



This article was originally published in a journal published by Elsevier, and the attached copy is provided by Elsevier for the author's benefit and for the benefit of the author's institution, for non-commercial research and educational use including without limitation use in instruction at your institution, sending it to specific colleagues that you know, and providing a copy to your institution's administrator.

All other uses, reproduction and distribution, including without limitation commercial reprints, selling or licensing copies or access, or posting on open internet sites, your personal or institution's website or repository, are prohibited. For exceptions, permission may be sought for such use through Elsevier's permissions site at:

<http://www.elsevier.com/locate/permissionusematerial>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

 ScienceDirect

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 35 (2007) 330–338

Gynécologie
& Obstétrique
& Fertilité

<http://france.elsevier.com/direct/GYOBFE/>

Psychosomatique et sexualité

Prolégomènes à tout abord psychanalytique de l'endométriose

Prolegomena before any psychoanalytical approach to endometriosis

J.-M. Louka

Cabinet médical, 74, rue Dunipos, 75013 Paris, France

Reçu le 29 septembre 2006 ; accepté le 5 février 2007

Disponible sur internet le 12 mars 2007

Résumé

L'endométriose est une maladie qui doit être traitée médicalement ou chirurgicalement. Cependant, elle peut aussi être abordée comme un symptôme au sens de la psychanalyse. Mais avant de s'engager dans cet abord, des prolégomènes doivent être considérés. L'idéologie scientifique de l'Homme-machine de La Mettrie, le sujet de l'inconscient tel que la psychanalyse le promeut depuis plus d'un siècle, le *post-traumatic stress disorder* des auteurs anglo-saxons, le féminin et la structure psychique classiquement dénommée hystérie représentent, pour l'essentiel, ceux-ci. Une revue de la littérature du domaine psychopathologique anglophone et francophone introduit à notre propre expérience psychanalytique des femmes endométriosiques. Enfin, une consultation publique est envisagée pour confirmer ou infirmer scientifiquement les données de l'expérience psychanalytique.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Endometriosis is a disease, which requires medication or surgery to be treated. However, it can be considered as a symptom psychoanalytically speaking. Before going further into the question from this point of view, let us examine some prolegomena — preliminary principles. The scientific ideology of a La Mettrie's "Human Machine", the unconscious subject promoted by psychoanalysts for more than a century, the Anglo-American notion of *post-traumatic stress disorder*, and womanhood and the mental structure customarily called hysteria stand for the main prolegomena. English and French speaking psychopathological literature is reviewed to introduce our personal experience of women with endometriosis. Finally, a public consultation is considered to confirm or invalidate scientific data stemmed from psychoanalytical experience.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Endométriose ; Homme-machine ; Psychotraumatisme sexuel ; Féminin ; Inconscient ; Parole ; Sujet ; Transfert ; Psychanalyse

Keywords : Endometriosis; "Human Machine"; Psychosexual traumatism; Womanhood; Unconscious; Speech; Subject; Transference; Psychoanalysis

1. Introduction

L'endométriose est une maladie, au sens objectif de la médecine, et de l'OMS. À ce titre, elle doit être traitée comme telle avec les moyens que la science met à la disposition et de la médecine et de la chirurgie d'aujourd'hui.

Mais, l'endométriose peut aussi être abordée comme un symptôme, au sens subjectif que lui donne la psychanalyse. Celui-ci vient et doit être accueilli par le psychanalyste comme tel, dans un premier temps. Il n'est pas, ici, seulement

le signe d'une maladie. Il fait appel, pour le psychanalyste, à un conflit, un nœud de significations en souffrance, celui du sujet comme structure et celui du sujet comme histoire. Il est la mémoire d'un événement traumatique, d'un trauma qui concerne le sujet.

2. Homme-machine [1]¹

On se départira ici d'un corps pure machine. Ce fut pourtant à la mode scientifique, et au XVII^e siècle, Descartes (1596–

¹ Ce chapitre et le suivant empruntent aux, et s'appuient sur, les thèses soutenues dans le livre de Pommier G., *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, Paris, 2004, p. 433 [1].

Adresse e-mail : jeanmichelouka@aol.com (J.-M. Louka).

1650) y croyait fermement. Pour lui, seul le corps se réduisait à une machine, pas l'âme. Ce qui n'était pas le cas, au XVIII^e siècle, pour le médecin et philosophe Julien Offroy de La Mettrie (1709–1751), qui voulut que tout de l'Homme soit machine. Il en rêva en 1748 en énonçant : « L'âme n'est qu'un vain terme dont on n'a point idée. Concluons donc hardiment que l'homme est une machine. » [2].

La même idéologie est à l'œuvre à l'ère contemporaine où un « homme neuronal » ferait bien l'affaire à réduire ce que nous sommes à nos composants neurobiologiques [3]. La même idée préside à la pensée d'une biologie des passions [4].

De facto, un être humain s'avère être tout autre chose.

Descartes fut à l'origine d'une polémique, qui s'étendit sur un bon siècle, en énonçant que : « Lorsqu'une montre marque les heures par les moyens des roues dont elle est faite, cela ne lui est pas moins naturel qu'il n'est à un arbre de produire des fruits. »

Descartes était le conseiller de la pensée de la reine Christine de Suède. C'est à elle qu'il entreprit d'exposer sa conception de l'homme machinique sur le modèle mécanique des montres et autres horloges. Mais celle-ci, alors, de lui répondre : « Je n'ai jamais vu ma pendule faire des bébés. »

Cela n'empêchera pas le philosophe et mathématicien Leibniz (1646–1716), d'écrire, au début du XVIII^e siècle, en 1704, que : « Tout ce qui se fait dans le corps de l'homme est aussi mécanique que ce qui se fait dans ma montre. » [5].

Le philosophe allemand Kant (1724–1804) distingue la machine du vivant. Il explique alors en quoi, dans une montre, un rouage de celle-ci est la cause efficiente d'un autre rouage. C'est-à-dire qu'une partie de la montre n'existe pas par une autre, mais bien pour une autre. Autrement dit, la cause de la production des rouages ne se trouve pas en eux, elle se trouve en dehors d'eux. Elle émerge dans un être capable de mettre ses idées à exécution, soit ce qu'on appelle un inventeur.

Par exemple, lorsqu'elle se dérègle, la montre ne saurait en aucun cas se réparer elle-même, ou compenser, ou encore reproduire les éléments qui lui sont soustraits. Et c'est à cet endroit, précisément, qu'un organisme diffère : il s'autoforme, il s'autorégule. Kant dira : « Les êtres organisés doivent s'organiser eux-mêmes. ». Alors qu'une machine, jusqu'à aujourd'hui ne se reproduit pas. Aucune partie de la machine n'est construite par une autre partie, ni par la machine entière, et aucune machine totale, aucun tout n'est construit par un tout de la même espèce [6].

À peu près un siècle plus tard, le grand physiologiste français Claude Bernard (1813–1878), armé de la méthode scientifique pour les sciences expérimentales, énonce sa thèse : « Ce qui caractérise la machine vivante, ce n'est pas la nature de ses propriétés physicochimiques, si complexes qu'elles soient, mais bien la création de cette machine qui se développe sous nos yeux dans des conditions qui lui sont propres et d'après une idée définie qui exprime la nature de l'être vivant et l'essence même de la vie. » [7].

La psychanalyse, en son invention freudienne, n'ajoutera que peu de chose à cela, avec la reconnaissance de l'inconscient. Qu'est-ce que l'inconscient dans tout cela ? Par rapport à

la thèse, ci-dessus, de Claude Bernard : un ajout, un complément. Il faudrait ici, pour tenir compte de l'inconscient, dire que, concernant l'Homme, s'ajoute cette sorte de moteur infini qui s'appelle l'inconscient. Car l'inconscient, c'est ce qui se met en travers, ce qui ne marche pas et qui s'exprime, précisément, par le symptôme, un symptôme (un « savoir emmerdant », disait Lacan).

... Et pourtant ce qui ne marche pas, c'est ce qui permet, paradoxalement, dans le monde humain, que cela marche, même si ce n'est qu'en boitant (Œdipe). Le dysfonctionnement, dû à l'irréductible dimension de l'inconscient, c'est ce qui fait fonctionner l'Homme... !

Il faudrait donc, une fois pour toutes, se départir de l'illusion d'une maîtrise de la psyché par l'anatomophysiologie, voire d'une réduction du psychique à l'organique. Ce n'est pas la science, mais l'idéologie de la science qui voudrait, et qui s'applique par ce biais scientiste plus que scientifique, à débarrasser le corps, et nous avec, des inconvénients du désir, c'est-à-dire des inconvénients de l'existence, chez l'Homme, cet animal dénaturé (par le langage), de l'inconscient.

Pendant, comme l'on distingue la science de l'idéologie de la science et les scientifiques des scientistes, il ne faut pas confondre le discours médical avec la médecine et les médecins qui se confrontent quotidiennement à la dimension globale de la souffrance du « parlêtre » (Lacan) en son corps. Ils savent bien, quand on les interroge, que leurs patients ne se réduisent pas à un ensemble d'organes et de fonctions.

C'est d'ailleurs bien pour fuir l'angoisse d'une dysharmonie plutôt rencontrée quotidiennement dans la pratique de tout un chacun que le rêve machinique est promu avec une telle insistance, une telle puissance, sous couvert de « La Science », qui n'en peut mais !

Le rêve de La Mettrie devient ainsi de nos jours une croyance de masse. Ignorant alors, de plus en plus, pourquoi ils vivent, désirent, aiment et meurent, les hommes sont tous disposés à croire que leurs gènes les programment, décident par avance pour eux, comme autant de puissances qui, inéluctablement, les dominent et, finalement, les contraignent. Leur vie leur échappe, ils la remettent alors entre les mains des médecins et se font docilement les enfants sages des prescriptions de la Santé publique pour un nouvel hygiénisme, au service du contrôle médicosocial des corps, c'est-à-dire des vies.

À partir des années 1980, et avec l'effondrement des grandes croyances religieuses et politiques sur lesquelles l'humanité avait jusqu'ici réglé ses conduites, l'Homme-machine, c'est le rêve-perspective d'un corps de type autiste, c'est-à-dire d'un corps sans parole, mais aussi d'un temps où l'on ne bavarde plus, c'est-à-dire d'un temps exclusivement consacré à la mesure, libéré de toute socialité de l'Homme, autrement dit un temps scientifique. Impersonnellement, on mesure. Plus de sujet parlant, car celui-ci en son existence risquerait assez vite de contredire l'enchaînement purement autarcique des causes et des effets, relancé par un feed-back infini et depuis toujours inscrit dans les gènes... Le sujet, enfin objectivé !

3. Du sujet et de la psychanalyse

L'idée d'une autonomie du corps est un rêve scientifique. Ce rêve voudrait que l'on puisse traiter du corps comme d'un paquet d'organes dont l'historisation et la subjectivation deviendraient parfaitement inutiles, obsolètes : des corps sans sujet, sans passé, sans lendemain...

Il existe, cependant, un sujet et, donc, par voie de conséquence, une causalité psychique, à ce corps et à ses maux. C'est la thèse, en tout cas, que soutient depuis plus d'un siècle la psychanalyse en sa naissance freudienne. Elle se situe ainsi du côté des lumières, contre l'obscurantisme de l'idéologie d'un corps réduit à l'organique pur. L'angine, les cystites, l'herpès, les otites, certains ulcères de l'estomac etc., sont des maladies dont la nature infectieuse est largement prouvée et bien admise par le public. Mais, par ailleurs, leur causalité est le plus souvent psychique comme s'accordent à le penser non seulement les analystes mais encore la plupart des praticiens de la médecine clinique quotidienne la plus ordinaire. Il est évident, et impératif, qu'elles doivent être traitées comme des maladies infectieuses avec les moyens médicaux ou chirurgicaux adaptés. Mais si l'on prend la voie d'ignorer que les remèdes portent seulement sur les effets, la rechute surgira d'autant plus, d'autant mieux et plus vite, que l'on croira connaître, ou avoir cerné la cause. La répétition de l'affection indiquera qu'il s'agit là d'un autre enjeu, celui d'une causalité, possiblement psychique, qui doit être accueillie comme telle, et non pas ignorée, voire méprisée.

Cette causalité psychique est le plus souvent refoulée, c'est-à-dire inconsciente. Face à la souffrance psychique dont la cause active est ainsi refoulée, le médecin, dans sa pratique quotidienne, fera aisément l'impasse sur son origine, laquelle, le plus souvent, lui reste parfaitement étrangère à cause de sa formation reçue à la faculté autant qu'à l'hôpital.

Pour la psychanalyse, le sujet, eh bien... c'est justement ce que l'expérience fait naître ! Et pourtant, cela ne veut pas dire, paradoxalement, que l'expérimentation serait exclue du champ de cette discipline. Elle se fera précisément, non pas avec un objet, mais grâce à une collection de sujets.

En effet, qu'est-ce qu'une cure psychanalytique, sinon ce qui permet de subjectiver des traumatismes inconscients. Ce qui a pour effet, direct, de réduire considérablement les conséquences symptomatiques. Cependant, un traumatisme se produit à chaque fois dans des circonstances qui sont propres à chaque personne, à chaque sujet. Ainsi, cette expérience du traumatisme personnel n'est pas, en soi, généralisable, ni, bien entendu, reproductible. Néanmoins, c'est après-coup que le psychanalyste se fait expérimentateur, chercheur, en tirant les invariants communs à plusieurs cures. Ce qui a fait dire que la psychanalyse, en quelque sorte, s'expérimente à l'envers.

Chaque cas est, bien sûr, particulier et l'on ne saurait expérimenter en psychanalyse des êtres humains comme on le fait ailleurs des animaux de laboratoire. Le plus important à reconnaître ici est le fait d'expérience suivant : plusieurs analyses peuvent être mises en série et il apparaît alors des régularités,

lesquelles peuvent être par la suite vérifiées dans d'autres cas. Chaque cas est aussi singulier, mais n'en correspond pas moins à des types, des genres, des structures psychiques.

Chaque cas fait apparaître des règles, des modes de formation, de constitution du symptôme, comme du comportement, même si la logique, celle de l'inconscient, qui y préside, n'est pas précisément aristotélicienne.

Il existe donc bien du généralisable en psychanalyse, en recherche psychanalytique, et le généralisable appartient de droit, par définition, au domaine de la science.

Pourtant, depuis son origine, même avant son démarrage scientifique, le médecin guérit un individu, et depuis un peu plus d'un siècle la psychanalyse le fait aussi, à sa manière, d'un sujet.

La psychanalyse a d'abord été inventée dans une visée thérapeutique. C'est dans ce registre qu'elle subjective le savoir inconscient — c'est sa fonction princeps —, lequel est cristallisé, mais se révèle aussi, sous la forme des symptômes.

L'origine, c'est le traumatisme. Au moment du surgissement de l'événement traumatisant, que s'est-il passé pour le sujet ? Le plus souvent, le sujet ne voulut rien en savoir. Pourquoi ? Parce que c'était insupportable, le sujet n'avait pas les moyens de faire face à la situation, les moyens de penser, de métaboliser par la pensée, ce qui lui arrivait, dans une certaine brutalité, dans une certaine violence. Ensuite, ce savoir ressurgit : le symptôme, littéralement, écrit, sur le corps, voire dans le corps (maladies auto-immunes, tumeurs cancéreuses, endométriose (?), etc.), ce que le sujet a voulu ignorer.

Chose à chaque fois surprenante dans l'expérience du psychanalyste, c'est la subjectivation de la parole qui, à ce sujet, lui redonne vie au point même où l'événement traumatisant le paralysa. Et ce qui lui permet une telle libération s'appelle, depuis Freud, une cure psychanalytique. Cette libération advient, surgit même parfois assez brusquement, vivement, avec l'advenue du sujet qui manquait à un savoir inconscient jusque-là sans sujet, impersonnel, et qui s'appelle le symptôme.

Qu'est-ce qu'un symptôme pour la psychanalyse et les psychanalystes, ces praticiens de l'inconscient ? Le symptôme c'est l'abri où se réfugie un savoir particulier, mais sous une présentation généralisable. Ainsi, chaque expression, formation de l'inconscient (issue de l'inconscient), qui est unique (c'est-à-dire jamais produite avant par quiconque et dont les présentations peuvent varier à l'infini), est le tenant-lieu d'une condensation d'un traumatisme passé, lequel vient à être représenté par des symboles, dans l'actuel, et se présente ainsi comme lieu de mémoire. A contrario, les symptômes physiques qui résultent de ces formations de l'inconscient se ressemblent la plupart du temps. Ils peuvent, de ce fait, être classés en types ou en genres. La symptomatisation se fait donc d'une manière relativement uniforme. Une migraine, des maux de gorge, une rage de dents etc., n'ont aucune singularité et le médecin pourra les décrire d'une manière objective, généralisable, sans avoir à tenir compte des particularités psychiques du sujet dont ils procèdent. Celles-ci relèvent cependant du savoir d'un seul sujet. Elles sont aussi subjectives quant à la cause.

Pourtant, tenir compte des symptômes et des comportements tels que s'y exerce le psychanalyste est la seule façon d'arriver à cet ordre de savoir qui est celui de la structure. Grâce à l'ensemble des formations de l'inconscient réunis par l'observation et l'écoute attentives, le psychanalyste saura de quelle structure psychique ressortit son patient : névrose, psychose ou perversion. Ce qui aura son importance pour aborder et réduire le symptôme, mais aussi libérer le désir dudit sujet. Seuls importent les détails uniques de l'histoire du traumatisme.

Le psychanalyste est un praticien qui a affaire constamment à des répétitions et des régularités symptomatiques. Celles-ci, notons-le, ont, de facto, la même valeur que l'expérimentation. Ces singularités qui s'expriment dans le discours de son analysant, le psychanalyste doit les saisir, il le fait grâce à la théorie psychanalytique. Mais il doit affronter surtout la singularité d'un savoir particulier, lequel n'est autre que l'occurrence unique d'un savoir général, et peut resubjectiver le symptôme, qui, lui, n'est autre qu'un savoir sans sujet. Cependant, il ne faut retenir que ce n'est pas précisément le savoir qui est opérationnel dans la cure.

Question : comment subjective-t-on un savoir ? Le savoir de l'inconscient ne déroge pas au savoir de toute science. Le savoir de l'inconscient, lui aussi, se passe du sujet, bien qu'il possède, en plus, la particularité de ne pas être réflexif. En somme, c'est un savoir qui s'ignore lui-même.

De son côté, l'analyste ne délivre pas un savoir aux vertus curatives comme le pense le commun des mortels. Il n'enseigne pas davantage une sagesse qui, par exemple, permettrait de se faire une raison devant un mal inévitable, désormais accepté, bon gré, mal gré.

Non, l'analyste agit par sa présence. Sa présence corporelle, tout d'abord. Complémentaire du je qui s'exprime, la présence de l'analyste produit cette sorte d'étincelle subjective, ce déclic qui va défaire l'objectivation du symptôme. Dans l'analyse, il s'agit moins de la découverte d'un savoir — comme on le croit très souvent —, que de la subjectivation d'un savoir inconscient, dont la présentation courante a pour nom : le symptôme.

² La chercheuse Isabelle Stengers (CNRS) a montré que la médecine est devenue scientifique lorsqu'elle a réussi à distinguer l'effet thérapeutique par suggestion de celui qui agit sur sa cause. En effet, on le sait, il faut différencier la guérison qui résulte d'une suggestion, elle non reproductible, de celle qui se vérifie dans n'importe quel cas, elle, donc, reproductible. La médecine a pris cette voie : elle ne guérit pas (ou plus) par suggestion, mais elle recourt à la méthode scientifique depuis un bon siècle et demi environ (Claude Bernard, Pasteur, Bichat...). Mais la psychanalyse prétend aussi, comme la médecine moderne, à la science. C'est pourquoi elle a, avec Freud, elle aussi, abandonné la suggestion en laissant à d'autres (les psychothérapeutes, et...quelques médecins) les pratiques de l'hypnose, mais encore, par exemple, elle a renoncé à la pression de la main sur le front accompagnée de l'injonction, pour le patient, de se remémorer, comme Freud, lui-même, l'utilise et le rapporte, avec Breuer, dans leurs *Études sur l'Hystérie* [1895]. La psychanalyse s'est résolument placée sur le chemin de la cause, afin de l'accueillir dans le champ de la parole et de permettre ainsi au sujet de la subjectiver dans le but de s'en déprendre.

4. Des femmes et de l'endométriose

Nul ne doute que des processus psychiques s'articulent à l'organique. Mais le fonctionnement psychique ne saurait se réduire à celui du cerveau. Le corps n'est pas qu'une machine dont il suffirait de démonter les rouages pour la comprendre.

La découverte freudienne a aujourd'hui plus d'un siècle d'existence. Elle a développé et assuré sa théorie et sa méthode dans les dernières décennies. Sa pratique s'est développée et son champ s'est élargi. Mais elle n'en reste pas moins souvent rangée dans l'esprit d'un large public, mal ou peu informé, parmi les croyances qui font, parfois, de l'effet, mais sans avoir fait scientifiquement leurs preuves. Lorsque la guérison survient, en psychanalyse, l'on s'entend dire, doctement : « une guérison ne prouve rien » !²

Les jeunes femmes souffrant d'endométriose ne sont pas du tout préparées à accueillir autre chose que la démarche dite scientifique à laquelle se réfère, pour son efficacité, la médecine d'aujourd'hui. Le discours dominant, c'est le discours médical. Lorsque l'on révèle à une jeune femme qu'elle souffre d'une maladie que la médecine nomme endométriose, et qu'on lui explique le comment des diverses implantations ectopiques des cellules endométriales dans son corps féminin, et des conséquences à attendre pour celle-ci sur le plan algique, certes, mais surtout dans cette anxieuse perspective de la reproduction, on l'entraîne brutalement dans des champs qui lui sont, la plupart du temps, naturellement parfaitement étrangers : l'anatomie, la physiologie, l'immunologie, l'endocrinologie...

Elle, elle ne retient, pour sa part, qu'une chose : elle souffre d'une maladie organique qui la dépasse, et sur laquelle elle pense qu'elle ne peut rien. Elle perd ainsi la maîtrise. Seul le médecin est à même de l'aider à moins souffrir et, seul le médecin représente l'unique espoir de lui permettre, au mieux, d'avoir, un jour, mais quand ?, les enfants qu'elle souhaite. Elle se retrouve ainsi esseulée, profane, face à ce qu'elle perçoit, à travers le médical, comme étant la science universelle toute puissante qui la destitue de toute capacité à s'en sortir seule, c'est-à-dire par elle-même. Cette situation l'hystérise et place son médecin, son chirurgien en position de maître. C'est au couple hystérique-maître auquel on va devoir dorénavant avoir affaire.

Alors, simplement attirer son attention sur autre chose que sur le savoir médical et la pratique chirurgicale concernant son corps organique, c'est lui faire affront. Pourquoi ?

Parce que c'est la faire un tant soit peu chanceler dans son état exclusif de malade, c'est-à-dire douter de son plein statut de victime. C'est rouvrir cet éternel et impossible débat, pour elle qui n'en veut pas, entre le corps et l'esprit, entre l'âme et la matière, entre l'organique et le psychique. Son corps est bien là, mais sa tête est ailleurs, obturée.

Elle est malade, et bien naturellement elle veut qu'on la soigne, plus, qu'on la guérisse. Cela passe par les médicaments, cela doit se plier aux interventions du chirurgien, soit, mais que l'on n'aille pas lui parler d'autre chose que de son organique de corps. De la psychanalyse et de ses prétentions à

évoquer une autre dimension que celle du corps organique, du psychanalyste qui l'interroge sur ce qu'elle, en tant que sujet, pense de tout cela, sur l'histoire de ce corps aujourd'hui souffrant, sur la survenue et les circonstances de ses premières règles, sur sa rencontre avec la sexualité, plus précisément de la question du sexuel pour elle et de son corps comme corps, aussi, de jouissance... Ah non ! Pas ça.

Et pourtant, comment lui expliquer que la psychanalyse n'entre pas dans cette dichotomie du psychique et de l'organique ? Qu'elle a été mal renseignée. Que l'inconscient existe bel et bien et que Freud a été dans l'obligation d'inventer un étrange concept en forgeant celui de pulsion.

4.1. *Le concept de pulsion : un janus bifrons*

La pulsion introduit une nouveauté radicale. Elle dialectise toute opposition du mental et du cérébral, au point même de l'invalider. La psychanalyse est née en s'appuyant sur ce concept unique que l'on pourrait dire à double face, ou bifrons. Grâce à ce concept purement psychanalytique, la psychanalyse souligne, dès ses débuts freudiens, que l'opposition du psychique et de l'organique ne la concerne pas. Il n'était pas même question que cette discipline à vocation scientifique — de Freud à Lacan, cette position n'a jamais varié —, reprenne à son compte, par exemple, le parti du spirituel contre le charnel, prenant la suite, dans le droit fil des Églises qui, durant tous ces siècles ont maintenu, précisément au nom de cette opposition, un parfait obscurantisme... ! Quant à l'inverse, le charnel contre le spirituel, elle laissera cela à la science, précisément. La science, médicale en l'occurrence, ne considère un corps, que réduit à son organisme.

Mais l'on remarquera que dès que le psychisme n'est plus opposé au corps, la bataille du psychanalytique et du scientifique perd sa raison principale et que la haine est vidée de son sens. La localisation n'est pas la compréhension.

Vers la fin de sa vie, Sigmund Freud écrit : « De ce que nous appelons psychisme [...] deux choses nous sont connues : d'abord un organe somatique, le lieu de son action, le cerveau [...] et ensuite nos actes conscients dont nous avons une connaissance directe, et que nulle description ne saurait nous faire mieux connaître. Tout ce qui se trouve entre ces deux points extrêmes nous demeure inconnu, et s'il y avait entre eux quelques connexions, elles ne nous fourniraient guère qu'une localisation précise des processus conscients sans nous permettre de les comprendre. » [8].

Le concept de pulsion est une invention freudienne. Il apparaît alors bien comme un concept fondamental de la psychanalyse. Il est nécessaire de bien comprendre ce que Freud dit, quand il dit que la pulsion est un « concept limite entre le somatique et le psychique ». Cela ne signifie pas que ce serait le concept qui serait limite, mais que c'est un concept de la limite, c'est-à-dire de ce qui se produit sur cette frontière, sur cette limite, pour autant que l'on puisse appeler tel le retournement du psychique en somatique, retournement sans lequel il n'y aurait pas même de psychique.

Il faut ici, aussi, retenir le mot de Lacan qui définit, à notre sens, parfaitement la pulsion, en condensant avec une grande pertinence sa formule lorsqu'il énonce que c'est : « l'écho d'une parole dans le corps ».

C'est à partir de la mère, de ses demandes exorbitantes de satisfaction que s'enclenche la pulsion du côté de l'enfant. C'est d'abord un plaisir pour l'enfant mais, très rapidement, c'est trop, ce que la mère demande, exige !

C'est bien, mais c'est trop ! Trop cela devient incestueux, et se retourne en son contraire. Les pulsions sollicitées imposent une pression trop forte à l'organisme. Elles sont alors rejetées au-dessus d'un certain seuil, d'une certaine limite. C'est le cas, par exemple de l'anorexie mentale du nourrisson qui témoigne de la trop grande pression, un excès de l'investissement de la pulsion orale du bébé par la demande maternelle. Cet excès déclenche ce que Freud appelle dans un premier temps, en 1915, un « refoulement primordial » de la pulsion [9], puis dans un second temps, dix ans plus tard, il le nomme plus justement un rejet [10]. Le rejet s'illustrera par des vomissements, la défécation, les cris, l'envie brutale d'uriner dans certaines situations. Tout cela ne se fait pas sans une certaine jouissance, laquelle peut se définir comme la part de déplaisir dans le plaisir, intriqué au plaisir. Chez l'enfant... mais aussi chez l'adulte.

On l'aura bien compris : la première détermination que subit un sujet, c'est d'être l'objet de jouissance de l'Autre (la mère au départ). Ce qu'il accepte, mais ce qu'il accepte jusqu'à un certain point³.

Dire non et faire un choix définit le sujet, un sujet de plein-emploi, un sujet accompli comme sujet, parfois nécessairement un sujet passé par l'analyse.

C'est à cet endroit que l'on peut repérer la position de la psychanalyse par rapport aux autres sciences, dans cet écart entre une causalité toujours à venir du sujet et les déterminismes dont le sujet humain ne veut pas et qu'il refoule (rejette). Il est alors dans l'action et ce qu'il refoule, dans le même temps, se met à causer son désir, lequel, littéralement, le projette en son destin.

La structure psychique d'un être humain procède de la façon avec laquelle le sujet va dire non au désir de l'Autre (de la mère au début, puis...). La théorie de la clinique psychanalytique a repéré et défini ces modalités de la négation dans leur

³ Le sujet ne veut pas être un corps pur objet de l'Autre, un corps qui n'aurait comme sujet que l'Autre du désir. C'est le refoulement qui permet d'introduire une limite à la jouissance, sans laquelle cette jouissance, il le sait bien, arriverait à l'annuler, à l'anéantir. Ce n'est donc pas, chez le sujet, un refus de la jouissance, toujours plus, ce qu'il adore, ... mais un refus de son annulation en tant que sujet. Il ne veut pas se réduire à l'objet de jouissance de l'Autre, c'est là la condition de sa subjectivité. C'est en imposant cette limite, — le rejet de l'objectivation —, que le sujet naît. C'est le premier cri de l'enfant qui pourrait illustrer ce premier rejet de l'objectivation. L'enfant se situe alors comme intériorité par rapport à cet extérieur qu'il rejette. Mais il ne suffit pas que le sujet naisse par cette courageuse négation de l'objectivation. Car la négation va refouler les déterminismes qui vont alors devenir inconscients, et malheureusement, ceux-ci continuent alors de plus belle à piloter ledit sujet sans, en plus, qu'il s'en rende vraiment compte. Ce qu'il ignore le commande, il n'a acquis qu'une prétendue liberté, pourtant courageusement arrachée à l'Autre. Cette liberté oblige le sujet qui fait face à des déterminations si contradictoires, ... à quoi ? À choisir !

rapport au déterminisme, et compte tenu des structures psychiques. Il s'agit du refoulement pour les névroses, du déni, pour les perversions, de la forclusion, pour les psychoses.

Qu'en est-il de l'abord de la psychologie médicale, laquelle n'est pas la psychanalyse, concernant l'endométriose et — ce qui n'est pas nécessairement la même chose —, concernant les sujets femmes souffrant de cette affection, que les médecins nomment endométriosiques ?

A. Audebert, spécialiste de l'endométriose en France, pose ainsi la question : « La femme endométriosique est-elle différente ? » [11]. Il y répond d'entrée de jeu, dès l'introduction : « De plus en plus de faits laissent à penser que la femme atteinte d'une endométriose présente des caractéristiques qui la rendent différente des autres femmes. [...] ».

La revue de la littérature internationale qu'il réalise nous montre ce que la recherche attrape de significatif concernant la dimension psychique engagée chez les femmes endométriosiques.

Ces études montrent que les femmes souffrant d'endométriose ont un développement psychosexuel influencé négativement par cette affection. Ils remarquent aussi que ces femmes, ces patientes entretiennent avec autrui, en général, et avec leurs médecins, en particulier, des relations modifiées.

Mais, ce qui vient d'abord en avant dans les résultats de ces études, c'est l'anxiété. Toutes les études s'accordent à considérer que le niveau d'anxiété est plus élevé chez les femmes endométriosiques, ce qui les rend plus sensibles au stress, mais aussi à une plus grande préoccupation somatique ; elles sont sujettes aussi à des douleurs plus sévères. Et les auteurs notent, en outre, un retentissement social plus important dans leur cas. Cette anxiété étant plus grande, certains auteurs pensent que cela rend ces femmes plus aptes à développer une endométriose. Elles ont des scores plus élevés pour : la dépression, l'hypochondrie, l'anxiété, la psychasthénie et la tendance à la névrose ; pour l'introversion, la névrose, le psychotisme et encore l'anxiété. Les femmes endométriosiques ont un profil psychologique différent des autres algiques.

Enfin, il faut encore retenir la mise en évidence de l'importance des facteurs psychosomatiques, psychosexuels, sociaux et biographiques.

Ce qui amène A. Audebert à conclure que : « La femme endométriosique, et plus particulièrement celle qui souffre et présente des lésions sévères, n'est pas comme les autres. » [11].

Il ajoute, après avoir rassemblé tous les autres arguments des dimensions biomédicales de cette femme pas comme les autres : « [...] Elle réunit aussi diverses particularités [...] et enfin des troubles psychologiques, qui sont retrouvés dans d'autres pathologies somatiques douloureuses. [...] »

Le tableau ainsi dépeint de la femme endométriosique est assez chargé, ne serait-ce que du point de vue psychique, point de vue que nous privilégions ici. Il justifie de s'y intéresser de plus près. Quelque chose se passe au niveau psychique des sujets femmes souffrant de cette affection, ... mais quoi ?

J. Belaisch [12] grand spécialiste français de l'endométriose, et président du Groupe d'étude sur l'endométriose a publié, en

2003, un article intitulé « Endométriose et Psychologie » [13], dans lequel il annonce d'emblée que « Notre expérience personnelle nous pousse à penser que ce terrain immunitaire particulièrement favorable au développement d'une endométriose doit lui-même résulter d'un état de stress prolongé. ».

« [...] Nous avons retrouvé chez la moitié de nos patientes soit très précisément 95 sur 200 un traumatisme sévère et surtout prolongé dans le temps, en relation avec des abus sexuels ou des problèmes familiaux graves impliquant parents, souvent séparés ou père inconnu, ou conjoints. ».

L'auteur affirme : « C'est le traumatisme prolongé lui-même qui est à l'origine de ces endométrioses et cela par le biais d'une altération de leurs défenses immunitaires. On sait aujourd'hui qu'il existe un véritable réseau psychoneuro-endocrino-immunologique. La répétition du stress et sa longue durée affectent le système immunitaire qui n'est plus capable d'assurer la destruction des cellules endométriosiques arrivant dans le pelvis chaque mois. Les implants d'endométriose se développent alors. ».

Il conclut : « Il existe une dimension psychologique à l'origine et consécutive à la maladie endométriosique. » [14].

5. Névrose (psycho)traumatique et *post-traumatic stress disorder*

De quoi s'agit-il ? Il s'agit d'un : « Type de névrose où l'apparition des symptômes est consécutive à un choc émotif généralement lié à une situation où le sujet a senti sa vie menacée. Elle se manifeste, au moment du choc, par une crise anxieuse paroxystique pouvant provoquer des états d'agitation, de stupeur ou de confusion mentale. Son évolution ultérieure, survenant le plus souvent après un intervalle libre, permettrait de distinguer schématiquement deux cas :

- le traumatisme agit comme élément déclenchant, révélateur d'une structure névrotique préexistante ;
- le traumatisme prend une part déterminante dans le contenu même du symptôme (ressassement de l'événement traumatisant, cauchemar répétitif, troubles du sommeil, etc.), qui apparaît comme une tentative répétée de lier et abrégier le trauma ; une pareille fixation au trauma s'accompagne d'une inhibition plus ou moins généralisée de l'activité du sujet.

C'est à ce dernier tableau clinique que Freud et les psychanalystes réservent habituellement la dénomination de névrose traumatique. » [15].

Cette entité, adoptée par les psychanalystes, aurait été introduite par l'Allemand Herman Oppenheim, en 1888¹. Celui-ci l'emploie, principalement, à propos des accidents de chemin de fer, cauchemar de l'époque. Il définit alors le diagnostic de névrose traumatique.

« C'est une entité clinique autonome qui comprend le souvenir obsédant de l'accident, des troubles du sommeil et une agitation telle que dans les hôpitaux, les malades doi-

vent être isolés car ils gênent leurs voisins de lit ! », explique, aujourd'hui, le Pr Louis Crocq [16]. Il poursuit : « Oppenheim y range également les cauchemars de réminiscence, la phobie des chemins de fer, la labilité émotionnelle. Il parle de « sidérodromophobie », imputant ce trouble à l'effroi — *schreck* — qui, dit-il « provoque un ébranlement psychique tellement intense qu'il entraîne une altération psychique durable ». À ceux qui imputent ces symptômes, classiquement, à une commotion cérébrale, J.-M. Charcot répondra que, pour lui, les troubles des accidentés du chemin de fer sont bel et bien de l'ordre du psychique et non pas dus à une commotion cérébrale. Il parle à ce sujet en terme d'hystérouneurasthénie lors de ses fameuses *Leçon du mardi* à la Salpêtrière (1888)⁴. À cette même époque, P. Janet, élève de Charcot, prépare sa thèse de psychologie au Havre et travaille sur cette même question du souvenir brut de l'événement traumatique. Mais il en parle maladroitement en terme d'« idée fixe » — alors qu'il ne s'agit pas d'une idée, rien ici de cognitif. Il y voit une sorte de corps étranger non assimilé. Qui déclenche des *reviviscences* de toutes sortes dont le sujet est la proie. Freud n'est pas en reste, qui commence par reprendre les thèses de Janet. Mais, lui, va parler de réminiscences. L. Crocq résume : « Après un choc émotionnel, le souvenir brut de l'événement demeure au sein du préconscient comme un parasite, provoquant des symptômes de conversion et des abréactions répétées et inefficaces. La thérapeutique consistera à faire pratiquer des associations d'idées sur ces résurgences pour amener à leur libération. » [16].

C'est bien évidemment avec les guerres de la fin du XIX^e siècle et celles du XX^e siècle, de 1914–1918, en particulier, que se développent les travaux à propos des névroses traumatiques, dites alors névroses de guerre, et des syndromes mentaux postaccident. L'expérience américaine, à partir de la Première, puis surtout de la Seconde Guerre mondiale, va générer beaucoup de travaux autour du choc émotionnel. Mais c'est avec et après la guerre du Vietnam, pour les Américains, que va prendre place en 1980 le fameux PTSD, ou *post-traumatic stress disorder*, diagnostic créé et imposé par le DSM de l'American Psychiatric Association.

Ne nous y trompons pas, le PTSD, bien qu'américain, n'est autre que la névrose traumatique européenne des psychiatres et des psychanalystes germanofrançais.

L. Crocq fait remarquer que les Américains « [...] surtout introduisent le terme stress, montrant ainsi leur obédience à une hypothèse résolument biologique. » [16].

Il poursuit pour éclairer notre question dans l'endométriose :

« La très officielle Classification internationale des maladies mentales, dans sa révision de 1992, adopte en tout cas le diagnostic de PTSD — que l'on peut traduire par « état de stress post-traumatique » — en remplacement de la névrose traumatique. Auparavant, elle a introduit un diagnostic précis pour la réaction des premières heures : la réaction aiguë à

un facteur de stress qui ne dure pas au-delà d'une journée. Et réserve un diagnostic plus compliqué, plus lourd, de modification durable de la personnalité, après une expérience de catastrophe — ce qui correspond de fait à la névrose traumatique. » [16].

Avec mes collègues francophones, nous nous sommes opposés sur ce point aux Américains car il nous a semblé important de faire une distinction entre stress et trauma. Le stress est une réaction bioneuropsychologique d'alarme, de mobilisation et de défense contre une agression. Le trauma est, lui, un phénomène psychologique d'effraction des défenses psychiques, y compris la défense qui consiste à attribuer du sens à l'événement.

Dans le trauma, il y a confrontation avec le réel de la mort et du néant, sans possibilité d'y attribuer du sens. On distingue les trois réactions : immédiate (premières heures), postimmédiate (du 2^e au 30^e jour) et la période différée et chronique (névrose post-traumatique ou PTSD).

6. De notre expérience

Notre expérience est celle d'un psychanalyste. Exclusivement celle d'un praticien de la psychanalyse qui exerce sa fonction, en cabinet et à l'hôpital, depuis trente ans.

Il arrive à un psychanalyste de rencontrer des cas d'endométriose. Il ne le sait pas tout de suite. Il peut s'en apercevoir à l'écoute attentive de certains symptômes de ses patientes. Il s'agit généralement de douleurs du pelvis, mais pas toujours et les cas peuvent se présenter dans une grande diversité de manifestations qui vont jusqu'à exclure toute douleur.

Si les gynécologues et les chirurgiens gynécologues-obstétriciens peuvent avoir affaire à des centaines de cas d'endométriose, il ne saurait en être de même pour le psychanalyste.

Nous avons l'expérience d'une trentaine de cas vus à l'hôpital⁵ et d'une quinzaine de cas au cabinet.

6.1. L'invitation du psychanalyste

Quelle est depuis ses débuts l'invitation de la psychanalyse, reprise individuellement par chaque analyste ?

Dire tout ce qui nous vient dans la tête (tout ce qui nous tombe dans la tête, *Einfall* dit Freud), c'est-à-dire en somme tout ce qui fait signe. Tout ce qui nous tombe dans, passe par, la tête, plongé dans un dispositif où l'on ne voit pas le visage et surtout le regard de celui ou de celle à qui l'on destine son discours. Il s'agit de parler sans fin prédéterminée, sans avoir à juger de ce qui est utile ou inutile à dire, ou nécessaire pour viser telle ou telle fin. Ainsi, tout ce qui se dit peut prendre un statut égalitaire, et rien ne prédomine, a priori, dans le dire.

Même après trente ans de pratique de la chose, c'est une étrange expérience... Ordinairement, quand quelque chose ne va pas, vous avez pris l'habitude, infantile en somme, si vous

⁴ Selon l'Encyclopédie médicochirurgicale : psychiatrie, 37520 C 10, p. 6.

⁵ Dans le service de chirurgie gynécologique et sénologique du Pr J. Blondon, Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris, de 1998 à 2003.

ne savez plus quoi comprendre ou comment faire avec ce qui vous tombe dessus, d'en référer à un autre qui, lui, doit bien savoir comment faire, comment penser, comment décider : mère, père, aîné, ami, professeur, médecin, avocat, prêtre, expert, juge, député, etc.

Et vous pensez, très naturellement, qu'il est là pour vous répondre. Et, chose curieuse, chose insensée, lui aussi, pense qu'il est là pour vous répondre ! Il sait. Il sait là où vous ne savez plus. Il sait au-delà d'où vous savez. Il vous dira pour-quoi c'est comme ça pour vous, et même plus, comment y remédier. Vous devez faire comme cela. Lui, il sait.

Eh bien, l'invention freudienne, c'est tout le contraire ! La voie ouverte par Freud, c'est ce monde-là, mais à l'envers ! Prenez la parole, prenez le risque de la parole, seul(e). Parlez avec vos propres mots, laissez résonner à vos oreilles vos propres signifiants, articulez-les en présence d'un(e) inconnu(e) qui se doit de se tenir au secret de ce que vous pourrez dire. Faites cette expérience, vous rencontrerez très vite que votre parole va vous mener quelque part, d'elle-même. Et ce ne sera pas en vain que vous aurez eu ce culot, ce courage. De quoi mon symptôme fait signe ? Moi seul le sais sans savoir que je le sais, mais ma parole, elle, si je ne la filtre, le sait. Je me dois de l'écouter. Autrui ne peut savoir pour moi. Encore moins à ma place. Il ne peut que seulement me permettre d'y accéder : à quoi ? À ce mien savoir. Cela s'appelle rencontrer un/son analyste, son bon entendeur.

Il est particulièrement difficile à une femme souffrant d'endométriose d'admettre qu'il lui faille consulter un psychanalyste. Très souvent elle le refuse, arguant « qu'il ne s'agit pas de cela », pour elle ! Ce qui vient d'être décrit plus haut, à l'instant, cette invite, ne lui convient généralement pas. Est-ce dû à cette anxiété très spécifique cernée par tous les auteurs, sans exception ? Ou tout particulièrement à ce profil psychologique différent repéré par A. Audebert ou J. Belaisch ? Abus sexuels, sentiments d'abandon et de dévalorisation, anxiété insurmontable... : tous ces éléments signalés par les médecins, généralistes, gynécologues ou chirurgiens et tous les observateurs se retrouvent très exactement être les mêmes dans la pratique du psychanalyste. Toutes nos patientes endométriosiques témoignent avoir subi un état dit de stress prolongé, généralement non parlé, au sein d'un groupe familial peu enclin à la parole — d'où le sentiment d'abandon dont parle J. Belaisch —, au cours de cette période, lequel est une conséquence de cette absence de parole.

Il faut mettre à part le cas des circonstances de la survenue des premières règles. Il n'y a pas eu, à proprement parler de violence sexuelle (génitale) perpétrée sur le corps de la fillette, mais une violence symbolique sexuelle lorsque personne — la mère au premier chef qui n'a mis aucune parole sur ce qui se passait pour sa fille — n'a accueilli la jeune fille en ce moment délicat et angoissant et que celle-ci a dû se débrouiller toute seule pour faire face anxieusement à son état. Dans ce cas, il y a eu aussi un psychotraumatisme, équivalent en intensité et en conséquence, aux traumatismes générés par les viols et l'inceste.

À chaque fois, à chaque cas, il appert donc qu'il y a eu traumatisme et, plus précisément, psychotraumatisme avéré tournant autour de la question du sexuel (pas du génital), mais au départ confondu avec celui-ci par la patiente). Si j'ai pu faire état plus haut des travaux du Pr Louis Crocq, c'est que le modèle, l'entité de la névrose traumatique, dénomination classique des psychiatres et des psychanalystes dans l'ère francophone ou, si l'on préfère, du *post-traumatic stress disorder* (PTSD) des Anglo-Saxons et de la classification internationale, semble paradigmatique en ce qui concerne les cas d'endométrioses que j'ai eus, jusqu'à présent, à connaître. Sur près d'une cinquantaine de cas en trente ans de pratique, aucun ne déroge à ce modèle.

Un certain nombre de femmes endométriosiques sont donc des patientes qui semblent avoir développé cette maladie, l'endométriose, à distance du traumatisme, le plus souvent de l'ordre de l'abus sexuel, qu'elles ont subi, parfois même dans la petite enfance, mais essentiellement d'une manière répétée (les viols et/ou l'inceste) et qui, surtout, s'est prolongée durant des mois et des années dans un sentiment d'incompréhension et d'abandon (le cas, par exemple, d'une patiente victime d'inceste dès l'âge de six ans jusqu'à l'âge de 16 ans sur un mode presque quotidien).

Toutefois l'endométriose ne semble pas un cas isolé dans la pratique du psychanalyste au cabinet et à l'hôpital. Nous avons l'expérience de retrouver avec une fréquence telle qu'elle fait suspecter un même mécanisme dans lequel l'inconscient se montre avoir une grande valeur participative, hormis les cancers, dans certaines maladies auto-immunes (tels, par exemple, le lupus érythémateux, ou la maladie de Crohn...) ou dans les maladies rhumatismales (telles, par exemple, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante...). Dans ces maladies les psychotraumatismes sexuels sont légions, et l'état de douleur et d'anxiété de la patiente permet de faire point d'appel au regard du médecin clinicien, qui adresse cette dernière au psychanalyste.

À chaque cas, là aussi, se retrouvent ces psychotraumatismes à distance, plus ou moins anciens, toujours actifs dans l'actuel, et qui semblent ne pas avoir bougé d'un pouce, comme enkystés, parce qu'ils n'ont pas été parlés ou n'ont pas trouvé leur bon entendeur, continuant ainsi leurs ravages auprès des patientes douloureuses, rajoutant, en cela, à leur souffrance qu'ils décuplent.

Une corrélation n'est pas une causalité, certes, mais devant l'insistance répétitive, à l'expérience, de la corrélation, il devient légitime de se poser la question, épidémiologique, conduisant à reconnaître que l'origine, la cause première de ces maladies, l'endométriose, le lupus, la maladie de Crohn, la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, mais encore un certain nombre non limitatif d'autres affections, pourrait bien être, sinon partiellement, ces violents (violants ?) psychotraumatismes. Ces ravages non parlés, non accueillis à ce moment de l'histoire du sujet féminin, font retour, et après s'être comme enkystés, s'incarnent littéralement, et flambent biologiquement dans des zones organiques du corps symboliquement investies, qui indiquent métaphoriquement, à qui veut

bien l'observer (le voir, pour le médecin, l'entendre, pour le psychanalyste), l'endroit, le lieu comme figé, gelé, du traumatisme originel et de la souffrance consécutive.

Ils autorisent, en outre, le développement considérable d'une foisonnante fantasmagorie de type hystérique. En effet, le fonctionnement est alors à reconnaître comme étant celui de l'hystérie, d'une hystérie traumatique dont les versants de rétention et de conversion ont été poussés jusqu'à l'incarnation dans la maladie somatique. Et l'on peut dès lors conclure, à juste titre, qu'une femme endométriosique est une femme qui souffre de réminiscences.

Cela signifierait alors que la maladie viendrait prendre ici la place et la fonction d'un moyen — moyen radical, moyen concret, matériel, enfin objectivable et ainsi décodable par la science et la médecine scientifique —, moyen d'expression, adresse à l'Autre jusque-là aveugle et sourd, pour cette cause, de se faire voir, entendre enfin. Mais à quel prix ?

Tout ce qui vient d'être dit ici, jusqu'à cette hypothèse, énoncée ici in fine, devra être soumis à encore plus d'expérience et d'étude de cas, avant de pouvoir se risquer à affirmer plus avant, ... ou infirmer, ce que nous venons d'avancer en ces Prolégomènes.

Ce que nous avons commencé à faire, grâce à l'accueil du Pr. C. Chapron, chef du service de gynécologie-obstétrique II et médecine de la procréation du Groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul (APHP), dans le cadre d'une consultation spécialisée destinée aux femmes endométriosiques.

Qu'il en soit, ici, très sincèrement remercié.

Références

- [1] Pommier G. In: Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse. Paris: Flammarion; 2004. p. 433.
- [2] de La Mettrie JO. L'Homme-machine. 1748.
- [3] Changeux JP. L'homme neuronal. Paris: Fayard; 1983.
- [4] Vincent J. Biologie des passions. Paris: Odile Jacob; 1999 [1986].
- [5] Leibniz GW. Nouveaux essais sur l'entendement humain, [1704], texte inséré dans La Monadologie. Paris: Delagrave; 1983.
- [6] Kant I. Critique de la faculté de juger (1790), Paris, Vrin. 1986 [IIe partie, p.193].
- [7] Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale [1865], IIe partie, chap. II, § 2. Paris: Delagrave; 1978.
- [8] Freud S. Abrégé de psychanalyse. Paris: PUF; 1998 [1923-1924].
- [9] Freud S. « Pulsions et destin des pulsions ». Abrégé de psychanalyse. Paris: PUF; 1998 [1923-1924].
- [10] Freud S. « Die Verneinung », La Dénégation [1925], trad. fr. P. Thèves et B. This. revue Le Coq Héron; 1982 (Erès).
- [11] Audebert A. La femme endométriosique est-elle différente? Gynecol Obstet Fertil 2005;33:239–46.
- [12] Belaisch J., L'endométriopse, (coordonné par J. Belaisch), Paris, Masson, Coll. Obstétrique Gynécologie, et spécialement le chapitre «Endométriopse génitale et traumatismes psychologiques. ».
- [13] Belaisch J. Endométriopse et Psychologie, sur le site web de l'association Endofrance, « Corps médical ». 2003 (9 p).
- [14] Belaisch J, Allart P. Endométriopse et vécu de l'adolescence. Gynecol Obstet Fertil 2006;34:242–7.
- [15] Laplanche J, Pontalis J-B. In: Vocabulaire de la psychanalyse, article Névrose traumatique. PUF; 1997. p. 286 [1967].
- [16] Crocq L. Les séquelles psycho-traumatiques de l'accident de la circulation ne datent pas d'hier! Revue Automobile Médicale 2006;22–4 [N° 463, Dossier Route et médecine, Assises nationales sur les accidents de la route].