

Augustine et Charcot : qu'est devenue l'hystérie en 2012 ?

Pr Antoine PELISSOLO, psychiatre.

Maladie bien étrange, illustrée par le film d'Alice Winocur avec Vincent Lindon dans le rôle du Professeur Charcot. Pudiquement, on l'appelle aujourd'hui « conversion » ou « trouble somatoforme », car l'hystérie a trop mauvaise presse et une connotation sexiste malvenue. Mais elle n'a pas disparu, loin de là.

L'hystérie ou la "conversion" : qu'est-ce que c'est ?

En psychiatrie, un état de conversion est un symptôme physique, sensoriel ou cognitif (intellectuel) qui ne peut pas s'expliquer par une maladie spécifique ni par la défaillance d'un organe ou d'une fonction identifiée. Il s'agit le plus souvent de paralysies, de douleurs, de troubles de l'équilibre et de la marche, de pertes de sensibilité ou d'une fonction de communication (la voix surtout). Au plan psychique, on rencontre parfois des troubles de la mémoire, plus ou moins étendus, des états confusionnels, et parfois des troubles de la conscience et de l'identité. Les patientes hystériques de l'époque de Charcot exprimaient des symptômes perçus chez d'autres femmes malades qu'elles côtoyaient à l'hôpital, surtout des crises d'épilepsie. Aujourd'hui, les manifestations les plus fréquentes se rapprochent des maladies « modernes », de l'air du temps : les douleurs y sont prédominantes, ainsi que différents signes de souffrance psychologique comme la dépression, les crises d'angoisse, ou l'hypersensibilité (aux ondes magnétiques notamment). Des maladies nouvelles, difficiles à expliquer et à définir biologiquement, comme la fibromyalgie, sont probablement en grande partie déterminées par des facteurs proches de la conversion.

Les mécanismes de l'hystérie demeurent aujourd'hui énigmatiques.

L'explication psychologique simple, en grande partie héritée de Freud et de la psychanalyse, est que l'organisme « mime » une maladie dans le but d'exprimer un conflit inconscient angoissant et d'attirer le regard des autres, des proches et des médecins en particulier. Il ne s'agit absolument pas d'une simulation volontaire ni consciente, mais d'une expression par le corps d'une détresse qui ne peut être dite ni même reconnue par la personne. Le fait est que beaucoup de personnes souffrant de conversion hystérique ont une histoire personnelle complexe, souvent marquée par des événements traumatisants ou des trajectoires de vie très mouvementées et douloureuses. Et, malgré ces antécédents, elles ont souvent du mal à exprimer une souffrance et à se reconnaître comme fragiles, annonçant habituellement que, en dehors du symptôme évident, « tout va bien » pour elles. Il n'existe pas de profil unique de personnalité pouvant présenter un syndrome de conversion, même si certains traits se retrouvent fréquemment : une attention importante accordée au regard de l'autre et à sa propre apparence (besoin de plaire et d'être aimé), une certaine dépendance affective

envers les autres, et une grande expressivité des sentiments et des émotions, positives et négatives.

Même si quelques études d'imagerie cérébrale ont pu mettre en évidence quelques particularités neuronales dans certains cas de conversion, nous n'avons aujourd'hui pas d'explication précise sur le fait qu'un patient puisse être aveugle sans présenter d'anomalie des yeux ni du cerveau, ne pas marcher sans problème musculaire ni neurologique, ou encore ait des douleurs diffuses sans lésion des tissus ni des organes. Heureusement, les symptômes de ce type peuvent toujours disparaître, et cela à tout moment de l'évolution. On sait cependant que quand ils sont installés depuis longtemps, leur pronostic n'est pas très bon et qu'ils peuvent perdurer parfois de nombreuses années.

Quels traitements ?

Le traitement des conversions doit comporter plusieurs interventions complémentaires : psychologiques surtout, mais aussi médicales et souvent sociales. La psychothérapie est naturellement essentielle si l'on pense que des traumatismes ou l'accumulation de stress et de frustrations ont pu conduire à cette pathologie, comme c'est le cas le plus souvent. Mais ce sont des thérapies difficiles, dans lesquelles il faut d'abord gagner la confiance du patient puis l'amener progressivement à accepter un travail sur lui-même, forcément douloureux. Au plan médical, il faut rassurer le patient sur l'absence de maladie organique, mais sans lui laisser entendre qu'on remet en doute sa souffrance et son authenticité. Sans poursuivre inutilement des examens médicaux coûteux et dangereux, il faut garder un œil sur d'éventuelles pathologies sous-jacentes, qui pourraient apparaître plus tard. Et un accompagnement médicalisé est important quand il existe un handicap fonctionnel réel : kinésithérapie, rééducation, traitements médicamenteux, etc. Des techniques nouvelles, agissant sur certaines régions cérébrales potentiellement en cause dans les conversions, comme la stimulation magnétique transcrânienne, sont testées actuellement. Enfin, l'intervention d'assistantes sociales est souvent nécessaire, pour les personnes les plus handicapées qui risquent de perdre leur travail ou leur autonomie et pour qui la solitude est un facteur majeur d'aggravation des troubles.

Pr Antoine PELISSOLO, psychiatre