

Sommaire

Introduction	p.1
Présentation du dispositif de recherche	p.2
1) <i>Présentation du lieu de stage</i>	p.2
2) <i>L'importance du travail interdisciplinaire</i>	p.3
3) <i>Cadre des rencontres</i>	p.4
4) <i>Contraintes du dispositif, et choix des patients</i>	p.6
Unis par les liens de la douleur	p.7
Partie I – Jean : Echec des nouveaux investissements, et retrait libidinal sur le Moi	p.7
I- <u>Entretien de pré-admission</u>	p.7
1) <i>Présentation de Jean</i>	p.7
2) <i>Échec du nouveau projet : échec des nouveaux investissements</i>	p.7
3) <i>La répression de l'affect</i>	p.8
4) <i>Génogramme : Histoire de non-dits</i>	p.8
5) <i>Omnipotence de la douleur</i>	p.9
II- <u>L'hospitalisation</u>	p.9
1) <i>Rencontre pendant l'hospitalisation</i>	p.9
III- <u>Éléments du dossier</u>	p.10
1) <i>Relation de confiance...</i>	p.10
2) <i>...et confidences</i>	p.10
3) <i>Épilogue</i>	p.11
Partie 2 – Marine : Mise en œuvre réussie d'un travail d'objectalisation de la souffrance	p.11
I- <u>Présentation de Marine : Eléments du dossier</u>	p.11
1) <i>Une douleur qui s'installe dans le temps, et dans le corps</i>	p.11
2) <i>Histoire familiale</i>	p.12
3) <i>Altération du lien social</i>	p.12
II- <u>Rencontres avec Marine</u>	p.13
1) <i>Premier entretien</i>	p.13
2) <i>Groupe de parole</i>	p.14
3) <i>Expression graphique : Douleur es-tu là ?</i>	p.14

III- <u>Epilogue</u>	p.15
1) <i>Synthèse de l'équipe soignante</i>	p.15
2) <i>Contradiction d'un discours</i>	p.16
Partie III – Léa : Défaut de la fonction contenante du corps : l'expérimentation d'un corps à travers des conduites inscrites dans l'excès	p.16
I- <u>Éléments du dossier</u>	p.16
1) <i>Raison de l'hospitalisation</i>	p.16
2) <i>Profil poly-addictif et anxieux</i>	p.17
3) <i>Relation familiale</i>	p.17
4) <i>Mise à mal d'un corps</i>	p.18
5) <i>Douleur et altération du lien social</i>	p.18
II- <u>Mes rencontres avec Léa</u>	p.19
1) <i>Premier entretien</i>	p.19
2) <i>Deuxième entretien, hypnose</i>	p.20
3) <i>Groupe de parole</i>	p.20
4) <i>Art thérapie : Propagation de la douleur et espoir de guérison</i>	p.21
III- <u>Épilogue</u>	p.22
1) <i>Le maintien d'un lien</i>	p.22
Problématique	p.23
Articulation théorico-clinique	p.24
I- <u>De la douleur chronique à la souffrance psychique</u>	p.24
1) <i>Une douleur qui isole, et une souffrance qui ne se partage pas</i>	p.24
2) <i>Douleur chronique et douleur aiguë</i>	p.24
II- <u>Altération du lien à l'autre</u>	p.25
1) <i>La répression des affects chez Jean</i>	p.25
2) <i>Marine : responsable de sa maladie</i>	p.26
III- <u>Les aménagements face aux effets de la douleur</u>	p.26
1) <i>Marine : « on n'est pas que douleur »</i>	p.26
a) « Objectalisation » de la souffrance	p.26
b) <i>Une identité professionnelle valorisante, en dépit d'une sphère familiale avilissante</i>	p.27
2) <i>Jean et l'absence d'aménagement défensif</i>	p.28

a) De la tentative de réinvestissement à la douleur d'un échec	p.28
b) La fuite ou la disparition	p.29
3) <i>La régression et le lien maternel chez Léa</i>	p.30
a) Un « cocon » maternel	p.30
b) Défaut de la fonction pare-excitatrice	p.31
c) Désir de fusion : Le fantasme d'une double paroi et d'une peau commune	p.31
d) Quête constante du lien à l'autre	p.32
e) Désir de guérison chez Léa	p.32
IV- <u>Un corps qui s'échappe</u>	p.33
1) <i>L'altération d'un corps anatomique menant à la blessure narcissique</i>	p.33
2) <i>Quand corps et psyché s'emmêlent : la disparition des limites</i>	p.34
Conclusion	p.36
Bibliographie	p.37
Annexe	p.39
Lexique médical	p.42

Introduction

En cette année de Master, il était important pour moi de réaliser mon stage dans le secteur de la santé, celui-ci m'étant jusqu'alors inconnu. Cela était également l'occasion d'enrichir mon expérience clinique. J'ai donc été amenée à postuler au sein de Centres Hospitaliers, et plus précisément dans un Centre Fédératif d'Évaluation et de Traitement de la Douleur. C'est donc dans cette structure, qui accueille des patients douloureux chroniques pendant une à deux semaines, que prend place mon stage.

Pour saisir les enjeux de la reconnaissance et de la prise en charge de la douleur, nous pouvons brièvement nous intéresser à l'évolution de la considération de celle-ci. Nous nous référerons ici à Le Breton (1995) qui explique que dans l'antiquité, Aristote concevait la douleur comme une forme particulière de l'émotion. Plus loin il précise que, la douleur a longtemps été considérée comme fait purement sensoriel, et a ainsi éliminé la dimension affective dont elle ne pouvait rendre compte. Au Moyen-Âge la douleur prend un autre tournant puisqu'elle est imprégnée de la religion : « elle est manifestation du péché originel. Soulager la douleur devient un empiètement divin. [...] la douleur rentre dans le rachat du péché originel » (Houart, 2003, p.20). Au fil du temps les conceptions de la douleur évoluent, et l'affect reprend ses droits chez le sujet douloureux, on cherche alors à la soulager : « dans l'imaginaire des Lumières, [...] la lutte contre la souffrance, [...] est comme un chiffre privilégié » (Le Breton, 1995, p.19).

Ainsi la douleur est présente et fait état de questionnements depuis les temps. Mais elle n'est prise en charge et fait l'objet d'un traitement que tardivement. En effet, c'est seulement à partir des années 1970 que nous voyons l'émergence de Centres Fédératifs d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, constitués d'une équipe pluridisciplinaire nécessaire face au caractère multidimensionnel de la douleur chronique (Houart, 2003). Alors, la douleur devient reconnue socialement et conduit à une demande de soulagement.

Dans un premier temps, je contextualiserai le dispositif de ma recherche, en présentant mon lieu de stage, le cadre des rencontres, et les limites de ma recherche. Dans un second temps, à travers des éléments d'anamnèses et les rencontres, je présenterai les portraits de Jean, Marine et Léa, patients du Centre de la Douleur, qui ont suscité mon intérêt pour ce mémoire. Enfin dans une troisième partie j'articulerai les éléments cliniques recueillis et les réflexions aux concepts théoriques, afin de tenter de comprendre les mouvements psychiques qui s'opèrent lorsque la douleur surgit et qu'elle devient pérenne.

Présentation du dispositif de recherche

1) Présentation du lieu de stage

Le Centre Fédératif d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) où j'ai effectué mon stage se situe au sein d'un service de Neurologie – Neurochirurgie, hospitalisation de semaine, dans un CHU. Nous pouvons distinguer deux secteurs, le premier en hospitalisation de jour, recevant principalement des patients en neurologie, et plus rarement des patients douloureux chroniques venus pour des soins spécifiques comme la pose de patch de Qutenza¹. Puis le second secteur qui est le Centre Fédératif d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, où l'hospitalisation se fait cette fois-ci sur une ou deux semaines. Les patients arrivent le lundi matin, et repartent le vendredi en fin de matinée. Les patients hospitalisés deux semaines viennent pour un sevrage morphinique, avec un retour chez eux le week-end.

Le CETD accueille donc uniquement des personnes ayant un diagnostic de douleurs chroniques rebelles. L'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage » (HAS, 2008, p.17). La douleur fait donc appel au ressenti propre de la personne, elle a un caractère subjectif. La douleur chronique, elle, est définie, toujours selon l'IASP, comme « un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- ◆ Persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- ◆ Réponse insuffisante au traitement ;
- ◆ Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail » (Ibid.)

Ainsi, la douleur chronique rebelle ayant un retentissement multidimensionnel – elle s'exprime par une douleur physique mais aussi par une souffrance psychique – l'objectif du CETD va être d'apporter une amélioration de la qualité de vie du patient, et une diminution de l'ordre de 20 à 30% de ses douleurs. Rendre le patient acteur de son soin est également un objectif important pour le CETD.

¹ Patch au piment qui s'applique sur la zone douloureuse afin de soulager celle-ci. Il fonctionne comme agoniste au récepteur impliqué dans la transmission et la modulation des signaux douloureux

2) *L'importance du travail interdisciplinaire*

La douleur chronique est un syndrome complexe, qui s'installe dans le temps et dans le corps, mais qui s'imisce également dans plusieurs domaines.

Face à cette complexité, l'équipe de soin interdisciplinaire qui intervient au sein du CETD trouve tout son intérêt. Cette notion d'interdisciplinarité est très présente et importante pour l'équipe. Il y a dans ce centre un travail en « inter- » où les disciplines se complètent, échangent entre elles, a contrario d'un travail en « pluri- » où chaque discipline viendrait se juxtaposer sans réellement s'entrecroiser.

L'équipe interdisciplinaire va donc permettre d'agir sur 4 axes, pour que le patient tire la meilleure satisfaction de son hospitalisation. Ceux-ci représentent les dimensions qui peuvent être affectées par la douleur chronique rebelle du patient. Ils sont complémentaires, ainsi pour qu'il y ait une amélioration de la qualité de vie du patient il est nécessaire de travailler à la fois sur ces 4 axes. Nous retrouvons :

- ♦ **Un axe médicamenteux**, qui comprend la réévaluation du traitement, et le sevrage médicamenteux face aux dépendances développées. A travers cet axe nous retrouvons l'intervention de médecins algologues², c'est-à-dire spécialisés dans le traitement de la douleur, deux internes en médecine, deux externes en pharmacologie qui animent un atelier d'éducation thérapeutique, mais aussi des aides-soignantes, des infirmières, spécialisées dans le domaine de la douleur.
- ♦ **Un axe fonctionnel**. En effet, le corps est fonctionnel, il bouge, marche, court, etc. Les patients participent donc à des groupes de marche, des séances de kinésithérapie, de sophrologie, mais aussi de relaxation. Le but est de solliciter leur corps, afin qu'il puisse retrouver sa fonctionnalité. Une kinésithérapeute, une sophrologue, et un médecin ostéopathe interviennent à travers cet axe, un médecin rééducateur vient également rencontrer des patients qui pourront être amenés à continuer leur rééducation après leur hospitalisation.
- ♦ **Un axe socio-professionnel**. Dans de nombreux cas, la douleur empêche la personne de travailler ou du moins de conserver son emploi actuel. La perte d'emploi entraîne alors parfois une rupture des liens sociaux, une désocialisation. Il s'agit donc dans cet axe de favoriser le retour du patient à la vie professionnelle quand cela est possible. Pour ce faire, deux patients vont en consultation pathologie professionnelle et y rencontrent deux internes spécialisés dans ce domaine. De plus certains patients rencontrent une assistante

² Du grec ancien « algos » qui signifie douleur

sociale, celle-ci peut apporter son aide pour l'insertion professionnelle, mais aussi pour des démarches administratives relatives au statut de travailleur handicapé par exemple.

- ♦ **Un axe psychologique.** Si, à première vue, cet axe est représenté par le psychologue et le psychiatre, il n'en reste pas moins transversal à toute l'équipe, celle-ci étant spécialisée dans le domaine de la douleur. La « dimension humaine » est très présente dans ce service. Le psychologue rencontre le patient avant son hospitalisation, en entretien de pré-admission. Il intervient aussi lors de l'hospitalisation, au cours d'entretien individuel, et propose parfois des séances d'hypnose. Puis il anime un groupe de parole, et un atelier d'expression graphique. Enfin le psychologue participe au travail interdisciplinaire. Quant au psychiatre, il vient rencontrer trois patients en fin de semaine. Ceux-ci sont choisis par le psychologue, après avoir échangé avec les différents membres de l'équipe sur leurs avis concernant les patients.

Ainsi à travers les différentes professions présentes dans le CETD, l'équipe interdisciplinaire aborde la douleur chronique à travers toutes les dimensions qu'elle affecte. Mais si l'équipe interdisciplinaire se donne les moyens pour apporter la meilleure satisfaction qui soit au patient, l'implication personnelle de celui-ci dans son hospitalisation est déterminante. En effet, même si l'hospitalisation joue un rôle important de tremplin pour les patients, il leur faudra à leur sortie mettre en pratique les outils et enseignements qui leur ont été apportés au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur.

3) Cadre des rencontres

Au cours de ce stage, j'ai fait la rencontre successive de trois patients qui ont particulièrement retenu mon attention, Marine, Léa et Jean, chacun ayant une personnalité et un diagnostic différent, mais tous venus pour une seule et même raison : la persistance de leurs douleurs. C'est en atelier d'expression graphique, en groupe de parole, mais aussi en entretien de suivi individuel et de pré-admission que j'ai fait la connaissance de ces trois patients.

Tout d'abord, j'ai rencontré chacun d'eux en entretien individuel conduit par mon tuteur de stage psychologue. Ce temps d'échange est l'occasion pour le patient de faire un point sur le déroulement de son hospitalisation : au travers de son état psychique, sa relation avec les autres patients et les membres de l'équipe soignante, etc. C'est au cours de l'un de ces entretiens que j'ai assisté à la séance d'hypnose de Léa.

De plus, un groupe de parole, animé par le psychologue, est proposé aux patients. Dans ce contexte, j'ai assisté en tant qu'observatrice à ces groupes où Léa, et Marine ont successivement été présentes. Au cours de ce temps d'échange, les patients se présentent : leur prénom et la raison de leur venue au centre de la douleur. Puis, afin de laisser la parole aux patients, le psychologue demande si quelqu'un désire aborder un thème particulier. Les patients ont alors l'occasion d'échanger sur leur semaine d'hospitalisation, sur leur « état d'esprit », mais aussi sur la manière dont chacun fait l'expérience de sa douleur.

En outre, j'ai rencontré Jean en amont de son hospitalisation lors d'un entretien de pré-admission. Celui-ci est de type semi-directif, et s'appuie notamment sur un questionnaire préétabli, permettant d'entrevoir l'histoire clinique, l'état psychique, mais aussi les projets et attentes du patient. Une fois les questions abordées, je termine par la réalisation du génogramme de Jean. Celui-ci a une place prépondérante car, prendre connaissance de l'histoire familiale du patient, permet d'accueillir la personne dans toute sa globalité, et non seulement en tant « qu'organe douloureux ». De plus, la douleur chronique par son caractère multidimensionnel peut s'immiscer dans les liens familiaux, ou peut encore résulter d'histoires passées, il est donc important de prendre ces informations en considération pour avoir connaissance du contexte familial dans lequel se trouve le patient. Puis, je lui présente le déroulement de l'hospitalisation et les 4 axes qui y seront abordés. A l'issue de cet entretien, nous avons convenu de la cohérence de son hospitalisation. Je lui demande alors de réfléchir à des objectifs de soins précis, réalisables et formulés positivement, sur lesquelles il aimerait travailler durant sa semaine d'hospitalisation.

Enfin le dernier contexte de rencontre est l'atelier d'expression graphique, auquel Léa, puis Marine ont participé. Defontaine-Catteau et Dubreucq (1989) expliquent que le dessin est un outil qui déborde et dépasse le registre verbal. La douleur s'exprime alors à travers des variations de couleur des crayons et de la feuille utilisée, mais aussi dans la façon de dessiner, par des gestes brusques, ou avec application, etc. C'est en groupe restreint, en présence de 3 ou 4 patients, d'une personne de l'équipe soignante, du psychologue, et de moi-même, que se déroule cet atelier. Le groupe restreint permet d'apporter un cadre plus sécurisant, de plus le choix des patients est fait afin qu'il se dégage une bonne dynamique. Les patients, à qui le psychologue a proposé de participer à l'atelier, n'ont pas connaissance du thème avant leur venue. A l'énonciation de celui-ci : Pour vous, vos douleurs, cela ressemble à quoi ? Ils doivent réaliser, le plus spontanément possible, un dessin individuel. Des feuilles de couleur ainsi que des pastels, des crayons ou des feutres de couleur sont mis à leur disposition. Une fois leurs réalisations terminées, les patients doivent la qualifier, par un mot ou une phrase brève. Léa dessine un arbre avec des feuilles de

couleurs multiples, elle l'intitule « Georges ». Marine, elle, réalise sur une feuille rouge un sapin de Noël, surplombé d'une étoile brillante, elle lui donne pour titre « en rouge et noir ». A la fin de leur réalisation, un tour de table est fait où les participants de l'atelier font part de leurs observations et ressentis face aux dessins. Durant ce tour, la personne ayant réalisé le dessin n'intervient pas à l'écoute des commentaires, c'est seulement après que tout le monde s'est exprimé que celle-ci explique le sens qu'elle a voulu y mettre. Les observations et commentaires peuvent venir soulever des éléments inconscients : « s'engager dans un cheminement artistique peut être une aventure délicate susceptible de faire émerger des réminiscences inconscientes parfois douloureuses » (Dubois, 2013, p.47).

4) Contraintes du dispositif, et choix des patients

Comme je l'ai évoqué auparavant, l'hospitalisation se fait sur une à deux semaines. Ainsi n'intervenant qu'une journée ou deux au Centre de la Douleur, mes rencontres avec les patients étaient souvent brèves. De plus, l'interaction avec ceux-ci n'était pas directe puisque les entretiens et ateliers étaient principalement conduits par mon tuteur de stage. C'est ce dispositif particulier qui m'a amenée à construire mon mémoire à travers trois cas cliniques.

Mes choix se sont alors portés sur Jean, Léa et Marine. Cette dernière avait éveillé ma curiosité par son sourire, et sa mise à distance de la douleur, elle « dénotait » des patients habituellement accueillis. Jean, lui, a suscité mon intérêt car j'avais réalisé seule son entretien de pré-admission, durant lequel son état affectif m'avait paru préoccupant. Enfin Léa a retenu mon attention car j'ai pu la rencontrer à plusieurs reprises puisqu'elle restait deux semaines pour un sevrage de Morphine et de Lyrica. De plus, son attachement au Centre de la douleur et à l'équipe soignante était venu m'interroger.

Synthèse :

Dans cette première partie, je vous ai présenté mon lieu de stage, mais nous avons pu également constater la complexité de la douleur chronique, et l'importance de son approche interdisciplinaire. Enfin, je vous ai présenté les différents cadres de rencontres au cours desquels j'ai fait la connaissance de trois patients qui ont particulièrement retenu mon intérêt : Jean, Marine, et Léa.

Ce sont ces rencontres que je vais vous exposer dans ma seconde partie, et que j'étayerai par le contenu de leur dossier clinique, où figurent leur histoire médicale, et les annotations de l'équipe soignante. J'ai tenu à retranscrire le plus fidèlement possible les propos des patients que j'avais moi-même recueillis.

Unis par les liens de la douleur

Partie I – Jean – Echec des nouveaux investissements, et retrait libidinal sur le Moi.

I- Entretien de pré-admission

1) *Présentation de Jean*

Je rencontre Jean, âgé de quarante-trois ans, pour la première fois lors d'un entretien de pré-admission que je réalise. Après lui avoir expliqué les raisons de cette rencontre j'entame les questions relatives à la pré-admission.

Je commence par lui demander les points d'émergence de ses douleurs, dans quel contexte celles-ci sont apparues, et si un diagnostic a été établi. Jean m'explique alors qu'en l'an deux mille, une échelle est tombée sur ses cervicales. Un an après cet accident des douleurs sont apparues. Depuis, la douleur s'amplifie, notamment après la réalisation d'une IRM et surtout à la suite de son retour d'un voyage au Canada. Sa douleur s'étend dans le bras gauche avec un retentissement fonctionnel qu'il cote à 10/10, mais également dans le cou, et dans l'oreille gauche, celle-ci présentant une intense rougeur et donnant la sensation d'une forte chaleur. Le diagnostic d'oreille rouge³ a été posé par son médecin.

Puis je lui demande si ses douleurs ont un impact sur son sommeil. Celles-ci le réveillent pendant la nuit, et il prend des somnifères : « sinon je ne dors pas ». Enfin, la douleur modifiant parfois les habitudes alimentaires, je l'interroge sur son alimentation. Il m'informe qu'il voit une nutritionniste et qu'il fait un régime suite à une prise de poids.

2) *Échec du nouveau projet : échec des nouveaux investissements*

Son voyage au Canada me paraissant avoir influé sur ses douleurs, je décide d'y revenir pour en apprendre davantage à ce sujet. Jean m'explique alors qu'avant son départ il était pâtissier à son compte, et qu'à la suite de son accident, il est parti avec sa femme un an au Canada avec le projet d'y ouvrir une pâtisserie. Au cours de cette année-là Jean « n'a plus de douleurs », ou du moins celles-ci ont considérablement diminué. Mais leur projet ayant finalement échoué, ils ont été contraints de rentrer en France. De la même manière qu'elles avaient diminué lors de son année au Canada, ses douleurs augmentent significativement à son retour, avec l'ajout de réveils nocturnes.

³ Lexique médical en annexe

Après cet échec, Jean retrouve un travail de pâtissier en France. Cependant sa femme le pousse à arrêter son dernier emploi face à la dégradation de son état physique. Jean ajoute que sans l'influence de sa femme, il aurait probablement continué à travailler. Il m'exprime alors son inquiétude quant à son avenir puisqu'il ne peut plus exercer son métier à cause de ses douleurs mais désire cependant retrouver un emploi, car il est encore jeune.

3) *La répression de l'affect*

À l'évocation de son sentiment d'inquiétude, je m'intéresse à la partie « anxiété et troubles de l'humeur » du questionnaire de pré-admission. Hormis l'évocation de ce sentiment d'inquiétude, au premier abord l'état affectif de Jean ne me paraît pas alarmant. Je suis donc surprise lorsque je regarde son HAD (Hospital Anxiety and Depression) qui montre des résultats très significatifs (Anxiété : 20/21 et Dépression 21/21).

Face à ces résultats je l'interroge sur son « état d'esprit » actuel, « ce n'est pas la fête » ironise Jean. Je m'enquière alors de savoir s'il lui vient à l'esprit des « idées noires », ce à quoi il me répond qu'il n'a pas d'idées suicidaires : « pour l'instant, on verra après ». Il ajoute qu'il « prend des médicaments pour » et qu'il a un suivi avec une psychologue une fois par mois depuis quatre mois maintenant.

Lorsque j'aborde ces questions j'ai le sentiment que Jean ne souhaite pas trop développer ses réponses. Il s'exprime brièvement quant à son état affectif actuel, et à l'impact que ses douleurs ont sur sa vie. En effet, il me précise qu'il intériorise et qu'il préfère garder cela pour lui. Devant sa réticence à s'exprimer sur ce sujet, et afin de ne pas susciter une hostilité avant son hospitalisation, je n'insiste pas sur ce point et m'informe alors sur son entourage familial.

4) *Génogramme : Histoire de non-dits*

Ainsi je termine le questionnaire par le génogramme⁴ de Jean. A la réalisation de celui-ci, Jean plaisante sur les schémas (des ronds et des carrés) que je dessine. Je le sollicite à propos des membres de sa famille: leurs prénoms, âges, métiers, etc. Dans un premier temps Jean accepte de me donner ces informations, mais lorsque je le questionne sur l'activité professionnelle de sa femme, et lui demande si elle a des soucis de santé, il m'explique qu'elle est en invalidité, et ne souhaite pas préciser la raison. Cette question semble le mettre mal à l'aise, je m'intéresse alors à ses enfants. Sans trop de précision il m'indique avoir un fils de vingt ans actuellement en BTS, et une fille de quinze ans en troisième. Ils n'ont pas de problèmes de santé particuliers.

C'est plus tard, à la lecture des notes de l'équipe soignante, que j'apprendrai la tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) de sa femme, un mois après leur

⁴ Génogramme en annexe n°1

retour du Canada. De plus les notes font état de la relation avec ses enfants : si son fils parvient à s'acclimater à la situation, en revanche sa fille est partie vivre avec sa grand-mère pour continuer ses études plus sereinement.

5) *Omnipotence de la douleur*

À la fin de l'entretien de pré-admission je lui explique qu'il doit rédiger des objectifs de soins, sur lesquels il devra travailler durant sa semaine d'hospitalisation. J'insiste sur ce point car je remarque que Jean ne parvient pas à formuler des objectifs précis, autres que référents à l'arrêt de ses douleurs. De plus Jean a peu de temps pour y réfléchir car son hospitalisation est prévue pour la semaine qui suit son entretien de pré-admission, alors qu'il y a souvent un délai d'attente de plusieurs mois. Malgré cette difficulté il me semble réceptif à l'hospitalisation lorsque je lui présente les différents ateliers mis en place, et les axes qui seront travaillés.

II- L'hospitalisation

1) *Rencontre pendant l'hospitalisation*

À mon retour au Centre de la Douleur, je décide d'aller voir Jean en entretien individuel, son départ se fait le lendemain. Ayant réalisé moi-même sa pré-admission, j'étais curieuse de savoir comment s'était passée sa semaine d'hospitalisation. De plus je voulais m'informer des objectifs de soins que Jean avaient formulés, puisque ce point lui avait posé problème lors de notre rencontre.

On m'avertit alors que Jean est en entretien avec le psychiatre. En effet au vu de sa semaine d'hospitalisation, l'équipe interdisciplinaire m'explique qu'ils ont jugé son état anxio-dépressif. C'est donc plus tard que j'accompagne le psychologue pour rencontrer une dernière fois Jean, lors d'une courte visite puisqu'il venait déjà de s'être entretenu avec le psychiatre. J'assiste cette fois en tant qu'observatrice à cet entretien mené par le psychologue.

Jean se souvient de moi, et précise en plaisantant « la personne qui fait des ronds et des carrés » en référence au génogramme. Le psychologue fait un bilan avec lui sur sa semaine d'hospitalisation. Dans un premier temps il ne se livre pas trop, et parle surtout de l'évolution de ses douleurs, de son traitement, ainsi que l'amélioration de la fonctionnalité de son bras gauche, ceci grâce aux exercices dispensés par la kinésithérapeute. A ce sujet, il nous informe intégrer un Centre de Rééducation Fonctionnel après son hospitalisation, afin de retrouver la mobilité maximale de son bras.

Le psychologue l'interpelle sur son bracelet (l'image d'une feuille de cannabis), et lui demande s'il en consomme. Jean confirme qu'il en fume parfois pour atténuer ses douleurs, et se dit favorable à sa dépénalisation.

Enfin, lorsque le psychologue questionne Jean sur son travail, et notamment sur son projet professionnel au Canada, celui-ci se dit encore jeune et explique vouloir retravailler. Il énonce à nouveau son inquiétude quant à son avenir, ses douleurs l'empêchant d'exercer le métier qu'il a toujours fait. Cependant Jean ne fait pas état de la diminution de ses douleurs lors de son voyage au Canada.

III- Éléments du dossier

1) *Relation de confiance...*

Ma rencontre avec Jean pendant son hospitalisation ayant été brève, je reprends les observations et les notes retranscrites par l'équipe, tout au long de sa semaine. Ainsi je remarque que, dès son arrivée, Jean est apparu comme quelqu'un de très fermé: « j'ai des choses à dire mais je ne les dirai pas ». L'équipe soignante a ressenti chez Jean le besoin de connaître la personne avant de pouvoir lui faire confiance et être capable de se livrer. Il est perçu comme un patient à l'humeur triste, exprimant peu ses sentiments.

Pourtant je constate dans les échanges qui sont retranscrits que Jean s'est de plus en plus livré au cours de sa semaine d'hospitalisation, et notamment sur son état moral dont il disait ne pas vouloir faire part.

2) *...et confidences*

Ainsi Jean se dit fatigué, dépressif, il se décrit comme étant à la limite du débordement, prêt à exploser. Il évoque également des idées suicidaires. Cependant il ne montre pas cet état à son entourage proche, qu'il juge peu aidant. En effet il n'ose pas parler à sa femme car selon lui « elle est fragile ». Celle-ci a fait une tentative de suicide après leur retour du Canada, à cela, Jean souligne « elle n'a pas du tout digéré notre échec ». Les douleurs et l'état de Jean sont des sujets tabous à la maison. Il avoue avoir un « ras le bol » qui se traduit par un sentiment de tristesse et de colère, notamment dû au fait que Jean, travaillant à son compte, n'avait pu stopper son activité professionnelle, pour prendre le temps de se faire soigner juste après son accident. La dégradation de son état, et l'incapacité à reprendre son travail viennent raviver une colère que Jean garde en lui depuis longtemps.

Concernant l'accident à l'origine de ses douleurs, je suis étonnée de lire dans les transmissions une version différente de celle que Jean m'avait livrée en entretien de pré-

admission. En effet il est noté plusieurs fois par l'équipe que ses douleurs sont apparues à la suite de la chute d'un bac de plâtre sur son cou, a contrario de la chute d'une échelle sur ses cervicales. De plus son accident est daté en 1998, en non pas en 2000 comme il me l'avait indiqué.

Je vois également que la perte d'espoir dans l'avenir, qui avait été évoquée durant notre premier entretien et lors de notre seconde rencontre avec le psychologue, a été également abordée à plusieurs reprises au cours de la semaine. Mais à cela Jean ne voit que deux solutions : soit faire comme sa femme, une tentative de suicide ; soit fuir sa famille « partir loin d'eux ».

3) *Épilogue*

Durant sa semaine d'hospitalisation, la résistance de Jean à faire part de ses affects a été dominante. Cependant les brefs échanges ont été suffisamment porteurs de sens pour laisser paraître un état anxio-dépressif chez Jean. État qui selon l'équipe est secondaire à ses douleurs chroniques ainsi qu'à l'absence de vision sur l'avenir, et caractérisé par un risque suicidaire modéré par le psychiatre.

Malgré ce diagnostic, l'équipe note un bon investissement dans les différents axes proposés au patient. L'hospitalisation a notamment favorisé l'axe fonctionnel puisque Jean cote à cinq sur dix (contre dix sur dix à son arrivée) le retentissement de ses douleurs sur la fonctionnalité de son bras gauche. Il note également une amélioration de son sommeil. Quant à son avenir professionnel, une demande de reconnaissance en tant que travailleur handicapé a été faite, et une reconversion professionnelle dans la vente de matières premières pour les pâtisseries est envisagée. Jean peut ainsi commencer à entrevoir l'avenir à travers un nouveau projet.

Partie 2 – Marine : Mise en œuvre réussie d'un travail d'objectalisation de la souffrance

I- Présentation de Marine : Eléments du dossier

1) *Une douleur qui s'installe dans le temps, et dans le corps*

Marine est une jeune patiente de trente-cinq ans. Elle est admise au Centre de la Douleur pour des douleurs secondaires aux syndromes de fibromyalgie et d'Ehlers-Danlos, ce dernier lui ayant été diagnostiqué récemment. C'est de sa mère que Marine a hérité du syndrome d'Ehlers-Danlos.

Depuis trois ans, à la suite d'une dépression causée par un harcèlement moral sur son ancien lieu de travail, ses douleurs ont beaucoup augmenté, particulièrement au ventre et au dos,

des épisodes de céphalées surviennent également. C'est dans le cadre de cette augmentation de la douleur, et suite à l'échec de ses traitements médicamenteux que Marine est accueillie au Centre de la Douleur.

Cependant, même si ses douleurs sont plus intenses depuis peu, Marine dit avoir eu mal toute sa vie : « aussi loin que je m'en souviens, j'ai toujours eu mal quelque part ». De nombreux antécédents médicaux sont en effet consignés dans son dossier. Dès l'âge de six mois les médecins lui diagnostiquent une méningite. S'ensuivront une appendicectomie, ainsi qu'une chirurgie de l'hallux valgus, puis à vingt-deux ans Marine a un premier lumbago suite à des entorses à répétition, aux poignets, genoux, et chevilles.

Ainsi la douleur, qu'elle soit physique ou psychique, a toujours été inscrite dans l'histoire et le corps de Marine, de sa prime enfance jusqu'à aujourd'hui. Malgré cela, Marine est déterminée à ne pas laisser son corps s'abandonner à la douleur ; ce corps même qui avait été abandonné par son père à sa naissance.

2) Histoire familiale

Marine est la fille de Carole et de Jacques⁵, un père absent qui ne l'a jamais reconnue. Celui-ci était déjà marié à une autre femme lorsque Marine est née, ses parents n'ont ainsi jamais vécu ensemble. Aujourd'hui son père vit toujours avec sa femme et a deux fils. Quant à sa mère, Carole, elle s'est mariée et vit depuis maintenant huit ans avec son compagnon Christian, qu'elle côtoyait depuis vingt ans. Christian avait déjà un fils qu'il ne voit plus.

Marine, elle, est mariée à Yohan, avec qui elle a deux enfants en bas âge qui n'ont pas de soucis de santé particuliers. Depuis que les diagnostics de Marine ont été établis, la relation familiale est devenue difficile, surtout avec son mari.

3) Altération du lien social

Douleurs et liens sociaux sont intimement liés. En effet, la douleur chronique est un syndrome complexe, elle « agit directement sur celui qui en souffre [...] mais aussi sur son entourage familial et social » (HAS, 2008, p.17). Un problème d'incompréhension à cause du manque de dialogue naît au sein du couple ; Yohan est exigeant, et semble montrer des difficultés à cerner la maladie de sa femme. Cependant lors d'un entretien entre les deux époux à la fin de l'hospitalisation de Marine, ceux-ci prennent conscience qu'ils ont des objectifs très hauts et dans tous les domaines : ils veulent « que tout soit parfait ».

⁵ Génogramme en annexe n°2

En plus d'altérer la relation avec son conjoint, sa douleur a également un impact sur sa relation avec ses enfants. Effectivement Marine se dit moins patiente avec eux, ce qui lui donne un sentiment de culpabilité.

Lors de mes différentes rencontres avec Marine, elle évoquera souvent la question du lien social, notamment à travers les difficultés relationnelles avec son mari, mais aussi dans sa vie professionnelle. Aujourd'hui Marine est vendeuse indépendante à domicile de cosmétiques, et gère une équipe. Elle n'envisage pas d'arrêter car elle estime que son activité professionnelle lui est bénéfique, et la motive beaucoup au quotidien. Cependant elle signale tout de même un isolement social progressif depuis trois ans.

II- Mes rencontres avec Marine

1) Premier entretien

Je rencontre Marine pour la première fois un matin dans sa chambre d'hôpital en entretien individuel. J'assiste en tant qu'observatrice à cette rencontre, menée par le psychologue qui intervient au CETD. Je remarque tout de suite son visage très souriant ; il laisse paraître un certain dynamisme et un état affectif agréable⁶ chez Marine.

Lorsque le psychologue lui demande comment se passe sa semaine, Marine se montre impliquée et intéressée par l'hospitalisation. Elle évoque les objectifs de soins qu'elle avait formulés suite à la pré-admission : elle désirait diminuer voire supprimer son traitement, et apprendre à mieux gérer ses douleurs, notamment grâce à l'anticipation des crises de douleurs, et à un travail sur le dosage de l'effort. De plus, elle voulait retrouver un sommeil réparateur. Cette semaine est également pour elle l'opportunité de regagner une énergie suffisante pour sa famille et son travail. Enfin selon ses dires Marine souhaitait « maigrir afin de soulager son corps et son esprit ».

Marine répond sans difficulté aux questions que le psychologue lui pose, et fait part de ses affects, notamment en ce qui concerne son mari. Elle explique alors que celui-ci est plus « dur » avec elle depuis que ses syndromes d'Ehlers-Danlos et de fibromyalgie lui ont été diagnostiqués. Il ne s'efforce pas vraiment à la comprendre, cependant Marine dédramatise la situation, et évoque cette dureté en riant.

2) Groupe de parole

⁶ Ici nous entendrons « état affectif » tel que J. Laplanche et J.B Pontalis en proposent une définition dans *Le Vocabulaire de la Psychanalyse*. Celle-ci désignant, dans sa valeur descriptive, un retentissement émotionnel.

Dans la même journée je revois Marine au groupe de parole animé par le psychologue. Elle est assise à côté d'une patiente avec qui elle a noué une certaine complicité lors du groupe de marche. Elles plaisantent et rient entre elles. Je retrouve son côté souriant, et sa bonne humeur que j'avais remarqués le matin au cours de l'entretien individuel.

Le psychologue propose au groupe d'échanger leurs sentiments concernant ce début d'hospitalisation. Les patients se disent satisfaits de l'équipe interdisciplinaire et des activités mises en place. Marine partage également cet avis et ajoute qu'elle se sent écoutée par l'équipe. Les autres patients réagissent sur ce sentiment d'écoute communément partagé, et mettent en parallèle un sentiment de compréhension ; sentiment qu'ils n'ont pas toujours rencontré.

La douleur étant un ressenti subjectif (HAS, 2008), la parole des patients est parfois remise en doute. En effet, dans certains cas, les médecins et l'entourage soupçonnent une simulation des douleurs. Une incompréhension s'installe alors entre le patient et son entourage médical, et familial. Une patiente fibromyalgique témoigne à ce sujet et se dit soulagée d'avoir été diagnostiquée après une longue errance médicale. Cela lui a permis de mettre des mots sur sa douleur, ainsi il a été plus facile pour elle, mais aussi pour son entourage de comprendre la maladie.

À la suite de ce récit, Marine prend la parole et explique que pour elle, c'est l'inverse. Elle parle à nouveau de son mari qui est plus dur avec elle depuis l'annonce de ses diagnostics. Même si elle plaisante de la situation, je remarque qu'elle est moins souriante que lors de l'entretien du matin.

Puis, Marine fait part de son sentiment de culpabilité, et de son impression d'être « bonne à rien » lorsqu'elle est chez elle. Elle nuance cependant ce sentiment en évoquant son activité professionnelle qui lui est chère : « heureusement que j'ai mon travail, c'est ma fierté ».

3) Expression graphique : Douleur es-tu là ?

Ma dernière rencontre avec Marine se fait lors d'un atelier d'expression graphique auquel elle participe. Lorsque le thème est donné « Pour vous vos douleurs cela ressemble à quoi ? » Marine se saisit d'une feuille rouge et de pastels, puis commence à dessiner.

Comme les autres personnes présentes à l'atelier, je suis surprise du dessin qu'elle réalise : un arbre de Noël⁷ ancré dans le sol, avec des guirlandes, des boules, et une étoile qui brille au sommet du sapin. Dans le coin de la feuille, un soleil est également dessiné. Elle intitule son dessin « en rouge et noir ». Je suis étonnée car ce n'est pas le type de dessin que l'on retrouve habituellement dans cet atelier. En effet, les dessins des patients représentent souvent des affects

⁷ Dessin en annexe n°3

négatifs (volcan, fil de fer barbelé) qui reflètent davantage la souffrance des patients face à leurs douleurs.

Lorsque vient mon tour de commenter son dessin j'exprime ma surprise, car à mon sens la douleur n'est pas ce qui s'en dégage à première vue. Je trouve que celui-ci a des éléments très positifs : le sapin de Noël qui évoque des moments de fête, l'étoile qui brille à son sommet, le soleil qui réchauffe. Toutefois je viens souligner la couleur rouge vif de la feuille, qui, à l'instar de la rougeur d'une plaie visible, viendrait témoigner et légitimer la douleur ressentie. Enfin je relève le titre de son dessin, qui a pour moi une connotation plus sombre, le rouge pouvant faire référence encore une fois à la douleur, et le noir pouvant évoquer l'état affectif dans lequel Marine se trouve.

Après avoir laissé les autres personnes exprimer leurs sentiments face à ce dessin inattendu, c'est au tour de Marine de révéler le sens qu'elle a voulu lui donner. Ainsi elle explique avoir choisi une feuille rouge car c'est tout simplement sa couleur préférée. Elle indique que le sapin la représente, et nous précise qu'il est ancré dans le sol, car elle garde les pieds sur terre. Quant à l'étoile qui illumine le sapin, comme son sourire et sa bonne humeur illumineraient son visage, elle correspond, selon ses mots, à son côté positif et à sa personnalité qui ne se laisse pas abattre.

Puis elle nous interpelle sur la décoration de son sapin. Les boules et les guirlandes qui l'entourent sont de couleurs plus sombres : marron, noir, violet. Marine explique alors que ces décorations, qui viennent ternir le sapin, représentent ses douleurs. Mais ce n'est pas ce que l'on remarque au premier abord car selon elle « on n'est pas que maladie ». « Ce n'est pas la maladie qui va dominer ma vie », finit-elle par dire. Je remarque, qu'à l'évocation de sa maladie, son sourire laisse place à un visage sérieux.

Le dessin de Marine lui ressemble. Il est à l'image de ce qu'elle laisse voir : un sourire et une bonne humeur qu'elle tient beaucoup à faire paraître, et auxquels son état affectif semble correspondre, malgré un corps enserré par la douleur, comme les guirlandes viennent enserrer le sapin.

III- Epilogue

1) Synthèse de l'équipe soignante

C'est cet esprit qualifié de « positif » par les soignants, ainsi qu'un bon investissement qui se sont fait ressentir durant l'hospitalisation de Marine. Je constate à la lecture du dossier qu'elle s'est montrée presque toujours souriante et dynamique au cours de la semaine. Marine juge son

humeur « bonne », elle précise que, malgré une anxiété présente, son moral s'est amélioré (HAD : D :7/21 A :11/21) grâce à la rencontre d'un professionnel exerçant la médecine chinoise et le magnétisme. Elle avait rencontré celui-ci à la suite de sa dépression, causée par le harcèlement subi sur son ancien lieu de travail.

Cependant l'équipe soignante m'explique qu'elle pressent une « façade » chez Marine. Son sourire et son dynamisme sembleraient faire défense chez elle. En effet, au cours de la semaine Marine confie à l'équipe ne pas savoir « se poser », car pour elle « cela reviendrait à s'écrouler ». Elle ajoute qu'avant l'intensification de ses douleurs, elle était très maniaque. De plus, elle explique ne jamais réussir à s'apaiser intérieurement. Il lui est alors conseillé de lâcher prise, et de ne pas se freiner dans la communication.

2) *Contradiction d'un discours*

Alors que Marine parle de ses douleurs et de sa maladie avec sérieux et pragmatisme, une contradiction est prégnante dans le récit de sa vie conjugale. En effet elle emploie le ton de la plaisanterie pour évoquer la dégradation de sa relation avec son conjoint.

Lors des rencontres que j'ai eues avec Marine, et des échanges avec l'équipe soignante, elle a toujours parlé de la dureté de son mari en riant, tandis qu'à l'entretien de fin d'hospitalisation, où son conjoint est présent, elle est apparue inquiète pour l'avenir. Marine a besoin de reconnaissance, d'être rassurée et encouragée, mais Yohan semble sceptique sur son état, et il ne cherche pas à la comprendre. Une situation difficile, notamment due à un manque de communication, qu'elle minimise derrière son sourire et sa « bonne humeur ». Son dossier parle d'une « conjugopathie en voie d'enkystement ». Une thérapie de couple leur est alors suggérée par le psychologue et l'équipe.

Partie III – Léa – Défaut de la fonction contenante du corps : l'expérimentation d'un corps à travers des conduites inscrites dans l'excès

I- Éléments du dossier

1) *Raison de l'hospitalisation*

Au début de mon stage je fais la rencontre de Léa, une jeune patiente de vingt-sept ans. Elle est accueillie au Centre pour des douleurs chroniques rebelles dues à une hernie discale L5-S1 sur lombosciatalgie droit. Ses premières douleurs au dos sont apparues à la suite du travail particulièrement physique qu'elle exerçait en maison de retraite, dans le cadre de sa formation d'aide-soignante.

Elle est également admise pour un sevrage médicamenteux de Lyrica et de Morphine, auxquels elle a développé une addiction. Dans ce cadre Léa reste deux semaines en hospitalisation, avec un retour chez elle le week-end.

2) Profil poly-addictif et anxieux

Léa est devenue dépendante aux médicaments : elle reconnaît prendre son traitement dans la recherche d'un effet « shoot », et non uniquement pour un effet antalgique. Son cocktail médicamenteux, comme elle le nomme, lui fait du bien, autant physiquement que moralement. Mais elle souligne être vraiment dépendante aux médicaments depuis qu'elle ne travaille plus. De ce fait Léa aborde avec une grande appréhension son sevrage. En outre, sans succès, elle avait déjà essayé d'arrêter seule son traitement, et a très difficilement vécu cette période. Elle est très angoissée à l'idée de la revivre : « c'était les pires jours de ma vie ».

Mais la conduite addictive de Léa n'est pas récente, et ne se trouve pas seulement dans sa dépendance aux médicaments. Effectivement son dossier relate plusieurs comportements addictifs, notamment à travers la pratique de sport à haut niveau, mais aussi dans son alimentation. Léa mange beaucoup, surtout quand ça ne va pas, et est sujette à des crises de boulimie. Suite à cela, elle a pris douze kilos en peu de temps. Cette prise de poids est difficile à vivre pour elle : « je ne suis pas bien dans ma peau, je n'accepte pas ma nouvelle image ».

Ce sont également des relations caractérisées par l'excès que Léa entretient avec ses proches.

3) Relation familiale

Léa explique avoir une relation fusionnelle avec sa mère⁸ : « On s'aime comme on s'engueule, parfois il y a des gros conflits, on se fait la tête pendant quinze jours et ensuite ça va mieux. ». Cette relation est marquée du fait de l'absence de son père, puisque dès son plus jeune âge, à neuf mois, ses parents se séparent. Sa mère était alors âgée de vingt ans lorsque Léa est née. Ainsi, Léa parle d'un « père absent » et d'une « mère immature, qui a toujours eu des hauts et des bas ». Les conduites addictives auxquelles elle se livre pourraient être témoins de la tentative de combler un vécu abandonnique laissé par son père.

Face à l'absence du père nous retrouvons un déplacement générationnel. En effet Léa est très proche de son grand-père maternel : « il m'a beaucoup élevée comme sa quatrième fille, et pour moi c'est comme mon père », « mon grand-père, ma mère, moi et mon fils on est très proches ». Car Léa entretient également une relation très forte avec son fils de deux ans, et à ce propos, elle

⁸ Génomogramme en annexe n° 4

déclare ne vivre que pour lui. De ce fait, l'un des objectifs de soins formulés pour son hospitalisation, est de réduire les douleurs afin de passer plus de temps avec lui.

Nous retrouvons donc chez Léa des relations qui s'inscrivent dans l'extrême : soit dans le *trop*, illustré par la relation fusionnelle qu'elle entretient avec sa mère et son fils ; soit dans le *manque*, caractérisé par l'absence de son père.

C'est encore un autre excès dont Léa a été la cible lors de sa relation avec son ancien conjoint : la violence.

4) *Mise à mal d'un corps*

En effet Léa a été victime de maltraitance de la part de son ancien compagnon, elle parle de cette période en disant : « il a eu la main lourde sur moi ». A l'âge de dix-neuf ans, suite à des violences elle a dû se rendre à l'hôpital où on lui a diagnostiqué deux traumatismes crâniens et une cervicale fracturée. En conséquence à ces événements Léa avait rencontré une psychologue car, selon ses mots, elle « n'était pas bien du tout moralement ».

Aujourd'hui Léa se sépare de son nouveau compagnon, Étienne, le père de son fils. Étienne est très affecté par leur séparation, il vient de prendre beaucoup de poids. Léa nous informe qu'il a des problèmes de consommation de cannabis.

Dans ce contexte de séparation elle confie à l'équipe soignante être angoissée de laisser son petit garçon pendant deux semaines. De plus elle fait part de son impression de ne pas savoir choisir ses compagnons, et ajoute ne pas croire qu'elle puisse être heureuse avec quelqu'un.

Léa se montre fragile et vulnérable suite à de cette situation difficile. Elle dit avoir un manque de confiance en elle, contrairement à l'assurance qu'elle laisse paraître. Selon ses mots elle s'est toujours sentie dévalorisée, « moche, grosse, et nulle ». Dans ce contexte, il est renseigné dans son dossier qu'elle voit une infirmière psychologue qu'elle avait déjà rencontrée à l'occasion de ses antécédents de maltraitance.

5) *Douleur et altération du lien social*

Sa séparation et ses douleurs affectent beaucoup son état psychique, Léa évoque des idées suicidaires, mais précise : « je ne le ferai pas parce que je ne veux pas faire ça à mon fils ». Elle craque parfois mais jamais devant celui-ci. Léa éprouve une grande culpabilité, estimant qu'elle ne peut pas s'occuper de son fils correctement du fait de ses douleurs. Le seul moment où elle n'a pas eu mal était lorsqu'elle était enceinte.

Reprendre une activité professionnelle au plus vite est un objectif auquel Léa est très attachée. Avant d'être en arrêt maladie, elle a enchaîné plusieurs CDD, jusqu'à son dernier emploi qui était assistante commerciale et négociatrice en immobilier, comme son grand-père maternel. Travailler

pour se sentir indépendante, notamment au niveau financier, et maintenir ainsi un lien social est un besoin chez Léa.

II- Mes rencontres avec Léa

1) Premier entretien

Ma première rencontre avec Léa se fait le matin dans sa chambre d'hôpital. J'assiste en tant qu'observatrice à l'entretien individuel que mène le psychologue. Léa est à la fin de sa première semaine d'hospitalisation, et retourne chez elle le lendemain pour le week-end, avant de revenir lundi pour une seconde semaine. Sa coiffure m'intrigue, Léa a les cheveux blonds détachés, avec une mèche noire sur le devant.

Le psychologue lui demande comment s'est passée sa première semaine. Léa est contente de celle-ci, et explique se sentir comme dans un « cocon » au sein du Centre de la Douleur, puis ajoute apprécier l'équipe soignante qu'elle trouve à l'écoute et bienveillante, surtout Camille, une interne avec qui elle s'entend bien.

Elle exprime ensuite son sentiment d'ambivalence quant à la question de son retour chez elle pour le week-end. En effet Léa nous dit être heureuse de retrouver sa mère et son fils qui lui manque beaucoup. Elle parle à nouveau de leur relation fusionnelle déjà évoquée en entretien de pré-admission avec le psychologue, et lors des échanges avec l'équipe soignante. Cependant Léa nous confie être également angoissée à l'idée de quitter le centre qui semble avoir une fonction maternante pour elle. De plus elle nous fait part de sa crainte de ne pas pouvoir gérer elle-même son traitement en dehors de l'hospitalisation, et de « retomber » dans une consommation addictive.

Le psychologue la questionne sur ce comportement addictif qui apparaît sous différentes formes dans son dossier médical. Léa nous confirme alors être passée par plusieurs addictions en plus de sa consommation de médicaments. Ainsi elle revient sur ses crises de boulimie, et ajoute que plus récemment elle effectue des achats compulsifs, dans lesquels elle dépense beaucoup d'argent, et qu'elle regrette ensuite.

À la fin de l'entretien, Léa parle de son caractère et se définit comme étant « un peu grande gueule ». Cette attitude lui permet de dissimuler un profond manque de confiance en elle, ayant augmenté depuis sa récente prise de poids, qui, selon Léa, est due à sa dépendance aux médicaments et à ses crises de boulimie. Ainsi elle porte un regard très négatif sur son corps : « quand je me regarde dans la glace j'ai envie de vomir », « j'ai pris du poids et je le vis très mal ».

2) Deuxième entretien, hypnose

Je retrouve Léa au début de sa deuxième semaine d'hospitalisation pour une séance d'hypnose effectuée par le psychologue. Il y a donc peu d'échanges durant cette deuxième rencontre. Au début de l'entretien Léa nous dit être contrariée car le père de son fils est arrivé en retard pour venir s'occuper de lui cette semaine. Le psychologue propose alors de commencer la séance d'hypnose par l'évocation d'un souvenir agréable de son week-end, afin qu'elle soit davantage apaisée pour effectuer la séance. Les yeux fermés et confortablement installée dans son fauteuil Léa évoque être au restaurant avec sa mère et son fils. Puis le psychologue lui propose d'aller dans un lieu où elle se sent bien, en sécurité, par le moyen de transport qu'elle souhaite. Léa va à la mer, en voiture, toujours accompagnée de son fils et de sa mère. Elle semble plus apaisée qu'au début de l'entretien.

Léa se montre très réceptive à l'hypnose. Une fois la séance terminée le psychologue la laisse sortir tranquillement de son état hypnotique.

3) Groupe de parole

La même journée je revois Léa au groupe de parole. Je remarque qu'elle s'est apprêtée, elle est maquillée, bien coiffée, avec de grandes boucles d'oreilles. Tous les patients sont présents au groupe, ainsi que le psychologue. Léa retrouve également Camille, l'interne avec qui elle semble avoir investi une bonne relation.

Le psychologue demande aux patients s'ils désirent aborder un thème particulier. Ceux-ci évoquent alors le sentiment d'inutilité qu'ils ressentent parfois, notamment au sein du champ socio-professionnel. Léa intervient peu pendant ces échanges. Puis la question de la féminité et de l'apparence physique est abordée par les patientes présentes. Celles-ci expriment leur sentiment de laisser parfois leur corps à l'abandon, et de n'avoir aucune autre relation avec lui qu'à travers la douleur. Lorsque ce sujet est abordé Léa baisse la tête et se met à pleurer. Elle quitte alors le groupe accompagnée par Camille.

Une fois le groupe de parole terminé Léa revient dans la salle pour s'excuser d'être partie, elle fait alors part de sa difficulté à accepter son propre regard, ainsi que celui des autres sur son corps. Léa me donne l'impression de faire une « coupure » entre sa tête et le reste de son corps. Ainsi son maquillage, sa coiffure et ses grandes boucles d'oreilles, attirent le regard sur son visage, ce qui fait oublier son corps aux autres et à elle-même.

Après cet échange, le psychologue propose à Léa de participer à l'atelier d'expression graphique qui a lieu le lendemain. Léa est très motivée par cette idée, d'autant plus qu'elle a noué une complicité avec les deux autres patientes qui seront également présentes à cet atelier : « on sera les trois copines ».

4) Art thérapie : Propagation de la douleur et espoir de guérison

C'est donc au cours d'un atelier d'expression graphique, auquel je participe, que je vois Léa pour la dernière fois. Je remarque encore une fois qu'elle s'est apprêtée. Léa demande si l'interne Camille peut assister à l'atelier, mais celle-ci n'est pas disponible. De plus nous sommes déjà 3 personnes de l'équipe soignante à assister à l'atelier qui se fait en groupe restreint.

Le thème est énoncé: Pour vous vos douleurs cela ressemble à quoi ? Léa se saisit de pastels et dessine un arbre sur une feuille blanche⁹. Son arbre, et ses nombreuses branches parsemées de feuilles noires, rouges, vertes, jaunes et orange, occupent tout l'espace de la feuille. Une fois son dessin achevé elle choisit de le nommer « Georges ».

Après les réalisations de chacune des patientes, un tour de table est fait où les personnes commentent les dessins. Lorsque nous donnons nos impressions sur le dessin de Léa, je remarque que celle-ci a les larmes aux yeux. Nous évoquons la possibilité que l'arbre la représente, et qu'il ressort des éléments positifs de ce dessin, comme les feuilles vertes qui pourraient faire référence à l'espoir, tandis que celles de couleur noire et rouge souligneraient sa douleur, ou son état affectif. Enfin l'appellation « Georges » laisserait penser que c'est un arbre âgé.

Après ne pas être intervenue pendant les commentaires des autres, c'est au tour de Léa de parler de son dessin. Elle confirme alors que l'arbre la représente elle, et plus précisément le tronc représente son dos douloureux. De plus elle explique que toutes les branches de l'arbre représentent la propagation de ses douleurs, ses effets indirects, que ce soit sur ses relations affectives, sur son métier qu'elle ne peut plus exercer, mais aussi sur son apparence physique.

Léa s'attarde ensuite sur les feuilles de l'arbre. Celles de couleur noire sont des feuilles qui vont tomber, elles représentent les douleurs qui disparaissent. Les feuilles vertes quant à elles sont l'espoir d'aller mieux. Enfin les feuilles orange et jaunes correspondent aux douleurs toujours présentes, mais désormais plus supportables. Léa nous explique qu'elle a nommé son arbre « Georges » car c'est un prénom ancien, et malgré le fait qu'elle soit jeune, elle a l'impression d'avoir le corps d'une vieille personne. Lors de l'explication de son dessin Léa se montre encore une fois très émotive et pleure.

Puis c'est au tour d'une autre patiente de parler du dessin qu'elle a réalisé : deux galets gris qui se chevauchent dans un écrin de verdure, surplombés d'un ciel bleu et gris. Les deux galets représentent elle et sa fille, dont elle est très proche. Quant au ciel plus sombre, il fait référence à un avenir menaçant face à une incertitude. Lors de son explication cette patiente se met à pleurer. Léa prend alors son bras et lui dit « tu vas t'en sortir ».

⁹ Dessin en annexe n° 5

Même si de forts affects ont été mobilisés, Léa est très contente de cet atelier d'expression graphique. Elle et une autre patiente demandent s'il y a la possibilité d'avoir des crayons et des feuilles, ainsi qu'un autre thème, pour continuer à dessiner. Le psychologue propose alors à Léa de travailler sur la représentation de son corps, qui lui pose problème.

III- Épilogue

1) *Le maintien d'un lien*

L'importance du travail sur l'axe médicamenteux, et sur l'axe psychologique a été prédominant durant les deux semaines d'hospitalisation de Léa. Ceci à travers l'arrêt progressif de ses dépendances au Lyrica et à la Morphine, ainsi qu'une diminution de son anxiété, notamment grâce à la relaxation et l'hypnose. L'arrêt de sa dépendance au Lyrica a pu se faire, mais elle a difficilement réussi à gérer l'arrêt de la morphine, elle se dit déçue sur ce point. Malgré cette déception, son anxiété semble s'être atténuée, laissant place à un apaisement.

À son départ, Léa s'est dit très contente de l'hospitalisation et des personnes qu'elle y a rencontrées. L'équipe soignante a noté un très bon investissement de sa part. Elle reste demandeuse de soutien, et souhaite garder le rythme qu'elle a trouvé au Centre de la Douleur. Ainsi un lien est maintenu avec le Centre : aujourd'hui elle revient pour des suivis menés par Camille, l'interne qu'elle a beaucoup investie. Ensemble, elles continuent à travailler sur les dépendances médicamenteuses de Léa, puisque celle-ci avait à nouveau augmenté sa consommation de Lyrica. Camille propose de mettre en place une délivrance de médicaments par jour ou à la semaine. Léa plaisante alors en disant que cela sera l'occasion d'aller voir plus souvent son pharmacien, qu'elle apprécie et trouve beau.

Enfin, Camille m'apprend que Léa et son compagnon Étienne évoquent le fait de vivre à nouveau ensemble.

Problématique

Longtemps clivée des affects du patient, la douleur fait aujourd'hui l'objet d'une prise en charge, et d'une recherche de soulagement, voire de sa disparition. Nous avons perçu à travers la présentation de Jean, Marine et Léa, que bien que la douleur soit un ressenti propre et subjectif, par ses effets elle s'immisce également en dehors du sujet, notamment à travers l'altération de ses liens sociaux. La douleur « contamine », elle se propage dans plusieurs dimensions, comme l'a illustré Léa par le dessin de son arbre.

Alors, au gré de mes rencontres avec Jean, Marine et Léa, j'ai pu constater que la douleur apparaissait comme une toile de fond, sur laquelle se peignent les problématiques affectives de chacun. J'ai également remarqué que bien que cette douleur soit commune à tous, elle est vécue et abordée différemment par chacun de ces trois patients.

La multiplicité de ces interrogations et réflexions m'a donc amenée à axer ma problématique sur les aménagements que chaque patient met en place face à la pérennisation de sa douleur, et de ses effets dans son lien à l'autre.

Pour réfléchir à cette problématique, nous pouvons poser plusieurs hypothèses que nous tenterons d'éclairer par une articulation théorico-clinique dans la troisième partie de ce mémoire. Ainsi à travers ces trois rencontres nous serions à même de penser que :

- La douleur physique entraîne chez les patients une souffrance psychique
- Une altération des liens sociaux se fait ressentir. De plus la préservation ou la dégradation de ce lien influence la souffrance psychique
- Chaque patient fait une économie psychique singulière de sa douleur chronique, en fonction de ses propres ressources, relatives à son vécu actuel et passé.
- La douleur amène à une modification corporelle vécue comme une atteinte narcissique pour le sujet, elle désorganise les limites du corps.



Articulation théorico-clinique

I- De la douleur chronique à la souffrance psychique

1) *Une douleur qui isole, et une souffrance qui ne se partage pas*

Freud (1914) théorise l'existence d'un double placement de la libido : une libido narcissique, qui est propre au Moi, et une libido d'objets, qui s'attache aux objets extérieurs au Moi. Ces deux libidos viennent en opposition, ainsi : « plus l'une absorbe, plus l'autre s'appauvrit » (Freud, 1914, p.83). Plus loin dans son ouvrage, il précise : « il nous semble aller de soi que celui qui est affligé de douleur organique et malaises abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur, pour autant qu'elles n'ont pas de rapport avec sa souffrance. Une observation plus précise nous apprend qu'il retire aussi son investissement libidinal de ses objets d'amour, qu'il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre » (Freud, 1914, p.88-89). Ceci viendrait alors éclairer, chez Marine, Jean, et Léa la dégradation de leurs relations familiales, suite à la persistance de leurs douleurs.

En outre, contrairement au plaisir, « la douleur ne se partage pas [...] chacun est seul en face d'elle. » (Anzieu, 1985, p.228). En effet, à travers l'incompréhension du conjoint de Marine, mais aussi par le biais de la fuite dont Jean est l'objet, par son envie de « partir loin », et fait l'objet, suite au départ de sa fille chez sa grand-mère, nous avons pu remarquer, que la souffrance isole. Cet isolement est renforcé chez Jean et Léa à la suite de l'arrêt de leur activité professionnelle, qui semblait tenir lieu d'investissement de libido d'objet et porteur de liens sociaux.

Enfin, la douleur clive, et « je n'existe plus en tant que Je : la douleur est » (Anzieu, 1985, p.228). Ainsi l'omniprésence de la douleur s'illustre bien dans le cas de Jean, qui semble être incapable de formuler tout autres désires, hormis la suppression de celle-ci.

2) *Douleur chronique et douleur aiguë*

Dans notre cas nous distinguerons la douleur aiguë, qui se caractérise comme signal d'alarme, de la douleur chronique qui revêt un caractère durable (Houart, 2003). Alors, si « le malade retire ses investissements de libido sur son moi pour les émettre à nouveau après la guérison » (Freud, 1914, p.89), nous pouvons nous demander ce qu'il advient lorsque la douleur devient pérenne, et que nous parlons non pas de guérison mais plutôt d'apaisement des douleurs, et d'amélioration de la qualité de vie.

Alors le dessin de Léa pourrait venir en réponse à l'effet de cette pérennisation de la douleur, les branches de son arbre illustrant la propagation de la douleur dans plusieurs domaines : l'environnement familial, le corps, le travail, etc.

Synthèse

Dans cette première partie, nous avons pris connaissance des aspects théoriques importants pour comprendre les mouvements psychiques qui s'opèrent lorsque la douleur surgit. De plus, nous avons constaté que, lorsqu'elle prend un caractère chronique, les effets de la douleur semblent être multidimensionnels.

II- Altération du lien à l'autre

1) La répression des affects chez Jean

L'isolement, que nous avons évoqué plus tôt, semble être présent jusque dans la communication verbale chez Jean. Il ne semble pas y avoir de place pour accueillir ses mots – ou maux – au sein de sa famille. En effet il n'évoque pas ses ressentis, jugeant sa femme trop fragile, et son entourage peu aidant. Il se retrouve alors seul face à ses affects qui, lorsqu'ils seront évoqués au cours de l'hospitalisation, se révéleront violents.

Cette résistance se fait également ressentir dès la première rencontre avec Jean. En effet lorsque j'aborde des questions sur son état psychique, je sens chez lui davantage de résistance, son discours se fait plus bref, ses phrases sont parfois même inachevées : « je prends des médicaments pour ». Nous pouvons alors mettre en lumière chez Jean une répression des affects, décrite par Laplanche et Pontalis (1967), qui en opposition au refoulement agit comme « un mécanisme conscient jouant au niveau de la "seconde censure" que Freud situe entre le conscient et le préconscient ; il s'agirait d'une exclusion hors du champ de conscience actuel et non du passage d'un système (préconscient-conscient) à un autre (inconscient). Du point de vue dynamique, les motivations morales jouent dans la répression un rôle prédominant » (Laplanche et Pontalis, 1967, p.419). Le caractère tabou que prennent ses douleurs dans son environnement familial, se feraient motivations d'une telle répression chez Jean.

En outre, lorsque je le questionne sur l'arrêt de travail de sa femme, il ne souhaite pas préciser la raison. J'ai alors le sentiment étrange d'être une « intruse » à qui il ne voudrait pas se livrer. De plus je vis cette situation sous l'ordre d'une castration imaginaire puisqu'il me fait savoir que je n'aurai pas accès à ces informations. Il réitère cette castration auprès de l'équipe

soignante : « j'ai des choses à dire mais je ne les dirai pas. », imposant ainsi sa résistance dès son arrivée au Centre de la Douleur.

2) Marine : responsable de sa maladie

Ce qui peut retenir notre attention chez Marine, c'est l'attitude de son mari à son égard. En effet celui-ci se montre plus dur avec elle depuis l'annonce de ses diagnostics. Comme si cela avait pour conséquence de figer la maladie, et la rendre ainsi irrévocable.

Son couple semble construit sur un idéal : « On veut que tout soit parfait », elle et son conjoint ont des objectifs très élevés, nous pouvons alors penser que la maladie de Marine viendrait entacher cet idéal, et qu'ainsi son mari la tiendrait responsable de cet échec. Nous constatons alors un paradoxe, où la maladie de Marine est plus difficilement vécue par son mari que par elle-même. L'humour semble alors venir comme moyen de défense chez Marine, exprimant la dureté de son mari en riant, comme pour dédramatiser la situation.

Synthèse

Ainsi nous remarquons au travers de la réaction de l'entourage chez Marine, ou la répression de ses propres affects chez Jean, que la douleur mène à une altération du lien à l'autre : le sujet est forclos. Nous allons tenter maintenant de comprendre les aménagements qui peuvent être mis en place face à ces altérations qu'entraîne la douleur.

III- Les aménagements face aux effets de la douleur

1) Marine : « on n'est pas que douleur »

a) « Objectualisation » de la souffrance

Dans le discours de Marine, nous pouvons remarquer qu'elle semble avoir mis ses douleurs et maladies à distance. En effet elle parle davantage de maladie, qui relève d'un diagnostic, que de douleur, qui est un ressenti subjectif. Nous pouvons alors nous demander, en nous référant aux travaux de L.Slama (1987) si cela pourrait être témoin d'un processus « d'objectualisation » de la souffrance chez elle. Nous émettrons alors l'hypothèse qu'un travail de restauration narcissique, qui « consiste en une transformation en objet de ce qui est provoqué par la maladie à savoir la blessure narcissique » (Slama, 1987, p.14), se serait opéré chez Marine, et qu'il y aurait alors « un passage de la souffrance corporelle à la souffrance psychique ».

correspondant à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet » (Ibid.)

De plus, sans les réduire à quelque chose de purement somatique, Marine met un point d'honneur à ne pas laisser la maladie la définir : « Ce n'est pas la maladie qui va dominer ma vie ». Nous constatons ici la détermination à ne pas vouloir rester passive face à ses douleurs, il y aurait chez Marine la tentative de reprendre une forme de contrôle sur sa maladie, qui justement se caractérise par son comportement anarchique. Elle exprime également cette volonté dans son objectif d'apprendre à mieux gérer ses douleurs, notamment grâce à l'anticipation des crises.

C'est aussi à travers le dessin qu'elle réalise que nous relevons cette mise à distance et cette volonté de contrôle. En effet, comme dans son discours, la maladie et la douleur ne sont pas prégnant dans sa réalisation. Son dessin est inattendu, il s'en dégage quelque chose de joyeux, qui vient contraster avec ce qui est habituellement réalisé dans cet atelier. Nous constatons certains aspects antagonistes dans son dessin : la couleur rouge de la feuille qui pourrait invoquer la douleur est finalement source d'apaisement chez Marine, de plus, les boules et guirlandes qui évoquent les fêtes représentent en réalité la douleur. Ces décorations sont indissociables pour donner au sapin sa qualité d'arbre de Noël, alors, tout se passait comme si, après tout ce temps, ses douleurs faisaient « partie du décor ».

b) Une identité professionnelle valorisante, en dépit d'une sphère familiale avilissante

Malgré ses douleurs, Marine continue d'exercer son travail de vendeuse indépendante à domicile, dans lequel elle dit s'épanouir professionnellement. En effet, à travers ses propos, nous pouvons remarquer qu'il semble lui procurer une image valorisante : « c'est ma fierté », mais qu'il vient également comme un repère auquel elle se raccrocherait, notamment face à ses douleurs et à la détérioration de sa relation conjugale : « heureusement que j'ai mon travail ». Nous forgerons alors l'hypothèse que, dans un premier temps, conserver son activité professionnelle est prévalent pour Marine car elle est porteuse d'une identité sociale valorisante, et lui permet de s'inscrire dans le champ social. A cela nous pouvons citer M.Pezé (2002) qui évoque la centralité du travail dans les enjeux de construction identitaire, en particulier « dès lors que le regard des autres joue son rôle narcissisant ou laminant ». Après avoir subi un harcèlement moral sur son ancien lieu de travail, Marine se retrouve aujourd'hui indépendante et responsable d'une équipe, de plus son activité semble bien réussir. Ainsi son métier pourrait avoir un rôle narcissisant. Nous pouvons voir ici une double valorisation : l'une venant sur les traces d'un supposé traumatisme causé par le harcèlement, et l'autre par la réussite sociale malgré ses douleurs.

Dans un second temps, nous pouvons supposer que son métier occupe également une place prégnante car il vient en opposition avec sa sphère familiale. En effet, alors que sa profession lui apporte une identité valorisante, lorsque Marine est chez elle, elle se sent « bonne à rien ». Elle rencontre des difficultés avec son mari qu'elle juge plus « dur » avec elle depuis l'annonce de ses diagnostics. Nous pouvons alors présumer que le comportement de son conjoint à son égard lui refléterait seulement l'image d'une personne douloureuse chronique, tandis que Marine, elle, paraît avoir relégué sa maladie sur un second plan « ce n'est pas la maladie qui va dominer ma vie ». Elle ne semble pas alors trouver de soutien de la part de son mari, qui pourrait venir l'étayer dans son processus de revalorisation narcissique. Nous pouvons constater un décalage dans la vision des deux époux.

Ainsi nous sommes à même de penser qu'en dépit de la sphère familiale, Marine trouve un lieu de projection de ses investissements libidinaux en son travail, qui serait porteur de ce que Freud (1914) définit comme objet de libido, et ainsi générateur de liens sociaux. La valorisation véhiculée par le travail est d'autant plus importante pour Marine, qu'elle viendrait contrebalancer la détérioration de sa relation conjugale, où elle serait réduite seulement à une personne douloureuse.

2) *Jean et l'absence d'aménagement défensif*

a) De la tentative de réinvestissement à la douleur d'un échec

Si, comme dans le cas de Marine, lorsqu'il est conservé le travail peut permettre de garder un lien social et une identité, dans d'autres cas la perte de celui-ci « provoque une blessure profonde dans l'identité des personnes et amène une désagrégation (ou, à tout le moins, un déficit d'étayage) de leurs personnalités » (Enriquez, 2005, p.10). Pour illustrer cela, intéressons-nous aux conséquences de l'arrêt du métier de pâtissier chez Jean. En effet cette profession est fortement imprégnée du lien social, il favorise le lien à l'autre présent dans la relation entre client et commerçant. Ainsi lorsque Jean se voit contraint d'arrêter son activité, malgré sa volonté, ce n'est pas seulement son métier qu'il perd, mais aussi son lien à l'autre.

Mais c'est surtout lors du retour de son voyage au Canada que nous pouvons constater les conséquences néfastes de la perte de son emploi. Ses douleurs ayant disparu lors de son séjour, nous pouvons supposer que son projet d'ouverture d'une pâtisserie avait permis à Jean de réinvestir sa douleur au dehors de son Moi. Son projet ayant échoué, il rentre en France avec sa femme. Ce retour est concomitant à la reprise et l'augmentation de ses douleurs. Ainsi en nous appuyant sur l'article de Dimon N. (2006) qui précise que « le travail est constructeur de sens, d'identité. Dans une situation de non emploi tout cela s'effondre et il est difficile pour le sujet de

reconsidérer son désir pour le sublimer ailleurs. Ainsi les valeurs que véhicule le travail sont profondes et mettent en scène les affects du sujet », nous émettrons l'hypothèse que l'accroissement de ses douleurs est secondaire à son échec professionnel, et non pas seulement à son retour du Canada, où il disait « bien se sentir ». Tout se passe comme si sa souffrance n'était désormais plus en lien avec la cause première de ses douleurs : son accident, mais plutôt en lien avec l'échec de son projet. Celui-ci semble prendre une dimension psychosomatique qui s'exprime à travers l'augmentation de ses douleurs : Jean a mal à son échec.

Enfin quand il retrouve un emploi en France, Jean est à nouveau confronté à un échec : ses douleurs l'incapacitant, il est contraint d'arrêter son activité. En perdant son travail et en prenant conscience qu'il ne pourra plus exercer son métier, nous pouvons penser que c'est alors l'identité professionnelle sur laquelle il s'est construit et dans laquelle il s'est toujours inscrit dans le champ social, qui se désagrège. En effet pâtissier est le métier qu'il a toujours exercé, de plus nous pouvons supposer que cette perte est d'autant plus grande qu'il était à son compte avant son départ au Canada. C'est alors une atteinte portée à son identité tout entière (Dimon, 2006, p.56).

Il nous est alors permis de penser que l'état dépressif dans lequel se trouve Jean serait en réaction à l'altération de son identité et à la rupture des liens sociaux, suite à la perte de son activité de pâtissier.

b) La fuite ou la disparition

Si Jean ne fait que rarement part de ses affects, lorsqu'il exprime ceux-ci, ils laissent transparaître un sentiment d'impuissance, auquel vient se mêler le désespoir et la détresse d'une guérison qui se fait attendre : « on a tout essayé ». A cela Jean ne voit que deux solutions : fuir sa famille « partir loin d'eux », ou comme sa femme, se suicider.

Tout d'abord, attardons nous sur ce qui est pour Jean sa première solution : fuir sa famille. Jean ne paraît pas trouver d'étayage auprès de celle-ci, elle semblerait même lui faire défaut. « En cas de danger extérieur, la nature organique se livre à une tentative de fuite, elle commence par retirer l'investissement de la perception du dangereux » (Freud, 1926, p.95), cette fuite nous paraît alors analogue à l'état de Jean, où un climat mortifère semble émerger de l'environnement familial. Celui-ci s'apparentant à une source de souffrance pour Jean, il nous est alors permis de penser qu'en fuyant sa famille, cela serait un moyen de faire disparaître ses souffrances. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que « partir loin d'eux » ferait écho à son voyage au Canada. En effet pendant celui-ci les douleurs de Jean avaient disparu, partir à nouveau signifierait-il alors pour lui une nouvelle disparition de ses douleurs ?

Revenons maintenant sur ce que Jean nomme son autre solution : faire comme sa femme, c'est-à-dire se suicider. Nous remarquons alors que pour Jean la mort est une solution à l'anéantissement de ses douleurs. Nous pouvons apporter ici la réflexion de Green (2011) sur le paradoxe de la pulsion de destruction. Celui-ci s'étaye sur le modèle freudien pour qui la force de destruction initiale est tournée vers l'intérieur, elle habite l'intérieur d'un sujet ou d'un organisme. La destructivité est d'abord interne, ainsi lorsque sentiment d'impuissance et de désespoir se font trop longtemps ressentir, un paradoxe naît : pour pouvoir supprimer ces sentiments, c'est soi que l'on devrait supprimer. Le fait de ne pas avoir pris le temps de se soigner juste après son accident a généré une colère chez Jean, aujourd'hui s'ajoute à celle-ci le sentiment d'être au bord de l'explosion, du débordement. Face à ses affects violents, que nous pourrions apparenter à une pulsion de destruction, pour Jean le suicide viendrait alors comme délivrance.

Cependant, nous pouvons remarquer que dans ses propos Jean ne formule jamais clairement son désir de mort. En effet, en pré-admission c'est moi qui évoque la possibilité d'idées suicidaires, à quoi il me répond : « on verra après », de plus lorsqu'il parle de faire une tentative de suicide il dit « faire comme sa femme ». Ainsi c'est quelque chose qu'il laisse deviner à l'autre, Jean fait appel à notre registre fantasmatique.

3) *La régression et le lien maternel chez Léa*

a) Un « cocon » maternel

Léa explique rechercher un « effet shoot » dans ses prises de médicaments, selon ses mots cela lui procure un effet bénéfique « autant physiquement que moralement ». Cela suggérerait l'idée de se retrouver dans un état second, où Léa serait comme dans une « bulle », retirée du monde extérieur. Nous pouvons y voir un mouvement de régression, analogue à celui d'un nourrisson qui serait dépendant de son entourage. De plus, ce qui pourrait s'apparenter à une « démission de son corps » se fait à la suite de vécus éprouvants : la douleur, la violence, sa prise de poids. Il s'en dégage un sentiment de « trop plein » chez Léa. Nous supposons alors que par l'intermédiaire de ses crises de boulimie, elle semble avoir voulu éliminé ce « trop plein ».

Nous retrouvons cette idée de régression lorsque je rencontre pour la première fois Léa. En effet elle confie se sentir comme dans un « cocon » au Centre de la Douleur, et l'idée d'en sortir est source d'angoisse pour elle. Cette évocation suscite en moi l'image d'un enfant recroquevillé dans le ventre de sa mère, et qui serait protégé de tous stimuli externes. Alors elle abandonne son corps au Centre, auquel elle semble attribuer une fonction maternelle. Pour étayer cette réflexion nous nous référons aux travaux d'Anzieu (1985) et sa fonction contenante du Moi-

peau, exercée par le *Handling* maternel de Winnicott. Ainsi, comme la mère prodigue les soins à son enfant, le Centre prodigue des soins à Léa.

Enfin, nous émettrons l'hypothèse que cette « bulle » qui semble protectrice pour Léa, viendrait à se briser avec l'arrêt de sa dépendance. L'état d'angoisse important que le sevrage suscite chez Léa peut venir renforcer cette idée, en effet la suppression d'un ersatz par excitateur pourrait être vécue comme un envahissement par trop de réel.

b) Défaut de la fonction pare-excitatrice

Nous pouvons supposer que les attaques répétées (la douleur, la violence, les crises de boulimies) à l'encontre du Moi-peau chez Léa, ont créé un déficit de la fonction pare-excitatrice. La peau de Léa serait devenue alors un étayage insuffisant pour pouvoir assumer elle-même cette fonction. Pour Anzieu (1985) ce déficit provoque, entre autre, une angoisse de perte d'objet qui amènerait à surinvestir la fonction d'étayage. Ceci viendrait éclairer l'angoisse de Léa à l'idée de son départ du Centre : elle va devoir se séparer d'un objet qu'elle a beaucoup investi, et qui semble perpétuer un lien maternel auquel Léa reste attachée.

De plus, rappelons que Freud, cité par Anzieu (1985) : « laisse entendre que la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, et cela jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction. ». Par un mouvement de régression que nous avons évoqué auparavant, le Centre serait pareil à une mère pare-excitatrice, et Léa au bébé. Ainsi nous constatons chez Léa, que sa propre fonction pare-excitatrice semble lui faire défaut. Or Léa est mère d'un jeune fils de deux ans, nous nous demanderons alors s'il est possible d'avoir cette fonction pare-excitatrice auxiliaire pour son enfant, tandis que sa propre fonction est mise à mal ? Dans le cas de Léa, nous pouvons penser que l'abandon de son corps à l'autre porteur de soin, serait la preuve du défaut de sa capacité à assumer cette fonction à la fois pour elle-même et pour son fils. Alors, nous pouvons supposer que pour tenter de conserver son rôle de mère pare-excitatrice pour son fils, Léa s'appuie sur des substituts, à travers le lien fusionnel entretenu avec sa mère, mais aussi le rôle maternant qu'elle attribue au Centre de la douleur, afin que ceux-ci garantissent une fonction pare-excitatrice à son égard. Ce qui conduit Léa à une quête constante d'étayage, de lien à l'autre dans ses relations, notamment à la recherche de substituts d'imagos maternels.

c) Désir de fusion : Le fantasme d'une double paroi et d'une peau commune

Les relations de Léa se vivent dans l'excès : l'absence de son père, la violence de son conjoint, et la fusion avec sa mère. Cette dernière serait susceptible de venir comme réponse défensive face aux deux autres. En effet « La nécessité de surinvestir ainsi l'enveloppe

narcissique apparaît bien comme la contrepartie défensive d'un fantasme de peau décharnée : face à un danger permanent d'attaques externes/internes, il faut redorer le blason d'un Moi-peau mal assuré dans ses fonctions de pare-excitation et de contenant psychique. » (Anzieu, 1985, p.154). En effet, le Moi-peau de Léa a subi de nombreuses attaques, venant percer la peau pare-excitatrice et mettre à mal la fonction de contenance.

La fusion maternelle dont parle Léa, invoque l'idée de ne faire qu'un physiquement et psychiquement. C'est l'absence de différenciation entre soi et l'autre. Chez Léa cette idée reste au sens fort « imaginaire » et s'inscrit dans le registre de la névrose, c'est une image qui se veut rassurante (Anzieu, 1985). Elle permet alors de venir pallier au déficit d'un Moi-peau trop précaire, effracté par la douleur, mais aussi par les violences conjugales dont elle a été victime.

d) Quête constante du lien à l'autre

Durant son hospitalisation, Léa semble être dans une recherche de lien à l'autre privilégié. Ceci se constate dans les relations qu'elle entretient avec deux autres patientes qu'elle nomme ses « copines », mais aussi dans son rapport avec les membres de l'équipe soignante qu'elle semble avoir beaucoup investie, surtout l'interne Camille. La relation qu'entretient Léa avec cette dernière semble favoriser un mouvement transférentiel, où Léa projette sa propre relation fusionnelle entretenue avec sa mère. Alors, nous pouvons émettre l'hypothèse que, par son attention à l'égard de Léa, et sa fonction de soin, Camille viendrait comme substitut maternel pour Léa. Ce qui conduit celle-ci à vouloir maintenir un lien constant avec elle. En effet, elle demande sa présence, à l'atelier d'expression graphique où Camille ne participe pas. Puis, lorsqu'elle quitte le groupe de parole, elle le fait accompagnée de Camille.

Une fois sortie du Centre de la Douleur, Léa gardera ce lien particulier établi durant sa semaine d'hospitalisation. En effet, c'est Camille qui effectue son suivi médicamenteux. Au cours de ces suivis, Léa lui fait des confidences, comme elle pourrait en faire à sa mère, en évoquant sa vie amoureuse, et son ressenti pour son pharmacien. A ce propos, nous pouvons remarquer, une fois encore, que Léa s'attache à une image porteuse de soin, cette fois à travers une entité masculine. Nous forgerons alors l'hypothèse que par l'intermédiaire de la figure du pharmacien, elle trouve cette fois un référent paternel porteur de soin, dont elle avait été privée par son père lorsqu'elle était enfant.

e) Désir de guérison chez Léa

Les patients du Centre de la Douleur se retrouvent entre paires douloureux chroniques, cela favorise parfois des mouvements identificatoires chez certains. C'est le cas de Léa à l'occasion d'un atelier d'expression graphique où elle participe.

Lorsqu'une patiente pleure à l'explication de son dessin (deux galets superposés dans un écrin de verdure), Léa met ses mains sur son avant-bras et lui dit « Tu vas t'en sortir ». Nous pouvons nous interroger lorsqu'elle dit cette phrase : A qui est-elle destinée ? En effet ces deux galets qui représentent la patiente et sa fille dont elle est très proche, représenteraient-ils pour Léa, par l'intermédiaire d'un mouvement identificatoire, son fils et elle ? Ou sa mère et elle, avec qui elle entretient un lien si fusionnel ? Il semblerait que le dessin de la patiente vient faire écho chez Léa. Ainsi nous pouvons supposer que cette phrase : « Tu vas t'en sortir » résonne au-delà de son intention, elle ne serait pas seulement porteuse d'espoir de guérison pour la patiente à qui Léa s'adresse mais également pour elle-même.

Synthèse

Ainsi nous avons pu constater les différents aménagements mis en œuvre face à la douleur chez Marine, Léa et Jean.

Marine ayant fait l'expérience de la douleur depuis son plus jeune âge, celle-ci semble revêtir un caractère presque familier pour elle. Alors, cela pourrait venir justifier sa mise à distance de la douleur, et au contraire de son mari, la douleur ne serait plus vécu comme « une inquiétante étrangeté » (Freud, 1885). De plus par l'intermédiaire de son travail, Marine paraît avoir conservé des investissements d'objet de libido, ceci semblerait venir pallier à la dégradation de sa relation conjugale.

Suite à plusieurs échecs, Jean lui ne semble pas trouver d'aménagement face à son état douloureux, ce qui le conduit à paradoxe : supprimer ses douleurs équivaut à se supprimer soi.

La régression à un état de dépendance, et la quête d'un lien maternel semblent être nécessaires pour que Léa puisse se constituer une peau d'étayage, et ainsi soulager ses douleurs. Par ces mouvements, elle paraît trouver un substitut à la fonction pare-excitation et contenante d'un Moi-peau qui semble lui faire défaut.

IV- Un corps qui s'échappe

1) L'altération d'un corps anatomique menant à la blessure narcissique

En plus d'être vécues sur un versant sensoriel, la douleur et la maladie s'inscrivent aussi parfois sur le corps anatomique. Celui-ci se modifie, se transforme, par les régimes alimentaires, la prise de médicaments, ou encore la sédentarité, qu'impose la douleur. Ainsi : « la visibilité symptomatique, marque de la blessure narcissique, est alors vécue sur le mode persécutoire » (Slama, 1987, p.98).

C'est chez Léa que ce mode semble être le plus manifeste. En effet l'image de son corps paraît être une problématique dominante chez elle, notamment sa prise de poids. C'est par un discours péjoratif, parfois même violent qu'elle l'évoque : « quand je me regarde dans la glace j'ai envie de vomir ». Convoquant ainsi le registre de l'oralité, son corps serait semblable à un mauvais objet qu'il faudrait rejeter : « je n'accepte pas ma nouvelle image ». Léa ne semble pas reconnaître sa propre image spéculaire¹⁰. Nous pouvons éclairer cette réflexion par le regard de Pontalis (1977) sur la douleur, qui « par vibrations et vagues successives, [...] occupe progressivement tout le terrain jusqu'à en bouleverser la géographie et en révéler une inconnue » (Pontalis, 1977, p.261). Le corps de Léa s'impose alors à elle comme un corps étranger, dont il faudrait se débarrasser.

De plus, nous pouvons émettre l'idée que son corps est empreint du regard des autres. Ainsi lorsqu'elle se retrouve en groupe, Léa se montre toujours apprêtée : elle est maquillée, et bien coiffée. Ses grandes boucles d'oreilles attirent l'attention sur son visage, comme pour faire oublier le reste de son corps. C'est alors « en référence au corps jugé, regardé que la maladie est appréhendée [...]. Le corps n'obtient qu'une réalité pleine et entière qu'en fonction de son acceptation du regard et du jugement d'autrui permettant de construire une image du corps en accord avec la configuration fantasmatique dessinée par ses désirs » (Slama, 1987, p.98). Ainsi la recherche du regard valorisant d'autrui pourrait être une tentative de restauration de la blessure narcissique chez Léa, où les conséquences de ses douleurs, notamment sa prise de poids, marquent « le décalage entre le corps fantasmé et le corps organique dont naissent le manque et la déception » (Slama, 1987, p.161). Nous pouvons également supposer que cette mise en beauté, serait un moyen pour Léa de reprendre possession de son corps, qui semble lui échapper.

2) Quand corps et psyché s'emmêlent : la disparition des limites

Chez Marine son image corporelle ne semble pas être une problématique centrale. En effet, c'est seulement dans ses objectifs de soins, qu'elle fait part de son souhait de maigrir afin de soulager son corps et son esprit. Ainsi Marine ne s'arrête pas seulement au sens propre du terme, qui vise à une perte de poids, mais elle y joint un sens figuré, avec l'évocation de l'esprit. Alors psyché et corps semblent aller de pair pour Marine. Tout se passe comme si : « avec la douleur, le corps se muait en psyché et la psyché en corps » (Pontalis, 1977, p.261). La douleur semble elle aussi avoir pris un poids, et commence à peser chez Marine.

Pontalis (1977) expose le travail de recherche de Freud, dans son œuvre *Projet* où il explique : « elle [la douleur] se caractérise essentiellement d'abord – et c'est une définition qui

¹⁰ Ici nous entendons image spéculaire comme la décrit Lacan, dans la deuxième expérience fondamentale de l'accession à la réalité qui est le stade du miroir.

restera inchangée – par un phénomène de rupture de barrières, survenant "lorsque que des quantités d'énergie excessives font effraction dans les dispositifs protecteurs" ; ensuite par une décharge, à l'intérieur, de l'investissement ainsi accru. La douleur est effraction ; elle suppose l'existence de limites du corps, limite du moi ; elle entraîne une décharge interne, ce qu'on pourrait appeler un effet d'*implosion* » (Pontalis, 1977, p.257-258). Cette « implosion » est témoin d'un *trop*, d'un surplus dont il faudrait se débarrasser, idée que Marine suggère dans son souhait de perte de poids. Comme nous l'avons constaté auparavant, cette idée est également présente chez Léa, qui par l'intermédiaire de ses crises de boulimie tente d'éliminer ce *trop*.

Synthèse

Nous pouvons voir dans cette partie que la visibilité de la douleur, ici présente dans la prise de poids, peut prendre valeur de symptôme, et devient alors une propre cause de la souffrance psychique. Par sa modification le corps brouille les limites de celui-ci, alors nous sommes témoins dans le cas de Léa et Marine de tentatives afin de reprendre le contrôle de ce corps qui devient étranger.



Conclusion

Après une longue évolution de la considération de la douleur, celle-ci fait l'objet d'une prise en charge, accompagnée du souhait de guérison chez le patient douloureux. Ainsi c'est au sein d'un Centre de la Douleur que j'ai rencontré trois patients, Jean, Léa et Marine, aux diagnostics distincts et histoires de vie bien différentes, mais tous unis par une même chose : La douleur. Bien que celle-ci soit un ressenti propre et subjectif, par ses effets, elle s'immisce également en dehors du sujet, notamment en provoquant l'altération de ses liens sociaux.

Ainsi j'ai pu constater qu'il se profilait chez les patients des problématiques affectives, suite à la pérennisation de leur douleur et de la rupture du lien social dont ils font l'objet.

À travers mes rencontres successives avec Jean, Léa et Marine, et l'articulation théorico-clinique que nous avons faite, l'objet de ce mémoire a donc été la mise en exergue des aménagements que chaque patient met en place face à la pérennisation de sa douleur, et de ses effets dans son lien à l'autre.

Ainsi chez Jean nous remarquons un anéantissement de son lien social. Celui-ci semble se faire suite à plusieurs échecs professionnels successifs, et un manque d'espace où ses maux pourraient être accueillis. Alors il ne semble pas y avoir d'aménagement défensif possible, cette situation le mène à un paradoxe de destruction décrit par Green (2011) : pour supprimer ses douleurs, c'est soi que l'on doit supprimer. Chez Léa l'aménagement psychique semble se traduire par un mouvement de régression, à entendre ici comme un retour à une période infantile. Sa quête d'un lien maternel, d'un d'étayage de son Moi-peau effracté par la douleur et la violence, agirait alors comme un dernier recours à la protection de son moi. Quant à Marine, puisque la douleur est présente chez elle depuis sa prime enfance, elle semble avoir mis en place un aménagement psychique consistant à une « objectalisation » de sa souffrance. De plus son travail lui permet de conserver ses investissements de libido, qui semble nécessaire pour lutter contre un effondrement. Cependant il semblerait que l'annonce de ses diagnostics provoque un effet sur la considération de sa douleur, notamment dans sa relation conjugale.

Ainsi nous avons remarqué que la douleur physique entraîne une souffrance psychique, qui vient altérer les liens à l'autre, dans le cadre familial et social.

Il serait intéressant de penser que la douleur provoque chez le patient une nouvelle identité qui serait dite « douloureuse ». L'inscription dans cette identité viendrait alors comme une restauration narcissique. Nous pouvons voir cela à travers des associations des personnes douloureuses, ainsi cela permet de s'identifier entre paires. À ce sujet une patiente fibromyalgique du Centre de la Douleur avait dessiné en art thérapie sa « fibrofamilly ». Alors chacun trouve en l'autre un étayage.

Bibliographie

Anzieu D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 2004

Defontaine-Catteau et Dubreucq (1989), « La projection graphique de la douleur : une expression originale et originelle de la plainte du patient. », in *Psychologie médicale* 21, pp. 350-353.

Dimon N. (2006), « Quelle place accorde-t-on à la souffrance des privés d'emploi ? », in *Le Journal des psychologues*, 237, pp. 56-58

Dubois A-M. (2013), *Art thérapie : Principes, méthodes, et outils pratiques*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson

Enriquez E. (2005), « Perte de travail, perte d'identité », in *Revue internationale de psychosociologie*, Vol. XI, 24, pp. 9-20

Freud S. (1914), Pour introduire le narcissisme, in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, tr. fr. 2005

Freud S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, Payot, tr. fr. 2014

Freud S. (1885), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard

Gillot F. et al. (2012), « Entre désir de ne plus souffrir et passion douloureuse : l'exemple de la chirurgie corticale à visé antalgique », in *Douleurs* 402, pp. 6

Houart C. (2003), *Douleur et féminité : réflexions cliniques et psychopathologiques à partir d'une expérience au centre d'évaluation et de traitement de la douleur au C.H.U de Nantes*, thèse pour le doctorat de : docteur en médecine, Université de Nantes, 193

Laplanche J. et Pontalis J.B (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2011

Le Breton D. (1995), *Anthropologie de la douleur*, Paris, Dunod

Pezé M. (2002), *Le deuxième corps*, Paris, La dispute

Pontalis J.B (1977), *Entre le rêve et la douleur*, Paris, Gallimard, 1983

Slama L. (1987), *L'adolescent et sa maladie : Etude psychopathologique de la maladie chronique à l'adolescence*, Vanves, PUF

Document numérique

Green A. (2011), « Eros et Thanatos », in *Les mots de psychanalyse* :

<https://www.youtube.com/watch?v=RtzzQxhr6cs>

Sites internet

<http://www.em-consulte.com/article/38581/fibromyalgie>

<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>

Donnet A. (2012), *Le Syndrome de l'oreille rouge*, Marseille

<http://www.jnlf.fr/data/ModuleProgramme/PageSite/2012-1/Resume/10148.asp>

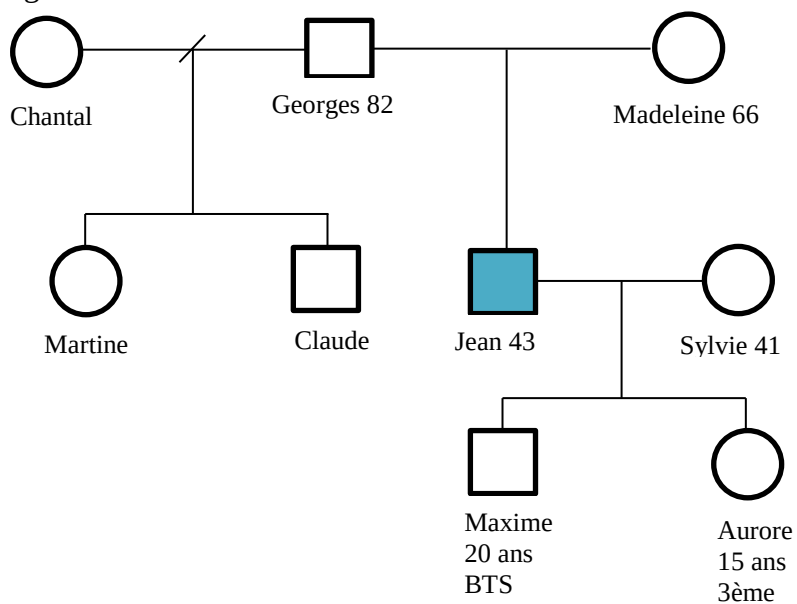
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/lombosciatique/14259>

HAS (2008), *Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter les patients*

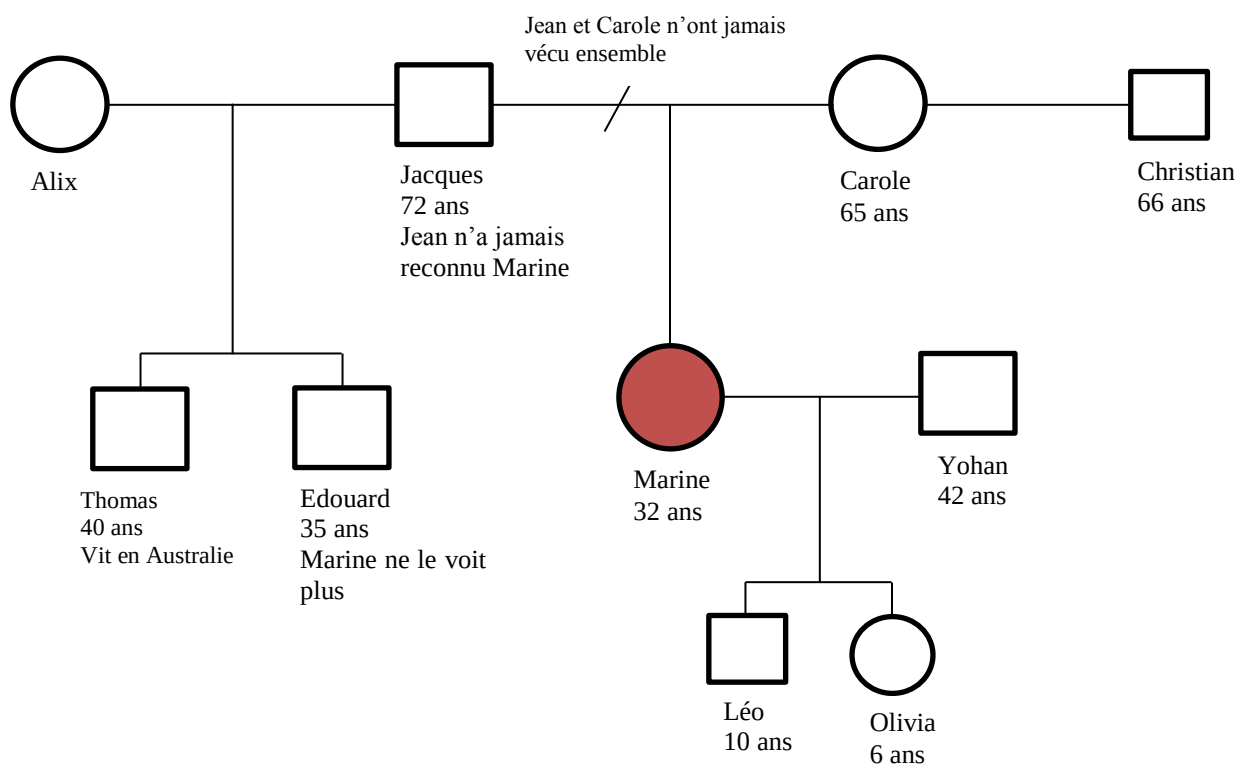
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf

Annexe

N°1 : Génogramme Jean



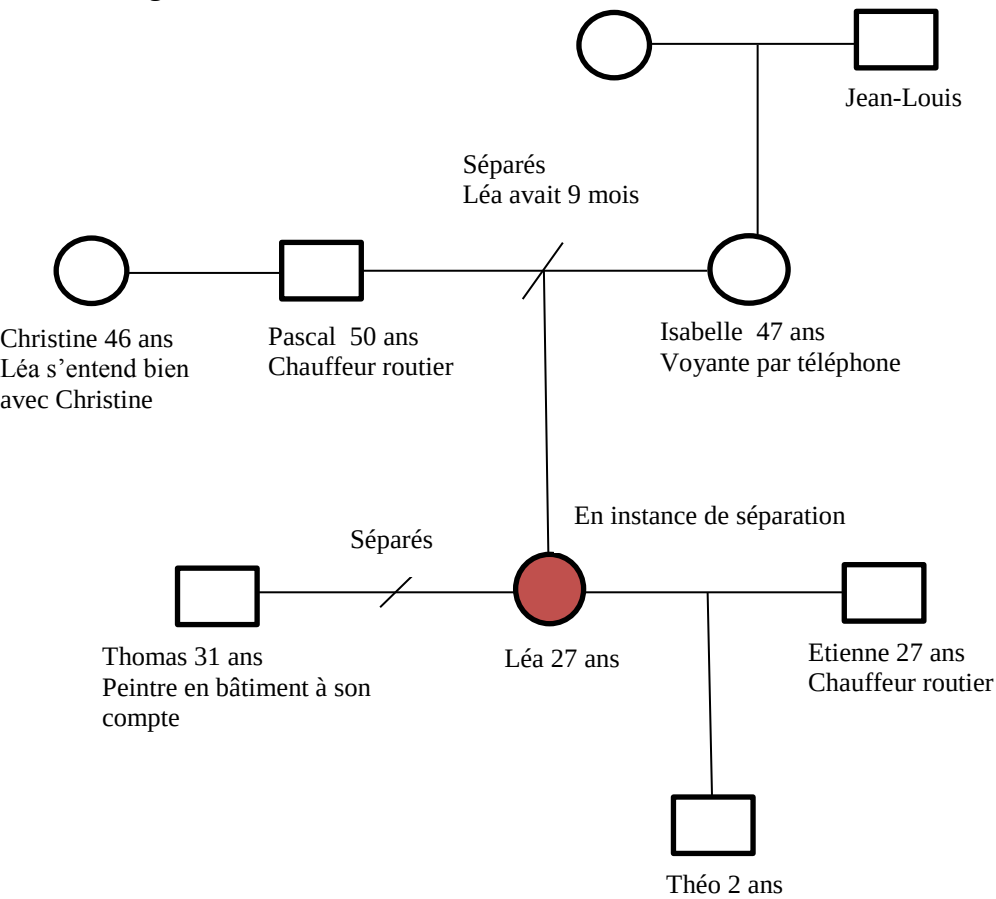
N°2 : Génogramme Marine



N°3 : Dessin de Marine



N°4 : Génogramme Léa



N°5 : Dessin Léa



Lexique médical

➤ *Fibromyalgie*

La fibromyalgie se caractérise par des douleurs diffuses et chroniques, à prédominance axiale, touchant essentiellement la femme d'âge moyen. Les douleurs peuvent s'accompagner, de façon diversement associée, de fatigue, de troubles du sommeil, d'anxiété et de dépression, de troubles cognitifs, de colopathie fonctionnelle et de troubles vasomoteurs. Le diagnostic est posé sur l'association d'une histoire de douleurs diffuses de plus de 3 mois et la présence d'au moins 11 des 18 points douloureux à la pression répertoriés par Yunus. L'étiologie de la fibromyalgie reste encore mal connue, mais un trouble de la modulation centrale de la douleur est actuellement l'hypothèse la plus fréquemment retenue. Le traitement reste donc difficile et fait appel aux médicaments (essentiellement les antidépresseurs tricycliques et non tricycliques), à la rééducation et à la relaxation.¹¹

➤ *Hallux valgus*

Déformation du premier orteil qui est anormalement dévié en dehors¹²

➤ *Hernie discale*

La hernie discale est une saillie que fait un disque intervertébral dans le canal rachidien et qui correspond à l'expulsion en arrière de son noyau gélatineux, le *nucleus pulposus*.¹³

➤ *Lombosciatalgie*

Une lombosciatique est une association d'une lombalgie et d'une sciatique.¹⁴

➤ *Syndrome d'Ehlers-Danlos*

« Dysplasie héréditaire du tissu conjonctif caractérisée par une triade symptomatique associant de façon diverse une hyperélasticité de la peau (*cutis laxa*), une hyperlaxité ligamentaire articulaire et une fragilité du tissu conjonctif pouvant toucher tous les organes, notamment le système cardiovasculaire et l'œil. »¹⁵

¹¹ <http://www.em-consulte.com/article/38581/fibromyalgie>

¹² <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>

¹³ Larousse Thématique, dictionnaire médicale

¹⁴ <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/lombosciatique/14259>

¹⁵ <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>

➤ *Syndrome de l'oreille rouge*

« Il s'agit d'un diagnostic clinique se manifestant par des crises spontanées ou provoquées, et associant à la douleur, une rougeur et une chaleur de l'oreille. La douleur est plus prononcée au niveau de l'oreille, mais peut toucher d'autres zones. »¹⁶

¹⁶ <http://www.jnlf.fr/data/ModuleProgramme/PageSite/2012-1/Resume/10148.asp>

Résumé

Marine, Léa, et Jean sont trois patients aux diagnostics distincts et aux problématiques affectives différentes, mais ils se retrouvent tous en un point commun : La douleur. Celle-ci, revêtant un caractère chronique, s'immisce dans le temps mais également dans le corps. Elle semble alors provoquer une souffrance psychique, et entraîner une atteinte corporelle.

Régression à un état de dépendance, et quête constante du lien maternel pour Léa ; « objectalisation » de la souffrance et valorisation de la sphère professionnelle pour Marine, ou encore anéantissement de soi pour Jean ; nous pouvons remarquer à travers ce mémoire les aménagements que chacun des patients fait face à la pérennisation de leur douleur. Paradoxalement, même si celle-ci est un ressenti subjectif, elle s'immisce dans la relation à l'autre, elle brise, clive le sujet de ses liens sociaux.

Mots clés : Douleur chronique – Lien social – Souffrance psychique – Corps – Aménagement

Marine, Léa and Jean are three patients with different diagnosis and emotional issues, but they have something in common : pain. Bearing a chronic feature, this pain becomes part of their daily lives and bodies. It seems therefore to cause psychic and physical sufferings.

Regression to dependence and constant search for a maternal bond for Lea ; “objectalisation” of pain and upgrading of the professional sphere for Marine ; or even self-annihilation for Jean ; throughout this thesis, we can notice that each patient is turning the perpetuation of pain into a mental economy. However, even if their pain is subjective, it paradoxically interferes with relationship with others and splits off the person from its social environment.

Keywords : Chronic pain – Social link – Mental sufferings – Body – Psychic adjustment