

Approche psychosomatique du patient diabétique de type 1 dans son rapport à la pose d'une pompe à insuline

Laurence Blanchar-Peretti

► **To cite this version:**

Laurence Blanchar-Peretti. Approche psychosomatique du patient diabétique de type 1 dans son rapport à la pose d'une pompe à insuline. Psychologie et comportements. 2010. dumas-00805636

HAL Id: dumas-00805636

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00805636>

Submitted on 28 Mar 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE 1
DANS SON RAPPORT À LA POSE D'UNE POMPE À INSULINE**

Mémoire de psychosomatique présenté par

Laurence BLANCHAR-PERETTI

Jury du vendredi 1er octobre 2010

DIPLOME UNIVERSITAIRE

« PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE:

MEDECINE, PSYCHANALYSE ET NEUROSCIENCES »

UNIVERSITÉ PARIS VI

Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière

Directeur de l'enseignement:

Pr. Jean-François ALLILAIRE, Pr. Marc Olivier BITKER, Pr. Jean Benjamin STORA

ANNÉE 2009-2010

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	2
REMERCIEMENTS	5
INTRODUCTION	6
OBSERVATION N°1: MONSIEUR D.	8
Entretien clinique	8
Dossier médical	11
Grille d'évaluation du fonctionnement psychosomatique de Monsieur D	11
Évaluation du fonctionnement psychosomatique de Monsieur D	16
Évaluation psychosomatique du rapport de Monsieur D à la pose de la pompe à insuline	18
OBSERVATION N°2: MADAME T.	19
Entretien clinique	19
Dossier médical	23
Grille d'évaluation du fonctionnement psychosomatique de Madame T	24
Évaluation du fonctionnement psychosomatique de Madame T	27
Évaluation psychosomatique du rapport de Madame T à la pose de la pompe à insuline	28
OBSERVATION N°3: MONSIEUR C.	30
Entretien clinique	30
Dossier médical	33
Grille d'évaluation du fonctionnement psychosomatique de Monsieur C	33
Évaluation du fonctionnement psychosomatique de Monsieur C	37
Évaluation psychosomatique du rapport de Monsieur C à la pose de la pompe à insuline	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	42

RÉSUMÉ

Au terme de mon stage dans le service de diabétologie du Pr HARTEMANN-HEURTIER, j'ai choisi de présenter le cas de trois patients diabétiques de type 1 insulino-dépendants hospitalisés pour la pose d'une pompe à insuline. Les entretiens de recherche sont à passage unique et d'une durée d'environ une heure. Je résume ici la présentation des trois observations étudiées dans ce mémoire, en regroupant les éléments cliniques importants, ainsi que mes hypothèses sur le diagnostic, le fonctionnement psychosomatique, et le rapport psychosomatique du patient à la pose de la pompe à insuline.

L'observation n°1, Monsieur D, est un homme âgé de 70 ans, qui a déclaré un diabète à l'âge de 11 onze et qui, au bout de 59 ans de diabète, n'a développé aucune co-morbidité, ce qui est exceptionnel. Il a été fortement commotionné par la première crise d'hyperglycémie, à laquelle il a cru qu'il allait succomber. Et il s'est promis à ce jeune âge de ne plus jamais en faire une à nouveau. Pari tenu. Mais en payant le prix de nombreuses crises d'hypoglycémie, avec coma. C'est la raison qui amène Monsieur D à essayer la pompe à insuline pour limiter ces crises.

Monsieur D était professeur d'université en droit des finances. Il déplore la limitation que la maladie a imposé à ses ambitions professionnelles, cette "double carrière" qu'il aurait souhaité avoir en parallèle en tant que consultant dans un cabinet privé. Il continue à écrire des "bouquins". Il aime l'activité physique (le tennis, le golf, le ski, le vélo); la musique, il joue du violoncelle et écoute beaucoup de musique classique; il aime voyager.

Il est le seul dans sa famille, avec son grand-père, à être atteint de diabète. Il n'a pas eu d'enfant car il trouve terrible de "donner cette maladie à des gosses". Il est marié "avec une femme charmante".

Ses journées se déroulent sous le joug d'une discipline de fer, depuis toujours. Le diabète "ça ne pardonne pas". Toute sa vie est réglée comme du papier à musique. Il semble que Mr. D a

instrumentalisé son caractère obsessionnel saillant à visée de système de défense. On note chez lui un fort contraste entre l'impression de force de caractère, tambour battant et discipline de fer, et de grande vulnérabilité liée à la maladie. Mon hypothèse diagnostique est celle d'une problématique identitaire, liée à la survie, sur un fond de personnalité obsessionnelle.

Dans son rapport à la pose de la pompe à insuline, je crois qu'il faudrait être attentif à l'hypothèse selon laquelle son fonctionnement psychosomatique serait équilibré sur un rythme binaire: les crises d'hypoglycémie pourraient tenir un rôle très important dans l'économie psychosomatique de Mr. D lui permettant, peut-être, de faire contrepoids, dans la perte de contrôle totale, au contrôle total qu'il s'est promis d'imposer à son existence. Si tel était le cas, il me semble important de rester très vigilant au fait que la pose de la pompe à insuline puisse représenter un facteur de risque de déséquilibre potentiel dans le fonctionnement psychosomatique de Mr D.

L'observation n°2, Madame T, est une femme d'origine algérienne de 47 ans. Elle a déclaré un diabète de type 1 deux ans auparavant, suite au choc de l'accident arrivé à son fils, qui a failli mourir. Elle souffre de TOC (elle vérifie, re-vérifie, range et nettoie de manière compulsive) et d'un deuil pathologique, celui de son père, qui est décédé peu avant la naissance de son fils. Son père souffrait de diabète. Lorsqu'elle était petite Madame T s'occupait de ses soins. Elle pense que cette maladie est peut-être une punition. Mais c'est aussi un moyen d'être en lien avec son père. Elle a déjà eu la pensée de "se laisser couler volontairement", pour le rejoindre. C'est ce qui l'a amenée à consulter, elle suit depuis une psychothérapie.

Madame T dit "vouloir s'en sortir". Elle est en dépression. Le rôle joué par la maladie dans l'existence de Madame T est important. La maladie agit presque comme un organisateur psychique, regroupant dans sa représentation la maladie du père et l'accident du fils. Je pense à un diagnostic de névrose d'angoisse, sur fond de deuil pathologique, et peut-être aussi à des troubles liés à la double appartenance culturelle.

Madame T souligne elle-même qu'il faut être prêt psychologiquement à accepter la pompe à insuline. Il semble que pour elle la pompe pourrait risquer à la fois de venir contrarier des bénéfices secondaires liés à la maladie et de perturber le rôle joué par la maladie dans son existence (en lien avec le deuil de son père).

L'observation n°3, Monsieur C, est un patient de 50 ans, tout de noir vêtu, en jean's et tee-shirt. Il a déclaré un diabète il y a une vingtaine d'années, lors d'un accident de moto. Il dit de cet accident qu'il a modifié le cours de sa vie. Il a opté pour un métier "plus rapide" et c'est sur son lieu de travail qu'il a rencontré sa femme, "qui est merveilleuse", et dont il a deux enfants, une fille et un garçon. C'est manifestement un objet externe sur lequel il s'étaye. Il a perdu sa mère récemment. Monsieur C a des idées noires, qu'il garde pour lui. Il sourit, d'un grand sourire mécanique, étrange - désespéré? Il est extrêmement tendu. Un malaise est présent durant tout l'entretien, mélange de douleur physique et de souffrance psychique. La répression des affects tente de contenir à grand peine un débordement d'excitations - plutôt du côté de la pulsion de mort, mais aussi dans la séduction.

La maladie a un rôle central dans sa vie: le diabète est son ennemi intime, qu'il personnifie à la troisième personne. Son diabète est mal équilibré. L'instabilité marque tout l'être de Monsieur C, heureusement contrebalancée par un environnement familial et professionnel stable.

Monsieur C montre une mauvaise compréhension du fonctionnement de la pompe. Ces difficultés qui paraissent être d'ordre cognitif, relèvent à l'évidence de problèmes d'ordre affectif. Une psychothérapie psychosomatique (c'est-à-dire, dans le cas de Mr C: tenant compte de la double problématique, somatique et psychique) pourrait lui être d'un grand soulagement si toutefois elle faisait partie du protocole de soins - sans quoi, il semble certain que Monsieur C ne pourra pas s'engager de lui-même dans une démarche psychothérapeutique.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement le Professeur Jean-Benjamin STORA pour la richesse des enseignements qu'il nous a dispensés et pour la profonde expérience de l'être humain qu'il a su nous faire partager,

Un grand merci au Professeur Agnès HARTEMANN-HEURTIER, qui a eu la gentillesse de m'accueillir dans son service pour ce stage qui m'a permis d'approcher dans sa réalité concrète le vécu des patients que j'y ai rencontrés, via des entretiens de recherche menés dans leur chambre, et que je présente dans ce mémoire, ainsi qu'au Docteur Marine HALBRON,

Aux patients qui ont participé à cette étude, et à tous ceux qui n'y apparaissent pas mais avec qui j'ai eu également des échanges inoubliables, un grand merci et tous mes souhaits de bonne santé et de bien-être,

Tous mes remerciements au Dr Pascale SURRUGUE pour la grande rigueur de son travail et son ouverture d'esprit, et à Mme Sylvie GLISSANT pour avoir si bien su nous faire profiter de la finesse et de la pertinence de ses interprétations et de son expérience de clinicienne,

Merci à tous les intervenants de la formation en Psychosomatique Intégrative, qui font bénéficier les étudiants de la diversité et de la complémentarité de leurs expertises, et aux collègues (médecins, psychologues, ostéopathes...) de ma promotion, que je salue chacun au passage avec sympathie!

Merci enfin à mon mari, Jacques PERETTI, pour son soutien de tous les instants et sa relecture attentive de ce mémoire.

INTRODUCTION

« Le rapport qui constitue la particularité de chaque être, de chaque état physiologique ou pathologique est la clef de l'idiosyncrasie, sur laquelle repose toute la médecine. »

Claude BERNARD

Ce mémoire a pour objectif de rendre compte de l'expérience de stage que j'ai effectué à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, dans le service de diabétologie dirigé par le Pr HARTMANN-HEURTIER. J'y ai mené des entretiens de recherche auprès des patients hospitalisés pour une durée d'une semaine, qui venaient à l'hôpital soit dans le but de trouver une solution pour équilibrer leur diabète, soit dans l'objectif de se faire poser une pompe insulinaire.

Les entretiens, qui se sont déroulés dans la chambre des patients, avec leur accord bien sûr, ont duré environ une heure. Je me suis employée à suivre le canevas de la grille d'évaluation du fonctionnement psychosomatique, outil clinique élaboré par le Pr J.-B. STORA sur la base de la nosographie établie par Pierre MARTY. Cette grille n'est pas un questionnaire, elle ne se remplit pas au cours de l'entretien clinique mais lors de prises de notes a posteriori. Durant l'entretien toutefois, elle permet de garder présentes à l'esprit certaines questions qu'un psychologue clinicien "classique" ne prend pas forcément en considération - parce qu'il n'a pas forcément appris à le faire. Tous les enseignements du DU, et les références bibliographiques à la fin de ce travail, ont nourri la compréhension de cet outil clinique, qui cherche à mesurer "l'épaisseur du préconscient", à déterminer "la prévalence des comportements", à identifier "un fonctionnement opératoire", pour au final évaluer un risque psychosomatique global chez ce patient en particulier, saisi dans sa singularité.

Je me suis prêtée ici à l'exercice, même si je tiens à souligner que les diagnostics que j'indique pour chaque patient que je vais présenter dans ce travail n'ont qu'une valeur indicative et non pronostique. En effet, dans la mesure où je n'ai pas effectué de suivi des patients, puisqu'il ne s'agissait que d'un unique entretien, il faut prendre les résultats auxquels j'aboutis avec toutes les précautions requises: ce ne sont que des hypothèses de travail, à l'exercice sur des entretiens de recherche.

Je présenterai ici le cas de trois patients diabétiques de type 1 insulino-dépendants venus à l'hôpital pour se faire poser une pompe à insuline. Je me propose de suivre la même présentation pour chaque patient. Je commencerai par l'entretien clinique suivi du dossier médical. Puis la grille d'évaluation dûment remplie: j'ai choisi de la faire apparaître dans le corps du texte plutôt que de la joindre en annexe parce qu'elle permet de saisir point par point la méthodologie sur laquelle s'appuie ce travail. Ensuite, l'évaluation globale du fonctionnement psychosomatique, l'évaluation de la représentation que le patient peut avoir de la pompe à insuline au regard de son fonctionnement psychosomatique et enfin l'évaluation du risque psychosomatique: acceptation ou rejet possible de la pompe (un peu sur le modèle de la greffe), avec à la clé une amélioration ou une mise en péril de l'équilibre psychique et physique du patient. Ce qui définit le sujet de ce mémoire, à savoir: l'approche psychosomatique du patient diabétique de type 1 dans son rapport à la pose d'une pompe à insuline.

OBSERVATION N°1: MONSIEUR D.

• Entretien clinique

Mr D. se présente comme un petit homme nerveux et sec, svelte, un brin espiègle, très vif dans ses mouvements, un style vestimentaire sportswear chic, très quartier latin. Il m'évoque immédiatement Tintin, le personnage de bandes dessinées en culottes courtes et sans âge inventé par Hergé. Il me propose de m'asseoir dans le fauteuil et reste quant à lui debout, ne voulant pas, de toute évidence, s'installer sur son lit. Nous irons nous installer dans la salle à côté.

Il me lance d'emblée: *“Je suis un vieux de la vieille, moi, vous savez! J'ai 70 ans et 59 ans de diabète! Je suis, paraît-il, exceptionnel, parce que je n'ai rien au bout de 59 ans, ni aux yeux, ni aux pieds...”* C'est à 11 ans qu'il a appris qu'il avait du diabète - *précisément*: au mois de février 1951. Deux ans plus tard, il a fait une très grave hyperglycémie dont il garde, dit-il, de très mauvais souvenirs: *“j'étais quasi-mort”*. Il s'est dit alors, comme un pacte passé avec lui-même: *“plus jamais d'hypers. Du coup, on a des hypos”*. Il dit rechercher la perfection, “ce qui est parfait”, et c'est la raison pour laquelle il est ici à l'hôpital: pour se faire installer une pompe insulinaire afin de réduire le nombre de ses hypoglycémies.

Je lui demande de me parler des contraintes liées à la maladie. En 1951, date à laquelle il a déclaré la maladie, les contraintes étaient terribles: *“il fallait aller au laboratoire pour tout, même les glycémies on ne pouvait pas les faire à la maison”*. Ce qu'il a toujours eu le plus de mal à supporter, ce ne sont pas les contraintes liées à la nourriture mais celles liées aux horaires. Il en a beaucoup souffert parce qu'il s'en est trouvé “bloqué” professionnellement. Aujourd'hui à la retraite, il était professeur en droit fiscal dans une université parisienne, et il aurait souhaité pouvoir travailler en

tant que consultant dans un cabinet privé en parallèle. Mais “ce double métier” lui a été interdit par les contraintes horaires imposées par le diabète. Pour tout le reste, il n’a pas eu de problème à mener une vie normale: il a des amis, il fait du sport, il adore la musique, il voyage. Il déplore juste la limitation que le diabète lui a imposé professionnellement.

Comment se déroule sa journée? Il se lève à 7h, se pique à 11h. “***Ca ne pardonne pas, si je suis en retard de 10 minutes ou d’un quart d’heure, pof, l’hypo***”. Il dit vouloir une chose: mourir en bon état. Il a calculé jusqu’à quel âge il veut tenir: 80/85 ans - ses parents étant morts à 84 et 87 ans, “*c’est pour ça que je me suis soigné*”. Il a voulu essayer la pompe car, “*comme c’est nouveau, je me suis dit, tiens, je vais essayer*” mais le système n’est pas encore au point d’après lui: il faut faire des glycémies souvent, et la pompe réclame une surveillance constante. “*Toujours des servitudes...*” conclut-il.

Quand, pour lui répondre, je lui explique que mon travail de recherche porte sur les liens entre les événements de la vie et ce qui l’amène ici à l’hôpital il me rétorque vivement: “*Pour moi, c’est une question d’hérédité. Mon grand-père paternel avait un diabète de type 2, j’ai hérité de ça, pas mes frères et soeurs... L’homme est composé à 80% d’hérédité, et les lois de l’hérédité sont mal connues*”.

Mr D. me parle de ses centres d’intérêt et de ses activités actuelles de professeur à la retraite. A cette occasion il ouvre un long monologue en forme de récrimination contre l’administration. “*J’écris des bouquins pour critiquer l’administration fiscale française, dont le gros défaut est de ne pas s’intéresser à ce qui se passe à l’étranger. **On ne s’imagine pas le conservatisme et l’étroitesse d’esprit du ministère, surtout au budget!** Je n’ai pas beaucoup de respect pour ce genre de gens.*”

Et... sa vie privée? *“La vie privée, ça ne compte pas beaucoup!”* Il est marié à “une femme charmante, ça roule tranquillement”. Il n’a pas voulu avoir d’enfants *“c’est terrible de transmettre cette maladie à des gosses”*. Sa femme, quant à elle, ne pouvait pas en avoir. Il se dit *“étonné par le matérialisme des jeunes: avoir un bon boulot, un bon salaire. Il n’y a pas beaucoup d’exceptions, l’homme est naturellement égoïste et rejette l’étranger”*. Quant à lui il n’aime pas les énarques, *“ni l’esprit commercial de ceux qui ont fait une école de commerce!”* En tant que prof de fac il a *“joué d’une totale liberté, pas de contrôle du doyen!”*.

A-t-il des activités de loisirs? Il a fait beaucoup de ping-pong, du tennis, un peu de course à pied, du ski, du golf, vélo. Il a aussi fait beaucoup de violoncelle, il jouait en trio ou en quatuor avec des amis mais il s’est *“aperçu des limites de l’amateur”*. S’il avait à choisir entre Mozart et Bach?... *“Moi, c’est Bach”*. De fil en aiguille, en parlant de ses interprètes favoris et de sa collection de disques, en passant par la technique et la culture générale, il en arrive aux mérites comparés des Américains et des Chinois en la matière, les Américains étant de très bons techniciens, *“dans un pays dominant sans aucune culture, ils ne considèrent pas que la culture soit importante”*, les Chinois étant eux *“très fiers de leur civilisation et attachant, eux, beaucoup d’importance à la culture”*.

Comment le petit garçon qu’il était à 11 ans a pris l’annonce de cette maladie? *“Oh ben zut alors, j’veis plus pouvoir manger de gâteaux!”* plaisante-t-il, sur un ton enfantin. Il a été obligé de quitter l’école et de suivre les cours à la maison, avec un précepteur latiniste. Il ne voyait plus ses petits camarades. *“Je me suis vite rendu compte qu’en fait, les professeurs, on pouvait s’en passer!”* Je souligne l’ironie du propos, sachant qu’il est devenu lui-même professeur... (peut-être une manière détournée pour dire qu’il lui a été plus difficile de se passer de ses petits camarades?)

Pense-t-il que ses capacités intellectuelles l'ont aidé à prendre en charge sa santé? Effectivement, sa curiosité intellectuelle lui a permis de se tenir au courant des progrès médicaux, de comprendre les paramètres de la maladie et de pouvoir en parler avec les soignants. Il me raconte à ce propos une anecdote: se plaignant du manque d'amélioration de son état à un grand Professeur en médecine celui-ci lui aurait répondu :*“Vous êtes un mauvais patient car ce traitement est bon”*. *“Un homme qui s'était arrêté de réfléchir...”* commente-t-il, laconique.

“Que veut un homme malade? Etre autant que possible un homme normal”. Pour rester en bonne forme, il a été obligé d'éviter les hyperglycémies mais son gros problème ce sont les hypoglycémies quotidiennes brutales, qui l'amènent jusqu'au coma. La plupart du temps, il se réveille à l'hôpital: quelqu'un a appelé les pompiers, on l'a emmené aux urgences et une fois qu'il a repris ses esprits *“Merci beaucoup!”* et il rentre chez lui. Sauf une fois: il parlait avec deux types, qui ont vu manifestement qu'il était dans un état second, et ceux-ci ont profité de son coma pour le dépouiller. Lorsqu'il est revenu à lui, il n'avait plus ni argent ni papiers sur lui, plus rien.

- **Dossier médical**

Je n'ai pas eu accès au dossier médical de Monsieur D.

- **Grille d'évaluation du fonctionnement psychosomatique de Monsieur D**

AXE 1 A : RELATION D'OBJET organisation du Moi

L'objet est-il introjecté?

152 Objectal, intégration de la position dépressive du 9ème mois

Evaluation de la dimension narcissique du Moi

157 Moi-idéal: au moment de la première et dernière hypoglycémie, promesse faite à soi-même de ne plus jamais faire d'hypoglycémie, et transformation en "guerrier". On le dit "exceptionnel" parce qu'en 59 ans de diabète il n'a rien développé ni aux yeux, ni aux pieds... Surcompensation du handicap.

Dimension masochique du Moi

160 Masochisme de vie "Toujours des servitudes..." Il en faut pour supporter toutes les contraintes, limitations, angoisses, inconforts, liés à la maladie

Organisation du préconscient: évaluation de l'épaisseur du préconscient: je n'ai pas posé la question sur les rêves. Mr D a beaucoup de centres d'intérêt cependant ses capacités associatives et imaginatives me semblent entravées: pas beaucoup d'images, de ressentis...

161 Existence de lacunes du préconscient avec insuffisances quantitatives et qualitatives des représentations psychiques et de connotations affectives de ces représentations.

AXE 1 B ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS

200angoisses diffuses, angoisses automatiques des épisodes de détresse

203 Deuil de ses deux parents décédés à un âge avancé

210 Traumatisme à l'annonce de sa maladie à l'âge 11 ans, et deux ans plus tard, à l'âge de 13 ans, lorsqu'il a fait une grave crise d'hyperglycémie.

(213) Traumatisme professionnel, plus dans le sens d'une frustration imposée à sa carrière par la maladie, blessure narcissique

217 Irrégularités du fonctionnement mental: chaîne associative entravée, ne parle pas de ses proches ou très peu, peu de ses ressentis, parfois logorrhée (défensive)

AXE 1 C POINTS DE FIXATION REGRESSIONS

306 Troubles du métabolisme

351 Points de fixation avec fragilité

357 Fixation sadique orale

359 Points de fixation au deuxième temps du stade anal

360 Fixation phallique

AXE 1 D MECANISMES DE DEFENSE DU MOI

382 Clivage de l'objet - un clivage initial excessif risquant de rendre difficile la communication entre inconscient et conscient et de déboucher sur un mécanisme de refoulement ultérieur d'une rigidité névrotique.

384 Refoulement

386 Isolation

391 Sublimation

393 Idéalisation

395 Intellectualisation défensive

AXE 1 E ACTIVITES SUBLIMATOIRES ET ONIRIQUES

490 Activités artistiques (violoncelle)

493 Activités sportives (ping-pong, tennis, course à pied, ski, golf, vélo)

494 Activités culturelles (musique classique, lecture)

AXE 2A TRAITIS DE CARACTERE

406 Anal et obsessionnel (professeur de droit fiscal, besoin de contrôle, perfectionniste)

407 Phallique narcissique

AXE 2 B COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA VIE DE RELATION

451 Posture: hypertonique, reste debout devant moi pour ne pas être en position assise sur son lit (régressive ou indécente)

469 Economie relationnelle pré-pubertaire: a dû quitter l'école à cause de sa maladie à 11 ans, isolé de ses camarades, avec un précepteur à la maison. Fréquence des déplacements au laboratoire pour faire des examens médicaux. Profonde perturbation du rythme dans l'unité psychosomatique, avec la contrainte d'horaires stricts imposés par la maladie.

AXE 3 EXPRESSION DES AFFECTS

502 Déplacement

504 Voire Alexithymie pour ces deux traits: incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.

AXE 4 DONNEES ENVIRONNEMENTALES

600 Environnement familial stable

602 Environnement socioprofessionnel stable

621 bénéfiques secondaires existant liés à la maladie: valorisation de soi dans la lutte toujours renouvelée contre les limitations et les dangers imposés par la maladie

AXE 5 CODE –CIM-10

708 Maladie métabolique

La maladie somatique a modifié le fonctionnement psychique et tout le cours de la vie. Place très importante occupée par la maladie.

AXE 6 EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES

2 Irrégularités du fonctionnement mental, capacité d'élaboration entravée, avec répression des représentations

PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS

1 Comportement contrôlé et intégré (avec en contrepoint, liées à sa maladie, des crises d'hypoglycémies quotidiennes qui le mènent fréquemment au coma et qui représentent une perte de contrôle complète)

CAPACITÉ D'EXPRESSION DES AFFECTS

2 Répression des affects

RISQUE LIÉ À L'ENVIRONNEMENT

4 Niveau très satisfaisant en ce qui concerne l'entourage proche; cependant, difficultés d'intensité moyenne si l'on prend en compte l'entourage au sens large, c'est-à-dire l'extérieur: durant un de ses comas hypoglycémiques, Mr. D a subi une agression (un vol) ce qui est très anxiogène - frayeur que l'on peut supposer être la raison cachée pour laquelle il vient à l'hôpital se faire poser une pompe à insuline.

ÉVALUATION DU RISQUE PSYCHIQUE

9 Risque modéré

ÉVALUATION DU RISQUE SOMATIQUE

2 risque somatique moyen

ÉVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

11 Risque modéré à élevé

DIAGNOSTIC

146 Névrose traumatique (la date de l'annonce de la maladie est restée fixée dans sa mémoire à vie, traumatisme de la maladie)

(ou)

173 Troubles narcissiques du soi, de l'identité et du comportement

Problématique identitaire (liée à la survie) avec des traits de personnalité obsessionnelle

• **Évaluation du fonctionnement psychosomatique de Monsieur D**

Il semble que Mr. D a instrumentalisé son caractère obsessionnel saillant à visée de système de défense - ce qui est comparable à l'“armure caractérielle” décrite par W. REICH. Il utilise (et donc évacue) ses pulsions agressives pour lutter contre le diabète, son ennemi intime - “Je suis un vieux de la vieille, moi!” pouvant tout à fait résonner comme des propos d'ancien combattant. Le diabète est arrivé dans sa vie à l'âge de 11 ans, âge de latence juste avant la puberté. On peut supposer que l'annonce de la maladie, clairement vécue comme une “punition”, a pu représenter la réalisation de la menace paternelle de castration qui se serait abattue sur lui - occasionnant probablement un arrêt dans le développement psychosexuel normal. L'intense angoisse n'a pas été fantasmatique: il y a eu réel péril de mort - d'ailleurs toujours présent. Le diabète a produit ou renforcé une “organisation” obsessionnelle chez Mr D. comme un plan “Orsec” - qui lui a permis de survivre. Nous avons affaire il me semble à une double problématique: une problématique somatique et une problématique psychique, dont la seconde a été mise sous le joug de la première... “*Toujours des servitudes*”. C'est ce dont témoigne, il me semble, la frustration de Mr D. concernant ce “double métier” (de professeur et de consultant) qu'il n'a pas pu mener de front, à cause de la maladie. En quelque sorte, il n'a pas pu “se payer le luxe” de développer une névrose psychosexuelle classique

parce qu'il a dû mettre ses traits obsessionnels au service de sa survie physique - il a dû combattre sur un autre front. Cela étant, on pourrait tout à fait faire évoluer, dans le cadre d'une psychothérapie, avec beaucoup de prudence, les motifs qui jalonnent le discours de Mr D. vers le conflit oedipien. En effet, on retrouve dans ses propos concernant le diabète ("*ça ne pardonne pas*", pouvant laisser deviner la représentation d'un Surmoi impitoyable), mais aussi les figures d'autorité telles que les professeurs ("*On peut s'en passer!*", quant au grand Professeur de médecine: "*Un homme qui s'était arrêté de réfléchir...*"), le doyen ("*en tant que prof de fac, j'ai joui d'une totale liberté, pas de contrôle du doyen!*") l'administration ("*On ne s'imagine pas le conservatisme et l'étroitesse d'esprit du ministère, surtout au budget!*") des motifs très proches du complexe paternel. Et aussi une grande ambivalence vis-à-vis de ses parents: lorsqu'il dit ne pas vouloir d'enfants parce que "*c'est terrible de transmettre cette maladie à des gosses*" il adresse sur un plan inconscient ce reproche à ses propres parents. Une grande ambivalence semble poindre sous le calcul de la durée de vie qu'il s'est fixé d'atteindre en fonction de l'âge atteint par ses parents: "*c'est pour ça que je me suis soigné*"...

On peut noter également une confusion entre hérédité et héritage ("*Pour moi, c'est une question d'hérédité. Mon grand-père paternel avait un diabète de type 2, j'ai hérité de ça, pas mes frères et soeurs*"). Une confusion qui recouvre une dichotomie: l'hérédité pouvant témoigner de la transmission intergénérationnelle par la voie somatique d'un caractère génétique interne, soumis aux lois de l'épigenèse développementale; l'héritage relevant davantage de la transmission intergénérationnelle de biens, d'objets, de valeurs, de représentations, qui constitue le sentiment d'identité et d'appartenance à un groupe, et qui transite entre les membres d'une famille par la relation et les échanges psycho-affectifs.

On note chez lui un fort contraste entre l'impression de force de caractère, tambour battant et discipline de fer, et de grande vulnérabilité liée à la maladie.

La question de l'activité et de la passivité affleure tout au long de l'entretien: au travers de la posture, assise ou debout dès l'abord, mais surtout dans le rythme binaire imposé à sa vie: une discipline d'acier d'une part, qui demande à la fois une soumission et une attitude active; et sur l'autre versant, des crises d'hypoglycémie avec coma, où a lieu une séquence répétitive de perte de contrôle totale de soi et de dépendance absolue à l'égard de l'entourage, qui témoigne d'une régression massive de tout l'être - et qui n'est pas sans évoquer, dans sa forme, une forme paroxystique à type de transe.

- **Évaluation psychosomatique du rapport de Monsieur D à la pose de la pompe à insuline**

Je pense que Mr D peut tout à fait faire face au stress adaptatif de l'apprentissage de l'utilisation de la pompe à insuline, ce qui va lui imposer de changer beaucoup ses habitudes - mais il semble évident qu'il a apporté la preuve de sa grande adaptabilité à cet égard. Toutefois, je crois qu'il faut être attentif à l'hypothèse qui voudrait que les crises d'hypoglycémie pourraient tenir un rôle très important dans l'économie psychosomatique de Mr. D lui permettant, peut-être, de faire contrepoids, dans la perte de contrôle totale, au contrôle total qu'il s'est promis d'imposer à son existence. Si tel était le cas, il me semble important de rester très vigilant au fait que la pose de la pompe à insuline puisse représenter un facteur de déséquilibre potentiel dans le fonctionnement psychosomatique de Mr D.

OBSERVATION N°2: MADAME T.

• Entretien clinique

La patiente, qui est d'origine algérienne et est âgée de 47 ans, se trouve à l'hôpital pour l'apprentissage de l'utilisation de la pompe insulinaire que l'on vient de lui brancher sur l'abdomen, sur les recommandations de son médecin, car elle faisait beaucoup d'hypoglycémies, surtout le matin. Elle me fait part de ses difficultés avec cette machine, qui lui semble plus compliquée, moins fiable et finalement plus anxiogène que la technique du stylo à laquelle elle est à présent habituée. Ce qui pose problème n'est pas le cathéter, qui se pose bien, bien qu'il faille le changer de côté tous les trois jours. C'est plutôt la contrainte de la surveillance continue de la tubulure, car il faut faire attention à ce qu'il n'y ait pas de bulle, à ce qu'elle ne se bouche pas, sans quoi il y a risque d'hypoglycémie, donc elle se fait des "dextros" régulièrement. Alors qu'avec le stylo, il suffit de le régler et de se piquer, avant chaque repas. Elle m'avoue qu'elle se sent un peu déçue. Elle a surtout voulu essayer cette technique parce qu'elle a du mal, lorsqu'elle est à l'extérieur, à se piquer devant tout le monde.

Je lui demande à quand remonte la découverte de la maladie. Voici deux ans (je suis surprise car j'avais spontanément fait l'hypothèse qu'un diabète de type 1 se déclare beaucoup plus tôt). Lors d'un voyage en Algérie, "au pays". Elle avait fait un contrôle de sa glycémie avant son départ (je me demande la raison pour laquelle elle a fait ce contrôle puisqu'alors elle n'était pas malade) et tout était très bien. A la fin du mois de juillet, son fils a eu un accident de moto, avec perte de connaissance, à 90 km de tout hôpital, accident qu'elle a "*très mal vécu*" et auquel elle a "*très mal réagi*". Elle se dit qu'elle était peut-être prédisposée... De retour en France, pendant les 15 premiers jours d'août, elle s'est sentie très fatiguée. Son médecin face aux symptômes qu'elle présentait a

prescrit des examens. Les résultats de l'hémoglobine glyquée étaient de 13% (à la limite du coma). Elle a été mise sous insuline. Je lui demande si elle fait le lien entre l'accident de moto de son fils et la découverte de son diabète, est-ce cela qu'elle veut dire par la formulation "*je l'ai très mal vécu*"? Elle me répond par l'affirmative à un niveau qui n'est pas celui auquel je m'attendais: elle m'annonce que son père *était* diabétique et qu'elle aurait peut-être eu du diabète de toute façon mais plus tard, s'il n'y avait pas eu l'accident de son fils; et sur le fait qu'elle "*l'a très mal vécu*", elle en déduit qu'elle a encore du mal à accepter la maladie, et aussi la pompe insulinaire par voie de conséquence. Elle ajoute qu'il faut être prêt psychologiquement à accepter cette pompe, qu'elle est censée faire un essai pour trois mois, mais que cela lui semble long. Elle reprend sur la difficulté de surveiller tout le temps, faire attention à ce qu'on mange, mesurer son taux de sucre, veiller à avoir tout le temps son stylo sur soi, contrôler si on n'est pas en hyper ou en hypo, surveiller son taux d'acétone dans les urines, sinon cela risque de détruire les reins... Je lui demande quels sont les symptômes des hypers et des hypos? Une grande soif, la bouche sèche, de l'irritabilité et les mains moites pour l'hyper et des tremblements, des moments de délire, du mal à marcher, comme une personne qui a trop bu, des troubles visuels et une grande fatigue pour les hypos.

Comment va son fils? "Mon fils va très bien, il s'est remis. Il culpabilise toujours, il dit "*c'est de ma faute*"... *je ne lui dis pas, enfin, je prends sur moi... Cela fait deux ans que je vois un psy pour travailler là-dessus. Ca avance.*"

Tout cela doit générer un gros bouleversement, au niveau familial...? En effet, elle se sent exclue, tout le monde mange normalement et elle, pendant les anniversaires par exemple, elle ne participe pas: "*On ne se sent pas comme les autres*". Ce n'est pas un régime strict, mais elle est obligée de peser ses aliments, de régler sa dose d'insuline par rapport à ce qu'elle mange. Je lui demande si cette surveillance constante, ce contrôle permanent lui évoquent quelque chose, si cela lui était déjà

familier avant la maladie? Elle me regarde fixement dans les yeux, interdite pendant quelques secondes, puis: *“On va parler des tocs, alors!”*

Elle me dit que tous les rituels autour de la maladie sont devenus complètement obsessionnels, mais qu'avant la maladie, elle avait des phobies, elle rangeait à n'en plus finir les choses, dans un ordre précis, elle vérifiait et re-vérifiait... Ce contrôle permanent lié à la maladie semble effectivement venir s'inscrire sur quelque chose qui était déjà présent. Elle me décrit longuement tous les rituels ménagers qui lui prenaient tout son temps, jusqu'à l'épuisement. Ce qui a fait dire à son fils: *“Maman, t'es folle”*. Quant à elle, ce besoin de contrôler, elle le lie au sentiment de *“calmer quelque chose”*.

Je lui demande quelle petite fille elle était. Elle est la deuxième fille de 6 frères et soeurs. La première soeur est partie très tôt de la maison et, à l'âge de 12/13 ans, elle s'occupait un peu de tout, des papiers administratifs, elle accompagnait son père dans ses démarches. *“S'il était en hypo, comme je voyais ma mère faire, je lui donnais de l'eau sucrée. Quand mon père était par terre, mes frères et soeurs avaient peur, pas moi. C'était moi qui prenais la relève... Quand mon père est décédé, je l'ai très mal vécu.”* Je demande quand il est mort. *“Il y a 18 ans, j'avais 27 ans”*. Je propose: *“Vous avez eu du mal à faire le deuil, vous pleuriez beaucoup?”* elle hoche la tête. Estime-t-elle aujourd'hui avoir fait le deuil? elle secoue négativement la tête *“... d'autant que maintenant je suis diabétique...”*

Elle entame le récit des circonstances de la mort de son père: il est mort d'un arrêt cardiaque à l'hôpital, elle était enceinte de son fils, il avait demandé à la voir, mais elle n'a pas pu y aller. *“Le diabète, au départ, je me disais que c'était peut-être une punition...”* Elle est saisie d'un sanglot et retire ses lunettes pour laisser couler ses larmes *“c'est toujours difficile...”* Elle me dit, après un

moment de silence, qu'elle a été trois mois sans pouvoir tenir son fils dans ses bras, que c'est son mari qui s'en occupait, qu'elle l'a rejeté, qu'elle le tenait pour responsable de ne pas avoir pu aller voir son père avant qu'il ne meure. En essuyant ses yeux: *“Le diabète, ça me rappelle beaucoup de choses...”*

Je lui demande où est enterré son père. En Algérie. Elle n'a pas pu assister à l'enterrement car en pays musulman, seuls les hommes peuvent assister à l'enterrement, les femmes ne peuvent se rendre au cimetière que le lendemain. Mais il lui a fallu bien plus longtemps pour pouvoir se rendre sur sa tombe: 15 ans après. Je lui demande si elle a pu lui adresser des paroles, à ce moment là. Elle me dit qu'elle a pleuré mais qu'elle n'a pas trouvé les mots *“j'avais comme un blocage”*. Elle parvient à lui parler, mais seulement lorsqu'elle parle à sa photo.

Je lui demande quel est le prénom de son père et quel est le prénom de son fils. Elle me dit que son mari a donné à leur fils le prénom de son père, qu'il n'a jamais connu. Alors leur fils n'a connu aucun de ses grand-pères? Elle me dit que son mari est fils unique et que son fils aussi, car elle *“a eu un blocage”*, elle n'a jamais voulu d'autre enfant. Quels liens garde-t-elle avec l'Algérie? Elle a sa soeur aînée qui est retournée vivre là-bas et son père leur a laissé un pied-à-terre près de Tlemcen, dans l'ouest algérien. Elle y retourne tous les 2/3 ans, ils en profitent pour aller aussi en Kabylie dont son mari est originaire, *“du côté des montagnes”*. La dernière soeur de son père est très âgée, elle a besoin d'aller la voir: *“c'est tout ce qui reste, un petit peu de mon papa”*.

Se souvient-elle de ses rêves? *“Oui (silence) Je rêve que je parle à mon père mais qu'il ne me répond pas. Dans mes rêves, je ne le vois pas...”* L'expression de son visage s'obscurcit. Elle évoque un moment où *“ça n'allait pas du tout”*. Elle était constamment en hyper, 3/4 g, elle n'en disait rien à personne, mais elle se laissait couler volontairement *“pour moi c'était comme un*

punition... Me laisser partir, le rejoindre. Ce qui m'a fait réagir, c'est mon fils. Il s'est aperçu que quelque chose n'allait pas. Il me voyait pleurer, faire le ménage sans arrêt, vérifier et re-vérifier. Il m'a dit: "ça a déjà été fait, qu'est-ce qui te prend?" De là, je me suis dit que je n'avais pas le droit de faire souffrir mon fils". Elle est allée voir un psychologue, ainsi qu'un psychiatre. Elle a voulu connaître leur diagnostic: névrose obsessionnelle. Je lui demande ce qu'elle pense elle-même de tout ça, de son histoire. Elle me dit qu'elle pense que cet attachement très fort à son père est source de beaucoup de choses, qu'il a joué dans la difficulté à accueillir son fils, qu'il se retrouve dans le diabète... Et ce qu'on en dirait en Algérie? "*En Algérie, on dit qu'il y a toujours une naissance pour une mort*"... Elle l'a dit à son fils quand il était tout petit. Elle sait qu'elle a pensé, même si cela elle ne lui a pas dit, que c'est parce que son fils est né que son père est mort. Je lui demande ce qu'elle a pensé lors du grave accident de son fils en Algérie? Elle me dit, d'un ton grave, qu'elle a pensé que la mort de son fils ne ferait pas revenir son père...

• Dossier médical

Objectif médical: insulinothérapie fonctionnelle

Objectif patient: gestion du traitement, prise en charge psychologique

Antécédents: appendicectomie

Diabète de type 1, connu depuis 2 ans, à l'âge de 45 ans. Syndrôme cardinal lors de vacances en Algérie suite à l'accident de moto de son fils.

Fréquence des hypoglycémies: 2 à 3 par semaine. Pas de comas hypoglycémique.

Arrêt du tabac il y a deux ans.

Taille 1,67m poids 53 kg. Avant le diabète, la patiente pesait 68 kilos.

Au chômage depuis 2 ans (avant la découverte du diabète).

Projets: "J'aimerais m'en sortir"

Antécédents familiaux: père diabétique de type 1 avec complications ophtalmiques et cardiaques, décédé à l'âge de 57 ans d'1 IDM (tabac). 3 frères et 3 soeurs en bonne santé. Mère de 71 ans. Le diabète, pour la patiente est "une maladie où il y a la mort au bout qu'on fasse".

• **Grille d'évaluation du fonctionnement psychosomatique de Madame T**

AXE 1 A : RELATION D'OBJET organisation du Moi

L'objet est-il introjecté?

152 Objectal. Prédominance du comportement oedipien génital.

Dimension narcissique du Moi: fragilité du narcissisme, attirance vers des idées suicidaires

Dimension masochique du Moi

160 Masochisme de vie. La patiente donne un sens aux événements dramatiques en les interprétant comme des "punitions". Elle se laisse submerger par les pulsions de mort puis se ressaisit de sa pulsion de vie: elle met en place une psychothérapie, suit son traitement...

Organisation du préconscient

170 Activités oniriques

AXE 1 B ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS

201 Signaux d'alarme accompagnés de liaison représentatives.

203 Deuil pathologique de son père

204 Dépressions

(voire)

208 Dépression essentielle

209 Pesée traumatique permanente

212 Névrose traumatique (incapacité pour la psyché de lier un événement traumatique, sidération de l'appareil mental)

215 Pensée magique

216 Coexistence de plusieurs modes de pensée dans le Moi (double appartenance culturelle)

AXE 1 C POINTS DE FIXATION REGRESSIONS

306 Troubles du métabolisme

352 3ème organisateur psy

353 Position autistique. Syndrome symbiotique avec le père décédé.

355 Position dépressive

359 Fixation sadique anale 2ème temps

AXE 1 D MECANISMES DE DEFENSE DU MOI

381 Clivage du Moi

382 Clivage de l'objet

384 Refoulement

385 Formation réactionnelle (rituels de propreté, sentiment de faute)

386 Isolation, par les rituels et les TOC

393 Idéalisation (du père)

AXE 1 E ACTIVITES SUBLIMATOIRES ET ONIRIQUES

492 Activités spirituelles

AXE 2A TRAITS DE CARACTERE

401 Phobique d'objet

403 Hystérie génitale

406 Anal et obsessionnel

AXE 2 B COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA VIE DE RELATION

450 Hypertonie musculaire, débordement de l'appareil mental par les émotions

453 Manifestations vago-sympathiques, qui témoignent du surplus d'excitations (pleurs surtout)

458 Passage fréquents aux comportements (de ménage et de nettoyage, rituels autour de la maladie)

469 Economie relationnelle prépubertaire: lors du départ de la soeur aînée, elle s'est occupé de son père malade et "d'un peu tout" dans la maison

476 Suivi de psychothérapie, en cours depuis un an environ

AXE 3 EXPRESSION DES AFFECTS

500 Large gamme d'expression des affects, expression des émotions sans répression, manifestation spontanée et authentique

AXE 4 DONNEES ENVIRONNEMENTALES, le Moi et le monde extérieur

600 Environnement familial stable

605 Rupture avec le travail, chômage (datant d'avant la survenue du diabète)

620 Hypochondrie (tendance)

621 Bénéfices secondaires à la maladie actuelle (victimisation)

AXE 5 CODE –CIM-10

708 Maladies métaboliques

AXE 6 EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES

1,5 Capacité de remémoration du passé, capacité d'allers-retours passé-présent, capacité d'élaboration (en thérapie) avec débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations

PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS

4 Forte (rituels de nettoyage et de rangement)

CAPACITÉ D'EXPRESSION DES AFFECTS

1 Richesse d'expression des affects bien intégrée

RISQUE LIÉ À L'ENVIRONNEMENT

3 Légère altération temporaire (chômage)

ÉVALUATION DU RISQUE PSYCHIQUE

9,5 Risque faible à modéré (en dépression sous médicaments et en thérapie)

ÉVALUATION DU RISQUE SOMATIQUE

2 Modéré

DIAGNOSTIC

Névrose actuelle, névrose mal mentalisée

141 Névrose d'angoisse, sur fond de deuil pathologique, et des troubles liés à la double appartenance culturelle

• **Évaluation du fonctionnement psychosomatique de Madame T**

Dans le dossier médical, la patiente dit qu'elle "*aimerait s'en sortir*", la représentation du diabète étant la suivante "*une maladie où il y a la mort au bout quoi qu'on fasse*". Le diabète insulino-dépendant est récent, la dépression est ancienne, réactivée par le choc traumatique de l'accident du fils. Mme T. est dans une phase adaptative, avec une dimension hypocondriaque ("*il faut faire attention à ce qu'on mange, mesurer son taux de sucre, veiller à avoir tout le temps son stylo sur soi, contrôler si on n'est pas en hyper ou en hypo, surveiller son taux d'acétone dans les urines, sinon cela risque de détruire les reins...*")

Le rôle joué par la maladie dans l'existence de Madame K est important. La maladie agit presque comme un organisateur psychique de substitution, regroupant dans sa représentation la maladie du père et l'accident du fils, suite auquel elle a déclaré elle-même la maladie. Elle lui permet à la fois de porter le deuil, d'expier un sentiment de faute par la punition que représente la maladie, et de faire en sorte, en ayant la même maladie que son père, qu'il soit encore un peu là. Comme si la maladie lui permettait à la fois de contenir ses angoisses (par des rituels) et d'"occuper" ses tocs aux soins de la maladie - comme elle le faisait avec son père. Ces différents éléments évoquent un diagnostic de corps vécu comme crypte du mort, dans le processus de deuil pathologique. L'influence de la double appartenance culturelle de Madame T ne serait pas à négliger dans une évaluation plus poussée de son fonctionnement psychosomatique. On sent chez elle, même si elle ne se sent pas autorisée à en parler, tout un monde de représentations qui pourrait donner un *sens* particulier à ce rôle joué par la maladie.

• **Évaluation psychosomatique du rapport de Madame T à la pose de la pompe à insuline**

La patiente souligne elle-même qu'il faut être prêt psychologiquement à accepter cette pompe, et qu'elle a des difficultés avec cette machine qui lui semble "*plus compliquée, moins fiable et*

finalement plus anxiogène que la technique du stylo” à laquelle elle est à présent habituée. Dans la mesure où elle est suivie en psychothérapie, on peut penser qu’elle va travailler sur le deuil non résolu de son père et sur le rapport ambivalent qu’elle entretient avec son fils. Cependant, dans le moment où je l’ai rencontrée, Madame T ne semblait pas convaincue qu’elle allait pouvoir “se faire à” la pompe. Il me semble que la pompe à insuline pourrait venir à la fois contrarier les bénéfices secondaires liés à la maladie, et en quelque sorte perturber le rôle joué par la maladie dans son existence (Cf: ci-dessus).

OBSERVATION N°3: MONSIEUR C.

• Entretien clinique

Quand j'entre dans sa chambre, Mr C, 50 ans, est allongé sur son lit en jean's et tee-shirt noirs, des écouteurs de MP3 sur les oreilles. Il accepte de participer à l'entretien de recherche avec un grand sourire qui m'interpelle - ce grand sourire, qui reviendra tout au long de l'entretien, ne cessera de me poser question. Je suis frappée également par le bleu intense des yeux de Mr C.

Mr C est hospitalisé pour un équilibrage de son diabète, on lui a posé une pompe à insuline voici deux jours. L'histoire de ce diabète remonte à plus de 20 ans, il a évolué, de la prise de cachets aux injections d'insuline. Il est apparu à la suite d'un accident de moto, le personnel hospitalier a vu son taux de sucre monter sous perfusion. Je lui demande s'il s'en souvient, ce qu'il a pu penser? Mr C me dit: *“Je ne me suis rien dit du tout... j'étais dans le coma”*. Une perte de connaissance d'une demi-heure. Il faisait alors des études de pharmacie, se destinant à l'officine. A la suite de cet accident, Mr C a opté pour *“un métier plus rapide”*: infirmier. Il souligne que l'accident a *“changé le cours de (sa) vie”*, ce qui lui laisse *“quelque part un regret”*. Mais à l'hôpital, il a rencontré son épouse, dont il a deux enfants, une fille de 18 ans et un garçon de 14 ans 1/2. Il vit en région parisienne, en banlieue sud, dans une maison avec jardin. Il aime bien respirer, et les endroits où il n'y a pas trop de monde. Comme activité, il pratique le VTT, *“mais ce n'est pas la passion folle”*. Ce qui l'intéresse le plus? *“Mon épouse!”*, qui est également infirmière, et non pas *son infirmière*, comme il précise. Sinon, il aime bien surfer sur internet *“mais ce n'est qu'un ordinateur!”*. Pour les vacances, Mr C aime bien les îles, *“mais cela coûte cher, donc cette année ce sera l'Ardèche. On essaie de varier, balades dans les bois, petites excursions, VTT, une journée on prend un sac à dos...”*

Je souligne qu'il parvient manifestement à maintenir une qualité de vie normale, avec beaucoup d'activités physiques. Quelles sont les contraintes liées au diabète au jour le jour? Mr C commence ici à me parler de plus en plus du diabète à la troisième personne du singulier - en terme de présence, à la fois distincte de lui-même et part de lui-même. *“Le traitement offre la possibilité de la calmer, mais il ne laisse pas toujours le choix et il a des effets secondaires, il fait grossir, etc. Il permet de connaître quelques outils. Ca ne fait pas tous les jours des idées roses, mais j'ai une femme merveilleuse! Ce n'est pas tous les jours facile. Il y a deux ans, il y a eu le décès de maman... J'ai un entourage familial où on se soutient. Même sans diabète, j'en aurais besoin. L'effet insidieux c'est que, si on part avec une mauvaise idée, il ne va pas rassurer. Ouais... des idées pas terribles... Ca se voit, on vit avec, des fois ça transpire un peu. Ca s'est même vu tout à l'heure, avec le docteur. Je l'ai vu dans son oeil! Ces mots un peu brusques, ça peut créer un trouble, ça devient vite compliqué, pour deux phrases! La pathologie chronique, il faut le savoir... On est dans la vie la mort, le bonheur le malheur. On pense plutôt aux bonnes choses, les choses sont brèves... Je voulais pas me plaindre, en disant au docteur: le diabète, c'est pas un cadeau. On vit au gré de ses hormones, à un dosage près, on est une autre personne. Pour le diabétique, **la route est en zigzag**, au gré de la courbe de glycémie. C'est un combat contre soi-même et contre **LUI, là!** (me montrant le tableau avec la courbe de glycémie). Quand j'ai mal j'ai beaucoup de mal à l'oublier, il y a des choses qui reviennent. Le diabète, bien sûr, met son grain de se sel partout où il ne faut pas. Ce n'est pas du tout un facteur favorisant.”* Il me parle de son rapport aux autres, à ses collègues, à qui il parlait souvent et beaucoup du diabète. Et d'une prise de conscience qu'il a eue, de la pénibilité pour les autres de l'entendre tout le temps en parler. Alors il a arrêté net. *“Des fois, je préfère ne rien dire, ça ne plaît pas à tout le monde. Je suis sujet aux coups de balai dans ma vie. **Aux revirements...**”* Je lui demande s'il parle à sa femme de ses états d'âme? *“Ah non! Il faut la*

préservé! Je ne vais pas lui apporter des choses qui vont l’empoisonner. Si je lui parlais en direct, vraiment, elle serait morte...” Puis il ajoute: “**La vie est amère...**”(le diabète, le sucre, l’amertume...)

Je lui demande s’il a déjà suivi ou pensé à suivre une psychothérapie, car il semble avoir beaucoup d’idées noires, qu’il garde apparemment pour lui seul. “*Non, de toute façon, on est toujours tout seul! On peut dire tous les mots qu’on veut, on est toujours tout seul...*” Je souligne la contradiction avec les propos qu’il tient sur le diabète, qu’il décrit lui-même comme une sorte de mauvais compagnon. “*Oui mais la pathologie c’est encore du moi-même, c’est à l’intérieur.*” Il ajoute, un peu étrangement: “*De temps en temps ça fait pas de mal d’allumer un feu... - un silence, avec échange de regards, interrogatif de mon côté, volontairement énigmatique du sien. C’est des idées... Et puis, on trouve des solutions en soi. Après tout, on n’est peut-être pas si pressé...*” Puis, comme pour reprendre le contrôle sur ses émotions et le cours de sa pensée: “*Mon objectif ici, et tel que je me connais, il ne faut pas que je change de voie: c’est le diabète.*” Et il revient sur ce que représenterait pour lui une démarche psychothérapeutique “*Dans tout rapport humain il y a un sentiment. Surtout entre homme et femme. Qui peut se retourner comme une lame de rasoir... Il y avait une fille, à qui je m’étais confié, pas du tout le même âge, on a tous un côté fleur bleue... Alors que ma femme, c’est du sûr, je n’ai confiance qu’en ma femme*”. Nous évoquons la dialectique bien/mal: ce qui ne fait pas de mal peut faire du bien, mais ce qui est capable de faire du mal est parfois aussi capable de faire du bien. Mr C souligne: “*Et aussi parfois ce qui fait du bien fait du mal...*” A ce moment de l’entretien, où Mr C me confie, il me semble, ses craintes au sujet du transfert. Au moment où son émotion, vibrante, est quasiment palpable dans la pièce, sa femme et son fils entrent... Sa femme est interloquée. Je me présente et je leur demande de ressortir un instant afin de pouvoir clôturer l’entretien. A peine sa femme et son fils sortis de la pièce, l’infirmière entre pour reprendre avec Mr C toutes les explications pratiques concernant l’utilisation de la pompe à insuline. Je me présente à elle, et je lui demande de nous laisser un instant, le temps de clôturer

l'entretien (pour la deuxième fois). Je me rappelle les propos insistants de notre cher professeur STORA nous recommandant de ne jamais quitter un patient sur une excitation. Nous prenons quelques minutes. En réponse certainement à la question sur la démarche psychothérapeutique, Mr C me dit qu'il se sent souvent "*à part*". Et que, lorsqu'il ressent cela, il se tourne vers d'autres ethnies: "*Je vais voir mes collègues antillaises!*" Je remercie Mr C de bien avoir voulu participer à cet entretien, je lui souhaite bonne continuation et nous nous serrons la main chaleureusement. Sa femme et son fils entrent à ma suite, avec l'infirmière.

- **Dossier médical**

Mr C, 50 ans.

DT1 datant de 1978. Diabète familial: GP et tante maternelle. Mère décédée d'un cancer du pancréas il y a 2 ans. Prise de poids de 10kg en 2 ans. Cardiovasculaire: claudication. Neurologie: sensation de brûlure sur la plante des pieds, surtout la nuit.

Facteur de risque: dyslipidémie.

Compréhension difficile du fonctionnement de la pompe.

Compte-rendu de 2005: hypertension artérielle résistante à la trithérapie associée à une hyperkaliémie. Sûrement hypertension artérielle essentielle. Fonction rénale normale, cortisolémie discrètement élevée. Diabète que le patient a beaucoup de mal à maîtriser avec HbA1c entre 8% et 8,5%.

- **Grille d'évaluation du fonctionnement psychosomatique de Monsieur C**

AXE 1 A : RELATION D'OBJET organisation du Moi

L'objet est-il introjecté?

150 Anobjectal (prédominance de traits narcissiques, fusionnels)

151 Préobjectal

Dimension narcissique du Moi

156 Idéal du Moi (voire)

153 b Narcissisme de mort

Dimension masochique du Moi

158 Apparence masochique

Organisation du préconscient

161 Lacunes de l'organisation du préconscient

AXE 1 B ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS

200 Angoisses diffuses (détresse)

203 Deuil récent (sa mère)

208 Dépression essentielle

AXE 1 C POINTS DE FIXATION REGRESSIONS

306 Troubles du métabolisme / endocrinologie

353 Position autistique (syndrome symbiotique)

354 Position schizo-paranoïde

AXE 1 D MECANISMES DE DEFENSE DU MOI

382 Clivage de l'objet

383 Identification projective

388 Introjection

393 Idéalisations (sa mère, sa femme)

AXE 1 E ACTIVITES SUBLIMATOIRES ET ONIRIQUES

493 Activités sportives

494 Activités culturelles

AXE 2 A TRAITS DE CARACTERE

400 Phobique d'ambiance ou d'envahissement

405 Oral (à type captatif)

407 Phallique-narcissique

AXE 2 B COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA VIE DE RELATION

452 Hypertonie musculaire et agressivité à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation, agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale

453 Manifestations vago-sympathiques témoignant du surplus d'excitations (rire)

455 Hypochondrie 1 (relation transférentielle impossible, court-circuit du travail psychique avec engagement dans une somatisation)

458 Acting out (passage fréquent aux comportements)

AXE 3 EXPRESSION DES AFFECTS

503 Transformation de l'affect (proche mélancolie)

511 Fatigue

512 Douleur

AXE 4 DONNEES ENVIRONNEMENTALES

600 Environnement familial stable

602 Environnement socio-professionnel stable

AXE 5 CODE –CIM-10

708 Maladies métaboliques

AXE 6 EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

I. PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES

4 Désorganisation au cours de dépressions essentielles

2. PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS

4 Forte

3. CAPACITÉ D'EXPRESSION DES AFFECTS

2 Répression des affects

4. RISQUE LIÉ À L'ENVIRONNEMENT

2 Satisfaisant

ÉVALUATION DU RISQUE PSYCHIQUE

12 Risque modéré à élevé

ÉVALUATION DU RISQUE SOMATIQUE

2,5 Risque modéré à élevé (difficultés à maîtriser son diabète)

• Évaluation du fonctionnement psychosomatique de Monsieur C

J'ai pu éprouver durant toute la consultation le malaise de Monsieur C et sa grande vulnérabilité. Il régnait chez lui une agitation physique, presque une fébrilité, alors qu'il cherchait à manifester une contenance calme. L'intensité des affects semblait sur le point de le déborder. Et la répression des affects était telle qu'on pouvait craindre pour Monsieur C un effondrement. Et ce grand sourire, avec ses yeux étincelants de clarté, qui en fait était une manifestation d'amertume et de solitude profonde... J'ai ressenti chez lui une grande souffrance, des idées noires proches d'un narcissisme de mort, et j'ai pensé qu'il serait hautement souhaitable pour lui qu'il puisse consulter un psychothérapeute. Mais la psychanalyse ne serait pas une indication pour ce patient: le transfert, trop massif, d'ordre fusionnel, ingérable pour lui, occasionnerait un surplus d'excitations qui le déborderaient.

La maladie a un rôle central dans son existence: le diabète est son ennemi intime. En fait, il le personnifie à la troisième personne. Il est, par cette maladie, en lutte permanente avec la mort elle-même, comme le héros du film de Bergmann¹ qui joue aux échecs avec la mort - cette ennemie qui lui a enlevé sa mère, dont il n'a pas fait le deuil. Il dit que s'il avait dû parler de ce qu'il ressent à sa femme, elle en serait morte, ce qui donne la mesure des pulsions de mort à l'oeuvre en lui. Il le dit: "La pathologie chronique, il faut le savoir... *On est dans la vie la mort, le bonheur le malheur.*" Beaucoup de violence d'un seul coup dans sa vie, un grave traumatisme: l'accident de moto, l'allergie et la déclaration du diabète lors du transport en ambulance. Les résurgences de ce traumatisme, ainsi que le deuil non résolu, occasionne un stress permanent chez lui (son taux de cortisolémie est toujours discrètement élevé). Monsieur C est en danger. En permanence en danger. Il garde pour lui sa détresse et son effroi et son désir de mort également. Sa femme est son objet externe, qui le protège de tout. Il la protège en retour de tout ce qui est effrayant en lui. Son diabète

¹ "Le Septième sceau".

s'équilibre mal, il est instable. Beaucoup des mots qu'il emploie évoquent cette instabilité, en la liant aux représentations de l'accident de moto: il est sujet aux "revirements", la "route est en zigzag" pour le diabétique... Il est comme un funambule tremblant sur le fil. Heureusement, il est protégé par un environnement conjugal, familial, et professionnel (même si on y note des tensions) stable, qui contrebalance cette instabilité nerveuse, thymique, affective et physiologique.

DIAGNOSTIC

Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement, sur fond de traumatisme

172 Troubles du narcissisme

• **Évaluation psychosomatique du rapport de Monsieur C à la pose de la pompe à insuline**

Il est noté dans le dossier médical de Monsieur C qu'il montre une compréhension difficile du fonctionnement de la pompe. Au vue de son profil psychosomatique, cela n'est pas étonnant. Peut-être que l'éducation thérapeutique du patient prodiguée par l'infirmière pourra l'aider à s'y adapter. Cependant il me semble que les difficultés de Monsieur C, qui paraissent être d'ordre cognitif, sont liées à un problème d'ordre affectif qui les occasionne. La pompe peut vite passer du statut d'inconnue au statut d'étrangère, voire d'ennemie... Monsieur C n'est pas du tout prêt à entreprendre une démarche thérapeutique, il s'en défend même, à juste titre pour ce qui est d'une thérapie psychodynamique de transfert qui je pense pourrait entraîner chez lui une régression dangereuse sur le plan somatique. Cependant, je crois qu'une psychothérapie psychosomatique lui serait d'une grande aide pour évacuer ses pulsions agressives et trouver un étayage, un contenant à ses angoisses de mort et à ses idées noires. Mais dans le cas de ce patient, il faudrait que cette psychothérapie fasse partie du protocole de soins. Car si la démarche thérapeutique classique se fait toujours du propre mouvement du patient, il me semble que dans le cas de patients comme

Monsieur C, cette attitude strictement déontologique revient au fond à leur interdire le soulagement que pourrait représenter pour eux une prise en charge psychothérapeutique qui tienne compte de leur problématique somatique. Il me semble en effet qu'une prise en charge adaptée pourrait aider à ce que la pompe à insuline devienne une alliée pour Monsieur C dans la stabilisation de son état physique et psychique - sans pour autant être concurrentielle de sa femme...

CONCLUSION

Dans l'introduction, j'ai présenté la grille d'évaluation du fonctionnement psychosomatique, outil clinique élaboré par le Pr J.-B. STORA sur la base de la nosographie établie par Pierre PARTY, que j'ai utilisée pour réaliser ce travail de recherche. Même si l'exercice ne me semble pas totalement abouti, car il me faudrait pratiquer bien davantage cet outil pour me sentir à l'aise et familière avec tous ses paramètres, il m'a constamment guidée dans l'analyser du corpus de ces entretiens de recherche, et m'a permis de donner une évaluation je crois assez ajustée du risque psychosomatique encouru par les trois patients dont j'ai présenté les observations. En conclusion, je mettrai en regard la grille d'évaluation psychosomatique et la pompe à insuline. Car j'ai pu éprouver, dans le cadre de ce travail, à quel point ces deux objets de haute technicité, l'un issu de l'univers de pensée et de soin psychanalytique et psychosomatique, l'autre issu de l'univers de pensée et de soin médical, prennent la mesure l'un de l'autre.

Quel que soit l'outil (qu'il soit clinique, ou bien un objet technique, comme la pompe à insuline) lorsqu'il intervient dans le champ du fonctionnement psychosomatique, il impose à son utilisateur une phase d'adaptation, une habitude, une appropriation de son fonctionnement. La pose de la pompe à insuline mobilise l'"enveloppe", c'est-à-dire l'opérateur psychique et physique, qui distingue l'intérieur de l'extérieur. En effet, s'il ne s'agit pas de greffer un organe, ou d'intégrer une prothèse, il s'agit tout de même de raccorder un objet externe non organique à un être vivant, de manière sous-cutanée. Cette pompe devient un compagnon de tous les instants, bon gré mal gré. Car le patient peut aussi s'éprouver sous sa dépendance totale, puisque cet objet règle depuis l'extérieur ce qui ne se règle plus depuis l'intérieur.

Pour terminer, je reviendrai à Claude BERNARD, que je cite en exergue de ce mémoire, et à qui j'emprunte le terme de "rapport" que j'emploie au fil, et en titre, de ce mémoire plutôt que celui de relation, car il me semble plus justifié à l'égard de ce qui représente la visée de ce travail, à savoir *l'évaluation du risque psychosomatique*. C'est bien dans le rapport que se dévoile le lien tout à fait singulier, immatériel et aussi tout à fait matériel, que chaque être tisse avec le monde - son "idiosyncrasie". C'est bien cela qu'il s'agit d'identifier, quand on parle de "risque psychosomatique", et cela à titre *préventif*. Car le risque encouru, si l'on ne tient pas compte de ce rapport, où si l'on ne se donne pas les moyens d'en évaluer la singularité, n'est autre que celui des réactions "imprévisibles" - c'est-à-dire négatives - du patient au soin.

Enfin, en me basant sur l'évaluation psychosomatique de ces trois patients, il me semble que les implications de la pose de la pompe à insuline dans le corps et dans le monde des représentations psychiques des malades sont nombreuses, complexes, et restent à approfondir. Le rapport singulier entre le patient diabétique et la pompe à insuline n'est en tous cas pas réductible à un simple apprentissage technique ni, même si elle est bien menée, à une éducation thérapeutique du patient. Tenir compte de l'implicite, comme l'utilisation de la grille d'évaluation du fonctionnement psychosomatique permet de le faire, me semble être une attitude d'une prudence indispensable en matière de protection, de prévention et d'optimisation du bénéfice des soins apportés, digne d'une "bonne pratique" à l'égard des malades.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER F. *La médecine psychosomatique*, Paris, Payot (2002)

ANZIEU D. *Le moi-peau*, Paris, Ed. Dunod (1995).

BERGERET J. *Psychologie Pathologique*, Paris, Ed. Masson (1972).

BERGERET J. *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Ed. Dunod (1996).

BERGERET J. et coll. *La pathologie narcissique*, Paris, Ed. Dunod (1996).

BOWLBY J. *Attachement et perte*, Paris, PUF (1984).

BOWLBY J. *La perte: tristesse et dépression*, Paris, PUF (1984).

DAMASIO A. R. *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*, Ed. Odile Jacob (1995-2006).

DSM IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (1994).

FERENCZI S. *Le traumatisme*, Paris, Payot (1982).

FREUD S. et BREUER J. - 1895 - *Etude sur l'hystérie*, Paris, PUF (1967).

GRIMALDI A. *Guide pratique du diabète*, 4ème éd., Paris, Ed. Masson (2009)

KLEIN M. et RIVIÈRE J. *L'amour et la haine, le besoin de réparation*, Paris, Ed. Payot (1968).

LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Paris, PUF (1967).

Mc DOUGALL J. *Le Théâtre du Corps*, Paris, Folio essais (1989).

MANNONI P. *Les événements de vie*, Paris, Ed. L'Harmattan (2008).

MARTY P. *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, PUF, "Que sais-je ?" (1963).

MARTY P., de M'UZAN, M., DAVID C. *L'investigation Psychosomatique*, Quadrige, PUF (1963).

MOLINIÉ M. *Soigner les morts pour guérir les vivants*, Ed. Les empêcheurs de penser en rond/Le Seuil (2006).

NATHAN N. *Angoisse ou frayeur; un problème épistémologique de la psychanalyse*, Nouvelle Revue D'ethnopsychiatrie 15 - Frayeur, Ed. La pensée sauvage (1990).

NATHAN T. *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Ed. Les empêcheurs de penser en rond/Le Seuil (2001).

Revue française de psychosomatique, *Controverses sur le stress*, Revue Française de Psychosomatique n°28, Ed. PUF (2005).

Revue française de psychosomatique, *À propos de l'investigation psychosomatique*, Revue Française de Psychosomatique n°35, Ed. PUF (2009).

SPITZ R. A. - 1965 - *De la naissance à la parole: la première année de la vie*, Paris, PUF (1968).

STORA J. B. *La Neuro-Psychanalyse*, Paris, PUF "Que sais-je ?" (2006).

STORA J.B. *Le Stress*, Paris, PUF, "Que sais-je ?" (2005).

STORA J.B. *Quand le Corps prend la relève*. Ed. Odile Jacob (1999).

THURIN J.M., BAUMANN N. *Stress, pathologies et immunité*, Flammarion/Médecine Sciences (2006).

WINNICOTT D. W. *Agressivité, culpabilité et réparation*, Paris, Ed. Gallimard (1994).