

UNIVERSITE DE LAUSANNE
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
Institut de psychologie



Session d'hiver 2013

**Une approche corporo-socio-psychologique de l'homme
douloureux chronique: à l'écoute des maux de la migraine**

Maîtrise universitaire ès Sciences en psychologie

Présenté par : Claudia Véron

Directeur : Marie Santiago-Delefosse

Co-directeur : Fabienne Fasseur

Résumé

La migraine est un trouble neuro-vasculaire débilitant qui touche environ 15% de la population générale. Les causes de cette affection sont encore mal connues et de nombreux individus sont réfractaires aux traitements proposés. Souvent abordée du point de vue biomédical, la migraine est abordée dans ce travail sous l'angle de la souffrance des individus en prise avec ce mal. Afin de rendre compte du vécu des personnes atteintes de migraine, une recherche qualitative s'insérant dans un cadre de psychologie qualitative et critique de la santé a été menée. Huit entretiens semi-structurés de recherche ont été entrepris et analysés à l'aide de l'analyse thématique de contenu. Les résultats de la recherche ont ensuite été discutés à la lumière de la revue de littérature effectuée portant sur l'histoire de la migraine, son épidémiologie ainsi que les différentes approches de la douleur. Plus particulièrement, le modèle corporo-socio-psychologique développé par Santiago-Delefosse (2002 ; 2011) a été mobilisé et a permis de rendre compte de la complexité des relations entre la corporéité, la socialité ainsi que les significations attribuées à la migraine. Ainsi, il a pu être démontré que la migraine n'affecte pas que le corps de l'individu mais touche celui-ci dans sa relation à soi, aux autres et au monde. De cette manière, les limites des définitions biomédicale et bio-psycho-sociale de la migraine ont été mises en évidence et l'approche corporo-socio-psychologique a pu être proposée comme une alternative permettant de mieux comprendre l'expérience vécue de ce mal. La migraine ne serait ainsi plus à voir comme une maladie mais en tant que douleur persistante. Dans cette perspective, une approche pluridisciplinaire de la douleur pourrait se révéler bénéfique et le psychologue de la santé pourrait jouer un rôle important dans cette prise en charge en offrant un lieu d'écoute à la plainte douloureuse.

Mots clefs

Migraine ; Douleur chronique ; Souffrance ; Modèle corporo-socio-psychologique ; Phénoménologie ; Méthodes qualitatives ; Psychologie de la santé ; Centre de la douleur ; Prise en charge

Abstract

Migraine is a disabling neuro-vascular disease that affects around 15% of the general population. Little is known about the causes of this disorder and numerous migraineurs don't respond well to treatment. Often viewed from the biomedical approach, migraine is seen in this present work from the point of view of the people suffering from this affection. In order to reveal the lifeworld of the people suffering from migraine, a qualitative research taking place in a qualitative and critical health psychology frame has been undertaken. Eight semi-structured interviews have been carried out and analysed with a thematic content analysis. The results of the research have then been discussed in the light of the literature review referring to the history of migraine, the epidemiology of this disease and the various approaches of pain. The embodied-socio-psychological perspective developed by Santiago-Delefosse (2002 ; 2011) has more specifically been mobilized and has enabled to show the complex relationships between the corporeality, sociality and meaning given to migraine. Thus it has been demonstrated that migraine doesn't affect only the body of the sufferer but modifies the relation to the self, the others and the world. In this way, the limits of the biomedical and bio-psycho-social models have been highlighted and the embodied-socio-psychological perspective has been proposed as an alternative for a better understanding of the lived experience of this affliction. Migraine should therefore no longer be seen as a disease but as a persistent pain. In this perspective, a pluridisciplinary approach to pain could be beneficial and the health psychologist seems to have an important role to play in the care of pain by offering a listening place to the painful complaint of the sufferer.

Keywords

Migraine ; Chronic pain; Sufferance ; Embodied-socio-psychological perspective; Phenomenology ; Qualitative methods; Health psychology ; Pain Centre; Care

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont encadré et soutenu tout au long de ce travail, qui ont stimulé ma réflexion et m'ont donné l'envie de mener cette recherche.

Je remercie tout particulièrement Madame Fabienne Fasseur pour son temps et son soutien, Madame Marie Santiago pour sa direction, Dr Philippe Mavrocordatos, Monsieur Christian Maggiori, Madame Myriam Pasche, Mélanie Hindi, Frédéric Goncerut, Nikola Sanz, Aurore Buffat, Florent Liardet, Patricia et Georges Véron ainsi que tous les participants des entretiens sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1.1 Présentation du travail.....	1
1.2 Origine du travail	2
1.3 Objectifs du travail.....	3
2. UNE HISTOIRE DE LA DOULEUR : LE MYSTERE DE LA MIGRAINE.....	4
3. LA DOULEUR AUJOURD’HUI : LA MIGRAINE EN CHIFFRES	10
4. LES DIFFERENTES APPROCHES DE LA DOULEUR.....	11
4.1 Le modèle biomédical.....	11
4.1.1 Définition de la douleur	11
4.1.2 Diagnostic	13
4.1.3 Physiopathologie de la migraine.....	15
4.1.4 Approche thérapeutique	15
4.1.5 Apports et limites	16
4.2 Le modèle bio-psycho-social.....	17
4.2.1 Définition de la douleur	17
4.2.2 Diagnostic	21
4.2.3 Approche thérapeutique	21
4.2.4 Apports et limites	22
4.3 L’approche psychanalytique	22
4.3.1 Définition de la douleur	23
4.3.2 Approche thérapeutique	24
4.3.3 Apports et limites	25
4.4 L’approche phénoménologique	25
4.4.1 Définition de la douleur	26
4.4.2 Prise en charge	28
4.4.3 Apports et limites	28
4.5 Le modèle corporo-socio-psychologique.....	29
5. PROBLEMATIQUE ET CADRE THEORIQUE.....	32
6. METHODOLOGIE.....	34
7. ANALYSE DES RESULTATS.....	39

7.1 Présentation de la grille d'analyse thématique de contenu	39
7.1.1 Corporéité.....	39
7.1.2 Sociologique.....	41
7.1.3 Psychologique	42
7.2 Présentation de la population	45
7.2.1 Entretien Julie	46
7.2.2 Entretien Stéphanie.....	53
7.2.3 Entretien Pauline.....	58
7.2.4 Entretien Valentine.....	66
7.2.5 Entretien Alexandre	71
7.2.6 Entretien David	77
7.2.7 Entretien Christopher.....	82
7.2.8 Entretien Marc.....	90
7.3 Analyse comparative des entretiens.....	96
7.3.1 Corporéité.....	96
7.3.2 Sociologique.....	96
7.3.3 Psychologique	98
7.4 Analyse comparative des entretiens entre hommes et femmes.....	104
7.4.1 Corporéité.....	104
7.4.2 Sociologique.....	105
7.4.3 Psychologique	105
8. DISCUSSION	108
8.1 Les dimensions corpo-socio-psychologique de la migraine.....	108
8.1.1 Corporéité.....	108
8.1.2 Sociologique.....	115
8.1.3 Psychologique	131
8.2 Le rôle du psychologue de la santé dans la douleur	150
8.3 Les apports et limites du modèle corpo-socio-psychologique en lien avec la	
recherche	154
9. CONCLUSION	157
BIBLIOGRAPHIE	160
ANNEXES 1	I

1. INTRODUCTION

1.1 Présentation du travail

De l'homme de Neandertal au citoyen moderne, du valaisan au nigérien, du nouveau-né au vieillard, tout le monde a un jour souffert d'une brûlure, coupure, rage de dent ou encore d'un mal de tête. Phénomène universel, la douleur « (...) est sans doute l'expérience humaine la mieux partagée, avec celle de la mort (...) » (Le Breton, 1995, p.23). Cette sensation désagréable constitue la première cause de consultation médicale et pousse celui qu'elle ronge à trouver un moyen de l'apaiser.

Si la douleur aiguë, intense et de courte durée, est rapidement et facilement soulagée, la douleur chronique tend à résister aux traitements de la médecine. Dépassant sa fonction de signal d'alarme, la douleur rebelle s'insinue au plus profond de l'individu et touche toutes les dimensions de son être. La douleur ne se cantonne pas à tourmenter l'enveloppe corporelle du sujet, mais affecte également ce dernier au niveau social et psychologique. Le rapport au corps, la relation aux autres, la capacité à travailler ou encore les états émotionnels peuvent en effet se voir perturbés par les maux chroniques.

Si la douleur est un fait universel, elle consiste également en une expérience essentiellement individuelle. Ce mal relève d'une perception subjective et son vécu varie diamétralement d'un individu à l'autre. Comment est-il alors possible d'appréhender un fait aussi singulier ? La question se doit d'être posée. Les limites de la médecine face à ces maux qui perdurent dans le temps et l'accroissement du nombre de douloureux chroniques fait de la douleur chronique un enjeu de société majeur et révèle la nécessité de se questionner sur le type d'aide à offrir à l'homme en prise avec ce mal.

À l'heure d'aujourd'hui, la douleur ne peut se contenter d'une définition purement physiologique et mécanique en termes de symptômes, mais doit être considérée en lien avec le sujet qu'elle affecte. Loin de n'être que le refuge d'un squatteur malvenu qu'il s'agit de déloger par les forces armées médicales, l'individu est profondément transformé par la

douleur, agit sur celle-ci et lui assigne des significations. L'homme douloureux peut ainsi être perçu comme acteur et auteur de sa douleur.

1.2 Origine du travail

Un stage d'observation mené dans un centre de gestion de la douleur au Québec en 2009 se trouve à l'origine du présent travail de recherche. De cette expérience est né un questionnement autour du type de prise en charge de la douleur en Suisse et des besoins des individus souffrant de maux chroniques. Interpellé par le manque d'humanisation au sein des interventions et de la réduction des aspects psychologiques de la douleur à une explication purement physiologique, un désir de comprendre, plutôt que d'expliquer, la souffrance de l'individu s'est éveillé.

Le questionnement de recherche découlant de ce cheminement porte sur les incidences subjectives de la douleur chronique. Se situant au sein d'une approche de psychologie qualitative et critique de la santé, le travail de recherche va s'intéresser à la compréhension du monde vécu des individus souffrant de douleurs chroniques.

Face à la multiplicité des types de maux chroniques, il a semblé nécessaire de restreindre le sujet d'étude. Touchant un grand nombre d'individus, très souvent sous-diagnostiqués et ayant été moins investigués que d'autres formes de douleur, les maux de la migraine feront plus particulièrement l'objet de ce travail.

Le modèle corpo-socio-psychologique développé par Marie Santiago-Delefosse (2011) sera spécifiquement mobilisé afin de tenter de rendre compte de l'articulation complexe des dimensions corporelles, sociales et psychologiques dans le cas de la migraine chronique. Partant de ce cadre théorique constructiviste et tentant de dépasser les limites des modèles biomédical et bio-psycho-social, il s'agira de s'intéresser à la douleur en tant que construction sociale et d'appréhender le sens que l'individu crée autour du mal qui l'habite.

1.3 Objectifs du travail

L'objectif principal que se donne le travail de recherche est de tenter de révéler les constructions de sens de l'individu en prise avec la douleur chronique. Quelles significations attribue-t-il à sa souffrance ? Quelles sont les théories subjectives créées autour de la douleur ? De quelle manière l'identité narrative est-elle altérée par la douleur ? Quelles sont les répercussions corporo-socio-psychologiques de la migraine chronique ? De manière plus générale, les liens qui lient le soma à la psyché ainsi que la place et le rôle du psychologue de la santé dans les institutions de soin seront interrogés.

Pour répondre aux différentes questions motivant le présent travail, nous avons entrepris une revue de littérature ainsi qu'une recherche empirique. Tout d'abord, il s'agira de présenter les différentes définitions données à la douleur et à la migraine au fil du temps. Ensuite, les principaux modèles théoriques ayant traité de la douleur seront mis en lumière. Nous discuterons des apports et des limites du modèle biomédical, psychosomatique, bio-psycho-social et phénoménologique. Une autre approche possible de la douleur, le modèle corporo-socio-psychologique (Santiago-Delefosse, 2011), sera ensuite proposé.

Puis, nous confronterons les données théoriques aux réalités du terrain. Pour ceci, une recherche de type qualitative a été entreprise. Des entretiens semi-structurés de recherche ont été réalisés, retranscrits, puis analysés à l'aide de l'analyse thématique de contenu. Nous discuterons des résultats obtenus en lien avec les théories exposées. Enfin, une prise de distance critique par rapport à la recherche effectuée et une réflexion quant au rôle du psychologue de la santé, ainsi que des possibles pistes pour des études futures, seront amenées.

Phénomène à la fois universel, individuel et multidimensionnel, la douleur tentera d'être appréhendée dans sa complexité. Celle-ci s'efforcera d'être extirpée des catégorisations froides qui la définissent habituellement et l'individu douloureux cherchera à être replacé dans sa subjectivité, son histoire de vie et le tissu social dans lequel il est profondément intriqué.

2. UNE HISTOIRE DE LA DOULEUR : LE MYSTERE DE LA MIGRAINE

Touchant l'homme depuis la nuit des temps, la douleur a donné lieu à de nombreuses descriptions et tentatives d'élucidation à travers l'histoire. L'expérience douloureuse est en effet une construction sociale et culturelle qui a fait l'objet de diverses croyances, théories et traitements au fil du temps. De la même manière, la migraine n'a épargné aucun peuple, ni même les célèbres têtes pensantes comme César, Kant, Napoléon, Nietzsche, Freud, Einstein, Marx, Picasso, Chopin, Tchaikovsky, Darwin, Van Gogh ou encore Stephen King (Sacks, 1986 ; Schwob, 2001 ; Unger, 2006). Son origine, ses mécanismes et les moyens de la calmer intriguent l'homme depuis des siècles.

Les premières traces de la migraine remontent jusqu'à un poème babylonien datant de 3000 ans avant J.-C (Schwob, 2001).

Le mal de tête plane sur le désert, comme le vent déchaîné.
Eclatant comme l'éclair, lâché comme un animal rôdeur ;
Il tranche dans celui qui ne craint pas son dieu, comme le fait un roseau
Comme une tige de henné, il lacère ses muscles...
Etincelant comme une étoile céleste, il a frappé cet homme et
Comme quelqu'un au cœur malade, celui-ci chancelle,
Comme quelqu'un qui a perdu la raison, il est brisé...
Le mal de tête, comme la terrible tornade, personne n'en sait le cours,
Personne n'en sait la durée, ni les limites. (Schwob, 2001, p. 25-26)

On retrouve également des références à la souffrance migraineuse à l'époque de l'Égypte ancienne sur le papyrus Ebers (1700 av. J.-C), l'un des plus anciens documents médicaux préservé (Schwob, 2001).

A l'époque de l'Antiquité grecque, on rencontre déjà un vocabulaire spécifique à la douleur dans les textes de Homère (VII^{ème} s av. J.-C.). L'expérience de la douleur était alors celle de la blessure résultant souvent de combats (Rey, 1993). Dans les textes de Sophocle de la tragédie grecque du V^{ème} siècle avant J.-C., on retrouve des références à la douleur chronique et à la souffrance. Le mal était alors perçu comme le résultat de la volonté des dieux et « (...) comme un être autonome qui prend possession du sujet, l'envahit, s'empare de lui, (...) souvent qualifié de « rongeur », au sens propre, ou de dévorant. C'est l'image d'un être vivant

qui se repaît de sa victime, l'homme souffrant, et grandit au fur et à mesure que le malade se vide de sa substance. » (Rey, 1993, p. 20). Insoutenable et toute puissante, la douleur était ainsi exposée aux vues de tous.

Cette perception de la douleur persista jusqu'à la naissance de la médecine grecque dont Hippocrate (430-380 av. J.-C.) est le représentant emblématique (Spitz, 2002). Selon ce dernier, la maladie résultait d'un déséquilibre des *humeurs* du corps (le sang, la lymphe, la bile jaune et l'atrabile) et le soulagement de la douleur était une « œuvre divine » (Maggiore, 2011). Ce médecin, vraisemblablement migraineux lui-même, fut le premier à décrire les auras accompagnant les crises migraineuses et expliquait la migraine par une montée des *humeurs* du foie au cerveau (Unger, 2006). Le traitement de la migraine consistait ainsi à drainer le corps des *humeurs* par des saignées ou par l'application d'infusion d'herbes à la tête (Rey, 1993, Unger, 2006).

En 200 après J.-C., Arétée fut le premier à donner une description clinique de la migraine, qu'il nommait *hétérocrânie* (Sacks, 1986 ; Unger, 2006).

Dans certains cas, la tête toute entière est douloureuse, d'autres fois la douleur siège à droite, ou à gauche, parfois encore elle naît dans le front, ou la fontanelle ; et le point d'origine de ces accès douloureux peut varier au cours d'une même journée (...) C'est ce que l'on nomme hétérocrânie, une maladie nullement bénigne (...) Elle provoque des symptômes inconvenants et atroces (...) des nausées ; des vomissements de matières bilieuses ; l'effondrement du patient (...) les malades sont plongés dans une grande torpeur, ils ont la tête lourde, sont très angoissés ; la vie leur devient un fardeau. Car ils fuient la lumière ; l'obscurité seule apaise leur mal ; et ni leurs yeux, ni leurs oreilles ne souffrent aisément le contact des choses agréables (...)
Les patients sont las de la vie et désirent mourir. (Sacks, 1986, p. 21-22)

Ce célèbre médecin grec de l'Antiquité attribuait la cause de l' *hétérocrânie* à une abondance d'humeurs froides et sèches à la tête et décrivait en détails la manière dont on pouvait tenter de les expulser (Rey, 1993). La cure consistait ainsi essentiellement en des « (...) saignées abondantes, au bras d'abord, puis au front ; ensuite on rasait la tête du malade, on la lavait à l'eau chaude, en vertu du principe selon lequel on combat une chose par son contraire, et on lui appliquait des ventouses scarifiées, on faisait des incisions profondes, ou l'on cautérisait au fer rouge ; on pouvait également la frotter avec des plantes rubéifiantes, de façon à provoquer des sueurs. Pendant tout le temps du traitement, l'alimentation devait être frugale, des évacuations de pituite (*mucosité*) étaient provoquées par des clystères (*lavement*), et quand le malade rentrait en convalescence, on ajoutait des exercices de gymnastique, des bains, des promenades » (Arétée de Cappadoce, 1834, cité par Rey, 1993, p. 38-39). Les

traitements étaient alors longs, pénibles et leurs chances de succès n'étaient pas garanties (Rey, 1993).

A la même époque, Galien (131-210 apr. J.-C.) travaillait également à comprendre les mécanismes de la douleur (Rey, 1993). Selon ce médecin, la douleur avait valeur de symptôme et avait comme fonction d'indiquer à l'homme les organes malades (Rey, 1993). La douleur pouvait survenir d'une agression interne ou externe et permettait de diagnostiquer des maladies (Rey, 1993). Galien proposa également une classification qualitative des différents types de douleurs (*pulsative, gravative, tensive et pongitive*) qui fut reprise jusqu'à nos jours (Rey, 1993). La douleur pulsative, caractérisée par la pression du sang dans les artères, décrit notamment le type d'expérience douloureuse de la migraine (Rey, 1993). Ce fut d'ailleurs Galien qui introduisit le terme d'*hémicrânie*, signifiant « moitié du crâne », caractéristique de la crise migraineuse ne touchant fréquemment qu'une partie de la tête, qui donnera lieu au terme actuel de migraine (Unger, 2006). Ce médecin grec rejoignait la *théorie des humeurs* d'Hippocrate et retraçait les causes de la migraine à un excès de bile jaune (Schwob, 2001).

Pendant la première moitié du Moyen-Age, on ne trouve que peu de récits portants sur la douleur et ses remèdes (Rey, 1993). La société de l'époque marquée par la domination masculine ne laissait en effet que peu de place à la douleur, perçue comme une affaire essentiellement féminine (Rey, 1993). Avec l'avènement du christianisme, la douleur est alors vue comme un rachat de ses péchés et une offrande permettant de se rapprocher du Christ ayant lui-même souffert sur la croix par amour pour l'homme (Le Breton, 1995 ; Rey, 1993). Les seuls témoignages de la douleur migraineuses de l'époque étaient ceux de la religieuse philosophe et médecin Hildegarde de Bingen (1098-1179) qui décrivait les troubles visuels, correspondant aujourd'hui aux auras pouvant accompagner les migraines, dont elle souffrait lors de ses révélations métaphysiques (Schwob, 2001).

Il faudra attendre la Renaissance avec Ambroise Paré (1509-1590) pour à nouveau s'intéresser à la migraine. Selon ce chirurgien, qui acquit beaucoup d'expérience auprès des blessés des champs de bataille et qui fut notamment l'un des premiers à décrire de manière précise les douleurs des membres fantômes, la migraine trouvait son origine dans la circulation sanguine (Rey, 1993 ; Schwob, 2001). La théorie des humeurs, avec ses traitements sous forme de purgation, lavement, saignées ou régime alimentaire stricte,

continuait néanmoins à dominer et persista même jusqu'à nos jours (Sacks, 1986 ; Schwob, 2001).

A la même période, Montaigne faisait part de son expérience personnelle de la douleur dans ses Essais (Schwob, 2001). Avec l'apparition de la notion d'introspection, un nouveau rapport au corps se mettait en place, celui d'un corps « (...) non plus perçu comme simple enveloppe charnelle, rendant l'âme prisonnière et rabattant ses élans vers la frange terrestre selon une philosophie platonicienne que la pensée chrétienne s'est largement appropriée, un corps non plus transfiguré dans ses souffrances par l'imitation de Jésus-Christ, ni davantage magnifié pour le plaisir et la beauté qu'il révèle, mais un corps assumé dans la vérité de ses sensations, dans son mélange de douleurs et de joies, dans son humilité quotidienne et sa médiocrité » (Rey, 1993, p. 68). La douleur commence ainsi à s'éloigner des définitions religieuses en terme de punition divine et à se rapprocher du vécu individuel de l'homme souffrant (Rey, 1993).

A l'âge classique, Descartes (1596-1650) poursuivit cette émancipation des représentations religieuses de la douleur et développa les théories mécanicistes de la sensation. Selon ce mathématicien et philosophe, la douleur était une perception de l'âme et pouvait être causée par des objets externes ou provenir du corps lui même (Rey, 1993). Le cerveau logeait l'âme et recevait les sensations par le biais de « cordes » reliées à toutes les parties du corps (Rey, 1993). De cette manière, la douleur était perçue comme « (...) moyen de connaître l'union du corps et de l'âme » (Rey, 1993, p. 87).

A partir des travaux de Descartes, Thomas Willis (1621-1675) fit avancer les connaissances anatomiques du cerveau (Rey, 1993, p. 87). Il fut notamment le premier à mettre en lien la migraine et la dilatation des vaisseaux sanguins dans le cerveau (Unger, 2006). Dans son ouvrage *De Anima brutorum* (1672), ce médecin anglais regroupa sous le chapitre *De Cephalalgia* les différentes théories portant sur la migraine et fit part de ses propres observations cliniques, dont cette fameuse description des symptômes d'une de ses patientes:

Voici quelques années, on vient me quérir pour que j'aie à visiter une très noble Dame, sujette depuis plus de vingt ans à un Mal de Tête d'abord sporadique, puis devenu presque continuel (...) cette maladie était pour elle un très grand châtement. Après une enfance sans orage, elle avait à douze ans commencé à souffrir de douleurs dans la Tête, qui se déclenchaient tantôt d'elles-mêmes, plus souvent dans de menues occasions particulières. Ce Mal ne se limitait à aucune partie de la Tête, mais se déclarait parfois d'un côté, quelques fois de l'autre, et envahissait souvent tout l'intérieur de la Tête. Au cours de l'accès (qui durait rarement

Une histoire de la douleur : le mystère de la migraine

moins d'un jour et d'une nuit, et persistait souvent deux, trois et même quatre jours), cette femme ne supportait ni la lumière, ni les paroles, ni le bruit, ni le mouvement ; elle restait assise sur son Lit, le dos droit, faisait tirer les rideaux de sa Chambre, ne parlait à personne, ne dormait pas et ne prenait aucune nourriture. Beaucoup plus tard, lorsque la crise entraînait dans son décours, elle s'allongeait et dormait d'un sommeil lourd et agité, dont elle s'éveillait en se sentant mieux (...) Ses crises, qui étaient déjà fréquentes autrefois et frappaient rarement moins de vingt jours par mois, avaient par la suite encore gagné en fréquence, au point de finir par ne lui laisser quasiment aucun répit. (Sacks, 1986, p. 25)

Willis exposa également les facteurs pouvant causer la migraine tels que les prédispositions génétiques, la météo, les émotions ou encore la manière de s'alimenter (Sacks, 1986). Ces éléments, psychologiques ou physiques, pouvaient selon lui exciter le système nerveux et engendrer des maux de tête (Sacks, 1986). Voltaire (1694-1778) identifiait également déjà à l'époque la consommation d'alcool comme facteur déclenchant : « Rien qu'à voir mousser le champagne, déjà la migraine me gagne » (Schwob, 2001, p. 29). D'autres encore, comme John Fothergill (1712-1780), mettaient en lien certains aliments comme les viandes grasses, les épices, les tartines beurrées ou encore les bières fortes à base de houblon avec le déclenchement de la migraine (Sacks, 1986). En Suisse, le médecin vaudois Samuel Auguste André David Tissot (1728-1797) observa que des troubles digestifs pouvaient précéder et déclencher des crises migraineuses et que le fait de vomir pouvait mettre fin à celles-ci (Sacks, 1986).

Le 19^{ème} siècle est marqué par des avancées scientifiques majeures dans la compréhension des mécanismes de la douleur et des techniques de soulagement, avec notamment la découverte de l'anesthésie (Rey, 1993). Avec son traité *On Megrin, Sick-Headache and Some Allied Disorders*, Edward Liveing (1832-1919) proposa une nouvelle théorie de la migraine (Sacks, 1986). Selon ce médecin anglais, les crises migraineuses seraient expliquées par des « orages nerveux » (Sacks, 1986). L'origine de la migraine se trouverait ainsi dans le système nerveux et non dans les vaisseaux sanguins comme le pensait Willis.

A coté de ces développements scientifiques, des représentations caricaturales de la migraine se dessinaient dans la littérature française du 19^{ème} siècle (Schwob, 2001). La migraine était en effet vue comme une excuse dont les femmes avaient recours pour ne pas avoir à remplir leurs devoirs conjugaux (Schwob, 2001). Honoré de Balzac écrivait dans sa *Physiologie du mariage* :

L'affection dont les femmes connaissent le mieux les ressources est la migraine. Cette maladie, la plus facile de toutes à jouer, car elle est sans symptôme apparent, oblige seulement à dire « j'ai la migraine ». Une femme

Une histoire de la douleur : le mystère de la migraine

s'amuse-t-elle de vous, il n'existe personne au monde qui puisse donner un démenti à son crâne dont les os sont impénétrables, défiant le tact et l'observation. Aussi la migraine est-elle à notre avis la reine des maladies, l'arme la plus puissante et la plus terrible employée par les femmes contre leurs maris. (Schwob, 2001, p. 30-31)

Depuis le 19^{ème} siècle, les connaissances et techniques médicales dans le domaine de la douleur ont considérablement progressé. Si la migraine est aujourd'hui mieux connue, celle-ci n'a pourtant pas cessé de frapper un grand nombre d'individus, amenant à la création de l'*International Headache Society* en 1988 qui continue à promouvoir la recherche dans le domaine des maux de tête (Schwob, 2001). La Société Suisse pour l'étude des céphalées fut fondée quelques années plus tard en 1995 (Sandor, 2010) et de nombreux Centre de la douleur sont nés à travers le monde dès le 20^{ème} siècle.

3. LA DOULEUR AUJOURD'HUI : LA MIGRAINE EN CHIFFRES

La migraine est un mal très répandu, touchant environ 15% de la population mondiale avec 8% des hommes et environ 17% des femmes atteints (Stovner & Andree, 2010). La prévalence est plus élevée entre 25 ans et 55 ans, affectant jusqu'à 25% des femmes dans leur trentaine (Silberstein, 2004). Jusqu'à la puberté, la migraine est plus fréquente chez les garçons que chez les filles (Stewart, Linet, Liberman, Van Natta & Ziegler, 1996).

Selon une étude récente (Gustavsson et al., 2011), le nombre de personnes souffrant de migraine en 2010 en Europe s'élevait à près de 50 millions et environ 2.4 millions de suisses souffraient de maux de tête (migraine, céphalée de tension, céphalée par abus de médicaments et autres types de maux de têtes). La Société Suisse pour l'étude des céphalées avance qu'environ 1 million de suisses souffrent de migraines, entraînant des coûts économiques majeurs¹. On estime que les coûts dus à cette maladie s'élèvent à 500 millions CHF par année. Les coûts directs, qui regroupent les frais de prise en charge et les traitements, représenteraient environ 100 millions CHF par année et les coûts indirects liés à l'absentéisme regrouperaient le reste. Au delà des frais financiers, il ne faut évidemment pas oublier les coûts humains en terme de souffrance, que l'on ne peut traduire en chiffres.

¹ Emmenegger, M. Migraines. *Société Suisse pour l'étude des céphalées*, (En ligne). <http://www.headache.ch/migraene> (date de consultation: 4 novembre 2012)

4. LES DIFFERENTES APPROCHES DE LA DOULEUR

Différentes approches se sont tour à tour intéressées à la douleur en portant des regards divers sur celle-ci. Dans la partie suivante, les principaux modèles de la psychologie de la santé seront présentés en portant une attention particulière à leur définition de la douleur, leur prise en charge de cette dernière ainsi que leurs apports et leurs limites à la compréhension et au soulagement de la douleur.

4.1 Le modèle biomédical

Faisant son apparition dans le courant du 19^{ème} siècle, le modèle biomédical demeure encore prédominant au sein du monde médical actuel. Selon ce modèle, la maladie est perçue comme le résultat d'une agression externe et la santé est synonyme d'absence de maladie. Ce modèle rationnel et instrumental tente d'appréhender de manière objective le corps humain malade, séparé de l'esprit, et de le guérir grâce aux avancées techniques médicales (Santiago-Delefosse, 2002).

4.1.1 Définition de la douleur

Découlant des théories de Descartes, ce modèle définit la douleur en terme de symptômes, signes d'un dysfonctionnement organique. La douleur est ainsi perçue comme utile et décrite de manière strictement biologique. Centrée sur les aspects physiologiques de la douleur, cette approche décortique les mécanismes en jeu dans la transmission du message douloureux. Celle-ci a notamment permis de mettre en évidence l'existence de récepteurs sensoriels de la douleur, appelés *nocicepteurs*, dans l'organisme (Spitz, 2002). Ces *nocicepteurs* représentent des terminaisons nerveuses libres qui sont sensibles aux stimulations mécaniques, thermiques et chimiques (Bear, Connors & Paradiso, 2007). Les stimuli *nociceptifs* provoquent une activation de ces récepteurs de la douleur, voir même une lésion tissulaire, qui vont signaler au corps qu'il est menacé (Bear et al., 2007). De cette activité des nocicepteurs va résulter une série de mécanismes de défense visant à sauvegarder l'intégrité de l'individu (Mazzocato, 2011). Si l'on se brûle le doigt par exemple, l'information va être transmise à la moelle épinière où une partie du message va continuer sa route au cerveau et l'autre va venir activer un nerf moteur qui engendrera la soustraction réflexe du doigt de la source de chaleur. La douleur a donc une fonction vitale et nous apprend à éviter les situations préjudiciables pour notre organisme. Preuve de ce rôle fondamental de la douleur sont les individus dépourvus de

la capacité de percevoir la sensation douloureuse (Bear et al., 2007). Ceux-ci portent en effet sur leurs corps les nombreuses marques de mutilations résultant de cette insensibilité congénitale à sentir les agressions faites au corps et décèdent souvent prématurément de la suite d'infections ou autres troubles non détectés à temps.

Depuis Descartes, qui stipulait une relation causale directe entre les stimulations du corps et l'expérience douloureuse (Maggiore, 2011), la compréhension des mécanismes de transmission du message douloureux a évolué. Dans les années 60, Melzack & Wall (1965) ont développé *la théorie du portillon* (ou *Gate Control Theory*) selon laquelle l'information douloureuse peut être inhibée ou amplifiée en fonction des situations (Spitz, 2002). Ces chercheurs ont mis en évidence l'existence de neurones relais au niveau de la moelle épinière qui reçoivent des informations à la fois des nocicepteurs, *voies ascendantes de la douleur*, et du système nerveux central, *voies descendantes de la douleur*. Si la stimulation nociceptive est suffisamment intense, l'information passe le portillon et atteint le cerveau où elle sera traitée et perçue comme douleur. Si l'activation n'est pas assez forte ou que les inter-neurones de la moelle sont inhibés, la « porte » ne s'ouvre pas et l'information n'atteint ainsi pas, ou que partiellement, le système nerveux central. Cette théorie permet d'expliquer pourquoi le fait frotter l'endroit où l'on s'est tapé ou de souffler sur une brûlure permet de faire baisser le seuil de la douleur en agissant sur certaines fibres qui vont rentrer en compétition avec l'activation des nocicepteurs (Mazzocato, 2011). On comprend également mieux comment certains soldats, sportifs ou individus torturés ont pu ne pas ressentir de douleur sous l'effet du stress ou de la force mentale qui bloque l'ouverture du portillon (Bear et al., 2007).

Le modèle biomédical a également proposé de classifier les différents types de douleur. Tout d'abord, on trouve une classification selon la durée de la sensation douloureuse. La *douleur aiguë* correspond à une douleur intense mais momentanée, durant moins de 30 jours (Mazzocato, 2011). Celle-ci est généralement directement liée à une pathologie ou à une lésion tissulaire comme une coupure, piqûre ou brûlure par exemple (Spitz, 2002). En permettant de localiser la partie du corps endommagée, elle revêt une fonction de signal d'alarme comme dans le cas de la crise d'appendicite par exemple (Spitz, 2002). La médecine trouve généralement des remèdes efficaces à l'éradication de ce type de douleur. Lorsque la douleur perdure, durant plus de 3 à 6 mois malgré un traitement antalgique, on parle alors de *douleur chronique* (Maggiore, 2011). La douleur dépasse ainsi son rôle de signal d'alarme et est définie en terme de maladie (Spitz, 2002). Cette expérience douloureuse persistante

correspond à celle résultant des cancers, des rhumatismes, des maladies dégénératives ou encore de maux inexplicables (Mazzocato, 2011).

Les différentes formes de douleurs peuvent également être classées selon leurs mécanismes physiologiques. On trouve les douleurs *nociceptives* qui correspondent aux douleurs aiguës, les douleurs *par excès de nociception* comme les douleurs inflammatoires, les douleurs *neuropathiques* qui sont liées à un dysfonctionnement au niveau du système nerveux périphérique ou central, ou encore les douleurs *psychogènes* qui représentent les douleurs psychosomatiques (Mazzocato, 2011 ; Spitz, 2002).

4.1.2 Diagnostic

Au sein du modèle biomédical, la douleur est principalement évaluée à l'aide de questionnaires et d'échelles qui ont pour but de mesurer la douleur de la manière la plus objective possible (Maggiore, 2011). En ce qui concerne la migraine, celle-ci n'est pas considérée comme une douleur mais comme une maladie. En effet, la migraine est définie comme un trouble neurologique complexe qui constitue l'un des principaux types de maux de tête (Abel, 2009). Cette maladie est caractérisée par des céphalées épisodiques, pulsatives et fréquemment unilatérales, souvent accompagnées d'une série de symptômes comme la nausée, les vomissements et une sensibilité à la lumière (photophobie) ainsi qu'au bruit (phonophobie) (Graves, 2006). Blau (1987 cité par Arulmozhi, Veeranjanyulu & Bodhankar, 2005) identifie cinq étapes au sein de la crise migraineuse. Tout d'abord le *prodrome* qui désigne les signes avant-coureurs de la migraine comme la fatigue, les changements d'état émotionnels, les troubles gastro-intestinaux, l'anxiété ou encore l'irritabilité. Ensuite, des *auras* peuvent précéder ou accompagner l'épisode de migraine. Les auras migraineuses désignent les perturbations sensorielles, généralement visuelles, comme la perception de points scintillants, la perte de la vision, des sensations d'engourdissement ou encore des problèmes d'élocution pouvant apparaître chez certains individus migraineux (Kuan-Po & Wang, 2012). Les *maux de tête* font par la suite leur apparition puis vient la *résolution* de la crise. Des symptômes analogues à ceux précédant la migraine, comme l'épuisement, la faiblesse, la difficulté à se concentrer, les changements d'état émotionnels ou encore les troubles gastro-intestinaux, peuvent perdurer après la résolution et constituent ainsi la phase de *postdrome*.

Dans sa classification des céphalées, l' *International Headache Society* (IHS) (2004) distingue les différents types de migraine sur la base des diverses manifestations cliniques (voir tableau 1), notamment la « migraine avec aura » qui est dissociée de la « migraine sans aura » (voir tableau 2). Pour recevoir le diagnostic de « migraine », les maux de têtes doivent notamment durer de 4 heures à 72 heures (en l'absence de traitement efficace) et être accompagnés de nausées et/ou vomissements ou de photophobie et phonophobie (voir tableau 2). La migraine est définie comme chronique lors de maux de tête migraineux durant 15 jours ou plus par mois pendant plus de 3 mois sans abus de médicaments (IHS, 2004). Malgré un accroissement des diagnostics de la migraine, près de la moitié des migraineux demeurent non-diagnostiqués (Lipton, Diamond, Reed, Diamond & Stewart, 2001).

Tableau 1 Classification IHS de la migraine

Classification de la migraine 1. Migraine 1.1 Migraine sans aura 1.2 Migraine avec aura 1.3 Syndromes périodiques chez l'enfant qui sont généralement précurseurs de la migraine 1.4 Migraine rétinienne 1.5 Complications de la migraine 1.6 Migraine probable

Tableau 2 Classification IHS de la migraine sans aura et avec aura

Critères diagnostiques de la migraine sans aura (code IHS 1.1). A - Au moins 5 crises répondant aux critères B à D. B - Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement). C - Céphalée ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : 1. Localisation unilatérale. 2. Caractère pulsatile. 3. Intensité modérée ou sévère. 4. Aggravation par les activités physiques de routine. D - Durant la céphalée, au moins l'un des caractères suivants : 1. Nausées et/ou vomissements. 2. Photophobie et phonophobie. E - Au moins l'un des caractères suivants : 1. L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas une céphalée symptomatique. 2. Ou celle-ci est écartée par des investigations complémentaires. Ou celle-ci existe, mais les crises migraineuses n'ont pas de lien avec cette affection.
Critères diagnostiques de la migraine avec aura (code IHS 1.2). A - Au moins 2 crises répondant aux critères B à D. B - L'aura consiste en au moins l'un des signes suivantes : 1. Symptômes visuels totalement réversibles, comprenant des signes positifs et/ou négatifs. 2. Symptômes sensitifs totalement réversibles, comprenant des signes positifs ou négatifs. 3. Troubles phasiques totalement réversibles. C - L'aura présente au moins l'un des caractères suivants : 1. Symptômes visuels de topographie homonyme et/ou symptômes sensitifs unilatéraux 2. Au moins l'un des symptômes de l'aura se développe progressivement en 5 minutes ou plus, et/ou différents symptômes de l'aura surviennent successivement en 5 minutes ou plus. 3. La durée de chaque symptôme est supérieure ou égale à 5 minutes et inférieure ou égale à 60 mn. D - Les symptômes ne sont pas attribués à une autre affection.

4.1.3 Physiopathologie de la migraine

Différentes théories explicatives des mécanismes physiopathologiques en jeu dans la migraine ont vu le jour au sein du modèle biomédical. Dans les années 30, Harold Wolff (1898-1962) découvrit qu'à la suite d'une phase de vasoconstriction, les vaisseaux sanguins du cerveau des individus souffrant de migraine se dilataient pendant la crise entraînant des douleurs à la tête (Graham & Wolff, 1938). A partir de cette théorie vasculaire, un traitement à base de vasoconstricteurs (ergotamine) a été proposé pour soulager les maux de tête (Graham & Wolff, 1938).

Aujourd'hui, la migraine n'est plus vue comme un événement strictement vasculaire mais les changements vasculaires observés sont considérés comme le résultat d'une activation neuronale (Silberstein, 2004). La théorie vasculaire ne permet en effet pas d'expliquer les inflammations locales ni la sensibilité crânienne qui accompagnent souvent les crises migraineuses (Silberstein, 2004). Ainsi, la migraine est envisagée comme un trouble neuro-vasculaire en lien avec une hyperexcitabilité neuronale sûrement génétique et liée à un dysfonctionnement des canaux ioniques, susceptible d'entraîner une dépression corticale propagée et une stimulation du système trigémino-vasculaire (Silberstein, 2004). Pour des raisons encore mal connues, les neurones du nerf trijumeau sont activés impliquant une libération de substances chimiques (neuropeptides) qui va produire une inflammation et dilatation des méninges du cerveau, en particulier des artères de la dure-mère (Arulmozhi et al., 2005). L'ensemble de ces phénomènes neuro-vasculaires seraient ainsi à l'origine de l'expérience douloureuse et des auras, nausées, vomissements et autres troubles accompagnant la crise migraineuse. Il semblerait également exister une prédisposition génétique à la migraine. En effet, l'occurrence de la migraine est plus élevée au sein de certaines familles et chez les jumeaux monozygotes en comparaison avec les dizygotes (Gardener, 2006). Il n'existe cependant pas un gène spécifique à la migraine mais une multitude de gènes concourant à l'expression de ce mal (Gardener, 2006). Même si les mécanismes physiopathologiques de la migraine sont aujourd'hui mieux connus, les origines de la migraine dans le corps demeurent encore obscures.

4.1.4 Approche thérapeutique

Au sein du modèle biomédical, les traitements proposés sont essentiellement pharmacologiques et se décomposent en une thérapeutique symptomatique ou préventive (Abel, 2009). Le traitement symptomatique de la migraine consiste à prendre des antalgiques

non opiacés comme la paracétamol, des anti-inflammatoires non stéroïdiens comme l'aspirine ou l'ibuprofène, des dérivés de l'ergot de seigle ou encore des triptans dès les premiers signes d'une crise (Abel, 2009 ; Nater & Dozier, 2005). Les médicaments privilégiés de la migraine ont une action rapide, entre 30 et 60 minutes (Nater & Dozier, 2005), et visent à couper la montée de l'épisode migraineux.

Les traitements préventifs reposent quant à eux sur une prise journalière de médication avec pour but de réduire la fréquence ainsi que la sévérité des migraines (Abel, 2009). Prescrit généralement aux migraineux chroniques et lorsque le traitement symptomatique se montre inefficace, ce type de médication regroupe les bêta-bloquants, les anti-dépresseurs, les anti-épileptiques, les inhibiteurs des canaux calciques, des antagonistes de la sérotonine (5-HT), ainsi que d'autres traitements (Abel, 2009 ; Arulmozhi et al., 2005).

Face au nombre important d'individus demeurant réfractaires à ces traitements, d'autres techniques d'intervention comme la neuromodulation font actuellement leur apparition (Ellens & Levy, 2011). La neuromodulation consiste à stimuler certaines parties du système nerveux impliquées dans la détection et la transmission du message douloureux à l'aide de neuromodulateurs implantés dans le cerveau ou par des stimulateurs transcutanés (Schenk, 2007-2008). Dans le cas de la migraine, les premières recherches ont montré que la stimulation des nerfs crâniens périphériques semble être efficace (Ellens & Levy, 2011). Cependant, de futures études seront nécessaires afin de mieux comprendre le fonctionnement de la neuromodulation dans le traitement de la migraine et de pouvoir peut-être développer cette thérapeutique interventionnelle.

4.1.5 Apports et limites

Le modèle biomédical a pour mérite d'avoir fait grandement avancer les connaissances médicales dans le domaine de la douleur. Les mécanismes physiologiques de la migraine sont en effet mieux connus aujourd'hui et la recherche au niveau des moyens de traitement de celle-ci ne cesse de progresser. Malgré ces apports, l'approche de la douleur du modèle biomédical demeure trop simpliste et mécaniciste. Ce modèle se centre en effet sur le corps biologique et néglige les composantes psychologiques et sociales rentrant en compte dans le phénomène douloureux. La douleur est réduite en terme de symptômes, signes d'un dysfonctionnement physique, ignorant ainsi la souffrance de l'homme douloureux pensant. « La plainte douloureuse chronique sert de révélateur aux limites d'une médecine qui se

contenterait d'être exclusivement objectivante et technologique » (Allaz, 2003 cité par Bouckenaere, 2007, p. 167). Dans ce modèle, le médecin est placé en tant qu'expert et le sens que l'individu donne au mal qui le ronge est négligé. Les outils utilisés pour évaluer la douleur et diagnostiquer la migraine sont définis au préalable par le corps médical et dirigent la réponse du patient. En reproduisant le dualisme corps-esprit, le modèle biomédical réduit l'individu douloureux à un animal-machine compliant dont la douleur sera soulagée par l'application stricte du traitement qu'on lui a prescrit. Dépassant sa fonction de signal d'alarme, la douleur chronique de la migraine échappe aux explications rationnelles de ce modèle et doit puiser des réponses au sein d'autres approches.

4.2 Le modèle bio-psycho-social

Face aux limites du modèle biomédical, le psychiatre Engel développa l'approche bio-psycho-sociale (1977 cité par Santiago-Delefosse, 2002). Ce modèle, au sein duquel la psychologie de la santé s'est développée, propose de prendre en compte non seulement les facteurs biologiques mais également les facteurs psychologiques et sociaux en jeu dans la santé et la maladie (Fischer, 2002). Ces éléments psychosociaux regroupent les comportements, les cognitions, les attitudes, les émotions, le « coping », le statut socio-économique, l'ethnie ou encore le réseau social (Bruchez, 2010). La maladie n'est plus perçue comme le résultat direct d'un dysfonctionnement organique ; l'activité du sujet est considérée comme un modérateur entre les facteurs déclenchant et l'expression de la maladie (Santiago-Delefosse, 2002). Dans cette approche, la maladie et la santé se trouvent donc sur un continuum et l'esprit et le corps sont vus comme indissociables l'un de l'autre (Zani, 2002). Ce modèle systémique se base sur les connaissances de divers champs d'étude et apporte ainsi des explications multifactorielles à l'état de santé (Fischer, 2002).

Plusieurs développements théoriques du modèle bio-psycho-social ont vu le jour comme le *modèle explicatif bio-psycho-social en psychologie de la santé* inspiré du *modèle intégratif et multifactoriel* de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994 cité par Santiago-Delefosse, 2002). Celui-ci sera exposé dans la partie suivante en prenant l'exemple de la migraine.

4.2.1 Définition de la douleur

Selon le modèle bio-psycho-social, la douleur est perçue comme le résultat de l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Le phénomène douloureux n'est donc pas

une traduction univoque d'une lésion organique ; son expression varie d'un individu à un autre et dépend d'une multitude de facteurs. En 1976, l'*International Association for the Study of Pain* (IASP), s'éloigne des considérations biomédicales de la douleur en définissant celle-ci comme une « expérience sensorielles et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion. Il est important de noter qu'il s'agit d'une expérience subjective. Elle est associée à notre perception de l'événement et influencée par nos expériences passées. » (Maggioli, 2011). Selon cette définition, la douleur est donc considérée comme une expérience subjective où rentre en jeu des éléments psychologiques et sociaux. L'IASP fait également preuve d'innovation en affirmant que la douleur peut exister en l'absence de lésions objectivables et que ce type de douleur n'est pas le fruit de l'imagination ou l'objet d'une simulation. Selon la définition de l'IASP, la migraine peut donc être considérée comme une douleur et être caractérisée de chronique lorsque elle dure plus de 6 mois et a des répercussions sur la vie quotidienne (Schwob, 2001).

La douleur est ainsi un phénomène pluridimensionnel qui peut être décomposé en une partie *sensori-discriminative*, *affectivo-émotionnelle*, *cognitive* et *comportementale* (Moulin & Boureau, 2003). La *composante sensori-discriminative* fait référence aux mécanismes neurophysiologiques de la douleur qui permettent l'appréciation de la qualité, de la durée, de l'intensité ainsi que de la localisation des stimuli nociceptifs. Ces éléments correspondent à ceux décrits plus haut dans la « Physiopathologie de la migraine » du modèle biomédical. La *composante affectivo-émotionnelle* donne à la douleur son caractère désagréable, pénible et difficilement supportable. Cette dimension dépend du stimulus nociceptif, du contexte de la douleur ainsi que des significations que l'individu donne à cette dernière. On retrouve également sous cette composante, les troubles affectifs comme l'anxiété et la dépression qui peuvent découler de la douleur. En ce qui concerne la *composante cognitive*, celle-ci représente les processus mentaux à l'œuvre dans l'expérience douloureuse. L'anticipation de la douleur, les processus attentionnels, les représentations de la douleur, les expériences douloureuses passées ainsi que le choix de comportements adoptés, font partie de cette dimension. Pour finir, la *composante comportementale* regroupe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales de la douleur. L'individu peut en effet manifester sa douleur par des expressions faciales, certaines postures, des gémissements ou encore par des plaintes. Ces différents signes extérieurs de la douleur revêtent une fonction de communication et appellent à une réaction de l'entourage.

Le modèle explicatif bio-psycho-social en psychologie de la santé (inspiré du modèle de Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994 cité par Santiago-Delefosse, 2002) peut être appliqué à la migraine. Ce modèle (voir annexes 1, figure 1) identifie les *prédicteurs* de la maladie, les *stratégies d'ajustement modératrices* mises en place par le sujet ainsi que le *résultat* des stratégies d'ajustement. Au sein des prédicteurs se trouvent les *antécédents*, qui prédisposent aux troubles organiques mais ne suffisent pas à les développer, et les *déclencheurs* qui vont précipiter le déclenchement de la maladie.

Les *antécédents* sont composés des caractéristiques biologiques, sociologiques et psychologiques. Dans le cas de la migraine, les caractéristiques biologiques sont par exemple les facteurs héréditaires, présentés précédemment. Les dimensions sociologiques antécédentes comme l'âge, le sexe ou encore l'appartenance culturelle peuvent être considérées comme des prédicteurs de la migraine. Cette dernière aura en effet plus de chance de se développer entre 25 ans et 55 ans, chez les femmes, en lien avec des facteurs hormonaux, (Silberstein, 2004) et dans certains groupes ethniques (Abel, 2009). Une étude américaine (Stewart, Lipton & Liberman, 1996) a démontré que la prévalence de la migraine était plus élevée au sein des caucasiens, suivi des afro-américains puis des américains d'origine asiatique. Ces différences seraient expliquées par des divergences de vulnérabilité génétique. Parmi les antécédents psychologiques on retrouve par exemple les types de personnalité ou les troubles psychiques. Différents auteurs, dont Wolff en 1937, ont par exemple essayé d'identifier un type de personnalité migraineuse. Les migraineux seraient ainsi des individus généralement plus intelligents que la norme, ambitieux, autoritaires, obsessionnels et très anxieux (Henry, Brochet & Daubech, 1997). Cet intérêt pour le type de personnalité du migraineux perdure jusqu'à nos jours et une étude récente (Bermas, Najafi & Masafi, 2011) a notamment mis en évidence des différences significatives entre les caractéristiques de personnalité des individus souffrant de migraine et celles des sujets « sains ». D'autre part, plusieurs recherches ont également observé une prévalence plus élevée de troubles psychiatriques au sein des patients migraineux (Breslau, Davis & Andreski, 1991 ; Jette, Patternn, Williams, Becker & Wiebe, 2008 ; Pompili et al., 2009 ; Radat & Swendsen, 2005 ; Scheftell & Atlas, 2002 cités par Dindo, Recober, Marchman, Turvey & O'hara, 2012). Ces études montrent notamment des liens entre la migraine et la dépression majeure, les troubles bipolaires, les troubles obsessionnels-compulsifs ou encore les troubles de l'anxiété. Cependant, les raisons de ces comorbidités demeurent floues et les liens de causalité entre les troubles psychiatriques et la

migraine restent ambigus.

Les *déclencheurs* se composent des *événements de vie stressants* et des *traumatismes* pouvant précipiter le développement d'une maladie. Ceux-ci peuvent être des événements « majeurs » ou représenter les tracasseries et soucis de la vie quotidienne, source de stress. Selon Fève (2008), près de la moitié des individus souffrant de migraine rapportent avoir vécu un événement stressant avant l'apparition des maux de tête. Il s'agit cependant d'être prudent avec ces données issues de faits rapportés a posteriori et pouvant dès lors être biaisés. Sous les déclencheurs, on pourrait également ajouter les facteurs provoquant les crises de migraine périodiques. Parmi ces déclencheurs qui ont été beaucoup étudiés, on trouve par ordre d'importance : le stress ou la tension, les variations du cycle hormonal chez la femme, les stimulations visuelles, le bruit, les odeurs, la faim ou une alimentation insuffisante, certains aliments (vin, chocolat, matières grasses, vinaigre, noix, fromages, café etc.), l'alcool, la météo, la chaleur, le manque ou l'excès de sommeil, l'exercice, la fatigue, l'activité sexuelle, les mouvements de la tête ou de la nuque, les traumatismes crâniens, la toux ou les éternuements, la fumée ou encore le fait de voyager ou de conduire (Kelman, 2007, Deniz et al., 2004, Lerusalimschy & Moreira Filho, 2002, Spierings et al., 2001, Karli et al., 2005 cités par Martin & MacLeod, 2009 ; Gatt & Belin, 2008).

Dans ce modèle, les *stratégies d'ajustement* du sujet vont agir comme modérateur entre les prédicteurs et l'état de santé ou de maladie de l'individu. Cette dimension correspond au modèle cognitivo-comportemental classique de la psychologie de la santé et fait référence aux stratégies de *coping* mises en place par le sujet (Santiago-Delefosse, 2002). Parmi ces modérateurs on retrouve le *stress perçu*, le *contrôle perçu*, le *support social perçu* et l'*anxiété état*. Dans le cas de la migraine, les stratégies d'ajustement visant à éviter les facteurs déclenchant des crises et la douleur (par exemple la distraction) ainsi que l'anxiété vont être moins adaptées que des stratégies de confrontation et d'acceptation de la douleur (Dindo et al., 2012 ; Martin & MacLeod, 2009). En effet, les crises de migraines peuvent être source d'anxiété, notamment par rapport aux causes de la douleur, à la manière de gérer la crise et les retombées de celle-ci sur soi, et alimenter ainsi la perception de la sensation douloureuse et favoriser le déclenchement des crises (Martin, 1993 cité par Martin & MacLeod, 2009). L'effet de la peur de la douleur dans l'expression du message douloureux a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses recherches (Moulin & Boureau, 2003). Une recherche qualitative

portant sur les stratégies mises en place par les individus souffrant de migraines (Peters, Abu-Saadm Vydelingum, Dowson & Murphy, 2004) montre également l'importance du soutien social perçu et du contrôle perçu dans la prise en charge de leur trouble. De ces stratégies vont découler ensuite des *ajustements* ou *non ajustements* aux niveaux *somatiques*, *cognitifs*, *comportementaux* et *émotionnels*. Le rôle de l'activité du sujet en lien avec les dimensions biologiques et sociales est donc mis en avant par ce modèle pour comprendre la santé et la maladie.

4.2.2 Diagnostic

Au sein du modèle bio-psycho-social, la phase diagnostique consiste en une évaluation des dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la douleur (Moulin & Boureau, 2003). Le diagnostic peut se faire à l'aide d'une grille d'évaluation regroupant les aspects biologiques comme les symptômes physiques, les facteurs psychologiques comme la représentation de la maladie ou l'anxiété et la dépression, et les facteurs sociaux comme le contexte familial et professionnel (Anaes, 1999 cité par Moulin & Boureau, 2003). Ainsi, l'évaluation bio-psycho-sociale se fait idéalement par une équipe pluridisciplinaire, chaque professionnel examinant l'individu douloureux selon les outils de son domaine de spécialisation.

4.2.3 Approche thérapeutique

La prise en charge thérapeutique au sein de ce modèle se veut globale et vise à intervenir au niveau biologique, psychologique et social. Les interventions sur le pôle biologique englobent essentiellement les traitements pharmacologiques, décrits précédemment dans le modèle biomédical. Au niveau psychologique, les thérapies cognitivo-comportementales et psychiatriques sont généralement proposées. Les thérapies cognitivo-comportementales de la migraine regroupent par exemple : les *thérapies d'acceptation et d'engagement* (*Acceptance and Commitment Therapy*) qui ont pour but d'amener à l'acceptation de la douleur (Dindo et al., 2012), le *biofeedback* qui cherche à détecter les changements aux niveaux physiologiques pour agir sur ceux-ci, l'entraînement de la *relaxation* ou encore les *thérapies cognitives* visant à rendre l'individu conscient des pensées pouvant alimenter la douleur (McGrath, 1999). En ce qui concerne la dimension sociale, la participation à des groupes de soutien peut par exemple être encouragée.

4.2.4 Apports et limites

Les apports principaux du modèle bio-psycho-social se trouvent dans la prise en considération des modérateurs psychologiques et sociaux dans la santé et la maladie. L'individu n'est plus vu comme passif mais comme un sujet actif qui met en place des stratégies d'ajustement. Ce modèle dynamique dépasse ainsi les limites du modèle biomédical mécaniciste et statique et tente de rapprocher le corps de l'esprit auparavant scindés en deux. En ce qui concerne la douleur, les conceptualisations de cette approche permettent d'appréhender la douleur comme une expérience subjective qui varie d'un individu à l'autre selon ses cognitions, ses émotions et le contexte dans lequel celui-ci s'inscrit. L'approche cognitivo-comportementale offre des thérapies de la douleur qui ont démontrées leur efficacité (McCracken & Turk, 2002) et met en lumière le rôle des fonctionnements cognitifs dans le phénomène douloureux.

Cependant, le modèle bio-psycho-social demeure relativement simpliste et peine à expliquer de manière précise les liens entre les différentes variables (Bruchez, 2010). Ce modèle très général et peu applicable tend à morceler l'individu entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales et passe à côté du sens que l'individu donne à sa douleur en l'évaluant à coup de questionnaires. L'être humain est perçu comme fondamentalement rationnel, prenant des décisions logiques par rapport à sa santé et la dimension de l'inconscient est évacuée (Bruchez, 2010). En ce qui concerne le modèle cognitivo-comportementale, ce dernier peut être plus particulièrement critiqué dans sa vision limitée de la psyché qui est épurée de son contexte historico-socio-culturel, dans sa centration sur la réussite express thérapeutique au détriment de la relation patient-thérapeute et dans son désir de ramener le « malade » à la norme de « santé » en vigueur. Les liens étroits que la douleur entretient avec le soma et la psyché doivent ainsi être appréhendés plus profondément.

4.3 L'approche psychanalytique

Issue de la cure cathartique de Breuer, la psychanalyse fut fondée par Freud (1856-1939) à la fin du 19^{ème} siècle. Cette approche révolutionna le monde des sciences humaines en postulant l'existence de l'inconscient. Dans son premier modèle théorique du fonctionnement psychique, le père de la psychanalyse présente le psychisme comme composé de trois instances : l'*inconscient*, le *préconscient* et le *conscient*. Au sein de sa seconde topique, ce médecin autrichien distingue trois autres composantes de l'appareil psychique : le *Ça*, obéissant au *principe de plaisir* et se trouvant dans l'inconscient, le *Moi*, majoritairement

conscient et suivant le *principe de réalité* et le *Surmoi*, en grande partie inconscient et représentant les règles morales intériorisées depuis l'enfance (Freud, 2002).

Les théories psychanalytiques n'ont pas seulement éclairé la compréhension de bon nombre de troubles psychiques mais ont également abordé la question de la douleur physique. Découlant de la psychanalyse, l'approche psychosomatique considère que le « (...) corps exprime dans les symptômes qu'il ne peut pas dire, le malaise du psychisme (...) » (Harel-Biraud, 2010, p.103). Dans ce cadre, la somatisation est définie comme l'expression de souffrances psychiques sous la forme de symptômes somatiques.

4.3.1 Définition de la douleur

Freud met en relation les troubles psychiques, comme la mélancolie, avec l'expression de symptômes douloureux et élabore deux modèles explicatifs principaux de la douleur (Santiago-Delefosse, 1996). Tout d'abord, *le modèle de la conversion* présente la douleur physique comme le résultat d'un conflit au niveau psychique entre les pulsions sexuelles et l'instance morale. « Quelque chose qui aurait pu et qui aurait dû donner naissance à une douleur morale » s'exprime ainsi sous la forme de douleurs physiques (Freud, 1895, p. 132 cité par Santiago-Delefosse, 1996). Les douleurs ne doivent cependant pas être vues comme une création des névroses mais ces dernières les utilisent comme symbole et les font perdurer (Santiago-Delefosse, 1997). Dans l'hystérie par exemple, Freud montre que la souffrance morale et la souffrance physique sont intimement liées. La migraine serait quant à elle associée à une insatisfaction sexuelle engendrant des réactions toxiques (Freud, 1969, p.104).

Ensuite, dans le *modèle du narcissisme et de l'hypocondrie*, la douleur est considérée comme faisant l'objet d'un surinvestissement narcissique à l'endroit douloureux qui viderait ainsi le Moi (Freud, 1924 cité par Santiago-Delefosse, 1996). En déplaçant l'objet d'investissement, la diversion psychique permettrait alors d'apaiser la douleur (Santiago-Delefosse, 1996). Cette théorie permet d'expliquer l'égoïsme dont peut faire preuve l'individu en souffrance qui est centré sur sa douleur plutôt que sur le monde extérieur (Santiago-Delefosse, 1996).

Dans le modèle psychanalytique, la douleur chronique est définie comme une stimulation corporelle continue qui va menacer le Moi et activer les pulsions d'auto-conservation du Moi (Santiago-Delefosse, 1996). Envahissante, la douleur qui perdure va mettre en danger l'intégrité psychique et « (...) brouiller les frontières entre l'extérieur et l'intérieur »

(Santiago-Delefosse, 1997, p. 93). La douleur est alors perçue comme une « pseudo-pulsion » que l'individu tente d'expulser hors de soi (Santiago-Delefosse, 1997). D'autre part, la douleur s'empare du Moi et permet à l'individu d'acquérir une meilleure représentation de son corps. Celle-ci semble en effet « (...) jouer là un rôle et la manière dont on acquiert, dans des affections douloureuses, une nouvelle connaissance de ses organes est peut-être exemplaire de la manière dont, d'une façon générale, on arrive à se représenter son propre corps » (Freud, 1923, p.238 cité par Santiago-Delefosse, 1996).

La douleur est ainsi liée au travail de l'inconscient et peut exister hors lésions organiques, comme le témoigne les hypocondriaques ou encore les individus souffrant de membres fantômes douloureux. De la même manière, l'individu qui ne se reconnaît pas comme malade va voir ses symptômes persister malgré les efforts thérapeutiques de guérison (Santiago-Delefosse, 1997). Freud présente encore les comportements masochistes comme liés aux pulsions de mort et soumis à un besoin inconscient de punition (Santiago-Delefosse, 1996). Le père de la psychanalyse a également tenté de distinguer les douleurs selon leurs liens avec différents phénomènes psychiques et met en évidence les *douleurs de l'hystérie de conversion*, les *douleurs des névroses actuelles* et les *douleurs des névroses de guerre ou traumatiques*.

Du point de vue de la psychosomatique, la migraine peut être vue comme l'expression physique d'un trouble psychique. La migraine a, en effet, été attribuée à plusieurs désordres psychologiques au fil du temps. Selon cette approche, l'inhibition de la colère serait, par exemple, liée à l'apparition des migraines (Henry et al., 1997). L'agressivité non extériorisée trouverait alors un autre moyen d'expression par les maux de tête. De manière générale, le fait de ne pas exprimer ses émotions et ses pensées pourrait amener à souffrir de migraines (Henry et al., 1997). Ainsi, la migraine serait la manifestation d'une intériorisation excessive.

4.3.2 Approche thérapeutique

La phase diagnostique et le traitement thérapeutique forment généralement un tout au sein de l'approche psychanalytique. Lors de douleurs chroniques, les psychothérapies d'inspiration analytique ou la relaxation analytique sont préférées à la cure analytique (Radat, 2003). La prise en charge d'orientation psychanalytique consiste essentiellement à écouter le douloureux chronique et lui laisser un espace où il peut parler librement. Par la méthode d'association libre, les significations autour de la douleur peuvent ainsi émerger. Il ne s'agit donc pas

d'éradiquer la douleur par la force médicale mais d'opérer un accompagnement psychique afin d'éviter que le conflit psychique trouve un autre mode d'expression et d'épargner ainsi l'individu d'une « castration symbolique » (Santiago-Delefosse, 1996 ; 1997).

4.3.3 Apports et limites

Un des apports majeurs de l'approche psychanalytique de la douleur est la mise en lien de cette dernière avec le fonctionnement psychique. Plus particulièrement, l'hypothèse de l'inconscient permet d'expliquer les résistances observées lors des différents traitements de la douleur et s'éloigne ainsi des conceptions rationnelles de l'individu des modèles biomédical et bio-psycho-social. La subjectivité humaine ainsi que la dimension symbolique de la douleur sont en effet réhabilitées et la douleur est vue comme faisant partie intégrante de l'histoire de l'individu. Face aux manques d'explications physiologiques de l'origine de la douleur migraineuse, l'approche psychanalytique amène des pistes de réflexion alternatives et met en avant la complexité du phénomène douloureux.

Néanmoins, les conceptualisations psychanalytiques sont compliquées et difficiles à mettre en œuvre dans la pratique. En ce qui concerne l'approche psychosomatique, il s'agit de rester vigilant à ne pas tomber dans des explications de type « cause à effet » entre les troubles psychiques et l'expression d'une douleur et faire attention de ne pas sous-estimer l'importance des dimensions physiques de la migraine.

4.4 L'approche phénoménologique

La phénoménologie est l'une des pensées majeures de la philosophie du 20ème siècle (Huneman & Kulich, 1997). Cette approche ne constitue pas un courant unique de pensée mais rassemble divers philosophes dont Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Lévinas, Gadamer ou encore Ricoeur. En se focalisant sur la description des grands types d'expériences humaines, ce mouvement apporte une nouvelle manière de faire de la philosophie. Selon cette démarche particulière, l'analyse de la structure des expériences permettrait d'accéder au sens de celles-ci, d'opérer un « retour aux choses mêmes ». L'approche phénoménologique prétend notamment pouvoir appréhender tous les problèmes philosophiques à partir de l'examen des vécus.

Etymologiquement, le terme de phénoménologie est composé de « phénomène » et « logos » et peut être défini comme l'étude des phénomènes, de ce qui apparaît à la conscience. La phénoménologie rejette le courant positiviste et avance que l'objet ne peut être appréhendé indépendamment du sujet qui le perçoit.

Au sein des sciences humaines et de la psychologie qualitative et critique de la santé en particulier, la phénoménologie apparaît comme une méthode pertinente permettant de rendre compte de la complexité des rapports entre santé et maladie (Santiago-Delefosse, 2002). Cette méthode s'intéresse en effet à l'expérience vécue et aux constructions de sens en jeu dans la santé et la maladie.

4.4.1 Définition de la douleur

Au sein du phénomène douloureux, l'approche phénoménologique émet une distinction fondamentale entre la *douleur* et la *souffrance*. Selon Ricoeur (1992), la douleur fait référence à des « (...) affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement » (p. 1). Ces notions ne doivent cependant pas être vues comme essentiellement physique pour la première et purement psychique pour la seconde, mais comme interdépendantes l'une de l'autre. Face à la difficulté de discerner la douleur de la souffrance et pour des raisons de cohérence avec le reste du présent travail, les deux termes seront utilisés indifféremment dans la partie qui suit pour parler de l'expérience douloureuse en général.

Selon l'approche phénoménologique, la douleur est une « intrusion de non-sens » de l'ordre de l'*impression* (Pierron, 2009 ; Tammam, 2007a). Celle-ci n'est pas d'emblée emprunte de significations mais prend son sens au fil des expériences (Tammam, 2007a). Cette conception de la douleur s'éloigne ainsi de celle du modèle biomédical et biopsychosocial qui perçoivent la douleur comme une sensation et lui attribuent la fonction primaire de signal d'alarme. Pour les phénoménologues, la douleur s'impose en effet à l'individu avant même la perception de celle-ci. Ce mal envahit l'homme, devient un objet extérieur à lui et le touche dans toute la profondeur de son existence.

Selon cette approche, le *rapport à soi et aux autres* va ainsi se voir bouleversé par l'expérience douloureuse (Ricoeur, 1992). La douleur va notamment agir comme un rappel du

fondement biologique de l'homme (Tammam, 2007b) et exacerber son sentiment d'exister, transformant ainsi le *Cogito, ergo sum* de Descartes en la formule « Je souffre donc je suis » (Ricoeur, 1992). L'individu douloureux se perçoit comme différent des autres, expérimentant l'*insubstituable* (Ricoeur, 1992), et se pose la question : « Pourquoi moi ? » faisant appel à l'idée de fatalité de son sort. La phénoménologie montre ainsi comment une barrière se dresse entre soi et autrui, amenant à un isolement de l'homme souffrant d'une douleur *incommunicable* (Ricoeur, 1992). « La douleur l'expulse de la compagnie des hommes, voire de sa propre compagnie » (Pierron, 2009, p. 42). L'individu douloureux se retrouve ainsi seul et incompris au milieu des autres qui le désignent comme « différent » (Tammam, 2007b). L'approche phénoménologique met également en avant le rôle de la *plainte* dans les relations entre soi et autrui (Pierron, 2009 ; Ricoeur, 1992 ; Tammam, 2007b). Par l'expression de sa souffrance, au travers de mimiques ou de gémissements par exemple, l'individu amorce un appel à l'aide en vue du soulagement de son mal.

Selon Ricoeur (1992), le fait de souffrir implique également une *diminution de la possibilité d'agir*. L'homme douloureux se voit en effet face à une *impuissance à dire*, manquant de mots pour dire ses maux. Submergé par la douleur, l'individu peine à saisir le sens des dires des autres lors d'interactions sociales et est amené à performer une *modalité inauthentique d'existence* ou, dans d'autres termes, est conduit à jouer le jeu de la *quotidienneté* (Tammam, 2007a). La douleur atteint ainsi les facultés de perception et de langage de l'humain (Tammam, 2007a). Ricoeur (1992) évoque aussi une *impuissance à faire* résultant de la souffrance. Dépourvu de son pouvoir d'agir, l'individu subit alors sa douleur et peut se positionner comme victime dans son rapport aux autres. Les terme « souffrir » rejoint alors sa signification originelle d'*endurer* et fait référence à une certaine passivité forcée face à la douleur (Ricoeur, 1992). Les souffrances entraînent aussi une *impuissance à se raconter* (Ricoeur, 1992). En effet, la douleur, comme la maladie, vient briser l'*identité narrative* de l'individu (Pierron, 2009 ; Ricoeur, 1992). Le rapport à soi et à la temporalité est alors altéré. Lors de l'accès douloureux, le temps s'arrête et l'homme se voit capturé dans l'*ici et maintenant*. Enfermé dans un présent douloureux, l'individu peine alors à revisiter son passé et à se projeter dans l'avenir (Pierron, 2009). L'envahissante douleur condamne l'*horizon des possibles* et la mort est alors envisagée comme issue possible (Tammam, 2007b). Notre histoire personnelle étant inévitablement liée à celle des autres, le rapport à autrui se voit de même modifié. Comme disait Ricoeur (1992), « c'est ce tissu internarratif (...) qui est déchiré dans la souffrance » (p. 3). Le phénoménologue (1992) nomme encore l'*impuissance à*

s'estimer soi-même qui découle de la souffrance et peut amener à un sentiment de culpabilité.

Selon la phénoménologie, la douleur touche donc l'individu dans son être tout entier et limite ses possibilités d'existence. Celle-ci l'amène à se questionner sur soi-même et sur son rapport aux autres. N'ayant pas trouvé dans la littérature une approche phénoménologique spécifique à la migraine, celle-ci sera abordée dans la partie « discussion » du présent travail, en lien avec les entretiens de recherche menés.

4.4.2 Prise en charge

La prise en charge phénoménologique de la douleur consiste essentiellement en l'écoute attentive de l'expérience douloureuse afin de déchiffrer la manière dont la douleur affecte l'être incarné (Tammam, 2007a). Les approches narratives consistent notamment à replacer l'expérience douloureuse dans un récit de soi et à mettre en forme la séquentialité des vécus douloureux.

4.4.3 Apports et limites

Un des apports majeurs de la phénoménologie est l'introduction de la notion de « souffrance ». Celle-ci met en exergue l'importance du vécu de l'expérience douloureuse, souvent négligée par les approches médicales centrées sur la douleur purement physique. La phénoménologie réintroduit également la subjectivité humaine du patient. Ce courant philosophique montre que l'individu ne se résume pas à un corps désincarné mais possède un « corps propre » (Vannotti & Gennart, 2006) auquel il attribue des significations et qu'il connaît mieux que quiconque. Autrefois l'apanage du médecin, le pouvoir est réattribué au patient qui seul sait ce qu'il sent dans sa chaire. La phénoménologie tente ainsi de dépasser le dualisme soma/psyché et rend compte de la manière dont la douleur ou la maladie touche l'homme dans son entier, affectant son rapport à soi, aux autres, au temps et au monde. Cette approche rappelle également l'importance du langage et de la perception et apporte le riche concept d'*identité narrative* développé par Ricoeur.

Une des critiques que l'on peut émettre à l'égard de la phénoménologie réside dans la complexité de ses théories. Celles-ci sont en effet difficiles à appréhender et exprimées dans un langage relativement austère. En ce qui concerne la distinction entre la souffrance et la douleur, il s'agit également d'être prudent de ne pas tomber dans le travers de la reproduction du dualisme cartésien amenant à scinder l'individu et à confier le corps aux médecins et la

psyché aux psychologues ou psychiatres. Il peut également être reproché à l'approche phénoménologique de négliger l'aspect développemental et l'inconscient du sujet souffrant (Del Rio Carral, 2011).

4.5 Le modèle corporo-socio-psychologique

Le modèle corporo-socio-psychologique développé par Santiago-Delefosse (2002 ; 2011) rend compte de l'articulation complexe entre la corporéité, les émotions-cognitions et la socialisation. Désirant dépasser les limites du modèle bio-psycho-social, cette approche vise à mettre en lumière les co-constructions qui s'opèrent au niveau de la corporéité, au niveau historico-culturel et au niveau psycho-dynamique en évitant de tomber dans des catégorisations froides de ces trois dimensions. Le *niveau de la corporéité* correspond aux « vécus somatiques et marqueurs émotionnels ayant un sens pour le sujet qui les éprouve », le *niveau historico-culturel* fait référence à la « mise en mots de la socialisation dans le partage des émotions et des vécus somatiques qui donnent sens à ces vécus » et pour finir le *niveau psycho-dynamique* constitue le « décalage réflexif, contribuant à l'élaboration de l'intériorité, issu des deux premiers niveaux et indiquant que la construction psychologique des vécus de santé et/ou de maladie est une co-construction »². Ce modèle développemental est inspiré des travaux de Wallon (1879-1962) pour ce qui est du rôle fondamental des émotions, des théories de Vygotsky (1869-1934) en ce qui concerne le développement des fonctions psychologiques supérieures, ainsi que des considérations historico-culturelles de la socialité de Tolman (1994 cité par Santiago-Delefosse, 2011).

Dans ce modèle, l'individu est perçu comme un être fondamentalement social, dépendant d'autrui et dont les mouvements vont susciter des réactions de l'entourage. La corporéité se résume premièrement à des automatismes innés qui vont très vite être interprétés par les autres et permettre l'adaptation au milieu. A la base simple réaction organique, l'émotion va donner lieu aux mouvements affectifs et émotionnels qui dépendent des sensibilités internes et des contacts avec le monde externe. L'origine de l'émotion est ainsi corporelle, automatique et sociale. Le modèle corporo-socio-psychologique distingue trois types de

² Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, Centre de recherche en psychologie de la santé. *Un groupe de réflexion méthodologique, théorique et épistémologique (GreQ)*. (En ligne). <http://www.unil.ch/cerpsa/page29339.html> (date de consultation: 4 novembre 2012)

sensibilités internes : « *intéroceptive*, liée au fonctionnement de la vie végétative, des viscères, sorte de tonalité de fond dont nous avons peu conscience ; *proprioceptive* (stimulée par l'activité des muscles et de leurs annexes) qui correspond au sens des attitudes et qui sera à la base de la fonction tonico-posturale (peut-être impliquée dans les réactions idéomotrices) ; *extéroceptives*, stimulée par les effets d'agents externes sur les organes des sens (vision, ouïe, toucher, goût, odorat) » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 235). Au contact du milieu, ces sensibilités vont donner lieu à la première « activité diffuse de représentation » à partir de l'extéroreceptivité et aux « attitudes tonico-posturales » en partant de l'intéroreceptivité et de la proprioceptivité.

Chez l'enfant à partir de deux mois, l'articulation entre ces sensibilités et les stimulations environnementales va faire apparaître deux fonctions antagonistes. Premièrement, la *fonction tonico-posturale* qui est à la source du sens donné aux postures et des interprétations par les autres des attitudes et qui assure le lien avec autrui ainsi que les accordages affectifs comme la compassion ou l'empathie. Deuxièmement, la *fonction clonique (ou cinétique)* « liée aux sensibilités extéroceptives est orientée vers l'établissement de relations objectives avec le monde. C'est une fonction en rapport avec le mouvement et avec les sens qui nous ouvrent vers la découverte du monde. Elle est donc à la base de la cognition et du développement de la pensée formelle » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 236).

L'être humain est ainsi le lieu d'activités contraires et de sollicitations à la fois externes, par la périphérie sensorielle, et internes, par son « écorce cérébrale ». Le modèle corpro-socio-psychologique identifie trois antagonismes principaux : les *automatismes VS pensées* (premières représentations diffuses) qui font référence aux deux modes de connaissance du monde, l'intelligence formelle et l'intelligence émotionnelle-affective, et opposent « la conscience diffuse de soi » et « l'activité diffuse de représentation » ; l'*émotion VS pensée* (activité de relation objective avec le monde) qui représentent deux modalités antagonistes de mise en contact avec le monde ; et enfin l'*émotion VS automatisme* où les automatismes sont vus comme devant prendre le dessus des émotions en situation de danger.

La vision de l'homme du modèle corpro-socio-psychologique est celle d'un être humain ancré dans sa coporéité et sa socialité et s'ajustant en permanence aux modifications de son intériorité et de l'extériorité. Dans cette perspective dynamique, l'humain n'est ainsi pas vu comme complètement rationnel mais comme composé de différents niveaux de rationalités

dont la « logique formelle », la « logique émotiono-affective » et la « logique de l'inconscient » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 244).

De cette manière, les crises existentielles comme la maladie sont considérées comme venant ébranler l'individu aux différents niveaux coporo-socio-psychologiques (Del Rio Carral, 2011). Les liens complexes entre la corporéité, la socialité ainsi que les significations données à la maladie grave et/ou chronique sont effectivement mis en lumière par cette approche (Santiago-Delefosse, 2011). Selon cette dernière, la maladie est perçue comme une communication et une construction sociale résultant des interactions du sujet avec le monde « médico-psycho-sociologique » (Santiago-Delefosse, 2011, p. 227). Cette co-construction va alors donner lieu à des théories subjectives autour du corps et de la maladie (Santiago-Delefosse, 2011, p. 227). Ainsi, les crises existentielles déconstruisent la cohérence coporo-socio-psychologique de l'individu en prise avec celles-ci et amènent à une réorganisation de l'être au monde tout entier (Santiago-Delefosse, 2011, p. 227).

L'un des apports majeurs de l'approche coporo-socio-psychologique est la réintégration du rôle primaire des émotions dans le développement, en tant que médiateur de la cognition et de la socialité (Santiago-Delefosse, 2000). S'éloignant du dualisme cartésien, le modèle tente également d'aborder la santé et la maladie dans la complexité de leurs liens avec la corporéité, les émotions-cognitions et le social. L'homme souffrant est vu comme créateur de sens et « (...) ne se réduit ni à l'automate, ensemble de sensations et de réponses réflexes, ni à la machine à penser, ni à un pion sur un échiquier social » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 224). Les pistes de prise en charge de l'individu douloureux ainsi que les apports et les limites du modèle coporo-socio-psychologique seront plus profondément exposés dans la partie « discussion » après avoir tenté d'appliquer le modèle à la compréhension du monde vécu des individus souffrant de migraine chronique.

5. PROBLEMATIQUE ET CADRE THEORIQUE

Comme il a été vu précédemment, le modèle dominant dans la prise en charge de la douleur demeure le modèle biomédical essentiellement centré sur le corps comme objet. Même si le modèle bio-psycho-social gagne du terrain dans le domaine médical et amène les soignants à s'intéresser de plus en plus aux aspects sociaux et psychologiques dans la maladie et la santé, la prise en compte de la subjectivité du patient reste encore trop souvent négligée. De nombreux troubles échappent également à la compréhension et au traitement médical, notamment les douleurs chroniques. Ainsi, ne faudrait-il pas décentrer son regard de la douleur localisée dans le corps et incorporer dans son champ de vision l'individu douloureux tout entier ?

Dans le cas de la migraine, l'étiologie résiste à la médecine et les traitements ne portent que sur le soulagement temporaire des symptômes. Ne trouvant pas d'explications dans le corps douloureux, nous pouvons alors nous interroger sur le rôle de la psyché dans ce trouble particulier et aux liens que l'esprit entretient avec le corps dans le phénomène douloureux, tout en se gardant de chercher à dégager des facteurs de causalité. En évitant de retomber dans le morcellement soma/psyché, nous pouvons nous questionner de manière plus large sur l'individu atteint par la douleur. Qu'en est-il en effet de l'homme qui doit vivre avec cette douleur réapparaissant sans relâche et sans raison ? Comment vit-il au quotidien cette expérience douloureuse et cette incertitude entourant l'apparition des crises ? Quels sont également les comportements adoptés pendant et entre les crises de migraine ?

Si nous arborons les lunettes de l'approche phénoménologique, nous pouvons nous interroger sur la manière dont la migraine affecte l'individu dans son rapport à soi, aux autres, à la temporalité, au monde ou encore dans son identité narrative. Face au manque d'explications entourant ses maux, comment l'individu donne-t-il sens à son trouble ? Quelles sont les significations entourant l'expérience douloureuse et les théories subjectives développées par le sujet à propos de ses maux ? De surcroît, comment met-il en lien sa douleur et son histoire personnelle ?

En se basant sur le modèle corporo-socio-psychologique, nous pouvons nous poser la question des répercussions aux niveaux corporel, psychologique et social de la migraine. De

quelle manière la douleur affecte le vécu corporel, les relations sociales et la psyché de l'individu? En présupposant que la douleur ne touche pas uniquement le corps de l'homme mais affecte la psyché et le sujet dans son entier, nous pouvons alors nous interroger sur le rôle du psychologue de la santé dans la prise en charge du douloureux chronique. A-t-il sa place aux côtés des médecins ? Et si oui, quelle pierre peut-il amener à l'édifice de la compréhension et de l'apaisement de ces maux rebelles ?

Regroupant tous ces questionnements, la problématique générale du présent travail de recherche peut se résumer à : « quelles sont les incidences subjectives de la migraine ? ». Ces interrogations s'ancrent dans un cadre théorique de psychologie qualitative et critique de la santé. Cette orientation particulière a vu le jour dans un mouvement de critique du modèle bio-psycho-social en psychologie de la santé. Dès les années 90, l'approche qualitative s'est en effet développée en opposition aux approches classiques de la psychologie de la santé (principalement les modèles biomédical et bio-psycho-social) centrées sur l'objectivation des comportements de santé en recourant aux méthodes quantitatives (Del Rio Carral, 2011). La psychologie qualitative de la santé commence son expansion en prenant sa source dans le paradigme post-moderne constructiviste au sein duquel l'individu est perçu comme donnant sens au monde. Selon cette vision, la réalité est mouvante et construite de manière subjective (Santiago-Delefosse & Rouan, 2001). A partir de la fin des années 90, un courant critique en psychologie voit le jour (Del Rio Carral, 2011). Celui-ci met en lumière l'ancrage culturel et historique des théories en psychologie et montre l'influence du chercheur sur son sujet de recherche. Selon cette démarche, l'individu doit être appréhendé dans son quotidien et dans son inscription sociale. La psychologie qualitative et critique de la santé s'intéresse plus particulièrement à la compréhension, plutôt qu'à l'explication, de la santé et la maladie et cherche à déchiffrer la manière dont l'individu passe d'un monde à l'autre. L'individu auparavant morcelé par les approches quantitativistes et positivistes tente ainsi d'être compris dans sa complexité et son activité. C'est au sein de cette approche particulière que les constructions du monde des individus souffrant de migraine seront appréhendées dans ce travail.

6. METHODOLOGIE

Face aux difficultés des méthodes quantitatives à prendre en compte la subjectivité et la complexité humaine, la méthodologie qualitative a été utilisée pour ce travail de recherche. Afin de tenter de révéler les constructions du monde des individus souffrant de migraine, nous avons suivi les trois phases principales retrouvées dans les approches de type qualitatives: la phase de recueil des données, la phase de l'interprétation des données et enfin la phase de rédaction du rapport (Santiago-Delefosse & Rouan, 2001).

Lors de la récolte des données, des entretiens semi-structurés de recherche ont été entrepris. Cette méthode a été préférée à d'autres, comme le questionnaire par exemple, car elle constitue un « (...) instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal, cette conversation par laquelle la société parle et se reparle » (Blanchet & Gotman, 2007, p. 23). L'entretien, contrairement au questionnaire constitué de questions fermées formulées au préalable par le chercheur, permet en effet de faire appel « (...) au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan » (Blanchet & Gotman, 2007, p. 20). Permettant de creuser plus profondément les dires des sujets et offrant un cadre plus propice aux révélations intimes, nous avons également préféré la récolte de données par entretien semi-structuré de recherche au focus groupe. Les entretiens de type semi-structuré semblaient en effet plus adéquat pour investiguer les représentations individuelles autour d'un sujet tel que la migraine.

Avant de se lancer dans la réalisation des entretiens de recherche, la population à interroger a dû être définie. La migraine touchant majoritairement les « jeunes » individus, l'âge a été retenu comme critère de sélection et des sujets âgés entre 20 ans et 35 ans ont été choisis. Désirant obtenir un échantillon « homogène » pour investiguer les différences de genre, nous avons sélectionné autant d'hommes que de femmes. La taille du corpus est de huit entretiens, soit quatre sujets féminins et quatre sujets masculins. Au départ, il avait été décidé de sélectionner des individus souffrant de « migraine chronique » selon la définition de l'IHS (douleur migraineuse sur 15 jours par mois ou plus pendant 3 mois en l'absence d'une médication abusive). Ce critère diagnostique a cependant très vite montré ses limites et n'a pas pu être retenu comme méthode de sélection. En effet, lors de la prise de contact avec les éventuels participants de la recherche, nous avons pu constater l'extrême variabilité de la

fréquence des crises de migraine au fil du temps, ainsi que la difficulté de savoir de manière objective si le sujet fait preuve de médication abusive ou non. Ainsi, les interviewés ont été sélectionnés selon le fait qu'il se définissaient eux-mêmes comme «migraineux chronique ».

En ce qui concerne le mode d'accès aux interviewés, il a été envisagé au début de la recherche de contacter les services spécialisés dans le traitement de la douleur chronique au sein des différents centres hospitaliers de Suisse romande et de tenter par leur biais de rentrer en contact avec leurs patients. Ce mode d'accès indirect à la population n'a pas été choisi car permettait seulement d'atteindre des individus ayant recours aux soins médicaux et posait donc un problème de représentativité. De plus, l'éventualité d'être confronté à des refus d'autorisation d'accès aux patients par l'institution pour des questions déontologiques a également été perçue comme frein éventuel. La méthode de proche en proche (Blanchet & Gotman, 2007), qui consiste à rentrer en contact avec des interviewés potentiels via le bouche à oreille, a donc été préférée. Par l'activation des cercles de proches, notamment à travers la publication d'annonces sur un site internet de réseau social, nous avons pu composer l'échantillon de sujets. Le service de réseautage « Facebook » a été mobilisé pour afficher la recherche d'individus âgés entre 20 et 35 ans souffrant de migraine chronique pour un entretien. Plusieurs connaissances ont alors répondu à l'annonce en donnant les contacts de proches atteints de migraines. Parmi la dizaine de personnes approchées, seulement deux sujets ont pu être sélectionnés à l'aide de cette technique. Nous avons trouvé les autres participants de la recherche à l'aide du bouche à oreille non virtuel. Plus précisément, nous avons demandé aux proches autour de soi s'ils connaissaient des personnes souffrant de migraine chronique et avons de cette manière pu récolter des contacts.

Ensuite, un canevas d'entretien a été élaboré (voir annexes 2 sur CD-ROM). Celui-ci est constitué d'une consigne de base ainsi que de plusieurs thèmes à explorer lors de l'entretien. Ces thèmes ont été définis à l'aide du modèle corporo-socio-psychologique et ont été discutés avec les deux responsables de la présente recherche. Après discussion, les thématiques qui ont été retenues sont : le niveau de la corporéité (expérience du corps vécu), le niveau historico-culturel (vécu des relations sociales), le niveau psycho-dynamique, les théories subjectives de la migraine ainsi que le type de traitement. Le canevas d'entretien a été utilisé pour guider le discours de l'interviewé, sans le diriger, et a aidé à explorer les thématiques pertinentes abordées par le participant (Willig & Stainton Rogers, 2008). En effet, l'entretien « (...) ne peut se contenter d'une non-directivité, il doit être centré et conduit par un guide d'entretien

permettant d'éviter des généralités banalisantes pour privilégier l'explicitation de l'activité du sujet et se focaliser sur leur vécu » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 186-187). L'entretien semi-structuré de recherche permet ainsi d'obtenir un discours plus libre, riche et profond que le recours au questionnaire par exemple.

Concernant la réalisation des entretiens, le choix du lieu et la programmation temporelle de ceux-ci ont été définis au cours de la recherche en fonction des disponibilités des participants. Avant de se lancer dans l'entretien, le cadre contractuel de la communication a dû être précisé. En effet, un formulaire d'information ainsi qu'un formulaire de consentement explicitant l'objet de la demande d'interview, les conditions matérielles de l'entretien et garantissant la confidentialité de ce dernier ont été transmis et signés par les participants (voir annexes 2 sur CD-ROM). Ce cadre contractuel permet d'établir un rapport de confiance nécessaire à l'établissement d'un dialogue et permet d'éviter toute possible ambiguïté.

L'entretien a comme particularité de donner lieu à une communication déséquilibrée entre l'interviewer qui écoute et l'interviewé supposé révélé son for intérieur. Toutefois, l'interviewer ne doit pas se contenter d'entendre mais doit faire preuve d'une écoute active et traiter l'information donnée en temps réel afin de pouvoir rebondir sur ce qui a été divulgué par l'interviewé. Lors des entretiens, le chercheur a donc tenté de sélectionner les informations recueillies au travers du discours du sujet interrogé en fonction du questionnement de la recherche et de faire appel à des relances appropriées afin d'approfondir certains thèmes. Une relance peut être définie comme une « (...) sorte de paraphrase, plus ou moins déductive et plus ou moins fidèle, intervention subordonnée, qui s'inscrit dans la thématique développée par l'interviewer » (Blanchet & Gotman, 2007, p. 78). Ces actes de langage formulés par le chercheur ont pour but de favoriser la production d'un discours et de le guider dans la direction d'une certaine thématique. Il existe trois types principaux de relances: la réitération, la déclaration et l'interrogation (Blanchet & Gotman, 2007). Au cours des entretiens, l'interviewer a essayé de faire appel le plus souvent possible à la déclaration, qui consiste en une reformulation des énoncés de l'interviewé. Ce type de relance permet en effet de montrer à l'interviewé que l'on a compris ce qu'il nous a confié et l'invite à creuser ses dires.

Suite à la réalisation des entretiens, un outil d'analyse permettant d'extraire des significations de la masse de données recueillies a dû être choisi. L'analyse qualitative consiste en une « (...) démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de données

d'enquête, dont la logique participe de la découverte et de la construction de sens» (Paillé & Mucchielli, 2008). Au sein de cette recherche, nous avons opéré une analyse de contenu, qui a pour fonction d'étudier et comparer « (...) les sens des discours pour mettre à jour les systèmes de représentations véhiculés par ces discours » (Blanchet & Gotman, 2007, p. 89). Parmi les divers types d'analyses de contenu existants, l'analyse thématique de contenu a été plus particulièrement adoptée. Cette méthode d'analyse « (...) défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens » (Blanchet & Gotman, 2007, p. 96).

Afin de réaliser cette analyse de discours, différentes étapes ont dû être suivies (Paillé & Mucchielli, 2008; Blanchet & Gotman, 2007). Tout d'abord, les entretiens ont été écoutés attentivement et retranscrits de l'oral à l'écrit en suivant certaines règles de transcription (voir annexes 2 sur CD-ROM). Après s'être imprégné des données en écoutant puis lisant et relisant les entretiens effectués, nous avons identifié les thèmes redondants puis élaboré une grille d'analyse. Un classement hiérarchisé des énoncés recueillis en sous-catégories, catégories et thèmes a été effectué pour chaque entretien. La catégorisation étant une opération subjective, les premières grilles d'analyse construites ont été soumises à l'avis du co-directeur de la recherche et retravaillées ensemble afin de renforcer la fidélité inter-juges.

Cette méthode d'analyse des données a été préférée à l'analyse de données qualitatives informatisée. Cette dernière est réalisée à l'aide de logiciels statistiques analysant les données qualitatives en se basant principalement sur le dénombrement des mots composant les discours des interviewés (Blanchet & Gotman, 2007). Ne permettant pas le traitement d'un corpus composé de huit entretiens et limitant l'accès au sens que les individus donnent à leurs discours, cette méthode d'analyse n'a pas été utilisée au sein de cette recherche. L'analyse thématique de contenu est ainsi apparue comme la méthode privilégiée afin de dégager les constructions du monde des individus souffrant de migraines persistantes.

Désirant mieux connaître le type de prise en charge de la douleur offerte en Suisse, un entretien a été mené auprès du Dr Mavrocordatos, Directeur du Centre Pluridisciplinaire de la douleur de la Clinique Cecil à Lausanne. Cet entretien a été guidé à l'aide d'un canevas (voir annexes 2 sur CD-ROM) comprenant les thèmes suivants : le type de douleurs prises en charge dans le Centre, la démarche diagnostique, l'évaluation de la douleur, la prise en charge

physique et psychique de la douleur chronique, la prise en charge de la migraine chronique, le suivi des patients, le vécu du professionnel de la santé ainsi que les recherches menées sur la douleur. Pour des raisons de confidentialité liée aux patients, l'enregistrement de l'entretien n'a pas été retranscrit. Nous avons néanmoins annoté de manière manuscrite les éléments essentiels ressortant de cet entretien. L'avis de cet expert de la douleur ne sera pas présenté dans l'analyse des résultats mais sera utilisé pour alimenter la discussion notamment en ce qui concerne une approche pluridisciplinaire de la douleur. Dans le processus de recherche, l'entretien avec le Dr Mavrocordatos a aidé à trianguler les résultats obtenus au travers des entretiens. Cette triangulation permet de limiter certains biais inhérents au chercheur et d'accroître la valeur de la validité de la recherche (Santiago-Delefosse & Rouan, 2001).

7. ANALYSE DES RESULTATS

7.1 Présentation de la grille d'analyse thématique de contenu

L'analyse thématique de contenu menée a permis de faire émerger des thèmes, catégories et sous-catégories à partir des dires des sujets interrogés et de créer des grilles d'analyse. Dans la partie suivante, nous exposons les principaux thèmes, catégories et sous-catégories retrouvés dans les retranscriptions. Puis, chaque entretien est présenté et analysé. Enfin, nous effectuons une comparaison des entretiens par thème et par sexe.

7.1.1 Corporéité

Au travers des entretiens, trois thèmes principaux ont été mis en évidence : la corporéité, le sociologique et le psychologique. Ces trois grandes dimensions englobent les répercussions de la migraine aux niveaux corporel, social et psychologique. Les différentes catégories et sous-catégories incorporées dans ces thèmes se retrouvent au travers de la plupart des entretiens et quelques exemples seront donnés ci-dessous pour illustrer chaque thème.

Le premier niveau, celui de la *corporéité*, regroupe les catégories des sensations corporelles/symptômes, les conséquences des symptômes ainsi que les représentations du corps/de la douleur (voir tableau 3 ci-dessous). Parmi les sensations corporelles/symptômes nous retrouvons les descriptions des ressentis physiques comme les signes précurseurs de la crise de migraine, la localisation des douleurs, les sensations d'oppression, de décharges électriques ou de lancées lors des maux de têtes ainsi que les divers symptômes accompagnant la migraine comme la nausée, les vomissements, la sensibilité au bruit et à la lumière, les troubles de la vision ou encore les vertiges. Au niveau des conséquences des symptômes, les différents effets rapportés de la migraine ont été réunis. Nous retrouvons par exemple comme sous-catégories les répercussions des symptômes sur la concentration, l'activité cognitive, la sensation de fatigue, le sentiment d'efficacité ou encore les capacités physiques. En ce qui concerne les représentations du corps et de la douleur, celles-ci rassemblent la connaissance et l'écoute de son corps, la distinction ente les « vraies » et « fausses » migraines, les discours de personnification de la douleur, les perceptions de la douleur comme étrangère à soi, l'utilité de la douleur ou encore la vision du corps comme énergie.

Tableau 3 Grille d'analyse thématique de contenu: corporéité

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	
Corporéité	Sensations corporelles/symptômes	Signes précurseurs	
		Douloureux	
		Mal à la tête	
		Localisation	
		Ecrasement	
		Oppression	
		Poids	
		Casque	
		Tête énorme	
		Douleur constante	
		Pression	
		Pincement	
		Brûlure	
		Décharge électrique	
		Comparaison mordre ongle	
		Plus pouvoir se lever/bouger/tenir debout	
		Taper	
		Montée	
		Lancées	
		Nausée	
		Appétit	
		Vomissements	
		Sensibilité au bruit	
		Sensibilité à la lumière	
		Sensibilité aux écrans (TV, ordinateurs)	
		Hypersensibilité	
		Pas d'hypersensibilité	
		Insomnie	
		Pas de troubles de la vision	
		Vision	
		Auras	
		Equilibre	
		Vertiges	
		Chaleur	
		Douleur dans les membres	
		Se faire réveiller par la douleur	
		Posture	
		Cicatrice qui gratte	
		Mémoire (séquelles accident)	
	Pas efficacité médicament		
		Conséquences symptômes	Concentration
			Activité cognitive
			Fatigue
			Moins efficace
			Limitations physiques
			« Dans les choux »
	Représentations du corps/douleur	Connaître/Ecouter son corps	
		Pas écouter son corps	
		Vraies VS fausses migraines	
		Intensité douleur	
		Nerfs de la douleur	
		Personnification	
		Dépersonnalisation	
		Douleur étrangère	
		Difficile à décrire douleur	
		Utilité/ Sens	
		Relâchement	
		Energie	
		Langage	
		Balance/Equilibre	
		Cerveau doit se remettre	
		Temps	
		Complexité	
		Spécificités individuelles	
		Dysfonctionnement	

		Fragilité tête
		Sommeil réparateur

7.1.2 Sociologique

Le thème **sociologique**, quant à lui, rassemble ce qui attrait à la *relation au monde médical*, aux *relations professionnelles*, aux *relations aux autres* et aux *activités* (voir tableau 4). La catégorie de la *relation au monde médical* regroupe la démarche diagnostique, le traitement, la confiance ou méfiance dans le discours médical ou encore le cheminement thérapeutique du sujet. Au niveau des *relations professionnelles*, nous avons mis en évidence les incapacités de travail, le sentiment d'inefficacité, l'organisation du travail, la perception des sentiments et des réactions des collègues, les comportements adoptés au travail ou encore les émotions au travail en lien avec la migraine. La catégorie des *relations aux autres* comprend notamment le sentiment de solitude, l'anticipation des sentiments et réactions des autres, la perception des sentiments et réactions des autres, les relations avec les gens proches et moins proches, les conflits, le soutien ou encore la comparaison aux autres. Nous avons placé la limitation des activités, l'inactivité ou les différentes incapacités entraînées par la migraine sous la catégorie des *activités*.

Tableau 4 Grille d'analyse thématique de contenu: sociologique

Thèmes	Catégories	Sous-catégories
Sociologique	Relation monde médical	Diagnostic/autres troubles
		Traitement
		Envie de savoir
		Pas envie de savoir
		Confiance/méfiance discours médical
		Cheminement thérapeutique
	Relations professionnelles	Absentéisme
		Inefficacité
		Concentration
		Organisation travail autour des migraines
		Pénible
		Difficultés
		Comportement adopté
		Perceptions des sentiments/réactions des autres
		Jouer/Faire semblant de ne pas avoir mal
		Pression sociale
	Relations aux autres	Solitude
		Perception des sentiments/réactions des autres
		Anticipation des sentiments/réactions des autres
		Réaction aux comportements des autres (gens proches VS moins proches)
		Interprétations des autres
		Gens proches VS moins proches
		Comparaison aux autres
Autres migraineux		

		Famille
		Prouver aux autres
		Conflit
		Soutien
		Comportement adopté
		Peu/pas d'impact
	Activités	Inactivité
		Limitations
		Adapter comportement

7.1.3 Psychologique

Pour finir, le thème *psychologique* regroupe les *comportements adoptés* par l'individu lors de la crise de migraine, les *comportements préventifs ou anticipation* de la migraine, la dimension de la *temporalité*, les *émotions*, la *présentation de soi* et les *interprétations personnelles* (voir tableau 5). Dans la catégorie des *comportements adoptés*, nous retrouvons par exemple les tentatives de couper le circuit de la douleur, aller se coucher dans le noir, changer de position, se masser, manger ou boire, s'isoler, méditer, se faire mal autre part, attendre que ça passe, se distraire ou encore s'auto-persuader que l'on a pas mal. Les comportements préventifs de la migraine mis en lumière dans les entretiens regroupent par exemple le fait de toujours avoir des médicaments sur soi, de se protéger la tête du soleil, de bien dormir, de manger ou boire suffisamment ou encore de se faire des massages. Sous la catégorie de la *temporalité*, nous retrouvons l'histoire de la maladie, la régularité ou irrégularité des crises de migraine, l'omniprésence de la douleur, le vécu du temps pendant les migraines et entre les migraines, les facteurs déclenchant des crises, l'anticipation des crises, la répercussion sur les projets de vie et la projection de soi dans le futur. Toutes les références au ressenti émotionnel comme l'angoisse, la colère, la tristesse, la frustration, le sentiment d'injustice, la souffrance ou encore le désespoir ont été classés sous les *émotions*. La catégorie *présentation de soi* rassemble les énoncés portant sur l'identité personnelle du sujet. Nous trouvons, dans celle-ci, la capacité à tolérer la douleur, le sentiment de contrôle ou manque de contrôle des crises douloureuses, la fatalité, l'acceptation de sa condition, le fait de se considérer comme chanceux, mieux loti que les autres ou alors moins bien loti que les autres, le fait de ne pas vouloir se présenter comme victime et de se plaindre aux autres, les références à soi comme quelqu'un de curieux, casse-cou, sportif, combatif ou encore les changements de soi en lien avec la migraine. Enfin, la catégorie des *interprétations personnelles* comprend toutes les explications données à la migraine. Ces théories subjectives mettent par exemple en lien ce trouble avec les problèmes de mâchoire, les tensions musculaires, les troubles de la vision, les accidents, la consommation de drogues, les facteurs

génétiques, la période hormonale, l'alimentation, les facteurs météorologiques, l'activité physique, le relâchement du stress, les émotions ou encore le manque de chance.

Tableau 5 Grille d'analyse thématique de contenu: psychologique

Thèmes	Catégories	Sous-catégories
Psychologique	Comportements adoptés	Couper le circuit de la douleur
		Eviter médicament
		Tiraillement prendre VS éviter médicament
		Se coucher (dans le noir)
		Changer de position
		Recherche calme/détente
		Retrait social
		Méditation
		Massage
		Recherche fraîcheur
		Presser oeil
		Faire attention
		Se faire mal
		Régime
		Boire de l'eau
		Boire du café
		Manger
		« Cocktail » Dafalgan + café
		Attendre
		Essayer de dormir
		Distraction VS centration DL
		Se lever
		Arrêt activité
	Auto-persuasion	
	Différence selon lieu	
	Comportements préventifs	Avoir médicaments sur soi
	Se protéger la tête du soleil	
	Réduction consommation d'alcool	
	Bien dormir et rien prévoir si travail le lendemain	
	Régime	
	Manger	
	Boire	
	Massage	
	Temporalité	Histoire maladie
	Régularité	
	Irrégularité	
	Omniprésence	
	Vécu temps entre migraines	
	Vécu temps pendant migraines	
	Facteurs déclenchant	
	Anticipation	
Futur/ Projets de vie		
Emotions	Stress/angoisse	
Préoccupation		
Inquiétude		
Pénible		
Usé		
Tristesse/Dépression/Envie de rien		
Aigreur		
Colère		
Injustice		
Frustration		
Envie que ça s'arrête		
Culpabilité		
Souffrance		
Subir		
Démuni/ Désespoir		
Soulagement		
Gêne/honte/désévaluation de soi		

		Compassion
	Présentation de soi	Tolérance douleur
		Contrôle
		Manque de contrôle/Hétéro-attribution
		Fatalité
		« Drogué »
		Acceptation/ Habituation
		Mieux loti que les autres/Chanceux/Pas handicapé
		Moins bien loti que les autres
		Volonté
		Apprivoisement douleur
		Pas pouvoir s'habituer à la douleur
		Positif
		Combat
		Pas une victime/ Pas se plaindre
		Pas alcoolique
		Patient expert
		Plainte
		Se débrouiller par soi-même
		Curiosité/ S'analyser
		Prise de risque/ Casse-cou/sportif
		Se faire des films
		Aimer faire la cuisine
		Aimer le calme
		Pas d'amis (humour ?)
		Insomniaque
		Adolescence
	Changement de soi	
	Interprétations personnelles	Interprétations personnelles
		Cherche pas autres causes
		Génétique
		Période hormonale
		Identifier mal de tête/migraine
		Drogue/Cannabis
		Plongeon
		Casser qqch
		Choc à la tête
		Forceps
		Mâchoire/dents
		Nuque
		Particularité neurologique (hyperactivité/épilepsie)
		Pression atmosphérique
		Localisation
		Relâchement du stress
		Stress/tension psychologique
		Tensions musculaires
		Circulation sanguine/Nerfs
		Nervosité familiale
		Yeux
		Fatigue/Manque de sommeil
		Alcool
		Thé/Café
		Alimentation
		Psychologique et physique
		Problèmes intestinaux
		Foie
		Facteurs psychologiques
		Emotions
		Rupture amoureuse
		Lien tremblement-migraine
		Sport
		Facteurs météorologiques
		Sensibilité au soleil
		Être actif VS passif
	Chance	
	Explication régularité	
	Difficulté à trouver explication	
	Pas explications	
	Recherche explication	

7.2 Présentation de la population

L'échantillon de la recherche est composé de quatre femmes et de quatre hommes âgés entre 20 et 34 ans, avec une médiane de 27 ans (voir tableau 6 ci-dessous).

Tableau 6 Population de la recherche

Prénom fictif	Code	Sexe	Age	Profession	Autre donnée pertinente
Julie	J	F	28	Psychologue scolaire	-
Stéphanie	S	F	24	Etudiante en histoire de l'art	-
Pauline	P	F	27	Etudiante à la Haute Ecole Pédagogique /enseignante	Exerce et enseigne la gymnastique rythmique
Valentine	V	F	20	Stagiaire en gestion de revenus	Frère jumeau hémophile
Alexandre	A	M	26	Dessinateur en génie civil	Hyperactif
David	D	M	34	Programmeur radio/ Disc-jockey	-
Christopher	C	M	27	Travail dans le marketing	Accident de voiture
Marc	M	M	27	Ingénieur	-

Tous les sujets sont de nationalité suisse et souffrent ou ont soufferts de migraine avec des fréquences, durées et intensités variant d'un sujet à l'autre. Certains ont reçu un diagnostic de migraine par le corps médical tandis que d'autres se définissent eux-mêmes comme migraineux. En ce qui concerne l'activité professionnelle, les participants sont soit salariés, soit étudiants, soit stagiaires. Aucun des participants n'est marié ou n'a d'enfants et la majorité des sujets sont en couple. Chaque entretien sera présenté plus en détails et analysé dans la partie suivante, avec les entretiens des sujets féminins en premier puis ceux des participants masculins, dans un ordre de présentation aléatoire. En raison de leur grandeur, les analyses thématiques de contenu ont été placées dans les annexes 2 sur CD-ROM. Pour chaque entretien, la grille d'analyse thématique sera présentée dans la partie qui suit sous la forme d'un tableau où les unités de sens ont été résumées par le chercheur ou illustrées à l'aide d'un énoncé de l'interviewé.

7.2.1 Entretien Julie

Julie (J) est psychologue en milieu scolaire, âgée de 28 ans et en concubinage. Celle-ci souffre de maux de tête depuis l'enfance et fait l'expérience encore aujourd'hui de fréquentes crises de migraine. L'entretien a eu lieu le 20 septembre 2012 au domicile de celle-ci en fin d'après-midi et a duré 58 minutes. Dans une ambiance détendue, l'interviewée semblait très à l'aise et parlait ouvertement et très en détails sans avoir besoin de faire recours à beaucoup de relances de la part de l'interviewer.

L'analyse thématique de contenu (voir annexes 2 et tableau 7 récapitulatif des thèmes) a permis de mettre en évidence la manière dont la migraine affecte Julie au niveau corporel, psychologique et social. En ce qui concerne la *corporéité*, Julie décrit ressentir une douleur localisée généralement frontalement gauche, qui monte, tape et qui donne la sensation d'avoir « (...) *un crâne trop étroit pour (rire) pour ce qu'il y a à l'intérieur* » (J, 13-14, p. 1). Les symptômes pouvant accompagner ses migraines sont les vomissements lors de crises fortes, la nausée, les vertiges, la sensibilité au bruit et à la lumière, et les douleurs dans les membres. Parfois la douleur est telle qu'elle vient la réveiller et aucune posture, ni les médicaments ne semblent faire effet. Ces symptômes physiques ont pour conséquence de réduire son efficacité et lui donne l'impression d'être « *dans les choux* » (J, 486, p. 15).

Diverses représentations de la douleur ressortent du discours de Julie. Lors de crises de migraine, Julie explique « (...) *qu'on a envie de se taper la tête contre le mur pour qu'elle disparaisse la douleur* » (J, 4-5, p. 1) et « (...) *t'as juste qu'une envie c'est de + je sais pas qu'on te tape sur la tête pour arracher ce truc qui te tape dans la tête enfin c'est HORRIBLE* » (J, 137-138, p. 5). Julie se représente également la douleur comme liée à un relâchement du corps après une activité comme un entretien dans le cadre de son travail. « (...) *pis c'est surtout une fois que l'entretien est terminé et que là le corps il fait, il lâche tout pis ça fait "ohhhh j'en peux plus, je vais me coucher, ça va plus"* » (J, 46-47, p. 2). L'interviewée exprime aussi ne pas s'être sentie en forme pendant deux jours après une très grosse crise de migraine et dit qu' « (...) *il fallait, un peu comme si, je sais pas, le cerveau devait se remettre. Mais c- j'étais un peu dans les choux quoi* » (J, 171-175, p. 6). Au niveau des mécanismes physiologiques, Julie explique la douleur par une activation des « *nerfs de la douleur* » (J, 212-214, p. 7).

Au niveau *sociologique*, les propos de la participante ont pu être catégorisés en fonction des relations avec le monde médical, des relations professionnelles et des relations aux autres. En ce qui concerne le monde médical, Julie n'a jamais consulté un médecin spécifiquement pour ses maux de tête et a déterminé qu'elle souffrait de migraine au travers d'un fascicule de différenciations des céphalées donné par un neurologue à son frère. C'est donc au travers de ce document et des contacts avec son frère et sa mère infirmière, tous deux migraineux, que Julie s'est diagnostiquée la migraine.

En ce qui concerne le traitement de la migraine, l'interviewée prend soit de l'ibuprofène ou de l'Algifor. Elle explicite ce choix de traitement en disant qu'elle n'a « (...) *pas été chez un neurologue pour euh parce que des fois ils prescrivent des immigrants ou je sais plus quoi, triptan enfin bref, bon moi je prends de l'ibuprofène enfaite. Dose minimale de 400, soit Algifor soit un médicament qui s'appelle Ibuprofen.* » (J, 49-52, p. 2). Julie exprime aussi en parlant de son frère : « *Et pis ouais je crois qu'ils avaient été voir un neuro. Ben ouais c'était des migraines quoi + à défaut de trouver autre chose, c'était ça quoi (sourire)* » (J, 314-315, p. 10) et ceci a été catégorisé comme un manque de confiance dans le discours médical.

Non accompagnée par un médecin, Julie a expérimenté plusieurs traitements avant de trouver un médicament efficace. A côté de l'Algifor et de l'ibuprofène, Julie a fait recours au Ponstan, à l'huile essentielle de menthe et à l'ostéopathie pour soulager ses migraines. Le Ponstan, ne se trouvant pas sans ordonnance, lui a été procuré par sa mère. L'huile essentielle de menthe lui a été conseillée par une pharmacienne et les séances d'ostéopathies données par une amie ostéopathe.

Au niveau des relations professionnelles, la migraine a un effet néfaste sur son efficacité au travail, et a mené une fois à l'absentéisme. En effet, Julie dit se rappeler « (...) *des fois où j'ai dû faire des entretiens où j'avais la migraine avant, j'ai fait l'entretien donc je suis un peu comme ça (elle tourne la main) à côté de mes pompes hein j'ai pas l'impression d'être hyper efficace mais euh ++ donc le débit de parole est ralenti, la moindre intonation dans la voix comme ça qui change + (...)* » (J, 42-46, p. 2). La migraine affecte ainsi le corps et réduit les capacités de travail. Comme il a déjà été mentionné plus haut, la participante semble réussir à taire la migraine lors de ses entretiens au travail puis c'est à la fin de ceux-ci que la douleur s'exprime haut et fort. La migraine se montre quand même parfois lors d'entretien et Julie

anticipe alors le fait que celle-ci pourrait être perçue et peut-être mal interprétée par les autres et explicite donc son ressenti physique afin d'éviter tout malentendu (*J*, 191-194, p. 6).

Concernant les relations aux autres en dehors du monde professionnel, Julie évoque un retrait social entraîné par la migraine. Ce mal affecte sa concentration, ce qui va avoir un effet sur ses capacités à maintenir des connections sociales et amène ainsi à un détachement du groupe. Ne voulant pas se montrer comme « *fragile* » et se sentant plus sensible aux remarques des autres, Julie évoque également un manque d'envie d'être avec les gens, causé par la migraine (*J*, 511-519, p. 16).

Au cours de l'entretien, l'interviewée fait aussi part du fait qu'elle adopte un comportement différent avec l'entourage proche et les personnes moins intimes. Elle évoque en effet se plaindre plus facilement avec les gens proches et se sentir davantage comprise par ces derniers. Julie affirme également mieux comprendre ce que vivent les autres migraineux, anticipe l'incompréhension des autres et a peur d'être perçue comme un « *boulet* » (*J*, 602-606, p. 18). Elle dit ressentir de l'incompréhension de la part des autres qui prennent la migraine pour un simple mal de tête, a l'impression que la terre entière est contre elle pendant une crise, est plus facilement énervée par le comportement des autres et exprime un manque d'empathie de la part de son copain. Hors entretien, elle révèle notamment l'insistance de son ami à avoir des rapports sexuels alors qu'elle souffre de migraine et suppose qu'il pense qu'elle exagère son mal migraineux. Au niveau familial, Julie compare sa migraine à celles de son frère et de sa mère, et dit recevoir du soutien.

En ce qui concerne le thème *psychologique*, les comportements adoptés par Julie lors des crises de migraine sont : la tentative de couper le circuit de la douleur, la recherche de calme, se coucher dans le noir, changer de position, attendre que le sommeil vienne, rechercher de la fraîcheur, boire de l'eau ou encore manger. Comme comportement préventif, Julie dit éviter de boire trop d'alcool. Au niveau de la catégorie de la temporalité et plus particulièrement dans la sous-catégorie de l'histoire de la maladie, Julie se souvient souffrir de migraines depuis l'enfance, avoir eu plus de migraines à l'adolescence avec des crises pouvant durer plus de 24 heures et que la plus grosse des crises remonte à il y a quelques années. Depuis environ six mois à une année, elle a effectivement des crises de migraine moins fortes. Aujourd'hui, la fréquence de ses migraines est irrégulière, avec une migraine environ toutes les deux semaines et parfois plusieurs jours par semaine. En ce qui concerne le vécu du temps

entre les crises, Julie profite de faire des choses qu'elle ne peut pas faire pendant les migraines où la douleur occupe tout son temps. Les facteurs déclenchant des crises de migraine, dont fait part Julie, sont : la fatigue, la période hormonale, le manque d'hydratation et le fait d'avoir beaucoup travaillé. Cependant, il arrive parfois qu'elle échoue à identifier les éléments susceptibles d'avoir déclenché la migraine. Au niveau des projets de vie, l'interviewée partage sa crainte de transmettre génétiquement une prédisposition à la migraine à ses enfants et espère ne pas avoir plus de migraines que maintenant pour éviter que ses migraines n'empirent pas au point de péjorer sa relation avec ses futurs enfants.

Différentes émotions ont été relevées dans le discours de Julie. Cette dernière fait part du caractère pénible de l'organisation des médicaments lors de voyages et du coût psychique lié à l'anticipation de la migraine, notamment lors de soirées. Elle exprime aussi s'être inquiétée, lors d'une grosse crise, que la douleur soit liée à autre chose et se sent angoissée à l'idée de revivre de telles crises. Julie dit qu'à cause des migraines elle n'a jamais l'esprit libre et exprime ressentir de la frustration de ne pouvoir traiter que les symptômes et pas la cause de la migraine. Lorsqu'elle n'a pas de médicaments sur elle lors d'une crise c'est son « *grand malheur* » (J, 475, p. 14) et quand elle peut prendre des médicaments et qu'ils sont efficaces elle ressent un soulagement. Au travers de l'entretien, Julie se présente comme mieux lotie que certains migraineux et comme plus invalidée que d'autres.

Ses interprétations personnelles des causes de la migraine font appel à des facteurs génétiques, au possible lien avec une grippe intestinale, à la période hormonale, au manque de sommeil, au stress, à l'alcool et à sa naissance par forceps. Pendant une période, à chaque fois qu'elle avait des migraines, Julie prenait des notes pour tenter de mieux en comprendre les causes et dit aujourd'hui pouvoir identifier les maux de tête des migraines.

Tableau 7 Récapitulatif des thèmes: entretien Julie

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Unités de sens
Corporéité	Sensations corporelles/symptômes	Localisation	Généralement localisée frontalement gauche puis prend toute la tête.
		Taper	(...) l'impression qu'on me martèle la tête d'un côté (elle se touche la tête), (...) (3-4, p. 1)
		Montée de la douleur	Parfois la douleur monte vite, d'autres fois elle prend son temps.
		Oppression	Sensation d'oppression de la tête.
		Vomissements	(...) j'avais déjà vomi une première fois, donc forcément quand tu prends des médicaments par voie orale ben ils font pas effet. (140-142, p. 5)
		Nausées	Nausées accompagnant la migraine.
		Vertiges	En plus tu te lèves, t'as t'as les trucs qui bougent, qui s'écroulent, (...) (152-153, p. 5)
		Sensibilité au bruit	Sensibilité au bruit pendant la migraine.

		Sensibilité à la lumière	Sensibilité à la lumière pendant la migraine.
		Douleur dans les membres	Douleur dans les membres.
		Se faire réveiller par la douleur	<i>(...) mais d'un coup je me fais réveiller à l'aube par la douleur. (10, p. 1)</i>
		Posture	<i>Et pis euh ouais donc AUCUNE posture bien, (...) (151, p. 5)</i>
		Pas efficacité médicament	<i>(...) le médicament ça faisait pas effet, (...) (151-152, p. 5)</i>
	Conséquences symptômes	Moins efficace	<i>Ouais. Clairement moins efficace (...) (486, p. 15)</i>
		« Dans les choux »	<i>(...) dans les choux, (...) (486, p. 15)</i>
	Représentations du corps/douleur	Douleur étrangère	Douleur présentée comme étrangère à soi.
		Relâchement	Douleur comme effet du relâchement du corps
		Cerveau doit se remettre	<i>+ Ouais c'était, il fallait, un peu comme si, je sais pas, le cerveau devait se remettre. Mais c-j'étais un peu dans les choux quoi. (173-175, p. 6)</i>
Nerfs de la douleur		Représentation de nerfs de la douleurs.	
Sociologique	Relation monde médical	Diagnostic	<i>Mais c'est que quand mon frère lui a eu des grosses crises de migraines pendant, je sais pas quel âge il avait et quand ça fait, que moi j'ai dit c'est pas un mal de tête banal que j'ai, c'est une migraine. Parce qu'il avait ce fascicule qui aidait à reconnaître, à distinguer et pis bon j'ai toujours après bon avant je me disais « ah ben j'ai mal à la tête quoi ». ++ (115-119, p. 4)</i>
		Traitement	Algifor ou ibuprofène qui permettent de reprendre des activités comme conduire. N'a pas consulté un neurologue pour éviter de se faire prescrire des immigrants ou triptans.
		Confiance/méfiance	<i>Et pis ouais je crois qu'ils avaient été voir un neuro. Ben ouais c'était des migraines quoi + à défaut de trouver autre chose, c'était ça quoi (sourire). (314-315, p. 10)</i>
		Cheminement thérapeutique	Période d'errance thérapeutique fait d'essai de divers médicaments en libre service pour enfin trouver l'ibuprofène et l'Algifor. Essayé de l'huile de menthe prescrite par la pharmacienne et pris Ponstan donné par sa mère. Essayé Pilates qui a diminué crises et fait de l'ostéopathie donné par une amie. N'a jamais cherché la cause de la migraine car a vu un magazine scientifique disant qu'on ne connaissait pas les causes de la migraine. Va peut-être essayé l'acupuncture.
	Relations professionnelles	Absentéisme	<i>Ya UNE fois où j'ai pas pu aller au boulot parce que la crise était tellement violente que enfin j-même avec + même attendre que le médicament fasse effet ça prenait ouais ça prenait trop de temps. (22-24, p. 1)</i>
		Inefficacité	Migraine diminue le sentiment d'efficacité au travail.
		Comportement adopté	<i>(...) je m'en rappelle encore, j'étais dans une conférence, là ça valsait dans tous les côtés, j'ai cru que j'allais sortir, en même temps je me disais « si je sors, je m'effondre » (...) (15-17, p. 1)</i>
		Concentration	Capacité de concentration pendant entretien puis douleur revient après.
		Perceptions des sentiments/réactions des autres	<i>Et euh ben je pense que les parents ont + certainement dû voir sur moi que j'étais pas très bien donc je l'aurais expliqué, je leur ai dit « mais si jamais, ne vous faites pas de soucis, je suis moi j'ai une migraine donc je suis moins efficace- enfin pas efficace mais + si vous me voyez faire des petits yeux ou comme ça » (...) (191-194, p. 6)</i>
	Relations aux autres	Solitude	Solitude.
		Gens proches VS moins proches	Plus oser se plaindre et sentiment d'être mieux compris par les gens proches.
		Comportement envers autres migraineux	Comprend ce que les autres migraineux vivent donc adapte son comportement.
		Anticipation des	Anticipation de l'incompréhension des autres.

		sentiments/réactions des autres	<i>(...) et en plus t'as l'idée, enfin t'as l'idée, moi en tout cas ça me fait un peu chier d'être un boulet pour les autres quoi (602-606, p. 18)</i>
		Perceptions des sentiments/réactions des autres	Incompréhension de la part des autres qui prennent la migraine pour un simple mal de tête. Manque d'empathie de la part de son copain. Impression que la terre entière est contre soi.
		Réaction aux comportements des autres (gens proches VS moins proches)	Plus facilement énervée par le comportement des autres lors d'une crise de migraine
		Comparaison aux autres	Comparaison avec sa mère qui est plus sujette aux vomissements qu'elle pendant les crises de migraine
		Famille	Description de la migraine de son frère
		Interprétations des autres	<i>(...) ma maman elle trouvait que ça ressemblait à des signes de méningite, les vomissements en jet enfante. Et du coup elle était pas très rassurée et pis euh j'avais pas une bonne tête non plus (rire). (148-150, p. 5)</i>
		Conflit	Conflits parfois autour des relations sexuelles et non compréhension de la part de son ami lorsqu'elle à la migraine et n'a pas envie (discussion hors entretien).
		Soutien	Soutien de la part de la famille.
Psychologique	Comportements adoptés	Couper circuit de la douleur	<i>Ouais + ben maintenant comme je laisse plus aller les migraines sans prendre quelque chose, (...) (474-475, p. 15)</i>
		Recherche calme	<i>(...) donc euh plutôt rester dans un environnement calme (...) (7, p. 1)</i>
		Se coucher dans le noir	Se coucher dans le noir.
		Changer de position	Changer de position.
		Essayer de dormir	Essayer de dormir.
		Recherche fraîcheur	<i>(...) j'avais mis une lavette (...) (142, p. 5)</i>
		Boire	Boire.
		Manger	Manger.
	Comportements préventifs	Réduction consommation alcool	Eviter les excès d'alcool.
	Temporalité	Histoire maladie	Elle souffre de migraines depuis l'enfance, avait plus de migraines à l'adolescence avec des crises pouvant durer plus de 24 heures et a eu il y a quelques années la plus grosse crise. Depuis environ 6 mois à une année elle a de moins grosses crises. En moyenne elle a une migraine toutes les deux semaines et parfois plusieurs jours par semaine.
		Irrégularité	<i>Mais c'est pas tout le temps comme ça hein. (175, p. 6)</i>
		Vécu temps entre migraines	<i>++ plus je passe du temps à être pas bien enfin c'est le temps que je peux pas mettre enfin que je peux pas être bien pour faire autre chose quoi. Donc j'essaie de couper la douleur tout de suite. + (482-484, p. 15)</i>
		Vécu temps pendant migraines	<i>Ouais ++ où tu te réveilles un matin, t'as mal à la tête, toute la journée t'as mal à la tête, durant le soir t'as mal à la tête, t'arrive vaguement à dormir et le lendemain matin tu te réveilles et t'as toujours mal à la tête. (478-480, p. 15)</i>
		Facteurs déclenchant	La fatigue, les règles, le manque d'hydratation, avoir beaucoup travaillé. Parfois elle arrive pas à identifier de facteurs déclenchant.
		Futur/Projets de vie	Espère ne pas transmettre sa migraine à ses enfants et ne pas avoir plus de migraines lorsqu'elle sera maman.
Anticipation		Peur d'avoir une crise pendant qu'elle conduit et anticipation du comportement qu'elle adopterait. Anticipation des crises de migraine lors d'un prochain voyage en Inde, lorsqu'elle va changer de travail, lors du mariage de son frère et lorsqu'elle va avoir ses règles. L'anticipation de la migraine après une grosse soirée la fait restreindre ses soirées. Médicaments toujours sur soi.	

	Emotions	Pénible	Pénible.
		Inquiétude	<i>Mais c- ouais c'était le dernier recours pis après je me suis dit « si ça passe pas, je vais à l'hôpital parce que ». J'avais peur que ce soit autre chose enfaite 166-167, p. 5)</i>
		Stress/Angoisse	Stress d'avoir une migraine sur le bateau en vacances.
		Préoccupation	<i>(...) j'ai pas l'esprit libre. C'est-à-dire pas « je m'en fiche des conséquences ». (669-670, p. 20)</i>
		Frustration	<i>Mais c'est vrai que c'est assez frustrant de se dire « bon ben voilà je prends un médicament pour soigner les symptômes en gros je sais pas d'où ça vient » enfin. (253-254, p. 8)</i>
		Tristesse	<i>(...) à part si j'ai rien sur moi et ça c'est mon grand malheur, voilà. (475, p. 14)</i>
		Usé	<i>Parfois c'est juste un certain coût, enfin pas financier je pense pas mais enfin en terme de voilà tu anticipes que tu feras peut-être pas tard à cette soirée, si t'as un autre truc le lendemain, tu dois te lever ++ (631-633, p. 19)</i>
		Soulagement	Soulagement lié à l'efficacité du médicament.
	Présentation de soi	Hétéro-attribution	<i>Ouais disons que ça peut, comment, des fois on se trouve des raisons + à un mal ou à un maux, c'est des fois un peu (sourire), je sais pas, rassurant, on se dédouane (sourire) mais mais disons non je crois pas que ++ ouais je sais pas ++ (230-232, p. 7)</i>
		Autres pires que soi	<i>(...) je pense que ++ y en a qui ont vraiment + qui ont la vie plus difficile par rapport à ça hein, moi j'arrive quand même à fonctionner très bien la plupart du temps. (242-244, p. 8)</i>
		Pire que les autres	<i>Mais si je dois peut-être compter dans une année le nombre de jours où je suis HS + ça fait peut-être beaucoup par rapport à d'autres. Mais euh ++ (244-245, p. 8)</i>
	Interprétations personnelles	Génétique	Sa mère et son frère souffrent de migraines.
		Identifier mal de tête/migraine	Identification mal de tête et migraine puis traitement différent.
		Grippe intestinale	Migraine suite à une grippe intestinale.
		Période hormonale	<i>Ouais et la période hormonale aussi. Ça quasiment à chaque fois que j'ai mes règles, j'ai des migraines. (86-87, p. 3)</i>
		Manque de sommeil	Manque de sommeil.
		Stress	<i>(...) mais oui quand même quand y a moins de stress aussi, enfin j'ai l'impression qu'il y a moins de migraines (100-101, p. 3-4)</i>
		Alcool	<i>C'est-à-dire un verre de vin me faisait des fois mal à la tête. (368, p. 11)</i>
		Forceps	Sa mère pense que ses migraines sont liées à sa naissance par forceps. Son frère est né par forceps. Cela peut être une raison parmi d'autres.
		Recherche explication	Mis des coches quand elle avait des migraines.

7.2.2 Entretien Stéphanie

Stéphanie est étudiante en histoire de l'art, âgée de 24 ans et en couple. Celle-ci souffre de migraines depuis quatre ans. L'entretien a duré 33 minutes et a eu lieu le 12 septembre 2012 en milieu de matinée dans un recoin de la cafétéria d'une bibliothèque. Au sein de ce lieu peu intime, il n'a pas été aisé de mener l'entretien. L'interviewée semblait stressée et il a été difficile d'encourager celle-ci à approfondir son discours et de résister à la tentation de combler les fréquents blancs. A la fin de l'entretien, Stéphanie a avoué ne jamais avoir autant parlé de ses migraines et était surprise d'avoir autant de choses à dire sur celles-ci.

A l'aide de l'analyse thématique de contenu (voir annexes 2 et tableau 8 récapitulatif des thèmes), le discours de Stéphanie a été catégorisé au sein des trois grands thèmes qui sont la corporéité, le sociologique et le psychologique. Au niveau de la *corporéité*, la catégorie des descriptions des sensations corporelles et des symptômes regroupe : la localisation de la migraine, qui commence, pour Stéphanie, généralement sur les yeux puis se propage derrière la tête, le sentiment d'avoir un casque lors des migraines, l'impression d'avoir une tête énorme et des maux de tête qui tapent. Dans les symptômes, Stéphanie dit souffrir d'auras et de nausées mais de ne pas être hypersensible à la lumière ou au bruit. Ces symptômes ont pour conséquence de la rendre fatiguée. Au niveau des représentations du corps et de la douleur, Stéphanie fait part de l'intensité de la douleur en disant que pendant une migraine elle a cru qu'elle allait se « taper la tête contre les murs » (S, 109-110, p. 4). Elle distingue également les « vraies migraines » des « fausses migraines » selon l'intensité des maux de tête et dit ne jamais s'être posée la question du sens de la douleur.

En ce qui concerne le thème *sociologique* et les relations au monde médical, Stéphanie a été diagnostiquée de migraineuse par son médecin et avait entrepris un scanner chez le neurologue. Le médecin lui avait prescrit des bêta-bloquants qu'elle a arrêté car cela la faisait déprimer. Elle s'est ensuite traitée à l'ibuprophène et prend maintenant de l'aspirine. Au travers de l'entretien, Stéphanie révèle que son médecin n'a pas su lui donner d'explications quant à sa migraine, mis à part le stress. Elle a dès lors mis fin aux consultations médicales. Cette non-compliance au traitement, le manque de réponses de la part de son médecin ainsi que la rupture thérapeutique ont été classés dans la sous-catégorie *confiance/méfiance* dans le discours médical. En ce qui concerne son cheminement thérapeutique, Stéphanie consulte un

ostéopathe tous les trois à quatre mois. Ce thérapeute lui a, dans le passé, fait un massage du foie pour traiter la migraine et lui donne maintenant des exercices, à faire le matin, pour « *remettre le sang à niveau dans le cerveau* » (S, 43-44, p. 2). Stéphanie affirme que l'ostéopathie la soulage et fait diminuer la fréquence de ses migraines. Concernant ses activités professionnelles, l'interviewée exprime rencontrer des difficultés à travailler lors des migraines mais ne s'est jamais, pour autant, portée absente pour cette raison. Au niveau des relations avec les autres, Stéphanie évoque le caractère pénible d'avoir une migraine en soirée, au point de vouloir, bien souvent, rentrer chez soi. Elle exprime également des différences d'opinion, entre sa famille et elle, sur son traitement. Ses parents et sa sœur pensent en effet qu'il vaut mieux prévenir que guérir et prendre des médicaments avant que la migraine se déclenche alors que Stéphanie préfère attendre avant d'avaler un médicament. Ces divergences ont donné lieu à des conflits, en particulier avec sa soeur. Lors d'une migraine, elle adopte un comportement différent selon qu'elle se trouve en présence de son entourage proche ou avec des personnes moins intimes. En effet, avec les gens moins proches elle ne montre pas sa migraine et attend généralement que celle-ci passe. Avec sa famille et son copain au contraire, elle dira plus facilement « *Bon ben foutez-moi la paix, je vais dormir reposer une demi-heure* » (S, 415-418, p. 13). Malgré tout cela, Stéphanie estime que la migraine a de manière générale peu d'influence sur sa relation avec les autres.

Au niveau du thème **psychologique**, plusieurs comportements adoptés lors des migraines ont été catégorisés. Stéphanie dit, en effet, tenter de couper le circuit de la douleur en prenant des médicaments, rester tranquille, s'isoler chez soi et attendre que cela passe. Si elle est à la maison lors de la crise, elle se couchera ; si elle est à l'université, elle prendra un médicament. En ce qui concerne l'histoire de la maladie, ses migraines ont commencé il y a trois ans, au début de son parcours universitaire, par une très forte crise qui a duré deux semaines. Depuis une année, elles sont beaucoup plus espacées et durent moins longtemps. Stéphanie a, actuellement, environ une migraine par semaine, puis ressent des restes pendant quelques jours après les grosses crises. Habituellement la migraine est forte le matin puis diminue à midi pour s'intensifier après manger et se calmer en fin de journée. Lors des crises de migraine, Stéphanie dit que « (...) *t'imagines comment c'est quand t'avais pas mal et tu te dis que c'est pas possible que ce gros truc quoi là ça parte (...)* » (S, 216-218, p. 7). Pendant les migraines, elle ne pense qu'à prendre son aspirine et entre les migraines elle dit profiter de faire ce qu'elle ne peut pas faire pendant les crises. En ce qui concerne les facteurs déclenchant, elle n'évoque que les changements d'altitude. Pour ce qui est du futur, elle pense

qu'elle aura moins de migraines à la fin de ses études. Les émotions dans le discours de Stéphanie relèvent principalement de l'inquiétude lors des grosses crises de migraine, notamment lors de la première où elle avoue avoir eu peur d'avoir une tumeur au point de faire un scanner. Apparaissent également dans son discours, la difficulté éprouvée dans le cadre professionnel ainsi que la déprime liée au fait de ne pas réussir à se concentrer sur son travail. Stéphanie dit s'être habituée aux migraines et au fait de ne rien pouvoir faire d'autre que de « *survivre à l'université* » (S, 77, p. 3) lorsque elle est touchée par celles-ci. Dans la catégorie des interprétations personnelles, l'interviewée dégage des liens entre la migraine et le stress, la fatigue, la consommation de thé, l'alimentation, la pression sanguine, sa rupture amoureuse ou encore sa myopie. Elle évoque ne pas trouver d'explication à ses maux et ne plus faire de listes de choses en lien avec la migraine comme elle le faisait auparavant.

Tableau 8 Récapitulatif des thèmes : entretien Stéphanie

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Unités de sens
Corporéité	Sensations corporelles/symptômes	Localisation	<i>Alors ben souvent c'est le matin en me levant donc ça commence sur les, sur les yeux, après ben ça reste là la matinée pis après si c'est vraiment de vraies crises qui durent assez longtemps, ça s'accroît pis c'est enfin ça descend ici (elle se touche derrière la tête) pendant toute la journée, pis ici derrière (elle se touche derrière la tête) (4-7, p. 1)</i>
		Casque	<i>(...) pis ça fait vraiment comme un casque tu vois c'est + (...) (7-8, p. 1)</i>
		Tête énorme	<i>(...) je voyais, vraiment j'avais l'impression d'avoir la tête ENORME et pis euh ouais enfin voilà quoi. (110-111, p. 4)</i>
		Mal à la tête	Mal à la tête
		Taper	<i>(...) et enfin vraiment ça cognait (...) (218, p. 7)</i>
		Auras	<i>Et le soir mais ça + mais vraiment je voyais plus rien, je voyais des petits points, des petits euh (...) (108-109, p. 4)</i>
		Pas d'hypersensibilité	<i>Pas la lumière, parce que souvent on me dit la lumière, le bruit, ça ça va. (226, p. 7)</i>
		Nausées	<i>Mais des fois des nausées ouais ouais. + (226-227, p. 7)</i>
	Conséquences symptômes	Fatigue	<i>Ben je suis un peu fatiguée, j'ai juste envie de dormir et pa- rien faire d'autre. Donc euh + (400-401, p. 12)</i>
	Représentations du corps/douleur	Intensité douleur	<i>(...) et pis vraiment j'ai cru que j'allais me taper la tête contre les murs ça f- (...) (109-110, p. 4)</i>
		« Vraie » migraine VS « fausse » migraine	Distinction « vraie » VS « fausse » migraine.
		Sens	Ne sait jamais posé la question du sens de la douleur.
	Sociologique	Relation monde médical	Diagnostique
Traitement			Médecin avait prescrit des bêta-bloquants qu'elle a arrêté car cela la faisait déprimer. Elle a pris de l'ibuprophène et maintenant

			prend de l'aspirine.
		Confiance/méfiance	Médecin ne pouvait pas lui donner d'explications quant à la migraine et évoquait le stress. Elle a arrêté le traitement au bêta-bloquant et n'est pas retourné consulté.
		Cheminement thérapeutique	Rendez-vous chez l'ostéopathe tous les 3-4 mois qui lui remet la nuque en place. D'abord consulté ostéo après une chute pour lui remettre une cervicale en place. Ostéo lui a fait un massage du foie pour la migraine. Exercices à faire donné par l'ostéo pour « remettre le sang à niveau dans le cerveau » le matin. Ostéopathie soulage fait diminuer la fréquence des migraines.
	Relations professionnelles	Inefficacité	Difficulté à travailler.
		Pas d'absentéisme	N'est jamais resté au lit, se lève quand elle a la migraine.
	Relations aux autres	Solitude	<i>C'est vrai que c'est un peu chiant des fois, t'es en soirée, c'est hyper cool et pis t'es là « merde » (rire), t'as juste envie de rentrer parce que + (404-406, p. 13)</i>
		Perceptions sentiments/réactions des autres	Sa famille pense qu'il faudrait prévenir migraine en prenant médicaments alors qu'elle évite de prendre des médicaments.
		Personnes proches VS moins proches	<i>Ben ça m'est pas arrivé souvent souvent enfin souvent si je suis avec des amis j'enfin j'attends enfin je fais comme si y avait rien. Donc c'est vraiment avec mon copain, avec ma famille que je dis « Bon ben foutez-moi la paix, je vais dor- me reposer une demi-heure ». Sinon avec les autres j'ose pas tr- enfin je vais pas partir comme ça pour euh + pour faire ça. (415-418, p. 13)</i>
		Pas d'influence	<i>(...) ça va pas influencer dans mes relations avec les autres disons. (183-184, p. 6)</i>
		Conflit	Conflit avec sa sœur médecin qui voulait qu'elle prenne les bêta-bloquants.
Psychologique	Comportements adoptés	Couper circuit de la douleur	Prise de médicaments pour couper le circuit de la douleur.
		Recherche calme	Rester tranquille puis ça passe.
		Retrait social	<i>Non, non, non. Non je me renferme sur moi alors plutôt (rire). Non, non j'ai juste envie d'être seule et pis attendre que ça passe ouais. +++(403-404, p. 13)</i>
		Différence selon lieu	Se coucher si à la maison et prendre médicament si à l'université.
		Attendre	<i>Rien ben j'attend, je sais que ça passe assez + que ça passe assez donc euh + en général ça prend la journée. (229-230, p. 7)</i>
	Temporalité	Histoire maladie	Les migraines ont commencé il y a 3 ans au début de l'université par une très forte crise qui a duré deux semaines et depuis une année elles sont beaucoup plus espacées et durent moins longtemps. Elle a une migraine environ une fois par semaine maintenant puis des « restes » pendant quelques jours après les grosses crises.
		Régularité	La migraine est forte le matin, après ça diminue puis ça remonte à midi et après ça se calme en fin de journée.
		Omniprésence	<i>Ben vraiment t'es + je sais pas tu te dis que tu peux plus ne plus enfin t'imagines comment c'est quand t'avais pas mal et tu te dis que c'est pas possible que ce gros truc quoi là ça parte (...) (216-218, p. 7)</i>
		Vécu temps entre migraines	<i>Euh ++ bien (rire). Euh non ben je pète le feu (rire). Tu te dis que tu profites parce que t'as pas mal donc tu profites de bouger, de faire tout ce que t'as, tout ce que tu fais pas quand t'as des migraines disons. (191-193, p. 6)</i> Appréhension entre les migraines au

			début de la « maladie ».
		Vécu temps pendant migraines	<i>Quand] c'est les grosses crises ouais je me dit « faut que je prenne ça », enfin je pense juste à mon aspirine (rire) en me disant « Bon bah une demi-heure après je sais que ça ira mieux » et pis euh mais quand c'est normal, enfin quand j'ai pas trop mal j'y pen- franchement j'y pense même presque plus maintenant. Donc euh +(395-398, p. 12)</i>
		Facteurs déclenchant	L'altitude.
		Futur	Pense en avoir moins après l'université.
	Emotions	Inquiétude	<i>(...) mais c'est vrai que ça m'a un peu inquiété parce que c'est la première fois que c'était violent comme ça. (113-114, p. 4)</i> <i>Hors entretien : la peur d'avoir une tumeur a motivé de faire des tests.</i>
		Pénible	<i>Ouais c'était un peu plus difficile ouais. (86-87, p. 3)</i>
		Dépression	Déprimant d'avoir migraines.
	Présentation de soi	Habitude	<i>(...) et pis on s'habitue, c'est horrible à dire mais on s'habitue pis je sais que ça passe et pis voilà (...) (71-72, p. 3)</i>
		Fatalité	Survit avec les migraines à l'université.
		Manque de contrôle	<i>(...) et puis et puis voilà, y a rien à faire (rire). (8, p. 1)</i>
	Interprétations personnelles	Stress	<i>Enfin il m'a dit le stress et pis ben c'est possible parce que c'est vrai je suis en vacances euh j'ai rien du tout. Pis en période d'examen ou comme ça c'est vrai que + enfin je sais pas, c'est peut-être lié (51-53, p. 2)</i>
		Fatigue	<i>Ca doit être lié à la fatigue aussi + ouais, ouais. C'est possible. (384, p. 12)</i>
		Thé	Peut-être lié à la consommation de thé.
		Alimentation	Peut-être un lien avec la nourriture comme la migraine apparaît après manger à midi souvent.
		Tensions musculaires	Mise en lien avec cervicale déplacée et tensions musculaires.
		Circulation sanguine	<i>C'est la pression le matin peut-être, je sais pas. (159, p. 5)</i>
		Rupture amoureuse	Ses migraines sont arrivées à peu près en même temps que sa mise en couple avec son copain actuel. Ses migraines pourraient être liées à sa rupture difficile.
		Yeux	Peut-être lié aux yeux mais a changé de lentilles et cela n'a rien changé.
		Pas d'explication	Pas d'explication.
		Recherche explication	Faisait des listes de choses en lien avec la migraine mais ne le fait plus maintenant.

7.2.3 Entretien Pauline

Pauline est étudiante à la Haute Ecole Pédagogique et enseignante à mi-temps. Elle est âgée de 27 ans, exerce et enseigne la gymnastique rythmique et vit avec son compagnon. L'entretien a duré 1 heure et 31 minutes et s'est déroulé le 5 septembre 2012, au domicile de l'interviewée, dans un cadre très confortable. Pauline semblait à l'aise et désireuse de partager son expérience douloureuse. Celle-ci a en effet parlé très librement et en profondeur, sans que l'interviewer ait besoin de relancer son discours. Toutefois, ne voulant pas interrompre l'interviewée, il a parfois été difficile de la recadrer. A la fin de l'entretien, Pauline a commencé à souffrir d'une migraine.

L'entretien de Pauline a été catégorisé selon les thèmes de la corporéité, du sociologique et du psychologique. Tout d'abord, au niveau de la **corporéité**, l'interviewée décrit ressentir des signes précurseurs de la migraine par des pulsations au niveau de la tempe gauche, puis la douleur commence sur les tempes et se propage généralement sur le côté gauche de la tête. Pauline dit que « (...) *t'as l'impression qu'on te COGNE dessus avec un marteau, tu tombes hein* » (P, 332, p.10) et que sa tête est opprimée. Les symptômes relevés sont : ne plus pouvoir se lever, des nausées, des vomissements ainsi qu'une sensibilité à la lumière et au bruit. Pauline se représente la migraine comme spécifique à chacun et comme devant être liée à un dysfonctionnement du corps.

En ce qui concerne le niveau **sociologique** et la relation au monde médical, Pauline raconte avoir vécu une longue phase diagnostique où des liens entre la migraine et d'autres troubles ont été mis en évidence par les divers spécialistes consultés. Tout d'abord, elle a consulté un neurologue pour des problèmes de souffle à 13 ans et a subi une électro-encéphalographie (EEG) et une imagerie par résonance magnétique (IRM). A partir de ces tests, les médecins ont cru déceler quelque chose qui pourrait potentiellement se développer et ont proposés un traitement. Toutefois, la mère de l'interviewée a décidé de ne pas médicamenter sa fille. Plus tard, à 19 ans, Pauline a commencé à souffrir de migraines, de tremblements, de nausées, de vertiges ainsi que d'évanouissements. Elle a de nouveau fait une IRM et une EEG dont les résultats ont permis d'écarter la possibilité de souffrir d'épilepsie. Par la suite, elle a été testée pour la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques car elle souffre de fourmillements dans les mains, test qui s'est révélé négatif. Son médecin a ensuite suspecté de l'anémie, anomalie qui serait la cause de ses fatigues et de ses migraines. A travers son discours, Pauline exprime

d'une part vouloir savoir de quoi elle souffre et d'autre part ne pas vouloir recevoir d'étiquette diagnostique, de peur de souffrir d'épilepsie, ce qui pourrait l'empêcher de travailler avec des enfants. Au niveau du traitement, les médecins lui ont prescrit du bêta-bloquant, qu'elle a arrêté de prendre à cause des effets secondaires et du manque d'efficacité du médicament. Puis elle a testé le Relpax puis l'Imigran qu'elle a également arrêté à cause des effets secondaires (somnolence, brûlures d'estomac, vertiges). Elle se traite maintenant avec de l'Algifor et du Doliprane au début d'une crise. Pauline évoque également la difficulté à avaler le médicament pendant les crises à cause de la nausée et de sa peur d'endommager son estomac par la médication. Différents éléments de son récit ont été catégorisés sous la sous-catégorie *confiance/méfiance* vis à vis du monde médical. On retrouve dans cette sous-catégorie les références au fait que la migraine est une douleur inexpliquée par la médecine et que les médecins sont démunis face à celle-ci et font alors beaucoup d'hypothèses pour « *ne pas perdre la face* » (P, 693, p.21). Pauline dit qu'ils font soit recours au diagnostic « *à la mode* » (P, 642, p. 19), par exemple la migraine ophtalmique, ou disent que ses maux sont psychologiques. L'interviewée exprime encore ne pas être ouverte et rassurée par les médecins et considère les consultations comme fatigantes, agaçantes et coûteuses alors qu'elle n'en tire pas de résultats positifs. Ne désirant plus attendre qu'on lui trouve un diagnostic, elle ne consulte plus de médecins et s'est tournée vers l'ostéopathie. Dès lors, son cheminement thérapeutique a débuté par la consultation d'un ostéopathe qui avait des « dons » et qui expliquait sa migraine par des tensions et des problèmes de ventre. Les traitements proposés par celui-ci, comme par exemple éviter de manger des aliments gras et sucrés, étaient perçus comme efficaces par l'interviewée. Suite au décès de ce thérapeute, qui était le seul réussissant à soigner ses maux, Pauline dit avoir dû « *tout prendre sur soi* » (P, 493-494, p.15). Elle a alors consulté un autre ostéopathe qui explique la migraine par une fatigue oculaire en lien avec un type d'épilepsie lié aux trop grandes stimulations visuelles et lui donne ainsi des exercices à faire avec ses yeux. A côté de ces consultations, elle se renseigne également auprès d'autres migraineux et de médecins afin de trouver des moyens de soulager ses maux. D'autre part, Pauline rapporte avoir un peu tout essayé, mais va éventuellement encore tester l'acupuncture.

En ce qui concerne les relations professionnelles, Pauline évoque des incapacités à se lever le matin pour aller travailler ainsi que des difficultés en classe lors des crises migraineuses. Au niveau des relations avec les autres, l'interviewée dit recevoir du soutien, notamment de la part de son compagnon qui l'aide, par exemple à lui amenant ses médicaments lorsqu'elle

n'arrive pas à se lever. Dans son discours nous retrouvons également plusieurs références aux manifestations observables de la migraine. Ceci a été catégorisé comme le fait de vouloir prouver aux autres la véracité de son ressenti physique.

Au sein du thème *psychologique*, différents comportements adoptés face à la migraine ont été répertoriés. Pauline dit tenter de couper le circuit de la douleur, en faisant recours à la surmédication prenant jusqu'à 17 aspirines par jour ou encore en se couchant dans le noir, en recherchant le calme et la fraîcheur, en se massant ou en se faisant masser et en s'auto-persuadant que la douleur va passer. Elle ajoute également qu'il est plus efficace de se distraire et d'être actif plutôt que de ne rien faire et de se centrer sur sa douleur. En ce qui concerne les comportements préventifs de la migraine, Pauline dit adapter son alimentation en réduisant notamment sa consommation de sucre, ainsi que saler ses plats afin de boire plus. Ces techniques l'aident à diminuer la fréquences de ses migraines. En ce qui concerne l'histoire de la maladie, Pauline rapporte que la migraine lui est « *tombée dessus* » à 19 ans en même temps que le début de ses tremblements. « *Ca a commencé par une par mois puis deux par mois, puis trois, puis tous les jours quoi* » (P, 617-621, p.19). A ce jour, les crises sont moins fréquentes, irrégulières et elle apprécie le temps exempt de migraines. Les facteurs identifiés par Pauline comme pouvant déclencher les crises de migraine sont : la période avant les règles, les examens, le stress, la fatigue, l'état psychologique, l'alimentation (boissons sucrées), l'excitation et le manque d'hydratation. Au niveau de la projection dans le temps, l'interviewée dit appréhender avoir une migraine le jour de son mariage, ce qui est source d'inquiétude. Elle dit également ne pas pouvoir s'imaginer « *vivre toute une vie avec des migraines* » (P, 797-803, p.24) et évite de prendre trop de médicaments pour ne pas avoir de problèmes intestinaux plus tard.

Concernant les émotions exprimées dans l'entretien, Pauline dit être angoissée par un diagnostic alarmant, trouver pénible les migraines commençant dès le matin, se sentir usée et triste. Elle rapporte également subir la migraine sans répit, être en souffrance à cause de ces maux en ayant parfois envie de se « *jeter par la fenêtre* » (P, 295, p.9), être parfois désespérée, être en colère de ne pas pouvoir soigner la cause de la migraine, se sentir frustrée et ressentir de la compassion envers les personnes souffrant de maux de tête. Les fréquents énoncés tels « *c'est bête* » (P, 723, p.22) ou « *c'est con à dire* » (P, 721, p.22) ont été catégorisés comme une possible gêne, honte ou une désévaluation de soi de la part l'interviewée.

Pauline se présente comme quelqu'un supportant plutôt bien la douleur mais avance que la migraine est pire que toutes les autres douleurs à supporter et l'oblige à se tourner vers les médicaments. Elle fait également référence à une certaine fatalité de son état : « *A partir du moment où t'as compris que tu dois vivre avec ça, ben tu vis avec ça pis + tu peux faire quoi d'autre de toute façon ? Tu vas pas te jeter d'un pont parce que t'es migraineux quoi. Non (rire) j'y ai pensé hein* » (P, 391-394, p.12). Elle évoque qu'il n'y a rien à faire avec cette douleur contrairement à d'autres types de maux. Pauline dit également avoir l'impression de passer pour une « *droguée* » en prenant ses médicaments et avoir maintenant accepté d'être migraineuse. Elle ne veut pas se laisser submerger par la douleur, combat seule cette dernière et doit trouver des stratégies pour pouvoir avoir une vie sociale et professionnelle plus agréable. D'autre part, elle dit ne pas vouloir passer pour quelqu'un qui se plaint, avance qu'elle se débrouille seule face à la migraine et que sa curiosité la pousse à s'analyser et à rechercher la cause de ses maux. Au fil de son expérience de la migraine, un changement de soi s'est opéré où elle est passée d'une présentation de soi comme victime de la douleur, « *droguée* » aux médicaments et réduite à la migraine à une prise de distance face à la migraine, une acceptation de celle-ci et la recherche de stratégies d'adaptation à sa migraine.

Les interprétations personnelles de la douleur relevées dans son entretien font appel à des causes psychologiques et physiques de la migraine. Au niveau physique, Pauline évoque des facteurs génétiques, des problèmes intestinaux et de foie. Elle avance également que ses migraines pourraient être liées à ses tremblements et au traitement orthodontique qu'elle a subi dans le passé. Au niveau psychologique, Pauline pense que la migraine peut être aggravée par le stress, la fatigue et d'autres facteurs psychiques. Malgré ces hypothèses, l'interviewée confie ne pas avoir d'explication quant à sa migraine.

Tableau 9 Récapitulatif des thèmes: entretien Pauline

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Unités de sens
Corporéité	Sensations corporelles/symptômes	Signes précurseurs	Elle sent son pouls sur la tempe gauche.
		Localisation	(...) écoute euh + moi ça commence toujours sur les tempes, sur le côté gauche (elle se touche la tempe gauche) + le plus souvent. (4-5, p.1)
		Oppression	T'as la tête dans un étau (...)
		Taper	(...) t'as l'impression qu'on te COGNE dessus avec un marteau, tu tombes hein. (332, p.10)
		Plus pouvoir se lever	Bon t'es fois tu peux PAS, c'est VRAIMENT (elle tape sur sa cuisse avec sa main), tu tiens pas debout donc tu peux PAS. (330-331, p.10)
		Nausée	La nausée, j'ai souvent la nausée pendant les migraines. Très souvent. (627-628, p.19)
		Vomissement	++ T'es tellement épuisé + tu peux tellement PLUS supporter ça que ++ enfin voilà, tu VOMIS ton mal être (rire). (621-627, p.19)
		Sensibilité à la lumière	(...) la lumière, c'est + c'est TELLEMENT agressif (295-

			296, p.9)
	Représentation du corps/douleur	Sensibilité au bruit	<i>Euh + des bruits et tout (...) (295, p.9)</i>
		Spécificités individuelles	<i>Mais + mais je pense que avoir un comportement face à la migraine, ça peut aider. Un comportement spécifique qui POUR TOI serait ça et pour quelqu'un d'autre serait autre chose. (442-444, p.14)</i>
		Dysfonctionnement	<i>Tu te dis « mais je suis QUOI ? Je suis QUI ? Je suis COMMENT quoi ? Je suis faites comment ? Qu'est-ce qui déconne chez moi pour que je sois comme ça MAL euh 2-3 fois par semaines. Y a bien un truc qui fait que ++ que ça va pas chez moi, qu'il y a un dysfonctionnement » (...) (777-780, p.24)</i>
Sociologique	Relation monde médical	Diagnostic	D'abord elle a consulté un neurologue pour des problèmes de souffle à 13 ans. Elle a fait un EEG et IRM et les médecins ont cru voir quelque chose qui pourrait se développer plus tard ou non. La mère a décidé de ne pas médicamenter sa fille. Ensuite à 19 ans elle a commencé à souffrir de migraines, tremblements, nausées, vertiges et évanouissements. Elle a de nouveau fait un IRM et EEG. L'épilepsie a été écartée. Après elle a été testée pour Parkinson et la sclérose en plaques car souffre de fourmillements dans les mains. Son médecin a ensuite suspecté qu'elle souffre d'anémie qui rendrait fatigué et pourrait déclencher des migraines.
		Envie de savoir	<i>Mais au bout d'un moment t'as presque envie qu'ils trouvent toujours quelque chose parce que au moins MEME si c'est grave ben t'es là ben au moins y a un diagnostic qui est posé et pis tu sais comment faire. Après on peut un peu y remédier. Mais RIEN. (158-159, p.5) Rassurant de savoir.</i>
		Pas envie de savoir	<i>C'est vrai que j'ai pas + j'ai pas non plus voulu trop en savoir parce que ++ parce que ça pourrait être un peu un handicap pour ma profession quoi. Du coup si je suis vraiment diagnostiquée ça euh + ben ça me ferait un peu caque qu'on me colle l'étiquette que je suis épileptique et du coup je peux être un danger pour les enfants. (225-233, p.7)</i>
		Traitement	Prescription de bêta-bloquant qu'elle a arrêté de prendre à cause des effets secondaires et le manque d'efficacité. Puis Relpax et Imigran qu'elle arrêté à cause des effets secondaires (sommolence, brûlures d'estomac, vertiges). Maintenant prise d'Algifor et Doliprane au début de la crise. Difficulté d'avaler médicament pendant crise (nausées, etc) et pas envie de « péter son estomac ».
		Confiance/méfiance discours médical	La migraine est une douleur inexplicquée, les médecins sont démunis alors font plein d'hypothèses pour « ne pas perdre la face » (693-695, p.21) et font soit recours au diagnostic « à la mode » (migraine ophtalmique) ou disent que c'est psychologique. Pas ouverte et rassurée par les médecins. Les consultations sont fatigantes, agaçantes et coûteuses alors qu'elle n'en tire pas de résultats. Elle ne veut plus attendre et ne consulte plus de médecins mais une ostéopathe.
		Cheminement thérapeutique	Consultation d'un ostéopathe qui avait des dons et expliquait sa migraine par des tensions et des problèmes de ventre. Efficacité du traitement de l'ostéopathe (ex : éviter de manger aliments gras et sucré) puis décès de celui-ci qui l'amène à « tout prendre sur soi » (493-495, p.15). Après consultation d'un autre ostéopathe qui soignait sa mère et qui explique la migraine par une fatigue oculaire et à un type d'épilepsie lié aux trop grandes stimulations visuelles et lui donne des exercices oculaires à faire. Elle se renseigne aussi auprès d'autres migraineux et des médecins. Elle va peut-être essayé l'acupuncture et dit avoir un peu tout essayé.
		Relations professionnelles	Absentéisme
	Pénible		<i>Mais tu vois euh dans une classe quoi quand t'as la migraine, c'est juste euh ++ c'est juste insupportable. Alors bon ++ des fois tu comptes sur l'indulgence des enfants, ils peuvent l'être quand tu dis « écoutez aujourd'hui j'ai vraiment très mal à la tête, il faudrait</i>

			<i>qu'on fasse doucement », ils sont là « ah maîtresse » (elle prend une intonation d'enfant) (rire). Ils sont gentils. (305-309, p.9-10)</i>
	Relations aux autres	Prouver aux autres	<i>C'est pas juste euh un ressenti physique, c'est aussi + tu le ressens vraiment avec ton doigt quoi. Des fois je fais sentir à + à mon copain (sourire). Et il est là « ah ouais ! » ++ (32-34, p.2)</i>
		Soutien	<i>Parce qu'au final t'es seul face à ta douleur. NON t'es pas seul face à ta douleur parce que y a des gens qui peuvent t'aider, tu vois genre mon copain qui me donne des médicaments le matin (...) (556-558, p.17)</i>
Psychologique	Comportements adoptés	Couper le circuit de la douleur	Tenter de couper le circuit de la douleur avec des médicaments.
		Sur-médication	<i>++ un temps je prenais jusqu'à 14, 17 aspirines PAR JOUR, ça me faisait RIEN. ++ J'avais l-la douleur ne disparaissait pas, j'avais toujours la MEME douleur. Y avait pas de plus ou de moins. C'est ++c'est là que tu vois que +++ du coup ben tu développes d'autres stratégies quoi. (419-428, p.13)</i>
		Se coucher (dans le noir)	<i>(...) et souvent je me cou- (284, p.9)</i>
		Recherche calme	<i>(...) sans bruit (284, p.9)</i>
		Recherche fraîcheur	<i>(...) je vais à la salle de bain où c'est frais par terre et je me mets du frais sur ici (elle touche son front) quoi, sur le front. Ça m'aide bien. (284-285, p.9)</i>
		Massage	<i>Et pis aussi tout ce qui est massage aussi ça m'aide bien. Mon copain il m'en fait parfois, c'est bien (sourire). Non mais c'est bête hein mais rien que tu vois des petites caresses sur le front, c'est déjà, ça relaxe déjà donc euh. (285-288, p.9)</i>
		Attendre	<i>Et t'attends que ça passe ouais. (321, p.10)</i>
		Distraction VS concentration DL	<i>(...) mais ouais je crois que c'est la pire des choses de + d'être là et de RIEN faire et de penser qu'à sa douleur et t'es là « faut qu'elle parte, faut qu'elle parte, faut qu'elle parte ». (347-349, p.11)</i>
		Boire	Boit beaucoup d'eau et sale ses repas pour boire plus d'eau.
		Auto-persuasion	IR29 Donc se distraire ça marche assez bien <i>P29 Ouais ouais. Enfin je me suis mis ça dans la tête en fait donc euh. De toute façon y a pas grand chose d'autre qui marche. (351-353, p.11)</i>
	Comportements préventifs	Régime	<i>Et je vois que un régime alimentaire ça peut m'aider. (434, p.13)</i>
		Boire	Boit beaucoup d'eau et sale ses repas pour boire plus d'eau
	Temporalité	Histoire maladie	<i>Pis c'est CA aussi, c'est un truc qui te TOMBE dessus quoi. Ça VIENT comme ça. C'est pas que t'as ça depuis toute petite tu vois. T'es + UN JOUR t'as mal à la tête, t'es là « ah bon je connais pas ça ». Et après ça s'enchaîne quoi. Moi ça c'est passé comme ça. Et après c'était euh TOUT le temps quoi. Ça a commencé par une par mois puis deux par mois, puis trois, puis tous les jours quoi. (617-621, p.19) Maintenant les crises sont moins fréquentes.</i>
		Irrégularité	<i>Mais c'est pas régulier quoi. Je peux pas dire « ah oui dans deux jours je sais que j'aurais une migraine » quoi. (l.36-37, p.2)</i>
		Vécu temps entre migraines	<i>Parce que ça te fait aussi apprécié les jours où + t'as pas mal. Du coup ben c'est plus gai. Mais ++ (575-576, p.18)</i>
		Facteurs déclenchant	Avant les règles plus tendance à avoir mal, pendant les examens migraines plus fréquentes, stress, fatigue, état psychologique, alimentation (boissons sucrées), excitation, manque d'hydratation.
		Anticipation	<i>Tu vois c'est con mais je me dit tout le temps que pour mon mariage j'aurais une migraine. C'est con hein ? Je me dit voilà pour UN des plus beaux jours de ma vie, j'aurais une MONSTRE migraine. ++ C'est affreux de se dire ça mais je me le dit quoi. Du coup je vais en avoir une (cri) (rire) ah non je veux pas ! Non mais ça m'inquiète pour des trucs comme ça tu vois. Euh + parce que ça peut te ruiner une journée quoi. (803-807, p.24)</i>

		Futur	Evite de prendre trop de médicaments pour ne pas avoir de problèmes intestinaux plus tard. Dit qu'on peut pas s'imaginer avoir toute une vie des migraines.
	Emotions	Angoisse/stress	<i>Donc euh +++ ouais ben j'étais là « oh » (cri de désespoir) (rire) « mais alors qu'est-ce que j'ai ? » (intonation angoissée) + voilà + (197-199, p.6)</i>
		Pénible	Pénibilité des migraines dès le matin.
		Usé	Sentiment d'être usée par la migraine.
		Tristesse	<i>C'est un peu + c'est un peu triste d'avoir des pensées comme ça à 27 ans je trouve ++, j'aime pas trop. Du coup je les laisse de côté (...) (815-817, p.25)</i>
		Subir	<i>Et c'est CA au bout d'un moment, tu dois + tu dois subir + tu dois subir tout ça. (534-535, p.16)</i>
		Souffrance	<i>(...) t'as envie de te + de te jeter par la fenêtre. (295, p.9)</i>
		Désespoir	<i>Tu vois, à un moment j'étais tellement désespérée que je prenais jusqu'à quinze aspirines par jour. Donc euh + voilà. (269-270, p.8)</i>
		Gêne/honte/désévaluation de soi ?	<i>Non mais c'est n'importe quoi, on est d'accord. Voilà je le fais, je l'avoue (sourire). (270-271, p.8)</i>
		Colère	<i>Après ce qui est rageant c'est que tu peux connaître la cause mais tu sais pas comment la soigner + au bout d'un moment. Ça c'est rageant parce que ++ (...) (702-704, p.21)</i>
		Frustration	<i>(...) c'est FRUSTRANT, c'est frustrant quoi parce que tu vis avec ça. Au bout d'un moment t'as envie de mettre un nom sur la chose. Mais bon euh pour moi c'est ++ [plus long quoi (789-791, p.24)</i>
		Compassion	<i>+ Du coup j'ai beaucoup de compassion pour les gens qui disent « ah j'ai mal à la tête ». T'es là « ouh » (grimace) ++ (838, p.24)</i>
	Présentation de soi	Tolérance douleur	Migraine est un des pires maux possible, pire que autres types de douleurs à supporter. Fait se tourner vers médicaments.
		Fatalité	IR34 Trouver un moyen pour arrêter ça quoi. <i>P34 Mais t'es obligé. ++ A partir du moment où t'as compris que tu dois vivre avec ça, ben tu vis avec ça pis + tu peux faire quoi d'autre de toute façon ? Tu vas pas te jeter d'un pont parce que t'es migraineux quoi. Non (rire) j'y ai pensé hein (391-394, p.12)</i>
		Manque de contrôle	Il n'y a rien à faire contrairement à d'autres douleurs.
		« Drogué »	<i>(...) « bon voilà j'ai au moins un médicament qui vient à moi », euh bon ça fait aussi un peu drogué (382-383, p.12)</i>
		Acceptation	<i>Ben je + ouais ben je me suis fait à l'idée que ma foi j'étais migraineuse, que, tu ça c'est l'acceptation (rire) c'est pas « je suis alcoolique », c'est « oui je suis migraineuse », « et je dois vivre avec ça et toute ma vie certainement j'aurais ça ». (430-432, p.13)</i>
		Combat	Elle ne veut pas se laisser submerger par la douleur, la combat seule et doit trouver des stratégies pour pouvoir avoir une vie sociale et professionnelle.
		Pas une victime/pas se plaindre	<i>T'es là + non + je veux pas être une miss qui se plaint comme ça tout le temps donc je prends sur moi quoi (...) (523-524, p.16)</i>
		Se débrouiller par soi-même	<i>Donc au bout d'un moment ben tu arrêtes de dire « oh on va me soigner, on va me donner mes médicaments », NON y a rien qui marche, y a rien qui peut t'aider donc tu vas chercher des stratégies par toi même. + (354-356, p.11)</i>
		Curiosité/ S'analyser	Curiosité qui la pousse à s'analyser et envie de savoir ce qu'elle a.
		Changement de soi	Changement de soi comme victime de la douleur, « droguée » aux médicaments et réduite à la migraine à une prise de distance face à la migraine, une acceptation de celle-ci et la recherche de stratégies.
		Interprétations personnelles	Pas d'explication
	Psychologique et physique		<i>J'en suis convaincue qu'il y a de toute façon quelque chose de physique qui va déclencher euh une douleur et qui peut être ++ amplifiée par des + par des problèmes psychologiques tu vois, le stress, la fatigue, voilà +(665-687, p.20-21)</i>
	Génétique		Tante migraineuse.

Analyse des résultats

		Problèmes intestinaux	Tante et elle ont des problèmes intestinaux.
		Foie	<i>Après chez quelqu'un d'autre ça peut être, je sais pas, le foie, ça peut être +++(460, p.14)</i>
		Tension/stress	Plus de migraine pendant les examens et périodes de stress.
		Lien tremblement-migraine	Peut-être qu'il y a un lien entre tremblements et migraines.
		Mâchoire (traitement orthodontique)	Lien entre la fin d'un traitement orthodontique et le déclenchement des migraines et a entendu que la migraine pouvait être en lien avec des problèmes de mâchoire.

7.2.4 Entretien Valentine

Valentine, 20 ans, est stagiaire dans une entreprise de gestion des revenus des expatriés et a la particularité d'avoir un frère jumeau hémophile. L'entretien a duré 33 minutes et a eu lieu au domicile de l'interviewer, en début de soirée, un pluvieux 26 septembre 2012. Valentine est arrivée en retard, ne trouvant pas l'appartement. Elle paraissait un petit peu stressée de ne pas être à l'heure à son prochain rendez-vous suivant l'entretien. Voyant que l'interviewée regardait de temps en temps l'horloge, l'interviewer a pu être un petit peu déstabilisé et stressé. L'entretien s'est cependant relativement bien passé et a donné lieu à une bonne discussion à la suite de celui-ci, qui a été partiellement enregistrée.

Le discours de Valentine a été catégorisé selon les trois grandes thématiques de la présente analyse. Au niveau de la **corporéité**, l'interviewée rapporte sentir différents signes précurseurs de la migraine : tiraillement dans le dos, fatigue, nausée et démotivation. La douleur se manifeste sous la forme d'une « *barre sur le front* » (V, 104, p. 4) et est généralement accompagnée par des nausées, des vertiges, une sensibilité à la lumière et au bruit ainsi que d'une tension musculaire. Ces symptômes ont pour conséquences d'affecter sa concentration, de restreindre ses capacités à bouger, à marcher ou à effectuer certaines activités quotidiennes. De plus, le fait de lutter contre la douleur la fatigue.

En ce qui concerne le thème **sociologique**, Valentine a eu peu de contacts avec le monde médical. Son médecin de famille lui a diagnostiqué une migraine liée au cycle menstruel et elle a entrepris une IRM pour un souffle au cœur qui n'a rien dévoilé sur la migraine. Concernant le traitement de ses maux, elle a récemment changé de médicaments pour prendre une médication plus forte dont elle ne se rappelle plus le nom. Valentine rapporte : « (...) *et pis après je suis pas vraiment allée plus loin parce que voilà oui on m'a dit "ça peut être tes yeux, machin"* (soupir). *Ouais moi j'aime pas trop les médecins (rire)* » (V, 57-58, p. 2). Elle dit que sa tante et sa cousine ont été voir des spécialistes qui n'ont pas su trouver la cause de leurs migraines ni leurs fournir de traitement efficace. L'interviewée ajoute également qu'elle n'a pas envie de prendre de médicaments et de changer son rythme de vie à cause de ceux-ci. Toutes les affirmations ci-dessus ont été catégorisées comme une méfiance à l'égard du corps médical. Concernant son cheminement thérapeutique, Valentine dit avoir un peu tout essayé. Elle a notamment consulté un physiothérapeute ainsi qu'un ostéopathe et a changé plusieurs

fois de pilule contraceptive sans toutefois avoir observé de différences vis-à-vis de ses migraines.

Au niveau des relations professionnelles, l'interviewée rapporte prendre en charge d'une manière différente ses migraine dans son ancien travail et dans son lieu actuel de stage. En effet, dans son précédent travail elle évitait de prendre des médicaments et s'arrangeait pour ne pas travailler les jours où elle savait qu'elle allait souffrir de migraines. Tandis qu'au stage qu'elle effectue actuellement, elle ne peut pas adapter son temps de travail et prend un Dafalgan avant de partir le matin, un à midi, puis prend un médicament plus fort si cela ne suffit pas et rentre se coucher à la fin de la journée. Lorsqu'elle doit effectuer une tâche importante, elle dit informer ses collègues qu'elle ne se sent pas très bien. De plus, la migraine l'a parfois contrainte à ne pas pouvoir se rendre au travail. D'autre part, l'interviewée explique qu'à l'adolescence cela l'arrangeait bien de ne pas pouvoir aller à l'école. Si elle devait être amenée à souffrir d'une grosse migraine pendant son stage, Valentine dit qu'elle éviterait sûrement de prendre la voiture et resterait à la maison. Sur son lieu de stage, l'interviewée exprime rencontrer de la difficulté lorsqu'elle a une migraine et qu'elle doit rester devant son écran d'ordinateur. Elle évoque également ne pas se sentir « *au 100% de ses capacités* » (V, 545, p. 4) et que son état empire au fil de la journée.

Concernant les relations avec les autres, la participante explique avoir l'impression d'être plus agressive lors des crises de migraine : « *Ouais je pense que je suis un petit peu plus agressive comme ça avec les gens. Ouais ben ouais parce que j'ai MAL et pis que j'ai pas envie de le dire, parce que moi c'est bon quoi j'ai pas envie de me plaindre et pis du coup ben je pense que je suis un peu moins SYMPATHIQUE (rire)* » (V, 123-126, p. 4). Elle fait également une distinction entre l'attitude de son entourage proche et des personnes moins intimes par rapport à sa migraine. Valentine dit en effet que sa famille et son copain comprennent et ne « *l'embêtent pas* » (V, 347, p. 11) pendant une crise tandis que les individus moins intimes ne comprennent pas et prennent la migraine pour un simple mal de tête. Lors de soirées entre amis, elle adopte un comportement qui consiste à prendre un Dafalgan avant de partir, à éviter de boire et à rentrer tard. Elle tente ainsi de passer au dessus de la douleur. Au niveau des activités en général, l'interviewée fait part des limitations dues aux migraines notamment l'impossibilité de faire la lessive ou de regarder la télévision ainsi que la restriction des sorties et des activités physiques.

Sous le thème *psychologique*, le chercheur a classé les différents comportements adoptés par Valentine lors de ses migraines. L'interviewée rapporte prendre des médicaments, se coucher, essayer de dormir ou se distraire et s'isoler. Au niveau de la catégorie de la *temporalité*, l'apparition de la migraine remonte au début de ses règles vers 12 ans ou 13 ans. Ses migraines sont très régulières, débutant la semaine avant ses menstruations et durant cinq jours ; les trois premiers jours étant les plus intenses. Dans le futur, Valentine rapporte ne pas vouloir « (...) vivre tout le temps avec ça (rire). + » (V, 53, p. 2). Les seules émotions catégorisées sont liées à la pénibilité du vécu de la migraine.

En ce qui concerne la présentation de soi au fil de l'entretien, Valentine présente la migraine comme une fatalité et dit que « (...) tu t'habitues. C'est terrible à dire mais tu t'habitues » (V, 110, p. 4). Elle fait également référence au fait qu'elle est mieux lotie qu'un certain nombre de personnes, notamment son frère jumeau hémophile et d'autres individus souffrants de migraines plus terribles que les siennes. D'autre part, l'interviewée se présente comme quelqu'un qui n'aime pas se plaindre, qui combat la douleur, qui est « casse-cou », sportive et qui a appris à gérer ses migraines.

Les interprétations de la migraine qu'on retrouve dans son témoignage font référence aux facteurs génétiques de la migraine, aux liens avec les tensions musculaires et les chutes dans le sport, à sa myopie, au stress, à l'activité, à la période hormonale, à l'exposition au soleil et aux émotions comme la colère, le stress ou la déprime qui peuvent déclencher et/ou aggraver les crises de migraine. Concernant les facteurs hormonaux, Valentine pense que les migraines et symptômes qu'elle ressent avant ses règles remplacent les douleurs que les filles ont en général pendant leurs règles. Elle évoque finalement qu'il n'y a « (...) pas vraiment d'explications, tu peux pas vraiment dire ce que c'est. Peut-être chez certains c'est sur la psychologie, j'en sais rien, je sais pas moi des problèmes personnels mais bon moi finalement j'ai pas de problèmes personnels particuliers mais t'as quand même tu vois. Donc ouais + ça peut aller partout donc je pense que c'est un truc + mais pour ceux qui + enfin faudrait faire des recherches + » (V, 460-463, p. 15).

Tableau 10 Récapitulatif des thèmes: entretien Valentine

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Unités de sens
Corporéité	Sensations corporelles/symptômes	Signes précurseurs	Sensations de tiraillement dans le dos, fatigue, nausées, démotivation.
		Localisation	Barre sur le front.
		Nausées	Nausées.
		Vertiges	Tête qui tourne.

		Sensibilité à la lumière	Sensibilité à la lumière.	
		Sensibilité au bruit	Sensibilité au bruit, surtout en soirées.	
		Tension	<i>Ouais je sens que je suis beaucoup plus TENDUE généralement tu vois, (...) (330-331, p. 10)</i>	
	Conséquences symptômes	Concentration	Difficultés de concentration.	
		Fatigue	<i>Pis ben ouais la fatigue du coup parce que tu luttas un petit peu contre la douleur je pense enfin tu vois. (107-108, p. 4)</i>	
		Limitations physiques	Difficulté à bouger, marcher, à faire les choses du quotidien.	
Sociologique	Relation monde médical	Diagnostique	Diagnostic du médecin de famille de migraine liée aux règles. IRM pour souffle au cœur qui n'a rien montré pour la migraine.	
		Traitement	Changement de médicaments pour des plus forts (ne se rappelle plus le nom).	
		Confiance/méfiance	Sa tante et cousine ont été voir des spécialistes qui ont pas pu leur dire la cause des migraines et donner de traitement miracle. Pas envie de prendre de médicaments et changer son rythme de vie. Elle aime pas trop les médecins.	
		Cheminement thérapeutique	Elle a un peu tout essayé. Va voir un physiothérapeute, un ostéopathe qui lui a remis l'Atlas en place et a changé plusieurs fois de pilule mais n'a pas vu de différence.	
	Relations professionnelles	Comportement adopté	Dans son ancien travail, elle évitait de prendre des médicaments mais maintenant prend un Dafalgan avant de partir le matin, à midi et puis prend un médicament plus fort si ça ne suffit pas et rentre se coucher à la fin de la journée. Lorsqu'elle a un gros travail à faire elle dit à ses collègues qu'elle n'est pas très bien.	
		Organisation travail autour des migraines	<i>Ben ouais disons que chez R disons que je faisais en sorte que tu sais je dois avoir tant d'heures par mois pis du coup je savais que là j'allais avoir mes migraines donc j'évitais de prendre une journée complète avec les filles parce que + finalement ça servait un peu à rien parce que j'étais inutile. Donc voilà. (84-87, p. 3)</i>	
		Absentéisme	Parfois a dû louper le travail, à l'adolescence cela l'arrangeait de ne pas aller à l'école. Si elle a une grosse migraine pendant son stage, elle évitera de prendre la voiture et restera à la maison.	
		Difficultés	Difficultés à cause de l'ordinateur dans son stage et en fin de journée.	
		Inefficacité	Pas à 100% de ses capacités pendant migraine.	
		Perceptions sentiments/réactions des autres	<i>Ouais je pense que je suis un petit plus agressive comme ça avec les gens. Ouais ben ouais parce que j'ai MAL et pis que j'ai pas envie de le dire, parce que moi c'est bon quoi j'ai pas envie de me plaindre et pis du coup ben je pense que je suis un peu moins SYMPATHIQUE (rire). (123-126, p. 4)</i>	
	Relations aux autres	Gens proches VS moins proches	La famille et son copain comprennent et ne «l'embêtent pas» pendant une crise tandis que les gens moins proches ne comprennent pas et prennent la migraine pour un mal de tête.	
		Comportement adopté	Lors de soirées avec des amis, prend un Dafalgan avant de partir, évite de boire et de rentrer tard et tente de passer au dessus de la douleur.	
		Limitations	Arrive pas à faire des activités comme la lessive, regarder la télé et évite de sortir et faire du sport pendant les migraines.	
	Psychologique	Comportements adoptés	Couper circuit de la douleur	Prend un Dafalgan (maximum 3 par jour) ou médicament plus fort avant d'aller se coucher (effets secondaire de somnolence).
Se coucher			Se coucher dans le noir.	
Dormir			<i>Ouais ouais pis essayer de dormir pis voilà après ça passe. (447, p. 14)</i>	
Distraction VS centration DL			Essayé de se distraire, penser à autre chose.	
Retrait social			Isolement.	
Temporalité		Histoire maladie	Souffre de migraine depuis le début de ses règles	

			vers 12-13 ans.
		Régularité	<i>Ben comme d'hab', enfaite je fais une semaine entière, en tout cas cinq jours, enfaite c'est la semaine avant mes règles, voilà. Donc j'ai ça et puis en général les trois premiers jours c'est vraiment assez terrible. (2-4, p. 1)</i>
		Irrégularité	<i>Ouais de nouveau ça dépend quoi. (315, p. 10)</i>
		Futur	<i>J'aimerais pas trop vivre tout le temps avec ça (rire). + (53, p. 2)</i>
	Emotions	Pénible	<i>(...) je fais avec mais c'est pas facile. (82, p. 3)</i>
	Présentation de soi	Fatalité	<i>Ouais ben ouais faut voilà on faut pouvoir vivre avec quoi. T'apprends un peu à gérer comme ça. + (512-513, p. 16)</i>
		Acceptation/Habituat	<i>(...) et pis ben tu t'habitues. C'est terrible à dire mais tu t'habitues. (110, p. 4)</i>
		Autres pires que soi	Frère jumeau hémophile et personnes avec des migraines pires que les siennes.
		Pas se plaindre	<i>Moi j'aime pas me plaindre donc j'aime pas toute le temps dire toutes les deux minutes « ah j'ai mal à la tête et tout » enfin voilà quoi, je fais avec. (108-109, p. 4)</i>
		Combat	<i>Mais tu luttas un petit peu contre (...) (109-110, p. 4)</i>
		Casse-cou/sportif	<i>(...) je suis casse-cou, je suis casse-cou (rire). Voilà (rire) (278, p. 9)</i>
		Contrôle	<i>Maintenant ben j'apprends justement, je gère et pis je pense que ça va quand même aller de mieux en mieux peut-être, on verra, enfin j'espère. (463-465, p. 15)</i>
	Interprétations personnelles	Génétique	Tante et cousine qui ont la migraine, pense que c'est dans les gènes.
		Tensions musculaires	Tensions musculaires liées au sport et surtout dans le dos. Moins mal à la tête après séances avec l'ostéopathe.
		Chute	Lien migraine et chutes dans le sport (patinage artistique, snowboard, wakeboard, etc).
		Yeux	Myopie peut être liée à la migraine, peut-être qu'une opération des yeux pourra réduire les migraines.
		Stress	Plus de migraines pendant les périodes de stress et moins pendant les vacances.
		Être actif VS passif	La migraine empire avec l'activité (ex : aller travailler) et l'idéal serait de rester coucher.
		Soleil	Le soleil aggrave la migraine.
		Période hormonale	Les migraines et symptômes avant les règles remplacent les douleurs que les filles ont en général pendant leurs règles.
		Emotions	La colère, le stress ou la déprime peuvent déclencher et/ou aggraver les crises de migraine.
	Pas d'explications	<i>Y a pas vraiment d'explications, tu peux pas vraiment dire ce que c'est. Peut-être chez certains c'est sur la psychologie, j'en sais rien, je sais pas moi des problèmes personnels mais bon moi finalement j'ai pas de problèmes personnels particuliers mais t'as quand même tu vois. Donc ouais + ça peut aller partout donc je pense que c'est un truc + mais pour ceux qui + enfin faudrait faire des recherches +. (460-463, p. 15)</i>	

7.2.5 Entretien Alexandre

Alexandre est dessinateur en génie civil, âgé de 26 ans et a la particularité d'être hyperactif. Il a souffert de migraines entre 18 ans et 25 ans environ et a été guéri par la médecine chinoise. Premier entrepris de la recherche, l'entretien a eu lieu le 23 août 2012 au domicile de l'interviewer et a duré 48 minutes. L'interviewé semblait à l'aise, avait envie de partager son expérience et il y a eu peu de moments de blanc.

Les dires d'Alexandre ont été catégorisés parmi les thèmes de la corporéité, du sociologique et du psychologique. Au niveau de la **corporéité**, l'interviewé rapporte qu'il ressentait des signes annonciateurs de la migraine. Ses douleurs portaient généralement de la nuque ou de l'œil et provoquaient une sensation d'écrasement, de pincement, de brûlure, de décharge électrique ou ressemblaient encore à la douleur éprouvée lorsqu'on se mord l'ongle. Les symptômes accompagnants les crises étaient un manque d'appétit et parfois des vomissements. L'interviewé dit ne pas se souvenir d'avoir souffert d'auras. Ces troubles menaient à une perturbation de la capacité de concentration. Dans son discours, plusieurs représentations du corps et de la douleur ont pu être dégagées. Alexandre fait part d'une personnification de la douleur en disant par exemple « (...) *tu parles à ton mal. Tu deviens un p- c'est presque fai- mais tu tu lui parles, tu lui dis "ben écoute tu es là, dis moi peut-être POURQUOI ? Est-ce que tu as quelque chose à m'apprendre sur moi ?". Tu vois essayer de la questionner cette douleur.* » (A, 127-130, p. 4). Il fait également référence au fait que si l'on n'écoute pas son corps « (...) *il est obligé de te dire "eh oh putain ! Eh je suis là hein! Fais gaffe, fais gaffe c'est pas vivable quoi"* » (A, 368-367, p. 11-12). La douleur pour lui est utile et fait office de « *prévention naturelle* » (A, 499, p. 15) en l'empêchant de faire des sports extrêmes comme la chute libre à cause de la sensibilité qu'il a développé à la pression. Cette sensibilité permet de « (...) *se foutre moins vite en l'air et de se concentrer sur autre chose* » (A, 259-262, p. 8). L'interviewé se représente le corps comme une complexité constituée de points d'énergie et ayant un langage. La douleur, quant à elle, serait liée à un déséquilibre dans le corps et deviendrait plus présente au fil du temps.

En ce qui concerne le niveau **sociologique** et la relation au monde médical, Alexandre a consulté plusieurs médecins mais n'a jamais fait d'IRM. Il fait référence, lors de l'entretien, à un spray anti-migraineux comme traitement de la migraine et dit l'avoir peu utilisé. Dans la sous-catégorie de la méfiance au discours médical, sont catégorisées toutes les références au

fait que les différents spécialistes consultés n'en savaient pas plus que lui par rapport à la migraine. Alexandre rapporte en effet que chacun donnait des explications différentes (dents de sagesse, tensions, etc.) à ses maux, qu'il rencontrait de la difficulté à comprendre le discours médical et que les consultations représentaient une perte de temps. La non-compliance au traitement et l'évocation de l'effet placebo des médicaments ont également été considérés comme réticence au monde médical. Face au manque de réponses du corps médical, Alexandre a entrepris un cheminement thérapeutique, a analysé sa douleur et s'est tourné vers la médecine chinoise qui l'a « *délivré* » (A, 179, p. 6) de sa douleur grâce à l'acupuncture.

En ce qui concerne les relations professionnelles, Alexandre rapporte une perte de productivité ainsi qu'une irritabilité en lien avec la migraine et explique ne pas avoir pu, parfois, aller travailler à cause de ce trouble. Au travail, l'interviewé fait part du fait que les migraines « *ça faisait pas sérieux* », qu'elles ont pu être perçues négativement de la part de ses collègues et interprétées comme « *ah ben tiens il en a marre, il a envie de partir rentrer chez lui dormir* » ou « *il a fait la foire* » ou « *il fait du cinéma* » (A, 109-120, p. 4). Il évoque également une pression sociale, qui ne laisse pas de place pour la douleur.

Au niveau des relations avec les autres, Alexandre exprime un sentiment de solitude en lien avec ses migraines. Il fait aussi part de la difficulté à vivre avec les autres « *(...) parce qu'on a vite fait d'être insupportable (sourire)* » (A, 31-32, p. 1). D'autre part, l'interviewer percevait une incompréhension de la part des autres. Au niveau des activités sociales, Alexandre explique que son corps a une limite qu'il n'avait pas avant et qu'il ne peut plus faire de la plongée sous-marine ou du base-jump à cause de sa sensibilité à la pression.

Dans la thématique **psychologique**, différents comportements adoptés lors des migraines ont été relevés. Alexandre dit qu'il se massait entre le pouce et l'index au niveau de points d'énergie, se massait la tempe pour « *arrêter certaines veines* » (A, 24-25, p. 1), se « *pressait l'œil hyper profond* » (A, 332-333, p. 10), se couchait, arrêtait son activité, s'isolait, se calmait, faisait « *attention* » (A, 219, p. 7) et se faisait mal. Il raconte également qu'il passait par des phases où il se tapait très fort la tête pour arrêter momentanément la douleur. Les comportements préventifs de la migraine adoptés étaient le fait de manger et de boire.

Au niveau de la temporalité de ses migraines, celles-ci sont apparues vers 18-19 ans et ont duré jusqu'à l'âge de 24-25 ans. Les facteurs déclenchant la migraine qu'il avait mis en évidence étaient le manque de sommeil et les tensions. En ce qui concerne le vécu du temps pendant la migraine, Alexandre dit qu'il était « (...) *la journée dans la douleur* » (A, 9, p. 1). Le temps entre les migraines était vécu avec « (...) *cette peur de venir casser la journée donc tu te stresses pour te dire « ah ben tiens maintenant que je suis dans une période saine, il faut que je sois à fond dedans quoi* » (A, 272-275, p. 9). Pour ce qui est du futur, il craint que les migraines ne reviennent, a envie d'avoir une vie de famille et va donc éviter d'adopter des comportements à risque.

Les émotions qui ressortent du témoignage d'Alexandre font référence à la pénibilité des crises, au fait que celles-ci le rendaient aigri, qu'il n'avait envie de rien à part « *que ça s'arrête* » (A, 285, p. 9) et qu'il ressentait une culpabilité liée au fait d'avoir de la douleur. Il fait part également de la souffrance éprouvée : « (...) *c'est des choses qui sont + qui sont obligées sinon tu te + tu te TUES quoi* » (A, 16-17, p. 1) et du sentiment d'être démuni.

Au cours de l'entretien, il se présente comme quelqu'un qui a connu beaucoup de douleurs dans sa vie et qui tolère bien la souffrance. Il fait également référence au manque de contrôle en lien avec la douleur et dit devoir l'accepter au lieu d'essayer de la rejeter. D'autre part, il se montre comme étant positif, combatif et expert de son corps. Il explique que se plaindre de son sort ne sert à rien et se voit comme chanceux de ne plus subir cette douleur. L'interviewé se présente aussi comme quelqu'un de « *casse-cou* » (A, 68, p. 3) et qui aime prendre des risques. Il fait part aussi d'un changement de soi depuis l'adolescence. Celle-ci a été marquée par des conflits avec ses parents à qui il cachait sa consommation de drogue. Aujourd'hui, il ne consomme plus de drogues, a retrouvé une sérénité du corps et de l'esprit, une stabilité, une cohérence et se trouve dans une période de productivité. Il dit également être plus ouvert, avoir une meilleure connaissance de soi et de la « *folie de l'homme* » (A, 418, p. 13) et respecter les autres.

Alexandre explique que la douleur est liée à sa consommation de drogues dures et de cannabis pendant une certaine période de sa vie. Les migraines sont en effet apparues à la fin de cette période de consommation et il rapporte avoir « *senti quelque chose dans la tête qui n'allait pas* » (A, 57-58, p. 2). Le cannabis aurait « *grillé des neurones* » et « *agressé le cerveau* » (A, 401-416, p. 12-13). Le fait qu'il souffre d'hyperactivité a également amené à

ressentir une excitabilité en consommant du cannabis, ce qui pourrait être lié à la migraine. D'autre part, l'interviewé met en lien l'apparition des migraines avec un plongeon trop profond dans l'eau en vacances vers l'âge de 15 ans. « *Je me suis retrouvé TRES profond dans la euh dans l'eau et j'ai eu une ENORME douleur dans le crâne et je pense que depuis CA ça a été le premier + la pre- le début du pourquoi des migraines enfaite. C'est que ça m'a fait ç- j'ai eu une trop grosse pression d'un coup dans le cerveau et puis je pense que c'est venu de là* » (A, 74-79, p. 2-3). La migraine serait ainsi liée, d'une part, au fait qu'il s'est « *cassé quelque chose* » (A, 173, p. 6) lors de cet accident et, d'autre part, à sa consommation de drogues. Par ailleurs, Alexandre évoque que la douleur semblait apparaître lors de changements de pression atmosphérique et dans des périodes de stress, qui auraient des effets sur les tensions musculaires. Cependant, il n'arrive pas à réellement détecter de facteurs déclenchant. La migraine aurait également, selon lui, pu être liée au fait que ses dents poussaient de travers. Il localise le phénomène douloureux dans le cerveau et conçoit la douleur comme quelque chose d'à la fois sanguin et nerveux.

Tableau 11 Récapitulatif des thèmes: entretien Alexandre

Thème	Catégorie	Sous-catégorie	Unité (s) de sens
Corporéité	Sensations corporelles/ Symptômes	Signes précurseurs	(...) parce que y a toujours des petits signes quand tu vas l'avoir. C'est des petites choses qui t- tu commences à sentir un battement ou euh comme un petit picotement à l'endroit que c'est et pis là ça va commencer (87-89, p. 3)
		Douloureux	(...) c'est quelque chose qui est- même dans le noir c'est quelque chose qui est douloureux (...) (5-6, p. 1)
		Localisation	Ca partait de la nuque ou ça partait de l'œil, ça dépend d'un endroit à l'autre, je sais pas tellement (25-26, p. 1)
		Oppression	Ouais ben c'est vraiment quand, c'est de l'écrasement, c'est je sais pas (...) (307, p. 10)
		Pincement	(...) c'est un pincement (307-308, p. 10)
		Brûlure	Proche de la sensation de brûlure.
		Décharge électrique	(...) quelque chose d'aussi comme des chocs élec- c'était aussi vraiment électriques. (321-322, p. 10)
		Comparaison mordre ongle	Comparaison avec douleur quand on se mord l'ongle.
		Appétit	Pouvait affecter appétit.
		Vomissements	Vomissements lors de fortes douleurs.
	Pas d'auras	Pas le souvenir d'avoir des auras.	
	Conséquences symptômes	Concentration	Affectait concentration.
	Représentation du corps/douleur	Personnification	(...) tu parles à ton mal. Tu deviens un p- c'est presque fai- mais tu tu lui parles, tu lui dis « ben écoute tu es là, dis moi peut-être POURQUOI ? Est-ce que tu as quelque chose à m'apprendre sur moi ? ». Tu vois essayer de la questionner cette douleur. (127-130, p. 4)
		Pas écouter son corps	Après quand t'es vraiment ++ quand t'es vraiment absorbé par un travail passionné pis ben justement c'est que t'écoutes plus ton corps et ton corps il est obligé de te dire « eh oh putain ! Eh je suis là hein! Fais gaffe, fais gaffe c'est pas vivable quoi». (368-367, p. 11-12)
		Utilité	La douleur est utile est fait office de « prévention naturelle » en empêchant de faire des sports

			extrêmes comme la chute libre à cause de la sensibilité à la pression. Cette sensibilité permet de « se foutre moins vite en l'air et de se concentrer sur autre chose » (259-262, p. 8)
		Energie	<i>Par le biais de points, de points énergie (11, p. 1)</i>
		Langage	Langage du corps.
		Balance/Equilibre	La douleur est liée à un déséquilibre dans le corps.
		Temps	Avec le temps le corps va ressentir plus de douleurs.
		Complexité	Le corps est complexe, il faut le prendre en entier pour le comprendre.
Sociologique	Relation monde médical	Diagnostic/autres troubles	Jamais fait d'IRM.
		Traitement	Spray anti-migraineux pas beaucoup utilisé.
		Confiance/méfiance discours médical	Consulté des spécialistes, neurologue, médecin de famille qui en savaient pas plus que lui. Chacun donnait des explications différentes (dents de sagesse, tensions, etc). Perte de temps et difficulté à comprendre le discours médical. Non compliance, effet placebo des médicaments.
		Cheminement thérapeutique	Cheminement, analyse de sa douleur. Délivrance grâce à la médecine chinoise et l'acupuncture.
	Relations professionnelles	Absentéisme	Perte de productivité et irritabilité qui amène à ne pas pouvoir travailler.
		Perception des sentiments/réactions des autres	Impression que « ça faisait pas sérieux » au travail les migraines, que ça a été perçu négativement et interprété comme « ah ben tiens il en a marre, il a envie de partir rentrer chez lui dormir » ou « il a fait la foire » ou « il fait du cinéma » (109-120, p. 4)
		Pression sociale	Pas de place pour la douleur dans un société où on doit être tout le temps là et bien.
	Relations aux autres	Solitude	Sentiment de solitude.
		Perceptions des sentiments/réactions des autres	Incompréhension de la part des autres.
	Activités	Limitations	Limite qu'à son corps (supporte plus la pression) et qui l'empêche de faire de la plongée ou du base-jump.
Psychologique	Comportements adoptés	Massage	Massage entre le pouce et l'index (points énergie) et de la tempe pour s'arrêter certaines veines.
		Presser oeil	<i>A56 ah ouais] ouais ouais. Je me pressais l'œil HYPER profond (il appuie avec ses doigts sur son œil). (332-333, p. 10)</i>
		Se coucher	<i>Ouais soit en me couchant (...)</i> (24, p. 1)
		Arrêt activité	<i>Tu peux là directement arrêter ce que tu es entrain de faire (89, p. 3)</i>
		Retrait social	<i>(...) et pis d'aller t'isoler (89-90, p. 3)</i>
		Recherche calme/détente	Se calmer.
		Faire attention	<i>(...) tu fais attention. (219, p. 7)</i>
	Se faire mal	S'infliger des douleurs en se tapant la tête ou en enfonçant son oeil	
	Comportements préventifs	Boire/manger	Boire et manger.
	Temporalité	Histoire maladie	Apparition des migraines vers 18-19 ans et ont durées jusqu'à l'âge de 24-25 ans.
		Facteurs déclenchant	Manque de sommeil et tensions.
		Vécu temps pendant migraines	<i>(...) t'es la journée dans la douleur. (9, p. 1)</i>
		Vécu temps entre migraines	<i>(...) cette peur de venir casser la journée donc tu te stresses pour te dire « ah ben tiens maintenant que je suis dans une période saine, il faut que je sois à fond dedans quoi ». (272-275, p. 9)</i>
	Emotions	Futur/Projets de vie	Crainte que migraines reviennent. Envie d'avoir une vie de famille donc va éviter comportements à risque.
		Pénible	<i>C'est très pénible (...)</i> (322, p. 10)
		Aigreur	<i>(...) ça t'aigrüt (...)</i> (8-9, p. 1)
		Envie de rien	<i>(...) ouais t'as plus envie de rien quoi. (284-285,</i>

			<i>p. 9)</i>
		Envie que ça s'arrête	<i>T'as envie que ça arrête. (285, p. 9)</i>
		Culpabilité	Culpabilité liée au fait d'avoir la douleur.
		Souffrance	Souffrance
		Démuni	<i>C'est + on est un peu DEMUNI enfaite parce que. (26-273, p.1)</i>
	Présentation de soi	Tolérance à la douleur	<i>Faut que + j'ai déjà eu assez de douleurs dans ma vie, je suis déjà assez tombé assez de fois, je me suis déjà assez ouvert. C'est pas ça qui va me faire reculer. (187-189, p. 6)</i>
		Manque de contrôle	<i>C'est vraiment des choses qui sont + ouais qui sont PAS contrôlables et pis à calmer sont pas évidentes enfin. (9-10, p. 1)</i>
		Acceptation	<i>(...) de l'ACCEPTER aussi, pas de la rejeter et pis de faire avec (85-86, p. 3)</i>
		Positif	<i>Moi je préfère regarder le bon côté des choses tu vois (259, p. 8)</i>
		Chanceux	<i>Je l'interprète en me disant que aujourd'hui j'ai la CHANCE bah de plus SUBIR enfaite ces douleurs (174-175, p. 6)</i>
		Combat	Combat avec la douleur.
		Patient expert	<i>« Je vous indique le chemin, je sais où regarder, montrez-moi » (rires). (358-359, p. 11)</i>
		Pas se plaindre	<i>Parce que te faire pleurer ça sert à rien, d'être dans la pitié ça te sert à rien. (486-487, p. 15)</i>
		Prise de risque/Casse-cou	<i>Parce que ouais j'ai bien testé mes limites [(rire) (521, p. 16)</i>
		Aimer faire la cuisine	<i>Heureusement que j'adore la cuisine (sourire), ça aide (rires). (281-282, p.9)</i>
		Adolescence	Conflits avec les parents, cachait sa consommation de drogue, en « rogne » contre la société.
		Changement de soi	Passage d'une période de crise à une sérénité du corps et de l'esprit, stabilité, cohérence, période de productivité, ouverture, meilleure connaissance de soi, compréhension de la « folie de l'homme » et respect des autres.
	Interprétations personnelles	Recherche explication	<i>Pis après comment l'interpréter, c'est à chacun de l'interpréter. Je l'interprète comment moi ? (172-173 p. 6)</i>
		Drogue/Cannabis	Apparition de la migraine à la fin de la consommation de drogues dures (essayé une quinzaine) et de cannabis, a « senti quelque chose dans la tête qui n'allait pas ». Migraines liées à la consommation de cannabis qui a « grillé » les neurones et agressé le cerveau.
		Plongeon	Alexandre explique le début de ses migraines par un plongeon trop profond effectué vers l'âge de 15-16 ans.
		Casser qqch	<i>Je l'interprète en me disant que effectivement je me suis cassé quelque chose. (81-83, p. 2-3)</i>
		Dents/mâchoire	Dent qui poussait à l'horizontal et créait une tension dans la mâchoire.
		Particularité neurologique (hyperactivité)	Hyperactivité qui va faire amener à une excitabilité en consommant du cannabis et peut être liée à la migraine
		Pas explications	<i>Pis après c'est vrai que le déclencheur, pourquoi à ce moment là ++ ouais. (351-352, p. 11)</i>
		Pression atmosphérique	Douleurs à la tête en altitude et sous l'eau.
		Pression/Circulation sanguine/muscle	Perception du phénomène de la douleur comme quelque chose de sanguin et nerveux.
		Localisation	Localise le phénomène douloureux dans le cerveau.
	Stress/Tension	Lien entre stress psychologique et tensions dans le corps.	

7.2.6 Entretien David

David, âgé de 34 ans, est programmateur radio et disc-jockey et souffre de migraines depuis 15 ans. L'entretien a eu lieu le 29 août 2012 en début d'après-midi au domicile de l'interviewé et a duré 44 minutes. Dans une ambiance conviviale, l'interviewé avait l'air confortable mais s'inquiétait toutefois de ne pas assez parler. L'entretien a ensuite donné lieu à une discussion sur le rôle de la psychologie dans la compréhension de la douleur et à des témoignages sur d'autres types de douleurs en dehors de la migraine.

Le discours de l'interviewé a été regroupé selon les trois thèmes principaux de la grille d'analyse (voir annexes 2). En ce qui concerne la **corporéité**, l'interviewé dit ressentir que « *sa tête devient lourde* » (D, 309, p.10) avant le début d'une migraine. Cette dernière se localise généralement sur les côtés de la tête, monte, tape et s'exprime par un sentiment d'oppression de la tête. Les symptômes qui accompagnent la crise sont : ne plus pouvoir bouger ou tenir debout, des nausées, une sensibilité au bruit et à la lumière ainsi qu'une hypersensibilité générale, des troubles du sommeil, de la vision et de l'équilibre. Cela affecte son activité cognitive en générale, notamment sa capacité à se concentrer. Au niveau de la représentation du corps, David dit avoir appris à mieux connaître son corps au travers de son expérience de la migraine.

En ce qui concerne le thème **sociologique**, David a eu peu de contacts avec le monde médical pour sa migraine. Il n'a en effet jamais consulté de médecin ou subi de tests. Il a cependant demandé des conseils à des médecins, infirmiers et ostéopathes autour de lui. Un ostéopathe lui a notamment dit que des tensions dans la nuque pouvaient bloquer la circulation sanguine et que des massages pouvaient améliorer les maux de tête. Au niveau du traitement, l'interviewé a recours à l'aspirine, qui s'avère efficace, et exprime ne pas chercher d'autre médication pour l'instant. Toutefois, il prévoit de peut-être contacter une amie ostéopathe pour trouver d'autres solutions à ses maux.

Travaillant dans le monde de la nuit, David évoque la pénibilité de devoir travailler avec la migraine en soirée, avec le bruit et les lumières. Il se « *drogue* » (D, 114, p.4) d'aspirine pour tenir le coup jusqu'à la fin du travail et raconte que le fait d'être actif semble aider à faire passer la douleur. Ses collègues savent qu'il souffre de migraine et le perçoivent comme le « *distributeur* » (D, 480, p.15) d'aspirine.

Au niveau des relations avec les autres, la migraine amène une forme de solitude. David dit en effet que « *Ben tu vois je peux avoir TRES mal à une jambe mais garder des rapports sociaux complètement normaux. Tu vois alors que mal à la tête je peux pas quoi.* » (D, 622-623, p.19). Celui-ci rapporte aussi que les gens ont l'impression qu'il « *tire la gueule* », qu'il est de « *mauvaise humeur* » (D, 339, p.11) ou pensent qu'il en « *rajoute* » (D, 483, p.15) lors de migraines. Il explique cette incompréhension par le fait qu'il rencontre de la difficulté à interagir avec les gens et que ces derniers confondent les maux de têtes et la migraine. Sa copine de l'époque avait notamment pris contre elle le fait qu'il soit moins jovial. Au niveau des relations familiales, David évoque qu'il évite de parler de ses migraines à son frère hypocondriaque pour ne pas l'inquiéter. Lorsque David est avec des amis, il dit prendre plus facilement des médicaments pour ne « *pas prendre de risque* » (D, 559-562, p.17) d'avoir une migraine. Au niveau des activités, l'interviewé rapporte ne plus rien pouvoir faire pendant les grosses crises de migraine.

Concernant la thématique *psychologique*, les comportements adoptés par David lors des migraines sont : la tentative de couper le circuit de la douleur en prenant deux aspirines d'un coup, se coucher, rester au calme sans lumière et sans bruit ou encore se masser la nuque, le crâne ou les tempes aux endroits douloureux. Il dit également : « *(...) je m'auto-persuade (sourire) qu'il faut que ça aille quoi quand j'ai pas le choix quoi* » (D, 123-124, p.4). Lorsqu'il sent que la migraine monte, celui-ci est toujours tiraillé entre attendre de prendre un médicament et voir si ça s'aggrave et prendre tout de suite quelque chose. Il regrette souvent de ne pas avoir pris de médicament plus tôt.

Afin d'être prêt à prendre en main les crises de migraine, David a toujours sur lui une petite « *boîte magique* » (D, 17, p. 1) contenant de l'aspirine ou du Dafalgan. De manière préventive, il protège également sa tête du soleil, essaie de bien dormir et de ne rien prévoir la veille s'il travaille le lendemain soir, de manger et de se masser la nuque et la tête.

Au niveau de la temporalité, les migraines de David sont apparues il y a 15 ans, à l'adolescence. Elles sont restées stables depuis. Les migraines suivent généralement le même schéma et apparaissent en fin d'après-midi. Leur fréquence est toutefois irrégulière. David fait aussi part de l'omniprésence de la douleur en disant. Durant une crise, le temps lui paraît beaucoup plus long qu'il l'est réellement. En ce qui concerne les facteurs déclenchant des

crises, l'interviewé évoque la fatigue, en lien avec sa mononucléose en 2005, l'exposition au soleil et le fait d'oublier de manger.

Les émotions relevées au cours de son témoignage sont le stress et l'angoisse lié au fait de ne pas pouvoir arrêter la montée d'une migraine et de ne pas avoir sa « boîte magique » sur lui, la préoccupation constante que représente la migraine ainsi que le caractère pénible de cette douleur particulière.

A travers l'entretien, David se présente comme quelqu'un qui a une bonne tolérance à la douleur du fait qu'il a connu beaucoup de douleurs dans sa vie, mais distingue toutefois la migraine des autres types de douleur. Deux à trois fois par année, il rencontre des crises ingérables bien que, de manière générale, il arrive à bien gérer les migraines. David se montre également comme quelqu'un qui ne veut pas se plaindre et ne veut pas être vu comme une victime.

Selon lui, il connaît les causes de ses migraines qu'il ressent comme une « évidence » (D, 411, p. 11) dans son corps et il n'a pas besoin de chercher d'autres explications à ses maux. Ses migraines sont, pour lui, liées à une opération de la mâchoire à 17 ans qui s'est mal passée, au point de mettre sa vie en danger. Depuis cet événement, il souffre d'un décrochement de la mâchoire qui tire sur la nuque et entraîne des migraines. Selon les ostéopathes qu'il a rencontrés, il y aurait un lien entre ce type d'opération et des problèmes de dos, de nuque, de déplacement du bassin et les migraines. David remarque en effet que lorsqu'il a des maux de nuque, ses migraines sont plus fréquentes. Il révèle toute de même la difficulté à trouver une explication à ses maux : « (...) enfin y a pas de logique et pis j'ai de la peine à ++ j'ai de la peine vraiment à mettre le doigt sur euh sur ce qui fait que c'est régulier ou pas régulier enfin ou fréquent pas fréquent plutôt euh ++ » (D, 284-286, p.9).

Tableau 12 Récapitulatif des thèmes: entretien David

Thème	Catégorie	Sous-catégorie	Unité de sens
Corporéité	Sensations corporelles/symptômes	Signes précurseurs	(...) euh commencer à avoir la tête lourde vraiment (...) (309, p.10)
		Localisation	D'habitude sur les côtés.
		Oppression	Tête oppressée.
		Plus pouvoir bouger/tenir debout	Plus pouvoir bouger ou tenir debout
		Taper	(...) ça me TAPE sur la tête mais VRAIMENT très très fort genre (...) (318-319, p.10)
		Montée	(...) pis ça commençait à monter, monter, monter. (313, p.10)
		Nausée	(...) et pis oui avec des nausées enfin des + genre vraiment envie de vomir euh +(...) (319-320, p.10)

		Sensibilité au bruit	<i>Ouais ouais tout m'agresse, le bruit, (...) (106, p.4)</i>
		Sensibilité à la lumière	Sensibilité à la lumière.
		Hypersensibilité	<i>(...) au stade où euh voilà TOUT devient agressif donc euh (...) (314, p.10)</i>
		Insomnie	<i>Euh ++ au stade euh au stade où VRAIMENT je peux pas dormir quoi c'est c- (...) (317-318, p.10)</i>
		Vision	Troubles de la vision.
		Equilibre	Troubles de l'équilibre.
	Conséquences symptômes	Concentration	Difficulté à se concentrer.
		Activité cognitive	<i>Je me suis déjà cassé des trucs, et tout et ben ouais j'ai mal mais ça m'empêche pas de discuter, ça m'empêche pas d'être avec des gens, ça- la douleur à la tête c'est le seul truc qui genre + qui qui casse enfin qui coupe plein de fonctionnements intellectuels quoi. C'est c'est enfin y a un vrai ouais c'est un peu au même endroit quoi. C'est une vraie ++ action sur le cerveau, c'est un peu cette impression que ça me donne (578-579, p.18)</i>
	Représentation du corps/douleur	Connaître/écouter son corps	A appris à écouter son corps.
		Intensité douleur	<i>Euh c'est devenu vraiment assez violent (...) (313-314, p.10)</i>
Sociologique	Relation monde médical	Cheminement thérapeutique	Jamais consulté de médecin ou fait de tests pour la migraine. A demandé des conseils à des médecins, infirmiers, ostéopathes autour de lui. Ostéopathe qui dit que des tensions dans la nuque peuvent bloquer la circulation sanguine et que des massages peuvent améliorer les maux de tête. L'aspirine marche pour l'instant donc il ne cherche pas un autre traitement. Va peut-être contacter une amie ostéopathe pour trouver d'autres solutions.
		Relations professionnelles	Pénible
		Comportement adopté	Se « drogue » d'aspirine en soirée pour tenir le coup jusqu'à la fin du travail. Le fait d'être actif aide.
		Perceptions des sentiments/réactions des autres	Ses collègues savent qu'il a la migraine et le voient comme le « distributeur » d'aspirine.
	Relations aux autres	Solitude	<i>Ouais, ouais. Ben tu vois je peux avoir TRES mal à une jambe mais garder des rapports sociaux complètement normaux. Tu vois alors que mal à la tête je peux pas quoi. (622-623, p.19)</i>
		Perceptions des sentiments/réactions des autres	Interprétation de la part des autres qu'il « tire la gueule », est de « mauvaise humeur » lors de migraines. Incompréhension du fait qu'il ne peut pas interagir avec les gens, confusion entre mal de tête et migraine. Copine de l'époque qui a pris contre elle le fait qu'il soit moins jovial. Les autres peuvent penser qu'il en rajoute. Frère hypocondriaque a qui il évite d'en parler pour ne pas l'inquiéter.
		Comportement adopté	Lorsqu'avec des amis, prends plus facilement des médicaments pour ne « pas prendre de risque ».
		Activités	Inactivité
Psychologique	Comportements adopté	Couper le circuit de la douleur	<i>C'est si je sens que ça va monter, c'est deux aspirines d'un coup et pis euh je coupe ça quoi. (25-26, p.1)</i>
		Eviter médicament	Evite de prendre des médicaments.
		Tiraillement prendre VS éviter médicament	Tirailler entre attendre de prendre médicament et voir si ça s'aggrave et prendre tout de suite médicament. Regrette souvent de ne pas avoir pris médicament.
		Se coucher	<i>Et ensuite je me suis couché et pis après le lendemain c'était bon quoi ++ (13-14, p.1)</i>
		Recherche calme	<i>Ah ouais ben oui ouais] le ouais si je peux, j'essaie de rester au calme sans lumière et sans bruit quoi. (206-207, p.7)</i>
		Massage	Essaie de se masser la nuque, le crâne ou sur les tempes sur les endroits douloureux. Efficacité moyenne.

		Auto-persuasion	<i>Ouais je pense que je m'auto-persuade (sourire) qu'il faut que ça aille quoi quand j'ai pas le choix quoi. (123-124, p.4)</i>
	Comportements préventifs	Avoir médicaments sur soi	Il a toujours sur lui une « petite boîte magique » avec de l'aspirine ou Daflagan. Stress si il l'a oubliée.
		Se protéger la tête du soleil	<i>(...) mettre une casquette au soleil (...) (421-422, p.13)</i>
		Bien dormir et rien prévoir si travail le lendemain	Essaie de bien dormir, éviter nuit blanches et ne rien prévoir le soir d'avant si il travaille le lendemain.
		Manger	Manger.
		Massage	Se masser la nuque, la tête, de manière préventive.
		Temporalité	Histoire maladie
	Régularité		<i>Ouais donc en gros c'est un peu ça quoi, c'est un peu toujours le même schéma. (324-325, p.10)</i> Arrive en fin d'après-midi.
	Irrégularité		Irrégularité de la fréquence des crises
	Omniprésence		<i>(...) c'est vraiment une douleur de + pour laquelle c'est dur de faire abstraction je trouve. C'est TOUT le temps là, c'est TOUT le temps pré-pesant, oppressant et euh + (...) tu peux pas tu peux pas l'oublier trois secondes quoi. (139-143, p.5)</i>
	Vécu temps pendant migraine		<i>Justement quand tu passes 2 heures au lit avec une douleur comme ça c'est VRAIMENT long quoi. (...) J'ai un peu l'impression de passer une journée complète d'attente quoi (447-451, p.14)</i>
	Facteurs déclenchant		Fatigue (lien avec mononucléose en 2005), exposition au soleil, oublier de manger.
	Emotions	Stress/angoisse	<i>Parce qu'au fait le truc c'est que + (il ferme la boîte et la range dans sa poche) c'est devenu un vrai stress enfaite ces migraines, dans le sens où si je laisse monter je peux vraiment me retrouver pas bien du tout pis comme en plus je travaille la nuit, y a des fois où je peux juste pas me permettre donc euh c'est un peu ma sécurité d'avoir toujours des aspirines avec moi au CAS OÙ ça monte, il faut que je coupe le plus vite possible quoi. (19-24, p.1)</i>
		Préoccupation	<i>(...) si tu veux c'est pas que ça me panique mais c'est un truc qui reste TOUT le temps dans un coin de ma tête, me dire que peut-être je pourrais avoir mal à la tête. Euh donc ++ disons que ouais c'est pas super agréable c'est + c'est j'aimerais bien pouvoir me dire « ouais bon quoi », enfin pouvoir ne RIEN me dire au fait (rire).(... Pouvoir ne pas avoir à réfléchir à ça quoi. (460-467, p.14)</i>
		Pénible	<i>(...) et c'est en ça que je trouve que c'est plus pénible qu'une autre douleur quoi. (589-591, p.18)</i>
	Présentation de soi	Tolérance à la douleur	Bonne tolérance à la douleur, a connu beaucoup de douleurs dans sa vie mais la migraine est une douleur particulière.
		Contrôle	Arrive à gérer assez bien les crises.
		Manque de contrôle	Crises ingérable une à deux fois par année, inefficacité aspirine, attend que ça passe.
		Pas victime/pas se plaindre	<i>Pis je veux pas passer pour une victime quoi. (544, p.17)</i>
	Interprétations personnelles	Cherche pas autres causes	Connaît les causes, « évidence » dans son corps, pas besoin de chercher autres causes.
		Mâchoire/dents	Opération à 17 ans de la mâchoire qui s'est mal passée, a failli en mourir et souffre depuis d'un décrochement de la mâchoire qui tire sur la nuque et entraîne des migraines. Selon des ostéopathes il y aurait un lien entre ce type d'opération et des problèmes de dos, nuque, déplacement du bassin et migraines.
		Nuque	Plus de migraines lors de douleurs à la nuque.
		Difficulté à trouver explication	<i>(...) enfin y a pas de logique et pis j'ai de la peine à ++ j'ai de la peine vraiment à mettre le doigt sur euh sur ce qui fait que c'est régulier ou pas régulier enfin ou fréquent pas fréquent plutôt euh ++ (284-286, p.9)</i>

7.2.7 Entretien Christopher

Christopher est âgé de 27 ans, travaille dans le marketing et comme auxiliaire pour une pizzeria. Il a subi un grave accident de voiture en 2008 et en garde des séquelles au niveau cérébral. Avant son accident, l'interviewé a souffert de migraines pendant son enfance. Christopher souffre depuis cet événement traumatique d'une pression constante à la tête, de maux de têtes journaliers ainsi que de migraines. L'entretien a eu lieu le 12 septembre 2012 chez l'interviewer et a duré 51 minutes. Légèrement fatigué par l'entretien précédent celui-ci, l'interviewer a ressenti plus de difficultés à se concentrer pendant l'entretien et à relancer le sujet.

Les dires de l'interviewé ont été catégorisés dans les trois thèmes principaux de l'analyse thématique de contenu : la corporéité, le sociologique et le psychologique. Au niveau de la corporéité, Christopher souffre depuis son accident d'une pression constante à la tête comme si il avait « *la tête dans le brouillard* » (C, 471, p. 15) et cette pression peut se transformer en maux de tête puis en migraines. Accidenté sur le côté droit de la tête, il ressent cependant une pression plutôt du côté gauche puis, quand il a une migraine, la douleur se ressent du côté droit et appuie derrière son oeil. Les maux de têtes « *tapent* » (C, 475-476, p. 15) et, lorsque ceux-ci sont constants, il parle alors de migraine et ressent une sensibilité à la lumière. Depuis l'accident, Christopher souffre de troubles de la mémoire ; il n'arrive plus à mettre les événements par date et n'utilise pas toujours les bons mots lorsqu'il s'exprime. Pendant la migraine, l'interviewé dit avoir de la peine à se concentrer et se sent très fatigué après la crise.

En ce qui concerne la représentation du corps et de la douleur, Christopher perçoit sa tête comme fragile et voit le sommeil comme réparateur après une crise de migraine. « *Je sais pas si c'est comme si y a quelque chose quand même à réparer ou quoi mais en tout cas mon corps se fatigue rien que le fait de euh même d'enlever la migraine ou faire qu'elle n'arrive pas, ça me fatigue pareil, comme si je l'avais eue. ++* » (C, 372-375, p. 12). Il dit également pouvoir mieux détecter certaines réactions de son corps et devoir être à l'écoute de celui-ci pour réduire ses maux de tête.

Au niveau **sociologique** et de la relation au monde médical, Christopher a consulté beaucoup de médecins et a régulièrement subi des tests et des scanners jusqu'à ses 10 ans, sans toutefois trouver de causes à sa migraine. Il a été hospitalisé pour une commotion lorsqu'il

était enfant et après l'accident il a très fréquemment subi des IRM et des scanners. Il n'a maintenant plus besoin de faire ces tests mais son dossier médical reste ouvert. Ses migraines sont perçues par le corps médical comme des séquelles de l'accident. En ce qui concerne le traitement, il devrait prendre du Dafalagan ou de l'aspirine tous les jours pour ses maux de têtes, mais il ne veut pas avoir de « *trous dans l'estomac* » (C, 350, p. 11) et a donc arrêté la médication. Il ne prend également plus d'Apranax à cause des effets secondaires (sensation d'être « *shooté* » (C, 355, p. 11)). Dans la sous-catégorie de la *confiance/méfiance* accordée au discours médical, le chercheur a classé le fait que les médecins perçoivent les migraines de Christopher comme une conséquence « *normale* » (C, 441, p. 14) de son traumatisme crânien et n'offrent pas d'autres explications aux différents maux qu'il rencontre depuis son accident. L'interviewé ne retourne donc plus à l'hôpital, car il considère comme une perte de temps de s'entendre dire que ce dont il souffre est « *normal* » (C, 441, p. 14). Il s'est alors tourné vers d'autres médecines pour soulager ses douleurs.

Au niveau du cheminement thérapeutique, l'acupuncture lui a permis de transformer ses migraines en simples maux de tête. Lorsqu'il était jeune, ses parents lui avaient fait prendre de l'homéopathie, ce qui s'est révélé inefficace. Ses parents lui avaient également fait consulter un ostéopathe, ce qui avait aidé à calmer ses crises. Actuellement, il ne suit pas de traitement thérapeutique.

Lors de crises de migraine sur son lieu de travail, il rentre chez lui se coucher ou délègue le travail à son associé quand cela est possible. Lorsqu'il a des rendez-vous importants, il fait semblant de ne pas avoir mal.

Au niveau des relations avec les autres, Christopher rapporte qu'il fait une tête de personne « *un petit peu fâchée* » (C, 259, p. 8) lors des migraines et que les autres le laissent tranquille. Il peut être « *chiant* » (C, 257, p. 8) et essaie de ne pas le faire ressortir à son entourage. De manière générale, ses amis comprennent maintenant son état. Toutefois, Christopher évoque que le fait de dire que l'on ne peut se rendre quelque part à cause de la migraine peut être mal vu.

Au niveau des activités, la migraine lui fait limiter ses activités sportives et ses sorties. L'interviewé partage notamment qu'il va peut-être devoir arrêter le roller à cause de ses

migraines. Lorsqu'un rendez-vous important se présente et que Christopher sent les prémices de la migraine, celui-ci prend du Dafalgan et du café pour tenter d'arrêter la migraine.

Concernant le thème *psychologique*, l'interviewé fait surtout recours au « cocktail » (C, 638, p. 19) Dafalgan et café pour couper le circuit de la douleur. Afin d'agir sur ses maux de têtes quotidiens, il boit près de 20 cafés par jour. Christopher dit que le café a un effet vasodilatateur et que d'ailleurs certains médicaments contre les maux de tête contiennent de la caféine. Lors de migraines, il boit également beaucoup d'eau, se couche dans le noir, essaie de dormir, attend, essaie de se reposer et de ne pas penser au travail, recherche le silence et médite. Comme comportement préventif, il essaie de boire et manger de manière suffisante, ainsi que de dormir le minimum de temps dont il a besoin.

Au niveau de la temporalité et de l'histoire de la maladie, Christopher souffrait de migraines pendant l'enfance à la suite de commotions, puis ses maux se sont arrêtés grâce à l'acupuncture à ses 10 ans. Les migraines sont revenues de façon un peu plus forte après son accident de voiture qui a eu lieu en 2008. Depuis cet événement traumatique, il souffre d'une pression constante au crâne ainsi que de maux de têtes journaliers. Les migraines étaient plus fréquentes juste après l'accident et il en a maintenant environ une fois par mois, mais celles-ci peuvent être très irrégulières. Christopher rapporte que le temps pendant les migraines est vécu de manière longue. « *Toujours quand ça fait les choses te font mal, t'as toujours l'impression que une seconde en dure dix quoi* » (C, 606-607, p. 19). Parmi les facteurs déclenchant qu'il a identifié nous retrouvons la fatigue, la faim et la soif ainsi que la consommation d'alcool et le stress. En ce qui concerne le futur, Christopher dit espérer réussir à oublier complètement sa pression et faire diminuer le seuil de douleur des maux de tête.

L'émotion en lien avec la migraine dont fait part le sujet dans l'entretien est la colère. Cette dernière va avoir pour effet d'augmenter la douleur et engendre ainsi un cercle vicieux. « *Mais par contre je suis extrêmement ENERVE lorsque j'ai une migraine parce que ça m'énerve d'avoir une migraine, donc j'essaie de faire comme si j'en avais pas enfaite voilà (sourire)* » (C, 96-98, p. 3).

Christopher rapporte avoir un seuil plus bas de douleur, car il a été habitué à celle-ci depuis l'enfance et a appris à comprendre la douleur. Actuellement, il décrit faire un travail sur soi

afin de réduire le seuil de douleur des maux de tête. L'interviewé confie également essayer de travailler sur les migraines. Il affirme toutefois que « *Quand c'est la migraine bon je pense que PERSONNE peut encore s'habituer à une migraine, enfin je sais pas, on en reparlera dans 10 ans peut-être (rire)* » (C, 435-436, p. 13). D'autre part, Christopher évoque une certaine fatalité par rapport à la migraine et dit avoir appris à vivre avec celle-ci. Il se présente également comme quelqu'un de volontaire. Il ne se considère pas comme handicapé par son état, se voit comme chanceux et ne veut pas être perçu comme une victime. « *Pis ben voilà, donc ça fait ça donc je m'en sors plutôt bien si c'est juste avec des maux de tête et de temps en temps une migraine ou deux, c'est pas* » (C, 157-158, p. 5). Il dit également trop réfléchir, ne pas être alcoolique et aimer le calme. D'autre part, il perçoit son accident comme ayant été bénéfique et dit avoir changé depuis celui-ci. En effet, il se considère maintenant comme quelqu'un de plus engagé et rapporte avoir appris à rester calme.

Au niveau des interprétations personnelles, Christopher met en lien la migraine de son enfance avec des commotions qui ont été mal soignées. Les migraines et les maux de têtes qui sont apparus à la suite de son accident sont expliqués par cet événement traumatique. Christopher relie également la fatigue, les maux maux de tête et la migraine. D'autre part, l'interviewé explique que la migraine peut être provoquée par des chutes à roller et que le sport peut soit faire diminuer ou augmenter les maux de tête, selon la manière dont le sang a circulé dans sa tête. Pour conclure, Christopher distingue différents seuils douloureux : d'abord la pression ; ensuite les maux de têtes ; puis la migraine.

Tableau 13 Récapitulatif des thèmes: entretien Christopher

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Unités de sens
Corporéité	Sensations corporelles/symptômes	Signes précurseurs	Signes précurseurs.
		Localisation	<i>Ben généralement + ouais quoi la pression je l'ai plus du côté gauche du crâne, donc j'ai été accidenté à droite, et puis quand ça passe en migraine ça vient vraiment du côté droite et pis là c'est vraiment derrière l'œil, ça appuie, (...)</i> (67-69, p. 3)
		Pression	Pression constante à la tête comme si la tête était dans le brouillard puis peut passer en douleur à la tête puis migraine.
		Taper	Maux de tête tapent.
		Douleur constante	Lorsque les maux de tête sont constants c'est une migraine.
		Décharge électrique	<i>(...) comme si tu avais une décharge électrique qui s'arrête pas derrière le crâne (...)</i> (480, p. 15)
		Nausées	Hors entretien : nausées quand il était petit.
		Vomissements	Hors entretien : vomissements quand il était petit.

		Sensibilité à la lumière	Agressivité de la lumière.
		Cicatrice qui gratte	Cicatrice qui gratte depuis l'accident.
		Mémoire (séquelles accident)	Troubles de la mémoire depuis accident. Il n'arrive plus à mettre les événements par date et n'utilise pas toujours les bons mots.
		Insomniaque	Insomniaque depuis l'accident.
	Conséquences symptômes	Fatigue	Fatigué par la migraine.
		Concentration	<i>Difficulté à se concentrer pendant les migraines et fait des exercices et cours du soir pour entraîner sa mémoire</i>
	Présentations du corps/douleur	Ecouter son corps	<i>(...) je peux plus facilement détecter certaines réactions de mon corps que peut-être qu'avant j'avais moins fait, parce que maintenant je dois plus écouter ce qu'il fait pour m- pour avoir moins mal à la tête. Je suis pas très clair ? (rire) (315-321, p. 10)</i>
		Fragilité tête	<i>Bon après si y a, tout ce qu'il y a à la tête c'est beaucoup plus fragile. (224, p. 7)</i>
		Sommeil réparateur	<i>Je sais pas si c'est comme si y a quelque chose quand même à réparer ou quoi mais en tout cas mon corps se fatigue rien que le fait de euh même d'enlever la migraine ou faire qu'elle n'arrive pas, ça me fatigue pareil, comme si je l'avais eue. ++ (372-375, p. 12)</i>
	Sociologique	Relation monde médical	Diagnostic
Traitement			Devrait prendre du Dafalagan ou de l'aspirine tous les jours pour ses maux de têtes journaliers mais ne veut pas avoir de « trous » dans l'estomac donc a arrêté. Ne prends plus l'Apranax à cause des effets secondaires (« shooté »).
Confiance/méfiance			Les médecins disent que tout ce qui vient après l'accident comme trouble est « normal », ils n'arrivent pas à mesurer l'effet. Ne retourne plus à l'hôpital car perte de temps d'y aller pour se faire dire que c'est « normal » ce qu'il a.
Cheminement thérapeutique			<i>(...) après j'ai fait pas mal de médecine, tout ce que je pouvais trouver contre les maux de tête et pis ben ce qui m'a le plus aidé c'était l'acupuncture (...) (38-39, p. 2)</i> L'acupuncture a fait passer les migraines en maux de tête. Ses parents lui avaient fait de l'homéopathie qui n'avait pas eu d'effet et de l'ostéopathie qui a aidé à calmer les crises. Il a tout arrêté maintenant.
Relations professionnelles		Jouer/Faire semblant de ne pas avoir mal	<i>Si c'est possible oui mais des fois quand j'ai des rendez-vous important, ben j'y vais quand même et pis je fais un bon jeu d'acteur « haha tout va bien » voilà (rire). Mais euh + mais après quand ouais quand je rentre ben ça se voit quand même, je deviens très vite pâle enfaite quand j'ai des migraines. (105-108, p. 4)</i>
		Absentéisme	Rentre à la maison si il peut.
		Organisation du travail	Il délègue le travail à son collègue.

	Relations aux autres	Perceptions sentiments/réactions des autres	Il fait une tête de personne « un petit peu fâchée » lors des migraines, les autres le laissent tranquille. Il peut être « chiant » et essaie de pas le faire ressortir à son entourage. Les amis comprennent maintenant mais cela peut être mal vu de dire que l'on peut pas venir quelque part à cause de la migraine.
	Activités	Limitations	Va peut-être devoir arrêter le roller, limite les activités sportives et les sorties.
Adapter comportement		Prise d'une « bonne dose » de Dafalغان et de café avant rendez-vous important si il sent que le migraine vient.	
Psychologique	Comportements adoptés	Couper circuit de la douleur	Arrive à couper la migraine avec mixture dafalغان-café si il la sent assez vite arriver.
		Boire du café	<i>Juste le café c'est ma solution miracle en tout cas, je pense que je suis pas loin de 20 cafés par jour. (179-180, p. 6)</i> Dit que le café à un effet vasodilatateur et que certains médicaments contre les maux de tête contiennent de la caféine. <i>Plutôt que de me bourrer de trucs qui vont me péter le bide, autant prendre un bon café (sourire) ++(...) Bon je] sais pas si 20 cafés c'est mieux pour l'estomac mais bon (rire). Au moins c'est bon (sourire). (185-191, p. 6)</i>
		« Cocktail » Dafalغان + café	<i>J'en prend cinq (rire), un café. Non peut-être pas cinq mais je prends au moins un gramme et demi euh de Dafalغان donc, voir un grammes pis plus du café pour me faire vraiment un cocktail + explosif (rire). (636-638, p. 19)</i>
		Boire de l'eau	<i>Je bois beaucoup d'eau et pis euh. (22, p. 1)</i>
		Se coucher (dans le noir)	Se mettre dans le noir.
		Essayer de dormir	<i>J'essaie de dormir, ça fait du bien. (22, p. 1)</i>
		Attendre	<i>Ouais. J'attends. (22, p. 1)</i>
		Recherche calme/détente	Essayer de se reposer, de ne pas penser au travail et d'être dans le silence.
		Méditation	<i>Ouais comme ben j'essaie tout le temps quand je sens que j'ai de la tension ou comme ça, que ça commence à monter en douleurs, je me mets dans un coin, je fais une sorte de petite méditation pour me reposer, pour me décontracter et tout ça (...) (210-212, p. 7)</i>
	Comportements préventifs/anticipation	Manger/Boire	<i>+ Je mange beaucoup. Je bois beaucoup. (286-287, p. 9) De bien manger (...) (651, p. 20)</i>
		Dormir	<i>Par contre je dors peu, mais je dors le minimum, quoi le + minimum qu'il me fait en tout cas. (287-288, p. 9)</i>
	Temporalité	Histoire maladie	Souffrait de migraine pendant l'enfance à cause de commotions puis c'est passé grâce à l'acupuncture à ses 10 ans. Les migraines sont revenues un peu plus fortes après l'accident de voiture qui a eu lieu en 2008. Il a une pression constante et des maux de têtes journaliers depuis. Les migraines étaient plus fréquentes juste après l'accident et maintenant en a environ une fois par mois.
		Irrégularité	<i>Ben maintenant j'en ai une par mois environ je pense. Ouais c'est pas plus. Ouais c- ouais c'est complètement irrégulier, il peut y avoir un mois où j'en ai un petit plus et puis après moins mais</i>

			<i>je pense en moyenne une par mois. + (63-65, p. 2)</i>
		Vécu temps pendant migraines	<i>Toujours quand ça fait les choses te font mal, t'as toujours l'impression que une seconde en dure dix quoi. (606-607, p. 19)</i>
		Facteurs déclenchant	La fatigue, la faim, la soif (comme un enfant qui fait des crises), l'alcool, stress.
		Futur	<i>Mmm +++ franchement je me s- je m'y accommode de plus en plus déjà à la pression, des fois j'oublie complètement que j'ai une pression. Donc je pense que je vais réussir presque à + d'ici peu quoi déjà à + l'oublier complètement pis quand j'ai des migraines, quand j'ai des maux de tête, ben à chaque fois le seuil de la douleur il vient beaucoup plus tard. (304-308, p. 10)</i>
	Emotions	Colère	<i>Mais par contre je suis extrêmement ENERVE lorsque j'ai une migraine parce que ça m'énerve d'avoir une migraine, donc j'essaie de faire comme si j'en avais pas enfaite voilà (sourire). (96-98, p. 3) Cercle vicieux colère-douleur</i>
	Présentation de soi	Tolérance douleur	Accommodation à la douleur, habitué à la douleur depuis l'enfance donc à un seuil plus bas de douleur. Appris à comprendre la douleur.
		Apprivoisement douleur	Travail à réduire le seuil de douleur des maux de tête et va essayer de travailler sur les migraines.
		Pas pouvoir s'habituer à la douleur	<i>Quand c'est la migraine bon je pense que PERSONNE peut encore s'habituer à une migraine, enfin je sais pas, on en reparlera dans 10 ans peut-être (rire). (435-436, p. 13)</i>
		Acceptation	Il fait avec la douleur.
		Manque de contrôle	<i>(...) et pis là tu peux plus rien faire. (481, p. 15)</i>
		Fatalité	<i>Mais voilà + je dois faire avec. (108, p. 4). A appris à vivre avec plutôt que de recommencer à prendre des « kilos de médicaments » qui détruisent estomac.</i>
		Volonté	Handicapant si on se contente d'avoir mal mais avec un minimum de volonté on passe par dessus.
		Autres pires que soi/Chanceux/Pas handicapé	<i>Pis ben voilà, donc ça fait ça donc je m'en sors plutôt bien si c'est juste avec des maux de tête et de temps en temps une migraine ou deux, c'est pas ++ (157-158, p. 5)</i>
		Se faire des films	Réfléchi beaucoup, se fait des films.
		Aimer le calme	Aime le calme, ne se rappelle pas si il était déjà comme ça avant l'accident.
		Pas une victime	<i>C137 Mais ça fait] comme si j'étais en situation dramatique et tout (rire) mais moi je le vis très bien. IR138 Ah non non (rire) j'essayais de faire un résumé C138 « Ah non alors Christopher c'est catastrophique ta vie, est-ce que tu supportes ? » (rire) (678-684, p. 21)</i>
		Pas alcoolique	<i>C41Pas que tu me prennes pour un alcoolique (rire) ++ (176, p. 6)</i>
		Pas d'amis (humour ?)	<i>Mais j'ai pas d'amis (rire) (270, p. 9)</i>
		Changement de soi	Changement de soi depuis l'accident qui a été bénéfique. Maintenant plus volontaire, a appris à rester calme, à ne plus stresser.
	Interprétations personnelles	Fatigue	<i>Ben ouais ben comme j'ai des maux de tête des fois quand je commence à être fatigué, c'est vrai que le café ça me</i>

Analyse des résultats

			<i>réveille aussi et ça m'enlève aussi un peu le mal de tête dû à ça j'imagine. (195-197, p. 6)</i>
		Chute	Lien chute à roller et mal de tête.
		Commotions	Migraine dans l'enfance liée à des commotions mal soignées.
		Accident	<i>(...) et là justement j'ai eu mon accident qui m'a donné vraiment maux de tête et migraines en même temps, c'était vraiment constant maux de tête et migraines (...) (628-630, p. 19)</i>
		Seuils douleurs	<i>(...) après ben justement je sais pas si c'est un travail par rapport à + à la façon dont je supporte la douleur, j'ai une pression, j'ai plutôt une pression et après j'ai un seuil que je considère comme mal de tête et un autre seuil que je considère comme migraine et peut-être que c'est pas juste mais voilà c'est MES seuils c'est pas + (630-633, p. 19)</i>
		Sport	<i>(...) aussi par rapport au sport quand j'ai des + quand j'ai des maux de tête qui commencent, le fait d'aller courir, bon ça dépend toujours des seuils, mais des fois ça peut me faire descendre le mal de tête, bon je sais pas si c'est le fait que le sang a circulé plus vite, que ça fait un effet Dafalgan ou quoi mais euh des fois après ça fait encore plus mal suivant là euh tu vois le fait qu'il y ait beaucoup de sang qui est passé dans la tête, ça peut faire que j'arrête de courir et je rentre chez moi, donc ça dépend de nouveau des seuils quoi. (651-656, p. 20)</i>

7.2.8 Entretien Marc

Marc est un ingénieur âgé de 27 ans qui a souffert de migraines pendant une certaine période de sa vie et se considère maintenant comme guéri et ne souffrent plus que de maux de têtes persistants. L'entretien a eu lieu au domicile de l'interviewé le 15 septembre 2012 en début d'après-midi et a duré 44 minutes. Celui-ci c'est très bien passé, Marc s'exprimait de manière très claire, librement et il n'y a pas eu besoin de faire appel à beaucoup de relances.

Le discours de Marc a été catégorisé selon les trois thématiques de la corporéité, du sociologique et du psychologique. En ce qui concerne la **corporéité**, l'interviewé dit ressentir une petite douleur au niveau de la tempe avant les migraines puis que celles-ci se localisent plutôt vers l'arrière de la tête, sans pouvoir dire si c'est plus à gauche que à droite. Ces maux de tête douloureux commencent toujours avec des lancées, qui deviennent importantes. Puis, il a l'impression d'avoir une pression élevée, de sentir un poids et d'avoir la tête oppressée. Lorsqu'il était jeune, ses migraines étaient accompagnées de vomissements et maintenant il rapporte ne pas souffrir de troubles de la vision mais être sensible à la lumière, au bruit, aux écrans, être hypersensible de manière générale et avoir chaud. Ces symptômes ont pour conséquence de le mettre « KO ».

Au niveau des représentations de la douleur, Marc distingue les « vraies » migraines des « fausses » migraines. Selon lui, il souffrait de « vraies » migraines avec vomissements lorsqu'il était plus jeune et maintenant il a des maux de têtes persistants. Les migraines sont pour lui un mal de tête persistant qui ne s'en va pas en prenant un Dolprom. Lors des crises de migraine, il est submergé par la douleur et fait preuve de ce qui a été catégorisé comme une « dépersonnalisation ». En effet, il dit que « (...) *c'est une douleur qui est telle que ça te + au faite t'arrives pas à t'en défaire, tu y penses sans arrêt, tu as le sentiment que plus tu y penses, plus t'as mal, que t'arrives pas tu vois encore limite tu pourrais penser à autre chose et ça passerait et tout mais là ça t'obsède totalement et t'es dans un état où t'es tellement mal que de toute façon t'es apte à rien faire du tout. Donc euh donc tu peux pas te divertir ou faire quelque chose d'autre, c'est vraiment c'est, t'as que cette douleur qui te, qui t'opresse.* » (M, 178-184, p. 6). Il dit également avoir de la difficulté à décrire la douleur.

En ce qui concerne le thème **sociologique** et les relations au monde médical, Marc rapporte que cela a pris beaucoup de temps pour aller consulter un médecin avec ses parents alors que c'est la première chose qu'il aurait dû faire. Il n'a pas de souvenirs d'avoir subi de tests médicaux. Toutefois, les médecins ont essayé de diagnostiquer les facteurs déclenchant de ses migraines comme certains aliments, la météo ou encore le stress, mais n'ont rien trouvé. Au début de ses migraines, il suivait un traitement homéopathique et faisait de l'ostéopathie. Il a ensuite suivi un traitement au bêta-bloquant pendant 8 mois. Cette médication lui avait été prescrite par son médecin et s'est révélée très efficace. Par la suite, il a répété ce traitement par phases de 2 à 3 mois lorsqu'il en avait besoin. Il a maintenant arrêté de prendre ces médicaments. Marc recommande ce traitement et recommencerait celui-ci si il venait à souffrir de nouveau de migraines. Son médecin lui avait également prescrit du Magsal « (...) *qui est un de ces produits, ça te donne mal à la tête de le prendre tellement il est cher* » (M, 413-425, p. 13), qui permet de dormir et faire passer la migraine. En ce qui concerne la confiance ou méfiance dans le monde médical, l'interviewé fait part d'une conviction de l'efficacité dans les traitements médicaux. Au niveau du cheminement thérapeutique, Marc faisait de l'homéopathie et de l'ostéopathie, ce qui n'a pas été très efficace. Puis, il a fait de la sophrologie (exercices de respiration avec une cassette) qui permettait de soulager ses maux, mais pas de les supprimer. Marc a également fait des inhalations d'oxygène, mais celles-ci n'ont pas été très efficaces.

En ce qui concerne les relations professionnelles, les migraines ne l'ont jamais amené à l'absentéisme, ou peut-être une fois. Il explique cela par le fait que : la migraine avait lieu après l'école quand il était jeune ; que maintenant elle arrive souvent le week-end ; et qu'il n'était pas du genre à louper les cours lorsque il était aux études.

Marc relève peu d'impact sur ses relations avec les autres à cause de la migraine. Lorsqu'il était plus jeune, ses maux arrivaient en effet surtout après l'école et il n'avait donc pas de problèmes avec les amis. Comme ses maux de tête arrivent plutôt le week-end maintenant, il rapporte peu de conséquences au niveau professionnel. Marc partage encore que cela lui est arrivé une fois de rentrer plus tôt d'une soirée à cause de la migraine.

Sous le thème **psychologique**, les comportements qu'il adopte généralement lors de la migraine ou de maux de têtes persistants consistent à se lever, à prendre du Ponstan dès les premiers signes de l'arrivée de ces maux, à manger quelque chose puis à se recoucher et

attendre que cela passe. Il dit également rechercher la fraîcheur en allant dehors se balader ou en mettant une lingette fraîche sur le front, ainsi que chercher le calme. Comme comportements afin de prévenir le déclenchement des crises de migraine, Marc dit réduire sa consommation d'alcool, boire plus de panachés et seulement ce qu'il aime vraiment (plutôt de la bière que du vin).

Concernant la temporalité et l'histoire de la maladie, les migraines sont apparues en 5^{ème} primaire en lien avec le stress généré par le fait d'être sélectionné dans un des 3 niveaux d'étude de l'école secondaire. Ses migraines ont alors durées à peu près quatre ans. Il n'a pas de souvenirs de la période du gymnase puis il a commencé le traitement au bêta-bloquant à son entrée à l'EPFL. Depuis, il souffre de maux de tête persistants environ une fois par mois et moins de « vraies » grosses migraines comme à l'époque. Ses migraines ou maux de têtes persistants sont perçus comme réguliers. Lorsqu'il était jeune, il souffrait de migraine tous les lundis ou les mardis après l'école. Il a maintenant des maux de tête persistants, qui apparaissent rarement la semaine et surtout le week-end au réveil. Marc fait également part de l'impression que les migraines durent des heures.

Au niveau émotionnel, l'interviewé rapporte surtout se sentir en colère lors des migraines. Il dit aussi que cette émotion va empirer la douleur. D'autre part, Marc relève la pénibilité et la souffrance engendrée par les crises. *« Ah ouais c'est sûr quand t'as des VRAI migraines t'as envie d'en crever hein ! C'est c'est non c'est vrai c'est une douleur qui est, non c'est c'est horrible quoi »* (M, 491-492, p. 15). L'interviewé exprime également un sentiment d'injustice par rapport au fait d'avoir ses maux de tête. Les autres peuvent en effet boire plus d'alcool que lui et ne pas forcément avoir mal à la tête comme lui le lendemain.

Marc se présente comme quelqu'un qui supporte mieux la douleur et se montre comme expert de ses maux. L'interviewé se considère également comme chanceux par rapport aux « vrais migraineux », ne se voit plus comme souffrant de migraines aujourd'hui et dit ne pas être handicapé par ses maux de têtes persistants. Toutefois, il se présente aussi comme pire que les autres en disant *« Je pense que j'ai des maux de tête qui sont plus importants que + que + que la moyenne, en tout cas que la majorité des gens qui m'entourent parce que je connais quasiment personne qui a des maux de tête comme moi. Donc je pense que je suis quand même quelqu'un qui en souffre euh beaucoup plus »* (M, 476-479, p. 15).

Marc fournit plusieurs interprétations à sa migraine. Hors entretien il dit par exemple avoir fait une importante chute dans les escaliers à l'âge de 3-4 ans, qui lui a « déformé la cabosse » et qui pourrait être liée à l'apparition de ses migraines. Il ajoute également qu'il est né par forceps et que cela a peut-être joué un rôle dans le déclenchement de ses maux. Au niveau des facteurs déclenchant, Marc pense que l'alcool influence de plus en plus ses migraines et que ses maux de têtes persistants pourraient être expliqués par un relâchement de la pression lors du week-end. L'interviewé émet également un lien entre ses troubles et une certaine nervosité retrouvée chez d'autres membres de sa famille du côté de son père, qui a causé plusieurs attaques cardiaques. Selon lui, la migraine pourrait aussi être expliquée par une certaine périodicité d'apparition. Marc avance que les facteurs météorologiques comme le foehn et la sensibilité au soleil affectent la survenue de la migraine. D'autre part, les facteurs psychologiques comme le fait d'anticiper un mal de tête après avoir bu de l'alcool ou penser que l'on va avoir mal à la tête tel jour, peuvent également déclencher les migraines selon lui. Malgré ces interprétations personnelles, l'interviewé partage avoir de la peine à trouver une explication à ses maux.

Tableau 14 Récapitulatif des thèmes: entretien Marc

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Unités de sens
Corporéité	Sensations corporelles/symptômes	Signes précurseurs	Petite douleur sur la tempe.
		Localisation	(...) mais c'est assez difficile à localiser, j'ai le sentiment que c'est plus sur l'arrière de la tête mais c'est je pourrais pas dire si c'est sur le côté droite, le côté gauche. (9-10, p. 1)
		Douloureux	(...) enfin vraiment des douleurs + (50-51, p. 2)
		Lancées	+ Je sais que ça se présente toujours initialement avec des lancées, ça c'est sûr. (173-174, p. 6)
		Pression	Sentiment d'avoir une pression élevée.
		Poids	(...) d'avoir, je sais pas, tu sens un poids, je sais pas comment dire ++ (177-178, p. 6)
		Oppression	(...) et puis euh + ouais c'est c'est c'est + c'est un peu oppressant (18, p. 1)
		Intensité douleur	C'est des lancées importantes euh + (...) (10-11, p. 1)
		Vomissements	(...) j'avais des vomissements (...) (50, p. 2)
		Pas de troubles de la vision	(...) j'ai pas de, j'ai pas de, j'ai en tout cas pas de troubles de la vision, ça c'est sûr que non. (11-12, p. 1)
		Sensibilité au bruit	+ Pis ouais ben comme je disais y a une hyper sensibilité au bruit (...) (205-206, p. 7)
		Sensibilité à la lumière	Sensibilité à la lumière.
		Sensibilité aux écrans (TV, ordinateurs)	Les écrans d'ordinateurs, télévision deviennent désagréable
		Hypersensibilité	Mais c'est vrai que quand t'as la GROSSE grosse migraine, là tu ++ j'ai le sentiment que tu deviens hyper sensible un peu à tout quoi + (209-210, p. 7)
	Chaleur	Je me souviens, j'avais aussi toujours relativement chaud (...) (201, p. 6)	
	Conséquences symptômes	Fatigue	(...) et là voilà j'étais KO (...) (50, p. 2)
Représentation du corps/douleur	Vraies VS fausses migraines	Donc euh ouais ça c'était l'époque où j'avais les VRAIS grosses migraines avec vomissements et tout. Maintenant je dirais que j'ai plus des + des maux de	

			<i>tête euh vraiment persistants (...) (52-60, p. 2)</i>
		Dépersonnalisation	<i>(...) ah c'est ++ ouais ça vraiment c'est un truc qui te ++ pis ça t'occupe, c'est une douleur qui est telle que ça te + au faite t'arrives pas à t'en défaire, tu y penses sans arrêt, tu as le sentiment que plus tu y penses, plus t'as mal, que t'arrives pas tu vois encore limite tu pourrais penser à autre chose et ça passerait et tout mais là ça t'obsède totalement et t'es dans un état où t'es tellement mal que de toute façon t'es apte à rien faire du tout. Donc euh donc tu peux pas te divertir ou faire quelque chose d'autre, c'est vraiment c'est, t'as que cette douleur qui te, qui t'opresse. + Et ++ (178-184, p. 6)</i>
		Difficile à décrire douleur	<i>+++ Ouais + ouais la douleur c'est quelque chose qui est difficile à décrire quoi. (173, p. 6)</i>
Sociologique	Relation monde médical	Diagnostic	Pris beaucoup de temps avec ses parents à aller consulter le médecin alors que c'est la première chose qu'il aurait dû faire. Pas de souvenirs de tests mais essayé de diagnostiquer les facteurs déclenchant comme certains aliments, la météo, le stress sans trouver quelque chose.
		Traitement	Au début traitement à l'homéopathie et ostéopathie puis « vrai » traitement au bêta-bloquant pendant 8 mois à la fin du gymnase qui a été très efficace. Puis répété traitement par phases de 2-3 mois. Maintenant a arrêté d'en prendre et recommande ce traitement (résultats positifs chez 60% à 70% des patients) qu'il recommencerait si à nouveau de « vraies » migraines. A été prescrit aussi du Magsal « (...) qui est un de ces produits, ça te donne mal à la tête de le prendre tellement il est cher » (413-425, p. 13) et qui permet de dormir et faire passer la migraine.
		Confiance/méfiance	<i>++ C'est vrai que si ça ça n- si le euh le fait de prendre du bêta-bloquant ça devait ne plus être efficace, euh j'essaierais d'autres trucs. Mais je me tournerais plus alors vers des + vers des vrais euh vers des techniques médicales plutôt que vers d- des solutions euh alternatives. Je suis plus convaincu en tant que + en tant qu'ingénieur (sourire) ça me convient plus. Mais en tout cas (rire) ça a bien marché quoi. (283-387, p. 9)</i>
		Cheminement thérapeutique	Quand il était jeune, homéopathie et ostéopathie pas très efficace puis sophrologie (exercice de respiration avec cassette) qui soulage mais ne supprime pas la douleur. Inhalation d'oxygène pas très efficace.
	Relations professionnelles	Pas d'absentéisme	Pas d'absentéisme, migraine souvent le week-end et pas du genre à loucher les cours lorsqu'aux études.
	Relations aux autres	Peu d'impact	Arrivait surtout après l'école donc pas de problèmes avec les amis et pas avec la famille. Maintenant arrive plutôt le week-end donc peu d'impact au niveau professionnel et avec les amis. Arrivé une fois de rentrer plus tôt de soirée à cause de migraine.
	Comportements adoptés	Couper circuit de la douleur	Prendre médicament dès les signes de la migraine avant que ça soit trop tard.
		Se coucher (dans le noir)	<i>(...) je me remets au lit (...) (124-125, p. 4)</i>
		Attendre	<i>(...) et puis j'attends quoi. (125, p. 4)</i>
		Se lever	<i>(...) je me lève (...) (124, p. 4)</i>
		Manger	<i>(...) et en mangeant un peu quelque chose, euh ça fini par passer (...) (21, p. 1) Aide efficacité médicament.</i>
		Recherche fraîcheur	Aller dehors se balader ou mettre une lingette fraîche sur le front.
	Recherche calme/détente	<i>Et puis euh ouais ben sinon rester au calme quoi. Donc c'est un peu + ça ça fini par passer. (27-28, p. 1)</i>	
	Comportements préventifs/anticipation	Réduction consommation d'alcool	Boit moins d'alcool, plus de panachés et seulement ce qu'il aime vraiment (plutôt de la bière que du vin). Phénomène récent de la sensibilité à l'alcool.
Temporalité	Histoire maladie	Apparition en 5 ^{ème} primaire en lien avec le stress généré par le fait d'être sélectionné dans 3 niveaux différents à l'école puis a duré à peu près quatre ans. Pas de souvenirs au gymnase puis traitement au bêta-bloquant plus tard et depuis maux de tête persistants	

			environ une fois par mois et moins de « vraies » grosses migraines. Maux de têtes qui passent après une demi-journée, amélioration.	
			<i>Et pis on avait relevé à l'époque, parce que j'avais été suivi par différents toubibs, on avait relevé que c'était tout le temps à la même période donc c'était tout le temps le lundi ou le mardi + soir où ça se produisait + (47-50, p. 2)</i>	
		Régularité	Avant migraine tout le temps le lundi ou mardi après l'école. Maintenant maux de têtes persistants rarement la semaine et surtout le week-end au réveil.	
		Vécu temps pendant migraines	<i>(...) c'est pas quelque chose qui dure trois minutes quoi, ça dure ouais il me semble que ça durait des heures. (492-495, p. 15)</i>	
	Emotions		Colère	<i>Ah ouais alors ça c'est vrai que, ça c'était un truc qui se ++ ouais c'est un peu ridicule finalement mais c'est vrai que + t'en as un petit peu marre, t'es justement un peu en colère, ça te fout de mauvaise humeur, vraiment, parce que tu te dis « ça y'est c'est reparti pour un tour » alors que + voilà quoi ouais tu subis et c'est vrai que ça ENERVE et je pense que le fait que ça énerve + euh ça ça n'arrange pas du tout la, ça n'arrange pas du tout la chose ouais. + Non ça c'est vrai alors, souvent ça ma énervé hein (sourire (337-357, p. 10-11))</i>
			Injustice	Les autres boivent plus d'alcool et n'ont pas mal à la tête.
			Pénible	<i>C'est sûr c'est pénible quoi, c'est pénible que quand à chaque fois tu vas boire un verre, le matin tu te lèves avec un mal de tête bon. (471-472, p. 14)</i>
			Souffrance	<i>Ah ouais c'est sûr quand t'as des VRAI migraines t'as envie d'en crever hein ! C'est c'est non c'est vrai c'est une douleur qui est, non c'est c'est horrible quoi ! (491-492, p. 15)</i>
			Tolérance douleur	Supporte mieux la douleur que d'autres du fait de la connaître.
	Présentation de soi		Expert	Il « connaît la chanson ».
			Autres pires/Chanceux/ Pas handicapé	Chanceux par rapport aux « vrais migraineux », ne se considère plus comme « vrai » migraineux aujourd'hui, pas handicapé pas maux de têtes persistants.
			Pire que les autres	<i>Je pense que j'ai des maux de tête qui sont plus importants que + que + que la moyenne, en tout cas que la majorité des gens qui m'entourent parce que je connais quasiment personne qui a des maux de tête comme moi. Donc je pense que je suis quand même quelqu'un qui en souffre euh beaucoup plus + +(476-479, p. 15)</i>
	Interprétations personnelles		Chute	Hors entretien il dit avoir fait une grosse chute dans les escaliers à l'âge de 3-4 ans et que cela lui a « déformé la cabosse » et pourrait être lié aux migraines.
			Forceps	Hors entretien il dit être né par forceps ce qui pourrait être lié à ses migraines.
			Alcool	<i>Je pense que l'alc- enfin il me semble que de plus en plus avec les années, l'alcool est un facteur déclenchant (...) (40-41, p. 2)</i>
			Relâchement du stress	<i>et j'ai le sentiment que c'est ben d'une part lié au stress (...) (36, p. 2). Relâchement de la pression le week-end.</i>
			Nervosité familiale	Nervosité dans la famille, beaucoup d'attaque cardiaque.
			Explication régularité	Peut-être du à une périodicité de la migraine.
			Facteurs météo	Mal à la tête quand il y a du foehn.
			Sensibilité au soleil	Sensibilité au soleil.
		Facteurs psychologiques	Facteurs psychologiques pouvant déclencher migraine (ex : anticiper mal de tête après avoir bu de l'alcool, penser qu'on va avoir mal à la tête tel jour)	
		Pas d'explication	<i>+ Ouais t'expliques pas quoi ++ ouais, ouais donc c'est euh +(499, p. 15)</i>	

7.3 Analyse comparative des entretiens

Le tableau ci-dessous (voir tableau 15) illustre les thèmes qui ont été abordés (X) ou non (-) lors des entretiens.

7.3.1 Corporéité

Au niveau des sensations corporelles, la majorité des interviewés rapportent ressentir des signes précurseurs de la migraine et donnent une localisation de leurs douleurs, celles-ci commençant généralement d'un côté de la tête à l'avant puis se propageant vers l'arrière. La migraine est surtout caractérisée par une sensation d'oppression et par une douleur qui « tape ». Parmi les symptômes migraineux, les plus souvent cités sont la nausée, les vomissements et la sensibilité au bruit ainsi qu'à la lumière. Seulement deux sujets disent ne plus pouvoir bouger, se lever ou tenir debout, et une interviewée, Stéphanie, rapporte ne souffrir d'aucune hypersensibilité. Les auras, les perturbations de l'équilibre, les vertiges, la sensation de chaleur, l'insomnie ou encore les douleurs dans les autres membres n'ont été abordés que par une minorité des participants et généralement que par un des sujets.

En ce qui concerne les conséquences des symptômes de la migraine, la majorité des interviewés disent être affectés au niveau de la concentration, la moitié d'entre eux évoquent se sentir fatigués et une minorité des sujets rapportent se sentir moins efficaces, limités physiquement ou « dans les choux ».

Diverses représentations du corps ont été dégagées des entretiens. Nous retrouvons au travers de certains des discours, une personnification du corps et de la douleur avec l'idée que l'expérience de la migraine amène à être à l'écoute de son corps et à porter son attention sur le langage de la douleur. Cette dernière est notamment perçue par un des interviewés, Alexandre, comme ayant une utilité et rappelant la fragilité humaine. Deux des participants se représentent également deux types de migraines : les « vraies » qui sont intenses et accompagnées d'autres symptômes ; et les « fausses » qui s'apparentent à un simple mal de tête.

7.3.2 Sociologique

Concernant les relations au monde médical, les interviewés ont entrepris divers chemins afin d'arriver au diagnostic de la migraine. Certains ont reçu cet étiquetage de la part du corps

médical tandis que d'autres n'ont jamais consulté pour ce trouble et se définissent eux-mêmes en tant que migraineux. Tous les participants disent avoir eu recours à des anti-douleurs pour calmer leurs migraines et certains rapportent avoir testé les bêta-bloquants, des anti-inflammatoires, des médicaments spécifiques pour la migraine comme des sprays, ou encore un des sujets dit avoir reçu un traitement en oxygène. Parmi les interviewés, la majorité révèlent une méfiance par rapport au discours médical avec un des sujets, Marc, faisant part au contraire de sa confiance dans la médecine. La plupart des participants disent en effet ne pas recevoir de réponse satisfaisante par rapport aux causes de leur migraine de la part des médecins, que ces derniers ne savent pas pourquoi ils ont ces douleurs et qu'ils formulent ainsi plusieurs hypothèses sur leur cas. Les traitements proposés sont vus comme n'étant pas efficaces ou comme induisant des effets secondaires indésirables, ce qui amène à une non-compliance et à mettre fin aux consultations médicales. De cette manière, la totalité des interviewés font part du cheminement thérapeutique entrepris pour tenter de trouver un soulagement à leurs maux. Au sein de ces itinéraires, le recours à l'ostéopathie et à la physiothérapie sont les plus fréquemment cités. La plupart des sujets disent avoir « tout essayé » et notamment des thérapies alternatives comme l'homéopathie, la sophrologie, l'acupuncture ou encore des huiles essentielles.

En ce qui concerne les relations professionnelles, cinq des participants rapportent un absentéisme à cause de leurs migraines, avec deux des sujets disant ne jamais avoir manqué l'école ou le travail en lien avec ces maux et un des interviewés n'évoquant pas la question. Trois des sujets relèvent un sentiment d'inefficacité au travail lors des migraines, deux d'entre eux font part de la pénibilité de souffrir de ces maux en travaillant et deux autres évoquent encore organiser leur travail en fonction des migraines, notamment en déléguant des tâches aux autres ou en planifiant de ne pas venir travailler les jours où les douleurs sont les plus intenses. Lors de crises de migraine au travail, certains disent prendre plus facilement des médicaments pour que la douleur passe et l'un des sujets, Christopher, évoque faire semblant d'aller bien pendant les rendez-vous importants. Quatre des participants partagent leurs perceptions des sentiments et des réactions des autres au travail vis à vis de leurs migraines et pensent notamment que leurs conduites ou leurs expressions faciales peuvent être mal interprétées. Un des sujets, Alexandre, fait aussi part de la pression sociale à être toujours au meilleur de ses capacités.

Au niveau des relations aux autres, la majorité des sujets révèlent un impact de la migraine sur le vécu de leur vie sociale avec seulement deux sujets évoquant peu ou pas d'effet sur celle-ci. La moitié des participants font part de ce qui a été catégorisé comme un sentiment de solitude en lien avec leurs migraines comme le fait de se sentir seul et de ne pas réussir à interagir avec les autres lors des crises. En évoquant leurs perceptions des sentiments et des réactions des autres, une partie des sujets font part d'un sentiment d'incompréhension et du fait qu'ils pensent que les autres croient qu'ils « tirent la gueule » et sont de mauvaise humeur lors des crises. Un certain nombre des interviewés émettent également une distinction entre leur rapport aux gens proches, qui comprennent leur état et savent qu'il faut les « laisser tranquille » pendant les migraines, et les gens moins proches qui eux ne les comprennent pas. Ces participants disent également adopter un comportement différent envers les personnes plus intimes avec qui ils « osent plus » se retirer et exprimer leur mal être ou leur colère, et à l'égard des individus plus éloignés avec qui ils ont plus tendance à « faire comme si de rien » et à ne pas faire part de leurs maux. Lors de situations sociales, deux des sujets partagent aussi le fait de prendre plus volontiers des médicaments pour « tenir le coup ». Certains des interviewés révèlent également que la migraine peut être source de malentendus, de tensions et de conflits, notamment avec la famille et leurs compagnons.

Les activités autres que professionnelles ont peu été abordées de manière générale au travers des entretiens. Pendant les crises de migraine, les interviewés font surtout part du fait de ne rien pouvoir faire. Une partie des participants évoque notamment le fait de devoir limiter leurs activités, principalement sportives, à cause des migraines.

7.3.3 Psychologique

En ce qui concerne les comportements adoptés lors des migraines, la majorité des individus interrogés rapportent tenter de couper le circuit de la douleur en ayant essentiellement recours à la prise d'anti-douleurs. Ils évoquent que de part leur expérience de la migraine, ils savent qu'ils doivent prendre rapidement un médicament dès les premiers signes d'une crise afin d'arrêter la montée de la douleur, car à partir d'un certain seuil le médicament n'aura pas d'effet. Certains expriment un tiraillement entre le fait d'attendre pour voir si la migraine va monter ou non et le fait de prendre tout de suite une substance de manière préventive. Tous les sujets, sauf Stéphanie, disent aller se coucher dans le noir et la majorité d'entre eux recherchent également le calme et la détente lors d'une crise. La moitié des interviewés se

retirent socialement et certains se font des massages, recherchent de la fraîcheur, boivent de l'eau, mangent quelque chose, attendent, essaient de dormir, se distraient au lieu de se concentrer sur la douleur et deux d'entre eux rapportent s'auto-persuader que la migraine va passer. Seulement un des sujets confie s'être tapé la tête très fort pour tenter de mettre fin à sa douleur et un autre participant raconte méditer et prendre un « cocktail » composé de Dafalgan et de café. Concernant les comportements préventifs que l'on retrouve au travers de plusieurs des entretiens, nous pouvons relever le fait d'avoir des médicaments sur soi, de réduire sa consommation d'alcool, de manger et de boire.

Tous les sujets partagent les différentes histoires de leur maladie avec des moments d'apparition, des durées, des intensités et des fréquences variant d'un récit à l'autre. La moitié des participants font part du caractère régulier de la crise et la majorité d'entre eux expriment également l'imprévisibilité des migraines, ainsi que l'irrégularité de leurs fréquences. Concernant le vécu du temps entre les migraines, les sujets qui abordent cet aspect évoquent le fait de plus apprécier ces moments et de se dépêcher de profiter de ces périodes pour faire les activités qu'ils ne peuvent pas faire pendant les crises. Le temps pendant les migraines est quant à lui majoritairement rapporté par les participants comme étant vécu de manière plus longue que ce qu'il est réellement. Parmi les facteurs déclenchant évoqués par les interviewés, nous retrouvons principalement la fatigue, l'alcool, la déshydratation ainsi que le stress. Deux des sujets font également part du fait d'anticiper les migraines. Concernant la projection de soi dans le futur et les projets de vie, la majorité des entretiens révèlent l'espoir d'avoir moins de migraines ou en tout cas de ne pas en avoir plus au fil du temps, ainsi que le fait de ne pas réussir à s'imaginer vivre toute sa vie avec la migraine.

Au niveau des émotions relevées au sein des entretiens, certains partagent le stress et l'angoisse d'avoir une crise de migraine dans des endroits problématiques comme les lieux inconnus, lors de la conduite ou au travail. Deux des individus interrogés font part de la préoccupation engendrée par la migraine et deux des sujets féminins expriment l'inquiétude découlant du fait d'imaginer que la douleur ressentie pourrait être le signe d'un autre trouble plus grave, comme une tumeur par exemple. Presque tous les participants évoquent aussi le caractère pénible des crises de migraine, certains faisant part du sentiment d'être usé par celle-ci ainsi que d'être déprimé, triste ou de n'avoir envie de rien. Au sein de plusieurs entretiens, nous retrouvons le fait d'être en colère à cause de la migraine et le cercle vicieux que cette émotion engendre en augmentant la douleur ressentie, puis le sentiment de colère.

La frustration lié au fait de ne pas pouvoir guérir de la migraine, le sentiment d'être démuni, ainsi que la souffrance, ont aussi été manifestés par certains des interviewés.

La majorité des sujets migraineux se présentent au travers des entretiens comme tolérant mieux la douleur que les autres, notamment de par leur expérience de nombreuses douleurs au cours de leur vie. Des sujets font en effet part du fait d'être « casse-cou » et d'aimer la prise de risque. La migraine est également souvent présentée comme étant une douleur pire que les autres formes de maux expérimentés. Deux des interviewés rapportent avoir le sentiment de pouvoir gérer leurs migraines tandis que de manière générale les sujets disent sentir un manque de contrôle face à la douleur. Pour la moitié des interviewés, la migraine est présentée comme une fatalité et la majorité des sujets font part du fait de s'être habitué à la douleur et de devoir accepter cette dernière. Dans tous les entretiens, nous retrouvons une comparaison aux autres avec la moitié des individus migraineux disant se sentir chanceux, moins pire que les autres et ne se voyant pas comme handicapé par la migraine. Deux des sujets se présentent au contraire comme pire que les autres de par leur condition. La majorité des sujets affirment ne pas avoir envie de se plaindre de leur état et de ne pas vouloir passer pour une victime et certains parlent même d'un combat avec la douleur. Dans plusieurs des entretiens, nous retrouvons également des références au fait d'être expert de son propre corps, d'appriivoiser la douleur et d'analyser cette dernière. Une partie des interviewés évoquent aussi un changement de soi engendré par l'expérience de la migraine.

Une multitude d'interprétations personnelles de la migraine sont ressorties au travers des entretiens. Trois des sujets féminins font notamment appel à une explication de la migraine par des facteurs génétiques, disant que des membres de leur famille souffrent également de ce trouble. La moitié des femmes interrogées mettent en lien la migraine avec leur période hormonale. Pour une partie des individus migraineux, leurs maux seraient liés à un accident, une chute ou une commotion, et donc à une certaine forme de choc à la tête. Dans deux des entretiens, une des explications possibles de la migraine est le fait d'être né par forceps. Des liens avec des problèmes de dents et de mâchoires sont également retrouvés dans plusieurs entretiens. Certains des participants expliquent aussi la migraine par la circulation sanguine, les nerfs, les tensions musculaires, les yeux, le manque de sommeil, la consommation d'alcool, des problèmes intestinaux ou encore la sensibilité au soleil. Chez cinq des sujets, dont les quatre femmes interrogées, un lien avec le stress, les tensions psychologique et la migraine a été exposé. Un des sujets fait également part du fait que sa migraine pourrait être

liée à une nervosité familiale. Certains des participants disent rechercher une explication à leur migraine et la majorité des individus interrogés expriment leur difficulté à trouver une explication à leurs maux.

Tableau 15 - Analyse comparative des entretiens

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Femmes				Hommes				
			J	S	P	V	A	D	C	M	
Corporéité	Sensations corporelles/symptômes	Signes précurseurs	-	-	X	X	X	X	X	X	
		Douloureux	-	-	-	-	X	-	-	X	
		Mal à la tête	X	X	-	-	-	-	-	-	
		Localisation	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Oppression	X	-	X	-	X	X	-	X	
		Poids	-	-	-	-	-	-	-	-	X
		Casque	-	X	-	-	-	-	-	-	-
		Tête énorme	-	X	-	-	-	-	-	-	-
		Douleur constante	-	-	-	-	-	-	-	X	-
		Pression	-	-	-	-	-	-	-	X	X
		Pincement	-	-	-	-	X	-	-	-	-
		Brûlure	-	-	-	-	X	-	-	-	-
		Décharge électrique	-	-	-	-	X	-	X	-	-
		Comparaison mordre ongle	-	-	-	-	X	-	-	-	-
		Plus pouvoir bouger/tenir debout/se lever	-	-	X	-	-	X	-	-	-
		Taper	X	X	X	-	-	X	X	-	-
		Montée	-	-	-	-	-	X	-	-	-
		Lancées	-	-	-	-	-	-	-	-	X
		Nausée	X	X	-	X	-	X	X	-	-
		Perte appétit	-	-	X	-	-	-	-	-	-
		Vomissements	X	-	X	-	X	-	X	X	X
		Sensibilité au bruit	X	-	X	X	-	X	-	X	X
		Sensibilité à la lumière	X	-	X	X	-	X	X	X	X
		Sensibilité aux écrans (TV, ordinateurs)	-	-	-	-	-	-	-	-	X
		Hypersensibilité	-	-	-	-	-	X	-	X	-
		Pas d'hypersensibilité	-	X	-	-	-	-	-	-	-
		Insomnie	-	-	-	-	-	X	X	-	-
		Pas de troubles de la vision	-	-	-	-	X	-	-	-	-
		Vision	-	-	-	-	-	X	-	-	-
		Auras	-	X	-	-	-	-	-	-	-
		Equilibre	-	-	-	-	-	X	-	-	-
		Vertiges	X	-	-	-	-	-	-	-	-
		Chaleur	-	-	-	-	-	-	-	-	X
	Douleur dans les membres	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Se faire réveiller par la douleur	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Posture	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Cicatrice qui gratte	-	-	-	-	-	-	-	X	-	
	Mémoire (séquelles accident)	-	-	-	-	-	-	-	X	-	
	Pas efficacité médicament	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
		Conséquences symptômes	Concentration	-	-	X	X	X	X	-	
			Activité cognitive	-	-	-	-	-	X	-	
			Fatigue	-	X	-	X	-	-	X	
			Moins efficace	X	-	-	-	-	-	-	
			Limitations physiques	-	-	-	X	-	-	-	
	« Dans les choux »		X	-	-	-	-	-	-		
	Représentations du corps/douleur	Connaître son corps/écouter son corps	-	-	-	-	-	X	X		
		Pas écouter son corps	-	-	-	-	X	-	-		
		Vraies VS fausses migraines	-	X	-	-	-	-	-		
		Intensité douleur	-	X	-	-	-	X	-		
		Nerfs de la douleur	X	-	-	-	-	-	-		
		Personnification	-	-	-	-	X	-	-		
		Dépersonnalisation	-	-	-	-	-	-	-		
		Douleur étrangère	X	-	-	-	-	-	-		
	Difficile à décrire douleur	-	-	-	-	-	-	-			

Analyse des résultats

		Utilité/sens	-	X	-	-	X	-	-	-	
		Relâchement	X	-	-	-	-	-	-	-	
		Energie	-	-	-	-	X	-	-	-	
		Langage	-	-	-	-	X	-	-	-	
		Balance/Equilibre	-	-	-	-	X	-	-	-	
		Cerveau doit se remettre	X	-	-	-	-	-	-	-	
		Temps	-	-	-	-	X	-	-	-	
		Complexité	-	-	-	-	X	-	-	-	
		Spécificités individuelles	-	-	X	-	-	-	-	-	
		Dysfonctionnement	-	-	X	-	-	-	-	-	
		Fragilité tête	-	-	-	-	-	-	X	-	
		Sommeil réparateur	-	-	-	-	-	-	X	-	
Sociologique	Relation monde médical	Diagnostic	X	X	X	X	X	-	X	X	
		Traitement	X	X	X	X	X	-	X	X	
		Envie de savoir	-	-	X	-	-	-	-	-	-
		Pas envie de savoir	-	-	X	-	-	-	-	-	-
		Confiance/méfiance discours médical	X	X	X	X	X	-	X	X	
		Cheminement thérapeutique	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Relations professionnelles	Absentéisme	X	-	X	X	X	-	X	-	
		Pas d'absentéisme	-	X	-	-	-	-	-	X	
		Inefficacité	X	X	-	X	-	-	-	-	
		Concentration	X	-	-	-	-	-	-	-	
		Organisation travail autour des migraines	-	-	-	X	-	-	X	-	
		Pénible	-	-	X	-	-	X	-	-	
		Comportement adopté	X	-	-	X	-	X	-	-	
		Perceptions des sentiments/réactions des autres	X	-	-	-	X	X	-	-	
		Jouer/Faire semblant de ne pas avoir mal	-	-	-	-	-	-	X	-	
		Pression sociale	-	-	-	-	X	-	-	-	
	Relations aux autres	Solitude	X	X	-	-	X	X	-	-	
		Perceptions des sentiments/réactions des autres	X	X	-	X	X	X	X	-	
		Anticipation des sentiments/réactions des autres	X	-	-	-	-	-	-	-	
		Réaction aux comportements des autres (gens proches VS moins proches)	X	-	-	-	-	-	-	-	
		Interprétations des autres	X	-	-	-	-	-	-	-	
		Gens proches VS moins proches	X	X	-	X	-	-	-	-	
		Comparaison aux autres	X	-	-	-	-	-	-	-	
		Famille	X	-	-	-	-	-	-	-	
		Prouver aux autres	-	-	X	-	-	-	-	-	
		Conflit	-	X	-	-	-	-	-	-	
		Soutien	X	-	X	-	-	-	-	-	
		Comportement adopté	-	-	-	X	-	X	-	-	
		Peu/pas d'impact	-	X	-	-	-	-	-	X	
	Activités	Inactivité	-	-	-	-	-	X	-	-	
		Limitations	-	-	-	X	X	-	X	-	
		Adapter comportement	-	-	-	-	-	-	X	-	
Psychologique	Comportements adoptés	Couper le circuit de la douleur	X	X	X	X	-	X	X	X	
		Sur-médication	-	-	X	-	-	-	-	-	
		Eviter médicament	-	-	-	-	-	X	-	-	
		Tiraillement prendre VS éviter médicament	-	-	-	-	-	X	-	-	
		Se coucher (dans le noir)	X	-	X	X	X	X	X	X	
		Se lever	-	-	-	-	-	-	-	X	
		Changer de position	X	-	-	-	-	-	-	-	
		Recherche calme/détente	X	X	X	-	X	X	X	X	
		Retrait social	-	X	-	X	X	X	-	-	
		Méditation	-	-	-	-	-	-	X	-	
		Massage	-	-	X	-	X	X	-	-	
		Recherche fraîcheur	X	-	X	-	-	-	-	X	
		Presser oeil	-	-	-	-	X	-	-	-	
Faire attention	-	-	-	-	X	-	-	-			

Analyse des résultats

		Se faire mal	-	-	-	-	X	-	-	-
		Boire (eau)	X	-	X	-	-	-	X	-
		Boire du café	-	-	-	-	-	-	X	-
		Manger	X	-	-	-	-	-	-	X
		« Cocktail » Dafalgan + café	-	-	-	-	-	-	X	-
		Attendre	-	X	X	-	-	-	X	X
		Essayer de dormir	X	-	-	X	-	-	X	-
		Distraction VS centration DL	-	-	-	X	X	-	-	-
		Arrêt activité	-	-	-	-	X	-	-	-
		Auto-persuasion	-	-	X	-	-	X	-	-
		Différences selon lieu	-	X	-	-	-	-	-	-
	Comportements préventifs	Avoir médicaments sur soi	X	-	-	-	-	X	-	-
		Se protéger la tête du soleil	-	-	-	-	-	X	-	-
		Réduction consommation alcool	X	-	-	-	-	-	-	X
		Bien dormir	-	-	-	-	-	X	-	-
		Régime	-	-	X	-	-	-	-	-
		Manger	-	-	-	-	X	X	X	-
		Boire	-	-	X	-	X	-	X	-
		Massage	-	-	-	-	-	X	-	-
	Temporalité	Histoire maladie	X	X	X	X	X	X	X	X
		Régularité	-	X	-	X	-	X	-	X
		Irrégularité	X	-	X	X	-	X	X	-
		Omniprésence	-	X	-	-	-	X	-	-
		Vécu temps entre migraines	X	X	X	-	X	-	-	-
		Vécu temps pendant migraines	X	X	-	-	X	X	X	X
		Facteurs déclenchant	X	X	X	-	X	X	X	-
		Anticipation	X	-	X	-	-	-	-	-
	Futur/Projets de vie	X	X	X	X	X	-	X	-	
	Emotions	Stress/angoisse	X	-	X	-	-	X	-	-
		Préoccupation	X	-	-	-	-	X	-	-
		Inquiétude	X	X	-	-	-	-	-	-
		Pénible	X	X	X	X	X	X	-	X
		Usé	X	-	X	-	-	-	-	-
		Tristesse/Dépression/Envie de rien	X	X	X	-	X	-	-	-
		Aigreur	-	-	-	-	X	-	-	-
		Colère	-	-	X	-	-	-	X	X
		Injustice	-	-	-	-	-	-	-	X
		Frustration	X	-	X	-	-	-	-	-
		Envie que ça s'arrête	-	-	-	-	X	-	-	-
		Culpabilité	-	-	-	-	X	-	-	-
		Souffrance	-	-	X	-	X	-	-	X
		Subir	-	-	X	-	-	-	-	-
		Démuni/désespoir	-	-	X	-	X	-	-	-
		Soulagement	X	-	-	-	-	-	-	-
	Gêne/honte/désévaluation de soi	-	-	X	-	-	-	-	-	
	Compassion	-	-	X	-	-	-	-	-	
	Présentation de soi	Tolérance douleur	-	-	X	-	X	X	X	X
		Contrôle	-	-	-	X	-	X	-	-
		Manque de contrôle/Hétéro-attribution	X	X	X	-	X	X	X	-
		Fatalité	-	X	X	X	-	-	X	-
		Acceptation/Habitude	-	X	X	X	X	-	X	-
		« Drogué »	-	-	X	-	-	-	-	-
		Autres pires que soi/ Chanceux/ Pas handicapé	X	-	-	X	-	-	X	X
		Pire que les autres	X	-	-	-	-	-	-	X
		Volonté	-	-	-	-	-	-	X	-
		Apprivoisement douleur	-	-	-	-	X	-	X	-
		Pas pouvoir s'habituer à la douleur	-	-	-	-	-	-	X	-
		Positif	-	-	-	-	X	-	-	-
		Combat	-	-	X	X	X	-	-	-
		Pas une victime/ Pas se plaindre	-	-	X	X	X	X	X	-
		Pas alcoolique	-	-	-	-	-	-	X	-
		Patient expert	-	-	-	-	X	-	-	X
		Plainte	-	-	-	-	-	-	-	-
		Se débrouiller par soi-même	-	-	X	-	-	-	-	-

		Curiosité/S'analyser	-	-	X	-	X	-	-	-
		Prise de risque/ Casse-cou Sportif	-	-	-	X	X	-	-	-
		Se faire des films	-	-	-	-	-	-	X	-
		Aimer faire la cuisine	-	-	-	-	X	-	-	-
		Aimer le calme	-	-	-	-	-	-	X	-
		Pas d'amis (humour ?)	-	-	-	-	-	-	X	-
		Adolescence	-	-	-	-	X	-	-	-
		Changement de soi	-	-	X	-	X	-	X	-
	Interprétations personnelles	Génétique	X	-	X	X	-	-	-	-
		Période hormonale	-	-	X	X	-	-	-	-
		Drogue/ Arrêt cannabis	-	-	-	-	X	-	-	-
		Plongeon	-	-	-	-	X	-	-	-
		Casser qqch	-	-	-	-	X	-	-	-
		Accident/chute/commotion	-	-	-	X	-	-	X	X
		Forceps	X	-	-	-	-	-	-	X
		Mâchoire/dents	-	-	X	-	X	X	-	-
		Nuque	-	-	-	-	-	X	-	-
		Circulation sanguine/Nerfs	-	X	-	-	X	-	-	-
		Particularité neurologique (hyperactivité/épilepsie)	-	-	-	-	X	-	-	-
		Pression atmosphérique	-	-	-	-	X	-	-	-
		Localisation	-	-	-	-	X	-	-	-
		Relâchement du stress	-	-	-	-	-	-	-	X
		Stress/tension psychologique	X	X	X	X	X	-	-	-
		Tensions musculaires	-	X	-	X	-	-	-	-
		Nervosité familiale	-	-	-	-	-	-	-	X
		Yeux	-	X	-	X	-	-	-	-
		Fatigue/ Manque de sommeil	X	X	-	-	-	-	X	-
		Alcool	X	-	-	-	-	-	-	X
		Thé/Café	-	X	-	-	-	-	-	-
		Alimentation	-	X	-	-	-	-	-	-
		Psychologique et physique	-	-	X	-	-	-	-	-
		Problèmes intestinaux	X	-	X	-	-	-	-	-
		Foie	-	-	X	-	-	-	-	-
		Facteurs psychologiques	-	-	X	-	-	-	-	X
		Emotions	-	-	-	X	-	-	-	-
		Rupture amoureuse	-	X	-	-	-	-	-	-
		Lien tremblement-migraine	-	-	X	-	-	-	-	-
		Sport	-	-	-	-	-	-	X	-
		Facteurs météo	-	-	-	-	-	-	-	X
		Sensibilité au soleil	-	-	-	X	-	-	-	X
		Être actif VS passif	-	-	-	X	-	-	-	-
	Seuils douleurs	-	-	-	-	-	-	X	-	
	Explication régularité	-	-	-	-	-	-	-	X	
	Difficulté à trouver explication/pas d'explication	-	X	X	X	X	X	-	X	
	Recherche explication	X	X	-	-	X	-	-	-	
	Cherche pas autres causes	-	-	-	-	-	X	-	-	

7.4 Analyse comparative des entretiens entre hommes et femmes

Ayant un nombre équivalent d'hommes et de femmes parmi les participants de la recherche, il est possible de comparer les entretiens selon le sexe. Dans la partie suivante, les divergences entre les sujets féminins et masculins seront mises en lumière à l'aide de la grille d'analyse comparative des entretiens (voir tableau 15 ci-dessus).

7.4.1 Corporéité

Au travers des entretiens, nous ne relevons pas de grandes différences selon le sexe au niveau des sensations corporelles et des symptômes évoqués par les participants. Certains des

hommes rapportent ressentir une pression et/ou une décharge électrique lors des migraines alors que les femmes ne font pas référence à ces sensations particulières. Les interviewées sont un peu plus nombreuses que les hommes à relater des nausées accompagnant les migraines. Quelques uns des sujets masculins font également part d'une hypersensibilité et d'insomnies en lien avec leurs maux de tête, tandis que les femmes ne partagent pas ces symptômes.

Au niveau des conséquences des symptômes sur l'individu souffrant de migraine, nous ne remarquons pas de distinctions flagrantes entre les sexes. Il existe des différences interindividuelles en ce qui concerne les représentations du corps et de la douleur, mais pas de divergences spécifiques entre les hommes et les femmes. Toutefois, nous pouvons relever que deux des sujets masculins rapportent l'importance d'être à l'écoute de leur corps, ce qui n'est pas ressorti des entretiens avec les sujets féminins.

7.4.2 Sociologique

Au travers des entretiens, nous ne remarquons pas de différences marquées entre les hommes et les femmes au niveau de la relation au monde médical. Concernant les relations professionnelles, nous ne relevons également pas de grandes différences entre les sexes. Les femmes font toutefois part du sentiment d'inefficacité au travail lors des migraines tandis que les hommes n'expriment pas cette sensation là. En ce qui concerne les relations aux autres, la moitié des hommes et de femmes interrogés expriment un sentiment de solitude en lien avec la migraine. Le sentiment d'isolement social apparaît ainsi comme partagé par certains des individus souffrant de migraine, sans distinction entre les sexes. D'autre part, seules les femmes émettent une différence entre la relation aux proches et aux personnes moins intimes et rapportent également recevoir du soutien de la part de leur entourage. Au niveau des activités, nous n'observons pas de grandes divergences entre les sexes. Les hommes évoquent néanmoins de manière plus fréquente l'inactivité ainsi que les limitations engendrées par la migraine.

7.4.3 Psychologique

En ce qui concerne les comportements adoptés face à la migraine, nous ne remarquons pas de différences flagrantes entre sexe. La seule divergence relevée se trouve au niveau de la recherche de distraction avec certains des sujets féminins évoquant cette conduite tandis

qu'aucun des sujets masculins ne décrit celle-ci. Au niveau des comportements préventifs de la migraine, il existe principalement des différences interindividuelles. Nous apercevons toutefois que la majorité des hommes font attention à manger suffisamment pour éviter le déclenchement d'une migraine, tandis que les femmes ne font pas part de ce comportement.

Concernant la catégorie de la temporalité, des différences genrées de vécu du temps en lien avec les migraines peuvent être mises en évidence. Les femmes ont en effet plus tendance à anticiper les crises et à se projeter dans l'avenir avec les migraines que les hommes. Ces derniers sont plus centrés sur le moment présent et le vécu du temps pendant la crise de migraine.

Au niveau des émotions rapportées par les participants, les femmes font plus volontiers part de l'inquiétude et du stress liés aux crises de migraines que les individus de sexe masculin. Les sujets féminins sont également plus nombreux à se sentir frustrés, usés et déprimés à cause de la migraine. Les hommes quant à eux ont légèrement plus tendance à rapporter de la colère.

Quelques différences au niveau de la présentation de soi sont ressorties des entretiens. La totalité des hommes disent par exemple avoir une meilleure capacité à tolérer la douleur que la moyenne, contre un seul des sujets féminins. De la même manière, les individus de sexe masculin font plus référence à leur facilité d'appivoiser la douleur, à leurs connaissances sur la migraine et au fait de ne pas se plaindre de leur condition que les femmes. Ces dernières sont quant à elles plus nombreuses à évoquer une certaine fatalité vis à vis de la migraine et à dire qu'elle se sont habituées ou ont accepté leur état.

En ce qui concerne les interprétations personnelles des interviewés, nous observons différents types d'explication entre les sexes. Aucun des sujets masculins n'invoque une cause génétique à sa migraine, tandis que la majorité des femmes font appel à ce facteur. La moitié des sujets de sexe féminin évoquent la période hormonale en lien avec le déclenchement des migraines contrairement aux hommes. Chez les sujets masculins, nous retrouvons plus volontiers une mise en lien de l'apparition de la migraine avec des événements traumatiques comme un accident, la prise de drogues, une chute ou une opération qui s'est mal passée par exemple. Les femmes font plus référence aux tensions psychologiques, aux tensions musculaires, ainsi qu'aux problèmes oculaires et intestinaux, comme facteurs explicatifs que

Analyse des résultats

les hommes. De manière générale, les femmes invoquent plus volontiers des causes psychologiques que les hommes plus centrés sur les facteurs physiques ou environnementaux en lien avec la migraine.

8. DISCUSSION

Dans la partie suivante, nous allons discuter des résultats de la recherche en lien avec la partie théorique exposée. Il s'agira de tenter de répondre aux questionnements de recherche présentés précédemment qui portent sur les incidences subjectives de la migraine, les significations autour de la douleur, les répercussions corporo-socio-psychologique de la migraine, les liens entre le soma et la psyché dans la douleur et le rôle du psychologue de la santé dans la prise en charge de la souffrance. En reprenant les trois thèmes principaux dégagés par l'analyse thématique de contenu, les données issues des entretiens seront interprétées à la lumière de l'histoire de la migraine, du modèle biomédical, du modèle bio-psycho-social, de l'approche psychanalytique, de la phénoménologie ainsi que du modèle corporo-socio-psychologique. Les interprétations personnelles du chercheur seront également proposées. Nous aborderons la corporéité, le sociologique et la psychologique de manière successive, mais nous nous efforcerons de relier ces trois dimensions entre elles. Ensuite, nous considérerons les pistes de prise en charge de la migraine ainsi que la place du psychologue de la santé dans le domaine de la douleur. Pour finir, les apports et les limites du modèle corporo-socio-psychologique ainsi que les difficultés rencontrées lors du travail de recherche seront traités.

8.1 Les dimensions corporo-socio-psychologique de la migraine

8.1.1 Corporéité

Le questionnement de recherche en lien avec le thème de la corporéité porte sur les répercussions de la migraine au niveau du corps vécu et peut se formuler ainsi : De quelle manière la migraine affecte l'expérience du corps de l'homme en souffrance ?

Sensations corporelles et symptômes

L'analyse des entretiens a permis de montrer les différentes sensations physiques éprouvées lors des crises de migraine. Nous pouvons catégoriser ces ressentis selon les trois types de sensibilités internes de l'individu, présentées dans le modèle corporo-socio-psychologique (Santiago-Delefosse, 2002). Au niveau de l'intéroceptivité, les interviewés rapportent des changements dans leurs sensations physiques internes lors des crises de migraine. En effet, ceux-ci sentent, par exemple, des pulsations dans les tempes, souffrent de nausées ou encore

de bouffées de chaleurs. En ce qui concerne les sensibilités proprioceptives, les individus font part des vertiges, des perturbations de l'équilibre et des troubles de la mobilité qu'ils éprouvent à cause des migraines. « *Même l'équilibre, ça alors clairement ça + j'ai ma balance qui part dans tous les sens euh ouais. Mais ouais justement un peu tous les sens sont atteints quoi.* » (D, 609-610, p.19). Julie raconte encore souffrir de douleurs musculaires et ne pas réussir à trouver de posture où elle se sente bien lors d'une crise, comme Pauline. « (...) *t'as beau faire toutes les positions du MONDE, tu peux même faire euh la position du lotus ou je sais pas quoi, ça ne te détend pas du tout.* » (P, 399-400, p. 12). Les entretiens ont également révélé des modifications au niveau de l'extéroceptivité. En effet, les participants de la recherche expriment ressentir la lumière et le bruit comme une agression, souffrir de perturbations visuelles et éprouver une hypersensibilité générale aux objets extérieurs. De cette manière, la migraine bouleverse la perception des sensations internes, de la position et du mouvement du corps ainsi que du monde externe.

Si nous replongeons dans l'histoire de la migraine, nous pouvons voir que les récits des sensations corporelles et des symptômes de la migraine donnés par les interviewés ressemblent fortement à la description de la migraine proposée par Arétée en 200 avant J-C (Sacks, 1986, p. 21-22). En effet, nous retrouvons les mêmes références à la localisation de la douleur (parfois d'un côté de la tête et parfois touchant l'entier de celle-ci), la sensation d'avoir la tête lourde, l'évocation de symptômes « inconvenant et atroces » comme les nausées, les vomissements, la difficulté à tenir debout, la sensibilité au bruit et à la lumière ainsi que l'angoisse. Le sentiment que la douleur « tape » rejoint également la qualité « pulsative » de la douleur proposée par Galien dans l'Antiquité. Ainsi, les répercussions de la migraine au niveau du corps semblent perdurer au travers des siècles.

Par ailleurs, les entretiens de recherche ont démontré que les individus ne s'attardent pas à décrire de manière conforme leur ressenti physique mais attribuent des significations à ce dernier. Les sensibilités internes donnent effectivement lieu à une « activité diffuse de représentation » (voir modèle corporo-socio-psychologique, annexes 1, figure 2). Nous pouvons apercevoir ce travail cognitif au travers du discours utilisé par les sujets pour parler des migraines. En effet, les interviewés font appel à diverses images pour décrire leurs sensations physiques. Afin d'explicitier un sentiment d'oppression, les participants disent, par exemple, avoir l'impression d'avoir « *la tête prise dans un espèce d'étau* » (J, 210-212, p. 7), de porter un « *casque* » (S, 7-8, p. 1), d'avoir « *un espèce de bandeau qui me ressert le crâne* »

de façon très charmante (rire) » (P, 8-12, p.1) ou encore d'avoir « un crâne trop étroit pour ce qu'il y a à l'intérieur » (J, 13-14, p. 1). Les sujets expriment également le sentiment d'avoir « une tête énorme » (S, 110-111, p. 4) ou de sentir un « poids » (177-178, p. 6) pour évoquer la sensation de lourdeur lors des migraines. Valentine dit avoir une « barre » (V, 328, p. 10) sur le front lorsqu'elle aborde la localisation des douleurs et Christopher rapporte avoir l'impression d'être dans le « brouillard » (C, 464-475, p. 14-15) à cause de la pression à la tête dont il souffre. Afin de rendre compte des lancées provoquées par les migraines, Pauline prend encore l'image d'un pic-vert qui tape contre un tronc d'arbre : « C'est vraiment un petit (bruit aigu), le pic-vert qui (elle sert les doigts ensemble et les agite rapidement) tape contre le tronc c'est un peu ça quoi. » (P, 389-390, p. 12). Enfin, certains participants comparent la migraine avec d'autres types de sensations comme la brûlure, le fait de se mordre l'ongle ou encore les décharges électriques, afin d'explicitier leur ressenti physique. Les entretiens montrent ainsi que l'individu n'est pas que le terrain de réactions physiologiques mais donne naissance à des représentations mentales à partir de son expérience de la migraine.

Au travers du discours des participants, nous pouvons également mettre en évidence une forme d'objectivation ou de personnification de la douleur. Les interviewés disent en effet pour décrire la migraine que « c'est comme si y'avait quelque chose qui appuyait dessus » (D, 236-238, p.7-8) la tête ou que « ça vient cogner sur les tambours dans ma tête quoi » (D, 605-607, p.18-19), par exemple. De cette manière, la migraine est présentée comme un objet qui agit sur la tête de l'individu. Les participants parlent également de la douleur en disant : « (...) t'as l'impression qu'on te COGNE dessus avec un marteau, tu tombes hein. » (P, 332, p.10) ; « (...) l'impression qu'on me martèle la tête d'un côté » (J, 3-4, p. 1) ; « (...) tu parles à ton mal. Tu deviens un p- c'est presque fai- mais tu tu lui parles, tu lui dis "ben écoute tu es là, dis moi peut-être POURQUOI ? Est-ce que tu as quelque chose à m'apprendre sur moi ? ". Tu vois essayer de la questionner cette douleur. » (A, 127-130, p. 4). Nous retrouvons aussi une terminologie guerrière dans les témoignages des individus souffrant de migraine. « Mais MAINTENANT je suis dans une optique où je suis seule face à ça et où je dois me débrouiller par moi-même, où je dois trouver des stratégies, où je dois trouver des astuces qui feront que + que les jours se passent mieux et que si une migraine arrive, j'ai des stratégies pour lutter contre, j'ai des armes. C'est bête, ça so- c'est un peu ++ un peu tiré par les cheveux quand t'y pense mais + quand tu vis avec ça depuis presque 10 ans ++ t'es obligé. T'es franchement obligé sinon tu deviens dingue quoi » (P, 547-549, p.17) ; « Donc ben au bout d'un moment tu fais quoi ben tu te lèves pis tu + tu marche en boitant et pis mais voilà. Au

moins tu marches quoi » (P, 536-537, p.16). Les sujets semblent ainsi attribuer des caractéristiques humaines à la migraine et se représenter mener un combat avec elle lors des crises. Nous nous rapprochons alors des textes de Sophocle où la douleur était perçue comme un être venant attaquer l'homme souffrant. De cette manière, la migraine apparaît comme un objet physique, ou parfois un sujet, qui agresse l'individu et va jusqu'à prendre possession de lui pour ne faire plus qu'un.

Nous trouvons d'ailleurs dans les entretiens l'envie d'extirper cette douleur qui possède le corps. « *Moi je me touchais l-, je me caressais l- (...) Les veines et ce que je pouvais toucher avec mes mains, je pouvais pas rentrer dedans quoi tu vois (rires) (...) Ca commence à devenir grave (rires) (...) Je me pressais l'œil HYPER profond* » (A, 325-333, p. 10). L'individu en vient ainsi à s'automutiler pour tenter d'exterminer la douleur. Ne parvenant pas à atteindre la source du mal, le sujet pourrait même envisager l'autodestruction pour tuer cet ennemi intérieur. En effet, nous trouvons au sein des entretiens plusieurs références à ce désir de mourir lors des crises de migraines : « *Ah ouais c'est sûr quand t'as des VRAI migraines t'as envie d'en crever hein ! C'est c'est non c'est vrai c'est une douleur qui est, non c'est c'est horrible quoi !* » (M, 491-492, p. 15) ; « *(...) c'est des choses qui sont + qui sont obligées sinon tu te + tu te TUES quoi* » (A, 16-17, p. 1) ; « *+ si y a rien à faire et ben tu tu te PENSIS quoi enfin tu PEUX PAS vivre avec ça* » (P, 589-590, p.18).

Cette envie de mort partagée par les individus peut être saisie à l'aide des concepts de la phénoménologie. Selon cette approche, ce désir pourrait être lié à la condamnation des « horizons des possibles » que provoque la douleur. Coincé dans un présent qui n'est que douleur et ne trouvant pas d'issue à cette prison du *hinc et nunc*, la mort pourrait alors être envisagée comme une fuite possible. L'individu migraineux pourrait ainsi être tenté d'ouvrir les portes d'un Au-delà impénétrable par la douleur. Ce non-sens insoutenable de la douleur ne pourrait effectivement être résolu que par sa propre mise à mort.

Du point de vue de la psychanalyse, ce désir de mourir pourrait être expliqué par la mise en danger que représente la douleur pour l'intégrité psychique. Ne réussissant pas à expulser cette douleur qui trouble les limites entre l'intériorité et l'extériorité, l'individu pourrait être amené par ses pulsions d'auto-conservation du Moi à ne trouver que la mort comme moyen

de taire cette « pseudo-pulsion ». Ne supportant plus cette douleur incarnée dans sa chaire, l'individu envisagerait ainsi la mise à mort de son enveloppe charnelle en espérant libérer son esprit vers des horizons meilleurs.

Nous pourrions également interpréter ces différents témoignages ci-dessus comme une forme de dépersonnalisation. N'acceptant pas la présence de la douleur en soi, l'individu tenterait ainsi de mettre à distance le mal qui le ronge par l'objectivation ou la personnification de celui-ci. Le recours à la troisième personne du sujet par certains des interviewés pourrait également être perçu comme une distanciation de cette douleur. « (...) *t'as juste qu'une envie c'est de + je sais pas qu'on te tape sur la tête pour arracher ce truc qui te tape dans la tête enfin c'est HORRIBLE.* » (J, 137-138, p. 5). Plus la douleur accapare le corps, plus ce dernier deviendrait étranger à soi. « *Donc euh ++ pis ouais aussi ta vie se résume à CA au bout d'un moment. + T'es plus quelqu'un, t'es une espèce de migraineuse qui se traîne un peu de gauche à droite et je veux pas non plus + être ça quoi.* » (P, 537-540, p.16). Pauline rapporte même ne plus se considérer comme étant une personne, mais comme étant réduite à sa migraine. La douleur semble ainsi prendre possession de l'être et le dénuder de sa capacité d'action. Ce phénomène de dépersonnalisation pourrait aider à comprendre comment les individus souffrant de douleur chronique peuvent être amenés à se suicider. Centré sur la mise à mort de la douleur, l'individu pourrait effectivement, dans un acte désespéré, mettre en danger son corps, otage de l'ennemi douloureux et qu'il ne reconnaît plus comme sien. « Quand la douleur colle à ce point à la peau, il faut sacrifier la peau pour acquitter une fois pour toute le prix de la douleur » (Le Breton, 1995, p. 38).

L'analyse des entretiens a également permis de mettre en évidence le fait que les sujets interprètent leurs sensations physiques. En effet, les interviewés évoquent parvenir à identifier certains signes du corps comme annonciateurs de la migraine. Ces indicateurs peuvent être perçus comme faisant partie de la phase de *prodrome* identifiée par Blau (1987 cité par Arulmozhi et al., 2005). Cette interprétation des sensations du corps amènerait l'individu à tenter de couper la montée de la migraine, souvent par la prise de médicaments. Ainsi, le sujet porte une attention particulière aux changements de ses sensibilités internes afin de tenter de prédire la migraine et de mettre fin à celle-ci avant qu'il ne soit trop tard.

Conséquences des symptômes

Au niveau des conséquences des symptômes de la migraine, les participants de la recherche proposent des explications quant à l'expression de ceux-ci. David avance, par exemple, que les perturbations de sa concentration et de son fonctionnement intellectuel lors des crises de migraine sont liées au fait que la douleur agit sur le cerveau. « (...) *la douleur à la tête c'est le seul truc qui genre + qui qui qui casse enfin qui coupe plein de fonctionnements intellectuels quoi. C'est c'est enfin y a un vrai ouais c'est un peu au même endroit quoi. C'est une vraie ++ action sur le cerveau, c'est un peu cette impression que ça me donne.* » (D, 578-579, p.18). L'interviewé met ainsi en lien son ressenti avec la localisation de la douleur. Les sujets de la recherche évoquent également les sensations éprouvées à la suite des crises de migraine. Ces symptômes, conformes à la phase de *postdrome* mise en évidence par Blau (1987 cité par Arulmozhi et al., 2005), font aussi l'objet d'interprétations. Selon Valentine et Christopher, la fatigue est le résultat de la lutte contre la migraine lors de la crise, par exemple. De la même manière, Julie explique : « *Euh bon ben pendant deux jours après j'ai eu quand même un reste, c'est à dire l'impression de pas être au top de ta forme, d'avoir la tête prise, mais pas une douleur comme ça qui tape. + Ouais c'était, il fallait, un peu comme si, je sais pas, le cerveau devait se remettre. Mais c- j'étais un peu dans les choux quoi.* » (J, 171-175, p. 6). De cette manière, l'interviewée perçoit la migraine comme venant perturber le cerveau.

Représentation du corps

Ce qui attire à la corporéité ne s'arrête pas aux symptômes et aux sensations physiques dans les entretiens, mais les participants expriment également une certaine représentation du corps et de la douleur. Les sujets rapportent notamment être plus à l'écoute de leur corps et mieux connaître son fonctionnement grâce à l'expérience de la migraine. Cette dernière les amène effectivement à se représenter le mécanisme de la douleur. Par exemple, Julie explique la migraine par l'activation de « *nerfs de la douleur un peu annexe* » (J, 212-214, p. 7) et Alexandre dit que : « *Alors on dirait que c'est, comment je la conçois dans mon esprit c'est vraiment un muscle ou je sais pas une partie de la chaire où par la pression, le sang va partir. Et pis un petit peu de déstructuration du tissu parce que il a pas l'habitude d'être pressé comme ça à cet endroit. Et ensuite le fait de le re-presser dans l'autre sens va remettre du sang dans la partie qui était un peu déstructurée et ça crée des douleurs très très aigües.* » (A, 313-317, p. 10). Le vécu de la migraine amène ainsi à prendre conscience de son enveloppe corporelle et à se représenter le cheminement de la douleur dans le corps.

Du fait de ces expériences douloureuses répétitives, les individus interrogés ont également révélé être devenus experts de leur propre corps. Nous retrouvons ici les propos de la phénoménologie, qui avance que la douleur rappelle à l'homme son fondement biologique, ainsi que les considérations de la psychanalyse, qui propose que l'expérience douloureuse permet à l'individu de mieux se représenter son propre corps. Au fil des épisodes douloureux, l'individu souffrant de migraine dit en effet avoir appris à reconnaître les signes annonciateurs de celle-ci et à apprivoiser la douleur. Nous nous éloignons alors ici des considérations biomédicales du médecin en tant qu'expert de la carrosserie humaine en redécouvrant la richesse des connaissances de l'individu en prise directe avec ce mal. De cette manière, la douleur peut être vue comme rappelant à l'homme son ancrage corporel et donc sa finitude humaine. Lorsqu'il est en bonne santé, l'individu tend en effet à oublier son fondement biologique et ce n'est que lorsque touché par la douleur ou la maladie que la conscience de son enveloppe charnelle se révèle.

D'autre part, l'analyse des entretiens a mis en lumière les différentes classifications de la douleur opérées par les individus. Certains des interviewés émettent en effet une distinction entre la « vraie » migraine et la « fausse migraine » ou entre le mal de tête et la migraine. Christopher distingue encore la pression du mal de tête et de la migraine. Ces différentes catégorisations se basent sur l'intensité de la douleur ainsi que sur les sensations physiques observées. Nous pouvons noter que ces classements rapportés dans les entretiens ne correspondent pas aux classifications et au vocabulaire de la médecine. L'individu semble ainsi attribuer des significations à la douleur et au corps qui donnent lieu à un « corps sujet » qui diverge du « corps objet » du modèle biomédical. Selon Good (1994, p. 116), la médecine offre en effet une représentation objective du corps malade tandis que celui qui souffre ne perçoit pas son corps comme un objet physique mais comme une partie de soi.

La migraine affecte ainsi les trois types de sensibilités internes de l'individu et exacerbe le vécu du corps. La perception de modifications à ces trois niveaux va alors stimuler l'activité cognitive du sujet. Ce dernier ne reste en effet pas passif face à ces perturbations physiologiques mais donne sens à celles-ci, les interprète, les explique ainsi que les catégorise. Par la suite, ces différentes représentations mentales autour de la migraine vont orienter le comportement de l'individu.

8.1.2 Sociologique

Plusieurs questions de recherche peuvent être formulées au niveau de la dimension sociologique : Comment l'individu en vient à se considérer comme migraineux ? Quel rapport entretient-il avec le monde médical ? Quel est son itinéraire thérapeutique ? De quelle manière la migraine affecte ses relations professionnelles, sociales et ses activités en générale ?

Relations médicales

Il a été vu dans l'analyse des entretiens que la migraine touche la dimension sociale de l'individu à différents niveaux. En ce qui concerne les relations au monde médical, les résultats de la recherche révèlent que différents chemins peuvent mener au diagnostic de migraine. En effet, ce dernier ne résulte pas seulement de consultations médicales, mais les sujets font appel à diverses sources d'information pour catégoriser leurs symptômes. Julie est, par exemple, arrivée au diagnostic de migraine en comparant ses maux à ceux de son frère et de sa mère, tous deux migraineux, et en lisant un fascicule de critères diagnostiques de la migraine appartenant à son frère. David, quant à lui, se considère comme migraineux après avoir discuté de ses troubles avec des proches travaillant dans le domaine médical. Ainsi, l'étiquetage de la migraine ne découle pas forcément du diagnostic biomédical selon les critères de l'IHS, mais les individus peuvent se diagnostiquer eux-mêmes leur mal par l'interprétation des signes du corps et le recours aux connaissances de l'entourage. Autrui semble donc jouer un rôle important dans la définition de soi en tant que migraineux.

Au sein de l'entretien de Pauline, nous avons pu relever des contradictions dans son discours entre son désir de savoir de quoi elle souffre et son envie de ne pas recevoir d'étiquette diagnostique. En effet, l'interviewée rapporte à la fois vouloir mettre un nom sur ses troubles et ne pas être diagnostiquée d'épileptique. De part sa profession d'enseignante scolaire, cette catégorisation pourrait effectivement remettre en question sa capacité à travailler avec des enfants. Nous pouvons ainsi voir que les diagnostics médicaux peuvent avoir des répercussions concrètes et néfastes sur la vie de l'individu en souffrance. Les nombreuses résistances au traitement relevées dans les entretiens pourraient également être interprétée comme un moyen de refuser l'étiquette de « malade ». Ces réticences à rentrer dans une case diagnostique peuvent représenter un frein aux consultations médicales et au suivi des traitements thérapeutiques proposés. Les professionnels de la santé devraient donc prêter une

attention particulière aux conséquences possibles d'un diagnostic sur le patient et explorer les craintes de l'individu par rapport à celui-ci.

Au travers de l'analyse des entretiens, nous avons pu observer que la plupart des sujets ne consultent plus directement le corps médical pour leurs migraines, mais font appel à la médecine de manière détournée. « *Peut-être je le ferais (IRM) quand je ferais un check total de mon corps, voir vraiment si + au passage regarder ce que j'ai.* » (A, 356-358, p. 11) ; « *(...) pis à l'ocaz "ah ouais enfaite j'ai eu des migraines, vous pouvez un peu euh regarder". Alors du coup ben voilà, je fais un peu des ++ des check-up quoi.* » (P, 503-507, p. 15). Alexandre n'a, par exemple, pas subi d'IRM malgré l'important choc reçu à la tête lors d'un plongeon et ne veut pas subir de tests juste pour ça. David et Julie n'ont, quant à eux, jamais consulté de médecins spécifiquement pour leurs migraines. Nous pouvons supposer que ces comportements reflètent une forme de réticence à connaître réellement les causes de leurs maux. Le sujet préfère alors vivre dans le doute plutôt que de prendre le risque de se voir diagnostiquer un trouble neurologique plus sérieux que la migraine, qui pourrait avoir un impact important sur sa vie.

D'un autre côté, les participants de la recherche font part du côté rassurant du diagnostic médical. « *(...) mais au moins voilà t'as un diagnostic, tu sais que voilà tu es ça, tu as des migraines parce que CA. Et je trouve que c'est VACHEMENT rassurant de savoir que ça c'est ++ plutôt que là tu vois tu flottes quoi, t'es dans un espèce de flou (...)* » (P, 492, p.15). Lorsque confronté à des sensations physiques qui sortent de l'ordinaire, les individus se mettent à imaginer ce qui pourrait causer un tel cri du corps. Deux des interviewées (S, V) confessent d'ailleurs avoir imaginé souffrir d'une tumeur au cerveau à cause de leurs maux de tête. Ces interprétations vont alors susciter une réaction émotionnelle d'angoisse. « *Mais c-ouais c'était le dernier recours pis après je me suis dit "si ça passe pas, je vais à l'hôpital parce que". J'avais peur que ce soit autre chose enfaite. C'était TELLEMENT violent (...)* » (J, 162-169, p. 5). Puis, l'individu va souvent se tourner vers le pouvoir médical qui va utiliser des outils, la plupart du temps une IRM, pour l'aider à déterminer si ce dont souffre le patient est « normal » ou non. Nous pouvons interpréter ce comportement comme une forme de stratégie de coping³ centrée sur le problème. Dans cette perspective, l'entreprise

³ Les stratégies de coping peuvent être définies comme un moyen de faire face à une situation perçue comme menaçante. Ces stratégies ont « (...) pour objectif de rétablir le contrôle de la situation considérée comme stressante » (Doron & Parot, 2005, p. 166).

d'un test pourrait être perçue comme un mécanisme de coping visant à réduire le sentiment de stress. Le résultat négatif à une IRM, par exemple, permettrait alors d'atténuer l'anxiété ressentie.

Cette catégorisation de « migraineux » va ensuite orienter l'action de l'individu et l'amener à tenter de traiter son trouble. Si l'individu est suivi par un médecin, ce dernier va alors, bien souvent, lui prescrire un traitement. Les différents traitements médicaux rapportés par les sujets correspondent aux thérapeutiques symptomatiques ou préventives généralement proposées par la médecine. Malgré ces prescriptions médicales, un bon nombre des participants avouent ne pas suivre les traitements recommandés. Ces différences de comportement face aux traitements proposés semblent influencées par le rapport au monde médical. Nous pouvons expliciter ce propos en comparant l'itinéraire thérapeutique de Marc à celui des autres interviewés. Marc est, en effet, le seul des sujets à avoir suivi le traitement médical prescrit par son médecin et à avoir été guéri grâce à celui-ci. Contrairement aux autres, Marc exprime dans son discours une confiance accordée au monde médical. L'interviewé oppose effectivement la médecine occidentale, perçue comme une « vraie médecine » avec des « vrais traitements », aux autres types de médecines, comme l'homéopathie par exemple, perçues comme des « fausses médecines » avec des « faux traitements ». *« Mais par contre après un moment donné j'avais quand même fini par aller voir un médecin, enfin ils sont médecins les homéopathes mais faire un vrai traitement euh (...) » (M, 88-99, p. 3).* Les autres interviewés semblent se trouver dans un rapport de méfiance vis à vis du monde médical. Ceux-ci évoquent, en effet, l'insatisfaction des explications médicales, la difficulté à comprendre le langage de la médecine, l'attribution de leurs maux à des facteurs psychologiques de la part des médecins ou encore le fait de ne pas être rassurés par ces derniers. *« (...) et pis après je suis pas vraiment allée plus loin parce que voilà oui on m'a dit "ça peut être tes yeux, machin" (soupir). Ouais moi j'aime pas trop les médecins (rire) » (V, 57-58, p. 2).*

Ces différentes visions du monde de la médecine peuvent être mises en lien avec les perceptions discordantes de l'efficacité des traitements médicaux. Pour sa part, Marc exprime sa conviction dans l'efficacité du traitement au bêta-bloquant prescrit par son médecin. L'interviewé explique même sa croyance en l'efficacité des thérapeutiques médicales par sa formation scientifique. *« C'est vrai que si ça n- si le euh le fait de prendre du bêta-bloquant ça devait ne plus être efficace, euh j'essaierais d'autres trucs. Mais je me tournerais*

plus alors vers des + vers des vrais euh vers des techniques médicales plutôt que vers d- des solutions euh alternatives. Je suis plus convaincu en tant que + en tant qu'ingénieur (sourire) ça me convient plus. Mais en tout cas (rire) ça a bien marché quoi. » (M, 283-387, p. 9) ; « Et en plus de ça c'est une méthode qui est connue pour être relativement efficace parce qu'ils me disaient le médecin que ça marche, quand j'ai commencé ce traitement, ils ont des résultats positifs chez 60% ou 70 % des patients donc c'est pas, c'est pas énorme mais j'avais quand même plus qu'une chance sur deux que ça marche. » (M, 272-283, p. 9). De la même manière, Marc fait appel à des chiffres statistiques pour prouver l'efficacité du bêta-bloquant. Les autres interviewés font plutôt l'état du manque d'efficacité des traitements médicaux. Pauline explique même que les traitements proposés par les médecins ne marchent que par l'effet placebo⁴. « Mais + ou ils te disent "moi c'est psychologique", alors là c'est à toi de te démerder. C'est psychologique alors ils peuvent essayer de te donner du bêta-bloquant comme ils m'avaient donné ++ qui est absolument inutile quoi, enfin de nouveau tu prends des médicaments, si je veux un placebo ben c'est bon je prends un Sugus tous les jours pis euh pis ça va faire tout autant d'effet quoi. » (P, 650-654, p. 20). Pour Marc, ce serait plutôt l'homéopathie qui marcherait par effet placebo. « C'est comme ces gens qui ++ moi je sais que l'homéopathie avec moi ça marche probablement pas parce que moi j'y crois pas quoi. Je te dis autant boire un bon verre d'eau et pis tu crois que ça va te soigner quoi (sourire) » (M, 253-255, p. 8).

Les interviewés mettent également en avant les effets secondaires désagréables des médicaments (*J, P, S*), le désir de ne pas avoir « un trou dans le ventre » à la suite de la médication (*P, C*), l'aspect « malsain » des médicaments (*P*), la difficulté à prendre par voie orale un médicament lors de nausées (*J, P*) ainsi que l'envie de ne pas changer son rythme de vie à cause des traitements (*V*). Ainsi, il apparaît que le fait de croire en l'efficacité du traitement et d'avoir confiance dans le corps médical a un effet sur le résultat de la médication. L'effet placebo pourrait alors jouer un rôle important dans le soulagement des douleurs. D'ailleurs, ces considérations rejoignent les résultats de nombreuses expériences portant sur la dimension thérapeutique du phénomène placebo (Bear, Connors & Paradiso, 2007 ; Schenk & Joz-Roland, 2012). Etablir une relation de confiance entre le patient et le médecin pourrait alors favoriser l'action du traitement sur les maux de l'individu.

⁴ L'effet placebo peut être défini comme « (...) une réponse de l'organisme à des facteurs non pharmacologiques » (Doron & Parot, 2005, p. 166).

Les différentes représentations autour du monde médical ainsi que l'expérience des médications vont alors déboucher sur une compliance ou non-compliance au traitement. Ne recevant généralement pas d'explications et de solutions efficaces de la part des médecins, les sujets ont également rapporté la perte de temps et les coûts en terme financier et d'énergie que représentent les consultations médicales. Tous ces facteurs peuvent ainsi représenter une barrière quant au suivi du traitement et amener à une rupture thérapeutique. L'individu ne peut alors être vu comme un être rationnel qui va suivre de manière logique son traitement, comme pourrait s'y attendre le modèle biomédical. Le sujet donne, en effet, sens aux thérapies proposées, les incorporent à son vécu corporo-socio-psychologique et adapte son comportement en fonction de ce dernier.

Dans cette perspective, nous avons pu observer que les participants font recours à l'automédication⁵. Cet emploi de médicaments sans prescription médicale se fait principalement par l'achat d'analgésiques ou autres médicaments en vente libre. « *Mais j'ai réussi à identifier un médicament qui me faisait effet après un peu + une certaine ++ je sais pas si on peut parler de errance mais t'essaies un truc pis au bout d'un moment ça fait effet pis une autre migraine ça fait pas effet, t'essaies un autre truc et tout et pis là il me semble que ce qui est Algifor ou ibuprofène, ça fait à chaque fois, son effet. IR64 T'as essayé pas mal de médicaments. J64 Ouais y avait + pas mal non je pense pas. Enfin les classiques je dirais qu'on trouve en pharmacie sans ordonnance. Euh ben Dafalgan, paracétamol enfin le Panadol tout ça on oublie, j'avais aussi essayé un migrainé, soit-disant censé aider les migraines mais ça a rien fait. Euh y avait un autre, mais c'était quoi, je crois que c'était pour finir c'était pas l'ibuprofène euh l'aspirine, Aspégic, tout ça non plus. Ouais* » (J, 408-418, p. 13). Julie dit également demander des conseils auprès de sa pharmacienne et avoir déjà consommé un médicament prescrit pour un autre trouble, et procuré par sa mère infirmière, afin de soulager sa migraine. L'interviewée confie ne pas avoir suivi de manière stricte les recommandations de la pharmacienne vis à vis d'une médication et avoir alors souffert de l'inefficacité du traitement. Il s'agit donc d'être vigilant face aux dérives de ce type de comportement, répandu chez les individus atteints de migraines. Le mésusage de

⁵ L'automédication « (...) désigne le comportement par lequel un individu recourt de sa propre initiative à un médicament, c'est-à-dire à une substance dont il attend un effet de type pharmacologique bénéfique pour sa santé, que ce soit en vue d'une prévention primaire, d'une amélioration de sa condition ou de ses performances, du soulagement de ses symptômes ou d'une modification du cours d'une maladie qui l'affecte » (Buclin & Ammon, 2001 cités par Roth & Moreau-Gruet, 2011).

médicaments pourrait effectivement avoir des conséquences néfastes sur la santé de l'individu en souffrance.

Une autre manière de ne pas suivre les prescriptions médicales, relevée dans l'analyse des entretiens, est le recours à la surmédication. Pauline exprime en effet avoir consommé jusqu'à 17 aspirines par jour afin de tenter de soulager ses migraines. « + *Parce que au bon d'un moment c'est presque l'organisme qui te demande aussi ça, c'est aussi psychologique, tu te dis que t'as besoin de ton truc mais ça sert pas à grand chose, c'est juste euh + c'est juste MENTAL quoi. Tu prends ça, tu penses que ça va aller mieux. (...). Un temps je pense j'étais vraiment ++ un temps je prenais jusqu'à 14, 17 aspirines PAR JOUR, ça me faisait RIEN. ++ J'avais l- la douleur ne disparaissait pas, j'avais toujours la MEME douleur. Y avait pas de plus ou de moins. C'est ++c'est là que tu vois que +++ du coup ben tu développes d'autres stratégies quoi.* » (P, 419-428, p.13). L'interviewée met en lien ce comportement avec un sentiment de désespoir. Elle avance également que cette absorption excessive d'aspirines ne permettait pas d'atténuer sa douleur. Nous pouvons interpréter cette surconsommation de médicaments comme une forme de stratégie de coping. L'interviewée tenterait alors de réduire sa détresse à coup d'anti-douleurs, mais ceci ne permettrait pas de réduire ses maux. Au contraire, l'échec de cette surmédication accroîtrait son mal-être et donnerait lieu à un cercle vicieux infernal. L'interviewée serait ainsi tombée dans une sorte de dépendance aux médicaments et ne voyait pas d'autres manières d'être au monde avec ses migraines.

D'autre part, Pauline perçoit l'inefficacité de cette surconsommation de médicaments comme une preuve de l'existence de facteurs psychologiques en jeu dans la migraine. Selon elle, si la migraine n'avait que des causes physiques, les traitements médicamenteux devraient alors réussir à soulager la douleur. Dans cette perspective, le fait d'avoir continué à consommer de manière abusive des anti-douleurs, malgré le manque d'efficacité de ce type de comportement, pourrait être interprété comme une forme d'appel à l'aide. Nous pouvons supposer que la surmédication était une manière d'exprimer sa détresse. Une partie de Pauline se complaisait peut-être dans cette position de victime, de par l'attention portée sur elle, et ne désirait pas réellement guérir.

Au travers des entretiens, nous avons pu observer que l'insatisfaction vis à vis des explications et des traitements de la médecine occidentale amène les individus à se tourner

vers d'autres types de médecines. Les sujets tendent, en effet, à s'engager dans un cheminement thérapeutique où ils recherchent d'autres voies d'apaisement et de compréhension de leurs maux. Certains des interviewés ont, par exemple, fait recours à l'homéopathie, à l'ostéopathie, ou encore à la médecine chinoise. Toutes ces thérapies alternatives sont porteuses de représentations du corps qui divergent de la médecine conventionnelle. Pour l'ostéopathe par exemple, les maladies sont le résultat d'atteintes au niveau de la structure corporelle de l'individu. La migraine peut alors être comprise par cette approche thérapeutique comme l'expression de tensions au niveau de la nuque ou de la mâchoire. Les entretiens de recherche ont montré que les manipulations divulguées par ce type de thérapie ne permettaient pas de guérir de la migraine, mais soulageaient les maux pendant une certaine durée. En revanche, l'acupuncture aurait permis à Alexandre de guérir de la migraine et à Christopher, avant son accident de voiture, de faire passer ses migraines en maux de tête. Cette branche de la médecine chinoise perçoit le corps comme traversé d'énergie et comprend les maladies, ou les douleurs, comme le résultat d'un déséquilibre des flux d'énergie au sein de l'organisme. Dans cette perspective, les séances d'acupuncture permettraient de rééquilibrer les énergies dans le corps de l'individu et de traiter ainsi la migraine. Dans le discours d'Alexandre, nous pouvons observer que sa représentation du corps coïncide avec celle véhiculée par la médecine chinoise. *« Ouais c'est ouais de ouais bon après c'est une question d'énergie comme ça qui peuvent mieux expliquer des trucs un peu complexe. »* (A, 155-156, p. 5) ; *« C'est un peu comme une balance je veux dire, c'est un peu comme un bâtiment enfaite, c'est de la structure et puis il faut que ce soit en équilibre. Si l'équilibre est de l'autre côté, ça tombe, il y a de douleurs qui commencent à venir. »* (A, 148-153, p. 5). De cette manière, nous pouvons supposer qu'Alexandre est réceptif au traitement proposé par l'acupuncture. Nous rejoignons ainsi ici les considérations émises plus haut concernant l'importance de croire en l'efficacité du traitement et d'avoir confiance en la médecine utilisée pour que le soin thérapeutique marche. Nous pouvons également voir que la médecine occidentale n'offre qu'une définition socialement et culturellement déterminée de la migraine. D'autres types de thérapeutiques pourraient alors offrir un éclairage différent sur ces maux. Les thérapies alternatives, et l'acupuncture en particulier, pourraient se révéler efficaces pour soulager, voire guérir, les individus souffrant de migraine. Si les méthodes de la médecine occidentale semblent ne pas convenir au patient, les approches thérapeutiques non conventionnelles devraient alors être proposées à ce dernier, dans l'espoir qu'il trouve au sein de celles-ci un meilleur soulagement.

Si nous récapitulons, les entretiens de recherche ont montré que l'expérience désagréable de la migraine amène l'individu à rechercher la source de ses maux ainsi qu'un moyen d'apaiser ceux-ci. Le diagnostic et le traitement de la migraine peuvent toutefois se révéler long et fastidieux. En effet, l'homme en souffrance ne reçoit que très rarement une étiquette diagnostique ainsi qu'un remède miracle dès la première visite médicale. Sa vie devient alors rythmée par les différentes consultations médicales et la prise de médicaments. Ne trouvant que peu de réponses et de soulagement au sein de la médecine occidentale, le sujet s'engage dans un itinéraire thérapeutique. Le choix des thérapies adoptées ainsi que ses représentations de la migraine semblent orientés par les différentes rencontres au fil de sa route. Dans ce cheminement, la chair de l'individu devient un terrain d'expérimentation. En effet, l'homme en souffrance teste sur son corps différents traitements puis, continue ou non dans cette direction thérapeutique selon l'évaluation de l'efficacité de ces techniques par rapport aux coûts engendrés par celles-ci. De cette manière, l'individu ne peut se résumer à un automate qui reçoit un diagnostic et un traitement sans broncher, mais celui-ci interagit avec le monde médical et adapte son traitement selon son ressenti physique, ses croyances autour de la médecine et ses représentations de la migraine.

Relations professionnelles

Au cours de l'analyse des entretiens, nous avons pu dégager un impact de la migraine au niveau des relations professionnelles. En effet, les sujets font part de l'absentéisme au travail ou à l'école, ainsi que du sentiment d'inefficacité lorsqu'ils ne peuvent, ou ne veulent pas, quitter leur activité professionnelle. La migraine se révèle donc invalidante pour les individus souffrant de ce trouble. Cette perte de productivité rejoint les chiffres statistiques des coûts sociaux engendrés par la migraine, exposés plus haut. Toutefois, ces analyses quantitatives ne permettent pas de rendre compte du coût de la souffrance psychique engendrée par ces incapacités. Contrairement à ces méthodes quantitatives, les entretiens qualitatifs menés ont permis de mettre en lumière certaines difficultés rencontrées au niveau du monde professionnel, à cause des migraines.

Les récits des interviewés ont également montré que la migraine pouvait amener à une réorganisation du travail, en déléguant par exemple ses tâches professionnelles ou en planifiant ses jours de travail pendant les périodes où la migraine n'a généralement pas lieu. Christopher, par exemple, fait appel à son associé, qu'il nomme « *sa mémoire* », lorsqu'il doit

prendre part à un entretien professionnel : « (...) si j'ai un entretien important par exemple, pis que j'ai une migraine, je suis vachement moins réactif à tout ce qui va pouvoir me dire, je mémorise moins bien toutes les remarques qu'il me fait et après je dois faire + ben voilà je demande à mon associé, je l'appelle "ma mémoire" enfaite (sourire), je lui pose des questions sur l'entretien parce que lui ben il a un cerveau normal (rire), il mémorise les choses et c'est cool donc, c'est utile (rire) » (C, 244-251, p. 8). Cet énoncé laisse supposer que Christopher se représente son cerveau comme défectueux et ne laissant pas de place pour d'autres informations, hormis la douleur. L'interviewé semble ainsi utiliser son collègue comme une sorte de disque dur externe pour pouvoir accomplir ses tâches professionnelles.

D'autre part, le contexte du travail apparaît, au travers des entretiens, comme rendant plus difficile le vécu de la migraine. En effet, les stimulations venant de l'écran d'ordinateur (*V*, *M*), de la musique et des lumières dans le monde de la nuit (*D*) ou encore des enfants dans la salle de classe (*P*) peuvent amplifier le phénomène douloureux. Afin d'essayer de gérer les crises de migraine dans ces conditions, les individus vont généralement se tourner vers la médication. Nous avons ainsi pu remarquer que les sujets adoptent un comportement différent face à la migraine selon qu'ils se trouvent sur leur lieu de travail ou à la maison. De manière générale, les individus souffrant de migraine vont plus facilement avoir recours aux médicaments s'ils doivent être performant. Le suivi d'un traitement varie donc selon le contexte d'apparition de la crise et l'activité du sujet. Lors des prescriptions médicales, les dimensions sociales en jeu dans la prise de médicaments devraient ainsi être considérées.

De plus, les entretiens ont dévoilé que les individus interprètent les sentiments et les réactions des autres vis à vis de leurs migraines au travail. Par exemple, le sujet peut anticiper une mauvaise compréhension de ses expressions faciales marquées par la douleur de la part de ses interlocuteurs, ce qui va l'amener à expliciter son mal-être. La migraine affecte ainsi les interactions au travail. L'individu peut également être amené à penser que la migraine « *ça fait pas sérieux* », que ça peut « *être perçu très négativement* », que ses collègues estiment qu'il « *il a fait la foire* » ou encore qu'il « *fait de nouveau du cinéma* » pour pouvoir quitter ses fonctions et rentrer à la maison (*A*, 109-120, p. 4). Alexandre exprime que ces interprétations de la migraine de la part de ses partenaires de travail est difficile à vivre : « *Et ça c'est DUR. Ca c'est TRES dur.* » (*A*, 109-120, p. 4). Se regarder du point de vue d'autrui peut ainsi amener à porter un jugement négatif sur soi et à ressentir certaines émotions.

Au sein des récits des interviewés, il est également ressorti que les individus peuvent faire semblant d'aller bien lors de l'activité professionnelle, alors qu'ils souffrent des maux de la migraine. « *Si c'est possible oui mais des fois quand j'ai des rendez-vous importants, ben j'y vais quand même et pis je fais un bon jeu d'acteur "haha tout va bien" voilà (rire). Mais euh + mais après quand ouais quand je rentre ben ça se voit quand même, je deviens très vite pâle enfaite quand j'ai des migraines.* » (C, 105-108, p. 4). L'énoncé ci-dessus montre ainsi que l'individu tente de cacher les signes physiques de la migraine, comme la pâleur, lors de réunions importantes. La prise de médicaments est alors privilégiée et peut être vue comme une manière d'aider le sujet à rentrer dans la peau de son personnage dépourvu de douleurs. L'approche phénoménologique peut nous aider à comprendre ce comportement en interprétant celui-ci comme le fait de « jouer une modalité inauthentique d'existence » en reproduisant la scène de la quotidienneté. Dans cette perspective, la douleur pourrait alors être perçue comme une perturbation du cours habituel de la vie que l'homme chercherait ainsi à taire à coup de médicaments, ou autres remèdes, afin de poursuivre la représentation du rôle qu'on attend de lui.

La perception d'une pression sociale à être « *là et bien* » (A, 463-466, p. 14) a aussi été dégagée par le travail de recherche. Cette impression peut-être comprise comme le reflet de notre société moderne occidentale axée sur la productivité et ne laissant que peu de place à la « faiblesse humaine ». Si l'on va plus loin encore, la douleur pourrait être prise comme un signe de notre finitude humaine et serait donc à cacher aux yeux de l'homme, au même titre que peut l'être la maladie ou la mort. « Le fantasme d'une suppression radicale de la douleur grâce aux progrès de la médecine est un imaginaire de mort, un rêve de toute puissance qui débouche sur l'indifférence de la vie » (Le Breton, 1995, p. 170). Incorporant ces normes médicales et sociales, l'individu en souffrance pourrait ainsi être tenté de dissimuler sa douleur de la vue des autres. Il pourrait alors être intéressant de voir comment la migraine est gérée au travail dans une société véhiculant d'autres idéaux.

Pour résumé, les crises de migraines perturbent la réalisation des activités professionnelles de l'individu ainsi que ses relations au travail. De cette manière, les entretiens ont montré que la migraine peut être source de souffrance. Les sujets développent alors des stratégies pour tenter de minimiser l'impact négatif de leurs maux au niveau professionnel.

Relations aux autres

La recherche entreprise a permis de mettre en évidence la manière dont la migraine affecte les relations aux autres. En effet, des dires des interviewés ressort un sentiment de solitude en lien avec leurs migraines. L'impression d'être « *dans les choux* » (J, 504, p. 15) à cause de la migraine, d'être dans un « *caillou de coton* » (J, 513, p. 16) à la suite de la prise de médicaments, ou encore d'être submergé par la douleur, rend difficile les interactions sociales. Les interviewés rapportent en effet de la difficulté à maintenir des rapports sociaux et à se concentrer sur les conversations échangées. « *Je me suis déjà cassé des trucs, et tout et ben ouais j'ai mal mais ça m'empêche pas de discuter, ça m'empêche pas d'être avec des gens, ça- la douleur à la tête c'est le seul truc qui genre + qui qui qui casse enfin qui coupe plein de fonctionnements intellectuels quoi.* » (D, 584-587, p.18). De cette manière, les facultés d'attention et de perception sont brouillées par la douleur et la médication, et compromettent la communication avec autrui.

D'autre part, les participants de la recherche évoquent la difficulté à décrire la douleur. « *Ouais + ouais la douleur c'est quelque chose qui est difficile à décrire quoi.* » (M, 173, p. 6), « *C'est difficile à expliquer mais (...)* » (D, 589, p. 18.). Ces énoncés montrent ainsi la peine qu'éprouvent les individus à partager leur expérience douloureuse avec autrui. Les résultats de la recherche rejoignent alors les théories phénoménologiques qui avancent que l'homme en souffrance est face à *l'impuissance de dire* sa douleur, qui est *incommunicable*. De cette manière, l'individu se retrouve seul, au milieu de tous, avec pour seule compagnie sa migraine. « *La douleur crée une distance en ce qu'elle immerge dans un univers inaccessible à tout autre* » (Le Breton, 1995, p. 39). En effet, l'individu est enfermé dans un monde de douleurs impénétrable pour quiconque. Nous retrouvons ainsi le phénomène de dépersonnalisation exposé plus haut.

L'approche psychanalytique permet d'apporter un éclairage sur le manque d'envie de rentrer en relation relaté par les interviewés. Selon cette perspective, l'individu peut effectivement être vu comme centré sur son Moi pendant la crise de migraine et perdant son intérêt pour le monde extérieur : « *(...) parce que effectivement quand t'es pas hyper au TOP ben moi ça me demande beaucoup d'effort d'être attentive aux discussions et souvent je suis larguée donc j'ai même pas de plaisir des fois à être en lien avec les gens parce qu'ils parlent entre eux et moi je suis un peu dans les choux comme ça et ouais enfin je me retire un peu de la relation enfin ça me ++* » (J, 501-505, p. 15) ; « *Ouais un peu en retrait voilà et je pense que quelque*

part c'est MOI qui le fait, c'est pas forcément les gens qui m'écartent mais c'est moi qui le fait parce que j'arrive plus à être connectée » (J, 507-509, p. 16). Le Moi est alors surinvesti au détriment des relations sociales.

Le retrait social opéré lors des migraines peut également être expliqué par un désir de ne pas se montrer fragile devant les autres. « *Mais euh ++ ouais ça (la migraine) influence quand même sur mon envie d'être avec des gens ou pas. Dans ces moments là ++ pas trop envie. Ouais parce que je suis aussi plus euh ben voilà on aime pas être fragile devant les gens et pis comme c'est une fragilité + ben je peux être plus sensible aussi à ce qui se dit et puis y a peut-être des choses que je pourrais prendre plus mal que si c'est un jour où ça va.* » (J, 511-519, p. 16). La douleur apparaît ainsi comme une fragilité et l'isolement peut être perçu comme le résultat du désir de préservation du Moi. De cette manière, la réclusion lors des accès de migraine peut être comprise comme une tentative de se soustraire au regard de l'autre reflétant un Moi inacceptable, qui nous rappelle notre vulnérabilité.

D'autre part, l'analyse des entretiens a mis en évidence la peur de représenter un poids pour les autres, à cause de la migraine : « (...) *et en plus t'as l'idée, enfin t'as l'idée, moi en tout cas ça me fait un peu chier d'être un boulet pour les autres quoi tu vois, de me dire "ben voilà j'ai monstre mal" donc je sais pas on doit aller s'arrêter, je sais pas, deux-trois heures dans un bui-bui pour que je puisse me calmer pis ça fait louper la visite à des autres quoi. Enfin ça me ferait un peu chier disons. Je me sentirais pas très très + confortable quoi.* » (J, 602-606, p. 18). Au travers des discours des interviewés, le sentiment d'être plus susceptible lors des crises de migraine est également ressorti. « (...) *juste t'as l'impression que le monde te f- que la terre entière te fait chier enfaite, t'as juste envie de bou- d'envoyer bouler n'importe qui. Bon je le fais pas hein, j'espère pas, mais + ouais c'est un peu ça.* » (J, 486-489, p. 15). Le fait de pouvoir être perçu par autrui comme une charge ou de pouvoir rentrer en conflit avec autrui lors des migraines peut être mis en lien avec l'isolement de l'individu. Le retrait social pourrait en effet être motivé par la peur de présenter une autre facette de soi, de péjorer ses relations sociales et de se faire rejeter par autrui.

Autrui, qu'il soit réel ou imaginé, oriente ainsi le comportement de l'individu migraineux. Désirant préserver une image suffisamment bonne de soi, le sujet va, en effet, être amené à éviter les interactions sociales, à se retirer lorsqu'il est en présence d'autrui, ou encore à tenter de dissimuler sa douleur lors des crises de migraine. Par ailleurs, les interviewés indiquent

que ce sentiment de solitude est source de souffrance : « *Mais c'est + c'est DUR, on se sent SEUL, on se sent vraiment seul, abandonné avec ces douleurs* » (A, 30-31, p. 1).

Les entretiens ont également dévoilé le fait que les individus prêtent aux autres des sentiments et des perceptions à l'égard de leurs maux. En effet, les interviewés expliquent que les autres peuvent mal interpréter leur comportement lors des migraines et penser qu'ils sont, par exemple, fâchés. « (...) *c'est arrivé que je sois avec des gens pis j'ai compris, soit sur le moment soit après, que les gens comprenaient pas pourquoi j'avais l'air, j'avais l'air de mauvaise humeur alors que je l'étais pas mais j'étais juste euh j'avais juste mal à la tête quoi.* » (D, 337-340, p.10-11). Ces erreurs de lecture peuvent alors déboucher sur des incompréhensions, voire des conflits. A partir de ces données, nous pouvons suggérer que la composante comportementale de la douleur, présentée dans le modèle bio-psycho-social, peut donner lieu à des problèmes de communication et susciter une réaction de l'entourage autre que l'empathie. Nous pouvons également mettre en lien ces considérations avec la fonction *tonico-posturale* du modèle corporo-socio-psychologique. En effet, les mimiques et les positions du corps de l'homme en souffrance vont être interprétées par les autres regardant ce dernier. La manière dont autrui comprend les gestes, les expressions faciales ainsi que les attitudes de l'individu souffrant de migraines va alors orienter son comportement vis à vis de lui.

Au niveau des relations de couple, la migraine peut aussi donner lieu à des conflits. La recherche a effectivement montré que la migraine pouvait être interprétée par le partenaire comme une fausse excuse pour ne pas avoir à remplir ses devoirs conjugaux. Nous voyons ainsi que la fameuse réplique « Pas ce soir chéri, j'ai la migraine » retrouvée dans la littérature française, est toujours d'actualité et peuple encore les représentations sociales. N'étant pas visible dans la chair de l'homme, comme l'est une coupure par exemple, la migraine semble être source de doutes. Une des interviewée, Pauline, fait notamment référence au fait de faire toucher à son partenaire sa tempe, afin de lui montrer le pouls qui tape à cet endroit lors des migraines. Cette conduite pourrait ainsi être interprétée comme une tentative de prouver par le corps l'existence de sa migraine, dans une société marquée par des préjugés vis à vis de ce trouble. Nous retrouvons cette remise en question de la véracité des maux de la migraine non seulement dans les relations de couple, mais également dans le monde professionnel et les rapports amicaux. Le besoin d'apporter des preuves de sa souffrance peut ainsi être difficile à vivre au quotidien.

Au sein des entretiens, il a aussi été mis en évidence une distinction entre l'entourage proche, qui est considéré comme faisant preuve de compréhension face à la migraine, et les personnes moins intimes, qui sont perçues comme ne comprenant pas ces maux. Cette incompréhension relevée peut être interprétée à l'aide de l'approche phénoménologique, comme le résultat de l'expérience de l'*insubstituable*. De cette manière, la migraine ne peut être comprise que par ceux qui en ont fait l'expérience dans leur corps. Les interviewés font en effet référence au fait que les autres confondent souvent le mal de tête, qu'ils connaissent, avec la migraine, qui leur échappe. « *Pis euh + pis les gens autour comprennent pas forcément quoi parce que + je pense TOUT le monde a mal à la tête une fois de temps en temps mais c'est rien de + c'est rien de trop grave tu vois. Pis dans mon cas genre ça m'handicape vraiment beaucoup. Pis je crois que les gens comprennent PAS ou à part les gens qui me connaissent très bien, les gens comprennent pas que je deviens incapable de + même d'interagir avec eux quoi* » (D, 345-356, p.11). Ainsi, cette interprétation permettrait de mieux comprendre la banalisation de la migraine, ainsi que le manque d'empathie à l'égard des migraineux, évoqués par les interviewés.

Au contraire, les gens proches sont vus, de manière générale, comme comprenant le mal-être des participants et exprimant leur compassion. Nous pouvons supposer que, de part leurs fréquents contacts avec un proche souffrant de migraine, les individus plus intimes auraient appris à mieux décoder les expressions de la douleur, à adapter leur conduite en fonction et feraient ainsi plus souvent preuve d'empathie. De cette manière, la fonction *tonico-posturale* du modèle corporo-socio-psychologique permettrait d'interpréter les accordages affectifs de la part d'autrui. Pauline raconte notamment, hors entretien, que depuis qu'ils sont ensemble avec son compagnon, celui-ci a commencé à souffrir de migraines. Peut-être pourrions nous considérer ce ressenti physique comme une forme d'empathie poussée à l'extrême ?

L'analyse des entretiens a montré que les participants osaient plus se plaindre de leurs migraines avec les proches, alors qu'ils ont tendance à cacher leurs maux aux individus moins intimes. Ces différentes conduites pourraient être interprétées comme liées aux diverses réactions de ces deux groupes d'individus. En présence de personnes plus éloignées de soi, les sujets migraineux feraient moins transparaître leurs douleurs car ils savent qu'ils ont peu de chance de recevoir des témoignages de sympathie et du réconfort. Les participants rapportent, toutefois, éprouver de la difficulté à faire taire leurs maux et sont souvent trahis par leur propre corps. « *Pis je suis, je pense pas être quelqu'un qui se plaint en règle générale*

donc voilà quoi. Mais quand c'est là je vais pas non plus + je peux pas non plus LUTTER contre ça et pis faire semblant de rien quoi. J'arriverais pas. C'est juste PAS POSSIBLE quoi. » (D, 544-549, p.17). Nous pourrions expliquer cet échec à cacher la douleur par le fait qu'une partie de l'individu espère peut-être attirer quand même l'attention d'autrui sur soi. Avec les personnes plus intimes, les sujets se risqueraient plus à montrer leur Moi authentique, constitué de faiblesses, ayant moins peur de susciter l'incompréhension et espérant peut-être recevoir du soutien en retour. Si nous prenons le point de vue du modèle bio-psycho-social, nous pouvons voir le soutien social comme une stratégie d'ajustement à la douleur. Cependant, le support social doit se garder d'être considéré comme une variable à ajouter afin d'augmenter de manière mécanique l'adaptation de l'individu à ses maux. Cet ajustement est, en effet, le résultat d'interactions complexes entre les niveaux corporo-socio-psychologique.

A l'aide du modèle corporo-socio-psychologique, nous pourrions supposer que l'individu a appris, depuis la naissance, que certains comportements, comme les gémissements ou certaines crispations du visage, suscitaient la réaction de l'entourage. Ainsi, l'homme souffrant pourrait, de manière plus ou moins inconsciente, faire appel à l'autre par l'expression de sa plainte, au moyen de son corps. L'individu tenterait alors de maintenir le lien social avec autrui malgré la douleur qui tend à l'arracher de son tissu social.

Les entretiens ont également mis en évidence le fait que certains interviewés font plus facilement recours aux médicaments lorsqu'ils se trouvent dans une situation sociale. « (...) *quand je sais que justement je suis avec des amis etc ben j'essaie de + je pr- c'est un des facteurs qui fait que je pourrais prendre plus rapidement une aspirine que si je suis tout seul pis je me dis ben bon j'essaie de voir comment ça évolue. Là au moins je me dis bon je prends pas le risque, je coupe et pis euh* » (D, 559-562, p.17). Nous pouvons voir, à nouveau, que le contexte va avoir un effet sur les comportements adoptés face à la migraine. A la lumière des interprétations précédentes, le fait de prendre un anti-douleur lors d'interactions sociales pourrait également être vu comme un moyen de dissimuler sa fragilité et de maintenir sa *face*. L'individu ne prend, en effet, pas le « risque » de présenter un visage qui pourrait se révéler désagréable. Dans cette perspective, les théories de Goffman (1974) portant sur les rites d'interaction, et plus particulièrement son concept de *travail de la face*, pourrait nous aider à mieux comprendre les interactions sociales en jeu dans la migraine. Selon cet auteur,

l'individu ferait en effet de la figuration sur la scène de la vie quotidienne pour tenter d'offrir à autrui une image positive de soi.

Dans la recherche menée, la prise de médicaments est également évoquée comme un moyen de faire plaisir à un proche. En effet, Stéphanie exprime que sa sœur, qui suit des études de médecine, et elles n'ont pas la même attitude vis à vis des traitements médicaux, ce qui a pu se révéler être source de conflit. Le suivi du traitement par Stéphanie peut alors être perçu comme moyen de mettre fin à une tension. Nous percevons ainsi l'impact des relations aux autres sur le vécu de la migraine et son soulagement. D'autre part, nous pourrions supposer que le faible effet de la migraine sur la sphère sociale, rapporté par Stéphanie et Marc, pourrait être lié à l'intensité plus faible de leurs migraines. Marc se considère, en effet, comme guéri de cette « maladie » et Stéphanie ne souffre plus d'aussi fortes et fréquentes migraines qu'à l'époque. De cette manière, nous pouvons observer un lien entre la corporéité et le vécu des relations sociales.

Activités

Le fait d'être « *apte à rien faire* » (M, 182-183, p. 6) pendant les migraines, relevé par les interviewés, peut-être mis en lien avec *l'impuissance à faire* présentée par Ricoeur. Dans les critères IHS de la « migraine sans aura », nous trouvons également un point faisant référence à « l'aggravation par les activités physiques de routine », qui a été évoqué par les participants de la recherche. « *Ouais je vais me coucher pis bon ben c'est pas très cool non plus parce que t'as envie de faire plein de choses après tu vois. T'es là ouais je dois faire ça, faire les lessives, je sais pas envie de regarder la télé ben ouais même regarder la télé je peux pas enfin non plus je pourrais, j'arrive pas à regarder la télé dans ma chambre et même couché sur mon lit parce ça m'agresse quoi. Tu sais toutes les lumières et tout je trouve que ça agresse et le son et pis y a tout qui résonne, c'est vraiment, ouais c'est chiant.* » (V, 142-153, p. 5). Les entretiens ont cependant montré que cette restriction des activités n'est pas que le résultat d'incapacités physiques. En effet, Christopher explique, par exemple, porter plus de protections lorsqu'il fait du roller et envisage l'arrêt de cette activité, car il a fait l'expérience de migraines à la suite de chutes et perçoit la tête comme fragile. Ainsi, les limitations des activités des individus souffrant de migraine doivent être comprises en lien avec la représentation du corps, ainsi qu'avec les expériences corporelles du sujet. Pour un autre des participants, Alexandre, la restriction de ses activités à risque est expliquée par sa sensibilité à

la pression. L'interviewé prête à cette dernière un rôle de protection de soi. L'empêchant de s'engager dans des conduites à risque, cette sensibilité est, en effet, interprétée comme un moyen de le protéger et de lui permettre de s'investir dans d'autres projets, notamment la construction d'une vie de famille. « *Typiquement tu vois j'aur- mon rêve c'est de faire de la chute libre et du base-jump (sourire). Ca c'est quelque chose que j'ai envie de me FOUTRE contre ces montagnes, de me FOUTRE en bas quoi, j'ai envie de sauter tu sais (sourire). Pis là aussi voilà y a des pressions, y a des choses + c'est des choses RISQUEES même TRES risquées bon moi ça me + ça me + je suis dépendant à l'adrénaline, j'AIME quoi ça donc c'est des choses que + ça me rend + je me sens ULTRA puissant, sûr de voilà c'est quelque chose qui me ++ IR41 Mais ça te freine cette possibilité d'avoir des douleurs A41 Ouais ben tout à fait. Et puis ça + ç- moi qui suis conscient euh qui suis conscient des + euh un peu de la physique euh des règles de la physique, des éléments, je sais très bien que la chute libre ben voilà c'est + c'est une pressurisation qui est forte pendant un moment quoi. Dépressurisation à la montée pis ensuite ben voilà c'est + c'est pas aussi fort que l'eau, la masse est + mais elle est quand même conséquente, elle est quand même là. Donc euh + j'ai peut-être autre chose à faire sur cette terre tu vois (sourire) plutôt que de me foutre en bas tu vois (rires)* » (A, 243-257, p. 8). Ainsi, la limitation des activités n'est pas que liée aux faiblesses du corps, dépasse la définition biomédicale de la migraine et donne lieu à des interprétations de la part du sujet.

Pour conclure cette partie, nous pouvons dire que la migraine affecte l'individu au niveau de ses relations professionnelles, sociales, amicales et amoureuses. Ces perturbations peuvent alors être source de souffrance pour le sujet. La dimension sociologique de la migraine est ainsi à considérer en lien avec le vécu du corps, la réflexivité du sujet, ainsi que ses émotions.

8.1.3 Psychologique

Au niveau psychologique, les questionnements de recherche peuvent être les suivants : Quels sont les comportements adoptés par l'individu vis à vis de sa migraine ? De quelle manière la migraine affecte la perception du temps ? Quels sont les liens entre la migraine et le vécu émotionnel ? Comment l'identité narrative du sujet est altérée par l'expérience de la migraine ? Quelles significations et explications l'individu donne-t-il à son mal ?

Comportements adoptés

A l'aide de l'analyse thématique de contenu, il a été mis en évidence la diversité des comportements adoptés pour faire face à la migraine (se coucher, méditer, se faire mal, boire, etc.). Tous ces comportements peuvent être définis à l'aide du modèle bio-psycho-social en psychologie de la santé inspiré du modèle intégratif et multifactoriel de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994 cité par Santiago-Delefosse, 2002) comme les stratégies d'ajustement, ou de coping, mises en place par le sujet. Il a notamment été relevé que les individus tentent de couper le circuit de la douleur, souvent par la prise de médicaments, lorsqu'ils sentent les prémisses de la migraine. Ceci montre, comme il a déjà été vu, que les sujets sont à l'écoute de leur corps et qu'ils interprètent certains signes comme annonciateurs de la crise, ce qui va les amener à trouver un moyen de mettre fin à cette avancée de la migraine. C'est par l'expérimentation de l'effet de la médication sur l'arrêt de la crise que les individus sont portés à devenir expert de leurs sensations physiques, afin de pouvoir contrer au mieux l'attaque de la migraine.

Certains des interviewés évoquent également le tiraillement qu'ils ressentent entre la prise de médicament, dès les premiers signes de la migraine, et le fait d'attendre pour voir si celle-ci s'en vient réellement ou non. Cette réticence à avoir recours à la médication ressort au travers de plusieurs récits. Celle-ci pourrait être entendue comme un désir d'être plus fort que la douleur et de parvenir à faire taire ce mal par sa propre force, sans une aide extérieure. De cette manière, l'utilisation de médicaments semble être vécue comme le signal d'un échec dans la lutte contre la migraine. Nous retrouvons ici l'idée d'un combat contre la douleur, mais cette fois-ci sans armes médicales et se faisant à mains nues. Dans la majorité des cas cependant, les individus disent ne plus « *s'amuser* » (D, 506, p. 16) à laisser monter la douleur, car ils ont fait l'expérience de l'inefficacité de ce type de comportement. Ils se résolvent ainsi à contre-attaquer le plus vite possible la migraine, comme il leur a bien souvent été conseillé par le corps médical.

Parmi les autres comportements adoptés, nous retrouvons des similitudes avec la description de Willis, datant du 17^{ème} siècle (Sacks, 1986, p. 25), d'un épisode de migraine. En effet, le fait s'aller se coucher (« elle s'allongeait et dormait d'un sommeil lourd »), ainsi que le retrait social (« elle ne parlait à personne ») lors d'une migraine, ont déjà été observés il y a près de 400 ans en arrière. Les moyens mis en oeuvre pour calmer ces maux ne sont donc pas récents mais perdurent dans le temps.

Il semble que les stratégies mises en place par les sujets visent à atténuer une sensation désagréable particulière éprouvée lors de la migraine. En effet, la sensibilité à la lumière et au bruit pourrait, par exemple, expliquer la recherche de calme, d'obscurité ainsi que l'isolement pendant les crises. Le fait de s'allonger pourrait être motivé par les difficultés à se mouvoir et à tenir debout.

Les comportements comme les massages, la recherche de fraîcheur, la distraction, la méditation, l'auto-persuasion, ainsi que le fait de s'infliger d'autres douleurs peuvent être mis en lumière par les mécanismes physiologiques de la douleur. Pour commencer, l'effet des massages et de la fraîcheur sur la sensation douloureuse pourrait être expliqué par une activation des *voies ascendantes* de la douleur (voir modèle biomédical) qui inhiberait l'expression du message douloureux. Selon Alexandre, les massages de la tempe permettraient « *d'arrêter certaines veines* » (A, 24-25, p. 1) et donc d'atténuer la douleur. Selon lui encore, les massages entre le pouce et l'index activeraient certains points énergie et aideraient à soulager ses maux. L'interviewé partage que cette technique lui a été conseillée par une autre personne. De cette manière, nous pouvons à nouveau voir que ses comportements sont sous-tendus par une certaine image du corps et sont influencés par les recommandations d'autrui.

En ce qui concerne la distraction, la méditation, ainsi que l'auto-persuasion, ces comportements pourraient être expliqués par une action sur la douleur à partir des *voies descendantes* (voir modèle biomédical). Par ailleurs, les interviewés rapportent ressentir plus de douleurs lorsqu'ils sont centrés sur leurs maux que lorsqu'ils parviennent à se distraire l'esprit. « (...) *c'est une douleur qui est telle que ça te + au faite t'arrives pas à t'en défaire, tu y penses sans arrêt, tu as le sentiment que plus tu y penses, plus t'as mal, que t'arrives pas tu vois encore limite tu pourrais penser à autre chose et ça passerait et tout mais là ça t'obsède totalement et t'es dans un état où t'es tellement mal que de toute façon t'es apte à rien faire du tout. Donc euh donc tu peux pas te divertir ou faire quelque chose d'autre, c'est vraiment c'est, t'as que cette douleur qui te, qui t'opresse.* » (M, 178-184, p. 6) ; « *Donc euh moi je fais beaucoup dès que j'ai la migraine enfin j- j'ai arrêté le plan je m'isole et je vais dans ma chambre, je ferme tous les volets et sans bruit, ça j'ai arrêté. Parce que au final tu t'es centré sur ta douleur et tu penses qu'à ça. Tu fais tout pour qu'elle parte mais au final tu penses qu'à ça parce que t'es centré là dessus. Euh donc du coup je pense au truc qui marche le mieux c'est de bouger quoi, tu te donnes une grosse claque euh tu prends ta douleur à bras*

le corps et pis t'y vas quoi, tu fais n'importe quoi qui puisse te changer les idées. » (P, 322-328, p.10). Selon le témoignage de Pauline, la mise en action semble aider à faire passer la douleur. Valentine constate, en revanche, que ses migraine s'aggravent avec l'activité. « (...) *je pense que si au tout début de ma migraine, si ça commence le lundi ben le lundi matin je resterais au lit, je resterais couchée, je bougerais pas trop, je pense que ça empirait enfin ça irait tu vois, j'aurais juste mal et pis voilà. Tandis que si ben là tu vois je me lève pour aller au boulot et tout pis du coup t'as tout de suite un mouvement, je pense que ben ouais ben là je sens que plus la journée va et plus je commence à avoir mal enfait, c'est un peu ça. L'idéal ça serait « ouais OK là je sais que j'ai une migraine donc je bouge pas, je bouge pas de mon lit et pis voilà » ce serait un peu con quoi. Tu peux pas gérer enfin tu peux pas gérer comme ça quoi, c'est pas possible. Donc euh donc voilà. C'est en faisant l'activité je pense que ça vient de plus en plus.* » (V, 199-210, p. 6-7). Ainsi, le fait de détourner son esprit de la migraine semble aider certains sujets et aggraver, au contraire, l'état d'autres. Par la méditation et un travail sur soi, Christopher arriverait, quant à lui, à relaxer son corps en apaisant son esprit. Concernant l'auto-persuasion de l'efficacité du médicament sur ses douleurs, celle-ci peut être comprise comme une expression de l'effet placebo. Nous rejoignons alors nos considérations proposées plus haut concernant l'importance de croire en son traitement pour que celui-ci marche. Ainsi, le psychologique semble agir sur le ressenti physique. Les interviewés sont d'ailleurs conscients de cet effet de la psyché sur le soma et usent de celui-ci.

Le fait de s'infliger d'autres douleurs lors de la migraine pourrait être compris comme une tentative de diversion du message douloureux sur une autre localisation. Comme il a été mentionné par Alexandre, cette stratégie d'ajustement n'est pas efficace à long terme. « *Alors pendant la mini-seconde où ça te la fait oublier mais ça revient encore plus fort derrière* » (A, 286-292, p. 9). Ce comportement permet, en effet, de déplacer que momentanément son attention sur une autre douleur et donne lieu à une expression encore plus intense des maux de tête par la suite. Freud verrait sûrement dans ce comportement masochiste l'expression d'un besoin inconscient de punition.

Une des autres stratégies d'ajustement relevée dans la recherche est la consommation d'une grande quantité de café. Christopher explique ce comportement par l'effet vasodilatateur du café, ainsi que par le fait que l'on retrouve de la caféine dans certains médicaments contre la migraine. L'interviewé avance également que le café, par ses propriétés stimulantes, permet

de réduire la fatigue, qui peut déclencher des migraines. « *Plutôt que de me bourrer de trucs qui vont me péter le bide, autant prendre un bon café (sourire) ++ (...) Bon je] sais pas si 20 cafés c'est mieux pour l'estomac mais bon (rire). Au moins c'est bon (sourire)* » (C, 185-191, p. 6). Le choix de ce type de conduite est donc orienté par ses représentations de la cinétique du café et des médicaments, ses sensations physiques, ainsi que ses croyances vis à vis du déclenchement de la migraine. Christopher relève lui même les contradictions entre son désir de ne pas prendre de médicaments pour éviter d'agresser son estomac et sa consommation excessive de café. De cette manière, nous pouvons voir que les comportements de l'individu sont étayés par ses raisonnements logiques. Christopher partage également le fait de prendre de manière simultanée du café et du Dafalgan lors d'importantes crises de migraine. Il fait référence à cet assemblage comme à un « *cocktail explosif* » (C, 638, p. 19) ou à une « *mixture* » (C, 16, p. 1). L'individu est donc créatif face à ses maux et concocte des remèdes « fait maison » pour essayer d'agir sur ceux-ci. Il s'agit donc d'être prudent face à la co-consommation de substances, qui peut réellement se révéler explosive pour la santé de l'individu.

Ainsi, les stratégies d'ajustement mises en place par le sujet en souffrance montrent que ce dernier est loin d'être passif et de suivre de manière docile les prescriptions médicales. L'individu est, en effet, inventif et recherche de manière active des solutions afin de tenter de soulager le mal qu'il endure. L'ajustement ou non-ajustement qui résulte de ces comportements adoptés est alimenté par les représentations du corps, des substances, de la migraine, ainsi que par les émotions, le ressenti somatique et les contacts sociaux. Plutôt que de résumer la complexité de sa manière d'être au monde en des catégories d'ajustement VS non-ajustement, il serait peut-être préférable de parler d'une reconstruction corpo-socio-psychologique de l'individu en souffrance (Santiago-Delefosse, 2011).

Comportements préventifs

Au sein de la recherche, nous avons identifié la mise en place de comportements visant à diminuer les chances d'apparition de la migraine. En effet, les participants rapportent avoir établi des liens entre certains éléments et leurs migraines. Les différents facteurs déclenchant des crises dégagés par les participants, comme la fatigue, la consommation d'alcool, la déshydratation ou encore le stress, correspondent à ceux trouvés par d'autres chercheurs au fil du temps (Kelman, 2007, Deniz et al., 2004, Lerusalimschy & Moreira Filho, 2002, Spierings et al., 2001, Karli et al., 2005 cités par Martin & MacLeod, 2009 ; Gatt & Belin, 2008).

L'effet de la météo sur l'émergence de la migraine avait également déjà été révélé au 17^{ème} par Willis. Parmi les témoignages récoltés, des liens ont aussi été émis entre des problèmes de foie, des problèmes de digestion, ou encore la grippe intestinale, et le déclenchement des crises de la migraine. Hippocrate avec ses hypothèses d'un excès de bile et Tissot avec son lien entre la migraine et des troubles digestifs, n'étaient donc pas si loin des témoignages actuels de la migraine. Par l'analyse des sensibilités extéroceptives, intéroceptives et proprioceptives (Santiago-Delefosse, 2002), l'individu semble ainsi déterminer les facteurs précipitants le déclenchement de ses maux migraineux. L'identification de ces éléments va alors orienter les comportements préventifs de l'individu face à son trouble.

En effet, les sujets rapportent restreindre leur consommation d'alcool, éviter les sorties pour ne pas être fatigué le lendemain, manger en suffisance, porter une casquette pour se protéger du soleil, éviter de boire des boissons sucrées et de manger gras, ou encore de réduire leur stress par la relaxation. Ainsi, l'individu agit sur son corps par différents biais afin de minimiser les risques de souffrir d'une migraine. Nous pouvons interpréter ces comportements comme une technique de gestion de l'incertitude et de prévention des risques. De cette manière, nous pouvons mieux comprendre la détresse évoquée par le sujet lorsque celui-ci est frappé par la migraine dès le réveil et n'a pas pu prévoir son apparition. « (...) *c'est tellement VIOLENT et ça c'est le PIRE quoi. Quand tu te réveilles avec la migraine c'est un truc (soupir) ++ c'est vraiment le pire à supporter quoi. J'aime mieux à la limite avoir une bonne grosse migraine le soir tu vois euh j'ai le temps de m'y préparer mais là dès le matin tu commences ta journée par ça. C'est juste affreux. Ça j'arrive pas à supporter.* » (P, 296-300, p.9). Avec le modèle bio-psycho-social, ces comportements préventifs peuvent être considérés comme une tentative d'augmenter le contrôle perçu vis à vis de la migraine. En effet, l'imprévisibilité des crises semble créer un sentiment de perte de contrôle qui motive l'individu à vouloir reprendre la maîtrise sur le cours de son existence et à maintenir l'homéostasie que la migraine vient perturber.

Temporalité

L'analyse des entretiens a permis de mettre en exergue les différents aspects de la temporalité touchés par la migraine. Tout d'abord, nous avons pu observer la manière dont le temps est vécu lors de migraines. Au sein des entretiens, les individus expriment l'omniprésence de la douleur pendant la crise. « (...) *c'est vraiment une douleur de + pour laquelle c'est dur de*

faire abstraction je trouve. C'est TOUT le temps là, c'est TOUT le temps pré- pesant, oppressant et euh + (...) tu peux pas tu peux pas l'oublier trois secondes quoi » (D, 139-135, p. 5). Cette toute-présence peut être éclairée par les théorisations de l'approche phénoménologique. Envahis par la douleur, les individus peuvent être perçus comme étant coincés dans un « ici et maintenant » douloureux et dépourvus alors de la capacité de revisiter le passé, ou de se plonger dans l'a-venir. La douleur occupe ainsi tout l'espace et perturbe l'écoulement normal du temps. Selon Le Breton (1995, p. 23), la douleur est, en effet, une « violence née au cœur même de l'individu, elle déchire sa présence et l'accable, le dissout dans l'abîme ainsi ouvert en lui, elle l'écrase dans le sentiment d'un immédiat privé de toute perspective ».

Au sein de leurs récits de la douleur, les participants de la recherche font en effet part de l'action sans relâche de leurs maux. « *Quand j'en ai pendant deux-trois jours, mais +++ t'as pas de répit, t'as PAS DE REPIT, c'est comme si tu ne DORMAIS PAS pendant trois jours, c'est comme si euh on te LAISSAIT PAS dormir, parce que tu DORS PAS, c'est pas des sommeils réparateurs que t'as quand t'as des migraines. Quand je me couche avec une migraine et quand je me lève avec de nouveau la même que la ver- que la veille, que tu + t'as pas dormi. T'as PAS DU TOUT dormi.* » (P, 819-824, p.25). Nous retrouvons alors les mêmes observations que celles faites par Willis au 17^{ème} siècle, qui stipulait que la migraine ne laissait « quasiment aucun répit » à une de ses patientes (Sacks, 1986, p. 25). D'autre part, les interviewés signalent l'impression que le temps est allongé lors des crises de migraines. « *Et c'est pas quelque chose qui dure, c'est pas quelque chose qui dure trois minutes quoi, ça dure ouais il me semble que ça durait des heure. Je rentrais de l'école vers les 16h-17h pis jusqu'à 22h-23h tu vois donc c'est + ça dure + ça dure quatre, cinq, six heures* » (M, 492-494, p. 15). Ainsi, les entretiens démontrent que la migraine affecte la perception du temps des individus.

En ce qui concerne le temps vécu entre les crises, les individus rapportent profiter de cet espace pour réaliser les activités qu'ils ne peuvent entreprendre lors des accès douloureux, ainsi que mieux apprécier ces moments d'accalmie. « *Euh ++ bien (rire). Euh non ben je pète le feu (rire). Tu te dis que tu profites parce que t'as pas mal donc tu profites de bouger, de faire tout ce que t'as, tout ce que tu fais pas quand t'as des migraines disons.* » (S, 191-193, p. 6) ; « *Parce que ça te fait aussi apprécier les jours où + t'as pas mal. Du coup ben c'est plus gai.* » (P, 575, p.18). Si nous reprenons la terminologie de la phénoménologie de

Ricoeur, nous pourrions avancer que les individus récupèrent leurs capacités d'agir, de dire et de faire qui sont altérées lors des moments de douleur. De cette manière, le temps entre les migraines apparaît comme précieux et devant être utilisé de manière réfléchie. « (...) *parce que j'ai plus + y a déjà plus cette euh cette peur de venir casser la journée donc tu te stresses pour te dire "ah ben tiens maintenant que je suis dans une période saine, il faut que je sois à fond dedans quoi". Et c'est pas bon, c'est trop de pression enfaite. Ca te rajoute une pression supplémentaire en plus des délais* » (A, 272-75, p. 9). L'énoncé ci-dessus montre que les moments dépourvus de migraines ne sont pas forcément perçus de manière positive, mais peuvent également être vécus de manière stressante. En outre, la migraine semble fractionner le temps entre des périodes « saines », où l'on se sent bien et des périodes « pas saines », où l'on se sent mal. Une opposition apparaît alors entre ces deux moments : celui de la migraine vécu comme long, pénible, sans fin ; et celui de l'absence de ce trouble vécu comme de courte durée, positif, ou encore stressant. De cette manière, la migraine affecte l'expérience du temps de l'individu, vécu sur le mode de la dichotomie, et morcelle le sujet.

Au travers des entretiens, les interviewés ont également abordé la question de la fréquence des migraines. Les participants ont, en effet, mis en avant la régularité du mode d'apparition des crises, ainsi que l'irrégularité de la migraine. « *Euh c'est venu en fin de journée comme à peu près tout le temps.* » (D, 2-3, p. 1) ; « *Mais c'est pas régulier quoi. Je peux pas dire "ah oui dans deux jours je sais que j'aurais une migraine" quoi.* » (P, 36-37, p. 2). Si nous nous penchons sur l'histoire de la migraine, nous pouvons voir que les références à l'imprévisibilité de la migraine se retrouvent jusqu'en 3000 ans avant J-C. Le poème babylonien, exposé précédemment, dit effectivement que « *Le mal de tête, comme la terrible tornade, personne n'en sait le cours, Personne n'ai sait la durée, ni les limites* » (Schwob, 2001, p. 25-26). Ainsi, certaines caractéristiques de la migraine semblent se perpétuer au travers du temps et des cultures.

L'analyse thématique de contenu a aussi montré que chaque individu interrogé inscrit la migraine dans une chronologie composée d'un début, plus ou moins précis, d'un déroulement et pour deux des interviewés, d'une fin. Marc et Alexandre se considèrent en effet comme guéris de la migraine et ne se trouvent ainsi plus dans cette phase de « maladie » dans laquelle sont encore pris les autres sujets. Les participants mettent également en lien l'apparition de leurs migraines avec des événements de vie ou certaines périodes de la vie.

Par exemple : pour Stéphanie sa migraine est apparue lorsqu'elle s'est mise en couple avec son compagnon actuelle ; pour David ses migraines son apparues à la suite de son opération de la mâchoire ; pour Christopher ses migraines ont débuté après une commotion, lorsqu'il était petit, puis après son accident ; pour Valentine ses migraines ont commencé à la puberté. « *Alors je sais que ça a commencé à la 5^{ème} primaire, je me souviens que c'était corrélé avec cette + avec cette phase où tu t'as trois sections, terminales, supérieur et pré-gymnasiale, où je voulais à tout prix aller en pré-gymnasiale. Ça avait commencé là donc c'était là DEFINITIVEMENT lié au stress.* » (M, 439-442, p. 13-14). Ces associations vont alors servir à expliquer la source de leurs maux. De cette manière, nous pouvons voir que l'individu crée du sens autour de sa migraine et la met en forme dans une histoire. Dans le récit des participants, nous pouvons repérer non seulement des références à la migraine dans le passé et le présent, mais également dans le futur. « *Mais j'espère ++ j'espère ne pas être migraineuse toute ma vie tu vois. J'espère vraiment trouver le truc qui fera que + que y en aura plus.* » (P, 755-756, p.23). Au travers de la narration, les individus forgent ainsi une manière de se présenter avec la migraine, au fil du temps. Le concept d'identité narrative de Ricoeur peut nous aider à comprendre comment la migraine est incorporée dans la manière de se raconter de chacun.

Dans la partie psychologique de l'analyse thématique de contenu, nous avons également remarqué que l'expérience de la migraine avait amené à un changement de soi chez certains des interviewés. Pauline est passée d'une position de victime à quelqu'un qui se bat contre sa douleur ; Alexandre dit être passé d'une phase de prise de risque, d'expériences à une période plus sereine ; et enfin Christopher dit être plus actif et avoir appris à relativiser depuis son accident de voiture. Comme il a été vu dans l'approche phénoménologique, la douleur amène à se questionner sur soi, sur son lien avec autrui, et l'être au monde est modifié par l'expérience de la douleur. Nous pourrions également émettre un parallèle entre l'expérience de la douleur et celle de la maladie exposée par le modèle coporo-socio-psychologique (Santiago-Delefosse, 2011) et voir ainsi le vécu de la douleur comme une désorganisation de l'être au monde de l'individu. L'individu serait alors amené à reconstruire du sens par rapport à son mal et à l'incorporer dans son histoire de vie.

Emotions

L'analyse des entretiens a permis de mettre en exergue les émotions en lien avec la migraine. Pour commencer, les sentiments d'anxiété et d'angoisse sont ressortis du discours des interviewés. Nous pouvons mettre en relation ces émotions avec le caractère imprévisible des migraines, abordé plus haut. Les entretiens ont effectivement révélés que la migraine occupe de manière quasi permanente l'esprit des sujets. « (...) *si tu veux c'est pas que ça me panique mais c'est un truc qui reste TOUT le temps dans un coin de ma tête, me dire que peut-être je pourrais avoir mal à la tête. Euh donc ++ disons que ouais c'est pas super agréable c'est + c'est j'aimerais bien pouvoir me dire "ouais bon quoi", enfin pouvoir ne RIEN me dire au fait (rire)* » (D, 462-465, p.14). De cette manière, la migraine préoccupe l'individu en menaçant à chaque instant de s'abattre sur celui-ci.

Face au manque de contrôle par rapport à l'apparition de ces crises, l'individu va anticiper les migraines et réagir par l'expression d'un stress. D'ailleurs, les participants rapportent être particulièrement angoissés par le fait de pouvoir être frappés par la migraine dans des situations où ils ont moins d'emprise sur celle-ci, comme lors de vacances dans des pays étrangers, au travail ou encore au volant. « *Je vais partir aussi en voyage en Inde et j'espère juste ne pas en avoir. Parce que je me dis, si j'ai une migraine en plus en Inde tu op- t'es avec d'autres personnes, tu peux pas juste dire "les gars + désolée vous partez sans moi" enfin (sourire) parce que t'es HS une journée et que t'as juste qu'une envie c'est de rester dans une chambre que tu connais enfin (...)* » (J, 266-270, p. 8). L'énoncé ci-dessus montre que Julie s'imagine comment elle gérerait une crise de migraine si elle en avait une lors de son prochain voyage en Inde. Nous pouvons interpréter ce type de pensées comme une forme de catastrophisme. L'interviewée s'imagine, en effet, le pire scénario possible dans une certaine situation. Se préparer dans sa tête à une éventuelle crise de migraine pourrait ainsi être une stratégie de coping vis à vis de la migraine. Le fait de se représenter une suite d'événements peut alors orienter l'action de l'individu, en vue de réduire les risques de réalisation de ce film mental. « (...) *ben ouais c'est un peu ++ des fois c'est malheureusement un peu chiant parce que ouais justement je me dis des fois que je sortirais peut-être plus si j'anticipais pas la conséquence négative du lendemain où je pourrais avoir une migraine. + Bon c'est fini de sortir en boîte jusqu'à 4h du matin, je prends trois semaines pour me remettre moi. Et pis dimanche ben migraine quoi, ça quasiment sûr* » (J, 356-360, p. 11).

De cette manière, cette anticipation peut s'observer au travers des comportements adoptés par les individus souffrant de migraines. Julie et David disent, par exemple, toujours avoir sur eux des médicaments contre les migraines « au cas où ». « *Alors je sais que voilà quand j'ai + j'ai mes règles, faut que j'aie ma provision de médicaments au cas où + j'ai une migraine. + Bon j'ai toujours tout le temps sur moi enfaite, maintenant j'ai une plaquette de dix comprimés comme ça ça me fera pour le mois à venir (rire) comme ça j'ai pas chaque fois à me demander si j'ai besoin si j'ai un truc. J'en ai dans mon portemonnaie, dans mon sac à main, c'est bon (rire).* » (J, 402-406, p. 12-13). Nous pouvons interpréter ce comportement comme une manière de réduire le sentiment de manque de contrôle vis à vis des crises de migraines et de se rassurer. D'ailleurs, David partage que le fait de ne pas avoir sur lui de médicaments est générateur d'angoisse. « *Parce qu'au fait le truc c'est que + (il ferme la boîte et la range dans sa poche) c'est devenu un vrai stress enfaite ces migraines, dans le sens où si je laisse monter je peux vraiment me retrouver pas bien du tout pis comme en plus je travaille la nuit, y a des fois où je peux juste pas me permettre donc euh c'est un peu ma sécurité d'avoir toujours des aspirines avec moi au CAS OÙ ça monte, il faut que je coupe le plus vite possible quoi.(...) Parce que s- + si j'ai pas la boîte dans ma poche, ça peut être- ça me stresse un peu quoi, je suis pas à l'aise je me dis parce que si ça vient, je suis pas bien quoi* » (D, 19-28, p.1). Ainsi, la migraine apparaît comme source d'angoisse et l'individu développe des stratégies pour réduire ce sentiment désagréable. A la lumière de ces considérations, nous pouvons alors imaginer que la migraine puisse déboucher sur des troubles d'anxiété. Nos résultats pourraient ainsi apporter un éclairage quant à la prévalence plus élevée des troubles de l'anxiété retrouvée au sein de plusieurs recherches (Breslau, Davis & Andreski, 1991 ; Jette, Patternn, Williams, Becker & Wiebe, 2008 ; Pompili et al., 2009 ; Radat & Swendsen, 2005 ; Scheftell & Atlas, 2002 cités par Dindo, Recober, Marchman, Turvey & O'hara, 2012).

Une des autres émotions relevée au sein des entretiens est l'inquiétude. Cette dernière est mise en lien avec la pensée que la douleur ressentie pourrait être le signe d'autre chose plus grave. Nous voyons ainsi que les sensations du corps sont interprétées par l'individu et que des significations, comme l'expression d'une tumeur, leurs sont attribuées. Nous pouvons faire recours à la modélisation corporo-socio-psychologique (Santiago-Delefosse, 2002 ; 2011) pour mieux comprendre ces mécanismes. Si nous prenons ce modèle pour analyser ces données, l'*intéroceptivité* peut être vue comme donnant lieu à une activité de représentation

qui va déboucher sur des émotions comme l'angoisse. Cette émotion ressentie peut alors activer la recherche de son soulagement. Stéphanie évoque, par exemple, avoir entrepris un scanner à cause de ses maux de tête. Cette action peut être vue comme un moyen de vérifier si ses sensations physiques correspondent ou non à la représentation qu'elle s'en faisait, à savoir une tumeur au cerveau. Le résultat négatif à ce test a ainsi permis d'apaiser son inquiétude. La représentation de la douleur de Stéphanie se rapproche alors ici de la douleur aiguë du modèle biomédical, définie en terme de signe d'un dysfonctionnement du corps. Ainsi, les individus semblent avoir pris à leur compte les visions de la douleur de la médecine.

Au sein des entretiens, le sentiment d'être usé par la douleur est aussi ressorti. La migraine est ainsi perçue comme engendrant un coût pour l'individu et l'une des interviewées, Pauline, évoque même avoir l'impression d'avoir le corps d'une personne plus âgée. « *Les migraines c'est usant. Des fois tu ressors d'une semaine où t'as eu deux migraines, trois migraines, t'as l'impression d'avoir pris 20 ans. T'as l'impression d'avoir fait une semaine de MALADE quoi + de fou.* » (P, 813-815, p. 24-25). De ces récits nous pouvons dégager une représentation de la migraine comme un agent qui fatigue le corps et accélère le processus de vieillissement en drainant celui-ci de son énergie vitale. L'expérience de la douleur pourrait-elle alors être vue comme rapprochant de la mort ?

Les sentiments de tristesse et de dépression ont également été exprimés dans les récits de la douleur de la recherche. « *Tu peux clairement, même si tu mets toute la bonne volonté du monde, parfois t'es + t'arrives pas, t'as juste envie de + de chialer quoi ++ je suis pas à pleurnicher sur mon sort mais des fois j'ai vraiment envie de faire que ça. Parce que (...)* » (P, 807-810, p. 24-25). Ces émotions peuvent être abordées du point de vue de l'approche psychanalytique. Centrant l'individu sur son Moi, la douleur amène en effet à un désinvestissement des objets extérieurs et limite les désirs. L'individu n'obéit plus au principe de plaisir mais à celui de réalité. L'apathie, le manque de plaisir et d'envie relevés par les individus en souffrance pourraient ainsi être compris comme le résultat de ce retournement sur soi. « Si la joie est expansion, élargissement de la relation au monde, la douleur est accaparement, intériorité, fermeture, détachement de tout ce qui n'est pas elle » (Le Breton, 1995, p. 24). Ces considérations peuvent représenter des pistes de compréhension par rapport

au nombre plus élevé de dépressions chez les individus souffrant de migraines (Breslau, Davis & Andreski, 1991 ; Jette, Patternn, Williams, Becker & Wiebe, 2008 ; Pompili et al., 2009 ; Radat & Swendsen, 2005 ; Scheftell & Atlas, 2002 cités par Dindo, Recober, Marchman, Turvey & O'hara, 2012).

Les participants de la recherche ont également exprimé ressentir de la colère lors des migraines. « *Ah ouais alors ça c'est vrai que, ça c'était un truc qui se ++ ouais c'est un peu ridicule finalement mais c'est vrai que + t'en as un petit peu marre, t'es justement un peu en colère, ça te fout de mauvaise humeur, vraiment, parce que tu te dis "ça y'est c'est reparti pour un tour" alors que + voilà quoi ouais tu subis et c'est vrai que ça ENERVE et je pense que le fait que ça énerve + euh ça ça n'arrange pas du tout la, ça n'arrange pas du tout la chose ouais. + Non ça c'est vrai alors, souvent ça ma énervé hein (sourire), j'ai jamais vraiment fait de crises de nerf ou quoi mais c'est vrai que ça (...)* » (M, 337-343, p. 10-11). Le cercle vicieux de la colère et de la migraine, rapporté par Marc, pourrait être expliqué par la théorie du portillon de Melzack et Wall (1965). En effet, ces chercheurs ont mis en évidence que des états psychologiques comme la colère ou la dépression pouvaient augmenter la perception de la douleur (Maggiore, 2011). Ce phénomène, exposé dans les entretiens de recherche, pourrait donc être explicité par les mécanismes physiologiques de la modulation de la douleur. Il demeure néanmoins difficile de dire si la colère est une cause ou une conséquence de la douleur. Nous pouvons toutefois avancer qu'il existe un lien entre les émotions et les sensations physiques dans le cas de la migraine.

Les sensations d'injustice, de frustration et de colère exprimés par les sujets peuvent également être abordées du point de vue de la phénoménologie. Comme il a été vu précédemment, l'individu en souffrance est fondamentalement différent d'autrui de par son expérience de l'*insubstituable* douleur. De cette manière, le sujet peut être amené à se questionner sur son sort et à se demander « Pourquoi moi ? Pourquoi suis-je différent des autres ? Qu'ai-je fait pour souffrir plus que lui ? ». Au sein des entretiens, l'idée de fatalité de la migraine a en effet été invoquée : « *Ma fois t'es comme tu es et pis + et pis tu prends ce qu'on t'as donné comme ça quoi pis tu vis avec. Tu vois moi j'ai des migraines, y en a d'autres qui ont ++ qui ont d'autres choses, des problèmes, on a chacun nos problèmes donc euh ++ ben tu dois vivre avec quoi, c'est comme ça. C'est un peu MOCHE de vivre dans une*

espèce de fatalité et dire "ouais, c'est comme ça, je suis obligé" mais en même temps c'est la vie quoi » (P, 549-556, p.17). Ces émotions émanent ainsi de la comparaison de son état avec celui d'autrui. De cette manière, nous pouvons dire que la présence de l'autre influence le vécu émotionnel de la migraine.

L'analyse des entretiens a aussi mis en évidence le sentiment d'être démuné face à la migraine et de se sentir désespéré. « *C'est + on est un peu DEMUNI enfaite parce que.* » (A, 26-273, p.1). Ces émotions peuvent être interprétées comme découlant de cette représentation de la migraine comme une fatalité. Nous pouvons mettre en lien ce sentiment avec la notion de *diminution de la possibilité d'agir* de Ricoeur (1992). Ne disposant pas de remèdes miracles pour soulager ses maux, la personne ne pourrait alors qu'endurer la douleur dont elle est la victime. « *Donc euh donc tu ouais tu + enfin je veux dire t'es t'es t'es (rire) un peu quand même à l'état végétatif quoi. T'es là tu fais rien. Donc je peux pas dire que, ouais j'avais en tout cas pas de problème de concentration ou quoi dans le sens où je faisais rien quoi. T'attends et puis euh* » (M, 322-327, p. 10). Le témoignage de Marc illustre ainsi cette passivité découlant de la migraine. D'autre part, le devoir d'accepter la douleur et le fait de s'être habitué à celle-ci, exprimé par les sujets, peuvent être compris à la lumière de ce sentiment d'impuissance. Le sentiment de contrôle sur son état de santé apparaît donc comme important dans le vécu émotionnel d'individu.

Au sein de l'analyse comparative des résultats entre sexe, nous avons remarqué que les sujets féminins avaient plus tendance à exprimer leurs émotions en lien avec leurs migraines que les sujets masculins. Ces différences pourraient être expliquées par les normes culturelles et sociales en vigueur dans la société occidentale. Les femmes ont, en effet, été habituées dès l'enfance à exprimer leurs émotions. Au contraire, les hommes ont plutôt appris à ne pas faire part de leur vécu émotionnel. Nous pouvons dès lors supposer que les sujets de sexe masculin rencontrent plus de difficultés à parler de leurs affects. Dans cette perspective, il pourrait être intéressant de comparer nos résultats avec l'expression de la douleur dans d'autres cultures. D'autre part, nous pourrions mettre en lien ces différences avec le fait que les femmes anticipent plus la migraine que les hommes. En effet, comme nous l'avons exposé plus haut, l'anticipation de ses maux peut être source de stress et donc générer des émotions négatives.

Présentation de soi

Au niveau de la présentation de soi, un rapport particulier à la douleur semble ressortir des entretiens de recherche. Ces derniers ont en effet permis de révéler que les individus souffrant de migraine ont tendance à se présenter comme tolérant mieux la douleur que les autres et comme ayant fait l'expérience de nombreuses autres maux au cours de leur vie. « *Ouais et c'est en ça que c'est pénible quoi. Plus qu'une douleur parce que je pense que + j'ai une acceptation de la douleur qui est pas pas phénoménale mais je pense que je suis pas en dessous de la moyenne quoi. Genre j'ai connu des grosses douleurs dans ma vie, même plusieurs (sourire) pis ça va hein. Je sais ce que c'est ++ je tolère mais ça c'est différent. C'est vraiment une douleur PARTICULIERE, TRES très particulière quoi, qui ressemble à aucune autre à mon sens.* » (D, 612-617, p.19.). Deux des interrogés (A, V) se présentent notamment comme casse-cou, sportif et attiré par la prise de risque. De cette manière, les participants offrent une image de soi comme résistant à la douleur. La migraine est d'ailleurs présentée comme une douleur pire que les autres, ce qui a pour effet d'accentuer cette apparence de surhomme que tend à montrer les individus en souffrance. En se définissant comme différent d'autrui, l'individu migraineux tend à creuser une distinction entre lui et le commun des mortels.

La comparaison entre sexe opérée dans l'analyse des résultats a permis de mettre en évidence que les hommes ont plus tendance à mettre en avant leur tolérance à la douleur que les femmes. Les valeurs et normes véhiculées par la société occidentale pourraient apporter un éclairage sur ces différences entre sexes. Il en effet attendu des individus de sexe masculin qu'ils se montrent fort et qu'ils cachent leurs douleurs ainsi que leurs émotions. Tandis que les sujets de sexe féminin sont perçus comme plus émotionnels et fragiles. Dans cette perspective, nous pouvons interpréter ces témoignages masculins de tolérance à la douleur comme un désir de montrer sa virilité et sa force. Les récits des participants de la recherche seraient donc emprunts de représentations sociales. Nous pouvons supposer que le fait que l'interviewer soit une femme ait pu influencer la présentation de soi des hommes et des femmes. Si le chercheur était un homme, nous aurions peut-être pu observer des témoignages encore plus marqués de la tolérance à la douleur de la part des hommes, désirant moins se montrer vulnérable devant un semblable. A côté de cette interprétation culturelle et sociale, nous pouvons également supposer que des différences biologiques pourraient expliquer cette plus grande sensibilité à la douleur rapportée par les femmes. Il a en effet été démontré que le

cerveau des hommes et des femmes n'est pas affecté de la même manière par la migraine (Maleki, Linnman, Brawn, Burstein, Becerraand & Borsook, 2012). Il semblerait donc que des facteurs biologiques, culturels et sociaux puissent expliquer ces différences genrées dans l'expression de la douleur.

Au sein des entretiens, nous avons noté que les individus ont tendance à se présenter par la comparaison avec autrui. Les interviewés font en effet part du fait de se considérer comme plus chanceux que les autres et parfois comme moins fortuné que ceux-ci. « (...) *mais je pense que comparé à certains migraineux qu'il doit y avoir, je suis quelqu'un de chanceux.* » (M, 479-480, p. 15) ; « *Je pense que j'ai des maux de tête qui sont plus importants que + que + que la moyenne, en tout cas que la majorité des gens qui m'entourent parce que je connais quasiment personne qui a des maux de tête comme moi. Donc je pense que je suis quand même quelqu'un qui en souffre euh beaucoup plus* » (M, 476-479, p. 15). De manière générale, il semble ressortir un désir de donner l'image de quelqu'un qui n'est pas handicapé par sa douleur, qui n'a pas envie de se plaindre de sa condition et d'être perçu comme une victime. Ainsi, les individus semblent vouloir dissimuler les manifestations verbales et non verbales de la douleur, qui correspondent à la composante comportementale de la douleur présentée dans le modèle bio-psycho-social. De cette manière, les sujets chercheraient à ne pas susciter de réaction de la part de l'entourage. A l'aide du modèle corporo-socio-psychologique, nous pourrions imaginer que les individus tentent d'agir au niveau de la fonction *tonico-posturale*. Les sujets minimiseraient alors l'expression de la douleur par le corps afin d'éviter que leurs comportements soient interprétés par l'entourage comme une plainte. De cette façon, l'individu en souffrance pourrait être amené à cacher sa douleur en essayant de taire ses sensibilités *intéroceptives* et *proprioceptives* et éviter ainsi une réaction d'empathie, voire de pitié de la part des autres. « (...) *si je suis avec des gens, je vais pas être direct enfin je vais pas non en général je dis pas que j'ai mal à la tête quoi. Je prends une aspirine dans mon coin et pis voilà quoi. Ouais j- j'ai- j'aime pas trop me placer dans une posture victimaire pis euh pis euh crier "Oh pauvre de moi ! Qui souffre le martyr !" enfin c'est pas trop mon genre quoi (sourire)* » (D, 553-557, p.17). Ces comportements pourraient être motivés par un désir de ne pas se montrer fragile et vulnérable devant autrui. La comparaison des entretiens a montré que les sujets masculins sont un peu plus nombreux que les femmes à exprimer ne pas vouloir être perçu comme une victime, ainsi que ne pas vouloir se plaindre. Comme pour les différences par rapport à la tolérance à la douleur, nous pouvons

interpréter ces divergences comme liées à des facteurs culturels et sociaux. Selon Le Breton (1995, p. 25), c'est « comme si la douleur était une forme de possession, une puissance colossale rongant l'individu en lui dictant sa conduite, brisant d'un souffle certains aspects de son ancienne respectabilité, sa réputation éventuelle d'homme solide qui en a vu d'autres ».

Interprétations personnelles

Une multitude d'interprétations personnelles vis à vis de la migraine ont émané des entretiens. Les participants font appel à leur naissance par forceps (*J, M*), à un traumatisme crânien (*C, M*), à un accident lors d'un plongeon (*A*), à des facteurs génétiques (*J, S, V*), à une particularité neurologique (*A*), au cycle menstruel (*V*), à des problèmes de nuque ou de mâchoire (*P, D*), au sevrage de la consommation de drogues (*A*), à la pression scolaire (*M*) ou encore à une rupture amoureuse (*S*) comme causes possibles de l'apparition de leurs migraines. Comme il a déjà été mentionné plus tôt, les sujets développent aussi des hypothèses quant aux facteurs déclenchant des crises de migraine. Ceux-ci évoquent des facteurs environnementaux, comme la foehn, le soleil ou la chaleur ; des facteurs physiques comme l'alimentation ou des tensions musculaires ; des facteurs psychiques comme le stress, la fatigue, les conflits, la déprime ou encore le fait de se dire qu'on va avoir mal. « *Donc c'est vrai que je pense qu'il y a aussi un facteur psychologique et ça c'est ce qu'on disait aussi quand j'étais jeune c'est que ben mal à la tête tous les lundis, tous les mardis enfin tous les lundis OU tous les mardis, ben pour finir tu sais que ces jours là t'as mal à la tête et de façon je pense inconsciente t'as déjà une prédisposition à ce jour là à avoir un mal à la tête. Et je pense que quand je vais boire de l'alcool, et maintenant je sais que de plus en plus quand je bois de l'alcool j'ai mal à la tête + je sais pas si y a une certaine prédisposition à se dire que le lendemain tu vas avoir mal à la tête, ça c'est pas impossible. Y a sûrement un facteur psychologique ou quelque chose.* » (*M*, 250-262, p. 8) ; « *Tu vois c'est con mais je me dit tout le temps que pour mon mariage j'aurais une migraine. C'est con hein ? Je me dit voilà pour UN des plus beaux jours de ma vie, j'aurais une MONSTRE migraine. ++ C'est affreux de se dire ça mais je me le dit quoi. Du coup je vais en avoir une (cri) (rire) ah non je veux pas ! Non mais ça m'inquiète pour des trucs comme ça tu vois. Euh + parce que ça peut te ruiner une journée quoi.* » (*P*, 803-807, p.24). Ces témoignages ci-dessus montrent que le simple fait de penser que l'on va avoir mal à la tête peut suffire à provoquer une crise de migraine. Ce

phénomène pourrait être interprété comme une forme de *prophétie autoréalisatrice*⁶ par rapport à soi. S’attendre à ce que l’on va souffrir d’une migraine dans une situation particulière peut alors engendrer la réalisation de ce scénario. A la lumière de ces considérations, nous pourrions apporter les mêmes interprétations au fait que Pauline ait eue une migraine à la fin de l’entretien. Le fait de parler de la migraine de manière intensive et d’avoir peut-être imaginé avoir une crise pourrait être lié à l’apparition de ses maux. Ainsi, nous pouvons apercevoir la force du psychique sur le physique.

Au sein des différents récits des participants, la migraine semble être perçue comme une forme de relâchement du corps. Julie dit, par exemple, que « (...) *pis c’est surtout une fois que l’entretien est terminé et que là le corps il fait, il lâche tout pis ça fait “ohhhh j’en peux plus, je vais me coucher, ça va plus”.* » (J, 46-47, p. 2). Dans cet énoncé, le corps apparaît ainsi comme une personne qui lutte contre l’entrée de la douleur au sein d’un rendez-vous professionnel, puis permet l’arrivée de ce mal une fois l’activité terminée, par le relâchement de sa garde. Marc interprète, quant à lui, les migraines comme l’effet d’un relâchement du stress. « *Ça se présentait plutôt le week-end et je sais pas si c’est le fait que la semaine t’es pas mal sous pression pis t’arrives le vendredi soir pis t’as un certain relâchement pour le week-end.* » (M, 119-121, p. 4). Dans cette perspective, nous pourrions interpréter les migraines de Stéphanie comme l’effet d’un relâchement à la suite d’une histoire amoureuse vécue comme difficile. L’individu semble donc encaisser des tensions, psychiques ou physiques, qui vont ensuite s’exprimer par le corps. Nous rejoignons alors ici les théories psychosomatiques exposées plus haut. Selon ces considérations, la mise sous pression excessive pourrait amener à une explosion sous la forme de crises de migraines. Nous pourrions d’ailleurs mettre en lien cette tension psychique avec les sensations d’oppression au niveau de la tête rapportées par les participants de la recherche. Ainsi, le corps exprimerait ce qui n’est pas dit par l’esprit. De cette manière, nous pourrions imaginer que l’extériorisation des affects pourrait améliorer la condition des individus souffrant de migraine.

De la même façon, Alexandre explique ses maux comme une forme de langage du corps. « *Après quand t’es vraiment ++ quand t’es vraiment absorbé par un travail passionné pis*

⁶ La prophétie autoréalisatrice est « (...) un phénomène selon lequel une personne possédant des attentes (même erronées) à l’égard d’un individu amène cet individu à adopter un comportement conforme à ses attentes. » (Doron & Parot, 2005, p. 571).

*ben justement c'est que t'écoutes plus ton corps et ton corps il est obligé de te dire "eh oh putain ! Eh je suis là hein! Fais gaffe, fais gaffe c'est pas vivable quoi". C'est comme si tu fais pen- du sport pendant une semaine, au bout du troisième jour tu sais que t'es vi- que tes piles sont à plat, tu peux pas + tu peux pas assumer u- de tels efforts, à moins de devenir un élite et même là il y a des choses qui sont à respecter et il faut faire attention. » (A, 368-374, p. 11-12). Selon lui, les prémisses de la migraine qu'il ressent encore parfois aujourd'hui servent à lui rappeler la présence de son corps et font office de « *prévention naturelle* » (A, 499, p. 15). De cette manière, les maux de la migraine pourraient être une manière de rappeler à l'homme son ancrage physique, sa fragilité humaine et l'importance de prendre soin de son enveloppe charnelle.*

Les témoignages des interviewés ont ainsi permis de mettre en évidence les liens étroits entre le soma et la psyché dans l'expression de la migraine. Il semblerait que l'individu ait des prédispositions génétiques à la migraine puis que des événements de vie majeurs, comme un traumatisme crânien ou émotionnel, vont favoriser l'apparition de ce trouble. Des facteurs environnementaux, physiques et psychiques jouent ensuite un rôle dans le déclenchement des crises. Ces considérations rejoignent les résultats de recherches antérieurs sur la migraine. Ainsi, il n'existe pas un facteur causal unique de la migraine mais de multiples éléments rentrent en jeu dans son développement.

D'autre part, la recherche a permis de mettre en évidence que les hypothèses des individus sont peuplées d'autrui. En effet, celles-ci sont composées des explications du corps médical, de la famille, des amis, de l'homme de la rue ou encore d'autres médias. Par exemple, Julie avançait dans son entretien que c'était sa mère qui lui avait suggéré que ses migraines pouvaient être liées à sa naissance par forceps. L'expérience du corps alimente aussi ces théories subjectives vis à vis de la migraine. Alexandre met, par exemple, en lien ses sensations corporelles avec les raisons de l'apparition de sa migraine. « (...) *je me suis retrouvé TRES profond dans la euh dans l'eau et j'ai eu une ENORME douleur dans le crâne et je pense que depuis CA ça a été le premier + la pre- le début du pourquoi des migraines enfaite. C'est que ça m'a fait ç- j'ai eu une trop grosse pression d'un coup dans le cerveau et puis je pense que c'est venu de là* » (A, 74-79, p. 2-3).

Cette diversité des explications avancées montre que l'individu ne reste pas passif devant sa migraine mais tente de dénicher des raisons à cette expérience désagréable. « *T'as mal au dos tu sais que ben voilà tu prends un + tu prends du Tramal, ça va te shooter un bon coup pis ça ira mieux mais + la tête tu sais pas la cause, tu sais pas de quoi ça vient, c'est pas que tu t'es bloqué un muscle dans la tête c'est pas ça tu vois. Tu sais que c'est fini mais ça va revenir. Donc après c'est à toi de de regarder ben + "J'ai ça. Mais POURQUOI j'ai ça ? ", y a un truc qui va pas. C'est aussi pour ça que j'ai fait beaucoup plus attention à mon alimentation, que j'ai essayé plein de choses ++ (soupir) » (P, 590-595, p.18). Nous pouvons faire appel aux théories de la psychologie sociale pour éclairer ce besoin de mettre un nom sur ses symptômes et de les expliquer. Le fait de vouloir nommer ses maux peut être considéré comme un processus de *catégorisation*. Cette opération cognitive est essentielle à l'humain car elle lui permet de mettre de l'ordre dans l'information environnante (Azzi & Klein, 1998) et de structurer le monde pour le rendre explicable et maîtrisable (Deschamps, 2007). L'individu chercherait ainsi les raisons à sa migraine pour pouvoir agir sur celle-ci et espérer guérir. D'autre part, les concepts de la psychologie sociale peuvent nous amener à voir les tentatives d'explication des individus comme des *attributions causales*⁷. Les sujets infèrent en effet des causes à leurs maux. Les explications de la migraine par une chute dans les escaliers ou par la malchance correspondent, par exemple, à des interprétations causales externes, indépendantes de moi ; et l'explicitation par le stress ferait partie des causalités internes, dépendantes de moi. Ces explications n'obéissent pas forcément à une *logique formelle*, pour reprendre les termes du modèle corporo-socio-psychologique, mais dépendent également d'une *logique affective*. Le manque de réponses de la part de la médecine pourrait expliquer une telle prolifération de causes à leurs maux. De cette manière, l'individu chercherait à maîtriser la migraine qui lui échappe. Le corps ne se résume donc pas à un ensemble de symptômes mais est « le lieu d'une intentionnalité et d'un pouvoir de signification » (Merleau-Ponty, 1949, cité par Rossi, 2010).*

8.2 Le rôle du psychologue de la santé dans la douleur

A la lumière des réflexions théoriques ainsi que des résultats de la recherche exposés, nous pouvons nous questionner sur le rôle du psychologue de la santé dans la prise en charge de la douleur, en général, et dans le cas de la migraine, en particulier. Pour pouvoir apporter des

⁷ Le concept d'attribution a été développé par Heider et peut être défini comme le processus par lequel l'individu formule des inférences sur le monde afin de le prédire et de le maîtriser (Cerclé & Somat, 2005, p. 183).

pistes de réponses à ce questionnement et connaître le fonctionnement d'un Centre pluridisciplinaire de la douleur, un entretien avec le Dr Mavrocordatos⁸ a été mené. Ce médecin confie que peu de patients migraineux sont référés à son Centre. La migraine est, en effet, considérée comme une maladie plutôt que comme une douleur persistante, ce qui amène l'individu souffrant à être dirigé la plupart du temps vers un neurologue. En raison du peu d'efficacité des traitements proposés pour ce trouble, les individus tendent à être épuisés par l'enchaînement des consultations et à se perdre dans le système médical. Ce constat du Dr Mavrocordatos rejoint ainsi les observations faites à partir des entretiens de recherche. Les interviewés ont, en effet, rapporté la pénibilité du processus diagnostique et ont souvent erré de spécialistes en spécialistes. Selon le directeur du Centre, tant que l'on continuera à opérer une évaluation de la migraine basée sur la pathologie, les patients ont peu de chance d'obtenir de meilleurs résultats au traitement de leurs maux.

Cet avis d'un spécialiste de la douleur nous amène donc à envisager qu'il faudrait repenser la définition de la migraine et la percevoir non pas comme une maladie, mais comme une douleur persistante. Nous rejoignons alors ici la définition de l'IASP de la douleur chronique, proposée plus haut, comme une expérience subjective qui dure plus de 6 mois et a des répercussions sur la vie de tous les jours (Schwob, 2001). Par ailleurs, les entretiens de recherche ont montré la difficulté du diagnostic de la migraine chronique selon les critères de l'IHS (2004) (douleur migraineuse sur 15 jours par mois ou plus pendant 3 mois en l'absence d'une médication abusive), notamment à cause de l'irrégularité des crises de migraine. Ainsi, une redéfinition de la migraine en terme de douleur pourrait favoriser l'entrée dans un Centre comme celui de la Clinique Cecil et se révéler bénéfique pour les patients.

Le Centre de la douleur Cecil propose une prise en charge centrée sur le patient et dispensée par un groupe de différents professionnels. Ce dernier est composé de deux médecins, d'une infirmière, d'un physiothérapeute ainsi que d'un psychologue et d'un psychiatre. Compte tenu de la souffrance et de la tristesse entourant les douleurs chroniques, le Dr Mavrocordatos avance qu'il est important de dédramatiser la situation de douleur du patient dès son arrivée et d'offrir un cadre accueillant. Une évaluation bio-psycho-sociale permet ensuite de déterminer si le patient a besoin d'un traitement au niveau physique, psychique ou social.

⁸ Le Dr Philippe Mavrocordatos est le directeur du Centre de la douleur Cecil à Lausanne. Ce médecin est spécialiste FMH en anesthésiologie, médecine intensive et thérapie de la douleur.

En ce qui concerne la prise en charge physique de la migraine, le Dr Mavrocordatos voit dans la neuromodulation une technique possible d'intervention pour la migraine. Comme il a été vu précédemment, des recherches ont en effet montré que la neuromodulation pouvait se révéler être une voie de soulagement possible aux migraines persistantes (Ellens & Levy, 2011). De futures études sont nécessaires afin de mieux comprendre l'efficacité de ce type de technique.

Concernant l'intervention de la physiothérapeute, le Dr Mavrocordatos met en avant l'importance d'une séance de physiothérapie qui ne s'arrête pas à une prise en charge biologique, mais qui constitue également un moment d'écoute attentive de la plainte du patient. Ce type d'approche thérapeutique pourrait s'avérer utile pour les individus souffrant de migraine chronique.

Au niveau social, le Centre travaille avec des assistants sociaux qui s'occupent de gérer les problèmes sociaux engendrés par la douleur. Dans le cas de la migraine, nous pourrions imaginer le recours à ce type de professionnels pour les patients souffrant d'importantes répercussions de leur trouble au niveau social et principalement professionnel.

La prise en charge psychologique du patient au sein du Centre de la douleur Cecil consiste en des séances de thérapie de groupe, axées sur le soutien, et des interventions cognitivo-comportementales, orientées vers une réhabilitation plus active du sujet. Compte tenu de la souffrance exprimée par les sujets lors des entretiens, ces approches psychologiques pourraient s'avérer profitables aux personnes atteintes de migraines. En ce qui concerne les thérapies de groupe, celles-ci pourraient aider à apaiser les sentiments d'être incompris et de solitude rapportés par les individus. Les thérapies cognitivo-comportementales, quant à elles, pourraient servir à travailler sur les catastrophisations, l'anxiété, la colère, la dépression, les envies suicidaires, les comportements de mutilation ou de surmédication dont pourraient souffrir les migraineux. Ainsi, les techniques de cette orientation thérapeutique pourraient permettre aux individus de développer des stratégies de coping plus adéquates face à leurs maux et de réduire l'expression de leurs douleurs.

Des thérapies individuelles inspirées par les approches psychanalytique, phénoménologique ou corporo-socio-psychologique pourraient permettre d'aller plus en profondeur dans le vécu de l'individu souffrant de migraine. Au cours d'un entretien clinique, le psychologue de la

santé pourrait tenter d'investiguer les répercussions corpo-socio-psychologique de cette expérience désagréable. La mise en lumière des théories subjectives, du sens donné à la migraine, du vécu émotionnel, social et corporel de l'individu permettrait de mieux comprendre, par exemple, l'auto-médication, la non-compliance, les ruptures thérapeutiques, ou encore les conflits relationnels. En favorisant la mise en mot du vécu de la migraine, ce type d'entretien pourrait aider à reconstruire une identité narrative morcelée par l'expérience de la douleur. L'entretien mené avec Pauline a, par exemple, permis de faire émerger un lien entre son traitement orthodontique et l'apparition de sa migraine : « *Mais ce qui est étonnant c'est que quand j'avais mon traitement orthodontique, j'avais pas de maux de tête. + Tu vois. C'est ça aussi qui m'épate c'est que c'est quand tout a été fini, que tout a été remis en place ++ c'est là que ça c'est déclenché. Ouais, ouais + c'est pas con enfaite. ++ Quand j'ai finis mon traitement orthodontique, j'avais quoi peut-être 17 ans, ça a commencé à 19 ans. ++ Une nouvelle piste à explorer.* » (P, 610-614, p. 19). Une autre explication possible des causes de ses maux a ainsi émergé de la mise en forme de son histoire de la migraine. Selon Good (1994, p. 128), la symbolisation de l'origine de la souffrance constitue l'un des efforts centraux dans le processus du guérison. De cette manière, nous pourrions voir la narration comme une voix possible de soulagement de la souffrance des individus migraineux.

Quelque soit le type de thérapies choisies, il apparaît donc important que l'individu puisse trouver une approche, ainsi qu'un thérapeute, qui lui convienne. En tout état de cause, il semble primordial de pouvoir offrir un espace d'écoute à l'individu en souffrance et de recevoir sa plainte douloureuse.

Il s'agit cependant d'être prudent de ne pas considérer le psychologue comme un outil en plus au service du médical pour exterminer la douleur. En effet, le psychologue de la santé ne consiste pas en une arme que la médecine peut déployer contre la douleur lorsque ses instruments se révèlent inefficaces. Ce professionnel devrait être, dans l'idéal, intégré à une équipe interdisciplinaire, oeuvrant au soulagement des maux de l'individu. Toutefois, la mise en place d'une prise en charge interdisciplinaire de la douleur n'est pas chose aisée. Le Dr Mavrocordatos fait notamment part de cette difficulté de l'interdisciplinarité en pratique. Pour pallier à ces obstacles, le directeur du Centre de la douleur évoque l'importance de ne pas être complètement incompetent dans le domaine de l'autre et d'être au courant de ce que chacun fait. Ce médecin insiste également sur l'ouverture d'esprit nécessaire à la bonne mise en place d'un tel travail. Lors d'une démarche recoupant différents champs de compétences, il s'agit

d'être vigilant à ne pas morceler l'individu en une thérapeutique biologique, psychologique et sociale. La réunion de ces trois dimensions sous le même toit devrait permettre de faire émerger une meilleure compréhension de l'être au monde en souffrance, par la synergie des différents regards portés sur celui-ci. Inclure un psychologue de la santé au sein d'une approche interdisciplinaire de la douleur apparaît donc comme un défi qui vaut la peine d'être relevé pour tenter d'apaiser la souffrance de l'homme douloureux.

8.3 Les apports et limites du modèle corporo-socio-psychologique en lien avec la recherche

Dans la présente recherche, le modèle corporo-socio-psychologique a permis de prendre en compte la manière dont la douleur affecte les dimensions de la corporéité, de la socialité et du psychologique. A l'aide de cette approche, les différents niveaux coporo-socio-psychologique ainsi que leurs interrelations ont pu être révélés au sein des récits des migraineux.

Le modèle a plus particulièrement servi à comprendre comment les sensibilités extéroceptives, intéroceptives et proprioceptives peuvent donner lieu à des représentations de la part du sujet et des autres. D'autre part, il a pu être mis en évidence que le positionnement du corps ainsi que les mimiques de l'individu souffrant de migraine sont mise en sens par l'entourage et peuvent déboucher sur de l'incompréhension, voire des conflits, au niveau relationnel. Il a également pu être démontré que l'individu est conscient de cette *fonction tonico-posturale* et va tenter de moduler celle-ci afin d'offrir une certaine image de soi, souvent comme non-victime. Les attitudes et postures du sujet vont alors susciter une certaine réaction de l'entourage sous forme d'empathie ou de mécompréhension par exemple. Ainsi, la conscience de cette fonction particulière permet d'ajuster la manière d'être en lien avec autrui. Le point de vue développemental du modèle corporo-socio-psychologique permet de comprendre ces mécanismes comme issus d'un apprentissage dès la naissance.

Un autre apport de ce modèle vis à vis de la recherche menée est la réintroduction du rôle des émotions en lien avec les sensations corporelles et l'activité de pensée autour de celles-ci. L'approche de Santiago-Delefosse (2002 ; 2011) invite également à s'intéresser aux connections entre les émotions et la relation aux autres, ainsi qu'au monde, dans le cas de la douleur. Nous avons effectivement montré comment l'empathie ou l'incompréhension d'autrui vis à vis de la migraine de l'individu ont pu affecter ce dernier. Ainsi, les interactions

entre le vécu émotionnel et l'environnement social, plus particulièrement l'impact de la migraine au niveau des relations médicales, professionnelles et sociales, ont pu être mises en exergue.

Le modèle corporo-socio-psychologique aide également à voir comment les interrelations entre la corporéité et la socialité vont donner lieu à une réflexivité et à des théories subjectives sur la migraine. En effet, l'analyse thématique de contenu des entretiens a pu révéler la manière dont l'individu met en sens sa douleur et attribue des significations à sa migraine. Ces différentes interprétations personnelles vont ensuite permettre de comprendre les comportements adoptés par l'individu, que ce soit le suivi de son traitement, la recherche de thérapies alternatives ou un travail sur soi par exemple.

D'autre part, cette approche particulière permet de montrer comment l'individu est perturbé au niveau corporo-socio-psychologique par la migraine et va être touché dans son « être-au-monde » tout entier. L'individu ne va donc pas simplement s'ajuster ou non à la migraine, comme pourrait le présupposer le modèle bio-psycho-social, mais ce mal va amener à une réorganisation de soi et de son rapport au monde. De cette manière, ce modèle a permis de rendre compte de la complexité des liens entre la corporéité, la socialité et les fonctionnements psychiques dans la migraine. Cette approche dépasse le morcellement bio-psycho-social de l'individu douloureux pour replacer celui-ci dans la richesse de son expérience vécue.

Cependant, la mise en lumière de toutes les interconnexions en jeu dans la migraine se révèle être un exercice difficile. Face à cette complexité, il peut en effet être facile d'être tenté de retomber dans un découpage simpliste du vécu de la migraine en ses composantes bio-psycho-sociale sans prendre garde aux liens qui unissent ces différents niveaux.

En ce qui concerne l'analyse thématique de contenu effectuée, il n'a pas été aisé d'extraire les thèmes, catégories et sous-catégories des entretiens pour former la grille. Au vu des interactions entre les dimensions corporelles, sociales et psychologiques, le découpage des dires des interviewés s'est en effet révélé laborieux. Plusieurs des sous-catégories se recoupent et il n'a pas toujours été facile de devoir placer les énoncés des entretiens à l'endroit adéquat, sans perdre le sens du récit. Par exemple, ce qui attrait aux facteurs déclenchant de la migraine se retrouve parfois dans la catégorie de la temporalité et parfois

dans les interprétations personnelles. Le choix de ces catégorisations dépend ainsi de la subjectivité du chercheur et des discussions de la grille avec la co-directrice de la recherche. Etant emprunt des voix d'autrui, du rapport au corps, du discours médical ou encore des croyances personnelles, les déclarations des participants auraient effectivement pu être placées à différents endroits de la grille. Il ne s'agit donc pas de se limiter à la lecture de la grille d'analyse mais celle-ci doit être discutée et recontextualisée. Enfin, l'analyse thématique de contenu apparaît comme un bon outil de recherche pour mettre en lumière les différents niveaux de compréhension du récit de la douleur et comparer les entretiens entre eux. Cette méthode doit cependant se prémunir contre une boucherie analytique amenant à une collection de mots sans sens. Au vu du nombre restreint d'entretiens menés, nous pouvons également ajouté que les résultats de la recherche ne peuvent être généralisables à l'ensemble des individus souffrant de migraine, mais ont pour but d'offrir des pistes de compréhension sur le vécu de cette souffrance particulière.

9. CONCLUSION

Existant depuis la nuit des temps, la migraine ne cesse de toucher l'homme et d'intriguer celui-ci. La migraine sévit toujours à l'heure d'aujourd'hui et peine à trouver une explication ainsi qu'un soulagement satisfaisant. Des saignées d'Hippocrate à la neuromodulation, en passant par les anti-douleurs, les traitements de la migraine ont pullulés à travers les siècles et continuent à émerger dans l'espoir de découvrir un remède miracle. En attendant, bon nombre d'individus échappent encore aux mailles diagnostiques de la migraine et souffrent en silence de ces maux.

Longtemps centrée sur le corps de l'individu atteint par la migraine et cherchant au cœur de celui-ci les réponses à son apparition ainsi qu'à sa guérison, la médecine a fait l'impasse sur les autres dimensions en jeu dans l'expérience douloureuse. Les approches biomédicales de la migraine tendent en effet à s'intéresser aux mécanismes physiologiques de la douleur au détriment de la souffrance de l'individu touché par ce mal. Pourtant, ce trouble ne s'attarde pas seulement à affecter le corps de l'individu mais ébranle également ce dernier au niveau de ses relations sociales, professionnelles, de son fonctionnement psychologique et de ses émotions. Un regard plus large doit ainsi être porté sur la migraine et son vécu.

Dans ce travail, l'approche corporo-socio-psychologique a permis de mettre en évidence les répercussions au niveau de la corporéité, du social et du psychologique de la migraine. Ce modèle a également démontré que l'homme douloureux ne demeure pas passif face à cette douleur qu'il sent dans son corps, mais lui attribue des significations et crée des théories autour de celle-ci. Ne trouvant que peu de réponses et de soulagement de la part du corps médical, l'individu va alors trouver par lui-même des explications et s'engager dans un cheminement thérapeutique. La recherche a montré que ces théories explicatives et le type de traitement adopté sont façonnés par les rencontres avec les autres, la culture, la médecine, ainsi que le ressenti physique et émotionnel. D'autre part, il semble exister des différences entre le vécu de la migraine des hommes et celui des femmes. Sans tomber dans une psychologisation extrême des maux de la migraine, nous avons également pu révéler les liens étroits qu'entretiennent la psyché et le soma dans l'expérience douloureuse. La migraine n'est donc pas que psychologique ou que physique, mais résulte de connexions complexes entre le corps et l'esprit.

De cette manière, la douleur ne peut se contenter d'une définition en terme de symptômes physiques mais doit être appréhendée comme venant affecter l'homme dans son être tout entier. L'individu en souffrance ne peut être décomposé en ses composantes bio-psycho-sociales mais les relations complexes entre ces différents niveaux doivent être prises en considération. Ainsi, le modèle biomédical ainsi que le modèle bio-psycho-social semblent devoir être dépassés au profit d'autres approches comme le modèle corporo-socio-psychologique ou l'approche phénoménologique, si l'on cherche à comprendre le vécu de l'individu souffrant de douleurs.

Au niveau de la prise en charge de la migraine, il semble que le fait de considérer cette dernière comme une douleur persistante, et non plus comme une maladie, permettrait d'apporter un soulagement plus efficace. Une approche pluridisciplinaire de ces maux au sein d'un centre de la douleur orienté vers le patient et non vers l'éradication de la maladie pourrait ainsi s'avérer bénéfique. Compte tenu de la souffrance des individus en prise avec une douleur chronique et les répercussions corpo-socio-psychologique de cette dernière sur l'individu, le psychologue de la santé semble avoir une place de choix dans la prise en charge des maux persistants. Il paraît en effet essentiel de pouvoir créer un espace d'écoute de la plainte douloureuse du patient et de ne pas s'arrêter qu'aux expressions de la douleur au niveau du corps biologique. Au lieu d'objectiver la douleur du patient et de la faire rentrer dans une catégorie prédéfinie empêchant l'expression de son individualité, il s'agit d'accorder de l'attention aux dires de l'homme en souffrance. De cette manière, la douleur ne peut plus être perçue que comme un ennemi à éliminer à tout prix au détriment de la subjectivité humaine qui loge ce parasite. Le discours du corps cesserait ainsi « (...) d'être simplement le discours des médecins ou des spécialistes qui s'intéressent à l'hygiène du corps, à ses exercices physiques (gymnastique, jeux), pour être partie constitutive de l'analyse du moi » (Rey, 1993, p. 68).

Des recherches futures sont nécessaires afin de mieux comprendre la complexité de l'expérience douloureuse. Prenant place dans le contexte particulier que représente la société occidentale moderne, cette recherche qualitative n'offre qu'un point de vue culturellement déterminé sur le récit de la migraine. Il pourrait alors être intéressant d'écouter la mise en mots de cette douleur au sein d'autres cultures et d'opérer une comparaison entre ces discours d'ici et d'ailleurs. L'approfondissement des liens entre le soma et la psyché dans la migraine paraît également essentiel. Une meilleure connaissance des mécanismes en jeu dans

Conclusion

l'expression de cette douleur pourrait en effet apporter des pistes quant à la manière de prévenir et de soulager, voire de guérir, celle-ci. D'autre part, les différences entre le vécu des hommes et des femmes souffrant de migraine pourraient être investiguées de manière plus poussée. Au niveau de la prise en charge, nous pourrions aussi observer la mise en place d'une approche interdisciplinaire de la douleur et investiguer la pratique du psychologue de la santé.

Pour conclure, la psychologie de la santé permet d'offrir une lecture alternative à la douleur en dépassant le dualisme cartésien et en tentant de révéler la complexité des liens entre soma et psyché dans l'expérience douloureuse. La recherche menée semble aussi confirmer le besoin d'humaniser la prise en charge de la douleur. Il ne s'agit donc pas d'amputer l'homme de sa douleur sans avoir tenté de saisir le sens que prend ce mal pour cet être particulier. Ainsi, « (...) pour comprendre les sensations dont le corps est l'enjeu, il faut chercher non dans le corps de l'individu leur raison d'être, mais dans l'individu lui-même avec toute la complexité de son histoire personnelle » (Le Breton, 1995, p. 12). C'est en prenant l'homme dans toute son épaisseur et en étant à l'écoute de maux/mots de la douleur que l'on pourra tenter de comprendre le vécu singulier de celui-ci.

BIBLIOGRAPHIE

- Abel, H. (2009). Migraine headaches : Diagnosis and management. *Optometry - Journal of the American Optometric Association*, 80(3), 138-148
- Arulmozhi, D. K., Veeranjanyulu, A., & Bodhankar, S. L. (2005). Migraine : concepts and emerging therapies, *Vascular Pharmacology*, 43(3), 176-187
- Azzi, A. E., & Klein, A. (1998). *Psychologie sociale et relations intergroupes*. Paris : Dunod
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2007). Neurosciences à la découverte du cerveau (3è éd ; A. Nieoullon, Trad.). Paris : Pradel (Œuvre originale publiée en 2006)
- Bermas, H., Najafi, N., & Masafi, S. (2011). A comparison between personality characteristic of the people suffering from migraine and personality characteristic of healthy people. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1183-1190
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: A. Colin
- Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation patient-médecin, *Cahiers de psychologie clinique*, 28, 167-183
- Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1991). Migraine, psychiatric disorders, and suicidal attempts : an epidemiological study if young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 37(1), 11-23
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Un modèle intégratif en psychologie de la santé. In Fischer, G. N. (Dir.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 47-71). Paris : Dunod
- Cerclé, A., & Somat, A. (2005). *Psychologie sociale : Cours et exercices*. Paris : Dunod
- Dindo, L., Recober, A., Marchman, J. N., Turvey, C., & O'hara, M. W. (2012). One-day behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine : a pilot study, *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 537-543
- Doron, R., & Parot, F. (2005). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France
- Ellens, D. J., & Levy, R. M. (2011). Peripheral neuromodulation for migraine headache, *Progress in neurological surgery*, 24, 109-117
- Fève, A. (2008). Aspects psychologiques des migraines et des céphalées : repérages neurologiques, *Revue française de psychosomatique*, 34, 141-150
- Fischer, G. N. (Dir.). (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod
- Freud, S. (1969). La naissance de la psychanalyse (2è éd; A. Berman, Trad.). Paris : Presses Universitaires de France (Œuvre originale publiée en 1950)

- Freud, S. (2002). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. (R. M. Zeitlin, Trad.). Paris : Gallimard (Œuvre originale publiée en 1933)
- Gardener, K. L. (2006). Genetics of migraine : an update, *Headache*, 46 (Suppl. 1), 19-24
- Gatt, M. T., & Belin, C. (2008) Migraines : points de vue d'un neurologue et d'un médecin de la douleur, *Revue française de psychosomatique*, 34, 87-96
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Editions de Minuit
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge University Press
- Graham, J. R., & Wolff, H. G. (1938). Mechanism of migraine headache and action of ergotamine tartrate, *Archives of Neurology and Psychiatry*, 39, 737-763
- Graves, B. W. (2006). Management of migraine headaches, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(3), 174-184
- Harel-Biraud, H. (2010). *Manuel de psychologie à l'usage des soignants*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- Henry, P., Brochet, B., & Daubech, J. F. (1997). Aspects psychologiques des migraines et céphalées, *Douleur et Analgésie*, 1, 21-26
- Huneman, P. & Kulich E. (1997). *Introduction à la phénoménologie*. Paris : Armand Colin
- International Headache Society. (2004). The International Classification of Headache Disorders (2nd ed), *Cephalalgia*, 24 (Suppl.1), 1-151
- Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié
- Lipton, R. B., Diamond, S., Reed, M., Diamond, M. L., & Stewart, W. F. (2001). Migraine diagnosis and treatment : results from the American Migraine Study II, *Headache*, 41(7), 638-645
- MacLachlan, M. (2004). *Embodiment : Clinical, critical and cultural perspectives on health and illness (Health psychology)*. Cornwall : Open University Press
- Maleki, N., Linnman, c., Brawn, J., Burstein, R., Becerra, L., & Borsook, D. (2012). Her versus his migraine: multiple sex differences in brain function and structure, *Brain*, 135(8), 2546-2559
- Martin, P. R., & MacLeod, C. (2009). Behavioral management of headache triggers : Avoidance of triggers is an inadequate strategy, *Clinical Psychology Review*, 29(6), 483-495
- McCracken, L. M., & Turk, D. C. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain : outcome, predictors of outcome, and treatment process, *Spine*, 27(22), 2564-2573

- McGrath, P. J. (1999). Clinical Psychology Issues in Migraine Headaches, *The Canadian Journal of neurological sciences*, 26 (Suppl.3), 33-36
- Melzack, R., Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory, *Science*, 150 (3699), 971-979
- Moulin, J. F., & Boureau, F. (2003). Syndromes douloureux chroniques : complexité et pluridisciplinarité. In Wrobel, J., & Allaz, A. F. (Ed.), *Aspects psychologiques de la douleur chronique* (pp. 15-33). Paris : Institut UPSA de la douleur
- Nater, B., & Dozier, C. (2005). Traitement de la crise migraineuse, *Revue Médicale Suisse*, 18, 1209-1213
- Peng, K-P., & Wang, S-J. (2012). Migraine diagnosis : screening items, instruments, and scales, *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, 50(2), 69-73
- Peters, M., Abu-Saadm, H. H., Vydelingum, V., Dowson, A., & Murphy, M. (2004) Migraine and chronic daily headache management : a qualitative study of patients' perception, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 294-303
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2007). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: A. Colin
- Pierron, J. P. (2009). Douleur, souffrance et mal. *Médecine palliative*, 8(1), 39-44
- Radat, F. (2003). Le rôle du psychiatre dans la prise en charge de la douleur chronique. In Wrobel, J., & Allaz, A. F. (Ed.), *Aspects psychologiques de la douleur chronique* (pp. 34-42). Paris : Institut UPSA de la douleur
- Rey, R. (1993). *Histoire de la douleur*. Paris : La Découverte
- Ricoeur, P. (1992, janvier). La souffrance n'est pas la douleur. Communication présentée au colloque « le psychiatre devant la souffrance » organisée par l'Association Française de Psychiatrie, Brest. Récupéré le 4 novembre 2012 du site Fonds Ricoeur, section *Espace documentaire* : <http://www.fondsriceur.fr/photo/la%20souffrance%20n%20est%20pas%20la%20douleur.pdf>
- Roth, S., & Moreau-Gruet, F. (2011). *Consommation et coût des médicaments en Suisse. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 et 2007 et des données de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2009* (Obsan Rapport 50). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé
- Sacks, O. (1986). *Migraine : comprendre un trouble commun* (C. Cler, Trad.) Paris : Editions du Seuil

- Sandor, P. (2010). Die Schweizerische Kopfwehrgesellschaft SKG, *Bulletin des médecins suisses*, 91(6), 217
- Santiago-Delefosse, M. (1996). La douleur: à la manière d'un coup de foudre. *Synapse*, 122, 31-38
- Santiago-Delefosse, M. (1997). De la douleur physique chronique: Etude comparative des positions de la médecine et de la psychologie clinique. *Psychologie clinique et projective*, 3, 89-109
- Santiago-Delefosse, M. (2000, octobre). L'émotion douleur : un modèle corporo-psychosocial rendant compte des processus hypnotiques. Communication présentée au Colloque International Francophone Hypnose, douleur et souffrance en 2010 du groupement pour l'étude et les applications médicales de l'hypnose [GEAMH], Paris. Récupéré le 4 novembre 2012 du site du GEAMH, section *Colloques* :http://www.hypnosemedicale.com/colloque_souffrance_2000/santiago.htm
- Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé : Perspectives qualitatives et cliniques*. Bruxelles : Mardaga
- Santiago-Delefosse, M. (2011). An Embodied-Socio-Psychological Perspective in Health Psychology? *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 220–230
- Santiago-Delefosse, M., & Rouan G. (2001). *Méthodes qualitatives en psychologie*. Paris: Dunod
- Schenk, F., & Joz-Roland, C. T. (2012). Le processus placebo : amorcer le sujet par une « hypothèse suffisamment bonne », *Pratiques psychologiques*, 18(1), 13-22
- Schwob, M. (2001). *Guérir la migraine*. Paris : Robert Laffont
- Silberstein, S. D. (2004). Migraine, *Lancet*, 363(9406), 381-391
- Silberstein, S. D. (2004). Migraine pathophysiology and its clinical implications, *Cephalalgia*, 24 (Suppl. 2), 2–7
- Spitz, E. (2002). La douleur : Aspects psychiques et traitement. In Fischer, G. N. (Dir.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 245-259). Paris : Dunod
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Liberman, J., Van Natta, M., & Ziegler, D. (1991). Age and sex-specific incidence rates of migraine with or without visual aura, *American Journal of Epidemiology*, 134(10), 111-1120
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Liberman, J. (1996). Variation in migraine prevalence by race. *Neurology*, 47(1), 52-59
- Stovner, L. J., & Andree, C. (2010). Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project, *The Journal of Headache and Pain*, 11(4), 289-299

- Tammam, D. (2007a). Approche phénoménologique de la douleur : partie 1, *Douleurs*, 8(5), 303-307
- Tammam, D. (2007b). Approche phénoménologique de la douleur : partie 2, *Douleurs*, 8(6), 351-357
- Unger, J. (2006). Migraine headaches : a historical prospective, glimpse into the future, and migraine epidemiology, *Dis Mon*, 52(10), 367-384
- Vannotti, M., & Gennart, M. (2006). L'expérience « pathique » de la de la douleur chronique : une approche phénoménologique, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36, 13-31
- Willig, C., & Stainton Rogers, W. (2008). *The sage Handbook of qualitative research in psychology*. London: Sage Publications
- Wolff, H. G. (1937). Personality features and reactions of subjects with migraine. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 37, 895-921
- Zani, B. (2002). Théories et modèles en psychologie de la santé. In Fischer, G. N. (Dir.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 21-46). Paris : Dunod

Cours

- Bruchez, C. (2010). *Cours de psychologie de la santé : Théories et modèles*. Université de Lausanne
- Del Rio Carral, M. (2011). *Cours de psychologie de la santé : Théories et modèles II*. Université de Lausanne
- Deschamps, J-C. (2007-2008). *Cours de psychologie sociale*. Université de Lausanne
- Maggiori, C. (2011). *Cours de psychologie de la santé : la douleur, théories et évaluation*. Université de Lausanne
- Mazzocato, C. (2011). *Cours de psychologie de la santé : la douleur, théories et évaluation*. Université de Lausanne
- Rossi, I. (2010). *Cours d'Anthropologie médicale et de la santé*. Université de Lausanne
- Schenk, F. (2007-2008). *Cours de psychophysiologie*. Université de Lausanne

ANNEXES 1

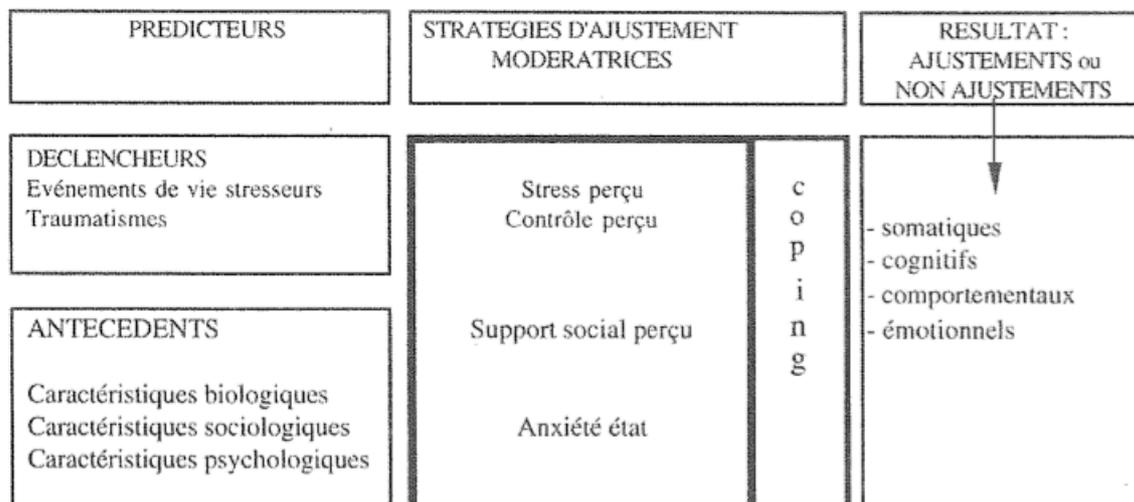


Tableau 1 — Modèle explicatif bio-psycho-social en psychologie de la santé (inspiré du modèle de Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994).

Figure 1 Modèle explicatif bio-psycho-social en psychologie de la santé (inspiré du modèle de Bruchon-Schweitzer & Dantzer) (tiré de Santiago-Delefosse, 2002, p. 27)

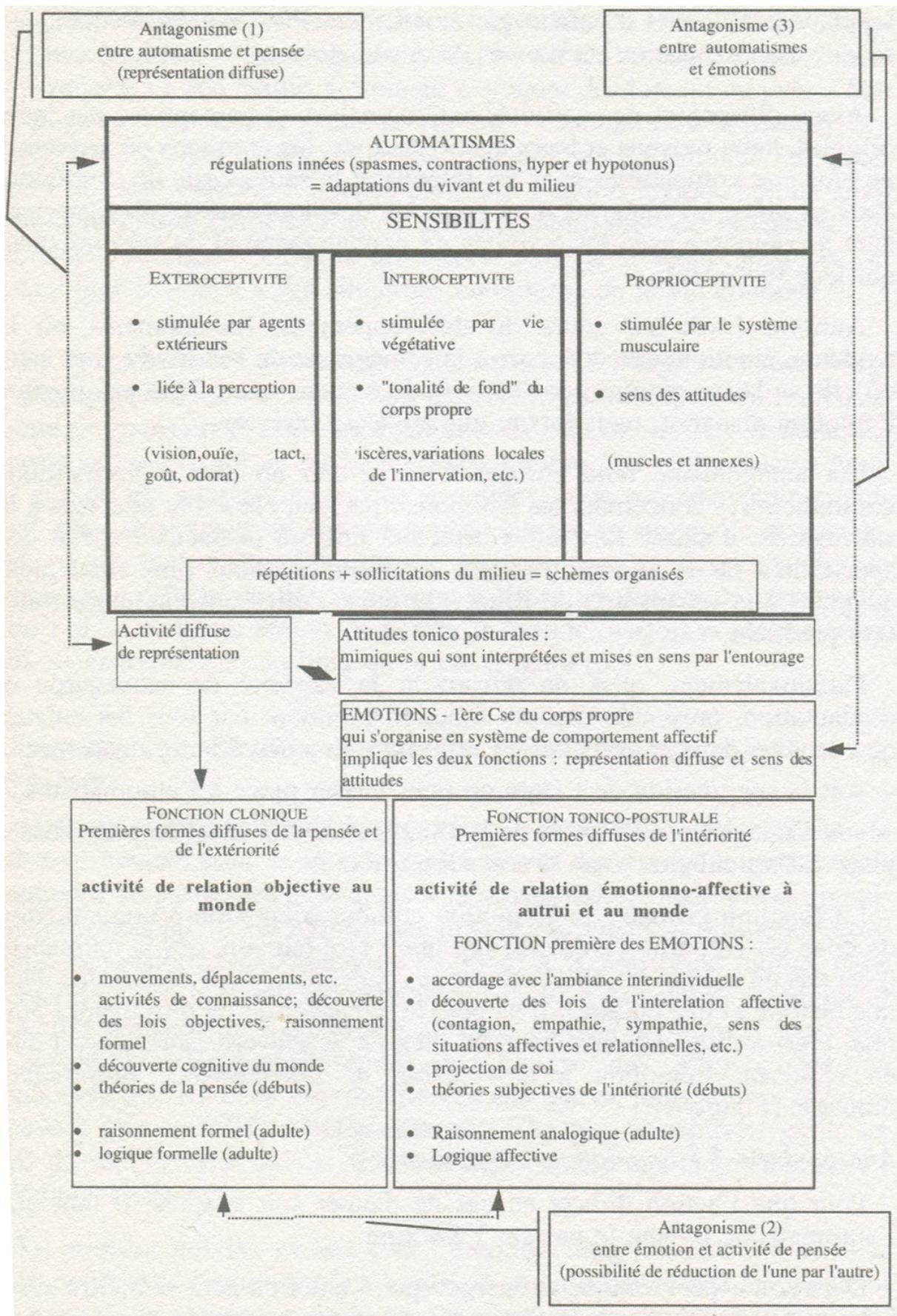


Figure 2 Modèle "corporeo-psycho-social" Relations entre corporéité, émotion-cognition et socialisation (tiré de Santiago-Delefosse, 2002, p. 240)