

La pathologie convertive chez la personne âgée

Conversion disorder in the elderly

FLORENCE DIBIE-RACOUPEAU¹
VÉRONIQUE CHAVANE¹
JEAN-PIERRE CLÉMENT²
JEAN-PIERRE VIGNAT³
LISSETTE FABRE¹

¹ Département de gérontopsychiatrie Rive-droite, CH Saint-Jean-de-Dieu, Lyon <fdibieracoupeau@arhm-sjd.fr>

² Pôle universitaire de psychiatrie du sujet âgé, Centre hospitalier Esquirol, Limoges

³ Secteur 69 G 16, CH Saint-Jean-de-Dieu, Lyon

Tirés à part :
F. Dibie-Racoupeau

Résumé. Le démembrement du concept de névrose, et notamment de l'hystérie, dans les classifications actuelles (DSM-III et suivants, CIM-10) conduisent les auteurs à considérer le concept de somatisation et les situations qu'il recouvre. Parmi celles-ci, les troubles somatoformes sont héritiers d'une partie des manifestations hystériques. L'expression de l'appareil psychique au plan du corps, dans ses diverses manifestations cliniques, n'a pas de spécificité directe chez les sujets âgés. En revanche, elle est fréquente et fréquemment méconnue, ce qui exige du clinicien une vigilance particulière devant les plaintes physiques chez ces sujets. L'approche structurale, la recherche des facteurs événementiels et des éléments psychodynamiques sont les repères de la démarche du clinicien.

Mots clés : personne âgée, trouble de conversion, somatisation, trouble somatoforme, hystérie

Abstract. *The dismemberment of the concept of neurosis, particularly of hysteria, in the current classifications (DSM-III and following, ICD-10) has led the authors to consider the concept of somatisation and the various situations included in it. Somatic disorders as the manifestation of a mental disorder, often of a depressive or anxious nature, bring back to the forefront both hysteria and its semiological forms under the global term "somatoform disorders", and in parallel with new pathologies, somatic symptoms as specific behaviors associated with the representation of a morbid condition from the point of view of an inhabitant physical perception. The expression of the psychic apparatus into the body, and its various clinical manifestations, has no direct specificity in the elderly. However, it is both frequent, and frequently misunderstood, thus requiring particular vigilance from the physician when confronted with physical complaints among elderly patients in whom the link between the body and the psychic apparatus takes on a particular role with the approach of death and the bereavement process that it requires. A structural approach, and search for event-driven factors and psychodynamic elements should be the key points of the clinician's approach.*

Key words: elderly patient, conversion disorder, somatisation, somatoform disorder

Lorsqu'on parle de pathologie convertive, on se heurte avant toute chose à un problème de définition, en raison de la multitude des termes employés pour évoquer cette question au sein d'approches conceptuelles tout aussi complexes.

Pour certains psychiatres, cette surabondance vient sans doute du fractionnement du concept de névrose hystérique en symptômes ou syndromes classés en catégories et dont les multiples descriptions ne rendent pas compte de la réalité clinique de terrain, laquelle peut être considérée comme un problème de santé publique étant donné sa prévalence, ses coûts, l'invalidité psychique et sociale qu'elle génère (l'hystérie serait une des premières causes de placement en institution après les démences [1]) et les difficultés de prise en charge qu'elle recèle pour les médecins praticiens.

Parmi les terminologies usuelles, on retiendra celles de symptômes convertifs, fonctionnels ou médicalement inexpliqués, de somatisation, d'hystérie, d'hypochondrie, de maladie psychosomatique...

Pour simplifier, il faut mieux parler ici de somatisation, selon la définition actuellement largement acceptée de Lipowski [2] qui définit ce processus comme : « Une tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher dans ce contexte une aide médicale ». Ce processus de somatisation serait une réponse à un « stress psychosocial ou une souffrance psychologique ».

Il est donc admis qu'il s'agit de problèmes fréquemment rencontrés dans l'ensemble des pratiques médi-

cales et qu'il existe tout un spectre de gravité propre à ces situations qui, lorsqu'elles perdurent, sont source d'une relation médecin-malade difficile du fait d'une suspicion et d'une irritation réciproques. Enfin se pose toujours la question de la psychogenèse des symptômes.

Conceptions actuelles de la somatisation

Pour Cathebras et Rousset [3], le concept de somatisation tel qu'il est défini par Lipowski [2] recouvre trois situations théoriquement distinctes :

- la somatisation comme expression « masquée » de troubles psychiatriques ;
- la somatisation comme un groupe de troubles psychiatriques ;
- la somatisation comme conduite de maladie (*illness behavior*) transnosologique.

Somatisation comme manifestation « masquée » d'un trouble psychiatrique

Plusieurs études cliniques et épidémiologiques montrent une forte association entre somatisation et troubles dépressifs et anxieux [4-6]. Cette présentation somatique des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux est très fréquente chez les sujets âgés : ce sont les dépressions dites « masquées » ou « à masque somatique », à « démasquer » par le praticien. On sait la méconnaissance de ces syndromes psychiatriques dont on admet globalement qu'ils ne sont reconnus qu'une fois sur deux en médecine générale [7].

D'autres facteurs relevant sans doute de processus psychiques plus profonds, voire inconscients, contribuent également à cette difficulté diagnostique :

- l'un concerne tant les patients (surtout âgés) que leur médecin, dans une « collusion » [8] qui les fait se focaliser ensemble sur une pathologie organique à découvrir pour éviter un diagnostic psychiatrique vécu comme improbable¹, stigmatisant, dérangeant ou tellement banal qu'on le néglige (« C'est normal d'être déprimé quand on est vieux ») ;
- Balint [9] a suggéré une autre piste en décrivant le début du « processus de maladie » comme une phase « inorganisée » dans laquelle la plainte se cherche et vaut d'abord surtout pour elle-même. Tout se passe comme si le patient en détresse propose un ou des

symptôme(s) d'abord à lui-même, puis à son entourage dont son médecin... jusqu'à ce qu'une sorte d'accord s'installe sur une symptomatologie acceptable pour toutes les parties.

Somatisation comme un groupe de troubles psychiatriques spécifiques : les troubles somatoformes

Le terme de troubles somatoformes est apparu dans le *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* de l'*American psychiatric association* (DSM-III) en 1980, pour décrire des patients présentant des symptômes somatiques psychogènes ou présumés tels. Il résultait de la mise en pièce du concept d'hystérie de la psychiatrie française, modèle d'explication psychodynamique où se confondait une personnalité pathologique (histrionique) et des manifestations cliniques de type symptômes de conversion et de dissociation.

On peut s'interroger d'ailleurs sur la réalité de la disparition de l'hystérie : elle n'a certes plus d'existence officielle au regard des classifications internationales dans lesquelles elle est fractionnée en plusieurs modèles qui ne renvoient plus aux mêmes références psychopathologiques, celles d'une fonction de résolution de conflits intrapsychiques inconscients entre les pulsions, d'une part, et les interdits intériorisés, d'autre part, dans le cadre d'une problématique névrotique.

Mais ce démembrement d'un des modèles cliniques parmi les plus anciens évoque, plutôt que sa disparition, la dispersion de l'hystérie dans la nosographie contemporaine où elle trouverait de nouvelles formes d'expressions cliniques plus modernes. Il est en effet notable de constater à quel point l'hystérie – si l'on s'en réfère encore à elle (le terme d'ailleurs reste très usité) – déjoue toute tentative de classification. Dès l'Antiquité, Hippocrate en perçoit le caractère insaisissable et les efforts de classification du XIX^e siècle à travers le concept de névroses (créé par Cullen, repris par Janet puis par Freud) seront parasités par la plasticité des symptômes hystériques. Son inclusion dans le champ des névroses va lui être fatale avec la disparition de celles-ci des classifications internationales, au profit de l'approche scientifique actuelle.

Les troubles somatoformes sont donc répertoriés dans les manuels de diagnostic et de classification nosologiques des troubles mentaux, c'est-à-dire le DSM-IV (DSM-IV-TR-2000, dans sa dernière version) et la CIM-10 (10^e révision de la Classification internationale des maladies de l'OMS) et comportent les entités suivantes :

¹ De nombreux patients âgés, de par un effet générationnel et/ou culturel, n'ont aucune activité d'introspection et ne comprennent pas les questions qui interrogent leur humeur ou leur affectivité.

- le trouble somatisation, historiquement l'équivalent de l'hystérie décrite par Briquet au XIX^e siècle ;
- le trouble de conversion, qui correspond à l'hystérie de conversion décrite par Charcot puis Freud ;
- le trouble douloureux, douleur chronique psychogène ;
- l'hypocondrie, dont le diagnostic ne requiert pas de symptômes mais une préoccupation pathologique vis-à-vis de la santé ;
- la peur d'une dysmorphie corporelle (dysmorphophobie) ;
- le trouble somatoforme indifférencié, ancienne neurasthénie, qui regroupe avec le trouble somatoforme douloureux (lequel se confond pratiquement avec le syndrome douloureux chronique, désigné parfois comme une forme moderne d'hystérie), la majeure partie des patients somatisants en médecine générale.

Les développer de façon exhaustive dépasse le cadre de cette réflexion, d'autant qu'en regard des troubles somatoformes, catégories développées essentiellement par des psychiatres de liaison, les somaticiens appliquent le terme de syndromes somatiques fonctionnels (SSF) à des ensembles de symptômes médicalement inexplicables [10], au rang desquels on trouve :

- le syndrome de fatigue chronique (SFC), décrit aux États-Unis vers le milieu des années 1980 ;
- la fibromyalgie, entité encore controversée qui se rapproche de la neurasthénie du XIX^e siècle (SPID en France pour syndrome polyalgique idiopathique diffus) ;
- le syndrome de l'intestin irritable, apparu en 1944 en remplacement des colites ou colopathies fonctionnelles, devenu TFI (troubles fonctionnels intestinaux).

Une place doit être faite aux troubles dits de conversion, en raison de leur présentation clinique particulière chez les sujets âgés et des problèmes de diagnostic différentiel qui en découlent. La conversion est un concept freudien, défini comme une tentative de résolution d'un conflit psychique inconscient qui, pour ce faire, se transpose dans des symptômes d'expression somatique. Le fractionnement du champ de l'hystérie s'est fait selon deux axes dans la nomenclature moderne :

- celle des troubles somatoformes pour les symptômes convertifs associés ou non à des troubles de la personnalité (histrionique, dépendante...), pour les douleurs psychogènes, et pour les somatisations ;
- celle des troubles dissociatifs pour l'amnésie dissociative (anciennement amnésie psychogène), la dépersonnalisation, le trouble dissociatif de l'identité

(anciennement personnalité multiple), la fugue dissociative.

Ces troubles ont en commun une altération des fonctions normales d'intégration de l'identité, de la mémoire et de la conscience. Aux confins de l'hystérie de conversion, on trouve en effet des manifestations hallucinatoires et délirantes, un comportement troublé et des états de conscience oniroïdes (syndrome de Ganser, états crépusculaires hystériques de Pierre Janet et Henri Ey).

On en saisit immédiatement l'enjeu en gérontopsychiatrie, où les diagnostics différentiels classiques sont la confusion mentale et les syndromes démentiels débutants.

Chez les personnes âgées hospitalisées ou en institution, la coexistence fréquente de symptômes convertifs et dissociatifs conforte une conception unitaire de l'hystérie, au moins comme outil de compréhension dans ces cliniques extrêmes souvent présentées.

Somatisation comme conduite de maladie (*illness behavior*) transnosologique

Cette approche considère la somatisation comme un processus composé de trois aspects : subjectif (percevoir une sensation anormale ou gênante), cognitif (l'interpréter comme un signe de maladie grave par exemple) et comportemental (l'action qui en résulte, comme le fait d'exprimer une plainte et de chercher une aide médicale).

Le processus qui conduit un sujet à considérer une sensation physique ou un changement corporel comme un symptôme est un processus complexe, décrit comme un comportement-maladie (*abnormal illness behavior*) et développé dans les années soixante par Mechanic [11] et Pilowski [12], pour désigner l'ensemble des symptômes médicalement inexplicables dénommés hystérie, hypocondrie, symptômes fonctionnels ou psychosomatiques...

En ce qui concerne les maladies dites psychosomatiques, une place est à faire aux théories de Marty, fondateur de l'école de psychosomatique de Paris en précisant que les classifications du DSM et de la CIM-10, très éloignées de ces concepts, isolent les troubles somatoformes d'une façon descriptive élémentaire qui en rend mal compte.

C'est sans doute plus du côté de la somatisation considérée comme conduite de maladie qu'il faudrait se ranger : les théories psychosomatiques conceptualisent les phénomènes de somatisation comme incluant des facteurs psychiques dans le déterminisme des affections organiques, en raison de certaines insuffisances et singularités d'un fonctionnement mental

appauvri (ce sont les concepts de pensée opératoire, dépression essentielle ou désorganisation progressive développés par Marty et de M'Uzan) qui ne permet que pas ou peu de mentalisation, d'où le recours préférentiel à l'expression psychosomatique des conflits psychiques.

On soulignera que cette approche catégorielle de la nosologie psychiatrique fait l'objet de nombreuses critiques : les troubles somatoformes sont, à l'évidence, des entités pathologiques contestables, ce que confirme leur faible utilisation en pratique clinique et leur manque d'acceptabilité par les patients qui contrastent avec leur forte prévalence. L'utilité de l'approche catégorielle (en particulier pour mener des recherches cliniques) n'est pas à mettre sur le même plan que sa validité : définir des frontières artificielles entre les catégories sémiologiques ne rend pas compte des formes cliniques rencontrées sur le terrain. L'approche catégorielle, en effet, répartit les troubles en types fondés sur des critères bien définis qui permettent l'établissement de catégories, sensées représenter des syndromes cliniques qualitativement distincts. L'idée de classification est la base de définition des catégories homogènes par rapport aux critères qui ont servi à l'établir.

Il est admis qu'elle n'a de sens que mise en perspective avec une approche dimensionnelle, préférable pour rendre compte des troubles psychiatriques et qui prend en compte un continuum entre le normal et le pathologique, *via* des variations d'intensité, mais sans transition nette. Le modèle dimensionnel, à l'inverse du modèle catégoriel médical, est né de la psychologie et soulève le problème des limites entre normal et pathologique en postulant pour une continuité entre les deux.

Il conviendrait d'y ajouter encore l'approche structurale proposée par les psychodynamiciens et pertinente en gérontopsychiatrie, mais qui ne donne pas lieu à des critères diagnostiques comme les précédentes. La clinique du vieillard diffère de celle de l'adulte et là, plus qu'ailleurs, le seul abord symptomatique est inadéquat. Des diagnostics basés sur une lecture littéraire des symptômes peuvent être erronés et il faut savoir déchiffrer ces manifestations cliniques premières, souvent atypiques, changeantes ou polymorphes. C'est encore plus vrai dans cette question complexe des somatisations chez le sujet âgé dans laquelle le clinicien est désarmé s'il ne peut aborder les situations sans autre ressource qu'une collection de symptômes statistiquement liés entre eux, sans appui sur la moindre ébauche explicative. C'est à peu près la situation à

laquelle conduisent les classifications internationales de façon réductrice si elles ne sont pas étayées sur d'autres outils de représentation. De plus, les nosographies de l'adulte se montrent peu pertinentes pour les personnes âgées : les symptômes deviennent flous avec l'âge, changent de modalités d'expression (la dépression par exemple se somatise), tendent à se niveler et les contours cliniques s'effacent. Certains symptômes deviennent trans-nosographiques comme le délire et – pourquoi pas ? – les troubles somatoformes. Donc, dans la clinique du vieillard, le seul décryptage des symptômes devient inadéquat et la nécessité d'une psychopathologie de la sénescence s'impose avec le recours au concept de structure de la personnalité qui s'énonce comme ce qui reste invariant dans la structure acquise de l'appareil psychique au sein des remaniements et transformations. L'adage " Vieillir comme on a vécu " illustre la conception structurale de la personnalité.

La référence à la structure individuelle permet de réduire les confusions. En dépit d'une symptomatologie mouvante avec l'âge, la structure ne change pas fondamentalement sauf si des déficits cognitifs sévères viennent l'attaquer. Dans cette conception, les formes tardives de maladies mentales n'en sont que des décompensations d'apparition tardive sur une forme préexistante, mais demeurée jusque-là inaperçue ou compensée [13].

Épidémiologie

Elle se heurte à un problème de méthodologie, en raison de la difficulté à définir ces symptômes fonctionnels ou de somatisation et de leur nature médicalement inexplicquée, ce qui fait varier leur prévalence. Il en va de même selon les populations concernées, c'est-à-dire selon les lieux de recueil des données, d'une part : consultations de généralistes (soins primaires), de spécialistes (soins secondaires), sujets hospitalisés... Et, d'autre part, en raison d'un manque de recherches épidémiologiques chez les sujets âgés, les inclusions dans les études de cohortes dépassant rarement 65 ans.

On retiendra qu'à la suite d'une étude portant sur une cohorte de mille personnes issues de la population générale [10] :

- un tiers des symptômes somatiques présentés au praticien généraliste sont médicalement inexplicqués, dont un quart sont chroniques ;
- environ un quart des symptômes motivant une consultation spécialisée ou hospitalière restent médicalement inexplicqués, malgré des investigations complémentaires poussées ;

– une proportion substantielle des patients hospitalisés de façon itérative présente des symptômes somatiques fonctionnels.

Bridges et Goldberg [4] ont montré que la somatisation était un phénomène fréquent et représentait une proportion importante de morbidité psychiatrique cachée dans le domaine des soins de santé primaire : un tiers des nouveaux cas dans une consultation de généralistes présentaient des syndromes psychiatriques selon le DSM-III et, sur ce total, plus de la moitié des patients se présentaient avec des symptômes somatiques seuls.

Une importante étude a été réalisée par l'OMS, en 1997 dans 15 centres et 14 pays et sur plus de 5 400 patients, sur la somatisation en médecine de premier recours (soins primaires) [14-18].

Les conclusions sont les suivantes :

- la prévalence de la somatisation fonctionnelle ou médicalement inexplicée avoisine les 20 %, chez les hommes comme chez les femmes, et augmente avec l'âge [14] ;
- le niveau de développement économique des pays participants ne paraît pas jouer un rôle important ;
- ces symptômes somatiques sont corrélés à la détresse psychologique et aux troubles psychiques fréquents (dépression, anxiété) [15] ;
- il existe une relation linéaire entre le nombre de symptômes et la détresse psychologique lorsque les symptômes sont médicalement inexplicés [16] ;
- dernier point à prendre en compte lorsqu'on s'occupe de personnes âgées : les symptômes médicalement inexplicés et ceux qui ont une explication organique sont fréquemment associés, ce qui rappelle que la somatisation est aussi fréquente chez les sujets ayant une ou plusieurs maladies organiques [16].

Étiologies de la somatisation et des symptômes fonctionnels

Comme les nosologies auxquelles elles se réfèrent, les théories étiologiques sont nombreuses et à considérer dans leur multiplicité pour mieux rendre compte de phénomènes cliniques complexes. Les reprendre *in extenso* dépasserait le cadre de ce travail : nous retiendrons celles qui sont le plus utiles à notre réflexion, tant dans leurs aspects biologiques que comportementaux, socioculturels et psychologiques.

Facteurs biologiques

Parmi les facteurs biologiques, on retient que le sexe des somatisants est essentiellement féminin : les

données épidémiologiques actuelles viennent conforter l'héritage étymologique et historique de l'hystérie.

Quant à la variable de l'âge, elle n'est pas seulement biologique mais interfère avec les représentations sociales du vieillissement qu'il faut prendre en compte.

Les informations sur le rôle de l'âge sont pauvres, car les sujets de plus de soixante-cinq ans sont généralement exclus des études sur les troubles somatoformes, en raison de la plus grande fréquence chez eux de pathologies organiques chroniques.

Les études suggèrent néanmoins que la prévalence de la somatisation fonctionnelle (trouble somatisation et trouble somatoforme indifférencié) diminue avec l'âge ou reste stable. On retiendra donc une relative rareté de la somatisation (excluant la présentation somatique de la dépression et de l'anxiété) chez les sujets âgés [19].

Les raisons avancées seraient soit des artefacts épidémiologiques comme l'oubli de symptômes fonctionnels passés ou l'attribution erronée de tous les symptômes somatiques aux pathologies organiques concomitantes, soit une diminution de l'expressivité émotionnelle avec l'âge : les troubles psychiatriques sont classiquement réputés s'améliorer dans le grand âge. Encore faut-il distinguer ce qui relève de leur durée d'évolution (en faveur d'une sorte d'aplatissement de la sémiologie et d'une tendance vers la non spécificité), de la vieillesse elle-même : il existe certainement aux yeux de la société une pondération du statut de malade mental par celui de personne âgée.

Outre le sexe et l'âge, il existe une physiopathologie des symptômes fonctionnels *via* l'activation du système nerveux autonome sympathique en réponse au stress et aux émotions, associés à une hyperactivité de l'axe corticotrope [20].

Ces mécanismes donnent tout leur sens au terme fonctionnel, l'absence de lésion n'impliquant pas que les manifestations somatiques soient indemnes de toute physiopathologie. Leurs implications pratiques sont thérapeutiques. C'est aussi par la mise à jour de ces intrications somato-psychiques dysfonctionnelles que passe le traitement des somatisations chroniques, permettant des approches thérapeutiques de type corporel : interventions de relaxation, rééducation respiratoire ou ré-entraînement physique. Enfin, relier les symptômes au vécu subjectif psychoaffectif permet d'ouvrir la porte aux interventions psychothérapeutiques.

Parmi les facteurs cognitifs et comportementaux, se fait jour une nouvelle approche de la somatisation à travers une reformulation du modèle de l'hypocondrie qui ne renvoie plus comme autrefois soit à un syndrome réfractaire aux traitements et de mauvais pronostic, soit à une forme de vieillissement de l'hystérie qui aurait perdu de sa fraîcheur expressive et évolué vers une névrose invalidante où les symptômes ont pris forme de maladie. Les approches cognitives et comportementales de ces dernières années [21] visent à considérer l'hypocondrie comme un trouble anxieux, ce qui ouvre la voie aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC), tournées vers le changement et souvent plus acceptables par les patients que les approches psychologiques traditionnelles.

Facteurs socioculturels

Des études récentes menées par l'OMS [22] ont montré que la somatisation des troubles psychiatriques (troubles de l'humeur et anxieux) était un phénomène planétaire fortement associé à la détresse psychologique dans toutes les sociétés humaines.

Les conduites de somatisation sont pour une part socialement apprises et culturellement modelées. L'épidémiologie transculturelle confirme qu'elles sont fondées sur la conception occidentale d'un dualisme corps/psyché, compréhensible seulement dans le contexte de la biomédecine qui est aussi un modèle culturel et idéologique.

Le concept de somatisation postule que les symptômes somatiques surviennent en lieu et place de l'expression émotionnelle que le somatisant est invité à mieux percevoir pour l'exprimer et ainsi remplacer l'expression corporelle de son mal-être par un discours plus explicite.

Il est important de garder à l'esprit le contexte socio-médico-moral de la somatisation que l'on peut schématiser selon trois axes :

1 - Un conflit d'interprétation ou d'attribution : le malade attribue son symptôme à une lésion ou à une dysfonction corporelle, tandis que le médecin l'attribue à une cause psychologique. On a vu comment les troubles somatoformes et l'étiquette de somatisation étaient destinés à combler le manque d'une explication médicale et à faire rentrer des symptômes récalcitrants dans le système nosologique.

Ces symptômes médicalement inexpliqués menacent suffisamment la compétence médicale pour que celle-ci tente de les déplacer du côté du psychisme du patient, implicitement considéré comme sous son contrôle (au moins partiel) et donc sous sa responsabi-

lité : une certaine culpabilité pourrait ainsi lui revenir, à laquelle il n'est pas étonnant qu'il résiste.

2 - Un problème de légitimité : les symptômes n'ont de sens que s'ils ont un support lésionnel (*disease*). Du point de vue du patient, sa souffrance subjective est bien réelle (*illness*). Socialement, la reconnaissance de l'état de « vrai » malade (*sickness*) passe par l'institution biomédicale qui valide ou non la plainte. Cette dimension infiltre tout le vécu des patients qui sont d'abord des êtres sociaux. Elle les conduit parfois à une recherche désespérée de cette légitimité. Ceci peut expliquer certains véritables parcours du combattant et surtout la résistance à toute conceptualisation psychologique de leurs symptômes, particulièrement aux âges avancés [23].

3 - Le contexte de la médicalisation actuelle de nos sociétés amenuise l'écart entre l'acceptable et le non tolérable. Pour preuve, les préoccupations de santé croissent au prorata des dépenses et le sentiment de santé subjectif dans les pays développés varie en sens inverse d'indicateurs objectifs comme l'espérance de vie...

Cette extrême médicalisation sous-tend la conviction que tout symptôme doit avoir une cause, que toute souffrance relève de la médecine, laquelle dispose de réponses efficaces pour peu qu'on tombe sur le « bon médecin », qui n'est pas toujours celui qu'on pense.

À ce propos, Israël [24] évoque, dans la perspective psychanalytique du contre-transfert, les « mauvaises rencontres » de l'hystérique avec le risque d'une « confiscation » possible par le médecin de la demande inconsciente du malade qui peut transformer un symptôme initialement incertain en trouble somatique irréversible.

Le rôle iatrogène du système de soins actuel contribue à créer ou entretenir les situations de somatisation : son orientation exclusive vers les maladies et leur substratum lésionnel ou biologique, plutôt que vers les malades et leurs symptômes, favorise sans doute les expressions somatiques du mal-être.

Cette polarisation vers l'organicité, redoublée par la représentation sociale que le vieillissement s'apparente à une maladie (on ne parle encore trop souvent du vieillissement que comme pathologique, les intéressés s'en plaignent assez...) renforce le besoin d'une légitimité – dimension centrale dans la somatisation – qui ne s'obtient pour le sujet âgé qu'à travers l'adoption du statut de malade permettant de recevoir les soins de ses proches, du système de soins et de la société en général.

Facteurs psychologiques

• *Rôle des expériences infantiles et des traumatismes*

Si l'on se rallie au concept actuel de somatisation comme conduite de maladie, il est logique de penser que les cognitions et les comportements qui la sous-tendent sont, en partie au moins, appris dans l'enfance. Des études confirment que les expériences de maladie, tant personnelles que chez des proches, et le comportement des parents vis-à-vis des maladies infantiles sont des facteurs susceptibles d'induire ou de renforcer des conduites de somatisation chez l'adulte [25]. Ceci est d'autant plus vrai chez l'adulte âgé qu'il se rapproche – avec l'avancée en âge – des valeurs sûres de l'enfance. Certains auteurs parlent ainsi de la permanence de l'infantile, désigné comme la partie refoulée de l'enfance, tout au long de la vie et de sa résurgence lors du grand âge [26].

D'autres études confirment aussi, comme l'expérience clinique, que les traumatismes et l'adversité subis dans l'enfance et durant la vie, peuvent générer une détresse psychologique sur laquelle s'enracineront les processus de somatisation.

Les psychodynamiciens parlent de la même chose avec la théorie de l'après-coup du traumatisme psychique sur laquelle Freud a fondé sa description de l'hystérie.

• *Personnalité et somatisation*

La personnalité est un ensemble complexe de particularités psychologiques, largement inconscientes, profondément ancrées dans un individu, héritées biologiquement pour une part, mais issues aussi d'expériences précoces. La personnalité s'exprime dans tous les aspects du fonctionnement mental et constitue la manière caractéristique et individuelle de percevoir, penser et agir son environnement.

Les traits de personnalité peuvent se transformer en troubles lorsqu'ils sont particulièrement rigides, inadaptés et qu'ils font souffrir. La personnalité est souvent invoquée pour rendre compte des conduites de somatisation, particulièrement lorsqu'elles sont chroniques.

Sur la question de ces liens entre personnalité et somatisation, s'est développé le concept d'alexithymie (proposé par Nemiah et Sifneos en 1970) pour décrire une particulière difficulté à décrire ses émotions [27]. Cette notion est proche de la pensée opératoire décrite par Marty au sein de l'École de psychosomatique de Paris quelques années plus tôt et associée à la pauvreté de la vie fantasmatique et discours factuel, opératoire, collé à la réalité et dépourvu d'émotions [28]. Cette

conception aide à comprendre certains tableaux de somatisations et des auteurs comme Péruchon [13] ont développé cette piste chez le sujet âgé, comme intégrative du classique dualisme psyché-soma, pour mieux faire la place, dans l'âge avancé, à la prégnance du corps sur la symptomatologie. Dans cette conception, le vieillissement impose à l'appareil psychique des transformations qui vont dans le sens d'une dépsychisation relative, voire d'une altération cognitive, au profit de manifestations caractérielles, comportementales ou somatiques. Les interactions entre corps/psyché/environnement et d'éventuels événements traumatiques sont multiples. La vision psychosomatique est basée sur une causalité circulaire, qui exclut l'explication linéaire allant de l'étiologie au symptôme pour le remettre au cœur d'une unité psychosomatique permettant d'appréhender globalement la personne âgée.

• *Facteurs psychodynamiques*

Il semble acquis que l'on puisse justifier d'une spécificité de la dynamique psychologique chez les sujets âgés par l'ampleur d'une crise identitaire liée à l'approche du terme de la vie. Tout ce qui avait donné au sujet, la vie durant, sa notion d'identité va devoir se remanier, en réactivant des fragilités psychiques structurellement inscrites au cœur de sa personnalité depuis toujours. Il y a là un mouvement anxiogène majeur qui ne cesse de faire retour, alimentant un sentiment d'insécurité fondamentale qui conduit le moi à se détacher de ce qu'il sent lui échapper, pour se rapatrier sur lui-même, dans un désinvestissement des objets extérieurs et du monde. Derrière ce mouvement narcissique régressif largement confirmé par l'observation courante, se dissimule souvent une dépression, dont l'expression est corporelle. Le sujet âgé partage avec l'enfant cette particularité avec laquelle il renoue en quelque sorte, sauf que l'angoisse dépressive se fait plus menaçante sur la

Points clés

- Les troubles de conversion ont disparu des classifications des troubles mentaux. Pour autant, ils sont d'observation fréquente en clinique, notamment chez la personne âgée.
- Le concept actuel de somatisation comme symptômes somatiques non référables à une pathologie organique permet de guider la réflexion et de différencier les diverses situations cliniques.
- Leur prise en compte chez les sujets âgés implique une compréhension multifactorielle qui donne une spécificité à la démarche clinique.

fin de la vie et le pousse à chercher un responsable extérieur à ses souffrances vers lequel « porter plainte ». Dans ce contexte de repli sur soi, l'affect dépressif acquiert une qualité physique particulière avec des perceptions qui rappellent l'existence d'un corps susceptible de lâcher à chaque instant. C'est ce dont il va se plaindre, à partir d'une position dépressive à dominante corporelle, dont l'hypocondrie peut être un exemple [26].

La plainte physique exprimera un malaise ou une souffrance corporelle qui soutient un appel quasi continu à un autre secourable, en même temps qu'elle l'attaque pour son incapacité. Ce faisant, elle entretient un double investissement de soi et de l'autre qui permet de durer en retardant d'autant le désinvestissement de soi et des autres qui préfigure un retrait définitif. C'est sur la qualité de la relation transfert-contre-transfert que repose le devenir de cette plainte car s'y rejouent les attachements primaires, socles de cette identité mise à mal par l'approche inéluctable de la fin de vie. Or, certains parmi les somatisants semblent avoir développé, en réponse à des carences affectives précoces, une forme d'attachement anxieux et rigide les conduisant à répéter un comportement persistant de recherche de soin, lequel finit par devenir inadapté et contre-productif, épuisant l'entourage et les professionnels de santé et aboutissant à un rejet sur lequel s'enclenche une recherche désespérée de réassurance.

Références

1. Ploton L, Gaucher J, Ribes G, Talpin JM, Joubert C, Blanchard F. La pathologie hystérique. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2003 ; 6 (Suppl.) : 28-32.
2. Lipowski ZJ. Somatization : the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 : 1358-68.
3. Cathebras P, Rousset H. Le concept de somatisation est-il utile au clinicien ? *Ann Med Int (Paris)* 1993 ; 144 : 157-60.
4. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985 ; 29 : 563-9.
5. Dickson LR, Hays LR, Kaplan G, Scherl E, Abott S, Schmitt F. Psychological profile of somatizing patients attending the integrative clinic. *Int J Psychiatry Med* 1992 ; 22 : 141-53.
6. Simon GE, Von Korff M. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 1494-500.
7. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe M. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150 : 734-41.
8. Goldberg D. Reasons for misdiagnosis. In : Sartorius N, Goldberg D, de Girolamo G, Costa et Silva J, Lecrubier Y, Wittchen U, eds. *Psychological disorders in general medical settings*. Toronto : Hogrefe & Huber, 1990 : 139-45.

Faut-il rappeler que le maître-symptôme de l'hystérie est la demande, avec son corollaire direct qui est la mise en échec. Ploton souligne que la fréquentation thérapeutique de l'hystérique vérifie tôt ou tard le vieil adage : « Montre-moi ton pouvoir que je le tienne en échec » [1].

Conclusion

S'il y a une chose que nous démontrent ces corps dans tous leurs états, c'est l'omniprésence du psychisme derrière leurs symptômes. Ils ont, chez les sujets âgés, valeur de tentative de communication d'une particulière détresse psychique, qui ne peut pas ou plus se dire autrement. Considérer que ces symptômes fonctionnels ou processus de somatisation n'appartiennent ni au médecin ni au patient, mais constituent une sorte d'objet transitionnel circulant de l'un à l'autre, permet de passer du côté d'une approche clinique et thérapeutique intégrative, nouant différents savoirs et approches conceptuelles. La question du lien est ici centrale, tant avec l'intéressé qu'entre praticiens et non pas dans un seul passage de relais, mais dans un partenariat véritable et une sollicitude commune autour de ces patients qui nous ressemblent peut-être autant qu'ils nous rassemblent.

9. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Deuxième édition. Paris : Payot, 1980.
10. Cathebras P. *Troubles fonctionnels et somatisation : comment aborder les symptômes médicalement inexplicables*. Issy les Moulineaux : Masson, 2006.
11. Mechanic D. The concept of illness behaviour : culture, situation and personal predisposition. *Psychol Med* 1986 ; 16 : 1-7.
12. Pilowski I. The concept of abnormal illness behaviour. *Psychosomatics* 1990 ; 31 : 207-13.
13. Péruchon M. Psychopathologie et sénescence. *Psychanalyse Française* 2002 ; 33 : 17-25.
14. Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective : a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997 ; 154 : 989-95.
15. Simon G, Gater R, Kisely S, Piccinelli M. Somatic symptoms of distress : an international primary care study. *Psychosomatics* 1996 ; 58 : 481-8.
16. Kisely S, Goldberg D, Simon G. A comparison between somatics symptoms with and without clear organic cause : results of an international study. *Psychol Med* 1997 ; 27 : 1011-9.
17. Simon GE. The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med* 1999 ; 29 : 669-76.

18. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialties. *J Psychosom Res* 2001 ; 51 : 361-7.
19. Wijerane C, Hickie I. Somatic distress syndromes in later life: the need for paradigm change. *Psychol Med* 2001 ; 31 : 571-6.
20. Rief W, Shaw R, Fichter M. Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosom Med* 1998 ; 60 : 198-203.
21. Warwick HMC, Salkovkis PM. Hypochondriasis. *Behav Res Ther* 1990 ; 28 : 105-17.
22. Piccinelli M, Simon G. Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychol Med* 1997 ; 27 : 433-44.
23. Looper KJ, Kirmayer LJ. Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *J Psychosom Res* 2004 ; 57 : 373-8.
24. Israël L. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris : Masson, 1980.
25. Noyes R, Stuart S, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Yagla SJ, et al. Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics* 2002 ; 43 : 282-9.
26. Charazac PM. *Comprendre la crise de la vieillesse*. Paris : Dunod, 2005.
27. Pedinielli JL. *Psychosomatique et alexithymie*. Paris : PUF, 1992.
28. Marty M, De M'Uzan M. La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse* 1963 ; 27 : 345-56.