

Jean-Michel LOUKA,

Psychanalyste, Paris.

ENDOMETRIOSE ET INCONSCIENT :

Introduction à la dimension psychique dans l'endométrioseⁱ

L'endométriose est une énigmatique maladie, dont la cause reste aux médecins inconnue. Qu'est-ce que l'endométriose ?

I – Du discours médical ⁱⁱ :

Il s'agit d'une affection gynécologique consécutive à l'implantation et au développement de manière ectopique de cellules endométriales, le plus souvent dans et hors de la cavité péritonéale, ce qui engendre des tableaux anatomo-cliniques très variés.

Les plus fréquentes localisations dans la cavité péritonéale se situent au niveau des ovaires, des ligaments utérins, du péritoine, du fond du cul-de-sac de Douglas et de la cloison recto-vaginale. Les plus fréquentes localisations extra-péritonéales se situent au niveau de la vessie et de l'appareil digestif.

Les médecins distinguent trois types d'endométriose : l'endométriose superficielle, les kystes ovariens endométriosiques, appelés endométrions, et l'endométriose profonde.

Cette dernière se définit d'un point de vue histologique : on parle d'endométriose profonde lorsque l'on constate que la lésion endométriosique a pénétré dans l'espace rétro-péritonéal, mais aussi également dans la paroi des organes pelviens à une profondeur estimée à au moins 5 millimètres.

L'endométriose pelvienne dite profonde est ainsi responsable d'une symptomatologie douloureuse où dominant la dyspareunie, la dysménorrhée, des douleurs pelviennes non cycliques qui se chronicisent, mais aussi une symptomatologie fonctionnelle douloureuse dont la sémiologie se trouve être directement corrélée, à la localisation des lésions : la vessie, le rectum, l'uretère, etc..., et bien sûr à leur caractère inflammatoire.

Trois théories physiopathologiques principales sont avancées pour expliquer cette maladie :

- 1) La théorie métablasique avance qu'il s'agirait de l'effet de la transformation métablasique des cellules du péritoine, lesquelles, embryologiquement parlant, dérivent du mésothélium cœlomique comme les cellules endométriales.
- 2) La théorie dite d'induction met l'accent sur des substances libérées à partir des cellules endométriales. Ces substances auraient pour effet d'induire les cellules du mésothélium cœlomique à la métablasie

endométriale chez les femmes qui présenteraient une déficience du système immunitaire.

- 3) La théorie de l'implantation, ou plus exactement dite de la régurgitation et de l'implantation énonce que les cellules endométriales exfoliées desquamées dans le sang menstruel refluent par la trompe dans la cavité péritonéale (régurgitation), puis vont s'implanter et forment, progressivement, des foyers plus ou moins étendus d'endométriose.

C'est cette dernière théorie, dite de la « régurgitation-implantation » qui prévaut à l'heure actuelle.

II – Du discours psychologiqueⁱⁱⁱ :

L'introduction de la dimension psychique dans la problématique médicale, qui reste cependant largement minoritaire et souvent fort décriée tant par les médecins que par les patientes elles-mêmes, permet d'élargir le champ de l'endométriose en considérant qu'une femme ne se réduit pas à son corps biologique, mais est aussi un être humain total, avec une histoire personnelle et familiale, des sentiments, des espoirs de maternité, des amours, et, surtout, une vie sexuelle qui, comme tout vie sexuelle, ne va pas, forcément, d'emblée, de soi.

Cette approche considère aussi que les causes de l'endométriose sont toujours inconnues à l'heure actuelle. Mais elle s'interroge sur le pourquoi : « pourquoi les cellules endométriales se greffent-elles chez certaines femmes et pas chez toutes les femmes ? »

Cette façon de penser la question, qui reste somme toute médicale, mais ouverte à, disons, « la psychologie », ne récuse pas que la grande majorité des médecins spécialistes pensent qu'il s'agit, avant tout, dans cette maladie, d'un déséquilibre immunitaire qui serait à l'origine de l'implantation indue des cellules dans une région aberrante. Ils ne méconnaissent pas non plus que les gynécologues insistent plus, quant à eux, sur la dimension d'un terrain hormonal anormal, c'est-à-dire d'un terrain qui ferait preuve d'un excès d'oestrogènes, un terrain qui montrerait une sensibilité excessive aux oestrogènes. Raison pour laquelle, dit-on couramment que l'endométriose est une maladie oestrogéno-dépendante.

Les médecins qui laissent ainsi un peu de place à la dimension « psy » sont des spécialistes de la question de l'endométriose, même si, par ailleurs, ils sont extrêmement peu nombreux. Trois dimensions d'une supposée, mais inconstante, « part psychologique », que j'appellerai plutôt

« part psychique », ou, encore mieux, car plus rigoureusement, « part inconsciente » peuvent être décrites :

- 1. Etiologique : - parfois (quand même une fois sur deux pour un auteur comme Jean Bélaïsch) est cernée une dimension psychique à l'origine de la maladie endométriosique, laquelle se déclenche par altération des défenses immunitaires (on parle ainsi d'immuno-dépression, ce qui évoque pour nous, bien sûr, une dépression qui serait d'ordre biologique, parfaitement parallèle à celle qui peut apparaître en doublure de la précédente, la dépression d'ordre psychique). Ces défenses immunitaires n'arrivent plus, alors, à détruire les cellules endométriosiques. Elles sont, ces défenses, comme débordées.

Les causes retrouvées chez ces patientes sont le stress, essentiellement du à de longs et répétés traumatismes d'ordre sexuel, tels que les abus sexuels réitérés (viols et incestes) sur une période importante, abus avérés, oubliés ou insoupçonnés de l'enfance ou de l'adolescence,...mais retrouvés à cette occasion, au cours de l'anamnèse de l'endométriose ; ce qui est particulièrement le cas en psychanalyse.

- 2. Traitement-dépendante : - très souvent se déduit une évidente dimension psychique qui est consécutive à la maladie. Elle est due à ses durs et pénibles traitements comme la prise répétée, longue, changeante des médicaments qui génèrent une « pseudo-ménopause ». Il s'agit d'ailleurs là, d'une bien triste appellation médicale qui a des conséquences psychiques, conscientes, et, surtout, inconscientes sur toute patiente déjà fortement angoissée par l'annonce de la maladie et des suites prévisibles sur la question de potentielles grossesses à venir. Mais, tout spécialement, il s'agit des actes chirurgicaux dans leur répétition même et des effets délétères qu'ils engendrent. Il semblerait, aujourd'hui, que l'on commence à y regarder à deux fois avant d'intervenir, et surtout, de ré-intervenir chirurgicalement, compte tenu des perturbations induites par la chirurgie, considérant le rapport bénéfice-risque.
- 3. Indépendante : - néanmoins, il ne faudrait pas oublier qu'il existe, indépendamment de la maladie endométriosique une « part psychique » qui est rencontrée par le praticien. Il faut savoir qu'elle est trop négligée en tant que telle par le clinicien, que ce soit, en première intention le médecin généraliste, que ce soit le gynécologue, le chirurgien, ou encore le « psy », très paradoxalement. De quoi s'agit-il ? Il s'agit de l'existence d'une dépression, indépendante de

l'endométriose. Cette dépression lui pré-existait, le plus souvent. Mais il arrive qu'elle soit révélée au diagnostic de cette dernière. Cette dépression ne doit pas être confondue avec la maladie endométriosique elle-même, et ses propres effets psychiques dépressiogènes. Cependant, réciproquement, il ne faudrait pas confondre l'endométriose avec cette dépression, ce que peuvent faire, maladroitement, certains médecins, pas encore assez au fait des choses concernant cette affection, mais aussi concernant les multiples aspects ou tableaux que peut présenter une dépression vraie, bien que, jusque-là, masquée ou compensée. Cette dimension dépressive est rencontrée dans un nombre non négligeable de cas.

III. Psychotraumatisme et syndrome post-traumatique ^{iv}:

Ainsi, si l'on met de côté et la dimension psychique consécutive aux traitements, et, même, la dépression indépendante de la maladie, il nous faut considérer la dimension étiologique, causale de l'endométriose, dans sa dimension psychique.

Il faut alors faire appel, à la notion de psychotraumatisme, pour l'appeler de son nom moderne. Grâce aux travaux du Pr.L.Crocq et de ses collaborateurs, le psychotraumatisme est reconnu comme une maladie depuis 1992. Et l'on sait aujourd'hui qu'il nécessite une prise en charge adaptée dans le but d'éviter au maximum que ces troubles deviennent chroniques. Le traitement actuel est double : le traitement psychothérapique se redouble d'une aide médicamenteuse, démontrée, entre autres, avec le mésilate de paroxétine (Divarius).

Comment se définit un traumatisme en ce domaine ? Il s'agit d'un événement violent, brutal, qui fait irruption dans la vie psychique d'un sujet, et qui a des répercussions conscientes et inconscientes insoupçonnées. Il y a une symptomatologie post-traumatique bien repérée. On la décompose en trois périodes : la réaction immédiate, le temps de latence, puis les réactions tardives, ces dernières constituent, stricto sensu, ce que l'on appelle le syndrome post-traumatique (appellation anglo-saxonne : Post-traumatic Stress Disorder) proprement dit.

1. « *L'instant de voir* »... et de subir ^v:

La première phase, celle de la réaction immédiate montre que certains individus s'installent dans une sorte d'hébétude, alors que d'autres, bien au contraire, vont verser dans une très vive agitation qu'il leur devient, très vite, très difficilement contrôlable.

2. « *Le temps pour comprendre* »...*et pour p*âtir :

La phase de latence qui suit la précédente a une durée mesurable: cela peut s'échelonner de quinze jours à six mois, voire...jusqu'à plusieurs années !

Cette période doit tout particulièrement être prise en compte dans la perspective d'un suivi du patient. C'est durant cette période que tout se joue, tout se noue pour le sujet.

3. « *Le moment de conclure* »...*mal ! Le syndrome post-traumatique* :

Car en effet, ce n'est qu'après cette phase que risque d'apparaître et de s'établir le syndrome post-traumatique. Celui-ci est alors, lui-même, constitué d'un syndrome de remémoration, d'évitement persistant de tous les stimuli qui restent associés au traumatisme, de l'émoussement de la capacité générale à la réactivité, le tout se redoublant d'un hyperactivité neuro-végétative.

On a aussi observé que ce syndrome peut, quelques fois, entraîner une certaine modification de la personnalité. Comment ? Certains sujets se mettent à adopter une sorte de « personnalité traumatique ». Le sujet n'est plus le même, plus « lui-même ». Il se sent victime d'absences profondes à lui-même et au monde. Il est envahi d'un puissant sentiment de culpabilité.

Même si le psychotraumatisme est plutôt habituellement étudié et référé aux accidents collectifs : crashes aériens, accidents de la route ou encore attentats, l'on peut cependant faire l'hypothèse qu'il est pertinent de faire intervenir cette notion, objectivement repérée, dans le domaine des maladies somatiques graves telles que le cancer, les maladies neurologiques dégénératives, les maladies auto-immunes, et...l'endométriose. Et ceci, compte tenu de ce que nous avons énoncé plus haut : la cause étiologique psychique sexuelle de cette affection, repérée par certains praticiens tels que Jean Bélaïsch ou moi-même.

Considérons, alors, ici, que l'endométriose pourrait bien être le nom médico-chirurgical donné à une forme de syndrome post-traumatique, dont l'origine, la cause, l'étiologie dans un cas sur deux, ferait apparaître un psychotraumatisme, la plupart du temps d'ordre sexuel et, surtout, qui n'a pas été, en son temps, parlé, ou suffisamment parlé.

Car le syndrome post-traumatique n'est pas un phénomène rare. Plusieurs études épidémiologiques menées dans la population générale américaine font

apparaître un taux de 8% au cours de la vie. Une étude européenne (ESEMeD), fait mention d'une prévalence du syndrome post-traumatique sur la vie entière de 1,9%, alors, faut-il rappeler, que la prévalence des troubles mentaux est de 25% et celle de la dépression dite « majeure » de 12,8%.

Il convient aussi de noter qu'il existe une nette différence entre les sexes : 2,9% chez les femmes, contre 0,9% chez les hommes. De 40 à 60% des patients qui subissent un syndrome post-traumatique présentent des symptômes qui virent aisément à la chronicité (c'est-à-dire qui durent plus de six mois).

On note, enfin, une comorbidité très fréquente : près de 80% des patients atteints de ce syndrome vont connaître d'autres troubles comme l'anxiété, la dépression, l'abus d'alcool et d'autres drogues.

En outre, différents facteurs sont susceptibles d'influencer la réponse au psychotraumatisme. Tout d'abord, il s'agit des caractéristiques elles-mêmes de l'évènement traumatisant. C'est très net et très fréquent en cas de viol et, bien sûr, d'inceste. Les chiffres donnent 60%. Le degré d'exposition au traumatisme joue aussi fortement, lors d'une menace vitale, par exemple, où l'on retrouve encore les traumatismes sexuels. Comptent également beaucoup, et surtout, les facteurs individuels tels que l'âge, le sexe, le niveau de développement psycho-affectif et les antécédents personnels comme l'alcool, la drogue, l'anxiété...

Les facteurs sociaux et familiaux constituent aussi des facteurs de susceptibilité importants, ou encore plus précisément appelés, facteurs de vulnérabilité.

Ainsi, et pour nous, tout ceci concourt fortement à soutenir cette hypothèse que l'endométriose pourrait bien ressortir, dans beaucoup de cas, et jusqu'à 50% , en partie, voire plus, d'une étiologie d'ordre psychique sexuel, même si les conséquences en sont parfaitement somatiques et à traiter comme telles.

IV. Que dit la clinique psychanalytique?:

Elle corrobore complètement ce qui vient d'être dit plus haut, avec sa méthode propre, la méthode freudienne (les « associations libres »), laquelle n'est pas la méthode scientifique telle qu'elle fait autorité aujourd'hui dans la médecine, mais qui est quand même la constitution rigoureuse d'un savoir du cas , et qui repose sur la parole d'un sujet, énoncée dans *le transfert*.^{vi}

Ce savoir vise à éclairer la notion de sujet, lequel ressortit nécessairement de l'une des grandes structures psychiques répertoriées (névrose, psychose ou perversion). Il s'agit, avec la psychanalyse, de la « fabrique », au sens fort, ce qui s'appelle une « casuistique ». Il s'agit ainsi de faire cas, et non pas d'établir une statistique en vue de cerner une épidémiologie. Pas de

moyenne, mais un cas unique, qui peut arriver à, au mieux, faire paradigme dans cette discipline appelée, depuis Freud, la psychanalyse, et qui consiste en un savoir crucial sur la question du sujet humain, et par là même, de l'humain tout entier, y compris de son humaine condition.

Un psychanalyste, sur toute sa carrière, ne peut prétendre se référer à des milliers, ni même de centaines de cas. Il ne peut, en outre, pas s'autoriser à en « parler » ou publier sur ces cas, parce que tant que la personne est vivante, ou que lui est vivant, toute parole, tout écrit à propos du cas peut mettre la personne ou son entourage en danger. Ainsi, en psychanalyse, définitivement, le tiers est exclu. Raison pour laquelle, si Freud a cru bon de publier quelques-uns de ses cas, Lacan se l'est interdit, trouvant dans la littérature suffisamment de descriptions de la souffrance psychique (Hamlet de Shakespeare, Antigone de Sophocle, le Trilogie de Claudel,... les grands cas de la psychiatrie ou de la psychanalyse, etc...) pour faire état, dans la psychanalyse même et son enseignement, des points vifs de cette souffrance. Je suis lacanien et adopte la position de Lacan à ce sujet.

Néanmoins, la pratique du psychanalyste peut, sinon rendre compte, tout au moins s'étayer, au mieux, de quelques dizaines de cas, parfois, seulement de quelques cas. Cependant, il convient de savoir que ces quelques cas, longuement « étudiés » (écoutés) peuvent être exemplaires, dans leur approfondissement même, afin d'éclairer une question, cas qui peuvent s'avérer alors princeps, voire même, cas qui peuvent prendre une valeur paradigmatique de la question traitée.

En trente ans de pratique de la psychanalyse, je me suis aperçu,...souvent par hasard, souvent après-coup, que j'avais affaire à des cas d'endométriose. Bien sûr, ce n'est pas sous ce chef que ces femmes étaient venues me consulter. Elles étaient venues me consulter...parce qu'elles allaient psychiquement mal ! Prenant conscience qu'il leur était nécessaire de consulter un gynécologue, je les ai adressées à celui-ci. Elles sont alors revenues sur le divan avec un diagnostic médical d'endométriose avérée, parce qu'objectivée par des examens complémentaires. La cure analytique de chacune s'en est trouvée, de ce fait, réorientée.

Je terminerai cette introduction à la dimension psychique dans la question de l'endométriose en disant que tous les cas rencontrés, à cette occasion de la cure psychanalytique, au fil de mes nombreuses années de pratique, tous les cas font état d'un psychotraumatisme d'ordre sexuel (survenue catastrophique des premières règles, attouchements, viol, inceste...), dans l'enfance ou dans l'adolescence, jusqu'au début de l'âge adulte. Ce sont là les dires des analysantes (patientes). Réalités *ou* fantasmes ? Réalités *et* fantasmes ? La psychanalyse a pris pour méthode, depuis Freud, d'accueillir ces dires comme

autant d'approches de la difficile question du *réel* du sexe, à laquelle toute femme est confrontée de par son histoire personnelle et lors de sa constitution en tant que *femme*. « Construction », « fabrication » qui, on le sait, ne peut se faire que *une par une*.

Amis médecins, s'il vous plaît, écoutez vos patientes souffrant d'endométriose ! Elles ont beaucoup à vous apprendre, sinon sur la dimension médicale de l'endométriose, à tout le moins sur *la parole du féminin*.^{vii}

...Car, ne l'oublions pas : « L'analyse n'est pas une science. C'est un discours sans lequel le discours dit de la science n'est pas tenable par l'être qui y a accédé, depuis pas plus de trois siècles, d'ailleurs ! Le discours de la science a des conséquences irrésistibles pour ce qu'on appelle l'humanité. L'analyse, c'est le poumon artificiel grâce à quoi on essaie d'assurer ce qu'il faut trouver de jouissance dans le parler pour que l'histoire continue. »^{viii}

Paris, le 29 mars 2005

ⁱ Article publié dans *La Lettre du gynécologue*, n°308-309, janvier-février 2006, 4-6.

ⁱⁱ A partir des *Actualités gynécologiques de Baudelocque* organisées par les laboratoires Besins International, 2005. Communication du Pr. Charles Chapron, service de gynécologie-obstétrique 2, CHU Cochin. Cf., également, C.Chapron, A.Fauconnier, M.Vieira, H.Barakat, B.Dousset, V.Pansini et coll., « *Human Reprod* », 2003 ; 18 : 157-161.

ⁱⁱⁱ A partir de Jean Bélaïsch et coll., *L'endométriose*, Editions Masson, Paris, 1999, chapitre « *Endométriose génitale et traumatisme psychologique*. Réédition prochaine annoncée. Et Jean Bélaïsch, *Endométriose et psychologie*, Paris, février 2003, 11p. .

^{iv} A partir de la *Conférence de presse*, organisée par Chiesi, automne 2005. A laquelle ont participé : L. Crocq, L. Jehel, J. Audet et F. Ducrocq.

^v Les expressions : « *instant de voir* », « *temps pour comprendre* », « *moment de conclure* », sont reprises de Jacques Lacan, *Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée*, in Jacques Lacan, *Ecrits*, Editions du Seuil, 1966, collection le champ freudien, pp.197-213

^{vi} Jean-Michel Louka, « *Le transfert* » - *Notes de Séminaire 2003-2005*. Conférences inédites, prononcées dans le cadre du Séminaire interne de l'Ecole psychanalytique de la Salpêtrière, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, juillet 2005.

^{vii} Référence faite, ici, à mon séminaire psychanalytique public de cette année 2005-2006, qui traite de la question du « féminin » avec la psychanalyse, intitulée : *Autour du féminin*.

^{viii} Jacques Lacan, *Interview de Jacques Lacan sur France Culture, à l'occasion du 28^e congrès international de la psychanalyse*, Paris, Juillet 1973. Publié par *Le Coq Héron*, N°46-47, Paris, 1974, pp.3-8.