

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

D.E.S. MEDECINE GENERALE

PAR

BARRE Mathieu

NE LE 26/03/1981 A VERSAILLES (78)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/10/2011

**ETUDE D'UN CAS DE PARAPLEGIE SANS ETIOLOGIE
AVEC TRAITS DE PERSONNALITE HYSTERIQUE :**

**Analyse rétrospective du dossier médical et de l'histoire de vie de la
patiente à la recherche d'arguments en faveur d'une conversion
hystérique.**

PRESIDENT DE JURY : Pr. PROUST F.

JURY : Pr. BEURET-BLANQUART F.

JURY : Pr. FAINSILBER P.

DIRECTEUR DE THESE : Dr. SANS-JOFRE M.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2010 - 2011
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOI**
M.BENOZIO-J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. C
J. DALION -, DESHAYES - C. FESSARD - J.P. FILLA
P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMANN
HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAUR
LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P. LEMOINE - Mle MAGARI
B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFA
Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.S.
- Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R.SC
B.TARDIF -,TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P.
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie

M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communi
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatri
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumat
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Philippe HECKETSWEILER (surnombre)	HCN	Hépto - Gastro/Policlinique
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Patrick LE DOSSEUR	HCN	Radiopédiatrie
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Jean-François LEMELAND (Surnombre)	HCN	Bactériologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition

Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
M. Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Jacques THIEBOT	HCN	Radiologie et imagerie médicale
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion

M. François TRON	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire

M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT	UFR	Sciences humaines - Techniques d'expressi

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Jean-Louis PONS (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Dominique ANDRE	Chimie analytique
Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON (Délégation)	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique

M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
------------------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mlle Virginie SEGUIN	Botanique
Mlle Sophie RABEAU	Chimie Générale et Minérale
Mlle Laetitia LE GOFF	Parasitologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation
LISTENSEMEDPHAR2010-2011[1]

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES**

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario TOSI	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)

LISTE DES RESPONSABLES DU D.E.S de MEDECINE GENERALE

DIRECTEUR du DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE et COORDINATEUR du DES de MEDECINE GENERALE :
Pr.JL Hermil, professeur associé de Médecine Générale.

DIRECTEUR ADJOINT : Pr. H. Levesque, PU-PH de Médecine Interne.

SECRETAIRE GENERALE : Dr A. Mercier, médecin généraliste, maître de conférences associé de Médecine Générale

MEMBRES du Conseil de Département et du bureau :

- Professeurs hospitalo-universitaires :B. Bachy, JM Kuhn, H. Lévesque, C. Marguet, L. Marpeau, B. Veber
- Professeur associés : JL Hermil, Ph. Nguyen-thanh, A. Mercier, P. Fainsilber
- Maîtres de conférences associés: Docteur E. Lefebvre
- Chef de clinique-assistant : Docteurs M. Schuers
- Généralistes enseignants : Docteurs D. Farre, E. Mauviard, D. Sans-Jofre et T. Thueux,
- un hospitalo-universitaire représentant le département de santé publique
- hospitaliers non-universitaires représentant les hôpitaux généraux : Docteurs A. Navarre-Coulaud et M. Lafarie
- Pr F. Becret, professeur émérite, ancien directeur du département de Médecine Générale.

Par délibération en date du 3 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie ce travail

À Anne, que je remercie pour son amour et sa patience.

À Zoé et Léonard, mes rayons de soleil.

À mes parents et ma famille.

À Arnaud et Nicolas, mes fidèles équipiers.

Au Dr SANS-JOFRE pour m'avoir initié à la médecine générale et aiguillé tout au long de ce travail.

Au Pr. PROUST pour avoir éveillé en moi les valeurs d'humanité, d'humilité et d'abnégation.

Au Pr. BEURET-BLANQUART pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Au Pr. FAINSILBER pour son aide précieuse.

SOMMAIRE

I - Introduction :

16	1-1 L'hystérie, histoire et définition	page
	1-1-1 Epidémiologie	page
17		
	1-1-2 Sur le plan clinique	page
17		
	1-1-3 Diagnostic positif	page
20		
	1-1-4 Complications, évolution, pronostic	page
20		
	1-2 Le cas de la patiente	page
21		

II Matériels et Méthodes

22	2-1 Description de l'étude	page
	2-2 Déroulement des entretiens	page
23		
	2-3 Concepts d'analyse des entretiens	page
23		

III – Résultats et Analyse :

25	3-1 Le dossier médical	page
	3-1-1 Sur le plan organique	page
25		
	3-1-2 Sur le plan psychique	page
27		
	3-1-3 Analyse du dossier médical	page
28		
	3-2 Synthèse des entretiens	page
30		

3-2-1 Contexte	page
30	
3-2-2 L'histoire de vie	page
31	
3-2-2-1 Son enfance	page
31	
3-2-2-2 La relation paternelle	page
33	
3-2-2 -3 La relation maternelle	page
34	
3-2-2-4 Sa vie amoureuse	page
39	
3-2-2-5 Sa vie professionnelle	page
41	
3-2-2-6 La maladie	page
42	
3-2-2-7 Les évènements de vie	page
44	
3-2-2-7-1 L'arrestation de son père ..	page
44	
3-2-2-7-2 La maladie de sa mère.....	page
45	
3-2-3 Analyse	page
45	
3-2-3-1 Analyse sur le mode psychiatrique ..	page
45	
3-2-3-2 Modèle psychanalytique	page
page 54	
<u>IV Discussion :</u>	page
59	
4-1 Qualité et biais de l'étude.....	page
59	
4-2 Prise en charge diagnostique et symptomatique	page
60	
4-3 Prise en charge thérapeutique.....	page
page 61	

4-4 Evènements de vie, traumatisme et rôle de l'attachement
page 62

4-5 Perspectives d'avenir page
62

V Conclusion : page
63

VI Bibliographie : page
64

I - INTRODUCTION

L'association d'une paraplégie sans étiologie et l'existence de traits de personnalité de type hystérique doit faire rechercher l'existence d'une conversion hystérique.

1-1 L'hystérie, histoire et définitions :

L'hystérie est une des pathologies psychiatriques qui a suscité le plus de controverses. L'histoire de l'hystérie se confond avec celle de la médecine. Des papyrus de 1900 avant J.C. décrivent les premiers symptômes hystériques. En 400 avant JC, Hippocrate estime que les symptômes hystériques sont dus à la migration de l'utérus à travers le corps jusqu'au cerveau. Galien, en 200 avant J.C., « fixe » l'utérus et admet l'hystérie chez l'homme. La confusion entre les causes et les conséquences sexuelles de l'hystérie se confondent jusqu'au XIX siècle. Charcot tente d'appliquer le modèle neurologique à l'hystérie sans succès mais il montre que les troubles sont sensibles à la suggestion hypnotique. Freud décèle l'origine inconsciente du conflit ayant donné naissance au symptôme hystérique ; grâce à l'analyse du discours de l'hystérique, il formule les principaux concepts de la psychanalyse. Il met l'accent sur la nature sexuelle de la scène traumatique déclenchante, scène réelle ou fantasmatique. Jacques LACAN souligne combien se reflète dans le comportement de l'hystérique l'organisation du désir : le désir d'un désir insatisfait.

L'approche psychanalytique voit dans la problématique hystérique un échec de la résolution du complexe d'Oedipe et une forme particulière d'aménagement de l'angoisse de castration liée au caractère incestueux des désirs sexuels. Les symptômes de conversions hystériques réalisent alors sur la scène du corps les fantasmes de castration inconscients associés aux représentations inacceptables pour le moi conscient. Les parties du corps choisies pour exprimer un tel fantasme sont dotées pour un sujet donné d'un pouvoir métaphorique. Un mécanisme d'identification est souvent à l'œuvre dans le symptôme de conversion.

La classification américaine *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4^{ème} édition (DSM4) a opéré un découpage nosographique de la névrose hystérique. Elle s'est vue redistribuée en plusieurs sous-groupes dont les troubles somatoformes et les troubles dissociatifs.

1-1-1 Epidémiologie :

Dans la population générale, LJUNGBERG estime la fréquence des accidents de conversion à 0.5 %. [1]

Sa prévalence dans la population générale est estimée de 1 à 2 %. [2]

Ces données sont très discutées compte tenu d'une évaluation rendue difficile par le polymorphisme et la variabilité de l'hystérie. [3]

Il en est de même pour le sex-ratio, même si la prédominance féminine est un fait clinique certain, le sex-ratio varie de 1.8 à 4.6 femmes pour 1 homme selon les études.

89% des femmes et 82% des hommes qui présentent un premier accident de conversion ont entre 15 et 25 ans. [1]

1-1-2 Sur le plan clinique :

Les premières manifestations apparaissent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La prévalence est féminine.

A- Personnalité hystérique :

La présence d'une personnalité hystérique existe souvent isolément, en dehors de tout symptôme hystérique.

- 1- **Histrionisme, théâtralisme :** souci d'attirer l'attention ; le sujet se présente de façon théâtrale, dramatique ; son vocabulaire est volontiers empathique, manque de naturel. L'hystérique modifie son rôle, selon l'auditoire, le temps, les circonstances, le désir de l'autre.
- 2- **Hyperréactivité émotionnelle :**
 - **Hyper-expressivité des affects :** le sujet s'attache ou se détache des objets avec un manque de mesure. Son affectivité est versatile mais non simulée et les sentiments vécus avec intensité.
 - **Troubles caractériels :** l'hystérique est souvent irritable, capricieuse, impulsive, incapable de prendre de la distance avec les éléments frustrants de sa vie.
 - **Humeur labile et changeante :** faite de décharge émotionnelle et d'égoïsme.
- 3- **Dépendance affective :** soit l'hystérique est active et à la recherche d'une valorisation dans des tâches altruistes, soit elle est passive, immature, infantile. Son attitude est alors le plus souvent effacée, inhibée, les investissements pauvres et la sexualité inexistante.
- 4- **Troubles sexuels :** il existe soit un dégoût et une crainte de la sexualité, soit une hypersexualité apparente ; le collectionnisme des partenaires masque l'inhibition ou le refus de la sexualité. En parallèle, on note une érotisation des rapports sociaux. Une frigidité

est souvent retrouvée.

Notons qu'un trouble de la personnalité de type dépendant est également fréquemment retrouvé, seul ou en association à une personnalité hystérique, au cours d'un accident de conversion. La personnalité dépendante se définit comme un besoin général et excessif d'être pris en charge, un comportement soumis, une peur de la séparation, et la crainte de perdre le soutien ou l'approbation d'autrui [4].

De façon beaucoup plus exceptionnelle, un trouble de la personnalité de type antisocial ou de type borderline est retrouvé.

B- Caractéristiques communes aux symptômes hystériques :

- Bénéfices primaires représentant l'annulation ou la baisse de la tension anxieuse en lien avec le conflit inconscient suscitant la « belle indifférence » aux troubles.
- Bénéfices secondaires représentant les bénéfices conscients ou inconscients sur l'entourage et la société.
- Variabilité de l'évolutivité du symptôme : le symptôme est accessible à la suggestion, à l'hypnose, se modifie selon l'environnement avec une tendance mimétique.
- Réversibilité du symptôme.
- Pas de simulation, le trouble n'est pas sous le contrôle volontaire, conscient du sujet.
- Pas de support organique.

C- Conversion hystérique :

La conversion désigne une atteinte du corps. Cette atteinte observable cliniquement est sans substrat organique, et en particulier les lésions n'ont aucune correspondance métamérique . En pratique le diagnostic de conversion hystérique est posé devant un symptôme ne présentant pas d'origine organique (absence de cohérence physiologique des signes cliniques, normalité des examens complémentaires).

a- Manifestations aiguës :

- Crises d'agitations psychomotrices avec décharge émotionnelle théâtrale : « grande crise à la Charcot ».

- Crise de spasmophilie ou tétaniforme.
- Crise syncopale.
- Crise d'allure convulsive.
- Crise extrapyramidale : bâillements, hoquets, éternuements, crise de rires ou pleurs, tremblements, mouvements choréiformes.
- Accès léthargique ou cataleptique.

b- Manifestations durables :

Atteinte fonctionnelle partielle ou totale des organes de la vie de relation.

- Troubles moteurs
 - o Systématisés ou intéressant un groupe de mouvement relevant de la même fonction.
 - o Astasie-abasie.
 - o Paralyse d'un membre ou d'un segment de membre.
 - o Paralyse généralisée, hémiplégie, paraplégie.
 - o Contracture localisée ou généralisée.
- Troubles sensitifs
 - o Anesthésie.
 - o Hyperesthésie.
 - o Algie diffuse et fréquente avec impotence fonctionnelle disproportionnée.
- Troubles sensorielles
 - o Vision.
 - o Audition.
 - o Olfaction.
- Troubles neuro-végétatifs

- Spasmes des muscles lisses (digestifs, coliques, respiratoires, voies urinaires et génitales, vasomoteurs)

1-1-2 Diagnostic positif :

Un examen clinique complet et un strict bilan paraclinique suffisent à confirmer le diagnostic. Les arguments cliniques sont :

- une symptomatologie hystérique caractéristique,
- un trouble de la personnalité de type histrionique ou dépendant sous-jacent,
- des troubles de la sexualité en rapport avec la personnalité,
- une relation de compréhension entre les troubles présentés et le contexte psychologique,
- une relation particulière aux médecins et aux soins,
- un bilan somatique normal.

1-1-3 Complications ,évolution , pronostic :

L'évolution est en relation avec les circonstances de la vie et liée aux bénéfices affectifs trouvés dans le milieu de vie.

Des bénéfices secondaires importants, une trop grande tolérance, voire une complicité de l'entourage contribuent au maintien du symptôme.

Les complications évolutives sont :

- Extension du symptôme de conversion, chronicité.
- Handicap chronique sur tous les plans : affectif, familial, professionnel, social.
- Apparition d'autres symptômes névrotiques: phobique, obsessionnel, hypochondriaque.
- Aggravation des traits de personnalité.
- Complications iatrogènes médicales et/ou chirurgicales.
- Conduites suicidaires alcooliques et toxicomaniaques.

- Episode dépressif.

1-2 Le cas de la patiente :

Le cas que nous avons étudié est celui d'une femme de 85 ans présentant des traits de personnalité de type hystérique, hospitalisée en service de long séjour du fait d'une paraplégie flasque apparue de façon progressive 16 ans auparavant ; l'ensemble du bilan organique a toujours été normal. Sa paraplégie est restée sans étiologie.

Au fil des années, elle a présenté de multiples complications de décubitus dont certaines ont nécessité la réalisation d'une colostomie de décharge. La perte de son autonomie a eu pour conséquence un isolement socio-familial avec hospitalisation en service de long séjour.

Malgré cela, la patiente reste extrêmement souriante et chaleureuse, prenant grand soin de son apparence physique mais également de la tenue de sa chambre d'hôpital.

C'est donc cette situation très contrastée, associée à une paraplégie sans étiologie retrouvée malgré une quinzaine d'année d'investigations médicales qui a fait naître l'envie de ce travail de thèse.

L'objectif de la thèse est de rechercher, par l'analyse de son dossier médical et par la réalisation d'entretiens cliniques s'intéressant à son histoire de vie, la structure psychique, les événements marquants et les facteurs déclenchants pouvant orienter vers le diagnostic de conversion hystérique.

II - MATERIELS et METHODES

2-1 Description de l'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative s'intéressant au cas d'une patiente par l'étude de son dossier médical et par la réalisation de 5 entretiens très peu directifs d'une durée approximative de deux heures et demie.

Avant le début de l'étude, nous avons réalisé un formulaire d'information et de consentement dans lequel nous notifions à la patiente de façon claire et loyale, tout en restant neutre pour ne pas influencer son discours :

- le but du projet de thèse, à savoir la recherche de corrélations entre sa biographie, sa personnalité et son histoire médicale.
- la procédure, consistant en la réalisation de 5 entretiens d'une durée de 1h30 à 2h30, dont le contenu sera enregistré sur un support audio avec sa permission ; nous l'informons, qu'avec sa permission, nous consulterons son dossier médical.
- les avantages et les risques, notamment les risques relatifs à la reviviscence de souvenirs désagréables ; nous lui indiquons qu'elle pourra ne pas répondre à une question qu'elle estime embarrassante, et qu'il est de notre responsabilité de stopper l'entretien si l'on estime que son bien être est menacé.
- la confidentialité : seuls Mr BARRE Mathieu et son directeur de thèse, Dr SANS-JOFRE, auront accès à son dossier médical, aux supports audio et à leur transcription papier ; ces documents seront détruits après la soutenance de thèse et les passages étoffant la thèse seront anonymisés.
- la participation, volontaire et bénévole, sans aucune contrainte ou pression extérieure ; la patiente est libre de mettre fin à sa participation à n'importe quel moment, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

Enfin, la patiente a été invitée à nous poser les questions qu'elle jugeait utile avant la signature du consentement.

Nous avons fait les démarches nécessaires pour la consultation de ses dossiers médicaux, ville et hôpital, et nous avons pu nous entretenir de son dossier avec ses différents médecins.

2-2 Déroulement des entretiens :

Les entretiens ont eu lieu au domicile de la patiente, sur rendez-vous, au moment de la journée où elle était la plus disponible et reposée. Chaque entretien démarrait après l'accord verbal de la patiente, la conversation était alors enregistrée sur un support audio numérique.

Les entretiens étaient non directifs, nous avons défini 3 thèmes axiaux : ses souvenirs d'enfance, sa vie familiale, ses problèmes de santé.

Après avoir lancé l'entretien sur ces thèmes, l'intervieweur s'effaçait, laissant la patiente mener son discours comme elle l'entendait, pouvant déborder largement du thème proposé et réaliser diverses associations libres. L'intervieweur se contentait d'effectuer des relances, de lui signifier des approbations dans une attitude compréhensive et empathique en respectant les silences, les arrêts, les discontinuités ou les associations [5].

Les enregistrements sur support audio numérique ont été retranscrits fidèlement sur papier.

Nous avons pris soin de noter les éléments du langage non verbal en les annotant à la retranscription écrite de l'entretien.

" Toute l'activité du clinicien consiste justement à relier et à donner du sens à une série d'éléments disparates ; cette tentative permet une compréhension globale du sujet. " [5]

2-3 Concepts d'analyse des entretiens :

Une fois retranscrits et annotés avec les éléments du langage non verbal, nous avons résumé les entretiens sous 5 grands items permettant de relater le plus précisément possible l'histoire de vie de la patiente, et complété par les événements de vie marquants.

Les entretiens ont été analysés en fonction du contenu manifeste, ce que dit la patiente, et du contenu latent, représentations et significations implicites associées au discours et au langage non verbal.

L'étude reposera sur les 2 angles principaux selon lesquelles on peut analyser l'hystérie :

- le modèle psychiatrique, s'intéressant à la recherche de critères positifs permettant le diagnostic d'un trouble de la personnalité de type histrionique associé à un trouble de conversion et à un trouble somatoforme selon le DSM 4.

- le modèle de la psychanalyse d'inspiration freudienne et lacanienne, cherchant à travers son histoire et les événements marquants de sa vie, à mettre en évidence une structure psychique particulière ayant conduit, à la faveur d'un facteur déclenchant, d'un traumatisme psychique, à ce que l'on appelle une conversion hystérique, c'est-à-dire un conflit inconscient, dans les suites de l'échec de résolution du complexe d'Œdipe, générateur d'anxiété et d'angoisse aménagée par les symptômes de conversion sur la scène du corps.

III - RESULTATS et ANALYSE

3-1 Le dossier médical :

3-1-1 Sur le plan organique :

La patiente déménage en Normandie en 1988 pour se rapprocher de sa mère atteinte d'une hémiplégie gauche suite à un accident vasculaire cérébral. Elle a 62 ans ; ancienne employée de banque à la retraite, elle vit seule et n'a pas d'enfant.

Nous n'avons pu nous procurer que quelques courriers émanant de sa région d'origine, la consultation de son dossier médical antérieur à 1992 étant très compliquée compte tenu de l'ancienneté, de l'éloignement et de la multiplicité des intervenants médicaux dont nous n'avons eu que peu de traces .

Elle a pour antécédents des douleurs articulaires et tendineuses fluctuantes, anciennes et peu invalidantes, mises sur le compte d'un rhumatisme articulaire aigu dans l'adolescence. Elle présente également un terrain atopique ancien se traduisant par des bronchites asthmatiformes, ayant bénéficié de multiples désensibilisations à la fin des années 60 sans réelle efficacité thérapeutique.

Début 1990, elle présente une fatigabilité intense avec myalgies et arthralgies intéressant principalement la ceinture pelvienne, d'intensité progressivement croissante, faisant réaliser un bilan complet qui met en évidence une hépatite C dont l'origine n'est pas retrouvée.

Hépatite C prise en charge par la mise en place d'un traitement par interféron en novembre 92, arrêté au bout d'un mois du fait de la survenue d'une neutropénie iatrogène. Ce n'est donc que secondairement qu'elle bénéficie d'une corticothérapie au long cours, arrêtée quelques mois plus tard devant la normalisation du bilan hépatique et l'absence d'ARNc détectable.

En juin 1993, la patiente est prise en charge par un médecin rééducateur. Celui-ci décrit dans ses courriers un déficit moteur proximal partiel bilatéral d'évolution progressive (depuis 1990) intéressant la ceinture pelvienne, sans atteinte distale, avec des réflexes ostéotendineux normaux, symétriques aux 4 membres, des réflexes cutanéoplantaires en flexion des deux côtés, sans troubles sphinctériens, avec des troubles de la sensibilité superficielle fluctuants, mal systématisés, de niveau approximatif T10 non objectivable . Il réalise plusieurs électromyogrammes qui n'ont pas retrouvé d'atteinte neurogène ou myogène.

Parallèlement à cela, elle marche de moins en moins et passe une bonne partie de ses journées au lit ou au fauteuil, se plaint d'un œdème des 2 membres inférieurs remontant jusqu'aux genoux.

En décembre 1993, elle consulte un professeur de médecine interne qui, devant la normalité du bilan inflammatoire, des protides totaux, de l'électrophorèse, de l'immunoélectrophorèse, du dosage du complément et de la négativité de la recherche prolongée d'une cryoglobulinémie, écarte un œdème angioneurotique, un capillaire link syndrome, une cryoglobulinémie ou une quelconque maladie auto-immune.

A cette époque, elle bénéficie de nombreux bilans sanguins exhaustifs à intervalle régulier, qui sont sans particularité.

L'interniste demande également une deuxième biopsie musculaire qui s'avère comme la première, normale. Par ailleurs les dosages répétés des CPK s'avèrent normaux.

Il conclut à de possibles œdèmes cycliques idiopathiques même s'il reconnaît que ceux-ci surviennent par épisodes et sont favorisés par l'orthostatisme prolongé, ce qui n'est pas le cas de la patiente à l'époque puisque la station debout lui est devenue impossible.

La patiente bénéficie en 1995 d'une IRM médullaire et d'une IRM cérébrale qui s'avèreront normales.

En février 1995, des potentiels évoqués somesthésiques ne peuvent être réalisés compte tenu des œdèmes. Le médecin rééducateur souhaite écarter une compression veineuse thoraco-abdominale à l'origine des œdèmes, c'est pourquoi la patiente bénéficie d'une échographie-doppler artério-veineux de l'aorte et de la veine cave ainsi que d'un angioscanner thoraco-abdominal avec reconstruction qui se sont tous deux avérés normaux.

Au vu des résultats de l'ensemble du bilan, le diagnostic de paraplégie anorganique est évoqué.

En 1997, elle commence à éprouver des difficultés aux transferts lit-fauteuil. A l'examen, les réflexes ostéotendineux sont absents aux deux membres inférieurs et les réflexes cutanéoplantaires sont indifférenciés. Cependant il n'y a pas de trouble sphinctérien.

Elle souffre de complications de décubitus :

- rétractions tendineuses,
- escarres talonnières et surtout sacrées de traitement difficile, nécessitant la mise en place d'une sonde urinaire à demeure pour faciliter la cicatrisation qui malheureusement sera à l'origine de multiples pyélonéphrites sur sonde.
- eczéma variqueux surinfecté sur des lésions de grattage.

En 2003, devant la persistance chronique de l'escarre sacrée nécrosante et la présence d'une fistule recto-cutanée, il est décidé une dérivation des matières fécales par colostomie transverse de décharge.

En 2004, elle dit avoir bénéficié de plusieurs séances de radiothérapie rachidienne à l'âge de 25 ans pour des douleurs rhumatismales. Le médecin qui la suit évoque le diagnostic de myélite radique et demande une nouvelle IRM médullaire. Il justifie sa demande en évoquant une hypoesthésie de topographie T10 et des dysesthésies à type de brûlures avec des réflexes ostéotendineux absents et des réflexes cutanéoplantaires indifférents. L'IRM n'a pas lieu, le service d'imagerie répondant que la patiente n'a pas pu se positionner en décubitus dorsal.

En 2007, devant une toux chronique, on lui diagnostique une dilatation des bronches du lobe moyen droit compliquée de fréquents épisodes de décompensation infectieuse.

Début 2008, on voit se rajouter dans ses antécédents une potomanie.

En mai 2008, elle est victime d'une agression, au sein du service dans lequel elle est hospitalisée, par un dément déambulant qui s'introduit dans sa chambre, la gifle, lui assène un coup de poing et est arrêté par un soignant alors qu'il s'apprêtait à jeter l'adaptable sur elle. Aucune conséquence traumatique n'est mentionnée.

3-1-2 Sur le plan psychique :

La patiente n'a pas d'antécédent psychiatrique connu. Elle n'a jamais consulté de psychiatre. Les différents médecins qui l'ont soignée et que j'ai pu interroger parlent de traits de personnalité histrionique.

Un trouble de la personnalité histrionique n'est pas directement évoqué dans le dossier médical, mais certains éléments du dossier peuvent le faire évoquer.

“ Tu verras donc Mme ... née le ... et encore très tonique malgré ses différents handicaps et ses multiples antécédents “ (1993)

“ Il ne nous reste donc que peu de choses qui soient réellement objectives et comme l'examen clinique l'a toujours laissé plus ou moins entendre, il semble qu'une part de ses troubles soit pathomimiques [...] il y a toujours une dissociation entre ce que nous observons au cours de certains exercices et le test neurologique que nous sommes amenés à effectuer “ (1995)

“ Nous avons profité de cette hospitalisation pour faire effectuer à Mme... de la rééducation, et je ne vous cache pas que là encore sa participation a été, vis-à-vis des kinésithérapeutes, très particulière puisque c'était elle qui gérait les exercices réalisés“ (1995)

“ Je reste toujours perplexe concernant Mme... qui supporte toujours avec une bonne humeur apparente, « sa paraplégie » ,ses œdèmes avec lésions cutanées massives, y compris traumatiques, ses séquelles d'hépatite C [...] elle continue à parler d'une fatigabilité incoercible, à tel point qu'elle dit se mettre toujours devant une table quand elle se sent fatiguée, afin d'éviter de basculer de son fauteuil [...] elle ne m'a pourtant pas semblé très asthénique, alors qu'elle avait attendu assez longtemps lors de cette consultation, et que là encore nous avons parlé assez longuement, ou du moins je l'ai laissée parler longtemps comme c'est toujours le cas avec elle “ (1997)

“ Je reste confondue par sa bonne humeur et sa vivacité d'esprit, puisque Mme ... reste toujours très agréable et très soignée “ (1997)

“ La patiente accepterait l'augure de cette hospitalisation, à condition d'être en chambre seule et de ne pas avoir de nouvel électromyogramme “ (1997)

Le dossier ne mentionne pas d'élément évocateur d'un syndrome démentiel, de bizarrerie ou d'élément dissociatif.

Dans les suites de son agression en 2008, on voit apparaître un traitement par Effexor® relayé par du Deroxat® sans qu'un épisode dépressif soit caractérisé dans le dossier médical.

3-1-3 Analyse du dossier médical :

A la lecture du dossier médical, on met donc en lumière l'histoire d'une femme de 62 ans vivant seule, sans enfant, venant de perdre sa mère, qui se plaint de la majoration d'une asthénie chronique faisant découvrir une hépatite C active.

Dans les suites, elle va présenter un déficit moteur d'évolution progressive sur 3 ans, non systématisé, intéressant initialement les racines des deux membres inférieurs pour s'étendre en distalité, en respectant les membres supérieurs, sans troubles sensitifs objectivables, sans troubles sphinctériens, avec des réflexes ostéotendineux symétriques aux 4 membres puis secondairement abolis, et des réflexes cutanéoplantaires en flexion, dont les électromyogrammes répétés, les biopsies musculaires, les scanners et l'IRM

sont normaux.

Parallèlement à cela, elle se plaint de l'apparition progressive d'un œdème des 2 membres inférieurs qui fera réaliser un bilan clinique, paraclinique et biologique très complet, notamment immunologique. Le diagnostic d'œdème cyclique idiopathique est évoqué avec une probable participation psychogène.

La survenue de ce déficit moteur dans les suites de la découverte d'une hépatite C active, traitée initialement par interféron, fait rechercher un lien possible entre ces deux entités. La littérature fait état de possibles neuropathies périphériques avec ou sans cryoglobulinémie mixte secondaires à l'hépatite C elle-même ou à son traitement par interféron [6]. Cependant, dans le cas précis de la patiente, cette hypothèse est difficilement envisageable compte tenu de l'absence de systématisation, de signes d'atteinte neurogène ou myogène sur plusieurs électromyogrammes successifs et avec des biopsies musculaires normales.

De même, le fait que la patiente ait bénéficié de séances de radiothérapie dorsolombaire vers l'âge de 25 ans doit nous faire évoquer une possible myélopathie post-radique. Cependant, les différents articles à ce propos soulignent que le début de la maladie intervient généralement dans les 5 ans suivant l'irradiation. Il s'agit le plus souvent d'un syndrome de Brown-Séquard, qui débute en distal et remonte progressivement jusqu'à la lésion. Parfois il s'agit d'un tableau de myélite transverse ou encore d'un tableau de sclérose combinée de la moelle. Elle est le plus souvent cortico-sensible en phase d'aggravation. L'IRM confirme le diagnostic par la présence d'un hypersignal caractéristique en séquence T2.

Les entretiens permettront d'affiner l'anamnèse, la patiente parlant de faiblesse des deux membres inférieurs survenant de façon aiguë par épisodes spontanément résolutifs, d'intensité et de fréquence progressivement croissantes conduisant secondairement, en 3 à 4 ans, à une paraplégie flasque.

Cette sémiologie n'a pas de correspondance nosographique connue.

Dans la littérature, des séries portant sur un total de 50 paraplégies hystériques rappellent la primauté d'un examen clinique minutieux ; ils estiment même qu'il peut, à lui seul, débrouiller la situation clinique et conduire à un diagnostic de certitude dans la plupart des cas.

Ces 50 paraplégies se présentent toutes comme des paralysies flasques ou à tonus sensiblement normal, or les reflexes ostéotendineux sont conservés et symétriques dans 47 cas sur 50. 2 des 3 patients présentant une aréflexie étaient éthyliques chroniques et le 3^{ème} opposait une résistance évidente lors de la recherche des reflexes.

Les troubles sensitifs sont soit absents, soit fluctuants et non reproductibles d'un examen à un autre ou non systématisés.

Aucun des 50 patients étudiés ne présente de trouble sphinctérien.

Au total, la paraplégie de conversion hystérique se présente le plus souvent comme une paralysie flasque à réflexes conservés et symétriques, sans signe d'irritation pyramidale, sans trouble sphinctérien, avec des atypies et des fluctuations éventuelles du déficit moteur et sensitif lors d'examen minutieux répétés [7].

Il apparaît donc raisonnable, au vu de la synthèse des nombreuses investigations cliniques et paracliniques de conclure à l'absence d'étiologie organique dans le cas de la patiente, en l'état actuel des connaissances scientifiques.

3-2 Synthèse des entretiens :

3-2-1 Contexte :

Les entretiens se sont déroulés dans le lieu de vie de la patiente, une chambre d'un service de long séjour dans un hôpital périphérique. La patiente l'a fait agrémenter avec ses propres meubles, deux bibliothèques, une table de nuit, un coffre, une commode et une vitrine dans laquelle apparaissent des objets décoratifs. Aux murs, sont accrochés une dizaine de tableaux et quelques photos. Sur la commode on trouve un synthétiseur, sur le coffre un tourne disque et de nombreux magazines. Sa salle de bain sert au stockage des divers objets qu'elle achète par correspondance.

Initialement, la patiente souhaitait des entretiens d'une durée de 45 minutes, prétextant qu'elle était très fatiguée et qu'elle pourrait difficilement tenir plus longtemps. Cependant, dès le premier entretien, quand je lui propose de conclure après 1h30, elle ne souhaite pas s'arrêter et m'explique d'un ton ferme « bon, maintenant que je suis lancée... » ; les quatre autres entretiens dureront entre 2 heures et 2 heures 30.

A l'occasion des rendez-vous, la patiente explique qu'elle ne peut pas le jeudi et le vendredi : le jeudi, il y a sa femme de ménage personnelle qui nettoie sa chambre et lave son linge, en plus des prestations hospitalières, et le vendredi, elle passe l'après-midi avec un prêtre.

Elle est installée sur son lit en position assise, calée par quelques coussins, les jambes recouvertes par une couverture personnelle, toujours apprêtée, maquillée et coiffée.

Le contact est d'emblée très facile ; souriante, très à l'aise, elle me propose de prendre une chaise « prenez place » et de me rapprocher au plus près d'elle.

La non-directivité des entretiens ne posera pas de problème car la patiente a énormément de choses à dire, il est même difficile de lui poser une question sans l'interrompre, son discours est très rythmé avec peu de blancs. Elle a essayé à quelques reprises de poser des questions sur l'intérêt de ce qu'elle dit pour ce travail de thèse « je ne vois pas à quoi tout cela va vous servir ».

3-2-2 L'histoire de vie :

3-2-2-1 Son enfance :

Fille unique, née en 1926 dans une famille bourgeoise, son père est ingénieur aéronautique issu d'une famille bretonne, sa mère d'origine alsacienne a fait des études de comptabilité qu'elle a interrompues après son mariage.

Pendant la petite enfance de la patiente, son père, pour sa formation professionnelle, est amené à s'installer temporairement dans différents endroits de France. Elle est élevée par ses grands-parents, puis elle ira dans un pensionnat durant un an avant de revenir en famille à Paris vers l'âge de 10-12 ans.

« quand j'étais toute petite, mon père voyageait beaucoup, ma grand-mère m'avait gardée pendant 3-4 ans, puis j'avais été à l'école, et puis ça fait comme à Gourin, on m'appelait pas la petite D., on m'appelait la petite W., parce que mon père n'était pas du pays, mais bon on connaissait les familles depuis longtemps, j'étais la petite W., et quand j'étais chez ma grand-mère, j'étais pas la petite D., j'étais la petite L., parce que ma grand-mère s'était remariée et avait changé de nom alors j'ai jamais porté mon nom »

Elle évoque à de nombreuses reprises ses souvenirs d'enfance chez ses grands-parents.

Ses grands-parents paternels vivent en Bretagne. Sa grand-mère paternelle faisait fonction d'infirmière pour un ami médecin, elle l'initie très tôt aux soins.

« Elle servait d'infirmière, moitié médecin, moitié infirmière, elle m'a même appris à mettre des ampoules scarifiées, j'avais 11 ans et puis des piqûres intramusculaires et comment ...intradermiques, à 12 ans »

Elle y passe une grande partie de son adolescence pendant la guerre où elle participe à la résistance suivant l'exemple de son père.

« Puis moi de mon côté quand j'allais chez sa mère en Bretagne, j'en faisais autant, alors tout le monde dans le coin, c'était le centre du

maquis breton alors on savait ce que tout le monde faisait »

« Et puis nous, on avait un autre truc, (rires) surtout les filles qui étaient plus âgées que moi, je faisais un peu plus que mon âge, ..., je faisais des compétitions sportives alors j'étais taillée en proportion, on m'aurait pris pour une fille de 16-18 ans et on avait toujours un des soldats pendu à notre cou et quand on voyait passer les allemands, on se bécotait et puis on se tournait comme si ils nous gênaient »

« Mon amie, quand elle a vu fusiller son frère comme ça, ça fait de l'effet hein..., ça nous a pas empêché de continuer, ben non, on était fait pour ça nous »

Elle se présente comme très investie dans son rôle de résistante cherchant l'assentiment de son père.

« J'ai dit à mon père tu sais j'ai failli partir d'Ouessant pour rejoindre l'Angleterre. Il m'a regardée, tu l'aurais fait sans me prévenir ?, je sais c'est ce que les copains m'ont dit, fallait te prévenir, je t'en aurais pas empêchée mais j'aurais voulu savoir où tu étais, alors là on savait exactement de quoi il en retournait »

Son père l'initie au sport et plus particulièrement à la compétition sportive. Comme lui, elle fera de l'athlétisme et de la natation de façon très intense même si elle n'y trouve pas de plaisir particulier. Elle nous fait remarquer que c'était l'occasion de partager un moment avec son père qui l'entraînait. Elle continuera avec encore plus d'intensité après l'arrestation de son père, jusqu'à ce qu'elle rentre à la banque où ses activités professionnelles et scolaires ne lui permettent pas de continuer.

« Moi je ne vivais que pour le sport en fait »

« Mon père était vraiment un nageur accompli, formidable, il a fait des championnats de natation aussi, alors il voulait me lancer là-dedans, moi je voulais pas tellement »

« Ah oui j'ai trop abusé du sport, de toute façon je suis toujours allée au-delà de mes forces et c'est le tort quand on fait des compétitions »

Elle a 15 ans quand son père est arrêté par la Gestapo.

« J'ai eu une enfance, une adolescence même, formidable, sauf quand mon père a été arrêté »

Il apparaît que la patiente n'a pas beaucoup vu ses parents pendant les dix premières années de sa vie. Elle évoque une seule fois le souvenir de sa mère au cours de son enfance, lorsque celle-ci viendra la chercher à la sortie du pensionnat. Son père lui, veut lui inculquer le goût de l'effort sportif et elle s'y prête car c'est l'occasion de passer du temps avec lui. Elle montre un

attachement particulier à ses grands parents paternels et maternels qui ont grandement contribué à son éducation jusqu'à l'arrestation de son père, arrestation qui constituera un événement marquant de sa vie.

3-2-2-2 La relation paternelle :

La patiente nous présente son père comme un grand résistant, patriote prêt à tout pour défendre ses valeurs républicaines. Elle s'inspire de lui pendant la guerre pour participer aux activités du maquis breton.

« Mon père savait très bien ce qu'il faisait, lui a vendu sa vie volontairement »

« Mon père avait dit si jamais il se passe quelque chose, moi je m'oppose à Hitler et à tout cela, moi je veux garder les valeurs de la République, la République Française passe avant tout et maman avait dit oui oui »

« Mon père nous avait prévenues, il nous avait dit moi je ferai de la résistance, ma mère en bonne alsacienne a dit mais moi je ne te dirai rien, tu pourras faire tout ce que tu veux et puis, ben moi la fille de... quand j'allais en vacances en Bretagne, vous savez ce qu'on faisait ?, y avait des champs, et puis tout le monde était dans la résistance. »

Son père est ingénieur aéronautique, à ce titre il travaillera initialement pour le Ministère de la Défense du gouvernement français de l'époque, ce qui l'amènera à travailler à Saint Raphaël puis à Saint Nazaire sur le développement des hydravions. Décidé à rentrer à Paris, il démissionne du Ministère de la Défense et rejoint le secteur privé, il travaillera pour de nombreuses entreprises étrangères tout en souhaitant rester à Paris. Pendant la guerre, au service d'une entreprise allemande, il sabote ses propres plans, c'est à ce titre qu'il sera arrêté, torturé et envoyé en camp de travail à Mauthausen. Pendant cette période, il ne peut communiquer que de façon indirecte avec sa famille.

« Mais il a été arrêté à son travail, il avait déjà été arrêté plusieurs fois, il a fait la Rue des Saussaies vous savez, c'est comme l'avenue Foch on torture bien les gens hein, puis après il a fait 2 prisons aux environs de Paris et puis après il est allé ... après il est parti en Allemagne, alors quand il est parti en Allemagne, on était sûr de pas le revoir, il a rencontré quand même, il y avait un centre de triage entre Mauthausen et ..., 2 centres de triage pour les français, mais qui avaient fait un peu de résistance mais sans rien tandis que mon père

s'est autre chose hein, »

A Mauthausen, il prend sous son aile un jeune homme de 18 ans que la patiente retrouvera après la mort de sa mère, en écrivant à l'amicale de Mauthausen. Elle n'avait pas effectué de recherche auparavant pour ne pas faire souffrir sa mère. Elle considère cette relation comme fraternelle.

« ce garçon est arrivé, il m'a dit je ne savais plus où j'habitais, je me suis retrouvé dans ce camp, quand j'ai vu les gens et puis mon père l'a vu, il était près de l'entrée du camp, il l'a vu, il lui a dit ne t'inquiète pas, t'en fais pas, moi je vais m'occuper de toi et il l'a emmené dans son chalet, y a un type qui venait de mourir, une place de libre alors, il a dit ben écoute, reste avec moi, je vais m'occuper de toi, tu vas voir ça va bien se passer »

« une lettre de Mr P. R. qui avait 18 ans, qui a fêté ses 18 ans le jour de l'arrivée au camp, et votre père lui a sauvé la vie et il va vous réécrire »

Son père décède du typhus deux mois avant la fin de la guerre, la patiente et sa mère mettront plusieurs années avant d'accepter l'idée de son décès. Il leur faudra attendre que l'on retrouve un registre du camp où était consignée sa mort. Pendant toutes ces années, les deux femmes ont vécu avec l'idée qu'il pouvait revenir à n'importe quel moment.

La patiente vouait une grande admiration à son père, aussi bien au niveau de ses activités professionnelles, sportives que de son rôle dans la résistance. Elle n'hésite pas à dévaloriser les collègues et amis de son père pour mieux le mettre en lumière.

« Alors moi, mon père a été arrêté, c'était un grand résistant »

« Les français, mais qui avaient fait un peu de résistance mais sans rien, tandis que mon père s'est autre chose hein »

Elle va comparer les trois hommes de sa vie au Docteur R., n'hésitant pas à faire le parallèle entre le docteur R. et son père.

« Je ne veux pas avoir affaire au Dr R, parce qu'avec ses sourcils, ses moustaches et puis son air sévère et ses mains dans le dos, oh je veux pas avoir affaire au Dr R moi il m'impressionne trop »

« Dr R ressemble beaucoup à mon père ».

3-2-2-3 La relation maternelle :

Suite à l'arrestation du père, mère et fille vont continuer à vivre dans l'appartement familial à Paris. Toutes les deux vivent dans l'espoir de le voir revenir. Sa mère apparaît comme ne pouvant plus faire face à la réalité, dépendante, probablement dépressive.

*« Alors nous on guettait tous les bruits, on disait *oh ça y est c'est mon père qui monte* ; 11 heures du soir, quelqu'un qui montait, qui s'arrêtait devant la porte, on disait *c'est papa*, ma mère disait *je peux pas me lever va ouvrir* »*

*« Mon père avait dit [...], *la République Française passe avant tout* et maman avait dit *oui oui, mais dis donc...*, moi je lui ai dit *on sera toujours toutes les 2* »*

Les ressources financières manquent, sa mère éprouve des difficultés à trouver du travail et à se réinsérer socialement.

« Elle était tellement traumatisée par ça, il est arrivé un moment où elle avait pas perdu la raison mais enfin elle n'y était plus tellement hein, et puis à 38 ans elle ne trouvait pas de travail parce qu'elle était trop vieille, parce que c'étaient les femmes de prisonniers qu'avaient les places, les prisonniers parce que quand ils viendraient... Les femmes de résistants pendant l'occupation vous vous doutez bien que ce n'est pas elles qu'on allait aider hein... »

Bien que l'entourage familial aide financièrement les deux femmes, la patiente décide, contrainte par les événements, d'arrêter ses études pour rentrer dans une banque d'affaires. A partir de ce moment, elle dispose des moyens financiers pour entretenir sa mère, elle se place en position de chef de famille et prend très à cœur le fait de pouvoir offrir à sa mère toutes les mondanités auxquelles son père l'habituaient auparavant. Les deux femmes sont fréquemment en conflit pour des sujets somme toute futiles.

« Quand j'étais à Paris, j'ai eu ma mère à charge parce qu'elle n'avait rien pour vivre »

« J'ai pu faire une vie à ma mère, pas l'équivalent de ce que pouvait mon père, mais vous savez, elle n'a jamais manqué de rien, elle a pu sortir, elle avait une vie comme si elle ne manquait pas d'argent et ça c'est énorme »

*« Ma mère, quand elle m'a dit *je suis plus chez moi, faut que je cherche un appartement, faut que je cherche quelque chose*, je lui dis *mais tu es chez toi ici, à Paris, tu m'as dit c'est vrai que je ne vais pas te rappeler ce que tu m'as dit, tu m'as dit un soir tu es chez moi ici, tu veux faire quelque chose attends d'être chez toi pour le faire*, mais je lui ai dit *tu sais moi je ne suis pas comme ça, on est toutes les deux,**

nous ne restons que toutes les deux, papa n'est plus là »

« On se ressemblait tellement point de vue caractère, on s'accrochait quelques fois à cause de ça, parce qu'on s'entendait trop bien »

« *Ne t'inquiète pas tu es chez toi tu fais ce que tu veux* alors ça l'avait rassurée mais alors après, c'est tout juste si elle ne me fichait pas hors de chez moi parce qu'elle n'était pas d'accord avec moi »

Les deux femmes entretiennent une relation fusionnelle depuis l'arrestation du père, avec domination de la mère sur la fille sur un mode d'infantilisation, de suggestion, ou de chantage affectif.

« Elle m'a dit *tu m'aurais quittée, je serais passée sous le train*, elle l'aurait fait pour ne pas m'encombrer, vous vous rendez compte »

« moi j'étais toujours la petite fille, jusqu'au jour où ça bardait mais y avait une de mes amies qui était venue voir ma mère, ma mère lui dit alors comment va votre mère, *ah avec ma mère je serais toujours la petite fille, elle a 93 ans j'en ai 70 mais je serais toujours sa petite fille, elle dit mais vous savez c'est un peu lassant*, je me suis mise à rire, ma mère qui commençait à faire la tête, je dis à mon amie, pour ma mère, j'ai 13 ans, même pas alors elle a dit à ma mère, *écoutez Mme ..., faudrait quand même que vous changiez un petit peu, vous et maman, faudrait quand même que vous mettiez un peu dans la tête qu'on a plus 10 ans*, je ne savais plus où me mettre, je me suis dit quand elle va partir, qu'est ce que je vais entendre, quand elle est partie ma mère m'a dit t'es contente, y en a une qui dit comme toi, »

« quand j'ai eu Claude ça été très bien aussi, parce que elle, ce qui l'embêtait c'est qu'il était divorcé, elle me disait, *tu sais il est divorcé* et elle n'a jamais voulu le voir de trop près parce qu'elle me disait, qui a eu les torts ?, c'est lui ou elle, y a toujours un des deux dans un divorce, mais je veux pas qu'il te fasse souffrir, mais vous savez c'était une vrai tigresse, ah là là là, la moindre chose aurait voulu me faire le moindre mal , je ne sais pas ce qui se serait passé, »

Elle se sent valorisée par ce qu'elle met en œuvre pour sa mère.

« Après j'osais trop rien lui dire, trop admirative, ah c'est embêtant quand même : un moment elle ne savait plus et puis après elle était trop... Elle a toujours été comme ça, toujours trop fière de sa fille alors que les autres étaient comme moi, parfois mieux, mais y avait pas mieux que sa fille... »

Sa mère décide de s'installer à Dieppe dans les années 1955, elle avait des

amis dieppois qu'elle avait connus à Paris et qui l'ont invitée pour le mariage de leur fils ; elle ne connaissait rien à la Normandie mais Dieppe lui a plu, elle a décidé de s'y installer, elle louait un appartement à l'année et venait 3 ou 4 jours par semaine pour faire le marché ou aller chez le coiffeur.

Les années passant, elle semble regretter le fait que sa mère n'ait pas voulu refaire sa vie, ce qui l'a empêchée de faire la sienne ; elle aurait souhaité fonder une famille.

« Ce qui m'excédait un peu, enfin ce qui m'excédait c'est pas beau de dire ça, moi j'aurais voulu faire ma vie, avoir mon appartement, mon foyer tout en ayant ma mère à côté mais pas, pas avec mon ami et moi. »

« Y a des gens qui auraient voulu qu'elle refasse sa vie, je lui disais, mais il est bien celui là, moi je le connais tu serais bien, non non elle dit non non non y avait que mon père, ce sont d'excellents d'amis, mais moi je ne veux pas refaire ma vie, on avait d'excellents amis mais bon, elle ne voulait pas refaire sa vie, très bien, elle voulait que moi j'aie une vie heureuse, »

« Alors on a toujours été très très proches l'une de l'autre, à tel point que moi je n'ai pas fait ma vie comme j'aurais dû la faire. »

« Alors ma mère elle s'est repliée, déjà quand mon père a été arrêté, y avait que moi qui la rattrapait, qui la rattachait, je pouvais pas la laisser »

« Il a dit à ma mère, écoutez Mme D. , votre fille si elle ne refait pas sa vie personne ne lui tiendra la main quand elle mourra , mais vous, vous avez votre fille, et elle lui avait dit ah oui, moi j'étais vraiment son bon dieu, mais alors c'est normal, c'est énorme les parents, on a beau dire le père et la mère y a rien qui les remplacent, c'est un toit les parents, c'est un réconfort, on a quelqu'un qui nous aime, qui nous aide, c'est important, quand on a plus ses parents c'est comme un trou . »

La patiente apparaît en perpétuelle quête affective vis-à-vis de sa mère, mais parallèlement se satisfait de l'état de dépendance dans lequel se trouve cette dernière.

« Ma mère, ma pauvre mère, je comprends dans quel état elle devait être, elle a même pas vu mon père, mais elle est revenue pour être avec moi, pour ne pas me laisser seule, alors je lui ai dit, tu aurais fait ce que tu aurais voulu parce que y avait les parents de papa, elle m'a dit quand même tu te rends compte, tu es ma fille, alors elle a toujours été entre les deux et puis, être brutalement comme ça, qu'on nous annonce qu'on ne reverra pas mon père après, vous savez ça fait un

choc quand même, »

« Quand on a changé d'appartement, on est allées à la Celle Saint Cloud, je lui ai dit *j'étais chez toi, ben maintenant tu es chez moi, c'est pareil, mais non c'est toi qui paies le loyer*, parce que j'étais sa petite fille, c'est elle qui s'occupait de tout, c'est moi qui payait tout parce qu'elle ne travaillait pas, mais c'est pareil, »

« Elle faisait ce qu'elle voulait, moi je faisais ce qu'elle voulait, on aurait très bien pu vivre l'une près de l'autre au cas où il serait arrivé quelque chose, on a bien vécu toutes les deux, j'adorais ma mère »

« Elle ne vivait que quand j'étais là. Alors quand j'arrivais à l'hôpital pour la voir, elle avait le visage qui s'illuminait et y avait une amie d'une des infirmières qui travaillait en bas, là, à l'hôpital, qui disait *bon ben ça y est ! Le bon dieu est arrivé !* »

En 1988, la patiente étant à Paris n'arrive pas à joindre sa mère à Dieppe. Au bout de deux jours de silence, elle décide d'aller à Dieppe pour le week-end. A son arrivée, les voisins de sa mère lui apprennent qu'elle est aux urgences de l'hôpital de Dieppe car elle a fait un accident vasculaire cérébral et qu'elle est restée au sol trois jours et demi. Dans les suites de cet AVC, sa mère va présenter des séquelles motrices qui vont progressivement conduire à son alitement et à des complications imposant son hospitalisation en service de soins aigus puis de long séjour. Cependant, la mère de la patiente souhaite une hospitalisation à domicile, ce qui contraint la patiente à participer activement à son maintien à domicile. Elle fait donc les allers-retours Dieppe-Paris quotidiennement pour aller travailler en journée et rentre le soir pour lui servir le repas et faire les tâches ménagères.

« Dr M. voulait la faire envoyer à l'hôpital pour faire une convalescence, elle a dit *oui, je sais ce que c'est*, ça avait tellement mauvaise réputation que..., en bas aussi on entendait les aides soignantes dire *et puis toi si tu ne fais pas l'affaire tu vas au château Michel...* hein, oh ma mère a dit *mais tu m'envoies là-bas*, pff, alors ça n'allait pas du tout, elle voulait que j'arrête mon travail, je gagnais très bien ma vie, ça c'est vrai mais je ne pouvais pas arrêter mon travail 5 ou 6 ans avant le temps quand même. »

« *Quand on entendait votre pas, la porte était ouverte, mais elle était transfigurée elle revivait*, jusque-là elle ne vivait pas, elle m'attendait, vous savez ça fait du bien quand même, j'ai servi à quelque chose (pleure) et ça me manque de ne plus servir à quelqu'un. »

La connaissance de l'histoire médicale des deux femmes fait apparaître de très nombreuses similitudes, tout d'abord :

- la mère de la patiente dans le cadre de sa convalescence

va présenter des épisodes de faiblesse musculaire avec chute traumatique à de nombreuses reprises,

- la patiente et sa mère ont été hospitalisées dans les mêmes services, la patiente ayant même séjourné dans la chambre où sa mère est décédée,
- elles ont un maintien à domicile difficile,
- elles ont eu le même médecin traitant.

Sa mère décède quelques mois plus tard à l'hôpital de Dieppe ce qui constituera un évènement traumatisant que nous évoquerons plus tard.

« Elle était contente de sa fille, ça c'est énorme, j'étais heureuse au moment où elle allait mourir, c'est pour toute ma vie ça ... »

3-2-2-4 Sa vie amoureuse :

La patiente va évoquer ses relations amoureuses. Au fil des entretiens, elle confesse avoir eu trois hommes dans sa vie.

Elle ne dira que très peu de choses du premier.

Le deuxième, François, est le neveu d'un de ses patrons, il est haut responsable au sein de la banque dans laquelle elle travaille. Ils se sont fiancés ; compte tenu de son statut social, il plaît bien à sa mère. Il a pour projet de monter une banque à Madagascar et doit donc partir là-bas avec elle. Malheureusement elle va tomber malade et ne pourra le suivre. Elle concèdera qu'il était divorcé d'un premier mariage et qu'elle craignait d'être moins bien acceptée par sa famille, étant la deuxième. Elle rajoute qu'elle ne pouvait partir à Madagascar car elle serait trop loin de sa mère ou que sa mère s'ennuierait à Madagascar. Elle émet des doutes sur la fidélité de François, craignant de souffrir de cela. Elle explique enfin que, une fois malade, il était hors de question de partir à Madagascar car elle n'aurait pas pu s'y rendre et quand bien même, elle n'aurait pas pu y être soignée correctement.

La maladie a duré 5 ans et elle ne l'a jamais revu. Cependant, elle se serait préoccupée de savoir ce qu'il devenait via une de ses cousines.

« J'ai commencé à avoir la santé qui flageolait, je me suis fiancée, mon fiancé avait sa carrière faite à Madagascar, on le voyait partir, moi j'étais dans mon lit je pouvais pas en bouger, alors je suis restée 5 ans en très mauvais état. »

Après lui, elle ne souhaite plus de relation amoureuse.

Le troisième, Claude, est un notaire qu'elle a connu dans le cadre professionnel. Il habite à proximité de son domicile de la Celle Saint Cloud, ils ont tous les deux la cinquantaine et se voient quelques jours par semaine, la patiente continuant à vivre avec sa mère.

« Parce que j'avais un ami qui demeurait à ...10 minutes même pas à pied dans la forêt, alors on se voyait, j'étais chez l'un chez l'autre et je passais tous les soirs voir ma mère quand même, voir si elle allait bien, si il n'y a rien qui n'allait pas. »

Sa mère refusait cette relation, car Claude était divorcé, elle avait peur qu'il la fasse souffrir, elle avait mise en garde sa fille sur la pérennité de sa relation amoureuse dans le cadre d'une cohabitation mère-couple.

« Mais ma mère m'a toujours dit *ce n'est pas bon que les enfants mariés vivent avec les parents et les beaux parents* »

« J'en voulais pas et lui il me voulait, y avait 10 ans que j'avais plus de petit ami...J'ai regretté François... »

A la mort de sa mère, Claude ne voit plus d'obstacle à leur mariage, cependant la patiente ne l'entend pas ainsi préférant garder son indépendance ; elle est en effet persuadée que le fait de vivre ensemble sous le même toit nuira à sa relation.

« Mon ami m'a dit *ben écoute, maintenant tu peux te marier parce que c'était ta maman, tu voulais pas vivre à 3...* parce qu'il avait divorcé et il avait un appartement, un 2 pièces, un bon 2 pièces, nous on avait un 3 pièces »

« Bon ben moi j'ai pas voulu, et puis une parole en entraînant une autre, j'ai rompu, je l'ai regretté ! Tout en parlant je me disais *tu es complètement folle, mais qu'est ce que tu dis, tu n'as pas envie de rompre, mais qu'est ce que t'es en train de raconter.* Finalement, lui s'est monté aussi, et on s'est fâché, et alors le lendemain j'ai immédiatement donné mon...signalé mon départ, que je rendais les clés de mon appartement et puis...que j'avais autre chose, plusieurs endroits où aller...Et puis je me suis dit à *Dieppe.* »

A postériori, elle conclura que ses deux dernières relations n'auraient pas été possibles compte tenu de la survenue de la maladie.

« Pendant cinq ans j'ai pratiquement été, pas comme je suis là parce que je pouvais aller et venir quand même, dans sa famille il fallait beaucoup recevoir, c'était comme dans ma famille, les familles d'autrefois il fallait beaucoup recevoir, beaucoup sortir, je pouvais pas

assumer, je pouvais déjà pas assumer mon travail alors je pouvais pas faire ça, je pouvais pas »

« Claude après, me marier, ben j'ai bien fait de ne pas le faire parce que trois ans après j'étais comme ça alors qu'on avait fait tellement de projets, lui qui voyageait tellement, tellement, puis moi j'aimais bien sortir aussi, alors qu'est ce qu'il aurait fait de moi, d'ailleurs j'aurais demandé le divorce. »

Elle décrit une relation privilégiée avec le médecin responsable du service dans lequel elle se trouve, le docteur R., relation présentée de façon plus intime qu'elle ne l'est en réalité. Elle est admirative du docteur R., comparant les trois hommes de sa vie au docteur R. et trouvant que le docteur R ressemble à son père.

« Mr R. est un homme extraordinaire, il aime autant la peinture, la littérature que moi, et des bouquins de peinture. »

« Les trois hommes de ma vie se ressemblaient beaucoup, d'ailleurs tous, ils ressemblent au Dr R., avec sa moustache, ses lunettes et ses cheveux grisonnants... Dr R. ressemble beaucoup à mon père ».

3-2-2-5 Sa vie professionnelle :

La patiente rentre dans une banque d'affaires comme secrétaire ; parallèlement à cela, elle prend des cours du soir à Sciences Politiques qu'elle sera contrainte d'arrêter pour des raisons pécuniaires. Elle va alors bénéficier d'une promotion au sein du service des tris documentaires où elle s'occupera de l'import-export. Elle se décrit comme une employée rigoureuse, respectée et passionnée par son travail, ne comptant pas ses heures, qui va progressivement monter en grade. Elle prend de l'assurance, les relations avec sa hiérarchie vont devenir de plus en plus tendues car comme elle se plaît à le répéter, elle ne se laisse pas faire. Sur la fin de sa carrière, elle va se trouver isolée ce qui va la pousser vers la prise d'une retraite anticipée.

« J'ai fait des choses à la banque dont je ne reviens pas, ah, alors là vraiment et les autres non plus d'ailleurs, tout le monde me poussait en me disant faut pas vous laisser faire, tous les jours où je ne me suis pas laissée faire, personne n'en est revenu, écoutez c'est ce qu'il faut. »

« Un jour j'étais tellement en colère, je ne sais pas ce qu'il avait, il est venu m'embêter, je lui ai dit *ne m'embêtez pas*, puis alors y avait des gens qui étaient dans mon bureau, alors ils ne bougeaient pas parce que je n'ai pas l'habitude de me mettre en colère, je ne crie pas, mais

quand j'ai quelque chose à dire, ça porte, et je lui ai dit *vous n'allez pas m'embêter hein, j'ai ça à faire, laissez moi faire mon travail et allez faire le vôtre, ne me retardez pas, puisque c'est ça je vais donner ma démission comme ça, vous l'aurez ma place, ah vous n'allez pas faire ça, non tiens !*, et en même temps j'étais en train de faire ma feuille de démission, et puis y a un bureau de libre à côté, je pourrais travailler tranquillement au moins, c'était le bureau d'un patron qui était en vacances, *je vais dans son bureau et qu'on ne me dérange pas !...* Ouh les gens qui travaillaient pour moi et qui vraiment avaient besoin de moi, étaient bien embêtés alors en partant je leur ai fait un signe et ils ont vu, ils savaient bien que ce n'était par contre eux, que j'en avais mais, y en a un qui est venu me voir et m'a dit *j'apporte le courrier à viser*, il me dit *vous savez vous nous avez fait peur, vous étiez tellement blanche, on a cru que vous alliez vous écrouler, moi m'écrouler pour S., ah sûrement pas !*, et après quand vous êtes partie vous nous avez fait un signe, on savait pas quoi penser, vous alliez pas penser que j'avais perdu la tête, ah non nous on étaient bien embêtés, ne soyez pas embêtés moi j'ai fait mon travail, j'ai dit ce que j'avais à dire, j'ai fait ma lettre de démission...Trois fois Simon est venu pour me la reprendre des mains en me disant *ah non non non ne donnez pas votre lettre de démission*, je lui dis *pourquoi ? vous avez peur que je m'en aille ou des conséquences ?*, ah je ne l'ai pas ménagé, »

« À part la dernière banque, ils voulaient vraiment que je m'en aille »

3-2-2-6 La maladie :

L'histoire médicale de la patiente est très complexe, et ce d'autant qu'elle ne sait pas exactement ce qu'elle a, ni ce qu'elle a eu. De plus, il lui est très compliqué d'en effectuer une chronologie. Successivement parmi la première partie de sa vie, elle va présenter divers problèmes de santé. Elle nous parle de tumeur du cervelet, de problèmes de moelle épinière, de moelle osseuse et d'arthrose ayant nécessité la réalisation de plusieurs séances de radiothérapie. De ce que l'on peut en comprendre, la patiente va présenter deux périodes au cours desquelles son état de santé sera fortement dégradé.

Pour ces deux périodes, la première vers l'âge de 25 ans et la seconde vers l'âge de 58 ans, elle nous confie qu'elle se sent responsable de sa maladie du fait de son hyperactivité.

« j'ai quand même trop tiré sur la corde, pour mes examens, pour mes cours, pour la banque, pour mes entraînements et tout, alors là, j'étais complètement lessivée, et y a un docteur qui m'a dit qu'il suivait davantage les filles qui font ça, parce que, il m'a dit *vous avez fait du*

sport de compétition ? , j'ai dit oui pourquoi ? , parce que vous avez l'organisme d'une femme de 60 ans, il va falloir tout remettre en état »

« puis alors les jambes, ça a commencé je courais tellement pour m'occuper de ma mère qu'était là à Dieppe, moi j'allais travailler, je travaillais toute la nuit à la maison pendant plus d'un mois, j'arrivais à la maison à 10 heures moins le quart, je préparais à dîner à ma mère qui n'en voulait pas, alors moi ça me coupait l'appétit, ah, parce qu'elle ne voulait pas retourner à l'hôpital, le Dr M disait *elle ne peut pas rester comme ça* , parce que pendant le mois et demi qu'elle est restée à la maison avant de retourner à l'hôpital, moi j'arrivais à 10h30 le soir, je préparais le repas, je faisais un peu de toilette, je la couchais et puis moi après j'avais plus faim, je pouvais pas faire marcher la machine parce que ma petite voisine couchait à côté de ma chambre, alors je faisais tout à la main, je repassais, tout ce qu'il fallait faire dans la maison sauf le ménage et le dimanche matin, j'allais à Paris pour voir si il y avait du courrier »

Elle nous confie que le docteur B. médecin neurologue et rééducateur qui la prend en charge à son arrivée sur Dieppe était au courant de ses problèmes de santé, or ils ne sont pas évoqués dans ses comptes-rendus.

Le docteur B. devant ses épisodes de faiblesse musculaire des membres inférieurs, régressifs puis rémittents, l'aurait envoyée voir un célèbre généticien qui aurait conclu à une pathologie extrêmement rare dont il n'existait qu'un seul cas dans le monde, mais dans son cas à elle, un traitement aurait été plus néfaste que bénéfique, or il n'y a pas de compte-rendu de consultation dans son dossier.

« je suis allée voir A.K. aussi à Lariboisière, le docteur A. m'avait envoyée voir A.K. au cas où il trouverait quelque chose, et alors là j'avais toute confiance en Lariboisière, je me suis dit ils m'ont sauvée une fois, là ils vont me sauver, voyant que cela ne marchait pas ils m'ont envoyée voir le professeur A.K. et quand j'y suis allée il a regardé, il a dit à son assistant, on a un seul cas comme cela et on a très très bien réussi, il n'y a pas de raison, je me suis dit ça y est ! A mesure qu'ils étaient là on apportait des résultats d'examens qu'ils n'avaient pas eu encore, puis ils m'ont dit vous savez il vaut mieux ne pas y toucher, il vaut mieux que vous restiez dans l'état où vous êtes parce que l'on ne pourra faire que du mal. Alors j'ai dit non, ils m'ont demandé si j'étais prête à revenir, j'ai dit oui, ils avaient une dizaine de lits ils gardaient les gens 15 jours 3 semaines pour faire les examens, j'ai attendu, voyant qu'ils ne me rappelaient pas Mr M. et Mme B. ont écrit, se sont fâchés, finalement ils ont répondu qu'ils étaient désolés mais que finalement il valait mieux ne rien faire du tout parce que cela

ferait plus de mal que de bien et alors ce serait irrémédiable. Alors là j'en ai fait une dépression. »

La patiente a un rapport très particulier avec ses médecins et le personnel soignant, tantôt admirative car ils lui ont sauvé la vie, tantôt énervée parce qu'ils ne font pas ce qu'elle veut qu'ils fassent. Elle parle spontanément plus facilement des avantages qu'elle a à vivre au Château Michel que de la paralysie de ses deux membres inférieurs et de ses conséquences ; elle parle également plus facilement de ses problèmes pulmonaires ou d'ostéoporose.

Il semblerait qu'un ou plusieurs médecins lui aient dit qu'en trois ans elle allait devenir grabataire.

« Mais dans 3 ans vous êtes grabataire, vous voulez pas aller au château Michel, ben vous irez au château Michel ! 3 ans après, j'étais au château Michel ! »

Elle semble tirer des bénéfices secondaires à son hospitalisation en long séjour, présentant sa chambre comme son domicile, agrémenté de ses tableaux et de ses meubles. Elle convient qu'il est agréable d'avoir du personnel pour les repas, la toilette et prend beaucoup de plaisir à converser avec les infirmières et le docteur R. Comme nous l'avons déjà évoqué il existe plusieurs coïncidences troublantes entre son histoire médicale et celle de sa mère.

« Et quand j'ai été malade, parce que quand je suis malade, c'est jamais pour rire, la première fois le docteur ne savait pas si j'en ressortirai, mais, elles m'apportent des fleurs, elles m'apportent des fruits, elles sont tellement bien, mais vous savez un hôpital comme ça, ça vaut la peine d'y venir, vraiment ! »

« C'est pas l'hôpital ici, c'est chez moi. »

3-2-2-7 Les évènements de vie :

3-2-2-7-1 L'arrestation de son père :

Un soir comme un autre, la patiente et sa mère attendent le père vers 18h45 ; c'est un ami du père qui frappe à la porte et qui demande si monsieur est rentré. Il n'était pas rentré, il avait été arrêté par la Gestapo à son travail dans l'entreprise Dewoitine, suspecté d'avoir saboté les plans d'avion. Ce n'était pas la première fois qu'il était arrêté, torturé rue des Saussaies, mais il était évident pour les deux femmes que s'il ne revenait pas le soir même, il ne

reviendrait pas de sitôt.

« il était 6h30, mon père venait de bonne heure à cause du couvre feu, et puis, le gars dit *Mr ... n'est pas là ?*, elle lui a dit *non il n'est pas encore rentré*, il a changé de tête, il a dit *écoutez je vais vous dire quelque chose, si Mr...n'est pas là à 7h00 vous ne le reverrez jamais*, on ne l'a jamais revu, »

Elles apprirent qu'il fut emprisonné successivement à Fresnes puis à Sèvres, ce qui leur permit suivant le bon vouloir des gardiens de lui faire transiter des messages.

Puis il fut envoyé en camp de travail à Mauthausen ; à partir de là, les deux femmes n'eurent plus de nouvelles. Ce n'est que peu de temps après la fin de la guerre qu'elles apprirent par des camarades que l'homme était mort. Les deux femmes restèrent dans le déni plusieurs années, croyant à un possible retour comme il était envisageable à l'époque jusqu'à ce qu'un ami de la famille député mette la main sur le registre du camp stipulant la mort de Monsieur par le typhus quelques semaines avant l'arrivée des alliés.

« Alors nous on guettait tous les bruits, on disait *oh ça y est c'est mon père qui monte* ; 11 heures du soir, quelqu'un qui montait, qui s'arrêtait devant la porte, on disait *c'est papa* »

Suite à l'arrestation, la mère de la patiente nous est présentée comme absente. Cela correspond à la fin de l'adolescence pour la patiente. Outre le traumatisme de la disparition brutale de son père mais également d'un retour improbable, elle doit faire face à de nouvelles responsabilités qui la contraindront à s'occuper de sa mère et arrêter ses études. La patiente admet à demi-mot que sa vie aurait certainement été différente si son père n'avait pas été arrêté.

« Je me serais fait la situation que j'aurais voulu si papa avait été là. »

3-2-2-7-2 La maladie de sa mère :

Comme exposé ci-dessus dans les relations mère-fille, la mère de la patiente fait un AVC en 1988 qui va entraîner une perte de son autonomie. La patiente, compte tenu de la relation fusionnelle qu'elle entretient avec sa mère va continuer son travail sur Paris, rentrant le soir à Dieppe pour préparer et donner à manger à sa mère et faire les tâches ménagères. Cette période est décrite comme éprouvante par la patiente tant sur le plan physique que psychologique, elle correspond à une détérioration de ses

relations professionnelles. Parallèlement à cela, la maladie de la mère correspond à un affaiblissement de sa domination, ce qui permet à la patiente de s'affranchir de certaines frustrations et prendre le pas sur sa mère. Cela va lui permettre d'oser demander à sa mère si elle l'aime sur son lit de mort, ce qui lui apportera un apaisement.

Dans les suites de cette période difficile, elle demandera sa mise en retraite anticipée et décidera de se séparer de Claude comme sa mère le souhaitait. Quelques temps après, elle présentera une faiblesse des membres inférieurs évoluant progressivement vers la situation que l'on connaît.

« ma mère on sait pas trop ce qu'elle a eu, mais elle a fait comme moi au début...elle perdait, elle tombait, on ne pouvait pas la ramasser, elle ne pouvait plus marcher, puis après elle remarquait mais il est arrivé un moment où elle ne pouvait plus, ils lui ont fait des tas d'exams, il lui ont trouvé un truc et il m'ont dit *finalement c'est pas ça* alors ils m'ont dit *c'est un cancer généralisé* , ils n'en savaient rien, mais pas du tout. »

3-3 Analyse des entretiens :

3-3-1 Analyse sur le mode psychiatrique

Les sociétés savantes de psychiatrie ont élaboré des classifications nosographiques dans le but d'une harmonisation des diagnostics et des pratiques.

En psychiatrie, la plus communément admise est le DSM 4 ; elle définit la conversion hystérique par l'association d'un trouble de somatisation et d'un trouble de conversion, associée ou non à un trouble de la personnalité, le plus souvent de type histrionique ou dépendant.

3-3-1-1 Trouble de somatisation :

Définition d'un trouble de somatisation d'après les critères diagnostiques simplifiés du DSM 4 [7]

- A. Antécédents de multiples plaintes somatiques multiples débutant avant l'âge de 30 ans, se manifestant pendant plusieurs années et aboutissant à des demandes de traitement et/ou à une altération

significative du fonctionnement social.

B. Chacun des critères suivants doit avoir été rempli au cours de la vie :

1. 4 symptômes douloureux.
2. 2 symptômes gastro-intestinaux.
3. 1 symptôme sexuel.
4. 1 symptôme pseudo neurologique.

C. Un des critères suivants doit être rempli :

1. Aucun des symptômes du critère B ne peut s'expliquer par une affection médicale ou par les effets directs d'une substance.
2. Quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les symptômes ou l'altération du fonctionnement social qui en résulte sont disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir les constatations médicales.

D. Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints.

Le trouble somatoforme dans sa forme complète est rare, voire exceptionnel ; son évolution est chronique, le trouble débutant souvent dès l'adolescence et de toute façon avant 30 ans. Les rémissions prolongées sont rares. L'apparition d'épisode dépressif majeur est fréquente au cours de l'évolution [8]. Le niveau d'invalidité socioprofessionnelle est très important [9].

A posteriori, la réunion des critères de diagnostic positif n'est pas aisé ; en effet, malgré des entretiens riches en divers symptômes d'ordre douloureux ou neurologique et de maladie dont on ne retrouvera jamais trace dans les comptes- rendus d'hospitalisation, il est difficile, plus de 50 ans après, d'affirmer avec certitude que ce que raconte la patiente n'a pas de substrat organique. On peut néanmoins trouver dans son discours des éléments faisant envisager l'existence d'une plainte somatique chronique ayant des répercussions socioprofessionnelles.

Ses douleurs rhumatismales diffuses débutant à l'adolescence l'ont progressivement contrainte à l'arrêt de ses activités sportives et ont secondairement été un motif fréquent de consultation, associées à une asthénie chronique pour laquelle elle a bénéficié de multiples arrêts de travail ; elle nous raconte même qu'elle a demandé à son patron de l'époque, l'embauche d'une collaboratrice pour assurer la continuité du travail.

3-3-1-2 Trouble de conversion

Définition d'un trouble de conversion d'après les critères diagnostiques simplifiés du DSM 4 [7]:

- A. un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensibles ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou médicale.
- B. on estime que des facteurs psychologiques sont associés au symptôme parce que sa survenue ou son aggravation est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress.
- C. le symptôme n'est pas produit intentionnellement ou feint.
- D. le symptôme ne peut s'expliquer par une affection médicale générale ou par les effets d'une substance, après investigations appropriées, et ne peut être assimilé à un comportement culturellement déterminé.
- E. le symptôme est à l'origine d'une souffrance significative, d'une altération du fonctionnement social ou justifie une évaluation médicale.
- F. le symptôme ne se limite pas à une douleur ou à une dysfonction sexuelle, ne survient pas dans le cadre de l'évolution d'un trouble de somatisation, et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

Le diagnostic de trouble de conversion est quant à lui beaucoup plus aisé pour l'épisode de paraplégie, débutant vers l'âge de 62 ans et durant encore à l'heure actuel, car il répond point par point à la définition du DSM 4, à savoir qu'il s'agit d'une paraplégie flasque survenant dans les suites du décès de sa mère, ayant bénéficié d'un bilan organique complet normal, à l'origine d'une perte d'autonomie avec isolement sociofamilial et survenant de novo.

A contrario, il est très intéressant, mais difficile, de qualifier de trouble de conversion l'épisode qui survient vers l'âge de 25 ans, compte tenu de l'ancienneté des troubles.

En effet, elle évoque divers problèmes de santé associant une tumeur au cervelet, des problèmes de moelle osseuse et de moelle épinière survenant brutalement dans un contexte de stress : son futur mari devait partir s'installer à l'île Maurice pour affaire, le suivre c'était laisser sa mère seule à Paris, ce qu'elle n'acceptait pas, la maladie l'a empêchée de partir à Maurice et donc de se marier. Elle nous raconte que la guérison fut spontanée au bout de 5 ans. Il n'y a aucune trace de tout cela dans les dossiers médicaux.

3-3-1-3 Trouble de la personnalité

On estime que de 5 à 15% de la population adulte présente un trouble de la personnalité [10]. Alors que tous ont un ou quelques traits de personnalité qu'il serait avantageux de modifier, dans le trouble de personnalité, certains traits sont vraiment rigides et envahissants. Ils amènent de la souffrance ou nuisent véritablement à l'adaptation et au fonctionnement dans diverses situations.

- Trouble de la personnalité de type histrionique :

Nous nous sommes appuyés sur 2 classifications pour établir le diagnostic de personnalité pathologique hystérique, celle du DSM 4, et celle de la Classification internationale des maladies (CIM 10) davantage utilisée en psychanalyse. Sur le fond, les items diffèrent peu d'une classification à l'autre, nous avons donc regroupé ces items, justifiés par des extraits de transcription qui mettent en évidence le caractère prononcé et invalidant de ces traits de personnalité.

D'après la CIM 10 (F60.4 « histrionique »):

- trouble essentiellement féminin,
- attitudes de séduction, recherche d'attention excessive,
- théâtralisme, dramatisation, chantage affectif, mythomanie,
- sujet immature en recherche d'identification, dépendance affective,
- humeur labile,
- troubles de la sexualité.

D'après le DSM 4 (*histrionic personality disorder*, American psychiatric association):

Il s'agit d'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 5 des manifestations suivantes :

1. le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au

centre de l'attention d'autrui,

2. l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante,
3. expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante,
4. utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi,
5. manière de parler trop subjective mais pauvre en détails,
6. dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle,
7. suggestibilité, est facilement influencée par autrui ou par les circonstances,
8. considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

Au vu de la synthèse des entretiens, on regroupe les items suivants :

- Théâtralisme, dramatisation, chantage affectif et exagération de l'expression émotionnelle :

« Mais c'est agréable, les gens sont tellement..., y en a encore qui demandent des nouvelles de la miraculée en bas, parce qu'ils ont bien eu peur que je puisse pas monter ici »

« Le père de ma meilleure amie, [...], c'est rigolo parce qu'il a eu la maladie d'Alzheimer, le jour de ses 80 ans, il avait une maison de vacances qu'il avait achetée à Rivas parce qu'il avait des amis du coin, il avait complètement perdu la tête, il me regardait avec le regard mauvais, il me pinçait jusqu'au sang, il me dit *qui êtes vous, je ne vous connais pas, qu'est ce que vous faites là, mais si vous me connaissez, D... !?!*, ça lui rappelait quelque chose et alors quand il a fêté ses 80 ans, je me suis mis à sa gauche et sa fille à sa droite, puis un moment, on a bu le champagne, d'entrée il a bu une demi coupe de champagne, s'est tourné vers moi et m'a dit *D... y a longtemps qu'on s'est vu hein, faut venir plus souvent à Rivas, sa femme et sa fille m'ont regardée, alors j'ai continué la conversation, c'est lui qui menait la conversation, il me dit est ce que vous êtes bien à la Celle Saint Cloud ?, oui j'ai des amis qui m'ont trouvé un appartement qui est très bien, il me dit mais vous savez vous avez fait une bêtise, pourquoi ne m'avez-vous pas demandé l'argent pour acheter votre appartement,*

vous savez j'ai un mauvais état de santé ?, parce que mon assurance me prenait tellement d'argent que mon mois y passait complètement, alors il m'a dit mais non, parce que votre appartement, je vous aurais fait une location vente, et alors de tout façon vous n'aviez pas d'embêtement, je ne vous mettais pas à la porte , et l'appartement il me revenait , je vous l'achetais. »

« Laissez moi faire mon travail et allez faire le vôtre, ne me retardez pas, puisque c'est ça je vais donner ma démission comme ça, vous l'aurez ma place, ah vous n'allez pas faire ça, non tiens !, et en même temps j'étais en train de faire ma feuille de démission et puis y a un bureau de libre à côté, je pourrais travailler tranquillement au moins, c'était le bureau d'un patron qui était en vacances, je vais dans son bureau et qu'on ne me dérange pas !... Ouh les gens qui travaillaient pour moi et qui vraiment avaient besoin de moi, étaient bien embêtés alors en partant je leur ai fait un signe et ils ont vu, ils savaient bien que ce n'était par contre eux que j'en avais mais, y en a un qui est venu me voir et m'a dit j'apporte le courrier à viser, il me dit vous savez vous nous avez fait peur, vous étiez tellement blanche, on a cru que vous alliez vous écrouler, moi m'écrouler pour S., ah sûrement pas !, et après quand vous êtes partie vous nous avez fait un signe, on savait pas quoi penser, vous alliez pas penser que j'avais perdu la tête, ah non nous on étaient bien embêtés, ne soyez pas embêtés moi j'ai fait mon travail, j'ai dit ce que j'avais à dire, j'ai fait ma lettre de démission...Trois fois Simon est venu pour me la reprendre des mains en me disant ah non non non ne donnez pas votre lettre de démission, je lui dis pourquoi ? Vous avez peur que je m'en aille ou des conséquences ?, ah je ne l'ai pas ménagé, »

« J'avais une chatte angora [...]alors je disais on y va Bijou, alors Bijou grimpait, alors Bijou grimpait sur une fourche d'arbre et puis elle attendait, je lui dis plus haut, alors elle grimpait plus haut, puis je grimpais plus haut, elle attendait jusqu'à ce qu'on soit en haut et puis je m'installais avec mon bouquin et puis ma chatte, je m'arrangeais pour qu'il y ait une belle branche d'arbre pour ma chatte, elle était à moitié sur moi, à moitié sur la branche d'arbre et puis elle attendait, quand je mangeais une pêche, je lui en donnais un morceau et bien elle arrivait, elle réclamait les pêches après, alors toutes les 2 on était bien là... »

- Considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité :

« Avec le Dr R., on se passe des disques, il me passe des bouquins de peinture, des bouquins autres, de la littérature, on bavarde, on échange nos points de vue sur tout, y a que DSK, on n'a pas eu le temps d'en parler parce qu'il était en vacances »

« Le Dr R., sa femme, tout est très bien ».

- Attitudes de séduction, comportement de séduction sexuelle inadaptée et une attitude provocante :

« Il s'est assis à côté de moi, il s'est mis à bavarder, en un quart d'heure il avait fait ma conquête, ah les filles n'en revenaient pas, il a un regard tellement bon quand il retire ses lunettes... »

« On avait toujours un des soldats pendu à notre cou et quand on voyait passer les allemands, on se bécotait et puis on se tournait comme si ils nous gênaient »

« Et dans les lycées on nous distribuait des questionnaires pour nous demander si on était juif ou pas, alors moi tête de lard, j'ai dit à mes petits amis *oh mais ça ne les regarde pas, moi je vais leur dire je suis juive catholique ou, d'abord pour les embêter je vais mettre que je suis juive* »

« Vous savez Mr P, qu'est ce qu'il est bien, il me voyait très souvent, je passais 3 semaines -1 mois chez lui et puis je repartais, j'étais plus chez lui qu'ailleurs et bien il me disait vous, *je me souviendrai toujours de vous toute ma vie parce que chaque fois que j'entre dans votre chambre vous êtes en train de vous démaquiller avec du Dior*, alors qu'est ce qu'on pouvait rire avec ça ! »

« Ah ben puisque vous dites que je suis la meneuse et qu'il y a que moi qui veux bien vous en parler, les autres n'osent pas, je lui dis vous savez hein vous êtes un peu soupe au lait par moment »

- Suggestibilité :

« Le père d'une de mes amies qui m'avait écrit en me disant *écoutez il faut choisir vous n'allez pas vous lamenter toute votre vie, ou alors vous vous lamentez et moi je ne m'intéresse plus [...]* alors il m'a téléphoné en me disant *vous voyez, j'ai été content parce que vous avez bien réagi*. Là je me suis dit, *je ne vais pas me tuer* parce que mes convictions religieuses me l'interdisent, *mais je peux faire quelque chose*, alors je me suis remise à la broderie, à toutes sortes de choses, j'ai refait de l'allemand et de l'anglais que j'avais plus ou moins abandonné, j'ai refait des tas de trucs, je lis énormément et puis la

sculpture, la peinture m'intéressent tellement, si j'avais mes jambes j'irais nager par ce temps là alors ben je me suis reprise en main »

- Sujet immature en recherche d'identification, dépendance affective :

« *Elles sont tellement gentilles avec moi, et moi je suis pas gentille avec elles, je ne les connais même pas, et il m'a dit vous savez les gens sont avec vous comme vous êtes avec eux, alors si ils font c'est parce qu'ils vous aiment bien, je lui dis mais oui mais je ne les connais pas alors qu'est ce que ça peut faire qu'ils m'aiment bien* »

- Humeur labile, expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante

« le Dr MB m'avait dit *surtout ne partez pas avant mardi*, parce que c'était le ...le 15 août, *surtout ne partez pas avant mardi*,[...] j'avais une fièvre, très forte fièvre, et bien il me dit *mais non ça va se passer, c'est la fatigue. Vous verrez chez vous*, et bien alors je suis rentrée chez moi et puis bien, j'ai été ramenée par les pompiers le lendemain parce qu'ils me donnaient deux heures à vivre si je n'étais pas à l'hôpital à temps, alors vous comprenez que... y a certains services à éviter ! Mais le Dr MB. est très bien aussi, il est charmant, tout le monde, tout le monde en dit du bien ».

- Le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui :

« Puis alors tous les gens qui passaient, le matin le soir, les ambulanciers, *tiens vous êtes revenue Mme..., ça va bien ?* Puis y avait des gens qui plusieurs fois avaient demandé *mais qui est cette Mme..., on entend parler que d'elle, elle est de la maison ?* Et les gens disaient *ah oui oui elle est de la maison*, je passais plus de temps ici que chez moi »

▪ Trouble de la personnalité passive dépendante :

La personnalité dépendante coexiste souvent avec d'autres problèmes de personnalité et de l'humeur difficiles à distinguer. Le degré selon lequel des comportements dépendants sont considérés comme adaptés varie selon l'âge et le groupe socioculturel.

L'attachement exagéré et envahissant qu'elle présente vis-à-vis de sa mère, étant en perpétuelle quête de l'approbation maternelle, tant sur le plan professionnel, que sentimental ou familial, laisse envisager la coexistence de traits de personnalité passive dépendante mais il apparaît difficile de justifier 5 des items suivants.

D'après le DSM 4 (*dependant personality disorder*, American psychiatric association)[7]:

Besoin général et excessif d'être pris en charge, qui conduit à un comportement soumis et "collant" et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins 5 des manifestations suivantes:

1. le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui,
2. il a besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie,
3. il a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. NB: ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions,
4. il a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie),
5. il cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables,
6. il se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller,
7. lorsqu'une relation proche se termine, il cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin,
8. il est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

3-3-2 Modèle psychanalytique

Il apparaît que la patiente a eu une enfance isolée, fille unique, tantôt chez ses grands-parents, tantôt en pension.

Elle rejoint ses parents vers l'âge de 10 ans pour s'installer à Paris.

Son père est présenté comme rigoureux et valeureux, la seule interaction positive qu'ils ont tous les deux passe par le sport où la patiente acquiert le goût de la performance et de l'effort. Lorsqu'il disparaît, il est sanctifié et érigé en héros ayant donné volontairement sa vie pour défendre la France. La patiente émettra bien quelques regrets sur le choix de son père d'avoir sacrifié sa vie et, sous-entendu, d'avoir sacrifié la vie de la famille pour la France ; cependant, cette donnée est acquise.

Sa mère, est présentée comme possessive et aboulique. Probablement que, contrairement à ce que laisse penser une première lecture, elle a acté très tôt, dès son arrestation, le fait que son mari ne reviendrait pas. Sur une relation mère-fille pauvre en sentiments, elle a inconsciemment transféré sur sa fille les attributions et les limites dévouées à son mari, ce qui initie une relation fusionnelle entre la mère et la fille, la fille étant dévolue au désir de la mère.

C'est le manque du soi induit par cette relation possessive exclusive, permise par un défaut de castration parentale, l'absence du père, qui va conduire chez elle à la naissance d'une structure hystérique.

La patiente a perdu ses capacités auto-conservatoires, c'est-à-dire qu'elle ne trouve pas de place dans le rôle social qu'elle se donne pour l'autonomie, la recherche du soi par soi.

La manière dont elle raconte son parcours professionnel en est un exemple. Sa mère va lui suggérer de trouver du travail, d'arrêter ses cours du soir de Sciences Politiques. C'est également sa mère qui va lui conseiller « de ne pas se laisser faire par ses collègues » alors qu'elle dit que son travail était passionnant mais qu'au départ, elle ne voulait surtout pas travailler dans la banque, qu'elle aurait aimé finir Sciences Po pour faire de la géopolitique, qu'elle n'avait pas cette attitude avec ses collègues et supérieurs initialement.

La patiente est imprégnée par l'image de ce père magnifié, irremplaçable et a pour quête sa toute puissance psychique ; on peut alors parler de complexe d'Oedipe.

« En écoutant un patient hystérique, notamment une femme, pensez au père. Faites l'effort d'imaginer que ce n'est pas une femme qui vous parle, mais le père qui est à l'intérieur d'elle, un père endolori et à la

voix lointaine. L'imagination du psychanalyste pourrait se mobiliser jusqu'à enfanter cette chimère bizarre, composée d'une petite fille dont le visage, le temps d'un regard, aurait pris les traits du visage du père. Une petite fille dont le sexe, comme celui de la poupée de porcelaine, ne serait qu'une surface lisse, marmoréenne et sans pli. Si nous pensons maintenant à l'allure du corps de cette patiente, ou aux gestes de sa main, ne sont-ils pas comme l'émanation en elle de la présence vivante du père ? Présence vivante même et surtout si le père est mort ou semble un personnage effacé de sa vie."[11]

Dès lors, il est inconcevable pour la fille de se construire sans sa mère, car sinon cela est une source d'angoisse, de culpabilité. S'installent un processus d'identification maternelle avec l'objet rival et un processus d'identification paternelle avec l'objet du désir. Elle dira de sa mère : « elle faisait ce qu'elle voulait et moi je faisais ce qu'elle voulait. »

« L'hystérique est une esclave qui cherche un maître sur qui régner. »

(Jacques
LACAN)

De même, dans sa vie amoureuse, choisir un homme c'est penser sans sa mère, la tromper, donc angoissant et culpabilisant. C'est aussi se rattacher à une autre image paternelle qui n'est pas aussi toute puissante et ne sera jamais aussi performante, donc forcément décevante. Ceci se traduit par le fait que la patiente ne souhaitait plus de relation amoureuse après l'échec de ses fiançailles avec François, mais également par le fait que pour « les 3 hommes », ce sont eux qui la « voulaient », elle n'en voulait pas, et d'ailleurs sa mère non plus n'en voulait pas.

« Le désir fondamental de l'hystérique est un désir d'insatisfaction. »

(Jacques
LACAN)

Si nous manquons d'informations objectives sur cette période, il est curieux de constater la coïncidence entre la survenue de la maladie avec un grand M et la rupture de ses fiançailles. C'est à cette époque qu'elle parle de problèmes de moelle osseuse, de moelle épinière et de tumeur du cervelet diagnostiqués sur une radiographie standard.

On est en droit, compte tenu de l'absence de ces éléments dans son dossier médical, de se demander s'il ne s'agit pas là d'une première conversion hystérique.

Lorsqu' on évoque avec la patiente la perte de sa fonction motrice, elle y associe directement les suites de la maladie de sa mère, c'est-à-dire les allers-retours quotidiens Dieppe-Paris, le travail nécessaire à son maintien à

domicile, puis en toute fin, la veillée de sa mère au cours de ses derniers instants. Cette période était très fatigante, éprouvante, mais elle contrebalance tout cela par un sentiment d'apaisement.

« Ma mère était contente, ça c'est énorme. »

Et de dire, en prenant soin que l'on arrête le dictaphone, que, quelques instants avant la mort de sa mère, elle lui a demandé si elle l'aimait et lui a présenté ses excuses pour toutes leurs querelles petites et grandes. Sa mère lui aurait répondu oui et aurait accepté ses excuses, « ça c'est énorme » rajoute-t-elle, les yeux larmoyants.

Puis elle se ressaisit et explique que c'est bizarre car au début, elle a présenté les mêmes symptômes que sa mère :

« Ma mère on sait pas trop ce qu'elle a eu, mais elle a fait comme moi au début...elle perdait, elle tombait, on ne pouvait pas la ramasser, elle ne pouvait plus marcher, puis après elle remarquait mais il est arrivé un moment où elle ne pouvait plus ».

“L’approche psychanalytique voit dans la problématique hystérique un échec de la résolution du complexe d’Oedipe et une forme particulière d’aménagement de l’angoisse de castration liée au caractère incestueux des désirs sexuels. Les symptômes de conversions hystériques réalisent alors sur la scène du corps les fantasmes de castration inconscients associés aux représentations inacceptables pour le moi conscient. Les parties du corps choisies pour exprimer un tel fantasme sont dotées pour un sujet donné d’un pouvoir métaphorique. Un mécanisme d’identification est souvent à l’œuvre dans le symptôme de conversion” [2]

On peut donc envisager que la métaphore soit celle d'une identification maternelle.

« L’identification étant la forme la plus précoce du lien affectif. » [12]

On peut également penser que c'est à ce moment qu'elle va terminer sa quête du désir, et rentrer dans ce que L. ISRAEL appelle la névrose dépassée.

« Le manque qui produisait la parole est remplacé par un manque réel dont il n’y a plus rien à dire. Ce manque ne peut plus s’appliquer à un quelconque objet de désir. A la limite, c’est le désir lui-même qui est irrémédiablement perdu, le sujet de la névrose dépassée étant condamné à une revendication perpétuelle qui s’adressera à celui qui a cru qu’une demande pouvait être satisfaite par un acte médical. » [13]

Ce qui rejoint la pulsion de mort de Freud.

« Les pulsions de mort mettraient l'automatisme de répétition en action dans le sens où elles tendent à ramener l'organisme à un état antérieur, avant que la tension soit survenue et lui faire obtenir un état de stabilité. » [14]

Et la patiente de dire que, maintenant que sa mère vient de mourir,

« Maintenant, je vais servir à quoi ? »

« Les patients que j'ai analysés se trouvaient en état de bonne santé psychique jusqu'au moment où se produisit dans leur vie représentative un cas d'inconciliabilité, c'est-à-dire jusqu'au moment où un événement, une représentation, une sensation se présentait à leur Moi éveillant un affect si pénible que la personne décide d'oublier la chose, ne sentant pas la force de résoudre par le travail de penser la contradiction entre cette représentation inconciliable et son Moi. » [15]

Elle renonce au mariage qui lui est alors proposé par son compagnon de l'époque, le quitte, décide de prendre sa retraite anticipée et de venir s'installer à Dieppe car sa mère y est enterrée. Ce départ fait office d'exil, la patiente nous disant :

« Quand j'ai liquidé ma vie sur Paris. »

Progressivement, elle va perdre la capacité à se tenir debout sur ses jambes. Ce qui l'embête le plus à cette époque, ce n'est pas la perte de sa motricité, c'est le fait que son logement ne soit pas aménagé pour son handicap, ce qui va lui coûter de l'argent. Avec fierté, elle fait constater à son médecin traitant qu'elle n'a rien perdu de ce que son père lui avait appris en sport.

« Regardez ce que je peux faire, il y avait ma table de salle à manger et mon buffet, j'étais un peu décalée comme ça et c'est très bien parce que les barres parallèles asymétriques, vous savez j'étais très forte pour ça, alors je disais regardez, j'ai pas les pieds par terre et je lui montrais comment j'avançais par les barres asymétriques. »

Sa prise en charge à domicile s'avèrera de plus en plus compliquée, car elle est constamment en demande d'échange. Elle ne supporte pas la solitude et n'hésite pas à se mettre en danger ou à se blesser en montant des escaliers à la force des bras ou à prendre une douche, probablement de façon inconsciente pour provoquer une prise en charge hospitalière.

Elle sera hospitalisée en long séjour ce qui constituera pour elle un réel bénéfique secondaire. Elle se plaint énormément à converser avec l'équipe soignante et le Dr R. Elle les écoute, les conseille, leur donne des bonbons. Elle a toutes les commodités à disposition, elle se fait livrer des livres,

commande de nombreuses choses dans des catalogues de vente par correspondance et distribue les cadeaux bonus aux membres de l'équipe. Elle a sa coiffeuse, le prêtre vient converser avec elle tous les vendredis après-midi, elle a sa femme de ménage personnelle, sa bibliothèque, son synthétiseur, ses CD, une chaîne hifi et même un lecteur de DVD au milieu de ses meubles de famille et de ses nombreux tableaux aux murs. Elle le dit elle-même :

« Ici c'est pas l'hôpital, c'est chez moi. »

Elle a une relation certainement moins intime qu'elle ne le présente avec le Dr R., médecin responsable du service dans lequel elle séjourne, elle en parle de façon admirative et lui reconnaît une ressemblance avec son père, tant physique que psychique.

En 2008, elle est agressée par un dément déambulant dans sa chambre d'hôpital, le Dr R. est en vacances ; même si elle n'a pas de conséquence traumatique, elle vit l'absence du Dr R. comme une grande frustration, elle est très remontée contre la remplaçante du Dr R.

Au décours immédiat de cet événement, qu'elle relate à de nombreuses reprises durant les entretiens, la patiente va se plaindre de céphalées chroniques, d'une impossibilité à reconnaître les visages et d'une perte de mémoire qu'elle évoque en disant que les mots lui manquent. Ces phénomènes régresseront en quelques semaines. L'examen clinique et le bilan organique s'avèreront normaux. Compte tenu de l'histoire, on est en droit de se demander si cela n'était pas un nouvel accident de conversion.

Au vu de l'ensemble des éléments dont on dispose, la patiente présente une structure psychique de type hystérique avec un trouble de la personnalité histrionique, inconsciemment générée après la perte du père, qui sera alors glorifié au rang de sa toute puissance psychique, à l'origine du complexe d'Œdipe. Suite à la mort de sa mère, l'anxiété de séparation est telle que son seul mode d'apaisement sera la perte de sa fonction motrice dans un mouvement d'identification à sa mère.

Tout au long des entretiens nous avons pu remarquer que revient souvent l'expression « chez soi ». Nous pouvons inférer qu'il s'agit d'un signifiant important au sens lacanien, et que la patiente, par identification avec sa mère, constitue un « chez soi » assuré, par la mutilation, inscription dans son corps d'une adresse définitive.

« La corporisation est susceptible d'illustrations anthropologiques. On peut mener ici à l'appui le corps comme surface sur laquelle on écrit, la surface que l'on décore, que l'on peint. C'est aussi bien le corps dont on entame la substance, que l'on mutile à l'occasion, autant d'opérations où nous voyons

avec évidence la corporisation du signifiant. Il y a évidemment une différence à faire entre la corporisation codée, normée, la corporisation qui relève d'un discours et qui inscrit le corps individuel dans le lien social, sous des formes typiques. » [16]

Les bénéfices secondaires consécutifs de l'accident de conversion sont clairement identifiables, certains conscients comme la persistance d'un lien social avec hébergement et prestations de service dont la patiente n'aurait pu s'acquitter si elle avait dû le financer de façon autonome, d'autres inconscients comme le maintien du lien avec la toute puissance paternelle incarnée par le médecin responsable du service.

IV - DISCUSSION

4-1 Qualité et biais de l'étude

L'étude descriptive d'un cas clinique s'avère être d'un faible niveau de preuve car de facto, elle a une faible puissance statistique compte tenu de la taille de l'échantillon, et présente de nombreux biais car il s'agit le plus souvent de cas complexe non standardisé [17].

Il ne s'agit pas de biais statistique car l'étude n'appelle à aucune analyse de ce type.

La première source d'erreur est basée sur l'absence de diagnostic étiologique. En effet, le diagnostic de conversion hystérique reposant sur l'absence d'éléments cliniques objectifs et la présence d'éléments psychiques subjectifs, ces données peuvent être interprétées de façon différente suivant l'analysant mais également suivant l'évolution de la maladie au cours du temps ou l'arrivée de nouvelles techniques diagnostiques notamment d'imagerie.

L'analyse rétrospective du dossier médical nous rend dépendant de l'exhaustivité du bilan et de la présence de tous les résultats.

L'autre difficulté de la conversion hystérique est son incroyable polymorphisme clinique, qui rend difficile la comparaison d'un cas à un autre, et la standardisation des cas pour la réalisation d'étude à fort niveau de preuve.

Cette étude s'appuyant sur l'analyse des entretiens cliniques, on peut s'interroger sur la véracité de l'histoire de la patiente telle qu'elle nous la raconte, compte tenu de son âge, de sa personnalité pathologique et de l'étendue de la période sur laquelle reviennent ces entretiens ; on peut également s'interroger sur tout ce qu'elle omet de nous dire de façon consciente ou inconsciente.

Enfin l'analyse de sa structure psychique selon la théorie psychanalytique basée un mode expérimental, bien que bénéficiant d'un consensus large, elle n'est pas admise comme preuve scientifique.

Néanmoins, l'étude de cas descriptive a pour intérêt d'être qualitative et de s'intéresser à un cas dans sa profondeur et sa singularité, permettant de prendre en compte de nombreuses variables temporelles, contextuelles ou psychologiques. Initiée à partir d'une théorie, elle permet de dégager des processus généraux, d'élaborer des modèles, de promouvoir une intelligibilité entre des événements d'ordre apparemment différent ou de faire émerger des hypothèses qui permettront la réalisation d'étude quantitative[18].

Ce travail a permis l'étude en profondeur d'un cas clinique complexe. L'analyse rétrospective de l'histoire de vie de la patiente a mis en lumière les facteurs psychodynamiques corroborant la théorie freudienne de l'hystérie.

4-2 Prise en charge diagnostique et symptomatique

Du point de vue médical, l'hypothèse de la conversion hystérique n'a jamais été clairement proposée, ce qui sous-tend que la patiente n'a pas pu bénéficier d'une prise en charge psychiatrique. Parallèlement, l'absence de diagnostic étiologique a conduit à la multiplication d'exams complémentaires et à sa prise en charge hospitalière, ce qui renforce la patiente dans l'idée d'une pathologie organique et conduit à sa chronicisation.

Une méta-analyse de 2005 s'intéressant au diagnostic erroné de conversion hystérique trouve 4 % d'erreurs diagnostiques, ce qui est relativement faible comme le concluent les auteurs qui évoquent, pour justifier ce résultat, l'évolution des techniques d'imagerie. [19]

L'importance d'un diagnostic précoce de conversion hystérique est évoquée par MOENE qui relate que les accidents de conversion hystérique sont fréquemment accompagnés d'épisode dépressif majeur ou d'autres comorbidités psychiatriques qu'il faut prendre en charge rapidement car ce sont des facteurs de chronicisation [20].

Il est intéressant de remarquer que les médecins ont toujours une réticence à proposer le diagnostic de conversion hystérique car celui-ci renvoie à l'impossibilité d'établir un diagnostic positif. Pour bon nombre de praticiens, l'accident de conversion hystérique est une pathologie extrêmement rare ; or, d'après KROENKE, la prévalence du trouble de somatisation est de 20% dans la population générale, ce qui est à l'origine d'un recours fréquent à la consultation médicale de premier recours [21]. Une autre étude, s'intéressant aux patients en neurologie met en évidence que, parmi les sujets admis plus de 10 fois à l'hôpital sur 8 ans, 20% n'avaient pas de pathologie organique susceptible d'expliquer ces fréquentes hospitalisations, ce qui correspondait à

3% des hospitalisations hors psychiatrie. [22]

Chez l'hystérique, comme le soulignait BABINSKI, le premier risque iatrogène se situe dans le simple contact avec le savoir médical et le médecin qui va imprimer sur le corps de l'hystérique ses propres craintes ou désirs.

Ainsi DESCOMPS [23] suggère que la recherche répétée de signes, dans l'interrogatoire ou par l'examen clinique, peut induire l'apparition de nouveaux signes cliniques, mais le risque potentiellement le plus grave est celui qui découle de l'usage de thérapeutique radical ou extrêmement invasif pouvant aboutir à un handicap voire à la mort.

On peut s'interroger sur la conduite à tenir des soignants devant la participation partielle de la patiente aux séances de kinésithérapie ayant vraisemblablement majoré ses troubles trophiques, qui secondairement nécessiteront la réalisation d'une colostomie de décharge, ou encore devant son refus des auto-sondages, préférant une sonde à demeure, qui conduira à de nombreuses pyélonéphrites et à un sepsis sévère.

Il apparaît que la patiente a usé de son charisme et de sa perspicacité pour organiser les choses comme elle l'entend (« ici, c'est chez moi, ce n'est pas l'hôpital »), tout en bénéficiant du cadre hospitalier ; or, SENON préconise, dans la prise en charge d'un accident de conversion, de minimiser le temps d'hospitalisation et les différents bénéfices secondaires, possibles sources de chronicisation.

« Reconnaître son incapacité la ou l'hystérique invoque un savoir médical tout puissant est parfois le début d'un dialogue, d'une approche des conflits interdits de parole. Ce savoir, seul le sujet le possède, et le rôle des soignants est de lui restituer. En raison de l'importante suggestibilité des patients, il ne faut ni induire, ni renforcer les symptômes par des allusions, des remarques, des attitudes. Le discours doit tenter de dévaloriser la maladie, d'hyper valoriser la guérison. L'hospitalisation peut être parfois le recours pour une mise à distance de la famille. »

Pour ce faire, il aurait fallu poser l'hypothèse d'un accident de conversion hystérique, ce qui ne remet pas en cause une réévaluation clinique régulière avec réalisation d'examens complémentaires si ceux-ci sont justifiés.

4-3 Prise en charge thérapeutique

Le traitement de la conversion n'est pas codifié. La réduction du symptôme par la prise de conscience a été proposée par Charcot : la suggestion visant à renforcer l'utilisation de la partie malade était précédée d'une mobilisation par faradisation, dans le cas d'une paralysie par exemple.

Devant un accident de conversion, il faut tenter de comprendre la signification

et la fonction du symptôme, l'intensité et l'ancienneté du conflit, la personnalité sous jacente. On favorise l'isolement, l'éloignement de l'entourage et la limitation des effets secondaires. On utilise la persuasion calme et la suggestion. L'hypnose peut être utilisée s'appuyant sur la suggestion, mais aussi éventuellement sur la remémorisation cathartique du souvenir traumatique.

Les thérapies brèves de type psychodynamiques, ou psychothérapies psychanalytiques focales, visent à lever le refoulement en faisant apparaître le sens du symptôme [24].

Elles semblent d'autant plus efficaces que la conversion est monosymptomatique, récente et que les causes psychologiques paraissent très actuelles. Les médicaments n'ont qu'un rôle symptomatique ; cependant, la prise en charge des comorbidités psychiatriques est une nécessité pour éviter la chronicisation et prévenir les rechutes [25].

4-4 Événements de vie, traumatisme et rôle de l'attachement

Il existe une abondante littérature psychiatrique et psychosociologique sur le rôle des événements de vie sur la pathologie psychiatrique et organique [26].

Les événements traumatiques subis dans l'enfance correspondent à des pertes ou carences affectives et sont fréquemment à l'origine de troubles de somatisation à l'âge adulte [27].

Le vécu de maltraitance, de manque affectif, et de perte précoce d'adulte protecteur induirait une vulnérabilité personnelle liée à une grande fragilité narcissique et à des sentiments diffus de culpabilité [28]. Cette vulnérabilité serait enfouie sous une apparence de normalité et d'adaptation, mais transparaîtrait dans le besoin d'être reconnu et dans l'intolérance à la frustration et aux conflits. Ce profil de personnalité modifierait tant les modulations neurohormonales de la douleur que le vécu insupportable et l'interprétation de l'expérience douloureuse [29].

Des études rétrospectives plaident pour le rôle des violences sexuelles, particulièrement lorsqu'elles sont subies dans l'enfance, dans l'étiologie de la somatisation [30]. Cependant, ces études doivent être interprétées avec prudence : il est probable que les violences sexuelles ne jouent pas un rôle spécifique car on en retrouve l'antécédent plus fréquemment dans toutes les pathologies psychiatriques [31].

Le comportement d'attachement a pour but d'obtenir et de retenir la proximité d'une autre personne afin de recevoir son attention et ses soins. Ce comportement est fortement influencé par le type d'attachement précoce [32]. Les styles d'attachement peuvent avoir des conséquences sur les comportements vis-à-vis de la santé notamment en cas de carence affective précoce. STUART et NOYES font l'hypothèse que les adversités de l'enfance

ont un impact profond sur le style d'attachement à l'âge adulte des personnes somatisantes. Celles-ci auraient développé en réponse aux carences affectives précoces, une forme d'attachement anxieux et rigide, les conduisant à un comportement persistant de recherche de soin, qui finit par devenir inadapté et contre productif, conduisant au rejet par les proches et les professionnels de santé, et à un cercle vicieux de recherche désespérée de réassurance [33].

4-5 Perspective d'avenir

Le mécanisme de la conversion reste largement mystérieux. Charcot avait postulé un « oubli intentionnel » d'une fonction de la vie de relation, Janet avait décrit ce qu'il appelait « rétrécissement du champ de la conscience », tous les 2 présentant qu'une altération dissociée de l'état de conscience pouvait être en cause. Ce n'est que récemment que les techniques sophistiquées d'exploration neurophysiologique, et en particulier l'imagerie fonctionnelle, ont permis de « visualiser » cette inhibition d'une fonction neurologique, en confirmant la parenté entre symptômes de conversion et symptômes induits par une suggestion hypnotique [34]. Les aires corticales et sous corticales impliquées diffèrent selon qu'un déficit est feint ou en rapport avec une conversion hystérique. Ces approches sont appelées à éclairer considérablement notre compréhension de l'hystérie. Un point intéressant concernant la neuropsychologie des symptômes de conversion concerne leur latéralisation préférentielle sur l'hémicorps dépendant de l'hémisphère mineur. Ce phénomène peut être envisagé sous l'angle de la signification métaphorique du symptôme hystérique, éclairé à la fois par la neuropsychologie des émotions, du langage et de la latéralisation cérébrale et par l'anthropologie symbolique de l'espace et du corps [35].

V CONCLUSION

Les entretiens ont permis d'éclairer l'histoire de vie de la patiente. Celle-ci subit un traumatisme au cours de l'adolescence, la mort de son père, qui va probablement favoriser l'apparition d'une structure pathologique hystérique entretenue par une relation mère - fille particulière, la fille étant en quête perpétuelle d'affectivité. C'est la mort de sa mère qui semble avoir décompensé un trouble de somatisation latent, ce qui peut, au vu de l'ensemble de ce travail, donner des arguments forts en faveur du diagnostic de conversion hystérique, ce d'autant que les entretiens mettent en évidence un possible premier accident de conversion vers l'âge de 25 ans.

L'absence de prise en charge psychiatrique et l'isolement socio-familial ont vraisemblablement favorisé la chronicisation du trouble, car elle y a

rapidement trouvé de nombreux bénéfices secondaires.

Les troubles de somatisation sont fréquents et les troubles de conversion ne sont pas rares ; il apparaît donc nécessaire pour chaque praticien, et notamment en médecine générale, de s'interroger devant le caractère non organique d'un trouble pseudo-neurologique pour lequel l'examen clinique minutieux et le bilan paraclinique s'avèrent normaux sur la possibilité d'un trouble de conversion et le cas échéant, de proposer rapidement une prise en charge multidisciplinaire adaptée afin de minimiser le risque de chronicisation ou de récurrence.

VI BIBLIOGRAPHIE

- [1] LJUNBERG L. *Hysteria: a clinical, prognostic and genetic study*, acta psychiatr.neurol.scand. , 1957; 112 suppl.:1-162
- [2] WOODRUFF R.A., CLAYTON P.J., GUZE S.B. *hysteria: studies of diagnosis, outcome and prevalence*, J.A.M.A 1971; 215: 425-428
- [3] LAZARE A. *current concepts in psychiatry*, new Engl. J.Med., 1981; 305: 745-748
- [4] TOONE B.K. disorders of hysterical conversion. In: bass C.M. (Ed.). *Somatization: physical symptoms and psychological illness*. Blackwell, 1990:207-34.
- [5] BENONY H. et CHAHRAOUI K. (1999) *l'entretien Clinique*, Paris, Dunod
- [6] LIDOVE O., MAISONOBE T., LEGER J.M., CHAUVEHEID M.P., CACOUB P. *Hépto-Gastro, Volume 9. Numéro 5.345-50. Septembre-Octobre 2002*. Mini-Revues.
- [7] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction française, Paris, Masson, 1996, 1056p
- [8] LIPOWSKI Z.J. *somatization and depression*, psychosomatics 1990; 31: 13-21
- [9] BASS CM, MURPHY MR. *somatization disorder: critique of the concept and suggestion for future research* .In: BASS C.M.(ed.)*somatization: physical symptoms and psychological illness*. Oxford: Blackwell, 1990 :301-32
- [10] EBSTEIN R.P. BENJAMIN J.,BELMAKER R.H. *genetics of personality dimensions* , Curr. Opin. psychiatry 2000 ; 13 : 617-22

- [11] NASIO J.D. *L'hystérique ou l'enfant magnifique de la psychanalyse* éditions Payot 2001
- [12] LEFEVRE A. *De l'hystérie à la sexualité féminine* (2000) L'Harmattan
- [13] ISRAEL, *L'Hystérique, le sexe et le médecin* (1980) Masson
- [14] FREUD S, *Psychopathologie de la vie quotidienne*, (1967) Petite Bibliothèque Payot
- [15] FREUD S, BREUER J, *Etudes sur l'hystérie* (2002) Puf
- [16] MILLER J.A. *biologie lacanienne, La cause Freudienne* 2000 ; 44 : 5-45
- [17] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluations en Santé, *Guide d'analyse des études et gradations des recommandations*, janvier 2000.
- [18] BOURGUIGNON O., BYDLOWSKI M., *la recherche clinique en psychopathologie* (1995) Puf
- [19] STONE J., SMYTH R., CARSON A, LEWIS S., PRESCOTT R., WARLOW C., SHARPE M. , *Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria"* , BMJ 2005Oct 29;331(7523):989.Epub 2005 Oct 13
- [20] MOENE F.C. , LANDBERG E.H., HOOGDUIN K.A,HERTZBERGER L.I, KLEYWEG R.P., WEEDA J., *organic syndromes diagnosed as conversion disorder : identification and frequency in a study of 85 patients* , journal of psychosomatic research 2000jul ;49(1):7-12
- [21] KROENKE K. PRICE R.K. *Symptoms in the community. Prevalence, classification and psychiatric comorbidity.* Arch Intern Med 1993; 153: 2474-80
- [23] DESCOMPS J.L. *A propos d'un cas de conversion hystérique.* Université de BORDEAUX 2, 1995 ; thèse N°71
- [24] VIEDERMAN M. *Metaphor and meaning in conversion disorder: a brief active therapy.* Psychosom Med 1995 ; 57 : 403-9
- [25] LEMONNIER E. ALLILAIRE J.F. *traitement des hystéries*, Rev Prat 1995 ; 45 : 2573-7
- [26] TOUSIGNANT M. *les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques.* Paris : PUF, 1992.
- [27] CRAIG T.K.J., COX A.D., KLEIN K. *intergenerational transmission of somatization behavior: a study of chronic somatizers and their children.*

Psychol Med 2002; 32: 805-16.

[28] ENGEL G.L. psychogenics pain and the pain-prone patient. Am J Med 1959 ; 26 : 899-918.

[29]ALLAZ A.F. le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques. Genève: Médecine & Hygiene, 2003: 35-37.

[30]MORRISON J. childhood sexual histories of woman with somatization disorder. Am J Psychiatry 1989; 146: 239-41.

[31]ESMAN A.H. « sexual abuse », pathogenesis and enlighten skepticism. Am J Psychiatry, 1994; 151: 1101-3.

[32] BOWLBY J. *The making and breaking of affectional bonds: etiology and psychopathology in the light of attachment theory.* Br. J Psychiatry 1977 ; 130: 201-10.

[33] STUART S. NOYES R. *attachment and interpersonal communication in somatization.* Psychosomatics, 1999 ; 40: 34-43.

[34] HALLIGAN P.W., ATHWAL B.S., OAKLEY D.A., FRAKOWIAK R.S.J., *imaging hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria.* Lancet 2000; 355 : 986-7

[35] CATHEBRAS P. *De la latéralisation à gauche des symptômes somatiques fonctionnelles,* Ann Med Psychol 1993 ; 151 : 150-17

Résumé

Etude d'un cas de paraplégie sans étiologie avec traits de personnalité hystérique :

Analyse rétrospective du dossier médical et de l'histoire de vie de la patiente à la recherche d'arguments en faveur d'une conversion hystérique.

Introduction. Le cas étudié est celui d'une femme de 85 ans présentant une paraplégie flasque depuis 16 ans sans étiologie organique. L'objectif de la thèse est de rechercher, par l'analyse de son dossier médical et par la réalisation d'entretiens cliniques s'intéressant à son histoire de vie, la structure psychique, les événements marquants et les facteurs déclenchants pouvant orienter vers le diagnostic de conversion hystérique.

Matériels et méthodes. Étude qualitative s'intéressant au cas d'une patiente par l'étude de son dossier médical et par la réalisation d'entretiens non directifs initiés à partir de 3 thèmes axiaux : ses souvenirs d'enfance, sa vie familiale, ses problèmes de santé. L'analyse de ces entretiens a secondairement été réalisée sur le modèle psychiatrique puis le modèle psychanalytique.

Résultats et analyses. Sur le plan organique, la patiente va présenter à l'âge de 62 ans un déficit moteur partiel non systématisé avec examen clinique et bilan paraclinique répétés normaux conduisant à une paraplégie flasque. Sur le plan psychique, on met en évidence une personnalité pathologique de type histrionique. La paraplégie répond à la définition du trouble de conversion. Son histoire de vie fait émerger une structure psychique et des facteurs psychodynamiques corroborant la théorie freudienne sur l'hystérie.

Discussion. Cette étude a pour intérêt d'être qualitative et de s'intéresser à un cas dans sa profondeur et sa singularité, permettant de prendre en compte de nombreuses variables temporelles, contextuelles ou psychologiques. La lumière de ces éléments rend probable le diagnostic de conversion hystérique. L'absence de diagnostic étiologique a conduit à la chronicisation de la maladie entraînant des complications de décubitus que l'on peut qualifier de iatrogènes. C'est pourquoi l'évocation du diagnostic de conversion demande une prise en charge psychiatrique immédiate et doit faire rechercher les bénéfices primaires et secondaires afin d'en limiter l'évolution.

Conclusion. L'histoire de vie de la patiente fait apparaître une structure psychique, des événements traumatisants et des facteurs déclenchants argumentant le diagnostic de conversion hystérique.