

ETUDE COMPARATIVE ENTRE PATIENTS
ATTEINTS DE PELADE DECALVANTE TOTALE
ET PATIENTS ATTEINTS D ALOPECIE ANDROGENETIQUE

CETTE ETUDE A ETE REALISEE

à la consultation du Docteur Danièle POMEY-REY,

HOPITAL SAINT-LOUIS,

Service du Professeur DUBERTRET

Coordinatrice : Françoise JOAKIMIDES

Avec la collaboration de: Marie José LANDOUZY et Suzanne WORINGER, assistantes de consultation du Docteur Danièle POMEY-REY, Claire AMAOUA, Marine A YME-WAUTHIER, Marie-Neige MASSEBOEUF et Marthe de ROHAN CHABOT, psychologues cliniciennes.

Avril 2004

PLAN

I METHODOLOGIE

II DONNEES STATISTIQUES

III CONSTELLATION FAMILIALE : FAMILLE DU PDT, FAMILLE DE L' AAG; PERE; MERE.

IV PORTRAIT DE L'ENFANT FUTUR PELADIQUE OU FUTUR AAG.

V CIRCONSTANCES DECLENCHANTES : SYMPTÔMES ASSOCIES

VI LA DEPRESSION

VII SIGNIFICATION SYMBOLIQUE DE LA PELADE ET DE L'AAG

CONCLUSION

ANNEXE: TABLEAU COMPARATIF SYNTHETIQUE

1 METHODOLOGIE

La recherche porte sur 84 cas de patients atteints :

de pelade décalvante totale P D T (46 cas: 7 hommes, 39 femmes),
d'alopécie androgénétique A AG (38 femmes).

Ils ont été suivis à l'Hôpital Saint Louis dans le service du Professeur DUBERTRET, entre novembre 1996 et janvier 2004.

Le matériel réuni pour cette étude provient de trois sources :

- 1) La première consultation menée par le Docteur POMEY REY à l'Hôpital Saint Louis, au cours de laquelle sont recueillies les plaintes du patient, les données médicales, et les premiers éléments d'anamnèse.
- 2) Le bilan psychologique réalisé à la suite de cette consultation par une des psychologues de l'équipe.

Ce bilan comporte une étude de l'écriture et trois tests projectifs (Szondi, test de l'arbre et Rorschach).

L'ensemble des données recueillies au cours de ce bilan permet, au delà du discours manifeste du patient et de ses plaintes conscientes, d'explorer en profondeur la personnalité, sous ses multiples facettes : la façon dont il se situe dans son environnement, la nature de ses capacités adaptatives, ses assises identitaires, la qualité des images parentales, ses identifications sexuelles, sa dynamique affective, la nature des conflits qui l'habitent et les défenses mises en œuvre pour les gérer.. ..

- 3) Le suivi de ces patients qui ont accepté la *double prise en charge* proposée par le Docteur POMEY-REY, à savoir:

Une psychothérapie d'inspiration psychanalytique (PIP) menée par un ou une psychothérapeute formé à l'analyse, au rythme d'une séance par semaine, en face à face,

des consultations dermatologiques périodiques (tous les trois à six mois) qui permettent au Docteur POMEY-REY de suivre l'évolution des symptômes.

La psychothérapie analytique permet d'approfondir l'anamnèse, d'accueillir semaine après semaine la souffrance des patients et d'analyser leurs conflits ; elle apporte des éléments fondamentaux pour la compréhension des processus psychiques qui entrent en jeu dans les chutes de cheveux (AAG ou PDT). Les données recueillies au cours des séances viendront donc, tout au long de notre étude, éclairer et préciser les résultats statistiques.

II DONNEES STATISTIQUES

1) AGES DE LA PREMIERE CONSULTATION

Sur les 84 cas étudiés, ils sont comparables dans les deux cas:	PDT	AAG
- moins de 25 ans	9%	12%
- entre 26 et 45 ans	65%	70%
- entre 46 et 65 ans	20%	13%
- plus de 65 ans	6%	0

2) DONNEES CONCERNANT LA FAMILLE DES PATIENTES

a) **Niveau socio-professionnel des parents** : dans l'un et l'autre cas, nous trouvons en première position (environ 40 %) des ouvriers, artisans, employés ...

En second lieu des commerçants, techniciens, petits entrepreneurs (environ 30 %) ; 20 % sont cadres moyens ou fonctionnaires ; 8 à 10 % sont cadres supérieurs ou hauts fonctionnaires.

b) **Situation familiale des parents** : on trouve davantage de familles "traditionnelles" (couple parental marié) chez les peladiques - 75 % - que chez les AAG où elles ne sont que 57 % alors que 28 % sont des familles "éclatées").

Chez les uns comme chez les autres, les familles monoparentales sont peu nombreuses (moins de 10 %).

c) **Origine étrangère des parents** : on note que les patientes AAG sont largement issues de parents d'origine étrangère (70 %) alors que les peladiques ne le sont que dans la proportion de 35 %.

3) DONNEES CONCERNANT LES PATIENTS EUX-MEMES.

- a) **Niveau socio-culturel** : peladiques et AAG ont sensiblement le même profil: environ 45 % d'entre eux sont commerçants, techniciens, petits entrepreneurs; un peu moins de 30 % sont ouvriers, employés, artisans ... 20 % sont cadres supérieurs ou hauts fonctionnaires ; 8 % sont encore étudiants.
- b) **situation familiale des patients** : les peladiques vivent majoritairement en couple (53%) comme, du reste, leurs parents.

Les AAG ne vivent que pour 20 % en couple ; elles semblent moins portées à vivre un engagement affectif: 48 % sont célibataires, 22 % sont séparées ou divorcées.

4) DONNEES CONCERNANT L'AGE D' APPARITION DES TROUBLES.

La plupart du temps, des plaques de pelade ont précédé la PDT qui entraîne la chute totale des cheveux, sourcils, cils et système pileux; celle-ci survient dans un cas sur deux entre 25 et 50 ans, ce qui recoupe la tranche d'âge dans laquelle la majorité des patients consultent.

Les premières plaques peuvent apparaître très tôt et disparaître par la suite ; elles surviennent dans 65 % des cas entre 7 et 10 ans (fin de la période de latence) ou à l'adolescence (12-16 ans) ; après l'adolescence, on ne peut trouver de périodes de survenue significatives pour les plaques de pelade.

Par contre, il est plus difficile de dater le début d'une AAG, la chute étant diffuse et progressive. Néanmoins, dans 50 % des cas, les patientes ont souffert de pertes de cheveux significatives dès l'adolescence.

5) DONNEES CONCERNANT LA DOUBLE PRISE EN CHARGE. (repousse chez les peladiques, arrêt de la chute chez les AAG)

Chez les peladiques, 5 patients seulement (soit 11 % de l'échantillon) ont refusé la double prise en charge.

Parmi les 41 patients (soit 89 % de l'échantillon) ayant accepté la double prise en charge, 9 (soit 22 %) ont interrompu leur prise en charge dans les six mois; les 32 patients restants (soit 78 %) ont été suivis pendant au moins deux ans ou sont actuellement toujours suivis.

Parmi les 32 patients ayant bénéficié (ou bénéficiant encore) d'un suivi de longue durée:
14 n'ont à ce jour aucun résultat,

13 ont eu des repousses partielles ou sont en cours de repousse, 6 ont eu une repousse totale.

Les AAG, elles, semblent moins motivées par la double prise en charge: 60 % seulement l'acceptent; nous verrons plus loin qu'elles mettent en place, dans leurs comportements, un système de défenses qui explique peut-être cette réticence.

Parmi celles qui ont accepté de suivre une PIF, certaines commencent mais interrompent rapidement, le plus souvent brutalement.

Parmi celles qui poursuivent leur thérapie (environ 30 %), l'arrêt de la chute des cheveux intervient au bout de 18 mois environ chez 20 % d'entre elles.

Très récemment, le test de la macrophoto sur cheveux rasés montre une repousse appréciable à trois mois puis à six mois: jusqu'à 20 % de repousse dans le meilleur cas.

II CONSTELLATION FAMILIALE: LA FAMILLE DU PELADIQUE, LA FAMILLE DE L' AAG, LE PERE, LA MERE.

1) La famille du peladique.

La structure familiale dans 75 % des cas est traditionnelle. C'est une famille où les deux parents sont présents et qui compte plusieurs enfants (en moyenne de deux à trois enfants). Il y a peu de divorces, de familles éclatées avec remariages, ou de familles monoparentales. Il n'y a pas de situation de véritable précarité économique ou de chômage; la profession du père est stable. La mère exerce le plus souvent un métier, parfois avec le père (commerçant, agriculteur) et plus rarement reste au foyer.

L'assise économique de la famille, même lorsque les ressources sont modestes, semble donc assurer une insertion sociale suffisante pour n'être pas à l'origine de déséquilibres majeurs. Pourtant, les patients font souvent état d'un climat familial de malaise et d'insécurité; l'adaptation des parents au milieu, à l'entourage, est, pour diverses raisons, demeurée précaire

Il y a peu d'ouverture sur l'extérieur; le climat familial est anxiogène.

Ce climat de contrainte, décrit par de très nombreux peladiques, a pour conséquence d'appauvrir les relations avec l'extérieur et de donner d'autant plus d'intensité aux liens familiaux; les rapports avec les parents vont être au centre de la problématique du futur peladique.

Le père: lorsqu'un jugement est porté sur lui, il est le plus souvent négatif (3 jugements positifs sur 46). Le vécu avec le père a été source de souffrance et d'incompréhension, marqué par une absence d'échanges qui peut aller jusqu'au mutisme.

Le père incarne l'autorité dans la famille; il la revendique, mais cette image a pour but de conforter son propre narcissisme et non de lui permettre d'assumer une fonction paternelle structurante pour l'enfant. La place de l'autorité du père, loin de garantir la sécurité de l'enfant, est vécue comme potentiellement persécutrice et désorganisatrice.

La mère : la mère ou son substitut est massivement investie ; l'enfant futur peladique est un enfant fragilisé qui ne va trouver de sécurité qu'auprès d'une personne maternante ; c'est un lien de dépendance très archaïque où la pulsion originelle d'agrippement n'a pas pu être réglée ; l'enfant fantasme qu'il a une peau commune avec sa mère; le lien avec sa mère repose sur un double fantasme: celui du collage peau à peau et celui du double identique ("clone").

La mère du peladique semble avoir besoin elle-même de faire durer ce lien, légitime dans la toute petite enfance mais menaçant pour l'autonomie de l'enfant s'il se prolonge.

2) La famille de L'AAG

Elle est bien différente et fonctionne selon des modalités plus évoluées. Le père et la mère ont, pour l'enfant, des images distinctes et la triangulation est acquise. La plupart des patientes souffrant d'AAG semble avoir atteint le stade normal d'organisation œdipienne; la parole n'est pas forclosée comme dans le couple des parents du futur peladique mais il y a une distribution des rôles dans la famille qui fait du père l'élément plutôt passif et **attribue à la mère le rôle actif.**

Le Père: il y a peu de commentaires défavorables le concernant; il a une image tantôt positive (il est tolérant, affectueux et même tendre), tantôt neutre ; il ne punit pas, est bienveillant, parfois indifférent ; il est peu présent pour ne pas dire absent de la vie de l'enfant; même quand il est présent, il ne semble pas avoir joué un rôle structurant notable dans l'organisation psychique de sa fille.

La mère : Dans l'ensemble, les rapports entre la femme AAG et sa mère sont décrits comme difficiles et conflictuels ; la mère est considérée parfois comme hyperprotectrice mais surtout comme "interdictrice", voire "toxique".

L'expression spontanée d'états émotionnels peut aussi être interdite par la mère au nom des normes sociales et de la bonne éducation: la jalousie (vis-à-vis des frères et sœurs, par exemple), la colère, la révolte, l'agressivité mais aussi le chagrin ou l'exubérance joyeuse peuvent être sévèrement réprimés.

Tous ces interdits renvoient à des censures sévères que la mère s'impose à elle-même; il y a souvent chez elle une hyperactivité épuisante ou encore un perfectionnisme angoissé qui pèse sur la famille.

IV PORTRAIT DE L ENFANT FUTUR PELADIQUE OU FUTUR AAG.

Les patients peladiques, quand ils évoquent leur enfance, se décrivent comme des enfants craintifs, inquiets dès qu'ils s'éloignent de leur famille ; ils vivent en état d'alerte, redoutant les menaces, réelles ou imaginaires, qui peuvent surgir de leur environnement. Pour eux, "les autres" sont potentiellement dangereux; la carence narcissique est massive: ils n'ont pas de valeur, ils ne comptent pas.

Le futur peladique est également fragile sur le plan physique : un pourcentage important de nos patients ont souffert dès leur enfance de troubles physiologiques récurrents et durables (voir le chapitre "symptômes associés").

La future AAG est bien différente ; très tôt, les interdits de sa mère et ses angoisses inconscientes entament le bien-être corporel du bébé (le fameux "narcissisme primaire" c'est-à-dire l'état du nourrisson baignant dans la sécurité que lui prodigue un environnement naturel aimant).

On peut penser que, dès la petite enfance, elle est exposée à une série de multiples traumatismes cumulatifs causés par un excès de contrôle de la part de la mère et par ses angoisses. La future AAG développe très tôt d'importants troubles caractériels en particulier des sentiments ambivalents à l'égard de sa mère : tout en cherchant à se faire aimer d'elle, elle est en lutte ouverte contre elle.

V CIRCONSTANCES DECLENCHANTES et SYMPTOMES ASSOCIES

CIRCONSTANCES DECLENCHANTES

Chez les peladiques : la plupart du temps des plaques de pelade sont apparues avant la PDT qui survient dans 50 % des cas, rappelons-le, entre 25 et 50 ans (ce qui recoupe la tranche d'âge dans laquelle la plupart des patients consultent).

Ces plaques de pelade surviennent, dans 65 % des cas, avant ou pendant l'adolescence.

Dans ces cas de PDT, un traumatisme est généralement mis en avant , les plus fréquemment décrits sont les suivants:

Perte ou éloignement d'un proche très investi: décès d'un parent, parfois d'un animal, mariage d'un enfant, divorce, séparation ...

Atteintes corporelles: interventions chirurgicales, IVG, maladies, vécu d'agression ...

Rupture dans les conditions de vie: déménagement, expatriation ...

Changement de l'environnement familial ou professionnel: naissance d'un puîné, divorce des parents, retour d'un parent longtemps absent, entrée dans la vie active ou passage à la retraite ...

Le traumatisme décrit se situe tantôt dans le registre corporel (accident, agression, opération), tantôt dans le registre relationnel et affectif (perte d'un être cher, séparation ...); souvent, plusieurs évènements appartenant à ces registres différents se trouvent associés.

Les patients semblent avoir ressenti un choc suivi d'une sorte de sidération de la pensée et des émotions qu'ils ne parviennent pas à traduire par des mots.

Chez l'AAG : dans l'ensemble les patientes ne parviennent pas à faire un rapprochement entre leur chute de cheveux et un évènement précis : la chute s'étale sur un moment beaucoup long, ainsi :

- de longues périodes de dépression (avec ou sans hospitalisation, soignées ou non par des antidépresseurs),
- de longs moments de stress professionnel ou familial, le poids d'une enfance souffrante,
- un mal-être ayant débuté tôt dans la vie.

SYMPTOMES ASSOCIES

Dans 50 % des cas, on constate que d'autres symptômes sont associés au symptôme principal (pelade ou AAG); avec, cependant, des différences significatives selon les cas.

Chez les peladiques : on note principalement des troubles somatiques : maladies infectieuses, otites, migraines, eczéma, asthme... : il y a fragilité sur le plan physique.

Chez les AAG, Les troubles sont d'ordre névrotique: il s'agit d'inhibitions, de phobies, d'anorexie, de troubles de la sexualité, d'angoisses, d'hypertonie anxieuse (spasmophilie) ...

VI L'ETAT DEPRESSIF CHEZ LES PELADIQUES ET LES AAG, LORS DE LA PREMIERE CONSULTATION.

Au cours de l'entretien, les questions concernant le bilan nerveux du patient (qualité du sommeil, émotivité, niveau d'activité, mémoire) révèlent un état dépressif patent, tant chez les peladiques que chez les AAG; néanmoins, on note des différences dans les manifestations de cet état dépressif :

chez les patients peladiques, la chute de cheveux totale, parfois brutale, entraîne une sorte d'effondrement, un grand mal-être intérieur; il n'est pas rare de les voir pleurer à la consultation; la dépression est la conséquence directe de l'état traumatique (du moins elle se manifeste à cette occasion). Au premier abord, il semble s'agir d'une dépression réactionnelle; cependant, elle peut en raviver une autre plus ancienne: une dépression "masquée" jusque là.

Chez les patientes AAG, la chute de cheveux, plus diffuse, entraîne une tendance dépressive visible mais, à la différence des peladiques, les MG luttent contre cette dépression : ce qui

se traduit par des difficultés relationnelles, des troubles de l'humeur (particulièrement de l'angoisse: alopecie anxieuse de Rook), une forte agressivité, de la révolte (surtout à l'encontre de la mère) ; ce sont, en fait, des défenses mises en place pour pallier le fond dépressif.

Les données chiffrées montrent qu'un tiers des MG ont déjà connu des épisodes dépressifs antérieurement ; elles sont de ce fait, plus conscientes de leur état dépressif que les peladiques. C'est en raison de leurs défenses qu'elles sont plus difficiles à convaincre de la nécessité d'entreprendre une psychothérapie analytique (comme nous l'avons montré plus haut).

VII SIGNIFICATION SYMBOLIQUE DE L'UN ET L'AUTRE DE CES SYMPTOMES

La PDT, lorsqu'elle est installée, est vécue par les patients comme un handicap majeur ; la chevelure étant, pour l'homme comme pour la femme, un bien précieux, la parure qui symbolise le pouvoir de plaire, sa chute représente une atteinte intolérable au corps et à l'image de soi qui concerne les enveloppes visibles du corps: il faut donc les cacher; cette atteinte est ressentie comme honteuse.

Il y a, certes, chez eux, un désir conscient de guérison mais on peut faire l'hypothèse que ce désir conscient se heurte à un besoin inconscient de régresser à un stade où les différences sexuelles ne sont pas clairement établies, manifestant la nostalgie d'un état prépubère en quelque sorte.

Le symptôme montre donc d'une part une situation de détresse mais il montre aussi, s'exprimant dans le symbole du nouveau-né, l'existence d'une énergie qui tend vers une renaissance. Nous retrouvons ici la signification de renaissance et de transformation liée à la perte des cheveux, très présente dans les mythes et le symbolisme religieux : coupe des cheveux, tonsure ...

L'image d'une renaissance paraît, en effet, confirmée par l'anamnèse et les rêves des patients peladiques, en dépit du vécu de leur souffrance.

La patiente AAG présente une alopecie qui paraît ressembler à celle de l'homme (chute des cheveux sur le sommet du crâne) mais elle n'a rien de génétique chez la femme (sauf rares exceptions).

Quand la fillette découvre, vers deux-trois ans, que son anatomie est différente de celle du garçon, c'est-à-dire qu'il lui manque quelque chose, elle ne se résigne pas facilement et cette frustration demeure vivace dans l'inconscient sa vie durant.

Pour certaines, cet état de mal-être va être caricatural et se traduira par des manifestations de revendication virile : dans leurs comportements, leur habillement, leur non désir d'enfant, leur ambition professionnelle, ... jusque dans leur type de chute de cheveux !.

Il y a une sorte de guerre permanente entre les identifications masculines et féminines : lutte entre passivité et agressivité/combativité, le tout générant une constante tension intérieure.

Une thérapie analytique (avec travail sur les rêves) leur permet de "conscientiser" leur

insatisfaction permanente: impossibilité présente de choisir, dans la bi-sexualité, leur identité féminine et donc de renoncer au masculin.
C'est la détente générée par le travail analytique qui entraînera l'arrêt de l'hyperséborrhée et, partant, celle de la chute des cheveux.

CONCLUSION

Au terme de notre recherche comparative de 1996 à 2004, nous nous sommes aperçus de la grande différence qui existe sur le plan de la structure de la personnalité des patients atteints de PDT et d'AAG.

Les premiers n'ont pas dépassé le stade de la toute petite enfance (stade archaïque ou fusionnel à la mère).

Les seconds ont un développement affectif plus avancé : stade adolescent avec choix de l'identité sexuelle.

Toutes deux peuvent tirer bénéfice des thérapies analytiques : elles leur permettent d'évoluer vers une plus grande maturité tout en donnant des résultats appréciables sur la repousse de leurs cheveux.

DONNEES COMPARATIVES SIGNIFICATIVES

	P D T	A A G
LA FAMILLE DU PATIENT	75 % de familles traditionnelles (couple parental marié). 35 % d'origine étrangère.	57 % de familles traditionnelles. 70 % d'origine étrangère.
SITUATION DE FAMILLE	53 % vivent en couple.	20 % vivent en couple.
AGE D'APPARITION DES TROUBLES	65 % entre 7 & 10 ans ou à l'adolescence ont leurs premières plaques.	Plus difficile à dater. 50 % ont une chute dès l'adolescence.
DOUBLE PRISE EN CHARGE DERMATO + PSYCHOTHERAPIE (PIP)	90 % d'acceptation.	60 % d'acceptation.
CLIMAT FAMILIAL	Climat anxiogène, de malaise et d'insécurité. Peu d'ouverture sur l'extérieur dès l'enfance.	Climat de censure prégnant à l'adolescence.
LE PERE	Peu de jugements positifs sur lui. Incarne et revendique l'autorité. Non structurant pour l'enfant.	Peu de commentaires défavorables. Image positive ou neutre. N'incarne pas l'autorité.
LA MERE	Massivement investie. C'est là que l'enfant trouve la sécurité. Dépendance qui perdure.	Interdiction – Dominatrice – Rapports conflictuels et ambivalents.
L'ENFANT	Enfant craintif. « dans les jupes de sa mère ». Carence narcissique (se sent sans valeur, inhibé). Fragile sur le plan physique : Asthme, eczéma, migraines,...	Enfant en insécurité à cause des interdits et des angoisses inconscientes de sa mère. Fragilité psychique (symptômes névrotiques), troubles caractériels, angoisses, phobies, obsessions, inhibitions.
CIRCONSTANCES DECLANCHANTES	Choc, sidération, traumatisme = perte, éloignement d'un proche, atteintes corporelles, déménagement, naissance, rupture de vie.	Pas d'évènement précis, mais : Longues périodes de dépression, de stress ou de souffrances psychiques tôt dans la vie.
ETAT DEPRESSIF	Effondrement brutal. Dépression réactionnelle en ravivant une plus ancienne.	En lutte contre la dépression pour s'en sortir par elles-mêmes (importantes défenses), lutte manifestée par des troubles caractériels ou des difficultés relationnelles ou bien forte agressivité ...
SIGNIFICATION SYMBOLIQUE	Equivalent du besoin de régresser à l'état de nouveau né, pour une renaissance, une transformation.	Equivalent d'une identification à l'homme. Pseudo virilité, donnée à voir.