




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



PRATIQUE PSYCHOLOGIQUE

# Hystérie et vieillissement : un contre-transfert négatif

Hysteria and aging: A negative counter-transference

C. De Conto<sup>a,\*,b</sup>

<sup>a</sup> Psychologue. Service de court séjour gériatrique 2, hôpital Nord, route de Chateaugay, 63118 Cébazat, France

<sup>b</sup> Psychologue. Centre médico-psychologique, CHU de Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

Disponible sur Internet le 27 janvier 2010

## MOTS CLÉS

Hystérie ;  
Vieillesse ;  
Personnalité ;  
Histoire ;  
Contre-transfert

## KEYWORDS

Hysteria;  
Aging;  
Personality;  
History;  
Counter-transference

**Résumé** L'«hystérie» comme la «névrose» sont des termes qui n'apparaissent plus dans les nosographies actuelles, mais restent fréquemment utilisés dans la pratique, traduisant ainsi une réalité de terrain, mais véhiculant également une image négative du patient, ce qui peut lui faire courir certains risques. Quelles peuvent être les manifestations cliniques de l'hystérie, notamment au grand âge? Quelles sont les représentations associées à ce type de patients? Quels en sont les fondements historiques et fantasmatiques? Comment penser les contre-transferts négatifs dont ils peuvent faire l'objet?

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** "Hysteria" as "neurosis" are terms that no longer appear in the current nosographies, but are frequently used in practice, reflecting a ground truth, but also convey a negative image of the patient, which can make him run some risks. What may be the clinical manifestations of hysteria, particularly in old age? What are the representations associated with such patients? What are the historical foundations and fantasy? How to think the negative counter-transference they may be?

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [cde.conto@chu-clermontferrand.fr](mailto:cde.conto@chu-clermontferrand.fr).

## La personnalité hystérique

Imaginez un individu :

- faisant montre de comportements parfois excessifs et donnant une impression de mise en scène ;
- multipliant des demandes, ressenties alors comme permanentes et inassouvissables, se posant en perpétuelle victime ;
- et, surtout, nous mettant fréquemment en échec. Ce qui est toujours difficile à tolérer... Cet individu ne risque-t-il pas d'être suspecté d'hystérie ?

Or, qui mieux que l'hystérique peut nous conduire à la polémique dans les équipes ? Et qui court davantage le risque d'être rejeté par son environnement, qu'il soit familial ou institutionnel ?

Mais malgré tout cela, dans notre cadre professionnel, le patient névrosé âgé est avant tout un « grand vieillard » qui nécessite, comme tout autre, soins et accompagnement.

« Hystérie » : un mot lourd de connotations, utilisé comme une insulte, pour manifester le rejet, l'épuisement ou l'exaspération envers une personne qui s'exprime de façon plus véhémement ou au comportement plus subversif, du moins à nos yeux. Ou simplement pour exprimer les doutes et le malaise soignant lorsqu'il y a un écart entre la plainte de l'individu et ce qui a été décelé, jusque-là, au niveau somatique.

Mais, au juste, qu'est-ce que l'hystérie ? On peut la penser en termes de décompensation névrotique, de personnalité particulière, une façon de métaboliser les manques affectifs, un style d'expression particulier...

## Comment se représenter la question de la personnalité ?

Imaginons, cette fois, un tableau abstrait, composé de lignes, de traits de différentes couleurs, chaque couleur représentant un trait de personnalité. Certains sont évidents, au premier plan, d'autres sont davantage pastels. À ce titre, le « tableau normal » ne saurait exister. Ce qui compte, c'est qu'il y ait un équilibre à l'intérieur du tableau, mais aussi que ce dernier puisse trouver sa place dans un cadre structurant, qui compense peut-être certaines de ses fragilités, dans un environnement qui lui convient et qui l'accepte. La structure de fond, une fois constituée, ne saurait changer radicalement durant notre existence. Mais le temps passe, fait son œuvre, nous oblige à affronter les difficultés. Avec le temps, le vernis se craquelle, altérant certaines couleurs pour en faire ressortir d'autres, qui deviennent plus évidentes avec le temps et la levée des barrières sociales. La personne avance en âge, doit composer avec la perception d'un corps qui change, une image du corps qui n'est plus la même. L'environnement lui aussi évolue, avec des changements, des deuils, créant un déséquilibre, un état de crise. Le cadre explose, le tableau s'en trouve déséquilibré, d'où la mise en évidence de traits, préexistants mais bien compensés jusque-là par un environnement équilibrant.

L'enjeu va donc être d'aider la personne à retrouver un équilibre personnel, mais aussi de l'aider à retrouver une place dans un cadre structurant, dans un environnement qui lui permette d'exister encore.

À ce titre, si l'hystérie est considérée par certains auteurs, dont Platon [1], comme une des premières causes de placement en institution derrière la démence, c'est autant la manifestation d'un épuisement que la prise en compte du besoin de l'individu à être entouré d'un environnement vers lequel s'exprimer, et exprimer ses plaintes...

## Des signes révélateurs

Rappelons que, selon Israël [2], les signes révélateurs de l'hystérie sont :

- le théâtralisme ;
- la séduction/l'érotisation ;
- la suggestibilité ;
- la perturbation des conduites sexuelles ;
- l'infantilisme ;
- la mythomanie.

Toujours est-il que cette population ne bénéficie pas d'une image très sympathique. Les termes qui sautent aux yeux dans la littérature [3,4] font partie d'un vocabulaire fort, venant dévoiler l'exaspération de l'auteur ainsi que son contre-transfert négatif, mais renvoyant en même temps au lecteur une image fort peu attrayante. À titre d'exemple, on y parle de :

- *égoïsme, égocentrisme, manque d'empathie*, à travers le discours centré sur soi-même d'un individu qui narre son histoire de façon à en être le personnage principal autant que la principale victime, renvoyant autrui à un rôle de simple figurant, même si, dans la réalité, ce figurant a la fonction essentielle de le/la faire exister à travers son regard ;
- *caprices de quelqu'un d'exigeant*, voire « exécrable », et surtout « impossible à satisfaire » : cet élément est au centre de la problématique de l'hystérique, venant témoigner de son incertitude permanente, de difficultés à choisir, c'est-à-dire à renoncer. Ce qui est en jeu est l'angoisse de castration, liée à toute perte, et réactivée par le travail de vieillir, avec la sensation de pertes récurrentes et des demandes réitérées de réparation d'un corps perçu comme défaillant, notamment avec l'avance en âge ou de demandes effrénées et multiples envers l'environnement, qui n'a parfois plus que la fuite comme solution ;
- *mensonge, vantardise, mythomanie* : il s'agit avant tout de séduire, comme un artiste sur la scène, cherchant à attirer la lumière et les regards, posant alors à l'autre la question de sa propre valeur, mais aussi de son identité sexuée : « qu'est-ce qu'être un homme ? qu'est-ce qu'être une femme ? que faut-il faire pour rester au centre de l'attention ? Qui veux-tu que je sois pour rester au centre de tes pensées ? », quitte parfois à se faire détester... ou à souffrir à la passion ;
- c'est aussi un individu qui apparaît autant *manipulateur qu'influenable*, à l'origine parfois de conflits à l'intérieur de la cellule familiale, mais en cela même restant au centre de la famille...
- c'est aussi quelqu'un de très *dépendant affectivement*, jusqu'à la voracité affective parfois, et, en cela même, révélant sa *fragilité*.

## L'évolution du concept d'hystérie et les contre-transferts négatifs

Ce terme, tout comme celui de « névrose », a été effacé des classifications modernes, tels le DSM-IV ou la CIM-10. Plusieurs raisons à cela :

- tout d'abord, « c'est un caméléon qui varie sans fin ses couleurs » (Sydenham) [5] : sont décrits aussi bien des douleurs, des paralysies inexpliquées, des fatigues et autres vertiges, des épisodes de cécités, de convulsions, etc., de plus, ces manifestations évoluent selon les époques, le contexte, les cultures, ce qui les rend d'autant plus difficiles à classer. L'hystérie semble échapper à toute tentative de classification s'appuyant sur des symptômes objectifs ;
- ensuite, notons encore une fois la connotation injurieuse de ce mot. La simple suspicion d'« hystérie » comme de « névrose » risque en effet de stigmatiser l'individu, de jeter le discrédit sur sa parole et encore plus sur sa plainte, qui peut ne pas être entendue ; aussi est-il effectivement important de se méfier de l'utilisation de ce terme auprès des équipes soignantes, qui font rimer bien vite « hystérie » avec « comédie », alors même que le ressenti douloureux est bien réel, n'est en tout cas ni calculé ni volontaire. L'hystérique n'est pas un simulateur mais ne sait plus exister en dehors de sa plainte.

L'Ordre des médecins [6] a par ailleurs rappelé, en 1998, les règles qui prévalent dans la rédaction des courriers médicaux : « Il convient donc au médecin d'écrire, avec délicatesse et précision, les éléments indispensables à son correspondant, tout en évitant de heurter la sensibilité et de détruire l'espérance du patient ».

Le descriptif des symptômes et les périphrases se chargeant de souffler au correspondant le diagnostic qui s'impose.

Enfin, la connotation sexuelle du terme, et ce depuis son observation par les savants de l'Antiquité. Faisons un détour historique pour remonter aux sources des fantasmes que cette pathologie a fait naître, et tout au long d'une histoire où l'on a sans cesse oscillé entre fascination et rejet [7].

C'est en Égypte que fut retrouvé le premier manuel de médecine de l'Histoire, datant d'environ 1900 ans avant Jésus-Christ. L'hystérie y est décrite comme une pathologie uniquement féminine, car imputable au seul utérus, représenté comme un animal constamment affamé et qu'il fallait donc fréquemment « nourrir » pour le faire rester à sa place naturelle. Dans le cas contraire, en tant qu'organe itinérant, il risquait de partir à l'aventure dans le corps féminin, déclenchant ainsi des troubles des connections nerveuses à l'origine des épisodes de suffocation ou de convulsions décrites à l'époque.

Le Grec Hippocrate reprit l'essentiel de ces représentations, tout en baptisant la pathologie du nom de l'organe qui en était à l'origine (*hystera* = utérus). Le type de traitement est le même, à savoir marier les

vierges et remarier les veuves, afin que l'organe soit encouragé à rester à sa place... D'autres pratiques, comme les fumigations d'odeurs putrides ou l'ingestion de produits nauséabonds, associés à la pénétration d'odeurs suaves par le vagin, s'apparentent parfois plus à de la torture (mais encore recommandé dans un *Manuel de Pharmacologie* publié en 1918 à Philadelphie).

Si les médecins d'aujourd'hui prononcent le Serment d'Hippocrate, c'est le sceptre d'Asclépios (ou Esculape, dieu de la médecine) qui est leur symbole. D'un côté, la méthode et le langage technique ; de l'autre, les croyances et les fantasmes.

Les médecins grecs étaient capables de déterminer les patients qu'ils pouvaient aider à guérir et les autres... Et parmi ces autres figurent les cas de psychiatrie chroniques, comme l'hystérie, pour laquelle il fallait un autre type de médecine, basé sur les fantasmes et l'imaginaire.

Apparurent alors les temples d'Asclépios, notamment à Épidaure, assidûment fréquentés par les névrosés de l'époque. Le culte — et la thérapie — consistait pour l'essentiel à faire s'allonger le patient dans une pièce fraîche du temple, sur le divan qui en constituait le seul meuble. Le malade devait donc s'allonger, dormir... et rêver. Asclépios devait lui apparaître alors, appuyé sur un grand bâton servant à écarter les serpents, consultait l'individu qui se réveillait inmanquablement guéri de ses troubles. Chaque symptôme, chaque rêve, chaque intervention du dieu et chaque don de remerciement étaient alors consignés dans le détail. Si les symptômes revenaient, c'est que le don n'était pas assez élevé.

« L'Hystérie—le Rêve—le Divan » [8] et la parole : les symboles de la psychanalyse freudienne sont d'ores et déjà réunis.

Bien plus tard, au Moyen Âge, les expressions de l'hystérie prirent davantage l'allure d'une ferveur mystique exacerbée, avec des moments d'extase, des visions divines et une présentation très érotisée. Or, avec l'avènement du monothéisme et saint Augustin, la pureté est la vertu première, la continence sexuelle une qualité fondamentale. L'horreur du plaisir, assimilé au péché, à la faute originelle, est assimilée à l'horreur de la femme, fondamentalement pécheresse et tentatrice, et donc pendant longtemps privée d'une âme. Dans ce contexte, l'hystérique fascine encore, mais il convient de la condamner. L'Inquisition s'en charge, assimilant les expressions érotisées de la crise en jouissance et donc en preuves de possession par le Démon. Ces femmes nommées « sorcières », des foules entières, fascinées et horrifiées, venaient les voir brûler vives en place publique. Le rejet trouve sa force dans le trouble qui a été suscité.

Si les conceptions ont évolué au cours des siècles, l'image la plus célèbre de l'hystérie féminine reste celle de Charcot tenant dans ses bras, pâmée, une de ses patientes, dont les « grandes crises » se reproduisaient « à la demande », dès qu'elle était

présentée à un parterre d'étudiants, tous masculins. Elle répondait au désir du Maître et se faisait l'objet du désir de la médecine. À cette époque, on retrouve encore cette oscillation entre, d'une part, le rejet, avec Babinski qui assimile l'hystérie à la simulation, et, d'autre part, la fascination, avec Freud qui, fasciné au point d'en faire dévier sa trajectoire professionnelle, crée la psychanalyse et construit les théories de la sexualité.

Mais aujourd'hui encore, dans l'esprit de tout un chacun, l'« hystérique » est toujours représenté sous les traits d'une belle femme, peu intelligente, au comportement explosif mais peu adapté, alors même que ce type de personne peut être :

- une femme comme un homme (cette hypothèse a été d'ailleurs évoquée dès l'Antiquité gréco-romaine, avec Arétée de Cappadoce, pour être aussitôt rejetée dans l'oubli) ;
- quelqu'un de jeune comme quelqu'un d'âge ;
- quelqu'un de brillant intellectuellement ou non ;
- quelqu'un qui cherche à séduire par l'attraction, comme quelqu'un qui attire l'attention par la répulsion, l'irritation ou l'exaspération (comme le fait de montrer ses plaies ou toute dégradation physique en public, à des moments inappropriés, et bien sûr en dehors de toute altération démentielle). Tout sauf de l'indifférence.

Quant au DSM-IV, il divise comportement et symptomatologie :

- l'histrionisme, qualifiant un type de comportement « théâtral » ; mais étymologiquement, l'histrion est un mauvais acteur, un bouffon, chargé de jouer des farces de deuxième zone ; il suscite au mieux le rire, au pire le mépris et ne saurait donc être pris au sérieux ;
- les troubles somatoformes, concernant les troubles somatiques pour lesquels on ne retrouve pas de cause somatique objective ; notons que les études sur les troubles somatoformes excluent les plus de 65 ans en raison de la plus grande fréquence chez eux de pathologies organiques chroniques, d'où les difficultés à faire la part des choses dans le très grand âge.

Mais ces deux éléments, comportement et symptomatologie somatique, peuvent exister de manière séparée.

## Manifestations cliniques et grand âge

On note, en particulier, plusieurs manifestations.

### Une demande qui passe par des plaintes somatiques

...et à ce titre peut être confondue avec l'hypocondrie [9].

Pour Freud, l'hystérie fait partie de la famille des névroses ; le phénomène de la conversion serait le retour sur le corps propre d'une pulsion sexuelle refoulée, par le biais de sensations bizarres ou douloureuses. On a donc affaire à quelqu'un qui souffre authentiquement dans son corps, demande de l'aide pour être soulagé au niveau médical,

présente donc au corps soignant un corps à soigner, mais qui dans le même temps semble avoir besoin de son symptôme comme moyen d'entrer en relation avec autrui. La personne existe alors à travers ce symptôme, qui fonctionne comme un langage, mais finit aussi par fonder son identité propre. Le discours s'appauvrit parfois, jusqu'à se limiter à la litanie des sensations corporelles de l'individu.

Selon Israël [2], l'hystérie au grand âge peut prendre l'allure d'une plainte hypocondriaque ; le risque étant alors un appauvrissement du discours qui ne concerne plus que la plainte. C'est ce qu'il nomme « névrose dépassée », où le champ fantasmatique semble réduit à néant.

### Une « facticité involontaire de l'expression »

Mais, dans sa plainte, la personne est également pénalisée par une « facticité involontaire de l'expression » [10], oscillant entre :

- la dramatisation dans la manière de narrer de façon romanesque les menus événements du quotidien comme dans la grande démonstrativité des symptômes ; chacun repère alors vite l'écart entre ce qui est exprimé et la réalité objective qui y est rattachée (l'hystérique ressent peu mais exprime beaucoup), ce qui donne une impression involontaire de mise en scène d'où une difficulté à prendre la personne et sa plainte au sérieux. Face à une vieille personne chez qui le symptôme est fixé, chez qui les plaintes et la multiplicité des demandes durent depuis des années, et qui a développé un fonctionnement familial basé en partie sur une certaine forme de chantage affectif, l'entourage peut en arriver à rejeter par épuisement, et à ne plus tenir compte du ronronnement de la plainte. Or, c'est une vieille personne dont la fragilité somatique est bien réelle, et il est donc possible de méconnaître la présence d'une pathologie somatique objective. D'où une forte culpabilité de l'entourage dans l'après-coup ;
- la belle indifférence, avec encore un écart entre l'indifférence affichée, le ton détaché et désaffectif et la réalité authentiquement pénible dont il s'agit. Au vu des circonstances, la personne ne peut qu'être reconnue dans son statut de victime ou de malade, et étonne en paraissant n'en faire aucun cas.

*Exemple : Mme S., 78 ans, fut hospitalisée en service de médecine, court puis moyen séjour, pour chutes à répétition inexpliquées, toujours sur le seuil de sa maison, où on ne peut distinguer aucun obstacle apparent. Ces chutes occasionnèrent une fracture de l'odontoïde, d'où port d'une minerve rigide pendant plusieurs semaines, et ce, en pleine canicule estivale. Cette femme sidéra son entourage, et suscita son admiration, par le stoïcisme dont elle fit preuve durant cette période difficile, ce qui n'était pas dans ses habitudes. Son sourire lumineux et son regard serein furent alors ses signes particuliers. Jamais une plainte, jamais une impatience. Pourtant, il était impossible de nier la réalité pénible qu'elle traversait, ni sa minerve, si visible sur les vêtements. . .*

*Tout se passe comme si elle se montrait fière de l'arborer, comme si elle se vivait soulagée d'être installée dans un statut de réelle « patiente », ce qui lui confère une identité, une place. Sa seule interrogation*

*d'alors était de comprendre pourquoi ses chutes se produisaient toujours devant son habitation, obligeant alors son mari à venir la « ramasser sur le trottoir »...*

*Cette attitude vola en éclat lorsqu'une date de sortie fut proposée. Le même jour apparurent des vertiges en public, les troubles de la marche (jamais constatés auparavant dans le service ni au domicile) mais aussi des moments de confusion, la présence de troubles de la mémoire aussi atypiques et soudains que fluctuants, des comportements aberrants. Symptômes qui rappelaient ceux des nombreux patients désorientés qu'elle avait côtoyés dans le service.*

*Dans ce cadre, et avec ce type de patient, le risque d'une surmédicalisation est patent, risquant ainsi la fixation des symptômes et l'affirmation de l'identité de « malade ».*

## Les perturbations des conduites sexuelles

Comme nous l'avons vu précédemment, les perturbations des conduites sexuelles sont un des signes de l'hystérie (chez l'adulte jeune, on évoque des attitudes de donjuanisme contrastant avec l'impuissance ou la frigidité). Or, chez la personne âgée, les représentations sociales considèrent comme « normales » l'absence apparente de désir sexuel. Une vieille personne qui cherche à plaire, peut-être maladroitement, peut alors facilement être taxée d'hystérie alors qu'elle ne cherche qu'à s'imposer comme être sexué. Chez la personne névrosée, cette quête est différente. Le mode de relation à l'autre est également sous-tendu par une certaine érotisation, dans le discours comme dans le comportement, avec des attitudes de rivalité avec les personnes de même sexe, et de séduction avec le sexe opposé ou toute personne qui semble détenir un pouvoir. La dimension érotique transparaît clairement dans le discours de l'individu, ne serait-ce que dans la manière de narrer un rendez-vous médical comme une véritable rencontre amoureuse.

## Demander, exiger... pour ensuite mettre en échec

« L'hystérique cherche à rendre l'autre impuissant et interdicteur », nous dit Nasio [11].

Susciter l'interrogation, les désirs parfois, l'exaspération souvent, la colère, mais ne jamais laisser indifférent.

Avec, dans un premier temps, un grand espoir affiché envers le nouveau médecin ou le nouveau soignant (« enfin, je vous ai rencontré, vous n'êtes pas comme les autres, vous allez me sauver... J'ai confiance ») et, dans un deuxième temps, de la déception. Jamais satisfaite et toujours en quête, la personne semble dire : « montre-moi ton pouvoir que je le tienne en échec ».

Aussi est-il important de ne pas promettre monts et merveilles, mais au contraire de mettre en avant ses propres limites comme celles de l'institution. Car si l'on observe des améliorations spectaculaires de l'état du patient dès son entrée en lieu de soins, et ce sans changement de traitement, on a vite le sentiment que « quand ça va trop bien, ça l'angoisse » [12], et un symptôme ne tarde pas à surgir ou à ressurgir, dont la fonction est de calmer cette

angoisse. D'où un sentiment d'échec de la part du milieu médical.

De la part du patient, cette mise en échec involontaire peut prendre notamment la forme :

- d'effets secondaires spectaculaires et rarissimes, difficiles à évaluer ;
- de prise fantaisiste de traitement (comme une succession d'actes manqués), d'où leur inefficacité ;
- de vagabondage médical, avec consultation de professionnels divers et variés (médecins, acupuncteurs, homéopathes, psychothérapeutes, kinésithérapeutes...) qui, ignorant la concomitance des suivis, risquent d'entrer en contradiction.

Avec le temps et la déception face à ces professionnels qui ne peuvent la débarrasser d'un symptôme dont elle a besoin, l'attitude première d'espoir et de séduction cède pour laisser place au mécontentement, aux exigences, à la revendication, au sentiment d'être floué dans les grands espoirs qui étaient placés dans les soins, tout cela étant exprimé par le sujet ou par son entourage.

Mais la mise en échec peut aussi plus simplement s'exprimer dans ces consultations où la personne affirme d'emblée « je me demande pourquoi je suis venue, vous ne pouvez rien pour moi ». L'entretien se poursuit pourtant, sans avancée perceptible, et la personne reprendra peut-être rendez-vous, peut-être simplement pour avoir rendez-vous... avec vous, être sûre que quelqu'un l'attend, pense à elle, s'interroge peut-être... bref se sentir exister dans le regard d'un autre.

## Manifestations anxio-dépressives

Toujours en quête et souvent déçus, ces patients présentent régulièrement des manifestations anxio-dépressives non négligeables.

Et ce, d'autant plus que le risque dépressif existe bel et bien : si les tentatives de suicide sont spectaculaires et ne mettent en général pas en danger la vie du sujet, 5% des patients hystériques meurent par suicide. Décès par erreur ou réelle volonté d'en finir ? Selon Pellerin et al. [13], « la souffrance dépressive peut altérer l'éclat des symptômes. Elle doit être évoquée devant une tristesse excessive avec un retrait des investissements habituels et un certain degré de ralentissement. Une anxiété intense est souvent associée ». Il ajoute que ce tableau peut prendre la forme d'un état régressif marqué avec prostration, dénutrition, déshydratation, escarres...

En outre, on peut également observer la survenue d'un syndrome déficitaire « pouvant donner un sentiment contradictoire de préservation des capacités cognitives contrastant avec des déficits apparemment localisés » [13], mais face auquel il est capital – mais pas toujours simple – de faire la différence avec un réel syndrome démentiel surajouté. Le tableau allie des plaintes mnésiques récurrentes contrastant avec le maintien apparent des capacités et les bons résultats aux examens neuropsychologiques, le patient se mettant dans le même temps en situation de totale dépendance envers son entourage, pour tous les actes du quotidien, se mettant certes au centre de l'attention familiale, mais faisant ainsi la démonstration de son incapacité à rester seul(e).

Enfin, la décompensation au grand âge peut intervenir, avec délires interprétatifs, hallucinations aux thématiques parfois crues.

## Conclusion

La prise en soins est une affaire d'équipe. Dans ce cadre, il est capital de savoir reconnaître ses affects mais aussi d'avoir des temps pour pouvoir partager en équipe ses ressentis, ses sentiments d'échec parfois. L'objectif est de construire ensemble un savoir autour de la personne, de ses comportements, de son histoire de vie, de sa façon d'être au monde, afin de pouvoir trouver des clefs qui nous aident à comprendre la situation et à prendre le recul affectif nécessaire pour éviter de se laisser submerger par le contre-transfert.

Dans ce même objectif, il est souvent précieux de pouvoir faire appel à une équipe ou à un professionnel extérieur à la structure, afin qu'il puisse donner un avis sur la personne dont il est question, en ne subissant pas le prisme de son histoire ou de sa personnalité de base. Il ne voit alors plus que la vieille personne et aide à reprendre les éléments avec un regard nouveau.

«L'hystérique pourrait ainsi nous questionner de la manière suivante : comment penser son trouble dont la tonalité est éminemment affective sans pour autant y être submergé par nos propres affects?» [13].

## Conflit d'intérêt

Aucun.

## Références

- [1] Ploton L, Gaucher J, Ribes G, et al. La pathologie hystérique. *NPG* 2003;3:28–32.
- [2] Israël L. L'hystérique le sexe et le médecin. Paris: Editions Masson; 2001. p. 1976.
- [3] Debray Q, Granger B, Azais F. Psychopathologie de l'adulte. 3<sup>e</sup> édition Paris: Editions Masson; 2005.
- [4] Ferrey GG, Le Goues G. Psychopathologie du sujet âgé. Paris: Editions Masson; 2000.
- [5] Bercherie P. Les fondements de la clinique, 2- Genèse des concepts freudiens. Paris: L'Harmattan; 2004.
- [6] Mercat JF. Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des médecins lors de la session du 30 janvier 1998.
- [7] Trillat E. Promenade à travers l'histoire de l'hystérie. Histoire, économie et société (Armand Colin, éditeur) ; Santé, médecine et politiques de santé, 1984; 3(4): 525–34.
- [8] Chauvelot D. L'hystérique vous salue bien. Sexe et violence dans l'inconscient. Paris: Édition DeNoël; 1995.
- [9] Ploton L. À propos de la demande hypocondriaque du sujet âgé. In: Personne M, editor. *Accompagner la maladie d'Alzheimer*. Lyon: Chronique Sociale; 2006. p. 43–63.
- [10] Ploton L, Hazif-Thomas C, Thomas J, Thomas P. L'hystérie du sujet âgé. *Rev Fr Geriatr Gerontol* 2009;XVI(152): 128–36.
- [11] Nasio JD. L'hystérique ou l'enfant magnifique de la psychanalyse. Collection. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1995.
- [12] Dibié-Racoupeau F, Chavane V, Clément JP, Vignat JP, Fabre L. La pathologie conversive chez la personne âgée. *Psychol Neuropsychiatr Vieillesse* 2007;5(4):295–303.
- [13] Pellerin J, Pinquier C, Potart C. Hystérie et vieillissement. *Psychol Neuropsychiatr Vieillesse* 2003;1(2): 89–97.