui Non
- 41. Anorexie, refus de manger, dysphagie : Oui Non
- 42. Douleurs : Oui Non

- 43. Aphonie : Oui Non
- 44. Contractures : Oui Non
- 45. Akinésie : Oui Non
- 46. Dysarthrie : Oui Non
- 47. Agitation : Oui Non
- 48. Mutisme sélectif : Oui Non
- 49. Apraxie : Oui Non
- 50. Blépharospasme : Oui Non
- 51. Dysurie : Oui Non
- 52. Convulsions dissociatives : Oui Non
- 53. Anesthésie dissociative : Oui Non
- 54. Paresthésies : Oui Non
- 55. Trouble de la vision : Oui Non
- 56. Trouble de l'audition : Oui Non
- 57. Confusion psychogène : Oui Non
- 58. Personnalité multiple : Oui Non
- 59. État second psychogène : Oui Non
- 60. Syndrome de Ganser : Oui Non
- 61. Troubles mixtes : Oui Non
- 62. Autoagressivité, tentative de suicide associée : Oui Non

E. Prise en charge

- 63. Bilan psychologique fait : Oui Non
 - Si Oui :
 - a. Trouble de la personnalité hystérique : Oui Non
 - b. Trouble psychotique : Oui Non
- 64. Hospitalisation pour les troubles : Oui Non
- 65. Traitement mis en place hors psychothérapie : Oui Non
 - Si Oui :
 - a. Antipsychotique : Oui Non
 - b. Anxiolytique : Oui Non
 - c. Antidépresseur : Oui Non
 - d. Faradisation : Oui Non
 - e. Hypnose : Oui Non
- 66. Prise en charge ambulatoire : Oui Non Refusée
- 67. Récidives : Oui Non
 - Si Oui
 - a. Nombre de récidives : ...
 - b. Récidive identique au trouble diagnostiqué : Oui Non
- 68. Si récidive, temps avant la première récidive en années : ... ans

II. ANNEXE 2 : POPULATION DE REFERENCE

Notre population de référence est la population française et quand cela est possible, la population du Limousin, grâce aux données de l'INSEE.

La population limousine comporte 51,8 % de femmes et 48,1 % d'hommes, en 2008. L'espace rural en Limousin rassemble 38 % des habitants [264]. En France, il ne couvre que 18 % de la population [264].

L'INSEE [288] retrouve que 69,6 % des Français ont, au plus, le niveau secondaire en 2008. La moyenne du taux de chômage en Limousin est de 6,85 % entre 2003 et 2010 [289].

En France, 44,4 % des personnes vivent en famille (avec conjoint et enfants), 41,7 % en couple, 13,9 % seuls avec enfants [290]. De plus, 47,4 % des Français n'ont pas d'enfant, et 2,5 % ont 4 enfants ou plus [291].

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] T. Lempérière, Troubles conversifs, troubles factices, simulations : approche clinique, *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 168 (2010) 286-290.
- [2] R.J. Brown, E. Cardeña, E. Nijenhuis, V. Sar, O. van der Hart, Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V?, *Psychosomatics*. 48 (2007) 369-378.
- [3] J. Stone, W.C. LaFrance, J.L. Levenson, M. Sharpe, Issues for DSM-5: Conversion disorder, *Am J Psychiatry*. 167 (2010) 626-627.
- [4] E. Trillat, *Histoire de l'hystérie*, Paris, Frison-Roche, 2006.
- [5] Q. Debray, B. Granger, F. Azaïs, Hystérie de conversion. Somatisation. Troubles factices. Hypochondrie. Dissociation., dans: *Psychopathologie De L'adulte*, Paris, Masson, 2005: p. 149-165.
- [6] M. Escande, *L'hystérie aujourd'hui, de la clinique à la psychothérapie*, Paris, Masson, 1996.
- [7] T. Lempérière, A. Féline, J. Adès, P. Hardy, F. Rouillon, *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, 2006.
- [8] M. Escande, Hystérie, dans: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Elsevier Masson, 1996: p. 37-340-A-10.
- [9] F.M. Mai, H. Merskey, Briquet's Treatise on hysteria. A synopsis and commentary, *Arch. Gen. Psychiatry*. 37 (1980) 1401-1405.
- [10] C.J. Mace, Hysterical conversion. I: A history, *Br J Psychiatry*. 161 (1992) 369-377.
- [11] Q. Debray, *Psychopathologie de l'adulte*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2005.
- [12] T. Lempérière, J. Perse, M. Enriquez, *Symptômes hystériques et personnalité hystérique*, Masson, Paris, 1965.
- [13] J. Luauté, L. Garcia-Larrea, J. Lilbert, J. Pleinet, C. Blanc Veyrat, La conversion hystérique à l'épreuve de la médecine par les preuves. Un exemple clinique., *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 163 (2005) 780-785.
- [14] P. Janet, S. Nicolas, *L'état mental des hystériques: Les accidents mentaux (1894)*, Editions L'Harmattan, 2007.
- [15] S. Freud, J. Breuer, *Etudes sur l'hystérie*, Presses Universitaires de France - PUF, 1895.
- [16] D. Braunschweig, M. Fain, *La nuit, le jour*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 1975.
- [17] J. Adès, F. ROUILLON, V. Charlot, *Les états névrotiques*, Château du Loir, France, Jean-Pierre Goureau, 1992.
- [18] S. Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, 1989.
- [19] S. Freud, *Névrose, psychose et perversion*, 12 éd., Presses Universitaires de France - PUF, 1999.
- [20] J. Guillaumin, L'emprise de l'hystérie dans la psychanalyse, *Revue Française De La Psychanalyse*. (1985) 404-409.
- [21] J. Fages, *Histoire de la psychanalyse après Freud*, Nouv. éd., Toulouse, Privat, 1991.

- [22] A. Jeanneau, L'hystérie, unité et diversité, *Revue Française De La Psychanalyse*. (1985) 107-326.
- [23] M. Khan Masud, La rancune de l'hystérique, *Nouvelle Revue De La Psychanalyse*. (sans date) 151-158.
- [24] J. Sutter, J. Scotto, G. Blumen, Aspects cliniques des accidents hystériques, *Confrontations Psychiatriques*. (1968) 29-52.
- [25] American Psychiatric Association., DSM-I: Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders, Limited, American Psychiatric Association, 1952.
- [26] American Psychiatric Association., DSM-II Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2 éd., APA, 1968.
- [27] R. Martin, S. Yutzy, Somatoform disorders, dans: *Textbook of Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington, 1994: p. 591-622.
- [28] S. Lebovici, L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent, *Confrontations Psychiatriques*. (1985) 99-119.
- [29] C. Lazignac, A. Cicotti, A. Bortoli, M. Kelley-Puskas, C. Damsa, Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs, *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 163 (2005) 889-895.
- [30] S. Combe, P. Khalil, E. Villard, M. Gouiran, Approche théorique et conceptuelle du délire hystérique, *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 162 (2004) 525-532.
- [31] O. van der Hart, E. Nijenhuis, K. Steele, D. Brown, Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found, *Aust N Z J Psychiatry*. 38 (2004) 906-914.
- [32] J.A. Chu, E.S. Bowman, Trauma and dissociation : 20 years of study and lessons learned along the way, *Journal of Trauma and Dissociation*. 1 (2000) 5-20.
- [33] D. Widlöcher, Dissociative hysteria, *Rev Prat*. 45 (1995) 2541-2546.
- [34] American Psychiatric Association, DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)., American Psychiatric Association., 1980.
- [35] A.P. American Psychiatric Association., DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 éd., American Psychiatric Association, 1994.
- [36] Organisation mondiale de la Santé, CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, Editions Masson, 1992.
- [37] Association American Psychiatric, DSM-III-R : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric In, 1987.
- [38] C.J. Mace, Hysterical conversion. II: A critique, *Br J Psychiatry*. 161 (1992) 378-389.
- [39] T.J. Boffeli, S.B. Guze, The simulation of neurologic disease, *Psychiatr. Clin. North Am*. 15 (1992) 301-310.
- [40] C. Derouesné, Conversion hysteria, *Rev Prat*. 45 (1995) 2535-2540.
- [41] P. Bonhomme, P. Robert, J. Braccini, G. Darcourt, Conversion, troubles somatoformes et hystérie : à partir de l'étude informatique de 959 dossiers de patients hospitalisés en psychiatrie, *Psychologie Médicale*. 17 (1985) 1723-1727.
- [42] A. Lazare, Current concepts in psychiatry. Conversion symptoms, *N. Engl. J. Med*. 305 (1981) 745-748.
- [43] P. Association American Psychiatric, DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisié, 2 éd., Editions Masson, 2003.
- [44] D. Spiegel, Dissociative disorders, dans: *Textbook of Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington, 1994: p. 633-652.
- [45] K. Tomasson, D. Kent, W. Coryell, Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation, *Acta Psychiatr Scand*. 84 (1991) 288-293.
- [46] F. Lorin, Fibromyalgie: le point de vue du psychiatre, [Www.psychiatriemed.com](http://www.psychiatriemed.com). (2008).

- [47] S.A. Spence, H.L. Crimlisk, H. Cope, M.A. Ron, P.M. Grasby, Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement, *Lancet*. 355 (2000) 1243-1244.
- [48] F. Lamotte, J. Goëb, L'hypocondrie au fil des siècles. Aspects historique, clinique et thérapeutique, *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 164 (2006) 703-715.
- [49] L. Israël, *L'hystérique, le sexe et le médecin*, Paris, Masson, 2008.
- [50] O. Saladini, S. Tiravy, J. Luauté, Hystérie de conversion et approche neurobiologique : à propos d'un cas clinique, *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 164 (2006) 596-600.
- [51] J. Lorenz, K. Kunze, B. Bromm, Differentiation of conversive sensory loss and malingering by P300 in a modified oddball task, *Neuroreport*. 9 (1998) 187-191.
- [52] S. Mouchabac, Conversion hystérique et imagerie fonctionnelle, *Neuropsychiatrie : Tendances Et Débats*. (2007) 19-32.
- [53] B. Verdu, F. Stiefel, Troubles somatoformes : enjeux des classifications à travers l'entité du trouble douloureux, *Emc Psychiatrie*. (2008) 37-402-A-20.
- [54] A. Donohue, C. Harrington, La belle indifférence: medical myth or useful marker of psychiatric disease, *Med Health R I*. 84 (2001) 207-209.
- [55] R.Z. Fisch, Masked depression: its interrelations with somatization, hypochondriasis and conversion, *Int J Psychiatry Med*. 17 (1987) 367-379.
- [56] Z. Tunca, H. Fidaner, C. Cimilli, N. Kaya, B. Biber, S. Yeşil, et al., Is conversion disorder biologically related with depression?: a DST study, *Biol. Psychiatry*. 39 (1996) 216-219.
- [57] G.C. Smith, D.M. Clarke, D. Handrinos, A. Dunsis, D.P. McKenzie, Consultation-liaison psychiatrists' management of somatoform disorders, *Psychosomatics*. 41 (2000) 481-489.
- [58] P.G. O'Malley, E. Balden, G. Tomkins, J. Santoro, K. Kroenke, J.L. Jackson, Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis, *J Gen Intern Med*. 15 (2000) 659-666.
- [59] L. Arnold, L. Crofford, M. Wohlreich, M. Detke, S. Lyengar, D. Goldstein, A double-blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder, *Arthritis Rheum*. 50 (2004) 2974-84.
- [60] M.J. Huuhka, M.L. Haanpää, E.V.J. Leinonen, Electroconvulsive therapy in patients with depression and fibromyalgia, *Eur J Pain*. 8 (2004) 371-376.
- [61] T. Bschor, Masked depression: the rise and fall of a diagnosis, *Psychiatr Prax*. 29 (2002) 207-210.
- [62] A. Janca, M. Isaac, L.A. Bennett, G. Tacchini, Somatoform disorders in different cultures - a mail questionnaire survey, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 30 (1995) 44-48.
- [63] E. Tezcan, M. Atmaca, M. Kuloglu, O. Gecici, A. Buyukbayram, H. Tutkun, Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder, *Compr Psychiatry*. 44 (2003) 324-330.
- [64] D. Widlöcher, L'hystérie de conversion, *Psychologie Médicale*. 11 (1979) 1617-1625.
- [65] C.D. Marsden, Hysteria--a neurologist's view, *Psychol Med*. 16 (1986) 277-288.
- [66] G. Engel, Conversion symptoms, dans: *Signs and Symptoms : Applied Pathologic Physiology and Clinical Interpretation*, 6 éd., Philadelphia, MacBryde CM, 1983: p. 623-646.
- [67] F. Rouillon, Épidémiologie des états névrotiques anxieux, dans: *Les états Névrotiques*, Chateau du Loir, 1992: p. 41-60.
- [68] J. Ducher, L'incroyable diagnostic d'hystérie, *Synapse*. (2002) 17-20.

- [69] V. Sar, A. Koyuncu, E. Ozturk, L.I. Yargic, T. Kundakci, A. Yazici, et al., Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward, *Gen Hosp Psychiatry*. 29 (2007) 45-50.
- [70] C. Ross, C. Duffy, J. Ellason, Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting, *Journal of Trauma Dissociation*. (2002) 7-17.
- [71] S. Saxena, K.V. Prasad, DSM-III subclassification of dissociative disorders applied to psychiatric outpatients in India, *Am J Psychiatry*. 146 (1989) 261-262.
- [72] J.P. Sichel, Hysteria in children, *Rev Prat*. 32 (1982) 947-950, 953-954.
- [73] M. Myquel, Hysteria in children, *Rev Prat*. 45 (1995) 2547-2549.
- [74] B. Cramer, Changes in the investment of the body: conversion symptoms during puberty, *Psychiatr Infant*. 20 (1977) 11-127.
- [75] J. Pellerin, C. Pinquier, C. Potart, Hysteria and aging, *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 (2003) 89-97.
- [76] C. Evren, S. Can, Clinical correlates of dissociative tendencies in male soldiers with conversion disorder, *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 44 (2007) 33-39.
- [77] K. Huang, T. Su, Y. Lee, Y. Bai, J. Hsu, C. Yang, et al., Sex distribution and psychiatric features of child and adolescent conversion disorder across 2 decades, *J Chin Med Assoc*. 72 (2009) 471-477.
- [78] M.J. Perley, S.B. Guze, Hysteria--the stability and usefulness of clinical criteria. A quantitative study based on a follow-up period of six to eight years in 39 patients, *N. Engl. J. Med*. 266 (1962) 421-426.
- [79] G. Lehmkuhl, B. Blanz, U. Lehmkuhl, H. Braun-Scharm, Conversion disorder (DSM-III 300.11): symptomatology and course in childhood and adolescence, *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 238 (1989) 155-160.
- [80] P. Calvert, J. Jureidini, Restrained rehabilitation: an approach to children and adolescents with unexplained signs and symptoms, *Arch. Dis. Child*. 88 (2003) 399-402.
- [81] P. Kotagal, M. Costa, E. Wyllie, B. Wolgamuth, Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents, *Pediatrics*. 110 (2002) e46.
- [82] J. Netter, Symptomes de conversion ou pseudoneurologiques : Etude des aspects cliniques et des problèmes diagnostiques dans 64 cas, *Médecine, Paris 5 Necker*, 1987.
- [83] M. Binzer, P.M. Andersen, G. Kullgren, Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr*. 63 (1997) 83-88.
- [84] J.L. Roffman, T.A. Stern, Conversion disorder presenting with neurologic and respiratory symptoms, *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 7 (2005) 304-306.
- [85] D. Esfandi, Y a-t-il du nouveau concernant le trouble de conversion ?, Thèse de doctorat en Psychiatrie, Université de Bordeaux 2-Victor Segalen, 2005.
- [86] C.M. Stonnington, J.J. Barry, R.S. Fisher, Conversion Disorder, *American Journal of Psychiatry*. 163 (2006) 1510-1517.
- [87] M. Reuber, R. Pukrop, J. Bauer, R. Derfuss, C.E. Elger, Multidimensional assessment of personality in patients with psychogenic non-epileptic seizures, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr*. 75 (2004) 743-748.
- [88] P.F. Dell, Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder, *J. Nerv. Ment. Dis*. 186 (1998) 352-356.
- [89] M. Lader, N. Sartorius, Anxiety in patients with hysterical conversion symptoms, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr*. 31 (1968) 490-495.
- [90] F.J. Ziegler, J.B. Imboden, Contemporary conversion reactions: II. A conceptual model, *Archives of General Psychiatry*. (1962) 279-287.
- [91] W.C. Lewis, M. Berman, Studies on conversion hysteria. I. Operational study of diagnosis, *Arch. Gen. Psychiatry*. 13 (1965) 275-282.
- [92] A. Ehlers, D.M. Clark, A cognitive model of posttraumatic stress disorder, *Behav Res Ther*. 38 (2000) 319-345.

- [93] E.A. Holmes, R.J. Brown, W. Mansell, R.P. Fearon, E.C.M. Hunter, F. Frasquilho, et al., Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications, *Clin Psychol Rev.* 25 (2005) 1-23.
- [94] E.B. Foa, C. Molnar, L. Cashman, Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder, *J Trauma Stress.* 8 (1995) 675-690.
- [95] B.A. van der Kolk, R. Fisper, Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study, *J Trauma Stress.* 8 (1995) 505-525.
- [96] A. Meares, Cancer, psychosomatic illness, and hysteria, *Lancet.* 2 (1981) 1037-1038.
- [97] M. Marie-Cardine, Neurotic syndrome: conversion hysteria. Diagnosis, principles of the treatment, *Rev Prat.* 42 (1992) 1573-1580.
- [98] M. Hubschmid, S. Aybek, F. Vingerhoets, A. Berney, Dissociative disorders: neurologists and psychiatrists working together, *Rev Med Suisse.* 4 (2008) 412-414, 416.
- [99] L. Varela, A. Fredes, J. Grismali, Dystonia in conversion hysteria, *Journal of the Neurological Sciences.* 150 (1997) S115.
- [100] J. Guelfi, F. Rouillon, Collectif, *Manuel de psychiatrie*, Masson, 2007.
- [101] J.J. Purtell, E. Robins, M.E. Cohen, Observations on clinical aspects of hysteria; a quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects, *J Am Med Assoc.* 146 (1951) 902-909.
- [102] C. Seulin, Aux confins de l'hystérie : la douleur comme forme de conversion ?, *Revue Française De Psychosomatique.* (2004).
- [103] H. Lai, K. Lin, M. Yang, H.S. Chen, Functional visual disturbance due to hysteria, *Chang Gung Med J.* 30 (2007) 87-91.
- [104] R. Finkenbine, V.J. Miele, Globus hystericus: a brief review, *Gen Hosp Psychiatry.* 26 (2004) 78-82.
- [105] J. Grasset, Hystérie, dans: *Dictionnaire Encyclopédique Des Sciences Médicales*, 1889.
- [106] H.I. Kaplan, B.J.M. Sadock, J.A.M. Grebb, Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*, 7 éd., Williams & Wilkins, 1994.
- [107] J. Luauté, O. Saladini, L'hystérie collective : un diagnostic politiquement incorrect ? Formes juvéniles et dérivées, *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique.* 165 (2007) 263-268.
- [108] F. Sauvagnat, Une clinique "nouvelle" : les "personnalités multiples", *Psychologie Médicale.* 26 (1994).
- [109] G. Small, E. Randolphe, S. Eth, Symptômes prédictifs d'hystérie collective, *Médecine Et Hygiène.* 51 (1993) 1938-1940.
- [110] N. Kapur, Amnesia in relation to fugue states--distinguishing a neurological from a psychogenic basis, *Br J Psychiatry.* 159 (1991) 872-877.
- [111] M. Marie-Cardine, B. Collet, Clinique de l'hystérie, *Confrontations Psychiatriques.* (1985) 11-44.
- [112] M. Prince, *La dissociation d'une personnalité*, Reprod. en fac-sim., Paris ;;Budapest ;;Torino, L'Harmattan, 2005.
- [113] F.R. Schreiber, *Sybil*, Albin Michel, Paris, 1974.
- [114] M. Clark, *All around the town*, New York, Pocket Books, 1993.
- [115] M. Bourgeois, La mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine. Présentation et justification, *Annales Médico-Psychologiques.* 146 (1988) 552-562.
- [116] T. Braccini, P. Bonhomme, P. Robert, G. Darcourt, La personnalité histrionique selon le DSM-III, *Psychologie Médicale.* 17 (1985) 1715-1717.
- [117] C. Darcourt, Peut-on définir la conversion ?, *Psychologie Médicale.* (1985) 1719-1722.
- [118] D. Widlöcher, Treatment of hysteria, *Rev Prat.* 32 (1982) 927-928, 931-934.
- [119] D. Widlöcher, Mechanism of conversion, *Rev Prat.* 32 (1982) 897-900 *passim*.
- [120] F.E. Kenyon, Hypochondriasis : a clinical study, *Br J Psychiatry.* 110 (1964) 478-488.
- [121] D. Galin, R. Diamond, D. Braff, Lateralization of conversion symptoms. More frequent on the left, *American Journal of Psychiatry.* (1977) 578-580.

- [122] R.M. Pascuzzi, Nonphysiological (functional) unilateral motor and sensory syndromes involve the left more often than the right body, *J. Nerv. Ment. Dis.* 182 (1994) 118-120.
- [123] D.B. Stern, Handedness and the lateral distribution of conversion reactions, *J. Nerv. Ment. Dis.* 164 (1977) 122-128.
- [124] A. Fallik, M. Sigal, Hysteria – The Choice of Symptom Site, *Psychother Psychosom.* 19 (1971) 310-318.
- [125] J. Regan, J.D. LaBarbera, Lateralization of conversion symptoms in children and adolescents, *Am J Psychiatry.* 141 (1984) 1279-1280.
- [126] E. Bishop, M. Mobley, W. Farr, Lateralization of conversion symptoms, *Comprehensive Psychiatry.* (1978) 393-396.
- [127] J.R. Keane, Hysterical gait disorders: 60 cases, *Neurology.* 39 (1989) 586-589.
- [128] J.G. Stefánsson, J.A. Messina, S. Meyerowitz, Hysterical neurosis, conversion type: clinical and epidemiological considerations, *Acta Psychiatr Scand.* 53 (1976) 119-138.
- [129] S. Axelrod, M. Noonan, B. Atanacio, On the laterality of psychogenic somatic symptoms, *J. Nerv. Ment. Dis.* 168 (1980) 517-525.
- [130] S.A. Spence, Hysterical paralyses as disorders of action, *Cogn Neuropsychiatry.* 4 (1999) 203-226.
- [131] M. Sierra, G. Berrios, Towards a neuropsychiatry of conversive hysteria., *Cognitive Neuropsychiatry.* (1999) 267-287.
- [132] K. Roelofs, G.W.B. Näring, F.C. Moene, C.A.L. Hoogduin, The question of symptom lateralization in conversion disorder, *Journal of Psychosomatic Research.* 49 (2000) 21-25.
- [133] T.E. Gift, J.S. Strauss, Y. Young, Hysterical psychosis: an empirical approach, *Am J Psychiatry.* 142 (1985) 345-347.
- [134] D.J. Duché, La constellation familiale de l'hystérie infantile, *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence.* 50 (2002) 387-391.
- [135] S. Lebovici, Hystérie du très jeune enfant, *Journal De Pédiatrie Et De Puériculture.* 5 (1992) 337-339.
- [136] C. Eggers, Symptômes et syndromes de l'hystérie de conversion chez l'enfant et l'adolescent = Symptoms and syndromes of conversion hysteria, *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence.* 35 (1987) 461-468.
- [137] S. Lauransan, L'enfant qui "oubliait de voir", *La Revue Française De Psychiatrie Et De Psychologie Médicale.* (1998) 58-62.
- [138] C. Laria, M.E. Perez, E. Perez, D.P. Pinero, J.M. Ruiz-Moreno, J.L. Aliò, Conversion visual loss: a differential diagnosis in infant amblyopia, *Eur J Ophthalmol.* 19 (2009) 1065-1068.
- [139] H. Chapellière, Y. Manela, “ On ne choisit pas de parler. ?”, *La Psychiatrie De L'enfant.* 46 (2003) 45-78.
- [140] C. Aubry, F. Palacio-Espasa, Le mutisme sélectif : étude de 30 cas, *La Psychiatrie De L'enfant.* 46 (2003) 175.
- [141] L. Ciompi, The aging of hysterics; catamnestic study, *Encephale.* 55 (1966) 287-335.
- [142] N. Darthout, J. Clément, P. Nubukpo, *Guide pratique de psychogériatrie*, 2 éd., Masson, 2006.
- [143] A. Rajah, R.S. Kumar, C.P. Somasundaram, A.A. Kumar, Dissociative fugue in the elderly, *Indian J Psychiatry.* 51 (2009) 305-307.
- [144] J. Clément, Collectif, *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion Médecine-Sciences, 2010.
- [145] J. Stone, M. Zeidler, M. Sharpe, Misdiagnosis of conversion disorder, *Am J Psychiatry.* 160 (2003) 391; author reply 391-392.
- [146] A. Brabis-Henner, M. Bégert, J.P. Ragage, Un diagnostic d'exclusion auquel il faut savoir penser !, *Annales Françaises d'Anesthésie Et De Réanimation.* 20 (2001) 870-871.

- [147] P.W. Halligan, C. Bass, D.T. Wade, New approaches to conversion hysteria, *Bmj.* 320 (2000) 1488-1489.
- [148] P.M. Leary, Conversion disorder in childhood--diagnosed too late, investigated too much?, *J R Soc Med.* 96 (2003) 436-438.
- [149] M. Raskin, J.A. Talbott, A.T. Meyerson, Diagnosis of conversion reactions. Predictive value of psychiatric criteria, *Jama.* 197 (1966) 530-534.
- [150] D. Orbach, A. Ritaccio, O. Devinsky, Psychogenic, nonepileptic seizures associated with video-EEG-verified sleep, *Epilepsia.* 44 (2003) 64-68.
- [151] C.R. Cloninger, R.L. Martin, S.B. Guze, P.J. Clayton, A prospective follow-up and family study of somatization in men and women, *Am J Psychiatry.* 143 (1986) 873-878.
- [152] H.B. Solvason, B. Harris, P. Zeifert, B.H. Flores, C. Hayward, Psychological versus biological clinical interpretation: a patient with prion disease, *Am J Psychiatry.* 159 (2002) 528-537.
- [153] G. Dupont, J.C. Douchet, A propos «d'un cas d'hystérie à pression normale», *Psychologie Médicale.* 26 (1994) 1256-1257.
- [154] A.O. Alao, C. Chung, West Nile virus and conversion disorder, *Psychosomatics.* 48 (2007) 176-177.
- [155] C.L. Harden, F.T. Burgut, A.M. Kanner, The diagnostic significance of video-EEG monitoring findings on pseudoseizure patients differs between neurologists and psychiatrists, *Epilepsia.* 44 (2003) 453-456.
- [156] A. Sharma, J.H. Sorrell, True epilepsy unmasked in a case of apparent conversion disorder, *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 8 (2006) 178.
- [157] M. Laraki, G.A. Orliaguet, C. Flandin, J. Merckx, G. Barrier, Hysterical paraplegia as a cause of transient paraplegia after epidural anesthesia, *Anesth. Analg.* 83 (1996) 876-877.
- [158] A.K. Chhibber, S.J. Lustik, Unexpected neurologic deficit following spinal anesthesia, *Reg Anesth.* 21 (1996) 355-357.
- [159] H. Chou, M. Weng, M. Huang, T. Chen, Conversion disorder in stroke: a case report, *Kaohsiung J. Med. Sci.* 22 (2006) 586-589.
- [160] P.S.C. Tobiano, H.E. Wang, J.B. McCausland, M.D. Hammer, A case of conversion disorder presenting as a severe acute stroke, *J Emerg Med.* 30 (2006) 283-286.
- [161] P. Sharma, S.K. Chaturvedi, Conversion disorder revisited, *Acta Psychiatr Scand.* 92 (1995) 301-304.
- [162] C.J. Schramke, A. Valeri, J.P. Valeriano, K.M. Kelly, Using the Minnesota Multiphasic Inventory 2, EEGs, and clinical data to predict nonepileptic events, *Epilepsy Behav.* 11 (2007) 343-346.
- [163] D. Storzbach, L.M. Binder, M.C. Salinsky, B.R. Campbell, R.M. Mueller, Improved prediction of nonepileptic seizures with combined MMPI and EEG measures, *Epilepsia.* 41 (2000) 332-337.
- [164] M. Reuber, Psychogenic nonepileptic seizures: answers and questions, *Epilepsy Behav.* 12 (2008) 622-635.
- [165] N.M. Griffith, J.P. Szaflarski, B.K. Schefft, D. Isaradisaikul, J.M. Meckler, K.A. McNally, et al., Relationship between semiology of psychogenic nonepileptic seizures and Minnesota Multiphasic Personality Inventory profile, *Epilepsy Behav.* 11 (2007) 105-111.
- [166] K. Owczarek, J. Jedrzejczak, Patients with coexistent psychogenic pseudoepileptic and epileptic seizures: a psychological profile, *Seizure.* 10 (2001) 566-569.
- [167] H.E. Smith, R.E. Rynning, C. Okafor, J. Zaslavsky, J.I. Tracy, J. Ratliff, et al., Evaluation of neurologic deficit without apparent cause: the importance of a multidisciplinary approach, *J Spinal Cord Med.* 30 (2007) 509-517.

- [168] A.C. Schwartz, A.W. Calhoun, C.L. Eschbach, B.J. Seelig, Treatment of conversion disorder in an African American Christian woman: cultural and social considerations, *Am J Psychiatry*. 158 (2001) 1385-1391.
- [169] C.V. Ford, D.G. Folks, Conversion disorders: an overview, *Psychosomatics*. 26 (1985) 371-374, 380-383.
- [170] M.M.W. Ogrizek, De l'hystérie à la féminité en Afrique Noire, *Confrontations Psychiatriques*. (1982) 213-239.
- [171] H. Guz, Z. Doganay, A. Ozkan, E. Colak, A. Tomac, G. Sarisoy, Conversion disorder and its subtypes: a need for a reclassification, *Nord J Psychiatry*. 57 (2003) 377-381.
- [172] D.J. Duché, La constellation familiale de l'hystérie infantile, *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*. 50 (2002) 387-391.
- [173] B.L. Wood, S. McDaniel, K. Burchfiel, G. Erba, Factors distinguishing families of patients with psychogenic seizures from families of patients with epilepsy, *Epilepsia*. 39 (1998) 432-437.
- [174] S.B. Guze, C.R. Cloninger, R.L. Martin, P.J. Clayton, A follow-up and family study of Briquet's syndrome, *Br J Psychiatry*. 149 (1986) 17-23.
- [175] S. Sigvardsson, A.L. von Knorring, M. Bohman, C.R. Cloninger, An adoption study of somatoform disorders. I. The relationship of somatization to psychiatric disability, *Arch. Gen. Psychiatry*. 41 (1984) 853-859.
- [176] C.R. Cloninger, S. Sigvardsson, A.L. von Knorring, M. Bohman, An adoption study of somatoform disorders. II. Identification of two discrete somatoform disorders, *Arch. Gen. Psychiatry*. 41 (1984) 863-871.
- [177] M. Bohman, C.R. Cloninger, A.L. von Knorring, S. Sigvardsson, An adoption study of somatoform disorders. III. Cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality, *Arch. Gen. Psychiatry*. 41 (1984) 872-878.
- [178] T.H. Diseth, Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma--an overview of conceptual issues and neurobiological factors, *Nord J Psychiatry*. 59 (2005) 79-91.
- [179] L.A. Fink, D. Bernstein, L. Handelsman, J. Foote, M. Lovejoy, Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma, *Am J Psychiatry*. 152 (1995) 1329-1335.
- [180] J. Morrison, Childhood sexual histories of women with somatization disorder, *Am J Psychiatry*. 146 (1989) 239-241.
- [181] F.W. Putnam, J.J. Guroff, E.K. Silberman, L. Barban, R.M. Post, The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases, *J Clin Psychiatry*. 47 (1986) 285-293.
- [182] I. Kaufman, A.L. Peck, C.K. Tagiuri, The family constellation and overt incestuous relations between father and daughter, *Am J Orthopsychiatry*. 24 (1954) 266-279.
- [183] M. Gross, Incestuous rape: a cause for hysterical seizures in four adolescent girls, *Am J Orthopsychiatry*. 49 (1979) 704-708.
- [184] J. Goodwin, M. Simms, R. Bergman, Hysterical seizures: a sequel to incest, *Am J Orthopsychiatry*. 49 (1979) 698-703.
- [185] J. Matot, S. Doehaerd, Inceste et symptomatologie de conversion, *Information Psychiatrique*. 70 (1994) 791-797.
- [186] C. Zlotnick, M.T. Shea, T. Pearlstein, E. Simpson, E. Costello, A. Begin, The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation, *Compr Psychiatry*. 37 (1996) 12-16.
- [187] K.A. Forrest, Toward an Etiology of Dissociative Identity Disorder: A Neurodevelopmental Approach, *Consciousness and Cognition*. 10 (2001) 259-293.
- [188] K. Roelofs, P. Spinhoven, Trauma and medically unexplained symptoms towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts, *Clin Psychol Rev*. 27 (2007) 798-820.

- [189] P. Flor-Henry, D. Fromm-Auch, M. Tapper, D. Schopflocher, A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria, *Biol. Psychiatry*. 16 (1981) 601-626.
- [190] D. Perisse, Conceptions et théories non psychanalytiques de l'hystérie de conversion : les somatoformes, *Neuro Psy*. 15 (2000) 131-151.
- [191] A.M. Ludwig, Lexington, Hysteria. A neurobiological theory, *Arch. Gen. Psychiatry*. 27 (1972) 771-777.
- [192] J. Tiihonen, J. Kuikka, H. Viinamäki, J. Lehtonen, J. Partanen, Altered cerebral blood flow during hysterical paresthesia, *Biol. Psychiatry*. 37 (1995) 134-135.
- [193] K. Hoehstetter, H. Meinck, P. Henningsen, M. Scherg, A. Rupp, Psychogenic sensory loss: magnetic source imaging reveals normal tactile evoked activity of the human primary and secondary somatosensory cortex, *Neurosci. Lett*. 323 (2002) 137-140.
- [194] M. Fukuda, A. Hata, S. Niwa, K. Hiramatsu, M. Yokokoji, S. Hayashida, et al., Event-related potential correlates of functional hearing loss: reduced P3 amplitude with preserved N1 and N2 components in a unilateral case, *Psychiatry Clin. Neurosci*. 50 (1996) 85-87.
- [195] M. Burgmer, C. Konrad, A. Jansen, H. Kugel, J. Sommer, W. Heindel, et al., Abnormal brain activation during movement observation in patients with conversion paralysis, *Neuroimage*. 29 (2006) 1336-1343.
- [196] F.P. de Lange, I. Toni, K. Roelofs, Altered connectivity between prefrontal and sensorimotor cortex in conversion paralysis, *Neuropsychologia*. 48 (2010) 1782-1788.
- [197] J.C. Marshall, P.W. Halligan, G.R. Fink, D.T. Wade, R.S. Frackowiak, The functional anatomy of a hysterical paralysis, *Cognition*. 64 (1997) B1-8.
- [198] K.M. Heilman, R.T. Watson, Conversion hemianesthesia: possible mechanism, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 21 (2009) 99-100.
- [199] P. Vuilleumier, C. Chicherio, F. Assal, S. Schwartz, D. Slosman, T. Landis, Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss, *Brain*. 124 (2001) 1077-1090.
- [200] V. Voon, C. Brezing, C. Gallea, R. Ameli, K. Roelofs, W.C. LaFrance, et al., Emotional stimuli and motor conversion disorder, *Brain*. 133 (2010) 1526-1536.
- [201] M. Atmaca, A. Aydin, E. Tezcan, A.K. Poyraz, B. Kara, Volumetric investigation of brain regions in patients with conversion disorder, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 30 (2006) 708-713.
- [202] V. Sar, S.N. Unal, E. Ozturk, Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder, *Psychiatry Res*. 156 (2007) 217-223.
- [203] P. Halligan, C. Bass, D. Oakley, *Malingering and illness deception*, New York, Oxford University Press, 2003.
- [204] P.W. Halligan, B.S. Athwal, D.A. Oakley, R.S. Frackowiak, Imaging hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria, *The Lancet*. 355 (2000) 986-987.
- [205] J.S. Mizes, The use of contingent reinforcement in the treatment of a conversion disorder: a multiple baseline study, *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 16 (1985) 341-345.
- [206] P. McHugh, P. Slavney, *Hysteria, dans: The Perspectives of Psychiatry*, John Hopkins University Press, Baltimore, 1988: p. 223-237.
- [207] M.E. Miller, K.S. Bowers, Hypnotic Analgesia: Dissociated Experience or Dissociated Control?, *Journal of Abnormal Psychology*. 102 (1993) 29-38.
- [208] J.P. Green, S.J. Lynn, Hypnosis, Dissociation, and Simultaneous Task Performance, *Journal of Personality and Social Psychology*. 69 (1995) 728-735.
- [209] T.G. Dinan, Glucocorticoids and the genesis of depressive illness. A psychobiological model, *Br J Psychiatry*. 164 (1994) 365-371.
- [210] E.A. Young, R.F. Haskett, L. Grunhaus, A. Pande, V.M. Weinberg, S.J. Watson, et al., Increased evening activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in depressed patients, *Arch. Gen. Psychiatry*. 51 (1994) 701-707.

- [211] M. van Eck, H. Berkhof, N. Nicolson, J. Sulon, The effects of perceived stress, traits, mood states, and stressful daily events on salivary cortisol, *Psychosom Med.* 58 (1996) 447-458.
- [212] W. Rief, R. Shaw, M.M. Fichter, Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome, *Psychosom Med.* 60 (1998) 198-203.
- [213] P. Bob, P.F. Freybergh, D. Jasova, M. Susta, J. Pavlat, T. Zima, et al., Depression, cortisol and somatoform dissociative symptoms, *Neuro Endocrinol. Lett.* 29 (2008) 235-239.
- [214] P. Bob, P. Fedor-Freybergh, D. Jasova, G. Bizik, M. Susta, J. Pavlat, et al., Dissociative symptoms and neuroendocrine dysregulation in depression, *Med. Sci. Monit.* 14 (2008) CR499-504.
- [215] F. Pedrosa Gil, M. Bidlingmaier, N. Ridout, C.E. Scheidt, S. Caton, C. Schoechlin, et al., The relationship between alexithymia and salivary cortisol levels in somatoform disorders, *Nord J Psychiatry.* 62 (2008) 366-373.
- [216] C. Heim, U. Ehler, D.H. Hellhammer, The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders, *Psychoneuroendocrinology.* 25 (2000) 1-35.
- [217] L.M. Tak, S.J.L. Bakker, J.G.M. Rosmalen, Dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and functional somatic symptoms: a longitudinal cohort study in the general population, *Psychoneuroendocrinology.* 34 (2009) 869-877.
- [218] M. Kelley-Puskas, L. Cailhol, V. D'Agostino, I. Chauvet, C. Damsa, Neurobiologie des troubles dissociatifs, *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique.* 163 (2005) 896-901.
- [219] M. Aminoff, R. Simon, E. Wiedemann, The hormonal responses to generalized tonic-clonic seizures, *Brain.* 107 (1984) 569 -578.
- [220] Z. Tunca, U. Ergene, H. Fidaner, C. Cimilli, A. Ozerdem, B. Unal Aslan, Reevaluation of Serum Cortisol in Conversion Disorder With Seizure (Pseudoseizure), *Psychosomatics.* 41 (2000) 152-153.
- [221] E.J. Letonoff, T.R.K. Williams, K.S. Sidhu, Hysterical paralysis: a report of three cases and a review of the literature, *Spine.* 27 (2002) E441-445.
- [222] V.M. Parobek, Distinguishing conversion disorder from neurologic impairment, *J Neurosci Nurs.* 29 (1997) 128-134.
- [223] L. Ljungberg, Hysteria; a clinical, prognostic and genetic study, *Acta Psychiatr Neurol Scand Suppl.* 112 (1957) 1-162.
- [224] F. Krull, M. Schifferdecker, Inpatient treatment of conversion disorder: a clinical investigation of outcome, *Psychother Psychosom.* 53 (1990) 161-165.
- [225] G. Bonnet, *Symptôme et conversion*, 1er éd., Paris, Presses universitaires de France, 2004.
- [226] J. Tignol, Hysterical emergencies, *Rev Prat.* 45 (1995) 2563-2567.
- [227] I. Mourad, J. Adès, Neurotic syndrome: conversion hysteria. Diagnosis, treatment, *Rev Prat.* 48 (1998) 909-911.
- [228] T.K. Watanabe, M.W. O'Dell, T.J. Togliatti, Diagnosis and rehabilitation strategies for patients with hysterical hemiparesis: a report of four cases, *Arch Phys Med Rehabil.* 79 (1998) 709-714.
- [229] R.J. Heruti, A. Levy, A. Adunski, A. Ohry, Conversion motor paralysis disorder: overview and rehabilitation model, *Spinal Cord.* 40 (2002) 327-334.
- [230] O. Devinsky, R. Fisher, Ethical use of placebos and provocative testing in diagnosing nonepileptic seizures, *Neurology.* 47 (1996) 866-870.
- [231] S.J. Stagno, M.L. Smith, The use of placebo in diagnosing psychogenic seizures: who is being deceived?, *Semin Neurol.* 17 (1997) 213-218.
- [232] J. Stone, K. Campbell, N. Sharma, A. Carson, C.P. Warlow, M. Sharpe, What should we call pseudoseizures? The patient's perspective, *Seizure.* 12 (2003) 568-572.

- [233] F. Ovsiew, What is wrong in conversion disorder?, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 74 (2003) 557.
- [234] G.P. Prigatano, C.M. Stonnington, R.S. Fisher, Psychological factors in the genesis and management of nonepileptic seizures: clinical observations, *Epilepsy Behav.* 3 (2002) 343-349.
- [235] W. Shen, E.S. Bowman, O.N. Markand, Presenting the diagnosis of pseudoseizure, *Neurology.* 40 (1990) 756-759.
- [236] A.M. Kanner, More controversies on the treatment of psychogenic pseudoseizures: an addendum, *Epilepsy Behav.* 4 (2003) 360-364.
- [237] W.C. LaFrance, O. Devinsky, The treatment of nonepileptic seizures: historical perspectives and future directions, *Epilepsia.* 45 Suppl 2 (2004) 15-21.
- [238] V. Voon, A.E. Lang, Antidepressant treatment outcomes of psychogenic movement disorder, *J Clin Psychiatry.* 66 (2005) 1529-1534.
- [239] W.C. LaFrance, J.J. Barry, Update on treatments of psychological nonepileptic seizures, *Epilepsy Behav.* 7 (2005) 364-374.
- [240] M.E. Drake, A. Pakalnis, B.B. Phillips, Neuropsychological and psychiatric correlates of intractable pseudoseizures, *Seizure.* 1 (1992) 11-13.
- [241] D. Marazziti, B. Dell'Osso, Effectiveness of risperidone in psychogenic stiff neck, *CNS Spectr.* 10 (2005) 443-444.
- [242] M.A. Persinger, Seizure suggestibility may not be an exclusive differential indicator between psychogenic and partial complex seizures: the presence of a third factor, *Seizure.* 3 (1994) 215-219.
- [243] E. Lemonnier, J.F. Allilaire, Treatments of hysteria, *Rev Prat.* 45 (1995) 2573-2577.
- [244] L.H. Goldstein, A.C. Deale, S.J. Mitchell-O'Malley, B.K. Toone, J.D.C. Mellers, An evaluation of cognitive behavioral therapy as a treatment for dissociative seizures: a pilot study, *Cogn Behav Neurol.* 17 (2004) 41-49.
- [245] R. Teasell, A. Shapiro, Chronic conversion disorders, *Arch Phys Med Rehabil.* 79 (1998) 1482-1483.
- [246] D.K. Brazier, H.E. Venning, Conversion disorders in adolescents: a practical approach to rehabilitation, *Br. J. Rheumatol.* 36 (1997) 594-598.
- [247] J. Speed, Behavioral management of conversion disorder: retrospective study, *Arch Phys Med Rehabil.* 77 (1996) 147-154.
- [248] D.W. Oh, E.Y. Yoo, C.H. Yi, O.Y. Kwon, Case report: physiotherapy strategies for a patient with conversion disorder presenting abnormal gait, *Physiother Res Int.* 10 (2005) 164-168.
- [249] D. Ness, Physical therapy management for conversion disorder: case series, *J Neurol Phys Ther.* 31 (2007) 30-39.
- [250] P.W. Halligan, D.A. Oakley, B.S. Athwal, R.S. Frackowiak, Imaging hypnotic paralysis, *The Lancet.* 356 (2000) 163.
- [251] K. Roelofs, K.A.L. Hoogduin, G.P.J. Keijsers, G.W.B. Näring, F.C. Moene, P. Sandijck, Hypnotic susceptibility in patients with conversion disorder, *J Abnorm Psychol.* 111 (2002) 390-395.
- [252] F.C. Moene, P. Spinhoven, K.A.L. Hoogduin, R. van Dyck, A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type, *Psychother Psychosom.* 71 (2002) 66-76.
- [253] C. Schönfeldt-Lecuona, B.J. Connemann, M. Spitzer, U. Herwig, Transcranial magnetic stimulation in the reversal of motor conversion disorder, *Psychother Psychosom.* 72 (2003) 286-288.
- [254] I.S.S.D., Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults (2005), *J. of Trauma & Dissociation.* 6 (2006) 69-149.

- [255] K. Suzuki, Y. Koizumi, S. Awata, H. Matsuoka, Hysteria presenting as a prodrome to catatonic stupor in a depressive patient resolved with electroconvulsive therapy, *J Ect.* 22 (2006) 276.
- [256] D.A. Fishbain, M. Goldberg, T.M. Khalil, S.S. Asfour, E. Abdel-Moty, B.R. Meagher, et al., The utility of electromyographic biofeedback in the treatment of conversion paralysis, *Am J Psychiatry.* 145 (1988) 1572-1575.
- [257] T.M. Khalil, E. Abdel-Moty, S.S. Asfour, D.A. Fishbain, R.S. Rosomoff, H.L. Rosomoff, Functional electric stimulation in the reversal of conversion disorder paralysis, *Arch Phys Med Rehabil.* 69 (1988) 545-547.
- [258] E.S. Bowman, P.M. Coons, The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified, *Bull Menninger Clin.* 64 (2000) 164-180.
- [259] E.S. Bowman, Why conversion seizures should be classified as a dissociative disorder, *Psychiatr. Clin. North Am.* 29 (2006) 185-211, x.
- [260] S. Aybek, M. Hubschmid, P. Vuilleumier, P.R. Burkhard, A. Berney, F.J.G. Vingerhoets, Hysteria: an historical entity, a psychiatric condition or a neurological disease?, *Rev Med Suisse.* 4 (2008) 1151-1152, 1154-1156.
- [261] M. Schmutz, R.E. Ganz, G. Krämer, Dissociative seizures: a diagnostic and therapeutic challenge on the borderline between psychiatry and neurology, *Nervenarzt.* 80 (2009) 475-484.
- [262] Recommandations de déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie (version France - 2007), *Revue D'Épidémiologie Et De Santé Publique.* 56 (2008) S121-S148.
- [263] H. Guz, Z. Doganay, A. Ozkan, E. Colak, A. Tomac, G. Sarisoy, Conversion and somatization disorders: Dissociative symptoms and other characteristics, *Journal of Psychosomatic Research.* 56 (2004) 287-291.
- [264] I.N.S.E.E., O. Léon, P. Godefroy, Projections régionales de population à l'horizon 2030, Insee Première, 2006.
- [265] G. Liu, M.R. Clark, W.W. Eaton, Structural factor analyses for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area study, *Psychol Med.* 27 (1997) 617-626.
- [266] V. Sar, G. Akyüz, T. Kundakçi, E. Kiziltan, O. Dogan, Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder, *Am J Psychiatry.* 161 (2004) 2271-2276.
- [267] C. Spitzer, B. Spelsberg, H. Grabe, B. Mundt, H.J. Freyberger, Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders, *Journal of Psychosomatic Research.* 46 (1999) 291-294.
- [268] C. Spitzer, H.J. Freyberger, C. Kessler, D. Kömpf, Psychiatric comorbidity in dissociative disorders in neurology, *Nervenarzt.* 65 (1994) 680-688.
- [269] E.S. Bowman, O.N. Markand, Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects, *Am J Psychiatry.* 153 (1996) 57-63.
- [270] A. Ozcetin, H. Belli, U. Ertem, T. Bahcebasi, A. Ataoglu, F. Canan, Childhood trauma and dissociation in women with pseudoseizure-type conversion disorder, *Nord J Psychiatry.* 63 (2009) 462-468.
- [271] G.N. Saxe, B.A. van der Kolk, R. Berkowitz, G. Chinman, K. Hall, G. Lieberg, et al., Dissociative disorders in psychiatric inpatients, *Am J Psychiatry.* 150 (1993) 1037-1042.
- [272] G.N. Saxe, G. Chinman, R. Berkowitz, K. Hall, G. Lieberg, J. Schwartz, et al., Somatization in patients with dissociative disorders, *Am J Psychiatry.* 151 (1994) 1329-1334.
- [273] E.S. Bowman, Etiology and clinical course of pseudoseizures. Relationship to trauma, depression, and dissociation, *Psychosomatics.* 34 (1993) 333-342.

- [274] K. Alper, O. Devinsky, K. Perrine, B. Vazquez, D. Luciano, Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse, *Neurology*. 43 (1993) 1950-1953.
- [275] C.L. Harden, Pseudoseizures and dissociative disorders: a common mechanism involving traumatic experiences, *Seizure*. 6 (1997) 151-155.
- [276] J.A. Chu, D.L. Dill, Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse, *Am J Psychiatry*. 147 (1990) 887-892.
- [277] K. Roelofs, G.P.J. Keijsers, K.A.L. Hoogduin, G.W.B. Näring, F.C. Moene, Childhood abuse in patients with conversion disorder, *Am J Psychiatry*. 159 (2002) 1908-1913.
- [278] J. Stone, M. Sharpe, M. Binzer, Motor conversion symptoms and pseudoseizures: a comparison of clinical characteristics, *Psychosomatics*. 45 (2004) 492-499.
- [279] J. Henry, C. Védie, T. Witjas, J. Azulay, F. Poinso, Sémiologie de troubles psychomoteurs, dans: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Elsevier Masson, 2006: p. 37-117-A-10.
- [280] H. Ey, P. Bernard, C. Brisset, *Manuel de psychiatrie*, 6 éd., Editions Masson, 1989.
- [281] U. Hintze, U. Runge, T. Hachenberg, M. Wendt, Dissociative stupor--differential diagnosis of coma following injury, *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 33 (1998) 753-755.
- [282] D.R. Bach, E. Seifritz, "Simple dissociative disorder" in Central Europe: a case report, *Eur. Psychiatry*. 20 (2005) 572-573.
- [283] T. Nakanishi, Dissociative stupor, trance and possession disorders, *Ryoikibetsu Shokogun Shirizu*. (2003) 501-502.
- [284] P.J. Alexander, S. Joseph, A. Das, Limited utility of ICD-10 and DSM-IV classification of dissociative and conversion disorders in India, *Acta Psychiatr Scand*. 95 (1997) 177-182.
- [285] *DSM-IV: soins primaires*, Elsevier Masson, 1998.
- [286] A.M. Kanner, J. Parra, M. Frey, G. Stebbins, S. Pierre-Louis, J. Iriarte, Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome, *Neurology*. 53 (1999) 933-938.
- [287] T. Jans, S. Schneck-Seif, T. Weigand, W. Schneider, H. Ellgring, C. Wewetzer, et al., Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2 (2008) 19.
- [288] I.N.S.E.E., Niveau d'éducation dans l'Union européenne, (2008).
- [289] I.N.S.E.E., Taux de chômage localisés trimestriels par région (en moyenne trimestrielle), (2010).
- [290] I.N.S.E.E., Composition des familles, (2010).
- [291] I.N.S.E.E., Familles selon le nombre d'enfants, (2010).

SERMENT

D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de rac, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que le me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.