



CLINIQUE DE LA PENSÉE OPERATOIRE ET GESTION DE LA DOULEUR CHEZ L'AMPUTÉ SOUFFRANT D'ALGOHALLUCINOSES : CAS CLINIQUE

*Thèse présentée et soutenue publiquement le 08/10/2021
en vue de l'obtention du Doctorat Ph.D en Éducation Spécialisée, option
Ingénierie du Handicap physique et instrumental.*

Par **NGUEYONG SEUGUEP DORA PASCALE**

Sous la direction du **Professeur MAYI MARC BRUNO** (Université de Yaoundé I)



Jury :

Président	TSALA TSALA Jacques Philippe	Professeur, Université de Yaoundé I
Rapporteur	MAYI Marc Bruno	Professeur , Université de Yaoundé I
Membre	NKELZOCK KOMTSIDI Valère	Professeur, Université de Douala
Membre	HANDY EONE Daniel	Maître de conférences, Université de Yaoundé I
Membre	EBALA MONEZE Chandel	Professeur, Université de Yaoundé I

Octobre 2021

NGUEYONG SEUGUEP DORA PASCALE

Clinique de la pensée opératoire et gestion de la douleur chez les amputés souffrant d'algohallucinoses : cas clinique

*Thèse présentée et soutenue publiquement le 08/10/2021
en vue de l'obtention du Doctorat Ph.D en Éducation Spécialisée, option
Ingénierie du Handicap physique et instrumental.*

Sous la direction du Professeur MAYI MARC BRUNO (Université de Yaoundé I)

Jury :

Président	TSALA TSALA Jacques Philippe	Professeur, Université de Yaoundé I
Rapporteur	MAYI Marc Bruno	Professeur , Université de Yaoundé I
Membre	NKELZOCK KOMTSIDI Valère	Professeur, Université de Douala
Membre	HANDY EONE Daniel	Maître de conférences, Université de Yaoundé I
Membre	EBALA MONEZE Chandel	Professeur, Université de Yaoundé I

À

KOMBOU KAMGA Paulette Lucienne, ma mère

Feu NGUEYONG Martin, mon père

KOMBOU TACHEU Yannelle, YIMTCHUANG TACHEU Dora et DJILLA
DANTOUO Emilie Jacquie, mes nièces

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de recherche, nous tenons à nous tourner vers tous ceux qui nous ont aidés et soutenus pendant ce travail.

- Toute notre gratitude va au Professeur MAYI Marc Bruno qui l'a dirigé.
- Nous sommes reconnaissants envers le Professeur Barnabé MBALLA ZE pour ses encouragements tout au long de la rédaction de ce travail.
- Nous sommes aussi reconnaissants à tous les enseignants du Département de l'Education Spécialisée de l'Université de Yaoundé I, et tous les aînés académiques qui nous ont coachés tout au long de ce travail. Particulièrement Docteur SONG Esaïe Frédéric et feu Docteur BALIABA Simon Pierre,
- Nous saluons particulièrement les enseignants de Psychologie de l'Université de Dschang pour les enseignements qu'ils nous ont transmis. En particulier les Professeurs MESSANGA Gustave et MBOUA Célestin Pierre.
- Notre gratitude va à l'endroit du personnel médical des hôpitaux (HCY, HMY, et CNRPH) qui malgré les difficultés rencontrées, nous ont consacré un espace et une attention dans la rédaction de cette thèse. Nous remercions aussi toutes les personnes amputées qui ont participé à cette recherche.
- Nous ne saurons oublier notre famille, la famille NGUEYONG pour avoir cru en nous.
- Nous adressons toute notre sympathie à la famille NGATCHA dans laquelle nous avons passé des moments mémorables.
- A nos cadets académiques, particulièrement aux membres du groupe Educ@r.
- A nos amis et camarades.
- A tous ceux qui de près ou de loin ont participé à l'élaboration de ce travail, nous vous remercions

RÉSUMÉ

Les algohallucinoses dérogent à la nomenclature classique de prise en charge des douleurs chroniques, et la souffrance de l'amputé est d'autant plus accentuée quand en face de lui se trouve deux énigmes : celle de l'incompréhension de ce qui lui arrive, et celle de l'incapacité du clinicien à lui expliquer ce qui l'arrive et à trouver des solutions palliatives à sa souffrance. L'enjeu clinique semble énorme, le clinicien doit parvenir à comprendre, à travers les processus de sa structuration psychique, de sa personnalité, et de sa relation à la douleur, les modalités d'expression de la souffrance du sujet amputé dans les algohallucinoses.

Ce travail, au regard de ces constatations, pose le problème de « *l'influence de la clinique de la pensée opératoire dans la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses* ». Face à cette douleur invisible devenu chronique, qui dans notre contexte médical est difficile à expliquer et à prendre en charge, se pose la question de recherche suivante « *dans quelle mesure la clinique de la pensée opératoire peut influencer la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses ?* ». Ce qui nous amène à formuler l'hypothèse de recherche qui suit : « *la clinique de la pensée opératoire a une influence sur la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses* ».

A partir de l'opérationnalisation de l'hypothèse générale, deux hypothèses de recherches ont découlés : « HR1 : *La nature des élaborations transférentielles et contre transférentielle dans la pratique clinique influence la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses*, HR2 : *L'investigation clinique sur les algohallucinoses détermine la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses* ». C'est à l'aide d'un guide d'entretien et d'une échelle d'évaluation de la douleur adapté aux algohallucinoses (Alogotest) que les données ont été obtenues auprès des patients amputés. Pour le personnel soignant, nous avons utilisé le guide d'entretien. L'échantillon a été constitué de six (06) patientes amputés souffrants d'algohallucinoses rencontrés au CNRPH, et de trois (03) médecins spécialistes en traumatologie et orthopédie en service dans les hôpitaux HCY, HMY, CNRPH. Les données obtenues ont été analysés par la méthode d'analyse des contenus. Il apparaît que les élaborations transférentielles et contre transférentielles doivent permettre à la personne amputé algohallucinatrice de décharger sa souffrance vers le médecin afin de trouver soulagement. Ce qui montre le lien entre la clinique de la pensée opératoire et la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses. Lien diagnostique et clinique qui s'établit selon la logique suivante: 1) accueil, mise à l'aise et élaboration du transfert et du contre transfert ; 2) diagnostic et investigation clinique ; 3) démarche thérapeutique. Cette logique est celle qu'on retrouve en clinique psychosomatique.

Mots clés : *Clinique, pensée opératoire, gestion, douleur, amputation, algohallucinoses*

ABSTRACT

Algohallucinoses derogates from the classic nomenclature of chronic pain management, and the suffering of the amputee is all the more accentuated when in front of him is two enigmas: that of the incomprehension of what is happening to him, and that of the clinician's inability to explain to him what is happening and to find palliative solutions to his suffering. The clinical stakes seem enormous; the clinician must come to understand, through the processes of his psychic structuring, his personality, and his relationship to pain, the ways in which the amputated subject's suffering is expressed in algohallucinoses.

This work, in the light of these findings, poses the problem of "the influence of the clinic of operative thinking in the management of pain in amputees suffering from algohallucinoses". Faced with this invisible pain that has become chronic, which in our medical context is difficult to explain and take care of, the following research question arises "to what extent the clinic of operative thinking can influence the management of pain in the patient. Amputee suffering from algohallucinoses? ". Which leads us to formulate the following research hypothesis: "The clinic of operative thinking has an influence on the management of pain in amputees suffering from algohallucinoses".

From the operationalization of the general hypothesis, two research hypotheses arose: "HR1: The nature of the transference and countertransference developments in clinical practice influences the management of pain in amputees suffering from algohallucinoses, HR2 : Clinical investigation of algohallucinoses determines pain management in amputees suffering from algohallucinoses ". Data from amputees were obtained using an interview guide and a pain rating scale adapted to algohallucinoses (Alogotest). For the nursing staff, we used the interview guide. The sample was made up of six (06) amputee patients suffering from algohallucinoses encountered at the CNRPH, and three (03) specialists in traumatology and orthopedics on duty in the HCY, HMY, CNRPH hospitals. The data obtained was analyzed by the content analysis method. It appears that the transference and countertransference workings must allow the algohallucinator amputee to unload his suffering to the doctor in order to find relief. This shows the link between the clinic of operative thinking and pain management in amputees with algohallucinoses. Diagnostic and clinical link which is established according to the following logic: 1) reception, comfort and development of transference and countertransference; 2) diagnosis and clinical investigation; 3) therapeutic approach. This logic is the one found in psychosomatic clinics.

Key words: *Clinic, operative thinking, management, pain, amputation, algohallucinoses*

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Présentation des variables

Tableau 2 : Présentation synoptique des variables et opérationnalisation

Tableau 3 : présentation de l'échantillon personnes amputés

Tableau 4 : présentation de l'échantillon personnel soignant

Tableau 5 : Présentation des données issues de la passation de l'Algotest

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AC: Adénylate Cyclase.
AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux
BEAC : Banque des Etats de l'Afrique Centrale
CK: Cytokines.
CNRPH : Centre Nationale de Réhabilitation des Personnes Handicapés.
DAG: Diacylglycérol.
DF : Douleur Fantôme.
EDS : Education Spécialisée
ETP : Education Thérapeutique
FSE : Faculté des Sciences de l'Education
H : Hallucinose.
HA : Alcoolhallucinose.
HAS : Haute Autorité de Santé
HCY : Hôpital Central de Yaoundé
HG : Hypothèse Générale.
HMY : Hôpital Militaire de Yaoundé
HR : Hypothèse de Recherche.
IASP: International Association for the Study of Pain
IP3: Inositol Triphosphate.
IRM : Imagerie par Rayonnement Magnétique
MF : Membre Fantôme.
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
NOS : NO synthétase.
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
OS : Objectif Spécifique
P : substrat-cible de la PKC dans l'élément Présynaptique.
PG : Prostaglandines.
PKA : protéine kinase A
PKC : Protéine Kinase C.
PKG : protéine kinase dépendante de la GMP cyclique.
PLA2 : Phospholipase A2.
PLC : Phospholipase C.
QR : Question de recherche.
R : Récepteurs.
SRT : Syndrome de Répétition Traumatique
SSPT : Syndrome de Stress post Traumatique
USA: United State American
UYI; Université de Yaoundé I
VOC: Canal Voltage-Dependent.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	10
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	10
1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET JUSTIFICATION	11
1.2. ÉTAT DE LA QUESTION.....	14
1.3. DESCRIPTION ET FORMULATION DU PROBLÈME	17
1.4. QUESTION ET HYPOTHESE DE RECHERCHE	20
1.5. OBJECTIFS ET INTERETS DE L'ETUDE	21
CHAPITRE 2 : AMPUTATION ET PSYCHOTRAUMATISMES	24
2.1. LE MEMBRE	24
2.2. L'AMPUTATION.....	25
2.3. ÉTIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES	30
2.4. ÉPIDEMIOLOGIE DES AMPUTATIONS	32
2.5. COMPLICATIONS POSSIBLES ET SYMPTOMES APRES LA CHIRURGIE	38
2.6. AMPUTATION ET PSYCHOTRAUMATISME.....	41
2.7. AMPUTATION ET DISSOCIATION PERI-TRAUMATIQUE	47
2.8. L'AMPUTE ET LE REGARD SOCIAL.....	54
CHAPITRE 3 : CORPORÉITE ET ASPECTS PSYCHIQUES IMPLIQUÉS DANS LE VÉCU DE L'AMPUTÉ.....	57
3.1. CORPS, CORPORÉITE, CORPOREL : DÉFINITION	57
3.2. LE CORPS DANS LA MÉTAPSYCHOLOGIE	59
3.3. PHÉNOMÉNOLOGIE DU CORPS	73
3.4. LE CORPS DANS LES NEUROSCIENCES	79
3.5. APPROCHES DU CORPS DANS L'ANTHROPOLOGIE AFRICAINE	83
3.6. LA DOULEUR ET LE CORPS	90
CHAPITRE 4 : PSYCHOSOMATIQUE ET PENSÉE OPÉRATOIRE	118
4.1. LA NAISSANCE DE LA PSYCHOSOMATIQUE	118
4.2. LA PRATIQUE CLINIQUE EN PSYCHOSOMATIQUE	122
4.3. CLINIQUE DE LA PENSÉE OPÉRATOIRE	135
4.4. SYNTHÈSE THEORIQUE	144
DEUXIEME PARTIE: CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	146
CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE.....	147
5.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES	147
5.2. MÉTHODE DE L'ETUDE : LA MÉTHODE CLINIQUE	155
5.3. CONTEXTE ET LA POPULATION D'ETUDE.....	164
5.4. LA COLLECTE DES DONNEES	169
5.5. LES ENTRETIENS PROPREMENT DITS.....	174
CHAPITRE 6 : LES ATTITUDES DES RELATIONS TRANSFERO-CONTRE-TRANSFERENTIELLES	176
6.1. ACCUEIL ET MISE A L'AISE DU PATIENT.....	176
6.2. ACCUEILLIR ET RECONNAITRE LA PLAINTÉ ALGOHALLUCINEUSE	180
6.3. GESTION DU CONTRE-TRANSFERT	183
6.4. ELABORATION DU DIAGNOSTIC DES ALGOHALLUCINOSES.....	188
6.5. CONNAISSANCES DES MEDECINS SUR LES ALGOHALLUCINOSES	194
CHAPITRE 7 : PLAINTES ET GESTION DE LA DOULEUR CHEZ LES AMPUTÉS ALGOHALLUCINEURS	203
7.1. MISE A L'AISE ET LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	203
7.2. EXPRESSION DE LA PLAINTÉ DOULOUREUSE ET VÉCU DES ALGOHALLUCINOSES CHEZ L'AMPUTÉ	205

7.3.	VARIABILITÉ DE LA PLAINTÉ DANS LES ALGOHALLUCINOSES	208
7.4.	ALGOHALLUCINOSES ET VECU POST-TRAUMATIQUE	212
7.5.	CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET EXPRÉSSION DES PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES 215	
CHAPITRE 8 : INTERPRÉTATION DES DONNÉES.....		224
8.1.	DIFFICULTES D'ELABORATION TRANSFERO-CONTRE-TRANSFERENTIELLES DANS LE DIAGNOSTIC DES ALGOHALLUCINOSES.....	224
8.2.	INVESTIGATIONS PSYCHOSOMATIQUE SUR LES ALGOHALLUCINOSES.....	232
CHAPITRE 9 : DISCUSSION, OUVERTURES ET RECOMMADATIONS.....		256
9.1.	VERIFICATION DE HR1 : « LA NATURE DE LA RELATION TRANSFÉRO-CONTRE- TRANSFÉRENTIELLE PEUT INFLUENCER LA GESTION DE LA DOULEUR CHEZ L'AMPUTE SOUFFRANT D'ALGOHALLUCINOSES ».....	256
9.2.	VERIFICATION DE HR2 : « INVESTIGATION DIAGNOSTIC ET GESTION DE LA DOULEUR CHEZ L'AMPUTE SOUFFRANT D'ALGOHALLUCINOSES »	264
9.3.	OUVERTURES ET PERSPECTIVES	273
CONCLUSION		279
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		283
ANNEXES.....		299

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'amputation est une intervention chirurgicale mutilante que l'on pratique depuis l'antiquité. Dans le monde, une amputation a lieu toutes les 30 secondes et les causes de cette pratique sont multiples, elles peuvent être d'origines traumatiques, pathologiques ou congénitales (Essono, 2013). Au Cameroun, selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population des personnes handicapées s'élève à 1,5%, dont 0,5 sont amputés, soit 87 373 personnes amputés sur une population totale de 17 463 836 d'habitants (BUCREP, 2010). Ces statistiques ont augmenté au fil du temps, si l'on tient compte de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (EDS-Mics) réalisée de janvier à août 2011 qui estime la population handicapée du Cameroun à 5,4% de la population totale (INS, 2011). Cette augmentation de la prévalence du handicap peut s'expliquer par l'augmentation du taux d'amputation, qui constituait en 2010 les 1/3 de la population handicapé (Essono, 2013).

Dans les services de traumatologie de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY), sur 45 cas d'amputations de Mai à Août 2018, il en ressort que 80% des cas sont des hommes, avec 42,22% des cas âgés de 17 à 40 ans. Les accidents de circulations et de travail étant la cause de 44,44% des cas. Les causes d'amputations chez les femmes étant plus les complications diabétiques ou les accidents domestiques ayant causés des fractures mal traitées traditionnellement. L'amputation réalisant d'emblée un moignon définitif a été adoptée chez tous ces patients. Il en ressort également que des amputations de la jambe ont été les plus effectuées avec 33,33% des cas. A la cicatrisation du moignon, les patients sont référés au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapés (CNRPH) pour rééducation et réhabilitation sociale.

Les retentissements physiques et psychiques engendrés par une telle intervention sont importants pour le patient. En effet, l'amputation d'un doigt, d'un sein ou d'une jambe n'est pas vécue de la même façon par le sujet, car le retentissement physique est corrélé avec celui psychique. La modification de l'image corporelle, la survenue de la douleur, l'acceptation du handicap, la réduction des activités..., peuvent faire engendrer une dégradation de la qualité de vie chez l'amputé. Devenir handicapé devient une expérience qui révèle chez le sujet amputé l'importance du corps valide. Pour réduire le handicap de cette atteinte, la rééducation et l'appareillage sont les solutions actuelles.

L'amputation, vecteur de handicap, est aussi causes de troubles fonctionnels comme la survenue du membre fantôme. Très courant à la suite d'une amputation, le membre fantôme correspond à l'illusion de persistance de la présence du membre amputé. Ses manifestations semblent rendre compte des phénomènes de corps présent-absent décrit par Le Breton en 1984.

Présent comme matière fonctionnelle dans notre quotidien et absent à notre conscience de par sa silencieuse fonctionnalité de corps valide.

Tardivement introduit dans le vocabulaire scientifique (Weir-Mitchell, 1874), le membre fantôme dans ses estimations et prévalences diffère à cause de l'absence d'objectivité liée à sa mesure. L'usage du qualificatif « membre fantôme » est depuis lors étendu à d'autres situations telles que l'impression de ressentir son membre dans une position autre que celle où il est réellement (téléscopages). Le membre fantôme est parfois douloureux, environs une fois sur trois. D'où l'importance de soigner le membre fantôme pour résorber la douleur. La douleur est une donnée clinique bien connue, bien que dans le champ du handicap, elle constitue une réalité complexe comme celle des algohallucinoses.

Le lien existant entre le handicap et douleur est très souvent négligé et n'attire l'attention que depuis peu. Pourtant, ce sont toutes deux des problématiques auxquelles les cliniciens, les handicapologues et les soignants doivent faire face dans leurs pratiques. La douleur est un phénomène complexe qui représente à elle seule un défi important pour toute équipe soignante. Mais quand elle est présente chez un patient handicapé (amputé) sous une forme encore plus abstraite, on doit faire face à un défi plus important.

Le concept de douleur a évolué avec le temps. C'est une expérience individuelle et subjective. De nombreuses conceptions scientifiques permettent de ressortir ses mécanismes principaux, et la nécessaire prise en charge de sa symptomatologie. De l'antiquité à nos jours, dans tous les continents, et quelques soient les convictions religieuses et doctrinales, la douleur a inspiré les opinions et les comportements les plus variés. La douleur, expérience globale et individuelle, est teintée par de multiples facteurs. Elle aura d'ailleurs des répercussions sur l'individu sous forme d'émotions désagréables, de réponses cognitives et de réactions comportementales. Une autre spécificité de la douleur est qu'elle est subjective.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la douleur qui dure plus de 6 mois ou qui est permanente ou récurrente est appelée chronique* » (OMS, 1992). Elle peut être mécanique, inflammatoire ou neuropathique. Les douleurs chroniques sont présentes dans toutes les pathologies médicales mais, plus fréquentes en oncologie et en rhumatologie. 50 % des patients souffrant de douleurs chroniques adressés en consultation sont en rapport avec une maladie rhumatologique. Il s'agit le plus souvent de douleur mécanique ou séquellaire de la chirurgie (Op.cit). Dans le champ du handicap, nous sommes au début d'un parcours complexe qui suscite de nombreuses croyances, comme c'est le cas pour les douleurs fantômes.

La problématique posée par la perception de la douleur chez les amputés souffrant d'algohallucinoses est loin de réunir les débats théoriques, mais au-delà de son acception, elle soulève l'épineux problème de sa prise en charge, ceci dès lors qu'on sait avec quelle difficulté la médecine moderne peine à prendre en charge les douleurs en générale et les douleurs chroniques en particulier (Essono, 2013). L'algohallucinoïse, corrélée négativement avec la probabilité de porter une prothèse, restreint le champ d'activité du sujet et augmente ainsi les chances de dépression. Le vécu du sujet amputé algohallucinoïseur, marqué par la récurrence des plaintes douloureuses s'est transformé en un mode de fonctionnement psychosomatique dans lequel le sujet élabore une intelligence face à sa douleur qu'il projette dans la réalité.

L'expérience de la douleur dans les algohallucinoses entraîne tout un ensemble de modifications physiologiques et fonctionnelles du corps (membre douloureux). Ces modifications posent au sujet des questions de conscience et d'existence de la douleur. Le schéma corporel, présenté comme « *un système de la fonction motrice* » qui opère sous le niveau de la conscience et de l'intentionnalité diffère de l'image du corps qui est « *un ensemble complexe de représentations mentales qui implique une forme d'intentionnalité explicite et autoréférentielle* » (Gallagher, 2005). L'amputation entraîne un décalage entre l'image du corps (représentation) et le schéma corporel. Bien que tous deux nécessitent alors une modification, l'une aurait tendance à se réaliser plus vite que l'autre. La perception de l'image du corps tel qu'il était avant l'amputation serait une des causes de l'existence du membre fantôme et des algohallucinoses (Ramachandran, 2000).

Les algohallucinoses peuvent être aiguës ou chroniques. Selon Wier-Mitchel (1874), lorsqu'elles sont aiguës, elles sont dites normales, car le cerveau a besoin d'un certain temps de réappropriation de son nouveau schéma corporel, avant que cela ne soit fait, il continuera d'envoyer des signaux vers le membre absent, d'où les signaux de douleurs.

Au CNRPH, nous avons rencontré des patients amputés qui en ont soufferts pendant des mois. Une observation longitudinale réalisée de Juin 2018 à Janvier 2019 au CNRPH nous a permis d'observer les formes aiguës et chroniques des algohallucinoses sur 103 amputés des membres inférieurs. Il en ressort que : 98/103 ont ressentis les douleurs fantômes pendant au moins deux semaines, avec des douleurs très vives. 53/103 l'ont ressenti pendant au moins trois mois, allant de vives et intermittentes. Enfin 25/103 ont ressenti les douleurs pendant plus de trois mois, allant de vives à modérées et souvent intermittentes.

Après amputation et la cicatrisation du moignon, le devenir de l'amputé est déterminé par la qualité de rééducation qu'il subira dans un centre spécialisé de rééducation pour personnes handicapés. Le CNRPH étant le centre d'excellence pour le Cameroun, les patients amputés admis dans ce centre proviennent de toutes les régions et des pays voisins du Cameroun. Toutes fois, le devenir de l'amputé, devenu handicapé pendant cette transition peut sérieusement se dégrader, car la précarité économique dans laquelle vivent ces patients peut les amener à voir dans la procédure le référencement, leur ticket de sortie de l'hôpital. Avec fauteuils roulant ou béquilles, ils retournent à leurs domiciles. Pour ceux qui n'avaient pas trouvé de soulagement à leurs algohallucinoses, elles peuvent s'intensifier et se chroniciser. Chez certains patients, bien qu'ayant été soulagé de leurs algohallucinoses pendant leurs séjours en hospitalisation, mais n'ayant pas subi de rééducation à la sortie de l'hôpital reviennent avec les plaintes d'algohallucinoses des mois ou des années après.

En 2018, selon les données du CNRPH, sur 208 patients amputés reçus en rééducation, seulement 83 ont subi le Protocol de rééducation. Sur ces 83 amputés, 24 se plaignaient d'algohallucinoses chroniques, dont 11/24 ont abandonnés la rééducation au bout d'un an, 3/24 ont réussi à trouver soulagement à leurs douleurs, 4/24 sont décédés et 6/24 en 2019 continuent de se plaindre des algohallucinoses, malgré la rééducation qui qu'ils ont subi. Selon le Médecin chef de service de traumatologie et orthopédie du CNRPH, « *la rééducation est une thérapie qui en dehors des antalgiques, aide les amputés à se réapproprier de leurs nouveaux corps et certains peuvent voir leurs douleurs soulager pendant ces exercices. C'est pourquoi nous les prescrivons continuellement à nos patients qui se plaignent d'algohallucinoses.* ». Selon ce Médecin, les algohallucinoses ne sont pas encore bien connu dans la pratique médicale au Cameroun, heureusement, lors des plaintes post-amputatoires, les patients sont référés au CNRPH. « *Peu sont les patients qui suivent leurs observances à la lettre, ils retournent chez eux, et c'est toujours dans des cas critiques qu'ils reviennent des années après avec la note de transfert. La médecine n'est pas la magie, et en plus souvent les centres qui les reçoivent pour la rééducation n'ont pas encore d'équipement adaptés pour venir à bout de ce genre de phénomènes. Ce qu'ils font, c'est de prescrire des antalgiques et apprendre à marcher à nouveaux.* » Docteur Farikou.

Les douleurs que vivent les amputés sur les parties manquantes de membres peuvent s'observer sous forme d'hallucinations. L'hallucination dans ce cas pourrait être secondaire à un délire de ressentir une partie inexistante du corps comme existante. La plainte la plus fréquemment exprimée concerne les crampes (sensation de raidissement des orteils, de la

cheville, des mollets, des talons...). Ramachandran et al. (1998), en analysant différentes manifestations des algohallucinoses et en expérimentant différents traitements, conclurent que les algohallucinoses sont présentes à des phases suivant la cicatrisation du moignon et surtout pendant la période de rééducation du sujet amputé. Alors que plusieurs types de douleurs s'expriment après l'amputation, les algohallucinoses dans leurs phases chroniques sont les plus redoutables pour l'amputé et pour l'équipe soignante.

Dans sa forme chronique, les algohallucinoses sont de véritables gangrènes pour les amputés. Les troubles de sommeil sont récurrents, 70% d'amputés algohallucineurs affirment avoir des insomnies 4 jours sur 7. 80% ont des réveils brusques avec sursaut à cause de pincement et des étranglements douloureux sur la partie amputée du membre. 60% perdent leurs emplois et 20% leurs familles. Les troubles de l'appétit font également partir du registre des troubles qui surviennent avec les algohallucinoses, on peut également rajouter la dégradation considérable de l'estime de soi, aussi proportionnelle chez les femmes que chez les hommes. La baisse de l'élan vital et du sentiment d'exister, les idéations suicidaires et les tentatives de passages à l'acte (Helme et Gibson ; 2001). Selon Harstall et Ospina (2003), outre la durée des douleurs, d'autres critères doivent également être pris en considération pour définir la population de patients qui souffrent d'algohallucinoses, tels que la fréquence, le type, l'intensité et l'impact fonctionnel de la douleur.

Selon chaque cas, une adaptation thérapeutique doit être envisagée, mais pour qu'elle soit, une investigation en profondeur afin de ressortir ces indicateurs des algohallucinoses doit être menée. Avec les douleurs chroniques, et surtout les algohallucinoses, les extrapolations thérapeutiques doivent être évitées car la chronicité de la douleur varie en fonction du patient et de son histoire.

Melzack (1994) avait étudié chez les amputés algohallucineurs différents types de stimulations douloureuses. Les différents stimuli étaient la chaleur, le froid, l'électricité, la piqûre et la pression douloureuse. Il en découle que dans les algohallucinoses il existerait une mémoire douloureuse qui après avoir eu connaissance de la douleur, restituerait ses effets longtemps après. Dans ce cas, il propose des thérapies neurologiques permettant d'arrêter la transmission du message douloureux par l'introduction d'une nouvelle information au cerveau. Cependant elles doivent être associées avec une autre alternative les thérapies comportementalistes de déconditionnement. Ce qui sous-tend que les algohallucinoses sont des conduites apprises donc le processus de guérison consiste au déconditionnement de ces

conduites douloureuses et un réapprentissage de nouvelles conduites (non douloureuses cette fois ci).

Sherman (1997) avait pu recenser plus de 60 traitements administrés en Amérique dans le traitement des algohallucinoses. Ramachandran (2002) dans le désir d'objectiver le phénomène des algohallucinoses a encouragé son équipe à mettre au point un traitement virtuel pour calmer les algohallucinoses qu'il a nommé « *la boîte miroir* ». Ses études expérimentales se sont avérées efficace sur 10% des patients amputés souffrant d'algohallucinoses. Toutefois, leurs efficacités sont relativement limitées dans la mesure où elles ne dépassent pas l'effet attendu avec un placebo (Melzack, 2000).

Douleur et amputation (pertes) sont deux phénomènes complexes qui interagissent. La douleur associe les versants somatiques et psychiques d'un individu. Cette interaction entre amputation (perte/deuil) et douleur est très importante à comprendre puisque dans les algohallucinoses, l'évolution de l'une ou de l'autre influencera la seconde. Il en va de même pour le traitement. Melzack en 1994 disait qu'il est rarement souhaitable de faire une dichotomie entre les problèmes somatiques et psychiques puisque les mécanismes neurophysiologiques qui les sous-tendent sont intimement liés. Cette interaction permettra d'observer que les suites post-amputatoires ont un effet direct sur la douleur, mais aussi que le traitement de la douleur aura des répercussions directes sur la personnalité du patient. Il est à noter que cette dualité entre les composantes somatique et psychique peut malheureusement devenir un piège pour le soignant. Il peut être difficile de départager l'évolution des douleurs fantômes chez les amputés de celle du deuil que prévaut l'amputation, car la plainte douloureuse chez un tel patient sur une partie manquante de ses membres pourra être décrite comme une prolongation du déni de la perte, ou encore comme une forme de manifestation des symptômes psychotiques liées à l'usage des figures de styles tentant de décrire la douleur (impressions d'insectes qui rampent sous la plante des pieds). Les signes cliniques de la douleur et ceux du deuil sont souvent confondus, la douleur sous-estimée à ce moment, ne bénéficie pas d'un traitement adéquat. Cette situation a des répercussions immédiates sur le vécu de l'amputé et sa personnalité en paie un lourd tribut.

Dès lors que l'institution existe, le passage par celle-ci devient inévitable dans la perspective d'un éventuel recours aux soulagements. Mais alors l'itinéraire thérapeutique d'un patient souffrant de douleurs fantômes est très complexe. Les amputés algohallucineurs, en fonction des services hospitaliers ou ils consultent sont orientés soit en rééducation, soit en

rhumatologie ou en traumatologie-orthopédique. La prévalence des plaintes algohallucinatoires dans les services de rhumatologies au CNRPH est d'environ 5% tandis que dans les services de traumatologie et orthopédie, elle est d'environ 15%. En rééducation, elle dépasse les 20%. Les amputés souffrant de douleurs fantômes posent au corps médical, des problèmes de soulagement particulièrement difficiles à résoudre. Aussi, le manque d'équipement et de structures de prise en charge de la douleur au Cameroun en constitue l'une de ces principales difficultés, car dans l'impasse, le patient ne sait à qui s'adresser, il navigue dans un flou total, allant de service en service, de personnel soignant en personnel soignant.

La relative efficacité des traitements qu'ils reçoivent et des inconvénients potentiels dont ils peuvent être la cause (les opioïdes), ont fait des traitements utilisant la réalité virtuelle une révolution dans la prise en charge des algohallucinoses. Mais loin du fait que cette innovation ne soit pas encore d'actualité au Cameroun, le caractère abstrait de la douleur et de l'incompréhension de ce qui arrive au sujet amputé souffrant d'algohallucinoïse, rendent leurs itinéraires thérapeutiques perturbés. Ils rencontrent de nombreux rejets dans les hôpitaux et sont continuellement référés. Ce qui les plonge dans un vas et viens fatiguant et décourageant. A l'issue d'un tel parcours, se développe chez le patient un mode de fonctionnement psychosomatique qui renforce l'effet de souffrance, il s'agit de la pensée opératoire, fonctionnement généralement développé face à des traumatismes précoces réactualisés par des troubles somatoformes que le patient n'arrive toujours pas à gérer.

Dans son incontinence, ainsi que l'incapacité de sa prise en charge, les algohallucinoses jouent un rôle déterminant dans l'interaction avec autrui, induisant une réorientation et une requalification des relations avec soi et avec la société. La présence des douleurs va influencer sur la trajectoire personnelle de l'amputé, et à la longue, influencer sa vie familiale et professionnelle. L'incapacité à se mouvoir qui en résultera entraînera rupture et immédiateté du changement, d'abord rupture du corps, avant d'être celle sociale (rupture avec la vie passée sur le plan personnel, familial et socioprofessionnel).

L'objet de cette thèse porte, spécifiquement, sur la gestion des algohallucinoses dont les processus consécutifs aux soins et aux modalités de soulagements de ces patients dans notre société interpellent la pratique clinique. Dans une démarche clinique, ce travail tente de ressortir les dimensions qui déterminent dans la pratique clinique, la prise en charge des algohallucinoses, ainsi que les déterminants du vécu opératoire dans la gestion de la douleur et de la souffrance chez l'amputé.

Rendus dans les services de santé de la ville de Yaoundé, capitale du Cameroun, nous avons constitué deux échantillons (un échantillon de médecin (03) et un échantillon d'amputés souffrant d'algohallucinoses (06)), qui nous ont permis d'investiguer sur nos deux hypothèses de recherches.

Cette thèse se présente en deux grandes parties, la première qui est le cadre théorique et de référence, est constituée de quatre chapitres que sont : La problématique, l'amputation et psychotraumatismes, la corporéité et aspects psychiques impliqués dans le vécu de l'amputé, et enfin la psychosomatique et la clinique de la pensée opératoire. La deuxième partie intitulée cadre méthodologique et opératoire s'étale sur cinq chapitres à savoir : la méthodologie de l'étude, les attitudes des relations transfero-contre-transférentielles, les plaintes des patients amputés algohallucineurs et leurs gestions de la douleur, l'interprétation des données, et enfin la discussion et les perspectives de la recherche.

PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Cette partie aborde la problématique de l'étude. Elle décrit son contexte, pose le problème que l'étude se propose de résoudre, formule la question de recherche et énonce l'hypothèse générale, présente les objectifs, intérêts et enfin la délimitation de l'étude.

1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET JUSTIFICATION

Les accidents, maladies et catastrophes vont grandissantes dans les sociétés africaines depuis ces dernières décennies, et avec elles, les amputations se sont vues doublées. Bien que l'amputation soit considérée comme le dernier recours en termes d'intervention médicale, le nombre d'amputation est grandissant. L'amputation fait apparaître chez le sujet une angoisse permanente, celle d'affronter l'image monstrueuse que dévoile le nouveau corps (Grim, 2008).

A la suite d'une amputation, la douleur est inévitable, et elle peut s'exprimer sous plusieurs formes. Les douleurs physiques sont celles qui retiennent l'attention des soignants et servent d'indicateurs pour le suivi de la cicatrisation du moignon. Un traitement (médicamenteux), adapté au type de douleur est administré au patient et après cicatrisation du moignon, commence le processus de réadaptation et réhabilitation. Cependant, il peut arriver que les douleurs résistent aux traitements et continuent d'exister même après cicatrisation du moignon. Parmi ces douleurs, on retrouve les douleurs du membre fantôme encore appelé algohallucinoses.

Exprimées dans les plaintes des amputés comme des sensations de : fourmillements, brûlures, écrasements, pincements, engourdissements, décharges électriques, coups de poignards, marteaux, ... que ressentent les amputés sur un membre ou une partie du corps qui n'existe plus, les algohallucinoses sont souvent diagnostiquées tardivement, sont très difficiles à soulager. Elles peuvent surgir après tout type de chirurgie, vitale ou fonctionnelle, quelle que soit la taille de l'incision et indépendamment du succès de l'opération.

Selon Melzack (1994), lorsqu'un membre est sectionné, on observe la formation d'un amas de fibres nerveuses semblable à une tumeur bénigne. Cette accumulation de tissus nerveux sous-cutanés au niveau du moignon appelée « névrome » continuerait d'envoyer des informations nerveuses au système cérébral. Malheureusement ces informations en provenance d'un membre inexistant seraient causes des manifestations fantômes. En continuité,

Ramachandran (1998), fait ressortir les manifestations d'algohallucinoses. Pour lui, elles peuvent disparaître spontanément après quelques mois comme elles peuvent dans certains cas persister pendant des années.

Au Cameroun, au CNRPH, certains patients amputés depuis plus de trois ans se plaignent de subir les assauts d'algohallucinoses depuis leurs opérations. L'orthopédiste de ce centre affirme avoir rencontré des amputés qui se plaignaient de la permanence de leurs algohallucinoses plus de dix ans après l'intervention. Pour ces patients, les complications ne sont pas seulement physiques, mais aussi psychologiques et sociales. Les algohallucinoses entraînent chez certains amputés l'arrêt total du travail, la réduction des activités et des déplacements, la sédentarisation.

Les algohallucinoses obéissent à un mécanisme physiopathologique très particulier, les antalgiques classiques et aux co-antalgiques ont rarement des effets sur elles. Étant donné que les effets de ces médicaments sont limités, et que les procédés thérapeutiques technologiques de nos hôpitaux ne soient pas encore développés, la prise en charge reste encore à des protocoles basiques qui continuent de faire souffrir les patients. Ce qui conduit à l'errance thérapeutique chez les amputés qui font le tour des hôpitaux à la recherche d'un quelconque soulagement. Au bout de cinq à dix ans, l'amputé continue de se plaindre de ses douleurs et le médecin encore plus impuissant dans une démarche thérapeutique. Il lui est difficile de dire à ce patient qu'il n'a malheureusement pas de solution à son problème, car il n'existe au Cameroun actuellement aucun protocole de préventions ou de traitements des douleurs fantômes. Déjà que beaucoup de personnels soignants ne savent même pas de quoi il s'agit.

Il n'existe actuellement pas de travaux qui donnent une idée plus précise du phénomène d'algohallucinoïse au Cameroun. Les données recueillies auprès du CNRPH indiquent une moyenne annuelle de consultations pour douleurs post amputatoires d'environ 430 cas. Le CNRPH catégorise ces patients selon trois grands groupes : les patients référés d'autres structures médicales nationales ou internationales pour rééducation, les patients venus personnellement consultés pour douleurs post amputatoires sans être référé par un établissement sanitaire et enfin les patients amputés au CNRPH et retenus soit en hospitalisation dans le service de rhumatologie ou en rééducation orthopédiques. Notons que les chiffres varient en fonction des catégories, mais sont restés constants pendant au moins 4 ans. De 2015 à 2018, le CNRPH a accueilli environ 1556 patients amputés ayant été référés d'autres structures médicales nationales ou internationales pour rééducation, soit un taux de 81,17%. Alors que les patients venus personnellement consultés pour douleurs post amputatoires sans être référés par

un établissement sanitaire sont au courant de ces 4 dernières années environ 223, soit 11,64%. Les patients amputés au CNRPH et retenus en hospitalisation pour douleurs post amputatoires sont en moyenne 138, ce qui donne un taux de 7,20%. Ces données font état d'un nombre assez considérable d'amputés se plaignants de douleurs chroniques après amputation. On les estime à environ 1917 cas reçus au CNRP de 2015 à 2018.

Dans la difficulté d'avoir de pareilles estimations pour les HCY et HMY, nous nous en tenons aux dires des médecins traumatologues et orthopédistes de ces structures. A l'HCY, au moins 55 cas d'amputation sont effectués chaque année, et on peut estimer à 10 le nombre de patient revenant ou ayant été hospitalisés pour des douleurs post amputations par an. Dans le service de traumatologie de l'HMY, on retrouve les patients souffrant de douleurs post amputatoires internées, le service de rhumatologie en contient également.

La prise en charge des algologies dans ces services ne s'étend pas encore à la prise en charge proprement dite des algohallucinoses, les patients reçus en consultation sont mis en observation afin de discriminer la nature de la douleur post amputatoire. Lorsque ces observations infirment l'existence de douleurs du moignon ou des douleurs référés, les patients sont référés vers d'autres services, qui à leur tour référerons encore.

A la différence de l'HCY et de l'HMY, les cas rencontrés au CNRPH sont des cas d'algohallucinoses chroniques, ayant pour la plupart été référés pour thérapie de rééducation. L'orthopédiste du CNRPH pense qu'il est important que le patient avant l'amputation soit informé des possibilités d'existence des sensations ou douleurs fantômes après l'amputation. Pour lui, cette connaissance doit anticiper le processus thérapeutique lorsqu'elles surviennent, car dans l'absence de connaissance de ce qui lui arrive, le patient fait face à « *un double choc, ce qui complique le pronostic thérapeutique* ». De plus dit-il « *cette pathologie doit être soignée dès qu'elle se manifeste et non après une longue errance médicale* ». Il déplore le caractère rupestre de la médecine camerounaise, « *trop en retard par rapport aux avancées médicales* ». Selon lui, le taux de douleurs varie du simple au double, en fonction de l'expérience de l'équipe chirurgicale. L'amputé algohallucineur est au cœur d'un système n'étant pas outillé pour le prendre en charge, et qui, au lieu de clarifier son cas, le laissent errer dans une incertitude et une démençe qui renforce la chronicité de sa pathologie et progressivement laissent les traces d'une possible structuration psychosomatique.

La douleur n'épargne personne. Les plaintes sont proportionnelles dans une population générale que dans une population d'amputé. Dans le service de rhumatologie de l'HCY et de l'HMY, les plaintes douloureuses les plus fréquentes sont liées à des pathologies dégénératives, en premier le diabète, ensuite, les psychalgies telles les fibromyalgies, lombalgies, rhumatismes, et viennent les douleurs post chirurgicales ou liées à des fractures et désarticulations... Bien que les algohallucinoses ne soient pas échiquier dans leurs registres, les médecins reconnaissent avoir reçu des patients qui se plaignaient pour des douleurs après amputations, mais donc l'absence d'objectivation et d'approximation a conduit au référencement du cas.

Parmi les douleurs post amputatoires, admises en traitement à l'HCY, on retrouve les douleurs sur les membres commémoratifs (5%), les douleurs du moignon (65%), les douleurs référés (30%). Ces chiffres ne font pas apparaître les douleurs fantômes chroniques, pourtant, en traumatologie, le Médecin fait savoir que sur 55 amputés par an, environs 35 se plaignent de douleurs fantômes les premiers mois qui suivent l'amputation. Cependant, aucune prise en charge n'est faite pour traiter les algohallucinoses, car selon ce Médecin, ce sont des phénomènes courant après amputation des membres, mais qui disparaissent avec le temps et la rééducation. C'est ce qui justifierait le fait qu'après cicatrisation du moignon, les patients, quel que soit l'existence ou non des algohallucinoses sont référés au CNRPH pour rééducation.

Il n'existe pas encore des centres anti-douleurs au Cameroun, seuls le centre des urgences les services de traumatologies, d'orthopédies et de rhumatologie reçoivent ces patients dans la ville de Yaoundé.

1.2. ÉTAT DE LA QUESTION

Les études scientifiques montrent qu'il existe des changements corticaux qui apparaissent après une amputation et qui semblent corrélés à la douleur chronique. En 2005, Herta Flor et Lotze ont observés une réorganisation corticale dans les cas de douleur chronique et ont soutenu cette réorganisation était corrélée avec l'intensité de la douleur. Beaucoup de recherches ont été faites pour tenter d'expliquer ce qu'est la douleur et ce qui la cause. Les théories de la « *neuromatrice* », de la « *douleur mémoire* » et de la « *porte de contrôle de la douleur* » font partie des plus récentes explications possibles. Elles indiquent l'existence dans le cerveau de d'une image-mémoire de l'ensemble du corps. L'explication la plus proche permettant de comprendre les douleurs fantômes serait que même lorsqu'une partie du corps n'existe plus, cette image-mémoire demeure inchangée. Des sensations ou des douleurs au membre fantôme

peuvent alors être ressenties lorsque le cerveau envoie des messages persistants au membre manquant.

Il est complexe d'aborder la question de douleur sans la rapprocher du traumatisme lorsqu'il est question de la clinique des patients douloureux. Certaines recherches ont ressorties l'existence de nombreux traumatismes psychiques dans la clinique des sujets douloureux, tant en amont de leurs troubles (MC-Dougall, 1989 ; Ferragut et Colson, 1999 ; Defontaine-Catteau, 2003; Burloux, 2004 ; Bioy et Defontaine-Catteau, 2014) qu'en aval de leur prise en charge et des résultats de cette prise en charge (Bioy, 2011). Elles signalent aussi le traumatisme que peut constituer pour le patient l'impuissance médicale face à ses symptômes persistants. La douleur chronique peut aussi raviver ou renforcer des traumatismes antérieurs (Allaz, 2003) et ceux-ci peuvent constituer un arrière-fond compliquant la prise en charge de la douleur (Auxemery et al., 2010). D'autres études soulignent la fréquence de troubles douloureux chez les patients traumatisés et la forte prévalence d'un état de stress post-traumatique chez des sujets douloureux chroniques (Bergeret et Houser, 2000). Ainsi, nombreuses et variées sont les interactions entre douleur et traumatisme, la première pouvant aussi bien s'avérer cause que conséquence du second. Dans cette clinique plurielle, la douleur physique peut tout autant précéder, jouxter la souffrance psychique et subjective que lui succéder, comme elle peut aussi l'occulter, la remplacer et, inversement, la révéler, lui offrir un contenant, une voie d'expression et de fraying (Carels, 1986 ; Pedinielli et Rouam, 1997; Allaz, 2003). Parfois, la douleur constitue même la rémanence de vécus traumatiques (Dumet, 2008), tous vécus subjectifs douloureux amnésiques (Bergeret et Houser, 2000), impensables ou amentiaux (Dejours, 2001) subsistant à l'état brut dans le psychosomatique (unité corps-psyché indifférenciée).

La douleur est donc un éprouvé estompant les frontières entre psyché et soma (Aubert, 1997) voire révélant la complexité de leurs liens. Force est alors de reconnaître la paradoxalité caractéristique de l'éprouver de douleur. Paradoxalité, en effet, car la douleur manifeste cache autant qu'elle présente, les multiples traumatismes dont souffre le sujet. Ceux-ci s'étendent des plus manifestes, ou traumatismes-écrans, à des « *traumatismes invisibles ou par défaut de réalité* » (Duparc, 2013), mais le plus fondamental est sans doute, selon l'hypothèse ici proposée, la douleur de la perte, voire la douleur de l'absence, soit un traumatisme par défaut de réalité de présence objectale secourable. A ce titre, la douleur constitue une forme de « *maladie-langage post-traumatique* » (Fernandez-Zoïla, 1979), où l'omniprésence douloureuse du corps du sujet signifie l'impensable absence voire la défaillance d'objet secourable.

Déchiffrer le mécanisme de somatisation douloureux oblige à cesser de vouloir compartimenter l'individu, de le diviser en tranches comme si l'on soignait que des éléments indépendants, séparés de la considération de l'ensemble. Et malgré les progrès d'une médecine toujours plus performante dans ses applications techniques, la somatisation douloureuse et son cortège de symptômes reste l'un des aspects les plus fréquents concernant les plaintes observées en consultations de médecine générale. Plus encore, ces manifestations corporelles douloureuses qui accompagnent le vécu des patients sont présentes au cours des séances de rééducation. Par conséquent, la nécessité d'envisager une approche globale, montre une passerelle entre les différents niveaux de fonctionnement d'une personne, lorsque les maux du corps retentissent sur les blessures de l'âme.

Face aux patients algohallucineurs, on se demande comment la représentation de la souffrance provoquée par la perte d'un membre peut transformer la douleur mentale chronique en douleur physique, altérant ainsi la qualité et l'intensité de la douleur chez le patient amputé ? A ce stade, la coexistence des questions de « *j'ai mal/je suis mal* », dépassent la recherche du sens « *pourquoi j'ai / suis mal* » pour s'intéresser à la recherche des solutions « *comment je me défais de ces maux* ». Ce qui invite à décoder le langage d'un corps souffrant pour pénétrer les mystères des interactions entre le soma et la psyché. Gelly (1992) dans la compréhension des dimensions corporelles de la souffrance à travers les concepts de « *corps objet* » et de « *corps vécu* ». Toute disponible que soit le corps objet, lorsqu'il en vient à être opéré, segmenté et amputé, c'est la relation de ce corps objet à l'image du corps qu'il faudra aussi réparer. Raison pour laquelle le sujet après amputation peut continuer à vivre sa douleur sur la partie amputée comme si elle n'avait pas été réparée.

En situation clinique, les algohallucinoses rendent compte de la complexité des éléments qui peuvent se cacher derrière la demande d'un patient douloureux. Son expression chez le sujet fait considérer la douleur chronique comme un phénomène perceptif d'intrusion et de destruction plutôt qu'une expérience sensorielle. Les estimations établies par Melzack (1994), faisaient état de 10% des cas algohallucinoses qui se chronicisent et deviennent permanentes dans la vie des sujets.

A cause de l'absence de connaissances autour des algohallucinoses dans la pratique médicale camerounaise, les patients algohallucineurs sont considérés comme des fabulateurs qui exagèrent le caractère de leurs douleurs la recherche des bénéfices secondaires liées à la maladie. Pourtant, l'expérience de douleur dont ils font face est aussi vraie que l'est la douleur

dans les rages de dents ou que celle d'une personne qui se cogne le pouce avec un marteau. Cette incompréhension médicale qui entoure la clinique des algohallucinoses au Cameroun fait en sorte que les patients eux-mêmes arrivent à douter de l'existence de ces douleurs et à croire qu'ils hallucinent. Notons cependant que 2% d'amputés algohallucineurs apprivoisent leurs douleurs, 5% développent d'autres pathologies chronique de comorbidité avec les algohallucinoses, et 3% finissent par se suicider ; alors qu'au regard de ce qui se présentait objectivement, on se disait qu'ils allaient de mieux en mieux.

1.3. DESCRIPTION ET FORMULATION DU PROBLÈME

La douleur « *j'ai mal* » est un phénomène relativement subjectif et multifactoriel, qui se décrit une sensation que ressent un organisme. C'est une sorte de signal d'alarme que l'organisme émet pour signifier la remise en cause de son intégrité physique. Selon l'IASP (2015), la douleur est une expérience sensorielle, émotionnelle désagréable associé à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes d'une telle lésion. Cette sensation évoque l'idée d'une effraction locale et circonscrite de l'organe ou de la paroi. La douleur se différencie de la souffrance « *je suis mal* » parce que contrairement à elle, la souffrance renvoie à une blessure de soi et une blessure en soi ; c'est une expérience subjective de mal être, rattachée à la difficulté de maîtrise de soi. Elle diminue nos capacités d'agir et d'être. Localisée dans nos représentations mentales avec des ressentis émotionnels affolés, elle varie selon les individus, les sociétés, les cultures et les circonstances. Elle rend compte d'une organisation affective qui peut être vécue comme la sensation pénible, l'émotion désagréable, le sentiment malheureux de degré plus ou moins intense qui survient avant ou après l'effraction. Le Moi étant en rupture de continuité avec un sentiment d'impuissance, de détresse et d'abandon.

Selon l'IASP les algohallucinoses sont catégorisées comme des douleurs potentielles. Le facteur temps, permet de distinguer au même titre que dans douleurs dites réelles, les algohallucinoses aiguës des algohallucinoses chroniques. Dans leurs formes aiguës, les algohallucinoses obéissent chez l'amputé au principe de la douleur aigue chez l'humain, c'est-à-dire qu'elles sont des signaux qui permettent de rendre compte d'un certain type de fonctionnement de l'organisme après amputation. Selon Ramachandran et al. (2000) les algohallucinoses aiguës sont présentes dans la quasi-totalité des suites post-amputatoires, et disparaissent avec le temps et la rééducation. C'est pourquoi les déclarations du Médecin Traumatologue de l'HCY faisaient état de 35 cas de plaintes d'algohallucinoses sur 55 cas d'amputations, les mois qui ont suivis leurs amputations. Cependant, les algohallucinoses

chroniques rendent compte d'un phénomène extrêmement agressif et destructeur pour l'amputé. Elles font émerger chez l'amputé des affects pénibles et douloureux en lien avec la dislocation du schéma corporel et de l'image du corps. Renforce la coupure psychique créée par l'amputation qui se manifeste à travers un douloureux conflit identitaire, empêchant d'achever un travail de deuil et éventuellement de symboliser l'événement traumatique (amputation). Ce qui maintient l'amputé dans une constance douloureuse de dépression et d'algohallucinoses.

L'algohallucinoïse est une expérience invisible, il n'y a pas de marqueur biologique visible chez l'amputé, qui puisse l'expliquer. Dans une société comme la nôtre qui a ses codes quant à la définition de la douleur, les algohallucinoses sont considérées comme des douleurs imaginaires et irréelles. Au Cameroun, elle est connue par de rares spécialistes, qui se plaignent de la résistance des patients à l'explication de ce qu'ils ressentent. Situation qui consolide son caractère mythique et renforce la douleur. De plus, ces spécialistes rappellent que les thérapies médicamenteuses (les plus pratiquées), sont limitées à cause de la non autorisation sur le marché pharmaceutique camerounais de certains antalgiques efficaces dans le traitement des douleurs chroniques. Vu qu'aucun médicament prescrit n'arrive à véritablement soulager les patients algohallucineurs au Cameroun, ils sont devenus pour leurs proches ainsi que pour le personnel soignant des fabulateurs. Un patient algohallucineur rencontré au CNRPH affirme « *J'en ai assez d'entendre dire que tout cela vient de la tête, les pincements et étirements que je ressens dans ma jambe chaque fois sont bien là* ».

Bien qu'elles ne soient pas définies comme des pathologies mortelles en elles mêmes, les algohallucinoses dégradent la qualité de vie de l'amputé et celle de son entourage. Assez spectaculaire lorsqu'on les décrit et peu connu lorsqu'on en parle, ceux qui en souffrent sont considérés du grand public comme des fous, des simulateurs ou des dépressifs.

L'expérience des algohallucinoses rend compte d'une possibilité de la réactivation d'une véritable ouverture sur un devenir. Devenir moteur douloureux enfermé dans une boucle de répétition. Dans un tel état, l'appareil psychique en proie à des productions hors de son contrôle, évoque les conditions de trauma (Freud, 1919). Et dans une contrainte de répétition, la forme que celle-ci prendra dépendra elle aussi de la dernière scène avant l'horreur. Quant au motif de cette répétition irrépressible, il se pourrait que ce soit une tentative pour le sujet de reprendre le dessus face à ce qui lui arrive. Comme dans la théorie du trauma psychique les algohallucinoses illustrent l'évolution en après-coup entravée par une sidération. Cette sidération survient peut-être pour des raisons anatomo-pathologiques, mais il faut insister sur le fait que, c'est l'unité narcissique psychisme-corps qui est disloquée. Cette réalité vécue dans les algohallucinoses montre que le trauma psychique est ce que Coblenz (2006) appelait « blessure de l'âme », car

inconsciemment, le corps reproduirait un vécue souhaiter intérieurement. Comment un corps souhaité inconsciemment pourrait s'exprimer, non pas à l'aisance du sujet, mais plutôt sous formes douloureuses ? Un corps psychique qui se dégrade en soma, privé de parole et aux symptômes dépourvus de sens comme dans la logique psychosomatique de l'école de Paris.

La question d'intérieur et d'extérieur, de visible et d'invisible que questionnait Le Breton dans la réalité du corps douloureux reviennent et s'intensifient dans les préoccupations algohallucinatrices. Le traitement de ces algohallucinoses inventé par Ramachandran (1998) faisait de la boîte miroir un contenant qui permettait au sujet amputé en proie aux algohallucinoses, de vivre l'expérience d'une rééducation simulée de son membre absent. Il s'agit d'une question d'extérieur et d'intérieur, de transition des données concomitantes de l'expérience douloureuse de l'intérieur à l'extérieur, c'est-à-dire par les canaux de la perception. Une perception aussi illusoire soit-elle, qui a pu donner à voir au sujet une action délibérée permettant de réactiver les traces motrices, et par là, informe et transforme la réalité psychique du sujet. Or, il s'agit d'une opération en tout point semblable à celle du « devenir conscient » décrite par Freud (1923). Il explique la nécessité de donner aux contenus inconscients une qualité psychique qu'ils acquièrent par leurs liaisons avec les représentations des « mots ». Les représentations qui se forment grâce à la parole lors de l'expression de la plainte douloureuse par l'amputé font en sorte que la réalité psychique devienne perceptible par la conscience à l'égal d'une réalité matérielle située à l'extérieur.

Il est une évidence que le corps soit ce qui lie le sujet à la douleur. Pour le sujet douloureux, le fait de contrôler sa douleur la rend supportable et tolérable, car elle implique la possibilité d'être soulagé. Cependant, si dans les algohallucinoses cette partie du corps douloureux est absent, l'existence de la douleur témoigne de la reconstitution psychique inconsciente d'un corps souffrant. Le manque de contrôle peut diminuer les investissements du sujet sur lui-même et finir par figer une attitude antalgique qui rythme la vie de crises algiques immuables à toutes entreprises thérapeutiques. Ce corps souffrant nécessite un réaménagement psychique, une élaboration mentale qui permettra théoriquement au sujet de réparer, soigner, penser ce corps souffrant et absent de visu.

Pour l'algohallucineur, chercher à faire du sens avec sa détresse existentielle et à s'adapter à sa réalité en conservant une certaine continuité dans son identité ne s'avère pas simple. Elles passent par toute une gamme d'états émotionnels depuis l'amputation, allant, par exemple, de l'anxiété liée à l'incertitude, à la rage d'être impuissant face à sa douleur, au désespoir de réaliser certains rêves, ou à l'envie vis-à-vis des autres qui continueront de vivre. Elles sont éprouvées par leurs pertes quotidiennes et les changements qu'elles impliquent, ainsi que, bien

évidemment, par l'imminence de leur mort rappelée par la prégnance de la douleur. Elles sont habitées par plusieurs peurs. Être transformées physiquement, dépendre des autres, être un fardeau, perdre leur statut social, leur dignité et leur sentiment de valeur personnelle ou souffrir physiquement, ne sont que quelques-unes d'entre elles. Elles doivent planifier leur après-mort et prendre des décisions importantes concernant les directives de fin de vie. C'est pourquoi la psychosomatique nous montre que de nombreuses personnes somatiquement atteintes souffrent des perturbations sévères de l'humeur ou des dysfonctionnements majeurs, de dépression essentielle, celui-ci étant d'ailleurs fréquemment associé aux demandes de suicide assisté.

Le regard porté sur les algohallucinoses dans cette étude s'oriente dans un processus de prise en charge, insistant sur les mécanismes qui déterminent la situation clinique en termes de relation thérapeutique et qui décrivent les difficultés liées à la gestion de la douleur et de la souffrance dans les ajustements psychosomatiques chez l'amputé. Le problème ainsi formulé est celui de « *l'influence de la clinique de la pensée opératoire dans la gestion de la douleur chez les amputés souffrant d'algohallucinoses* ».

1.4. QUESTION ET HYPOTHESE DE RECHERCHE

Le problème de recherche ainsi énoncé, nous avons formulé, la question de recherche et l'hypothèse générale suivantes.

1.4.1. Question de recherche

Dans quelles mesures la clinique de la pensée opératoire peut influencer la gestion de la douleur et de la souffrance chez les amputés victimes d'algohallucinoses ?

1.4.2. Hypothèse générale et Hypothèses de recherche

1.4.2.1. Hypothèse générale (HG)

Pour répondre à cette question de recherche, nous avons formulé l'hypothèse suivante :

La clinique de la pensée opératoire à une influence sur la gestion de la douleur et de la souffrance chez l'amputé victime d'algohallucinoses

De l'opérationnalisation de cette hypothèse générale, découle les deux hypothèses de recherche suivantes.

1.4.2.2. Hypothèses de recherche (HR)

HR1- *La relation transfero-contretransférentielle en situation clinique peut influencer la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses.*

HR2- *L'investigation clinique peut déterminer la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses*

1.5. OBJECTIFS ET INTERETS DE L'ETUDE

Ici, il est question du but et de l'intérêt de l'étude.

1.5.1. Objectifs de l'étude

Cette étude poursuit un objectif principal et deux objectifs spécifiques.

1.5.1.1. Objectif principal

Partant de l'hypothèse formulé, l'objectif principal de cette étude est de ***ressortir les éléments de la clinique de la pensée opératoire qui ont une influence sur la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses.***

Ainsi nous allons formuler d'autres objectifs spécifiques pour mieux expliciter notre objectif principal.

1.5.1.2. Objectifs spécifiques

OS1. Il s'agit dans un premier temps de ***Montrer que la relation transfero-contretransférentielle en situation clinique facilite la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses.***

OS2. En second temps, il est question pour nous de ***Montrer que l'investigation clinique détermine la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses.***

1.5.2. Intérêts de l'étude

Nous distinguerons ici l'intérêt clinique, scientifique, académique et social.

1.5.2.1. Sur le plan de la pratique clinique

Cette étude pourra apporter des propositions servant à l'enrichissement de la clinique de la douleur. La clinique de la douleur est une pratique qui se situe dans l'interdisciplinarité

sans toutefois être cloisonnée dans la pratique typiquement médicale. A cet effet, cette étude permet de comprendre les mécanismes de chronicisation des algohallucinoses, ainsi que les dimensions qui entourent sa prise en charge. La prise en charge holistique des algohallucinoses n'est pas encore effective dans notre pays, et dans les pays où les protocoles sont mis sur pieds, ils se résument à des protocoles basés sur la mécanique du corps, et sont pour la plupart non efficaces. La portée de cette étude, montre qu'il serait important d'arrêter de prendre en charge les algohallucinoses dans leurs simples dimensions de la mécanique du corps, car à côté, se trouvent des aspects psychologiques qui méritent d'être pris en compte dans une démarche clinique pour assurer une meilleure prise en charge des amputés algohallucineurs.

1.5.2.2. Sur le plan académique

Sur un plan académique, cette étude nous a permis d'améliorer et de renforcer nos connaissances dans la recherche scientifique, et de mieux nous situer par rapport au phénomène de la clinique de la douleur en handicapologie. Il est clair que la prise en charge des algohallucinoses favorise la compréhension des handicaps physiques, ce qui permet à se travail de se situer selon les curricula du département de l'éducation spécialisée, dans la filière handicaps physiques et instrumentaux (curricula EDS 2014).

Les programmes d'éducation spécialisée appliqués à la clinique de la douleur chez les patients amputés algohallucineurs pourront permettre d'adapter l'éducation thérapeutique à leurs proposer.

1.5.2.3. Sur le plan Scientifique

La compréhension des algohallucinoses et de ses fonctionnalités chez le patient amputé nous plonge au cœur de l'interdisciplinarité et indexe principalement l'handicapologie, tant il s'agit du fonctionnement d'une personne caractérisé par la nature de son handicap. Dans ce domaine, au carrefour des sciences de l'homme et du comportement, les orientations données au corps humain permettent à travers les adaptations et modélisations prothétiques de faire réhabiliter le corps « handicapé » dans sa plénitude. Les avancées de la science dans ce domaine permette de recréer un imaginaire collectif qui s'oriente vers une révolution par rapport à la manière de penser les rapports au corps. Loin de sa compréhension mécanique l'orientant vers la bionique et la robotique, ce travail permet de comprendre l'handicapologie dans la dimension clinique. Car un corps douloureux et en souffrance ne saurait se résorber par une simple

adaptation prothétique, ce qui est d'ailleurs le résultat de nombreux échecs thérapeutiques. L'handicapologie ne se contente pas seulement de réparer ce qui est cassé, de mettre un substitut à ce qui est perdu, mais bien plus, de comprendre le sens de la perte afin d'aider le patient à trouver les possibilités de restructurations par le biais des constructions de l'imaginaire corporel qui s'opèrent en clinique. Ce travail serait d'un plus dans les sciences du handicap, car elle interroge les faits d'handicapologie inclusive en clinique de la douleur.

1.5.2.4. Sur le plan Psycho-social

Aujourd'hui, le corps est vécu avec beaucoup plus de liberté, et les théories du post-humanisme avec les évolutions de la biotechnologie, de la robotique et de la cybernétique propulsent cette idéologie (surhomme) à travers le culte qu'ils créent autour du corps. Loin de la belle apparence (Boëtsch et al, 2010), le corps devient la vérité dans laquelle chacun est convoqué devant ou en son corps à être jeune, vieux, noir, blanc, bronzé, beau, handicapé, gros, ridé, pauvre ou dégradé, atteint, tonique ou laid... sans parvenir à se dérober. Mais si le corps est devenu un objet de jouissance pour le sujet contemporain, sa peau, son visage, sa taille, ses formes ou sa couleur deviennent des matières pour s'identifier et se faire reconnaître des autres. Le corps douloureux devient un obstacle à la jouissance primaire. Ce qui affecte les modalités de relations aux autres et à soi-même. Ce travail est d'utilité dans la compréhension du fonctionnement du patient amputé algohallucineur et de ses rapports avec autrui. Il ressort la dimension clinique qui rend compte du fonctionnement opératoire du sujet. Décrit le fonctionnement opératoire comme un mode de fonctionnement psychosomatique marqué par des adaptations possibles du patient amputé à la nature de la douleur qui l'investit.

CHAPITRE 2 : AMPUTATION ET PSYCHOTRAUMATISMES

Ce chapitre se présente en deux grandes parties. La première aborde l'amputation dans sa dimension mécanique, en tant qu'acte chirurgicale, ainsi que sa dimension psychosociale qui va de la prise en charge médicale à la réintégration socio-professionnelle. La seconde insiste sur le vécu psychique des douleurs impliquées dans les suites post ambulatoires. La compréhension de ces aspects passe par la définition du membre amputé, de la présentation des différents types d'amputation et de leurs prises en charge médicale, et psychosociale. Aussi, il est question dans ce chapitre de situer l'amputation dans sa pratique au Cameroun.

2.1. LE MEMBRE

Les membres humains sont constitués des os longs, unis par des articulations mobiles, et enveloppés par une couche épaisse de muscles striés volontaires. Une toile fibreuse, l'aponévrose superficielle, entoure les muscles et les sépare des plans tégumentaires. Ceux-ci comprennent la peau et une nappe de tissu cellulaire lâche qui la mobilise sur l'aponévrose. Les pédicules vasculo-nerveux principaux sont profonds, sous-aponévrotiques, avec les grands axes artériels et veineux, et tous les nerfs moteurs. Le tissu cellulaire sous-cutané contient les pédicules superficiels, formés de veines, d'artérioles, de vaisseaux lymphatiques et de nerfs sensitifs.

Un membre s'attache au tronc, au niveau des ceintures, par une partie adhérente ou racine, véritable hile traversé par les vaisseaux et les nerfs venus du tronc. La forme générale du membre est tronconique, avec diminution assez régulière de l'épaisseur à mesure que l'on s'éloigne de la racine. Cependant, l'extrémité libre s'élargit en palette. Chaque membre se décompose en trois segments : proximal, moyen et distal, ou extrémité libre. Une chaîne d'articulations amplifie le jeu de l'extrémité libre (Larousse Médical (2006)).

2.1.1. Les membres supérieurs

Les membres supérieurs s'attachent au tronc par l'épaule. Ils comportent le bras, qui va de l'épaule au coude, l'avant-bras, qui va du coude au poignet, le carpe et la main dont les

cinq métacarpes se prolongent par les doigts. Les diverses articulations permettent au membre supérieur d'effectuer des mouvements d'une grande précision et d'une extrême finesse (Larousse, 2006).

2.1.2. Les membres inférieurs

Les membres inférieurs, musclés et puissants, s'attachent au tronc par les hanches. Ils comportent la cuisse de la hanche au genou, la jambe du genou à la cheville, le tarse et le pied dont les cinq métatarsiens se prolongent par les orteils. Les diverses articulations permettent au membre inférieur d'effectuer surtout les mouvements nécessaires à la marche, la course ou le saut (Larousse, 2006).

2.2. L'AMPUTATION

L'amputation est définie par l'ablation d'un membre ou d'un segment de membre ou bien le retranchement important d'un élément faisant parti d'un tout. Durant de nombreux siècles, les amputations ont été pratiquées dans un contexte d'engagement du pronostic vital. Le sacrifice du membre était le prix à payer pour conserver la vie. La pauvreté des moyens techniques disponible pour remplacer le membre manquant limitait beaucoup les ambitions. De nos jours, le contexte diffère, les progrès réalisés en médecine et en chirurgie ont permis de repousser de plus en plus les indications d'amputations. La décision d'amputation s'inscrit désormais dans une démarche thérapeutique éclairée par des évaluations raisonnables. Des avantages et des défauts liés à chaque niveau d'amputation sont bien identifiés et permettent de proposer au patient des interventions qui aideront à améliorer la fonction future du membre résiduel.

2.2.1. Description

L'amputation est « *l'ablation d'un membre ou d'une autre structure du corps* » (Dorland, 2011, p. 67). Elle nécessite une opération pour retirer le membre affecté. Elle peut être ouverte (sans sutures, moins commune) ou fermée (avec suture, plus commune). Typiquement, l'amputation ouverte réduit le risque d'infection et prolonge le temps de récupération, tandis que l'amputation fermée réduit le temps de récupération et augmente le risque d'infection.

Les causes d'une amputation sont nombreuses. Les amputations sont souvent mises en place pour éviter les complications incontournables, la douleur ou même les décès. Malheureusement, elles laissent des séquelles fonctionnelles importantes (Leite *et al.*, 2018). Les amputations se différencient par leur emplacement sur le corps : au niveau du membre inférieur ou au niveau du membre supérieur. Également, elles se distinguent du fait qu'elles sont mineures (en distale) ou majeures (en proximale) (Monroe, Cameron et Monroe, 2007). Puisque la majorité des amputations sont causées par des facteurs liés aux comorbidités, il y a plus d'amputations aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Les amputations aux membres supérieurs résultent souvent d'accidents traumatiques, par exemple dans les lieux en situation de guerre (Esquenazi, 2004). Les classifications peuvent varier selon les auteurs.

2.2.2. Classification des amputations du membre inférieur (Monroe *et al.*, 2007)

Pour ce qui est des amputations des membres inférieurs, on distingue les amputations majeures, les amputations primaires et les amputations secondaires des membres.

L'amputation majeure d'un membre inférieur implique un sacrifice talonnier. L'amputation primaire est caractérisée par toute amputation sans tentative de revascularisation. L'amputation secondaire fait suite à un sauvetage de membre avec tentative de revascularisation. Un délai de 3 mois après le traumatisme initial définit l'amputation secondaire précoce de l'amputation secondaire tardive.

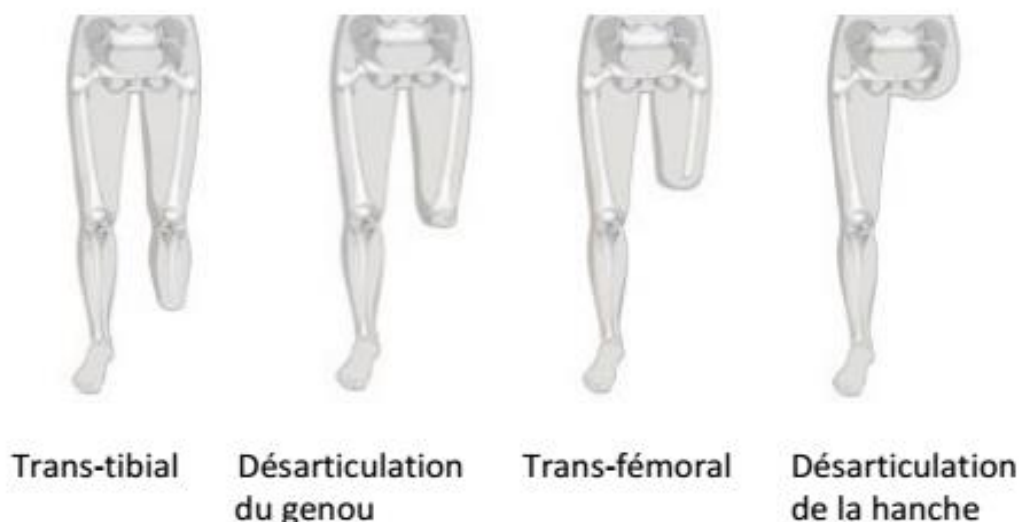


Figure 1 : Niveaux d'amputation du membre inférieur

2.2.3. Typologie des amputations selon El Khawa, 2007

La typologie d'amputation est loin d'être un débat consensuel chez les médecins. Certaines typologies d'amputation ont été décrites en fonction de la cause de l'amputation, d'autres en fonction du niveau d'amputation. Pour la première, l'indication d'une amputation d'un membre s'impose aux médecins devant de nombreuses étiologies : traumatisme, infection ou inflammation, ischémie, tumeur ou cancer, ou encore d'ordre congénital. Pour la seconde, le niveau d'amputation varie de l'orteil à la hanche

2.2.3.1. Les amputations traumatiques

On individualise dans cette classification les traumatismes proprement dits : accidents de la route, accidents du travail, mais aussi les brûlures, les électrocutions, les gelures. Les amputations d'origines traumatiques sont secondaires soit à une destruction totale ou subtotale immédiate du membre ; soit après échec d'une tentative de conservation.

- Dans l'amputation complète : il y a une section complète où il n'y a aucun lien entre le segment amputé et le membre.
- Dans l'amputation incomplète ou subtotale ; il y a une section complète des vaisseaux principaux et au moins 75% des parties molles avec toujours une fracture osseuse. Elles ont la caractéristique de toucher une population jeune et active du fait de leur exposition : des accidents de travail et des accidents de la voie publique.

Dans la majorité de ces cas, l'amputation est indiquée quand elle reste l'ultime recours pour préserver la vie du patient, et l'amputation est réalisée dans un contexte d'urgence (après la période du choc) lorsque les lésions sont irrémédiables et ne permettent pas une conservation du membre. Elle peut être effectuée dans un second temps, si l'on constate que les traitements conservateurs sont voués à l'échec ou que des complications s'installent.

Dans le cas de traumatismes graves, les difficultés sont de taille : afin de conserver le maximum de longueur, le chirurgien peut avoir recours à des greffes de peau, entraînant des cicatrices disgracieuses certes, mais plus encore, fragiles. Il peut avoir à traiter des fractures sus-jacentes (ostéosynthèse, raideur articulaire). Parfois, les moignons restent paralysés ou insensibles en raison des lésions nerveuses associées, ou au contraire douloureux du fait d'une mauvaise section du nerf, entraînant un névrogliome cicatriciel.

Les amputations suite à un traumatisme peuvent aussi être due à :

- Des brûlures : dans ce cas, la peau d'un moignon brûlé est généralement de mauvaise qualité : elle présente sur une surface plus ou moins grande un aspect violacé, irrégulier, épaissi avec parfois la présence de cicatrices chéloïdes apparaissant en raison des greffes ou même spontanément. Il existe souvent une adhérence aux plans profonds provoquant l'apparition de fissures, d'ulcérations, de rétractions musculaires. L'appareillage d'un tel moignon est extrêmement délicat.
- Des gelures ont pour conséquence des troubles trophiques majeurs touchant tous les tissus. La peau est froide et cyanosée, les oscillations artérielles sont diminuées, les ulcérations torpides sont fréquentes, la sclérose tissulaire profonde, les douleurs vives

2.2.3.2. Les amputations d'origine infectieuse et inflammatoire

Elles posent souvent des problèmes très particuliers inhérents à leur nature et à l'âge du malade. Devenus rares, dans les pays médicalement développés, elles continuent au contraire à constituer chez nous un aspect très préoccupant de la pathologie. Tous les stades de l'inflammation peuvent se voir intéressant l'os et les structures articulaires, du stade banal aux stades les plus évolués, imposent l'amputation après l'échec du traitement médical et des méthodes conservatrices. L'inflammation osseuse peut être spécifique ou non, secondaire à la fièvre typhoïde, la brucellose, la syphilis tertiaire ou certaines mycoses.

L'amputation pour infection succède le plus souvent à des fractures ouvertes (fracture avec plaie). Cependant l'éventualité la plus fréquente reste l'infection par le staphylocoque doré et le BK. L'indication d'amputation n'est jamais posée en urgence. Elle doit permettre de définir au mieux la longueur du moignon la plus correcte pour permettre une bonne fonction secondaire avec prothèse, sans faire courir au malade le risque d'une récurrence de suppuration

2.2.3.3. Les amputations d'origine ischémique

L'arrêt brutal de la circulation sanguine du membre soit suite à une section traumatique de l'artère nourricière ou suite à une autre cause (artérite diabétique, infectieuse, toxique, embolie, athérosclérose ou autre), va être à l'origine d'ischémie avec anoxie tissulaire. L'artérite des membres inférieurs demeure une raison importante d'amputation (presque la moitié des amputations des membres inférieurs).

Dans ce cas l'amputation n'est envisagée par le chirurgien qu'après échec des autres possibilités thérapeutiques (traitement médical, pontage, greffe...), il est possible dans ce cas

de choisir un niveau d'amputation qui favorisera l'appareillage. Mais la mise en place et l'usage de la prothèse doit se faire de façon plus prudente en raison de la vascularisation souvent déficiente et de la fragilité des téguments (peau du moignon)

2.2.3.4. Les amputations d'origine tumorale

L'amputation en matière de pathologie tumorale s'impose devant l'envahissement important local ou régional du membre qui rend toute tentative de traitement conservatrice inutile. Les tumeurs les plus souvent rencontrées sont : les tumeurs osseuse (L'ostéosarcome, le fibrosarcome, le sarcome d'Ewing, l'hémangiosarcome) et les métastases des tumeurs ostéophiles (sein, rein, prostate, thyroïde).

2.2.3.5. Les amputations congénitales

Dans un membre, l'aplasie ou absence congénitale de tissu ou d'organe réalise une lésion qui peut être l'équivalent d'une amputation, mais aussi, plus souvent, produire un membre malformé, pourvu d'une extrémité normale ou non. La fréquence est difficile à établir, elle varie en fonction des critères de sévérité des lésions. La fréquence des grandes agénésies des membres semble se situer autour de 10 à 15 cas pour 100 000 naissances. Et on a estimé que dans chaque 1000 naissances, il y a un enfant qui a une déformation du membre supérieur ou inférieur (63% déformation du membre supérieur, 15% déformation du membre inférieur, 18% mixte).

2.2.3.6. Classification des catégories d'agénésies de FRANTZ et O'RAHILLY ainsi que celle de KAY

Ils distinguent, deux grandes catégories d'agénésie :

- Les agénésies terminales, intéressant l'extrémité du membre
- Les agénésies intercalaires avec l'extrémité présente, normale ou subnormale

Chacune de ces catégories se subdivise elle-même en lésions transversales intéressant la totalité du squelette dans le segment aplasique, et en lésions longitudinales ou en lésions para-axiales, n'intéressant qu'un rayon squelettique sur deux.

De la terminologie classique, on conserve :

- Pamélie : absence totale d'un ou de plusieurs membres
- La péromélie : amputation transversale terminale d'un membre dont la racine existe

- L'ectromélie : aplasie longitudinale intercalaire (tibiale, péronière, radiale, cubitale) avec extrémité présente
- La phocomélie : pied ou main, complet ou non, directement implanté à l'épaule ou à la hanche, sans os long intermédiaire.

2.3. ÉTIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES

Il existe plusieurs raisons de procéder à une amputation (Imam *et al.*, 2017). Elle est plus souvent pratiquée comme dernier recours lorsque des complications liées au diabète et aux maladies vasculaires se présentent chez l'individu (Monroe *et al.*, 2007). Face à certains cancers (souvent le cancer de l'os) pour éviter leurs progressions, on peut faire recours à l'amputation. Cette intervention peut aussi être nécessaire pour corriger les difformités des membres chez une personne atteinte d'une maladie congénitale (Imam *et al.*, 2017).

Une étude par Imam *et al.* (2017) a évalué l'incidence des amputations du membre inférieur au Canada. Cette étude révélait qu'entre 2006 et 2011, les amputations les plus fréquentes, parmi une population de 44 430 personnes, étaient reliées aux causes suivantes : diabète (65,4 %) ; maladies vasculaires (25,6 %) ; accidents traumatiques (6,0 %) ; cancer (1,8 %) et maladies congénitales (0,6 %). Quant aux pays en développement ou en situation de guerre, les causes les plus fréquentes sont les accidents traumatiques (accidents de guerres, accidents de voiture, accidents de travail, etc.) (Esquenazi, 2004).

2.3.1. Facteurs de risque

- Comorbidité

Les facteurs de comorbidités augmentent le risque d'amputation lorsque des complications qui ne peuvent être traitées par des moyens non chirurgicaux se présentent (Monroe *et al.*, 2007). Ces facteurs peuvent être liés à une maladie, à l'âge ou au sexe de la personne.

- Obésité et diabète

Imam *et al.* (2017) ont indiqué que l'obésité et le diabète augmentaient le risque d'amputation chez cette population. De même, le risque d'amputation au niveau inférieur est plus élevé chez les personnes atteintes du diabète.

Chez les personnes diabétiques, la diminution de la vascularisation et de la sensation aux extrémités ralentit la guérison d'une blessure au membre inférieur, particulièrement au pied. Avec le temps, cette blessure peut s'infecter et nécessiter une amputation (Imam *et al.*, 2017).

- *Âge*

Plus la personne est âgée, plus le risque de complications liées aux comorbidités augmente. Les études démontrent que la majorité des amputations ayant des causes non traumatiques se déroulent entre 50 et 74 ans (Imam *et al.*, 2017).

- *Sexe*

Les études montrent qu'il y a plus d'hommes que de femmes qui vivent avec des amputations. Certaines hypothèses incluent le lien avec le diabète, puisque celui-ci est plus présent chez les hommes et qu'ils s'engagent dans des activités à risque plus élevé (Imam *et al.*, 2017).

2.3.2. Préalables au diagnostic d'amputation

Le diagnostic survient lorsque l'équipe médicale déduit que le membre ne peut être préservé sans causer plus de dommage à la santé de la personne. Selon Krajbich et al. (2016), l'équipe médicale doit observer trois étapes avant de prendre la décision d'amputer un membre.

- La première étape consiste à déterminer s'il est préférable d'amputer le membre ou de le conserver. Pour ce faire, les avantages, les désavantages et les risques de l'amputation sont évalués. Des tests peuvent être effectués afin d'obtenir plus de renseignements sur le membre affecté (rayons X, des tests d'imageries par résonance, de tomographie, etc.)
- Si l'équipe médicale détermine que l'amputation est la meilleure option pour le patient, il établit ensuite le niveau de l'amputation sur le membre. Les études démontrent qu'un appareillage prothétique optimal est influencé par la longueur du membre préservé.
- Le chirurgien doit également considérer l'épaisseur de la peau au niveau de l'amputation, car cela influencera la conceptualisation de la prothèse et le processus d'appareillage par la suite (Zollinger et Zollinger, 2011).

2.4. ÉPIDEMIOLOGIE DES AMPUTATIONS

Aux États-Unis, environ 1,6 million d'individus présentent des amputations (Kayssi *et al.*, 2017). Imam, Miller, Finlayson, Eng et Jarus (2017) ont souligné qu'au Canada, l'incidence des amputations aux membres inférieurs était de 44 430, l'incidence étant plus élevée en Ontario et en Colombie-Britannique. Il est estimé qu'environ 200 à 500 millions d'amputations majeures sont pratiquées mondialement chaque année.

2.4.1. En Afrique et au Cameroun

L'Afrique est l'un des continents les plus atteints au monde par les amputations traumatiques, avec un taux de 44,5 % contre 37,9 % Asie et 19,4% en Amérique pour enfin 12,7% en Europe. Cette épidémiologie est bien sûr justifiée par les guerres, dont les victimes sont estimées à des milliers d'amputés dans les continents les plus atteints (Camilleri, Anract, Missenard, Larivière, Ménager, 2000).

L'âge moyen de personnes amputées en Afrique est de 37,7 ans avec des extrêmes allant de 1 à 72 ans. La tranche d'âge comprise des 20 - 29 ans est la plus représentée avec (19,50%), suivi de la tranche d'âge des 50 - 59 ans avec (18,40%). La population hommes est de (72,09%) et celle femmes est de (27,91%) soit un sexe ratio de 2,58. Les hommes âgés de moins de 40 ans représentent 61,29% de la population masculine. En fonction du membre amputé, dans 72,41% de cas, l'amputation concerne le membre inférieur, et 25,28% de cas, l'amputation renvoie au membre supérieur. Dans de rares cas (3,6%), on assiste à une double amputation (membre supérieur plus membre inférieur).

L'examen de la littérature concernant les rapports de relevé d'amputation, bien que pas toujours d'actualité, a néanmoins permis de déterminer approximativement les causes d'amputation les plus fréquentes dans le secteur civil au Cameroun.

2.4.1.1. Le secteur civil

L'absence des statistiques récentes sur les données de l'amputation au Cameroun nous ont obligés à aller recenser à partir des relevés cliniques d'amputations des patients dans les hôpitaux de la ville de Yaoundé. Ces données font état d'une prévalence de 250 à 500 amputés par an à l'HCY, de 150 à 300 au CNRPH, contre 300 à 550 à l'hôpital militaire. La moyenne annuelle d'amputation dans ces hôpitaux est de 1025 cas, soit un ratio de 2,81 amputés chaque jour dans la ville de Yaoundé, si on se limite bien sûr à ces trois hôpitaux.

Les accidents de la voie publique représentent 51,35% des amputations traumatique, et les accidents de travail représentent (27,03%). Dans les 21, 62% qui restent, on retrouve les malformations congénitales, les tumeurs et diabète. La pauvreté de la littérature ne permet pas de faire un état sur les données exactes des amputations pour causes vasculaires. Les progrès en médecine observés dans les pays occidentaux ont permis de réduire considérablement les amputations. Au Cameroun, les difficultés face au besoin de réduction des amputations est due soit à l'absence de ressources adéquates (humaines et matérielles), soit à l'insuffisance des ressources des familles des patients à se procurer une assistance de qualité et d'éviter ou de contourner l'amputation. Cet état de pauvreté décrié par les familles est souvent causes de nombreuses complications, car les coûts élevés qu'exigent les soins après une amputation ne sont pas à la portée des populations.

2.4.1.2. Le secteur militaire

Les causes des amputations au Cameroun ont été répertoriées et regroupées selon deux grands registres, le registre civil et le registre militaire. Les pays d'Afrique ont longtemps souffert des conséquences de la colonisation. Certains pays (Tanzanie, Tchad, Tunisie, Zaïre, Zambie, Zimbabwe) sont encore aujourd'hui plus ou moins pollués par les mines terrestres et beaucoup d'entre elles ont été posées pendant la Seconde Guerre Mondiale, d'autres datent des guerres d'indépendance, de l'époque de la décolonisation ou de conflits plus récents. De nombreuses vies et des corps sont brisés.

En fait, il serait facile de dresser la liste des quelques rares pays africains n'ayant pas été confrontés, à un moment ou à un autre de leur histoire, au fléau des mines terrestres. Au Cameroun, les mêmes conséquences sont répertoriées suites aux guerres civiles et frontalières que connaît le pays actuellement. Après la Guerre de Bekassi au Sud-Ouest, les soldats font face à de nouvelles mutileries au niveau de nos différentes frontières (Nord avec Boko-haram, à l'Est avec les Centrafricains Anti-balaka et Séléka, et à l'Ouest avec les Ambazoniens Sécessionnistes). Cet état de crise triangulaire est loin de passer inaperçue chez les soldats au front et les populations riveraines. Loin des cas de décès, de kidnappings, de déplacements et de réfugiés, on note de nombreux cas d'amputations (2,5% de soldats et 4,5% de riverains), selon les rapports de la Croix rouge en 2016 sur les conséquences humanitaires des conflits armés au Cameroun.

Des soldats et des combattants, des paysans et des bergers, des femmes et des enfants se retrouvent avec les bras ou les jambes arrachées. Les populations sont physiquement,

psychologiquement et socialement meurtries. Des sociétés entières (déjà frappées par la misère) sombrent dans une situation économique désastreuse et doivent se débattre pour reprendre le chemin de la réadaptation et de la reconstruction.

La guerre est moche, les blessures de guerre le sont plus encore. Ces quelques mots d'un chirurgien traumatologue de l'hôpital Militaire de Yaoundé en témoignent, « *Chaque fois que nous sommes appelés pour une urgence, nous n'avons qu'une prière : ne pas nous trouver à nouveau en face d'une victime des d'explosif (militaire, agent de sécurité civil, enfant ou paysan) au corps affreusement mutilé* ». C'est l'indignation du personnel médical militaire, pourtant déjà habitué aux horreurs de la guerre, qui montre à quel point on n'est jamais assez près à voir un corps défiguré, et plus encore, venant d'un chirurgien de guerre, cela nous rappelle qu'il n'y-a jamais des spécialistes pour les corps mutilés.

Les amputations de guerres constituent l'une des principales causes d'invalidités professionnelles chez les soldats. Dans sa prise en charge, il convient d'adopter une approche intégrée qui couvre l'ensemble des activités de prises en charge, pas seulement se limiter à la simple amputation et cicatrisation du moignon comme il est le cas dans nos services de soins.

2.4.2. Bilan clinique et suivi post opératoire

La prise en charge médicale des victimes commence avec leur évacuation et se termine à leur sortie de l'hôpital. La rééducation et la réinsertion sociale qui suivront ont pour but de permettre aux victimes de retrouver un rôle productif socialement acceptable.

Le suivi post opératoire de l'amputé est dans la plupart des cas fait en service de rééducation, d'ergothérapie et en ambulatoire (pour la gestion des douleurs et autres). L'orientation des patients amputés dans ces services est aussi déterminée par le niveau et le type d'amputation, le type de moignon (ouvert ou fermé), le type d'appareillage et les objectifs de la rééducation, la présence ou non de comorbidités...

La préparation et l'accompagnement psychologique sont indispensables au vu des traumatismes qui ont accompagnés et prédisposés l'amputation. L'amputé de guerre a besoin d'un soutien moral attentif associant l'entourage. Cette aide psychologique participe également à la réalisation du processus de deuil.

La rééducation et en cas de besoin l'appareillage, doivent suivre l'amputation le plus rapidement possible, avec un objectif défini. La précocité de la rééducation est un facteur

important dont dépendent la réussite fonctionnelle de l'appareillage et le succès de la réinsertion sociale.

2.4.2.1. Le bilan clinique

Après sa sortie du bloc opératoire, le patient amputé est placé sous surveillance en hospitalisation. Son séjour en permettra de veiller au bon déroulement de la cicatrisation et à la facilitation de sa reprise fonctionnelle. Des pathologies associées à l'amputation seront recherchées, concernant en particulier les membres, le bassin et le rachis. Elles devront être prises en compte pour la rééducation et l'appareillage. Chez le patient artéritique par exemple, d'autres atteintes seront recherchées, en particulier cardiaques et vasculaires (artères à visée encéphalique, artères rénales...)

Les éléments à surveiller lors des bilans cliniques pour une bonne rééducation fonctionnelle sont : la cicatrisation du moignon, la prévention des déformations, la lutte contre l'œdème et l'obtention d'un moignon de « *bonne qualité* ».

La qualité du moignon est très déterminante dans la rééducation du patient, car elle est l'une des premières causes des complications post-amputation lors des amputations des membres. Surtout en Afrique et particulièrement au Cameroun, une attention particulière doit être portée sur la recherche d'un moignon de bonne qualité, ceci avant la recherche de l'autonomie fonctionnelle du patient. Un moignon de bonne qualité est supposé être : *stable* et *résistant* (bonne tolérance cutanée, volume constant), *mobile et tonique* (articulations libres, bonne contraction musculaire et globulisation des muscles résiduels) et enfin *indolore* (traitement des douleurs nociceptive ou neurogène).

A l'HCY le séjour en hospitalisation dure au moins un mois, à l'HMY de Yaoundé elle peut se limiter à deux semaine, ou aller jusqu'à un mois et plus, contrairement au CNRPH, ou, elle peut également intégrer la période de rééducation fonctionnelle et de prothésisation de sa jambe résiduelle. On note le plus souvent que cette variation est fonction du porte-feuille du patient qui peut, en fonction de ses moyens, précipiter sa sortie. L'orthopédiste du CNRPH affirme en ce sens que : « *pour certains patients n'ayant pas de ressources financières capable de suivre un traitement complet en séjours d'hospitalisation, ils demandent d'interrompre le traitement. D'ailleurs en général une à deux semaine après l'opération, les patients retournent à domicile, et ne reviennent plus que pour leurs pansements dont la fréquence et la périodicité se verra établie par l'infirmière* ».

A l'HMY, la majeure partie des patients amputés étant des « *hommes en tenues* », il n'y a pas de raisons d'abréger leurs séjours en hospitalisation. Ceci est également valable pour les patients ayant une assurance maladie, car dans ces conditions, c'est la compagnie d'assurance qui s'occupe des factures.

Il faut comprendre que le séjour en hospitalisation permet au médecin de s'assurer de la bonne cicatrisation du moignon, et d'une bonne contraction des muscles résiduels chez l'amputé. Bien qu'ayant les mêmes objectifs, la durée en hospitalisation varie selon les hôpitaux, et dans une approche générale observée dans nos hôpitaux, elles vont de deux semaines à l'état d'autonomie fonctionnelle.

2.4.2.2. Prévention des complications post-amputatoires

Le suivi post-opératoire est très délicat après une amputation. C'est un moment qui détermine à 80% la qualité de rééducation du patient amputé. Les membres inférieurs, au même titre que tout autre organe amputé, doit cicatriser avant de nécessiter toute autre démarche rééducation. Selon l'Orthopédiste et traumatologue de l'HCY, la prévention des complications post-amputatoires passe par des attitudes techniques des infirmiers qui veillent sur le maintien des constantes fonctionnelles.

2.4.2.3. Surveillance et cicatrisation du moignon

La cicatrisation est de durée variable, selon qu'il s'agit d'un moignon ouvert ou fermé. Par ailleurs, l'aspect du moignon varie selon le siège d'amputation et sa longueur. Les soins du moignon sont primordiaux et il faut veiller à ce que le pansement soit compressif et le plus reproductible possible afin de permettre ultérieurement l'appareillage.

2.4.2.4. Moignon de « bonne qualité »

On entend par moignon de « *bonne qualité* », l'obtention d'un moignon stable dans son volume, mobile dans toute l'amplitude articulaire des articulations sus-jacentes, indolore et tonique. Une préparation cutanée aux appuis par tannage de la peau à l'éosine peut être réalisée. Quel que soit le niveau d'amputation ou le type de chirurgie, le renforcement musculaire doit être bilatéral et symétrique.

Une fois le moignon cicatriser, commence le travail de prothésisation. Cependant, elle devra être adaptée à l'âge, à l'état cardiovasculaire, au tronc, à la ceinture scapulaire, aux membres supérieurs, ainsi qu'au membre controlatéral à l'amputation. La zone péri-cicatricielle

peut être le siège d'adhérences. Les techniques de massages et l'hydrothérapie peuvent alors être utilisées.

2.4.2.5. Les déformations articulaires

Les amplitudes articulaires souhaitées varient selon l'objectif fixé. Nous prendrons comme exemple l'amputation de la cuisse. Dans ce cas il est plus important de limiter le flexum de hanche si l'objectif est la marche appareillée que si c'est l'obtention d'un simple appui pour les transferts.

Du fait de la modification de l'équilibre agonistes-antagonistes, le moignon de cuisse a tendance à se placer d'autant plus en flexion et en abduction qu'il est court. Il faut éviter la station prolongée en décubitus latéral et supprimer en décubitus dorsal le coussin sous le creux poplité qui favorise l'œdème du moignon et le flexum du genou et de la hanche. Au fauteuil, il faut prévoir un repose-moignon.

2.4.2.6. L'œdème

La lutte contre l'œdème sera réalisée par la contention du moignon. Si le moignon est œdématié, des massages centripètes du moignon et des postures en déclivité pourront être réalisées. Les contractions musculaires isométriques du moignon seront encouragées sauf chez l'amputé vasculaire. Des exercices respiratoires seront réalisés pour favoriser le retour veineux. Toutes ces mesures seront à adapter à chaque patient en fonction de ses antécédents vasculaires. Il faut notamment garder à l'esprit que la contention reste une prescription médicale et a certaines limites chez le patient vasculaire.

2.4.2.7. La douleur

La lutte contre la douleur nécessite fréquemment l'utilisation de moyens pharmacologiques et des thérapies comportementales. Ceux-ci seront différents selon le type de douleur et il sera important de distinguer en premier lieu les *douleurs du moignon*, les *douleurs de la partie amputée du membre* et les *douleurs à distance du membre amputé* (sur utilisation des articulations sus-jacentes, lombalgies...).

Les douleurs du moignon, sont les douleurs ostéoarticulaires, ischémiques, les thromboses veineuses, les algodystrophies, et les douleurs neurogènes. Les douleurs ostéoarticulaires peuvent nécessiter l'emploi d'antalgiques de niveau III pour une période plus ou moins longue.

Il peut être utilisé également des blocs anesthésiques prolongés pour une meilleure gestion de la douleur post-opératoire. Conjointement aux médicaments, ces douleurs pourront bénéficier de manœuvres de libération des adhérences ostéo-cutanées.

Les douleurs vasculaires nécessitent des investigations complémentaires. Les douleurs de désafférentation doivent être traitées par les antidépresseurs tricycliques.

2.4.2.8. Autonomie en fauteuil roulant

L'autonomie en fauteuil roulant sera importante pour les amputés du membre inférieur à obtenir et concerne aussi bien la réalisation des transferts en sécurité que le déplacement. Pour cela, il est important de maintenir les amplitudes articulaires et prévenir les pathologies de sur-utilisation des membres supérieurs, et de travailler les muscles du membre inférieur controlatéral en veillant à éviter le surmenage risquant de provoquer une ischémie dommageable pour les tissus.

L'indépendance pour la réalisation des activités de la vie quotidienne en fauteuil roulant (toilette, habillage) doit être travaillée en ergothérapie. Il existe des centres de rééducation et d'appareillage pour les personnes handicapées, et dont la référence nous ait indiqué par son appellation (CNRPH). Il est également triste de savoir que ce centre reçoit les patients qui ont été transférés des hôpitaux de références du Cameroun, justifiant de ce fait l'absence des services de rééducation dans ces hôpitaux.

La phase de rééducation lorsque le moignon est bien constitué, se déroule en deux phases : la prothésation provisoire et la prothésation définitive.

2.5. COMPLICATIONS POSSIBLES ET SYMPTOMES APRES LA CHIRURGIE

- **Douleur au membre résiduel.** C'est une sensation douloureuse distale localisée sur le membre affecté (membre résiduel) qui est souvent causée par la présence de névromes (Ahmed *et al.*, 2017).
- **Névrome.** Les névromes sont formés d'un assemblage d'axones lorsqu'il y a des dommages aux nerfs. Ils sont présents dans 10 à 25 % des cas et causent souvent de la douleur au membre résiduel (Amp *et al.*, 2016).

- **Contracture.** Après l'amputation, il se peut que la personne développe une contracture à l'articulation la plus proche du site d'amputation. Dans la majorité des cas, les contractures se développent lorsque l'individu est en position de repos trop prolongé après l'amputation (Yoo, 2014).
- **Croissance osseuse (ossification).** Asymptomatique dans 80 % des cas, elle peut tout de même devenir problématique dans les cas où elle engendre de la douleur ou lorsqu'elle crée un point de pression pour la prothèse (Yoo, 2014).
- **Intégrité de la plaie.** Le maintien de l'intégrité de la peau du membre résiduel est impératif après une amputation et c'est encore plus important chez les patients qui ont également le diabète. Si l'intégrité de la peau n'est pas bien maintenue, le risque d'infection et d'une deuxième opération augmente (Yoo, 2014).
- **Sensation fantôme :** C'est une sensation non douloureuse que les individus perçoivent dans leur membre amputé. Cette sensation est présente dans 60 à 80 % des cas (Kaur et Guan, 2018).
- **Douleur fantôme :** C'est une sensation douloureuse qui se présente rapidement après l'opération et que les individus perçoivent dans leur membre amputé. La douleur fantôme est très commune chez les amputés (Poor *et al.*, 2016). Elle peut s'expliquer par les changements au niveau du système nerveux central ou encore par les dommages aux nerfs périphériques (Orr, Glover et Cook, 2018).

D'autres symptômes et complications possibles incluent l'hypersensibilité, la pneumonie, les infections à la plaie, les caillots de sang pouvant engendrer une embolie ou un accident vasculaire cérébral, la septicémie, l'ostéomyélite, etc. (Low, Inkellis et Morshed, 2017).

Il importe également de considérer les répercussions sur le plan psychologique. La perte d'un membre implique un processus de deuil (Orr *et al.*, 2018). La personne apprend à vivre avec un corps différent et un changement quant à sa participation aux activités. La dépression ou les symptômes dépressifs peuvent aussi apparaître lors du processus de rétablissement et de réadaptation. D'ailleurs, certains facteurs devraient être évalués après l'amputation, notamment la stigmatisation sociale, la perception de soi (incluant l'image corporelle), le risque de dépression et les troubles d'anxiété (Krajbich *et al.*, 2016). De plus, dans les cas traumatiques, la présence du trouble de stress post-traumatique ou d'un trouble de stress aigu devrait être vérifiée (Yoo, 2014).

2.5.1. Pronostic et séquelles fonctionnelles

La majorité des personnes vivront des complications ou des symptômes néfastes après leur amputation et dans certains cas, une deuxième intervention chirurgicale peut être nécessaire. Une révision chirurgicale est plus commune pour les amputations distales comparativement aux amputations proximales et le risque de complications post-opératoires augmente avec les amputations majeures (Low *et al.*, 2017). Dans les pires circonstances, les complications qui accompagnent l'amputation peuvent être fatales. Le risque de mortalité augmente avec l'âge (Ciufo, Thirukumaran, Marchese et Oh, 2019).

Les séquelles fonctionnelles sont présentes. L'individu doit apprendre à évoluer physiquement sans l'un ou la totalité de ses membres inférieurs. Habituellement, plus le membre préservé est long, meilleur sera le rétablissement fonctionnel (Smurr *et al.*, 2009). La personne devra également vivre une adaptation mentale et traverser un deuil. Les individus présentant des amputations aux membres inférieurs auront des répercussions fonctionnelles importantes sur le plan de la mobilité et ils devront porter attention aux risques de chute.

2.5.2. Processus de réadaptation et d'appareillage

Le processus de réadaptation peut être évalué à l'aide de trois phases : post-opératoire pré-prothétique et prothétique.

2.5.2.1. Post-opératoire

Cette phase aiguë est critique. Il faut un ajustement à la nouvelle réalité. Les professionnels de la santé doivent s'assurer que le client comprenne bien les complications possibles et les façons de les éviter (p. ex. hygiène de la peau, prévention des contractures, etc.). L'enseignement graduel des activités unilatérales (p. ex. exercices d'endurance et de force) peut être commencé lorsque le client est prêt afin d'augmenter son autonomie (Klarich et Brueckner, 2014).

2.5.2.2. Pré-prothétique

Au cours de cette période, la préparation du membre résiduel pour la prothèse est très importante. Celle-ci devrait débiter le plus rapidement possible, une fois qu'il y a guérison du membre résiduel, afin d'augmenter le succès prothétique. Il arrive que cette étape chevauche la phase post-opératoire. Afin de bien préparer le membre résiduel pour la prothèse, le membre devra être formé et moulé à l'aide de bandages compressifs. Le membre résiduel doit aussi être

désensibilisé alors que les postures favorables, la gestion des cicatrices et de la douleur devront être enseignées au client (Klarich et Brueckner, 2014).

2.5.2.3. Phase prothétique

Avant de commander une prothèse, l'équipe interdisciplinaire (incluant le prothésiste) doit vérifier si le client est un bon candidat pour l'appareillage. Ce dernier devrait posséder les habiletés cognitives lui permettant de comprendre les consignes et ne devrait pas présenter de surpoids important (Monroe *et al.*, 2007). Le client apprendra à effectuer ses activités de la vie quotidienne de façon sécuritaire avec la prothèse. Le processus de réadaptation est aussi possible sans la prothèse, si le client le souhaite. Certains décident de ne pas utiliser de prothèse, car ils trouvent qu'elle représente une nuisance ou qu'elle est trop difficile à utiliser (Krajbich *et al.*, 2016). Ce processus de réadaptation doit commencer très tôt afin que le client puisse apprendre à être fonctionnel sans son membre et sans prothèse.

Le patient apprendra les concepts de base favorisant un congé sécuritaire tel que l'habillement, les transferts, les soins personnels, l'utilisation des aides techniques ou des aides à la mobilité, le retour à la conduite, etc. Lorsque le patient réintègre sa communauté, la sécurité à domicile doit être bien évaluée par l'équipe d'accompagnement pour favoriser un retour à la maison harmonieux.

2.6. AMPUTATION ET PSYCHOTRAUMATISME

D'un point de vue étymologique, le mot *trauma* est issu du grec *traumatōs*. Il signifie au sens propre *blessure*, et au sens figuré *désastre* ou encore *échec*.

2.6.1. Le Traumatisme Psychique : Définition

A l'origine, ce terme était utilisé au 19^{ème} siècle dans le cadre de la pathologie chirurgicale et était réservé aux atteintes corporelles. Par la suite, le terme *trauma* est devenu une métaphore du traumatisme corporel relatif aux blessures psychiques. Ainsi par extension, ce terme a été utilisé par les psychiatres, pour désigner les phénomènes psychiques pouvant résulter de la confrontation brutale et soudaine d'un individu à un événement menaçant son intégrité physique et/ou psychique.

Il n'existe actuellement pas de définition consensuelle pour le traumatisme psychique. Pour certains auteurs, la définition du traumatisme psychique est liée au concept de stress, pour d'autres, elle est indissociable de la psyché. Néanmoins, tous s'accordent pour souligner

l'importance de l'événement qui peut en être à l'origine. Cette notion de traumatisme psychique interroge l'Homme sur sa représentation de la Mort. Elle dépasse ainsi le seul domaine de la médecine et de la psychiatrie, elle est aujourd'hui d'actualité dans les sciences du comportement humain.

La transposition du traumatisme physique au traumatisme psychique permet de retrouver certaines constances communes : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, et celle de conséquences sur l'ensemble de l'organisation (Laplanche et Pontalis, 1978). L'impact du traumatisme psychique sur la personne est à l'origine d'une désorganisation psychique ou encore *choc émotionnel*.

Dans les premières définitions de Freud (1920), le *trauma* renvoyait à un choc violent, affectant le sujet qui ne s'y attendait pas, et s'accompagnant d'effroi. Par la suite, Laplanche et Pontalis (1978), inspirés des définitions de Freud, ont considéré que le traumatisme psychique était un « *événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* ». A cette description, ils ajoutaient que le traumatisme se caractérise « *par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité à maintenir et à élaborer psychiquement ces excitations* ».

Pour Barrois (1988), le traumatisme psychique résulte d'une rencontre entre « *une situation* renverrait à une situation de crise et de conflit survenant dans les suites d'une « menace réelle de mort accidentelle ». Il compare le traumatisme psychique à une blessure ouverte où les symptômes ne seraient que des pansements de fortune. Le conflit serait à l'origine d'une « potentialité immanente de solution ». Selon Barrois (Op.Cit) le manque radical serait constitutif d'un vide absolu auxquels seuls « *une construction, un endiguement pourraient apporter une potentialité créatrice et un horizon symbolique* ».

Crocq (1999) définit le traumatisme psychique tel qu'un « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur* ». L'événement traumatique présente certaines spécificités que sont les sentiments de frayeur, d'horreur, d'impuissance. Cette expérience se caractérise par son absence de secours lors de la confrontation brutale à la réalité de la mort. Il en résulte l'effroi, comme une incapacité à attribuer un sens à celle-ci.

Lebigot (2001) décrit le traumatisme psychique comme « *une souffrance venant de l'intérieur de l'appareil psychique dans lequel a pénétré et s'est incrusté une image de néantisation qui est destinée à demeurer là longtemps voire toute la vie du sujet* ». Pour illustrer ses propos, il compare l'appareil psychique normal à une vésicule constituée d'une membrane protectrice qui repousse les énergies en excès venant de l'extérieur. Lorsqu'il y a traumatisme psychique, on observe un afflux d'excitations violentes qui aboutissent à une effraction de la membrane de protection puis à un envahissement de l'appareil psychique. D'après Lebigot (2001), lorsque l'image traumatique s'introduit dans l'appareil psychique de l'individu, elle se comporte comme un corps étranger interne. A cette réaction sont associés la sidération et l'effroi, puis secondairement l'angoisse. L'effroi constituerait donc ce processus d'horreur résultant de « *la rencontre avec le réel de la mort* ». Le trauma est ainsi directement incriminé dans le bouleversement fondamental du fonctionnement du sujet.

Selon l'Association Psychiatrique Américaine (2000), le traumatisme psychique résulterait du stress. Le stress ici qui découle de l'événement traumatique. Ainsi, le traumatisme psychique caractérise l'expérience d'un individu qui a « *vécu ou qui a été témoin ou encore qui a été confronté à un ou des événements, durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée* » (critère A1 DSM-IVTR). La réaction du sujet doit avoir été marquée par certaines caractéristiques que sont « *une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur* » (critère A2 DSM-IV-TR).

Les différentes approches du traumatisme psychique que nous venons de citer s'accordent à souligner la force et l'importance de l'événement à l'origine de celui-ci. Elles livrent également une donnée constante qui est le phénomène d'effraction du psychisme résultant d'une rencontre avec la mort.

2.6.2. Traumatique chez l'amputé et conduites pathologiques

Les amputations en générale constituent pour les sujets une atteinte pouvant être à l'origine de graves conséquences sur leurs santé mentales et physiques. Parmi ces conséquences, on peut observer l'installation de troubles psycho-traumatiques sévères. Ces troubles sont dus à des atteintes psychiques, mais également à des atteintes neurologiques et à des dysfonctionnements neuro-biologiques et endocriniens majeurs. S'ils ne sont pas pris en charge spécifiquement, ils peuvent se chroniciser, durer de nombreuses années, voire toute une vie et s'accompagner de nombreuses pathologies (psychiatriques, cardio-vasculaires,

endocriniennes, immunitaires, digestives, etc.) (Anda, 2006 ; MacFarlane, 2010). Les troubles psychotraumatiques auront alors un impact catastrophique sur la santé et la vie personnelle, sociale et professionnelle des victimes et seront même un déterminant majeur de leur santé (Felitti, 2010).

Les Allohallucinoses, constituant directement l'une des conséquences donc l'intrication avec les autres éléments somatopsychique continue d'intéresser les débats scientifiques, nous interpelle dans ce travail de thèse au niveau de la réalité clinique que constitue sa thérapeutique.

En effet, confronté à des réaménagements somatotopiques, l'amputé affronte une réalité douloureuse qui ne pourra être résolue qu'après un travail de deuil (Freud, 1915), et surtout, travail de deuil de ses représentations corporelles (Ngueyong, 2015). Se consolide une mémoire traumatique des frustrations et les stratégies que développent les victimes pour l'éviter (conduites d'évitement, de contrôle et d'hypervigilance ou d'hallucination) sont à l'origine des principaux symptômes psycho-traumatiques.

2.6.2.1. Le traumatisme psychique après amputation

Selon Freud (1897) dans sa première théorie de l'après-coup, une première scène de séduction sexuelle survenue dans l'enfance va prendre toute sa signification pathogène lors d'une situation ultérieure rappelant la scène traumatique originelle. Plus tard, en 1920 il va revoir sa théorie du trauma et créer une deuxième topique dans laquelle le point de vue économique est désormais central, et le traumatisme devient une « *effraction étendue du pare-stimuli* » (Freud, 1920). Pour Laplanche & Pontalis (2002, p. 499) le traumatisme est : « *événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* ». Ils insistent sur le caractère inattendu, prématuré, qui va dorénavant créer un traumatisme, par une effraction psychique du système de pare-excitation qui déborde les capacités de métabolisation de l'appareil psychique.

Suite à une amputation traumatique, on retrouve toutes les caractéristiques du traumatisme : soudaineté, non préparation à ce qui fait effraction, mettant en échec la capacité de symbolisation du sujet. En effet, l'amputation est un événement qui vient donner corps à quelque chose d'impensable, de l'ordre de l'horreur. Dans un premier temps, le sujet est confronté à quelque chose d'incompréhensible. Cette première phase se rapproche du sentiment d'effroi que Freud (1920) distingue de la peur et de l'angoisse et qu'il définit comme étant l'«

état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé» (citer par Laplanche & Pontalis, 2002, p. 129).

En définissant ainsi l'effroi, Freud insiste sur l'effet de surprise de l'événement. Ainsi, la perte soudaine, brutale d'un membre est traumatique puisque le Moi du sujet n'est pas préparé à affronter cette perte. Dans ce cas, le Moi se voit contraint de faire face à une grande quantité d'excitations de par la rupture de ses liens avec l'objet. Ces excitations douloureuses se déploient dans le Moi sans pouvoir être suffisamment symbolisées, intégrées, élaborées ou déchargées. De plus, le sujet revit continuellement la scène traumatique qui apparaît sous forme d'idées intrusives et/ou de cauchemars. Il se trouve de ce fait, dans une situation d'impuissance et de passivité.

Roussillon (1999), quant à lui, distingue deux types de traumatismes psychiques : le traumatisme primaire et le traumatisme secondaire. Le traumatisme primaire est caractéristique des souffrances narcissiques identitaires. Il est constitué essentiellement de vécus ou de sensations en manque de représentation et qui n'ont pas pu être symbolisés ni liés par le langage et par le principe de plaisir. Le traumatisme secondaire survient lorsque le psychisme qui fonctionne au niveau de la symbolisation secondaire se trouve débordé dans ses capacités de liaison par l'intensité de l'événement auquel il est confronté. Dans ce cas, le traumatisme atteint la transformation du principe de plaisir en principe de réalité. Le traumatisme primaire qui peut tant survenir au cours de la petite enfance qu'à l'âge adulte, affecte l'organisation des processus psychiques et de la symbolisation primaire. Dans un premier temps, l'appareil psychique est menacé de débordement par un afflux d'excitations du fait de l'immaturité de ses moyens. En d'autres termes, les ressources internes du sujet s'épuisent et sont de ce fait mises en échec. Dans un second temps, le sujet est placé dans un état de détresse intense qui, s'il perdure dans le temps, au-delà du supportable, dégénère en un état de traumatisme primaire (Roussillon 1999).

La question qui se pose dans les formations traumatiques primaires est clairement expliquée par Bertrand (2005, p. 25) pour qui, il ne s'agit pas de refoulement de souvenirs ou de représentation, mais bien plutôt de l'impossibilité d'inscrire un événement dans les processus de la représentation et de la pensée. Il n'y a pas souvenir ou représentation mais la trace psychique de « *quelque chose* » à l'état brut, quelque chose qui a eu lieu, mais n'est pas symbolisable, et qui se traduit par des agirs compulsifs, hors de toute réminiscence, de toute possibilité de métaphorisation. Ce concept de traumatisme primaire nous amène inévitablement à aborder la question de la dimension temporelle des événements psychiques.

2.6.2.2. *Amputation et état de stress post traumatique (ESPT)*

L'état de stress post traumatique (ESPT) se définit depuis 1980 par des symptômes d'intrusion (mémoire traumatique : réminiscences, flash-back, cauchemars), des symptômes d'évitement et des symptômes d'hyper-activité neuro-végétative, répertoriés par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder ou DSM III, (American Psychiatric Association, 1980) et le DSM IV (American Psychiatric Association, 1996). Dans DSM V sont rajoutés des symptômes dissociatifs et des conduites à risques dissociantes (Lanius, 2010).

Les mécanismes psychologiques et neuro-biologiques à l'œuvre dans les troubles psycho-traumatiques commencent depuis quelques années à être bien connus. Ils permettent de mieux comprendre la souffrance des victimes et certaines de leurs conduites qui jusque-là pouvaient paraître paradoxales comme les conduites à risque (Schin, 2006 ; Salmona, 2008 ; Yehuda, 2000). Les troubles psycho-traumatiques sont des conséquences normales des violences, frustrations, pertes..., ils sont pathognomoniques, c'est-à-dire qu'ils sont spécifiques et sont une preuve médicale du traumatisme. Ils sont une réponse universelle, présente chez toutes les victimes dans les jours et les semaines qui suivent un traumatisme (McFarlane, 2000), et dans le cas échéant, une amputation.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT) ne peut être porté qu'à partir d'un mois après l'amputation, et de trois mois après pour un ESPT chronique. Si le risque de développer un ESPT est de 24% lors de traumatismes en général, dans le cadre des amputations le risque est beaucoup plus important, de 50 à 60 % pour les amputations suites a des maladies (Astin, 1996 ; Stein, 2001) et jusqu'à 80% en cas d'amputations traumatiques (Breslau, 1991).

Ces troubles psycho-traumatiques sont méconnus, rarement identifiés et diagnostiqués dans nos services de santé, les victimes sont le plus souvent abandonnées sans à leurs propres sorts. Il revient à chaque patient la charge de trouver les mécanismes lui permettant de survivre et de se réparer comme il peut. Et chez la plupart d'amputés, ces systèmes de survie hors norme feront injustement d'eux des stigmatisés comme des « *handicapés constitutionnels* » (Breslau, 1991). En revanche, un faible nombre de victimes s'adaptera tandis que le reste, tenteront en vain de reproduire des schémas d'adaptations tour à tour fragilisée par le système de soins proposée.

2.7. AMPUTATION ET DISSOCIATION PERI-TRAUMATIQUE

Au-delà de la simple symptomatologie observée, à la suite d'une amputation, le sujet se trouve non seulement privé physiquement d'une partie de son corps mais il doit également faire face à une atteinte psychique au niveau de l'image de son corps. Forducey (2006) affirme que ce réaménagement identitaire souvent douloureux, s'effectue tant sur le plan physique que psychique et dépend à la fois de l'âge du sujet amputé, de son niveau de maturité, de sa personnalité, du support social et familial dont il bénéficie ainsi que des causes et du contexte de l'amputation (soudaine ou planifiée).

L'amputation ne peut être que traumatique dans le sens où « *tout semble se passer comme si la réalité extérieure venait trop à la rencontre du fantasme interne, produisant ainsi un collapsus topique entre les deux* » (Roussillon, 2002, p. 36). Le traumatisme oblige ainsi le sujet à situer l'événement dans l'un ou l'autre des espaces : ce qui tend à bloquer le travail d'élaboration psychique (Roussillon, 2002). Dans le même ordre d'idées, Noble (1954) ont rapporté le fait qu'à travers les rêves des sujets amputés, ressortait une angoisse de castration assez importante. Cette angoisse ainsi que l'amputation elle-même étaient généralement déniées. C'est ainsi que dans leurs rêves, les sujets ne se voient pas comme étant amputés. De plus, lorsqu'une personne perd une partie de son corps, elle se vit comme étant incomplète (Earle, 1979; Kessler, 1951).

Selon Doukhan (2019), en cas de traumatisme, le psychisme a des réaménagements et dysfonctionnements possibles parmi lesquels figure la dissociation. La dissociation, ici post traumatique est la rupture immédiate ou post-immédiate de l'unité psychique au moment de la prise en compte de l'amputation comme réalité. Cet acte traumatique va provoquer une effraction psychique, les mécanismes d'adaptation de l'amputé vont être dépassés et provoquer un état de survie « adaptation ponctuelle à la situation » qui peut se chroniciser en devenir de survie « vie opératoire ». Elle entraîne une modification du temps et de l'espace ainsi qu'un sentiment d'irréalité. Les symptômes de dépersonnalisation et de déréalisation sont des symptômes dissociatifs. Ils peuvent s'accompagner de distorsions perceptives, temporelles, d'engourdissement physiques et émotionnels et d'une sensation de manque de contrôle sur ses actions, pouvant s'installer de façon chronique. (Jehel, Lopez, 2006 cités par Doukhan, 2019).

La dissociation péri-traumatique est un phénomène survenant à proximité d'un événement traumatisant, il peut comprendre un sentiment subjectif de torpeur, un détachement

ou une absence de réaction émotionnelle, une réduction de la conscience de l'environnement, une déréalisation, une dépersonnalisation, une amnésie dissociative.

Les symptômes de la dissociation peuvent être psychiques ou somatiques et se situer en symptômes positifs ou en symptômes négatifs. Les symptômes de la dissociation structurelle peuvent donc être l'amnésie, l'anesthésie (alexithymie, anesthésie émotionnelle, froideur, manque d'empathie), la dépersonnalisation (et/ou la déréalisation), des comportements réactionnels de recherche de sensations avec mise en danger (sports dangereux, prises de risques...), des violences (contre soi et/ou autrui), et certaines addictions visant à se stimuler... Sont également observés une hypermnésie, un débordement émotionnel, un ou des sentiments de persécution, des troubles anxieux et post-traumatiques, une dépression, un envahissement émotionnel (colère, tristesse, peur, angoisse), des tentatives de suicide, des auto-mutilations, de l'hétéroagressivité... Enfin, on note aussi certains troubles de la personnalité (borderline notamment) et des conduites addictives réactionnelles d'apaisement (Smith, 2016 cité par (Gatelier, Vigourt-Oudart, Plancade, Mouchet-Mages, Harmant, 2019).

Ainsi, le deuil de l'amputé s'effectue beaucoup plus sur la perte de l'image de soi en tant que sujet possédant un corps unifié et complet (corps total) plutôt que sur le membre perdu comme tel. Mais comment s'effectue ce processus de deuil suite à une amputation ?

2.7.1. Amputation et travail de deuil

Les études de Bergmann et A. Freud (1965) montrent que suite à une amputation, les patients présentes des signes cliniques proches du processus de deuil comme s'ils venaient de perdre une personne chère. Parkes (1975) a d'ailleurs tenté de comparer le processus de deuil tel que vécu par des sujets veufs avec celui de sujets amputés d'un ou de plusieurs membres suite à une maladie chronique. Il en est ressorti qu'entre quelques jours suite à la perte subie et un mois plus tard, les deux groupes vivent un processus de deuil quasi similaire essentiellement caractérisé par quatre phases qui peuvent s'entrecouper comme suit :

- une première phase où le sujet endeuillé se retire du monde extérieure afin de réaliser psychiquement la perte subie,
- une phase où le sujet nie la perte et tente de retrouver l'objet perdu,
- une phase pendant laquelle le sujet abandonne l'espoir de retrouver l'objet perdu,
- une phase de réorganisation au cours de laquelle le sujet accepte la perte subie et se construit une vision différente du monde.

Selon (Parkes, 1975), moins le sujet est préparé à la perte subie, plus les phases d'isolement social et de déni perdurent dans le temps. De plus, alors que chez les sujets amputés suite à une maladie chronique, la phase de déni semble moins intense que chez les sujets veufs, celle-ci persiste davantage dans le temps et peu d'amélioration ont été observées auprès des sujets amputés par rapport aux sujets veufs après un an. L'auteur explique cela par le fait que les sujets amputés doivent souvent subir de multiples interventions chirurgicales après l'amputation, et ne pouvant plus s'adonner aux activités qu'ils effectuaient auparavant. Ceux-là doivent faire face à une double contrainte, tant au regard de soi sur soi qu'au regard social sur soi, liés à leur handicap physique.

De plus, Parkes (1975) ajoute, et cela semble important qu'alors qu'il est attendu des sujets veufs qu'ils expriment leur tristesse et leur douleur lors des funérailles qui sont organisés pour la personne défunte (ils peuvent symboliquement voir et se représenter dans le temps et dans l'espace la personne perdue), l'entourage des sujets amputés attend implicitement d'eux qu'ils se montrent forts et courageux après l'amputation subie et aucun des sujets amputés de l'étude n'a eu connaissance de ce qu'il est advenu du membre qu'il a perdu. Pourtant, l'auteur rapporte que plus de la moitié des sujets amputés a semblé préoccupée par le devenir du membre qu'ils ont perdu. Selon cette étude, il semble donc qu'à long terme, perdre un membre semble plus difficilement vécu que perdre une personne aimée. La douleur qui caractérise tout processus de deuil a d'ailleurs été très bien décrite par Freud (1917).

En effet, Freud (1917) y explique qu'au cours du processus de deuil, la libido est retirée de l'objet perdu pour être investie ailleurs. Le travail de deuil qui est tout à fait normal suite à une perte, consiste donc à retirer la libido des liens qui la retiennent à l'objet perdu et ce travail s'effectue grâce à un processus de symbolisation. Freud décrit le détachement de l'objet perdu comme étant un travail progressif, accompli avec « *une grande dépense de temps et d'énergie d'investissement, et, pendant ce temps, l'existence de l'objet perdu se poursuit psychologiquement. Chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels la libido était liée à l'objet est mis sur le métier, surinvesti et le détachement de la libido est accompli sur lui* » (Freud, 1917, p. 148). Ainsi, le travail de deuil consiste essentiellement en un détachement progressif de l'image de l'objet aimé. L'acceptation de la réalité, la douleur de la perte, les identifications ainsi que les sentiments inconscients de culpabilité envers l'objet perdu sont les quatre temps de l'élaboration psychique du deuil.

Mais lorsque l'amputation est imprévue et qu'elle résulte d'un accident, le Moi du sujet n'est pas préparé à cette perte. Le traumatisme subi peut compliquer le travail de deuil, dans le sens où le sujet amputé emploie des mécanismes de défense parfois rigides pour contrer les effets psychologiques de l'amputation. En effet, si dans un premier temps, ces mécanismes de défense sont nécessaires, ceux-ci peuvent à long terme « *bloquent le travail de deuil qui autrement se fait spontanément avec le temps* » (Korff-Sausse, 1995, p.66).

2.7.2. Phénoménologie des corps fantômes

La phénoménologie est la science des phénomènes c'est-à-dire de la manière dont les êtres apparaissent.

« Phénomène » dérive de la racine grecque $\Phi\alpha$ qui est la source d'un vaste champ lexical relatif à l'éclat de la lumière, mais aussi à ses miroitements et ses duperies. L'apparaître est donc ambigu, travaillé par une tension entre, d'une part, manifestation et révélation et, d'autre part, apparence et illusion. Husserl, (1952, P. 80).

La notion de fantôme appartient au même registre. On pourrait dire qu'elle en porte toute l'ambiguïté sous une forme particulièrement concentrée.

A l'évocation du mot fantôme, on peut penser à tout l'imaginaire des spectres dans les mythes et les œuvres artistiques, mais également aux membres fantômes sur lesquels nous allons concentrer notre attention. Il est à noter que Husserl appelle fantômes « *[Phantome] des apparitions telles que l'arc en ciel, l'éclair, la pyramide dans le stéréoscope ou le personnage dans les images successives d'un film* » (Husserl, citer par Escoubas, 1982, p. 41.). Dans cette logique, il faut distinguer le fantôme d'une image ou d'une fantaisie. Une image est, au moins au premier sens, celui d'image physique, un objet servant de représentant pour un autre, une copie, une reproduction (photos, tableau artistique, statut, etc.). Une fantaisie (image mentale) est une représentation à travers laquelle le sujet vise et rends quasi-présent un objet non actuellement perçu (Husserl, 1952). Parler de fantôme au contraire c'est désigner une apparition qui relève de la perception plus que de l'imagination. Précisons ce point : la perception n'implique pas forcément la croyance à l'existence. D'autre part le caractère fluctuant et non-substantiel du fantôme tient également à ceci qu'il n'est pas possible de le détacher de la série des esquisses et apparitions dans lesquelles il se manifeste. Quand Husserl (Op.Cit.), nomme fantômes [Phantome] des apparitions qui ne dépendent pas de notre fantaisie, il veut montrer que ce sont des manifestations qui ne peuvent être intégrées au monde objectif parce qu'elles

manquent la possibilité d'expérimenter sur leurs relations de causalité mécanique avec les autres corps. Husserl appelle ce dernier « fantôme » parce que celui-ci demeure flottant : ses relations avec les autres objets apparaissant n'étant pas encore été établies.

L'approche phénoménologique révèle qu'il y a une profonde homogénéité entre fantômes et êtres dit réels ou substantiels. Elle permet d'établir que les fantômes sont au moins une dimension ou une couche constitutive de tout être. « *Nous n'édifions ici que la chose dans sa couche inférieure (fantôme)* » écrit Husserl (citer par Escoubas, 1982, p. 41). Cette « couche » est incontestablement recouverte par la couche de l'être réel, objectif, laquelle doit être comprise comme un effet de surface, bien réel mais auquel il est réducteur.

Ainsi les fantômes, toujours sous-jacents refont surface dans des expériences-limites multiples. Dans le cadre de ce travail, nous allons également montrer comment la réflexion de Merleau-Ponty sur le membre fantôme conduit précisément à une telle conclusion en travaillant sur le cas particulier du corps propre.

2.7.2.1. Analyse merleau-pontyenne du phénomène des membres fantômes

Le membre fantôme est un membre amputé que le sujet continue cependant à sentir. Il est dit « *fantôme* » en ce qu'il possède les caractéristiques que nous énumérons précédemment. Les patients ne le voient pas, ils sentent néanmoins sa présence via des sensations proprioceptives, c'est-à-dire relatives à la sensibilité du corps à lui-même : des sensations de postures, de degré de tonus ou de contraction, de mouvements des membres et des organes. Ces sensations permettent la formation d'une certaine représentation de ce membre fantôme par le patient. La présence du membre fantôme est vécue comme une véritable perception, insistante, transcendante, et non comme une imagination. « *Un être indépendant des caprices de ma volonté et de ma libre imagination s'impose à moi, je peux croire ou non à son existence, mais ce qui advient alors est une expérience et non l'invention d'une image* » Merleau-Ponty, 1942, p. 91. Il ajoute que, « *le membre fantôme a une existence plus irrégulière et instable que les membres « réels », il peut changer de forme, traversé les objets, il disparaît ou ressurgit selon les situations et les états affectifs du patient* » (Ibid, p. 86).

Ce qui intéresse particulièrement Merleau-Ponty dans le phénomène du membre fantôme est qu'il ne peut recevoir une explication purement physiologique, ni purement psychologique, car « *le membre fantôme est aussi défini en fonction de l'histoire du sujet, il garde souvent la position qu'il occupait au moment de la blessure* » (Ibid, p. 90). La douleur dans le fantôme

ressurgit notamment lorsque le patient est confronté à des circonstances qui rappellent celles de la blessure et sa fluctuation est en relation avec ses sentiments, son consentement ou son refus face à sa déficience (Merleau-Ponty, 1942). Le membre fantôme rétrécit en même temps que le sujet accepte la perte du membre, et en fait le deuil.

Le phénomène de membre fantôme n'est également pas purement psychologique, car « *la section des conducteurs sensitifs qui vont vers l'encéphale supprime le membre fantôme* ». C'est à nouveau toute l'ambiguïté du fantôme que nous retrouvons ici : « *le membre fantôme possède une certaine présence, une force effective, mais ne rentre pas dans les cadres de la description objective. Certes les terminaisons nerveuses au niveau du moignon sont objectivement encore présentes, mais cela ne rend pas compte de l'évolution du membre fantôme ni des multiples formes qu'il peut prendre en fonction de l'état affectif du patient* » (Ibid, p. 91).

Le phénomène du membre fantôme se situe en deçà de la distinction psyché-soma. Il nous oblige à penser un corps qui fantasme, qui projette un fantôme, qui refoule un certain nombre de données, bref un corps qui est et n'est pas lui-même. Selon Merleau-Ponty, ce que le phénomène du membre fantôme manifeste est qu'il y a, sous le corps actuel, un « *corps habituel* » qui « *peut se porter garant pour le corps actuel* » (1942, pp. 97-98). Cette affirmation implique notamment trois thèses fondamentales :

- *le membre fantôme n'est pas seulement une représentation mentale.*

Cet aspect appartient au schéma corporel. Ce dernier consiste en un système de fonctions, capacités et habitudes motrices qui rendent possibles le mouvement coordonné du corps et de ses parties ainsi que le maintien des postures. C'est une sorte de savoir du corps par lui-même, de chaque partie par toutes les autres qui fait que toutes fonctionnent de façon cohérente. Il s'agit d'un savoir pratique et vécu, ainsi grâce au schéma corporel, sans y penser, je garde mon équilibre et je reconnais des objets parce que mon corps initie des mouvements qui vont à leur rencontre. De ce fait, dans le cas du membre fantôme, les patients persistent à tenter de marcher en s'appuyant sur la jambe fantôme.

- *le schéma corporel est le corps fondamental, plus originel et déterminant que le corps décrit objectivement.*

Le membre actuel n'est plus et pourtant un membre habituel subsiste obstinément, parvient même à prévaloir sur le constat objectif de l'absence pure et simple du membre amputé. Le corps est plus que le corps actuel, et l'on peut ajouter : il est essentiellement plus que le corps actuel. Ce corps sous-jacent qui prend la forme ici de la jambe fantôme ou qui se

manifeste dans la jambe fantôme est plus essentiellement le corps vivant que ne l'est le corps actuel. Un corps vivant, en effet, se définit moins par ce qui est et ce qu'il est que par ce qu'il doit être, et ce sont ces normes qui président à l'organisation de la matière organique (Merleau-Ponty, 1942).

- si le fantôme relève du schéma corporel, en un sens, réciproquement, le schéma corporel doit être fantomatique.

L'une des thèses essentielles défendues par Merleau-Ponty à cet égard est que le schéma corporel et même le schéma organique le plus fondamental, l'ensemble des fonctions et normes organiques, ne sauraient être conçus adéquatement comme un plan fixe et déterminant, une Idée absolue, une substance, un ensemble de lois rigides. Merleau-Ponty (1942) conçoit le schéma corporel et schéma organique sous le concept de structure, ce qui revient à mettre en valeur leur plasticité et leur précarité. Le schéma corporel ainsi que l'ensemble des normes vitales fluctuent et, comme le montre le phénomène du membre fantôme, ils peuvent traverser des phases d'évolutions au cours desquelles leur unité s'affaiblit, leur avenir est incertain.

Le schéma corporel intègre donc, dans une structure complexe, d'une part l'image du corps, d'autre part un système de puissances posturales et motrices de même qu'un ensemble des fonctions et normes vitales qui sont comme une sorte de schéma régulateur fondamental. Le corps se forme ainsi dans une dialectique entre corps fondamental labile et unité d'intégration fragile qui rend possible l'apparition d'un corps objectif identifiable dans un certain nombre de traits relativement stables. Mais des fantômes réapparaissent dès que l'unité se défait ou se distend. Lorsqu'un décalage apparaît plus nettement et obstinément entre diverses images du corps, les fantômes ressurgissent au sein même de l'existence du « normal » ; ainsi, par exemple, dit Schilder (1935), quand nous nous tenons dans un ascenseur qui s'arrête brusquement lors d'un mouvement de descente : les jambes deviennent plus lourdes, le reste du corps semble continuer à s'enfoncer, nous sentons deux pieds fantômes plus légers sous les pieds réels, le corps se raccourcit en même temps que semble se détacher de lui comme un avatar de lui-même qui continue à descendre. Nous pouvons emprunter un autre exemple à Merleau-Ponty : « pendant que je suis accablé par un deuil et tout à ma peine, déjà mes regards errent devant moi, s'intéressent sournoisement à quelque objet brillant, ils recommencent leur existence autonome » (1942, p. 100). Il y a alors comme un fantôme de mon corps, deux fantômes plus exactement : un premier moi-fantôme centré sur mon regard qui se tient en décalage par rapport à un deuxième moi-même, non moins fantomatique, qui est absorbé par sa peine.

De même le membre fantôme est lui-même le signe d'une tension entre le corps habituel et le corps actuel, entre la perception externe objective du pied par exemple (l'absence du pied) et la sensation proprioceptive de sa présence persistante. L'emploi du concept de fantôme est légitime selon nous dans toutes ces situations puisque des lignes de présentation qui habituellement collaborent à la venue à l'apparaître de ma main, mes jambes et plus généralement mon corps en général se dissocient, s'entravent mutuellement mais continuent à s'évoquer, se faire écho, de sorte que se constituent à la fois le même corps ou la même partie du corps et deux corps différents, chacun prenant la forme d'un fantôme, puisqu'évoquant irrésistiblement un autre soi-même qu'il est et n'est pas : chacun étant à la fois ici et là, maintenant et jadis ou à venir (Merleau-Ponty, 1942). Le fantôme est selon une expression chère à Merleau-Ponty partout et nulle part.

2.7.2.2. *Amputation et Algohallucinoses*

Il est très difficile actuellement de loger les algohallucinoses dans une catégorisation propre aux douleurs chroniques, car dans ses manifestations et ses descriptions, elles débordent et intègrent de manière vacillante le cadre des douleurs neuropathiques et celui des douleurs psychogènes. Les travaux sur la porte de contrôle et la mémoire douloureuses qui caractérise un mode de fonctionnement douloureux dans les algohallucinoses tels que décrits par les neurosciences, peuvent justifier que les algohallucinoses appartiennent aux douleurs neuropathiques. Ses descriptions renverraient à des manifestations liées aux dysfonctionnements neuropathiques. Par contre, les réactions de résistances aux traitements proposées et l'absence de lésion organique observé pouvant justifier l'existence de la douleur font des algohallucinoses des douleurs chroniques psychogènes, au même titre que les fibromyalgies par exemple ou l'hypocondrie.

2.8. L'amputé et le regard social

Toute amputation produit de la violence car elle crée une situation « extrême ». Cette violence, extérieure au patient, remet en cause ces capacités d'intégration psychique, son sentiment d'identité et d'appartenance. Des sentiments très forts émergent : fascination, horreur, pitié, culpabilité, peur. Ainsi l'amputation du membre inférieur s'apparente à une double peine avec d'une part, la blessure, la souffrance physique et morale, et d'autre part, le regard porté par la société, entre indifférence et mépris.

L'image de soi est profondément modifiée donc l'amour de soi peut l'être aussi. Le risque est de ne plus être un individu mais un « amputé ». Comme si l'atteinte l'emportait sur la personne. Ce regard que nous portons sur le handicap amplifie cette souffrance et peut provoquer des sentiments de culpabilité, des situations de repli sur soi, d'isolement, mais aussi une absence de prise de responsabilité ou de risque. Dans notre société, lorsqu'on parle d'une personne amputée, c'est le plus souvent en termes d'organisation matérielle de la vie (insertion sociale, appareillages, rééducations, emploi du temps). Ainsi, le besoin d'aide pour les actes quotidiens peut dénaturer les relations et les échanges avec l'entourage. La pitié peut remplacer l'amour, quand l'autre ne devient plus qu'un objet de soins.

La dépendance peut entraîner de la part de l'entourage une réelle infantilisation de la personne handicapée : on pense pour elle, on parle pour elle, on fait à sa place... Le manque de reconnaissance de soi dans une relation de dépendance physique et une image de soi dégradée peuvent donc amener les personnes handicapées à une perte d'identité, mais aussi au rejet des autres, ou à l'expression d'un découragement de ne pouvoir faire ou réaliser leurs projets. En effet, toute personne a besoin de se projeter dans l'avenir, de réaliser quelque chose, or vivre avec un handicap nécessite des efforts constants pour se déplacer, et agir... Tout projet envisagé par une personne amputée se heurte à une multitude d'obstacles financiers, matériels et humains supplémentaires et demande pour aboutir plus de volonté, de dépassement. L'identité et l'image de soi se construisent alors dans ce dépassement de soi.

Le regard que nous porte la société nous définit car il nous situe vis à vis de la norme. Ainsi, toutes les personnes atteintes dans leur intégrité physique disent souffrir davantage du regard posé sur eux que de leur propre image. Le handicap révèle au sujet une différence qui, malgré l'évolution des mentalités peut engendrer l'exclusion. Ainsi les personnes présentant une déformation ou une impossibilité physique vivent depuis de nombreuses années dans l'ombre de la vie. Nous sommes dans une société où le mot « *handicapé* » fait honte aux uns et peur aux autres. En effet, des réactions d'angoisse et de gêne à la vue du handicap sont les plus courantes. De cette première impression troublante naît un sentiment de culpabilité. Il n'y a dans cette forme de refoulement rien de malsain ; il traduit juste notre fonctionnement psychologique, c'est-à-dire à rechercher l'identique et le semblable, et à fuir la différence.

Cependant il faut admettre que la société a évolué dans sa capacité à accepter ce qui est perçu comme différent. Cette évolution dans le rapport à l'autre permet de dépasser le simple stade du rejet le plus absolu, si bien qu'aujourd'hui la principale difficulté lorsqu'on l'on se

trouve confronté à une personne handicapée, se situe pour la plupart dans le « *comment se comporter* ». Ainsi les amputés se définissent de manière récurrente comme des personnes à la fois normales mais différentes. La personne amputée est confrontée tous les jours à sa différence, à sa réalité et ce à cause du regard de la société.

CHAPITRE 3 : CORPORÉÏTE ET ASPECTS PSYCHIQUES IMPLIQUÉS DANS LE VÉCU DE L'AMPUTÉ

Dans ce chapitre, s'agira d'aborder la question du corps, en s'appuyant sur l'argumentaire de la métapsychologie, de la philosophie phénoménologique et de la neurologie afin de rendre possible, la compréhension du corps dans la réalité douloureuse des algohallucinoses. Une attention spécifique sera accordée à certains auteurs qui se sont attachés à la problématique du corps dans l'anthropologie africaine.

3.1. CORPS, CORPORÉÏTE, CORPOREL : DÉFINITION

Le corps est la marque de la matérialité, c'est ce qui rend visible l'homme et le situe dans le monde visible. Il est aussi le signe de son inscription dans le temps, soumis à la physis (ce qui croît et décroît), il vieillit, subit la maladie, la faim, la soif... Le corps, c'est ce qui peut se toucher, ce qui subit des effets de l'extérieur, ce qui est donc matériel. Par opposition au corps humain, le corps des dieux est imaginé comme un corps impérissable, soustrait au temps, d'où leur capacité à se transformer et à apparaître sous des apparences multiples aux hommes. L'identité du corps est loin d'être évidente malgré le caractère en apparence massif de sa présence qui s'impose aux sens. Se voit et se sent des corps parce qu'ils s'imposent à la sensibilité, mais lorsqu'il s'agit de définir ce qu'est un corps, nous nous acheminons vers une conception du corps comme structure, comme principe d'organisation, surtout lorsque l'on traite des corps vivants (Demangeat, 1997). Si pour Demangeat la simple évocation du corps renvoi au corps de l'homme, Merleau-Ponty pense que le corps est révélé au sens par l'action. C'est en touchant, en voyant, en parlant, en jouant, bref c'est dans l'interaction du corps avec les objets du monde que le sujet perçoit son corps. Non pas à ce moment comme une simple matérialité, mais comme un corps qui agit et qui perçoit ses actes par la matérialité de son corps. Pour lui, le corps est ceux par quoi il y'a les objets, il est ce qui ouvre vers le monde et ce qui permet d'explorer le monde. Pour lui, être corps signifie être noué à un certain monde, un monde d'action et de sens.

Emprunt au latin médiéval. Corporeitas, lui-même dérivé du latin classique corporeus « qui appartient au corps » et « qui a un corps », emprunt au latin chrétien corporalitas, attesté à

partir du 3e siècle « nature corporelle, matérialité » Caractère de ce qui est corporel, de ce qui a un corps humain, de ce qui est un corps matériel.

Le mot corporéité, insiste sur le caractère propre de la constitution corporelle de l'homme ; la notion de corporéité, à la différence de celle de corps, veut expressément nous faire dépasser la discussion classique de la notion, inséparable de la problématique du rapport du corps et de l'âme, et mettre en valeur le caractère du corps phénoménique.

La corporéité peut être définie comme un : « *ensemble des traits concrets du corps comme être social* ». (Berthelot, 1983, p.7) Une société définit un espace de corporéité (nombre de possibles corporels) et une corporéité modale (ensemble de traits valorisés). L'espace de corporéité produit le corps-outil, la corporéité modale le corps-signe. Entre les deux s'installent le corps ludique, érotique (réappropriation personnelle du corps).

Au lieu de penser le corps comme une totalité morphologique, organisée et signifiante, donc une unité hiérarchique de formes et de signes, la corporéité doit être pensée comme modulation temporelle de micro différences. En d'autres mots, la corporéité, comme projet d'action, renvoie à un système de relations perception-mouvement. Telles relations se structurent, au niveau physiologique, sur trois niveaux d'interrelations entre les sens « *Un premier niveau intra sensoriel - il réside à l'intérieur de la sensation et renvoie à une double dimension qui relie simultanément, comme deux versants de la même manifestation : la composante active, et la composante passive du sentir; un inter sensoriel - niveau qui renvoie à l'activation et à la combinaison des sens entre eux; Et un troisième dénommé para-sensoriel qui concerne les relations entre l'acte de sentir et l'acte d'énonciation* ». (Bernard, 1980, Pp. 46-47) Grâce à cette tripartition, les sens ne se limitent pas seulement à enregistrer le réel, mais ils participent activement à sa construction par une série d'indications captées et réélaborées du monde extérieur. Ainsi, « *la corporéité, contrairement au corps, cesse d'être un organisme symbolique désignant le fonctionnement pragmatique du système sensoriel servant de base sur laquelle composer l'action* ». (Bernard, 1980, p. 48)

Au début du XXème siècle, le corps, comme objet d'étude épistémologique, est abordé, fondamentalement, par trois approches théoriques qui ne parviennent pas à donner une représentation du corps unitaire. Ce sont les neurosciences, centrées sur l'étude du cerveau et héritières du dualisme cartésien, la philosophie par son approche de la phénoménologie du corps et enfin la psychanalyse avec la représentation de l'image du corps. Cette dernière naît des travaux de Freud et prend forme avec l'évolution de la psychanalyse.

3.2. LE CORPS DANS LA MÉTAPSYCHOLOGIE

Dès les premières élaborations de Freud puis de Lacan le corps est là, et il est d'autant plus présent qu'il est pluriel. C'est un corps jouissant, un corps désirant, un corps pulsionnel, mais pas seulement, c'est un corps qui est souffrant, qui est angoissé. Il est aussi un corps qui a une image, une représentation, et il a aussi un statut social, avec des devoirs et des droits. Pour Lacan il y a principalement ce ternaire Réel, Symbolique et Imaginaire qui est éminemment présent dans ses écrits. Nous allons l'employer pour le corps et parler ainsi d'un corps réel, d'un corps symbolique et d'un corps imaginaire.

La clinique psychanalytique a conduit la plupart des auteurs à une conception déficitaire du fonctionnement psychique, avec l'hypothèse d'un deuxième corps, le corps érotique, qui se forme à partir du corps biologique. Il serait question pour nous de présenter une métapsychologie du corps articulée à la théorie de la sexualité, et de rendre compte de ses différentes configurations en fonction de la perte et de la douleur.

3.2.1. Le corps : source pulsionnelle et corps érogène

L'émergence du corps érotique se fait en deux temps, sous couvert de la processualité parentale, la libidogenèse et l'investissement sexuel d'organe fondent le Moi-corps du narcissisme primaire. En résulte un mode d'inscription spécifique, celui des éprouvés sensuels d'une mémoire des éprouvés permettant de générer une théorie de l'angoisse elle-même en deux temps. L'advenue du second temps exige une éducation du sexuel d'organe ainsi que la construction de la voie régrédiente sensuelle reliée au langage. Cette régression sensuelle permet la mutation du sexuel d'organe en érogénité d'organe et crée les frayages des futurs préliminaires. Ce qui rappelle que là où il y a du soma doit advenir du corps.

L'un des objets précis de la métapsychologie classiquement identifiée à ce qui est situé entre psyché et soma, est la source pulsionnelle. Celle-ci se présente à nous par les variations quantitatives de nos ressentis de vitalité et par celles, qualitatives, de nos éprouvés sensuels, donc par son inscription en la matière somatique. Cette inscription pulsionnelle fonde le corps et la sensualité corporelle. La notion de corps trouve ainsi une intériorité et une origine psychique. Du point de vue psychanalytique, le corps est un produit de la psyché, différent du soma. Il renvoie au terme commun de chair entre psyché et soma, le corps, la source pulsionnelle et le corps érogène.

Notre réflexion se trouve orientée vers les deux notions élémentaires, que sont libidogenèse et l'inscription de la libido dans le soma sous la forme du corps. Ces deux notions fondent le corps libidinal, le corps érogène.

3.2.1.1. La notion de pulsion

Le terme pulsion est la traduction, par les premiers psychanalystes français, du mot allemand *Trieb*. Alors que le terme allemand, très courant, préexiste à Freud et désigne « *un moteur du comportement humain, en tant que tendance ou penchant* » (Scarfone, 2004), le mot pulsion, en français, est la réintroduction d'un terme ancien, tombé en désuétude, mais qui avait le mérite de bien rendre compte du lien entre le mot *Trieb* et le verbe dont il dérive : *treiben*. Celui-ci signifie pousser, conduire, actionner, se livrer à, mais aussi, dans sa forme intransitive, « aller à la dérive » ou pousser au sens végétal. Il est important de constater qu'en allemand le terme a un emploi qui ne recouvre que très partiellement celui de « *Instinkt* », instinct. Le lien du terme *Trieb* avec la sexualité préexiste aussi aux travaux de Freud.

C'est dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité* que Freud (1915) introduit la notion de pulsion dans sa dimension psychanalytique. La façon dont la sexualité et ses troubles sont envisagés par la médecine à la fin du XIXe siècle est fondée sur l'idée d'une indépendance entre psychisme et sexualité et sur l'idée que les comportements sexuels sont innés et gouvernés par l'instinct ; de ce fait les « aberrations sexuelles » sont des déviations de l'instinct liées à la « dégénérescence », explication universelle de l'époque à toute pathologie psychiatrique. La façon dont Freud relie le sexuel à l'ensemble du fonctionnement du psychisme, à travers la notion de pulsion précisément, inverse complètement la perspective. À la base des perversions il y a quelque chose que tous les hommes ont en partage, « *les racines innées de la pulsion sexuelle* » (Freud, 1915) que « *les influences de l'existence* » feront varier dans leur forme et dans leur intensité. Il en résulte, par exemple, que l'homosexualité n'est pas le fait d'une anomalie constitutionnelle, fruit de la « dégénérescence », mais d'un choix d'objet amoureux, apparu au cours de l'histoire individuelle de chacun : les sujets réputés homosexuels ne sont pas d'une nature différente de celle des autres.

Il est important de souligner d'emblée que la notion de pulsion occupe une place centrale dans la conception que Freud se fait de l'édifice psychique. Les différentes pulsions ne visent pas seulement à décrire des conduites ou des comportements ; le concept de pulsion dépasse largement le registre phénoménologique et désigne une sorte d'unité constituée, partie élémentaire du fonctionnement du psychisme, module ou cheville ouvrière de l'activité de

l'esprit. La pulsion constitue l'articulation même entre le fonctionnement corporel et les événements de l'esprit.

La façon dont Freud situe la pulsion en 1915 la différencie clairement de l'idée d'instinct et lui donne sans ambiguïté sa place dans la métapsychologie : « *La pulsion est donc un des concepts de la démarcation entre le psychique et le somatique. L'hypothèse la plus simple et la plus commode sur la nature des pulsions serait qu'elles ne possèdent aucune qualité par elles-mêmes, mais qu'elles ne doivent être considérées que comme mesure du travail demandé à la vie psychique.* » (Freud, 1915.)

Cette dernière formule de Freud, « la mesure du travail demandé à la vie psychique » nous incite à considérer la pulsion non seulement comme le fait du moi mais comme constitutive du moi, comme ce qui constitue le psychisme même à partir de l'investissement des expériences somatiques. Insistons aussi sur le lien établi par Freud entre la notion de pulsion et celle de représentation à travers la notion de représentant-représentation, et le lien qu'il établit entre la représentation et l'expérience de la satisfaction.

3.2.1.2. *Le représentant psychique de la pulsion.*

La question du corps en métapsychologie est fortement liée à la notion de pulsion, Freud l'a justifié en soulignant que la pulsion est « *comme un concept-frontière entre animique et somatique, comme représentant psychique des stimuli issus de l'intérieur du corps et parvenant à l'âme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposé à l'animique par suite de sa corrélation avec le corporel* » (1905, p. 169). Il convient de revenir sur ce concept de pulsion pour comprendre celui du corps.

La pulsion est un représentant psychique de ce qui vient de l'intérieur du corps. L'étude des sources pulsionnelles, écrit Freud, n'appartient plus à la psychologie ; « *bien que sa provenance à partir de la source somatique soit ce qui est purement et simplement décisif pour la pulsion, celle-ci ne nous est pas connue dans la vie d'âme autrement que par ses buts.* » (Op.cit, p. 170). De la pulsion, il en ressort que cette origine somatique (la source) appartient à un corps bien spécifique, c'est le corps anatomo-physiologique. Freud (1923) insiste là-dessus en rappelant que le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface. Le corps propre (la surface de celui-ci) est un lieu d'où peuvent partir en même temps des perceptions internes et externes. Ce corps est vu comme un autre objet, mais produit au toucher deux sortes de sensations, dont l'une peut équivaloir à

une perception interne. La référence à la douleur nous présente clairement ce rôle, car la façon dont on acquiert à l'occasion des sensations douloureuses une nouvelle connaissance de ses organes est peut-être prototype de la façon dont on arrive d'une manière générale à la représentation de son corps propre. Le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source à la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, il représente la surface de l'appareil mental. La projection ici prise comme le processus qui donne naissance à la représentation imaginée, comme une projection sur un écran.

Il est nécessaire pour nous de montrer que la méfiance de Freud à l'égard du corps est indissociable d'un privilège massif accordé à la représentation sur l'affect. L'affect, qui caractérise justement la façon dont le corps se dérobe à l'expérience vécue sur le mode affectif, pour laisser place au vide, à l'anhédonie. Dans ce travail, s'appuyant sur la clinique psychosomatique, la pensée opératoire témoigne l'impossibilité fondamentale d'éprouver et de reconnaître les affects.

En liant la notion de pulsion à celle de représentation, apparaît le terme de « *représentant psychique de la pulsion* » qui sert alors de cadre général aux distinctions entre les différentes facettes du jeu représentatif, représentation de chose, représentation de mot et affect. La notion de représentant psychique de la pulsion, est définie par Freud à partir de celle du refoulement. C'est une représentation ou un groupe de représentations investies d'un quantum déterminé d'énergie psychique (libido, intérêt). Dit-il :

L'observation clinique nous oblige maintenant à décomposer ce que nous avons toujours conçu jusqu'alors comme un tout; elle nous montre, en effet, qu'il faut considérer, à côté de la représentation, quelque chose d'autre qui représente la pulsion et que ce quelque chose d'autre subit un destin de refoulement qui peut être tout à fait différent de celui de la représentation. Pour désigner cet autre élément du représentant psychique, le nom de quantum d'affect est admis; il correspond à la pulsion, en tant qu'elle est détachée de la représentation et trouve une expression conforme à sa quantité dans des processus ressentis sous forme d'affects. (Freud, 1915, pp. 54-55)

Le refoulement ne s'opère que si le représentant psychique de la pulsion peut se scinder en deux éléments qui sont, d'une part, une représentation et, d'autre part, un affect. Inversement, il est possible de déduire que le représentant psychique de la pulsion dont le degré d'élaboration ne permettrait pas cette décomposition n'offrirait pas de prise au refoulement. Alors, l'affect ne se différencie plus de la représentation, le jeu des processus primaire et secondaire se disloque.

L'opposition structurale entre primaire et secondaire suppose une élaboration suffisante du représentant psychique de la pulsion permettant sa décomposition entre représentation et affect.

Green reprend les différents concepts freudiens qui font référence à un état en deçà de la distinction entre affect et représentation. Il propose une articulation entre les notions de "motion pulsionnelle" et de "représentant psychique de la pulsion" avec les affects et les représentants-représentations. « *Le représentant-représentation est la représentation d'objet investie par la part du représentant pulsionnel psychique venu du corps, sollicitant ce qui est extérieur à lui-même afin qu'un changement survienne, dans le psychisme tout au moins, tandis que l'affect est la poursuite dynamique de ce qui, parti du corps, y fait retour, en étant porteur de manière immédiate des attentes, des espérances et des craintes de la rencontre souhaitée avec l'objet* » (Green, 1973, p. 221).

La différenciation entre affect et représentation s'établit à partir d'une première élaboration psychique qui naît de la rencontre entre les excitations venues du corps et la mémoire du contact avec des objets. Les représentants psychiques de la pulsion et des motions pulsionnelles représentent un en-deçà de la représentation de chose. Un autre élément est présent dans la théorisation freudienne du processus représentatif, il concerne les matériaux à la base du travail représentatif. Cette matière première psychique souligne que la représentation n'est pas uniquement un processus de présentation seconde, de re-présentation, mais aussi un processus de transformation d'une matière première en des produits que l'on peut qualifier de plus raffinés.

3.2.1.3. *La notion de subversion libidinale du corps ou zones érogènes*

Pour tenter de comprendre la vulnérabilité des patients aux décompensations graves du corps comme les somatisations douloureuses, les dépressions et les crises évolutives et leurs rapports avec l'affectivité, il nous faut revenir à la généalogie du corps érogène, c'est-à-dire à la subversion libidinale.

La notion de subversion libidinale désigne un processus conduisant à la formation du corps érogène. Il ne s'agit pas d'un processus naturel. Il résulte de la relation spécifique de l'enfant à l'adulte autour des soins du corps. Mais la façon dont l'adulte accompagne les sollicitations de l'enfant à jouer avec le corps dépend de la capacité de l'adulte lui-même à jouer. Ces jeux suscitent chez ce dernier des réactions variées qui sont étroitement liées à ses

propres fantasmes et à la liberté ou l'aisance dont il dispose avec son propre corps en fonction de son organisation psychique à lui.

C'est à partir des désordres graves de la vie érotique qu'il est possible de proposer une reconstruction théorique de l'ordre érotique. L'organisation du corps érotique passe par une opération décrite par Freud sous le nom d'étayage de la pulsion. Cette opération, fondatrice de la sexualité psychique, consiste en un processus subtil où l'enfant s'efforce de montrer à ses parents que sa bouche, par exemple, ne lui sert pas uniquement d'organe voué à la fonction de nutrition. Sa bouche lui sert aussi à sucer, à embrasser, à mordre, et plus, ce n'est pas uniquement parce qu'il a faim, mais aussi parfois pour son plaisir. Cette subversion n'est pas mécanique, elle se gagne par un effort volontaire (fût-il jouissif) contre l'instinctuel et la vie organique.

On voit que l'étayage opère comme une subversion. La bouche, en servant de pivot à la subversion, est également reconnue comme zone érogène. Certes, c'est un organe qui est ici convoqué et non une fonction. Il faut cependant bien saisir que, pour se libérer peu ou prou de la dictature d'une fonction physiologique, l'organe est un intermédiaire nécessaire : la subversion de la fonction par la pulsion passe par l'organe.

Freud a décrit les stades successifs de l'édification sexuelle où tour à tour, différentes parties du corps vont s'offrir à l'épreuve de l'effort sensible et servir de zones érogènes. Ces zones vont être arrachées progressivement à leurs maîtres naturels et primitifs qui sont les fonctions physiologiques, pour être peu à peu subverties au profit de la construction de ce que l'on appelle le corps subjectif ou corps érotique. Grâce à cette édification de la sexualité psychique et du corps érotique, le sujet parvient à s'affranchir partiellement de ses fonctions physiologiques, de ses instincts, de ses comportements automatiques et réflexes, voire de ses rythmes biologiques. C'est ainsi que la sexualité humaine parvient à se jouer, dans une certaine mesure, des rythmes endocrino-métaboliques. Encore convient-il ici de préciser que la conquête subversive du corps physiologique par le corps érotique a toujours un caractère inachevé, et qu'en plus des inévitables « accidents » survenant au cours de ce développement, le corps érotique est toujours à reconquérir. Sauf cas exceptionnels, la sexualité psychique et l'économie érotique sont souvent menacées de se « désétayer » et d'engendrer un mouvement contre-évolutif, qui est au départ de ces décompensations graves, celles qui nous obligent à réfléchir sur le corps dans ce travail de thèse.

L'édification du corps érotique est vraisemblablement une potentialité inscrite dans le patrimoine génétique humain. Le développement du corps érotique serait le résultat d'un dialogue autour du corps et de ses fonctions qui prend appui sur les soins corporels prodigués par l'adulte et dont les étapes principales se jouent dans les premières années de vie.

3.2.2. La notion d'image du corps

La notion d'image du corps est complexe, et sa définition peut varier d'un auteur à l'autre en fonction de ses influences théoriques. Selon Nasio (2008), le corps qui intéresse la psychanalyse n'est pas notre organisme, corps ausculté et soigné par la médecine, mais ce corps tel que nous l'aimons ou le rejetons, tel qu'il est inscrit dans notre histoire et tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés.

Schilder en 1935 expose pour la première fois une théorie de l'image du corps, qui s'appuie sur les connaissances en neurologie. Il emploie le terme d'image du corps, qu'il assimile à celui de schéma corporel et définit le schéma corporel comme cette image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Celle-ci selon lui pouvant aussi s'appeler « image du corps », « *terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que la sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination* » (Pireyre, 2015, p. 32).

Schilder apparente également l'image du corps à un « modèle postural du corps », en constante transformation et en continuelle élaboration à partir des changements de position du corps dans l'espace et des perceptions sensorielles. Il intègre à sa conception de l'image du corps le rôle important de la libido, qu'il considère comme une « énergie ». Il estime que l'image du corps, au sens de l'équipement sensoriel, est investie, au cours du développement normal, par la libido. D'abord investie en totalité dans le corps, cette dernière peut ensuite se fixer sur des zones corporelles précises, et plus précisément les orifices car ils sont d'importants générateurs de sensations. Il parle également de l'implication du facteur social dans l'image du corps pour montrer que même si celle-ci résulte de l'histoire personnelle du sujet, elle reste modelée par l'appartenance groupale. L'image du corps se construit donc pour Schilder dans la relation à l'autre et à travers l'interaction.

3.2.2.1. *L'image du corps selon Dolto (1984)*

En continuité des autres (Schilder), Dolto va elle aussi proposer une théorisation de l'image du corps, mais elle va la distinguer clairement du schéma corporel.

Dolto définit le schéma corporel comme étant « *une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique* » (1984). Elle ajoute que les expériences que nous faisons de notre réalité « *dépendent de l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques viscérales, circulatoires (cénesthésies)* ». En principe « le même pour tous les individus », il est « l'abstraction d'un vécu dans les trois dimensions de la réalité », et « se structure par l'apprentissage et l'expérience ». Evolutif dans le temps et dans l'espace, le schéma corporel se référerait donc au « corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate ».

Contrairement au schéma corporel qui est le même pour tous les individus, l'image du corps, elle, est propre à chacun, car elle serait liée au sujet et à son histoire. Elle précise que l'image du corps n'est pas une donnée anatomique naturelle comme peut l'être le schéma corporel, elle serait la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. De ce fait, l'image du corps s'éloignerait d'une dimension purement anatomique, et pourrait être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. L'image du corps est la mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle. Elle serait donc actualisée dans la relation, par l'expression langagière, les mimiques et gestes, ainsi que dans les productions libres (modelage, dessin...). Enfin, selon elle, l'image du corps et le schéma corporel s'articulent en permanence c'est grâce à notre image du corps portée par, et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.

Dolto (1984) va détailler trois modalités au sein de l'image du corps, l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. Lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution. Elle ajoute que ces trois composantes de l'image du corps sont maintenues cohésives par « l'image dynamique ».

L'image de base est ce qui permet au sujet de se ressentir comme une « *mêmeté d'être* », c'est-à-dire de se sentir exister de façon continue, dans une continuité narcissique ou spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance, malgré les mutations de sa vie, les

déplacements de son corps et les épreuves qu'il subit. Cette image de base serait constitutive du « *narcissisme primordial* », qui anime le désir de vivre du sujet et est préexistant à sa conception à travers le désir de ses géniteurs.

L'image fonctionnelle est, quant à elle, une « *image sthénique* » d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir, c'est-à-dire une image dynamique qui vise l'action pour satisfaire le désir. Ce phénomène correspond à un manque localisé dans le schéma corporel en un lieu érogène qui provoque le désir. Le sujet recherche alors de manière active la satisfaction de ses besoins et désirs dans la relation au monde et à autrui.

Enfin, l'image érogène est associée à l'image fonctionnelle du corps, dans le lieu où se focalisent plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Elle sert à ouvrir la voie d'un plaisir partagé, humanisant en ce qu'il a valeur symbolique, qui peut être exprimé par des mimiques, des actes ou des mots (les siens mais également ceux d'autrui).

L'image du corps est donc, pour Dolto (1984), « *la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images, reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans l'image dynamique* ». Cette image dynamique correspond au «désir d'être » et de « persévérer dans un advenir ». Elle présente l'Image du corps comme une donnée qui se construit et se remanie tout au long du développement de l'enfant. Au contact de l'environnement, l'enfant va devoir renoncer aux modes de satisfaction, désormais inadaptés, de ses désirs. En renonçant à la satisfaction pulsionnelle de ses désirs, il va pouvoir accéder aux représentations symboliques et à la socialisation.

L'image du corps se développe, selon la théorie de Dolto avant l'âge de trois ans, et l'accès au stade du miroir amorce son refoulement. L'enfant, reconnaissant sa mère dans le miroir, se reconnaît alors comme autre séparé d'elle. Il constate également qu'il est semblable aux autres humains. Il réalise alors avec amertume que le reflet que le miroir lui renvoie n'est pas lui, et qu'il existe un écart important entre l'irréalité de son image et la réalité de sa personne. Cette désillusion peut être perçue comme un véritable traumatisme dans le psychisme infantile, car le paraître peut se mettre à valoir, parfois à prévaloir sur le ressenti de l'être. L'image du corps serait alors totalement refoulée par l'image spéculaire, et deviendrait ainsi inconsciente. Ce que rappelle Nasio (2008) pour qui, nous sommes aveugles à la réalité objective de notre corps, car chacun de nous se fait toujours une image exagérée de son corps, soit par excès, soit par défaut ou encore une idée fautive des ressentis internes.

3.2.2.2. *Le réel du corps et la construction du corps imaginaire selon Lacan (1949)*

Lacan (1949) est l'un des auteurs de la psychanalyse qui a permis de comprendre à travers le « stade du miroir », la place de l'image spéculaire du corps et de l'autre dans l'aboutissement du triptyque Corporel du Réel, de l'Imaginaire et du Symbolique.

En effet, selon Lacan (1949), c'est à travers le miroir, l'autre (soi) que le sujet réussit à prendre conscience de son corps comme unifié. La présence de l'autre dans l'approbation de ce corps marque la reconnaissance officielle d'un « Soi corporel », et concomitamment de la prise en compte de la différence de ce Soi, par opposition au Soi de l'autre dont il aperçoit également le reflet. L'objet ayant permis la reconnaissance du corps réel est également celui qui permet la différenciation.

Pour Lacan (1949), il n'y a pas de corps pour un sujet avant que l'image spéculaire ne lui ait conféré une unité, ni n'ait donné une consistance imaginaire à l'expérience proprioceptive de son organisme, toujours démembrée. Par ailleurs, il n'y a pas d'image unitaire possible du monde avant que le corps ne se soit constitué comme unité, à partir d'une expérience toujours ancrée dans le registre symbolique, comme expérience de langage. Ce qui montre la place de l'image spéculaire et de l'image unitaire du corps dans la compréhension du Réel, de l'Imaginaire et du Symbolique, dans la construction du corps.

Lorsque Lacan (1949) parle de corps imaginaire, il ne s'agit pas seulement de l'image spéculaire du corps, de sa représentation imaginaire en tant que Gestalt, en tant qu'image perçue dans laquelle se fondent les phénomènes liés à l'identification dite homéomorphe, faite de symétries et d'inversions. Il s'agit pour lui de l'expérience d'avoir un corps comme unité où se loge une satisfaction pulsionnelle, une expérience de jouissance. C'est à travers l'expérience du « stade du miroir » que Lacan (Op.Cit) distingue cette expérience des formes imaginaires d'identifications. Il ressort l'expérience du miroir comme première forme qui situe une expérience de jouissance dans le corps. L'enfant manifeste alors la joie de vivre cette image spéculaire comme le prolongement de son être dans l'impuissance motrice. Le corps imaginaire vient ainsi nommer cet instant inaugural de l'injection de jouissance dans le corps. Dans cette expérience, l'expression de la jouissance qui touche au réel du corps est le signifiant. Ce signifiant qui fait entrer les représentations du symbolique comme substance jouissante, dans l'imaginaire de l'unité corporelle.

Le corps de l'image devient ainsi un corps parlant. Ce qui rend humain un corps est en effet qu'il soit un corps parlant. Le terme « parlant » n'étant pas ici un adjectif qui viendrait compléter un substantif défini qui ajouter l'acte de parler. Il ne s'agit pas du fait qu'il existe un être a priori, auquel on ajouterait la propriété de parler. Il s'agit du fait que cet être, n'est être que dans la mesure où il parle. De la même manière, nous devons aussi remarquer que cet être ne parvient à avoir un corps que dans la mesure où il parle, dans la mesure où il est parlant ou parlé.

Dans une analyse progressive du réel du corps, de l'imaginaire corporel et du symbolique, permettant de saisir les éléments de compréhension du corps dans sa représentation, il importe de marquer un arrêt pour saisir le sens dont parlait Merleau-Ponty à travers les objets de communication que la société (l'autre), support de construction de l'image spéculaire du corps. Le regard de l'autre, témoins et acteur de la différenciation, ne sont plus projetée par l'objet miroir, mais par le regard de la société.

Selon Lacan (1949), l'enfant face à l'épreuve du miroir, accède la reconnaissance de l'unité corporelle et à la différenciation grâce au regard de l'autre « la mère » qui confirme et est témoins de la jouissance que cette image spéculaire procure à l'enfant. Le regard de l'autre, dans la construction de ce corps imaginaire est à la fois un regard appréciateur, régulateur et castrateur. Ce regard permet aussi au sujet (enfant) de saisir les limites et les contours de son corps et d'accéder à une différenciation de corps par laquelle, il se reconnaît comme soi corporel différent du soi corporel maternel.

Cette épreuve semble de plus en plus être présente en situation d'amputation, de modification sur le réel du corps. Le nouveau corps devient vite incorporé par le regard inquisiteur que la société braque sur la partie différente, sur la partie du corps qui a disparu avec l'amputation. L'amputé, n'ayant incorporé que les contours de son corps et ses limites, ne peut accéder à une différenciation que par l'épreuve du regard social. Aussi, la gestalt de son corps prend forme dans la réactualisation de son imaginaire corporel à travers le prolongement de son corps absent transposer par absence du réel du corps vers les substituts (béquilles, fauteuils roulants ...). Ces substituts qui son incarnés par les supports physiques, objets de rencontre entre le réel du corps et imaginaire du corps, deviennent l'objet de construction de l'unité corporelle et de saisie de l'image spéculaire du corps. Il serait justifié que les amputés continuent à rechercher le prolongement de leurs corps imaginaires dans celui dont la jouissance spéculaire a permis d'identifier comme image du corps.

Nous faisons parler tous les jours les corps à travers nos pratiques sociales, nos us et coutumes. Par la recherche de la perfection grâce à la chirurgie esthétique, au bodybuilding, aux régimes, aux tentations du « jeunisme », nous célébrons la jubilation de cet imaginaire du corps dont le reflet est donné à travers le regard social, et dont le langage symbolique tend à effacer le réel du corps. La langue parlée ici est celle de la beauté, de la jeunesse, de la perfection. Sous une forme inconscient collectif, l'image du corps soulève de nos jours le problème du post-humanisme (mouvement considérant « l'augmentation humaine » dans toutes les possibilités à travers la cybernétique, la génétique, l'informatique...etc).

La recherche de la perfection esthétique sur le corps dans la but d'atteindre l'image idéale, semble aller dans tous les sens. On retrouve à travers ces pratiques une volonté d'effacement du corps réel au profit d'un corps idéalisé, avec le risque toujours présent d'un retour de ce corps qui, comme le refoulé, revient toujours de manière éruptive et non maîtrisé, montrant qu'il est impossible d'y échapper. A travers le regard social, le corps idéalisé tend à effacer le corps réel, car viser le corps parfait que diffuse le social soulève également le problème du post-humanisme visant à modifier ou rendre le corps plus performant ou plus esthétique. La chirurgie plastique et esthétique sont devenues des pratiques socialement valorisées qui propose des interventions, des implants et autres infiltrations pour modifier de manière provisoire (liftings, liposuccions, traitements antirides) ou définitive (chirurgie des seins, rhinoplastie, changement de sexe, etc.) l'image de son corps. L'entretien du corps exige l'utilisation des produits naturels ou artificiels (jusqu'au dopage) pour transformer la masse musculaire et améliorer les performances. Il faut parler aussi du développement de nouvelles techniques médicales qui ont sans doute modifié notre représentation du corps (procédé endoscopique, prothèse, puces électroniques, greffe...). Toutes ces réalisations ne dévoilent que le résultat final, la perfection d'un corps esthétique qui donne office de réel du corps et qui construira non pas seulement l'imaginaire corporelle, mais un imaginaire qui se juxtapose sous un réel du corps à expérimenter par le regard, l'appréciation sociale.

De fait, il faut examiner les conséquences cliniques et logiques de ce point pour saisir l'étrangeté du réel du corps parlant, ce mystère que Lacan assimile au mystère de l'inconscient. C'est qu'en réalité personne ne sait au juste ce qui fait du corps humain un corps parlant. Le corps parlant nous apparaît dans l'amputation comme un corps parlé, entre le mystère de l'inconscient et l'évidence du corps de l'image, dans toute la diversité de la clinique actuelle.

3.2.3. Corps psychique et le Moi-corps psychosomatique

Deux modes de rapports psyché-soma sont les fruits de la démarche de Freudienne. Si le corps est d'abord vu cause d'un désir indestructible qui va et vient en une dialectique psychique à double sens de la nuit de l'inconscient au jour du devenir conscient, sa méthode de décomposition en processus élémentaires fera concevoir à Freud un Moi-corps psychosomatique comme sédimentation du chaos somatopsychique primordial du Ça sous influence de l'identification primaire à l'objet qui précède la sublimation de la pensée.

La conception théorique freudienne laisse supposer l'existence de deux pulsions fondamentales qui se cachent derrière les pulsions manifestes du Moi et de l'objet : la pulsion aspirant à une unification toujours plus vaste, l'Éros, et la pulsion de destruction qui conduit à la désintégration du vivant (Freud, 1938). Tout en maintenant en surface la trajectoire dialectique linéaire à double sens du désir de l'inconscient au conscient, Freud a divisé la pulsion libidinale en deux pulsions « organiques » de vie et de mort dans des profondeurs où il n'y a pas de limites entre somatique et psychique, puisque les processus soi-disant somatiques constituent le psychique qui ne se préoccupe pas tout d'abord de la qualité de conscience (Op.cit). Dans cette division pulsionnelle, il décomposera les profondeurs inconscientes de l'appareil psychique en deux conflits originaires où s'affrontent les deux forces pulsionnelles du ça auxquelles s'oppose l'impératif anti-pulsionnel du Surmoi.

Le premier conflit originaire entre les « pulsions organiques » antagonistes de vie et mort se jouera autour de l'automatisme de répétition. S'il avait perçu la répétition du désir dans le transfert comme un reste qui ne cesse de revendiquer satisfaction, s'il concevait le transfert négatif comme agression sadomasochiste dans le transfert, sa décomposition pulsionnelle lui fit entrevoir maintenant un « *automatisme de répétition « démoniaque », inscrit dans le soma comme douleur entropique des traumas précoces qui s'oppose à l'annulation de ce qui est advenu, plus originaire, plus élémentaire, plus pulsionnel* » (Freud, 1921, p.14) que le principe de plaisir qui porte un devenir de réalité psychique. Cependant, si cet automatisme de répétition impose sa loi au psychisme comme destin de mort de ceux qui semblent n'avoir d'autre dessein que de se détruire, vu sous l'angle du retour d'un réel traumatique d'un temps antérieur au langage dont témoignent certains rêves répétitifs, il prendra valeur de processus psychique primitif de mémoire. L'automatisme des pulsions organiques que révèle le traumatique précoce n'est jamais une fin en soi (Freud, 1921, 1938).

Le second conflit originnaire sera le conflit moral, conception de Freud qui vit dans un sentiment inconscient de culpabilité le fruit d'une hérédité archaïque du meurtre d'un père primitif par les fils pour la possession des femmes. Ce « mythe scientifique », équivalent du péché originel, prend donc valeur d'œdipe du Ça qui fait payer tout désir et tout plaisir pulsionnel au prix d'un châtement intérieur. Dès lors, si les forces pulsionnelles organiques du Ça ne peuvent que jouir ou détruire, une force morale primitive du Surmoi leur impose un obstacle atavique, trace d'un tragique au sein même du biologique.

La décomposition de Freud l'a donc conduit à mettre en résonance une complexité somatopsychique primordiale avec un tragique de traumatismes ancestral et antérieur au langage, constitutif de l'être humain au même titre que sa biologie. C'est sur ce fondement que va naître le Moi comme « *partie du Ça modifiée sous influence directe du monde extérieur* » (Freud, 1923). Cette influence extérieure sera celle de l'objet, qui jusque-là noyé dans la décharge originnaire de la « détresse biologique » des expulsions pulsionnelles du Ça, devient objet d'un plaisir plus fort que le débordement et la répétition traumatique mortelle, qui le pousse à abandonner la décharge pour incorporer psychiquement cet objet salvateur par une identification primordiale. Le Moi-corps sera le tombeau des pulsions organiques du Ça qui faisaient mal et l'incarnation de l'objet qui a fait du bien. Le complexe somatopsychique primordial du Ça est devenu réalité d'un Moi-corps psychosomatique où se sont incarnés, avec le premier lien à l'objet, un traumatique et un tragique humain lui aussi primordial.

L'évolution de ce Moi-corps psychosomatique aux processus de pensée fera appel à la sublimation qui détourne sur une activité de liaison et de représentations psychiques les interactions érotiques destructrices et douloureuses avec l'objet. Ce sera en ce point théorique que naîtra la représentation de mot qui par la pensée représente et relie les représentations de choses incorporées dans le Moi-corps comme investissements pulsionnels de l'objet (Freud, 1915). Dans cette configuration, le passage du Moi-corps au Moi de la pensée tient à la complémentarité identification-sublimation qui permet aux profondeurs psychosomatiques d'avoir accès aux images et aux mots. Comprendons alors la psychopathologie de la maladie psychosomatique où la sublimation de la pensée clivée de l'enracinement charnel de l'identification primaire fonctionne comme une coquille vide, vidée des investissements érotiques, destructeurs et douloureux qui, abandonnés à leur sort, se dénaturent et se déchargent dans le soma. Tout déni rationalisant de l'amour, de la haine ou de la douleur sera meurtrier pour le soma.

3.3. PHÉNOMÉNOLOGIE DU CORPS

La perception est ce par quoi le monde apparaît. Il faut donc analyser les structures et les sens de la perception pour retrouver le rapport à l'être. C'est une interrogation ontologique qui est à l'arrière-fond de l'analyse. Il ne s'agit pas de comprendre mécaniquement comment telle ou telle appréhension de tel ou tel objet particulier se produit, ce serait l'affaire d'une science qui étudierait les mécanismes physiologiques de la vision ou du toucher.

3.3.1. La perception du corps

La *perception* du corps a longtemps été abordé par Merleau-ponty et Husserl, pour qui, percevoir le corps induit le retour à l'essence des choses et à la compréhension de la manière par laquelle se construit le monde pour le sujet. Il s'agit de « *faire apparaître le monde tel qu'il est avant tout, c'est-à-dire, retour sur nous-mêmes, c'est l'ambition d'égaliser la réflexion à la vie irréfléchie de la conscience* ». (Merleau-Ponty, 1945, p. 9). La philosophie qui n'avait fait que chercher un principe logique constituant l'absolu se retourne avec Merleau-ponty vers la vie muette de la présence de l'être, vers le véritable « *fondamental* » qui n'est pas d'ordre logique mais d'ordre sensible.

3.3.1.1. *Le corps propre.*

Pour Merleau-Ponty (1945) comme pour Husserl (1953), notre corps est central. Si selon Husserl (Op.Cit), l'âme est le nœud du corps et du monde, et que le corps propre soit à la fois psychique et matériel, Merleau-Ponty (Op. Cit) va tenter d'approfondir cette réflexivité immédiate dans laquelle le corps propre m'est donné comme tel et approfondir sa corporéité.

Les travaux de Husserl (1953), montrent que le monde des sujets percevant est peuplé d'objets constitués. Ces objets doivent leurs constitutions aux interactions entre ces sujets et le monde. « *Constituer* » est l'opération par laquelle un sujet percevant donne à une configuration constante de son expérience vécue la valeur d'une entité réelle permanente localisée dans l'espace physique (Husserl, 1953). L'instrument de cette opération est le toucher en sa dualité, à la fois comme donnée sensorielle et comme activité volontaire du sujet percevant (touché-touchant). Un champ tactile partiel est corrélatif d'une kinesthèse instantanée. Les « *kinesthèses* » étant les vécus intérieurement éprouvés des différentes postures et des changements posturaux possibles des organes au sein du système kinesthésique complexe et complet d'un sujet percevant. Les kinesthèses tactiles sont des aspects du corps propre et toute

perception de chose extérieure renvoie rétroactivement au corps propre touchant. Le corps propre, (comme les autres choses), doit être activement constitué par le sujet percevant pour avoir la valeur d'une chose parmi les autres dans l'espace.

Merleau-Ponty (1945) va rechercher la corporéité du corps propre comme fond de toute l'expérience et faire de notre corps et du monde de parfaits réciproques. Il repart de la constatation que notre corps n'est pas un objet comme les autres. Mon corps est ce par quoi il y a des objets, il n'est pas explorable comme un objet. « *Il n'est ni tangible ni visible dans la mesure où il est ce qui voit et ce qui touche. Le corps n'est donc pas l'un quelconque des objets extérieurs qui offrirait cette particularité d'être toujours là. S'il est permanent, c'est d'une permanence absolue qui sert de fondement à la permanence relative des objets à éclipse, des véritables objets.* » (1945, p.112).

Pourtant cette expérience du corps est souvent disqualifiée par rapport à la connaissance objective, elle est vue comme seulement psychologique. Elle est pourtant ce qui permet la connaissance objective. « *Loin que mon corps ne soit pour moi qu'un fragment de l'espace, il n'y aurait pas pour moi d'espace si je n'avais pas de corps* » (Merleau-Ponty, 1945, p.112). Il n'y aurait pas non plus d'objets, car le sujet observe les objets extérieurs avec son corps, les manie, les inspecte, et en fait le tour, mais quant à son corps, il ne peut s'observer lui-même. Il ne peut donc opérer une synthèse de son corps. Il n'est donc pas un objet si l'objet est ce qui est posé en face du sujet par un acte constitutif de synthèse. Plus clairement : « *Le corps est notre moyen général d'avoir un monde.* » ou alors : « *Etre corps, c'est être noué à un certain monde.* » (Op.cit, p.113).

Nous avons une notion de notre corps, qui n'est donc pas une représentation ou une connaissance, et qui en précède toute expérience effective. Il faut approfondir cette réflexivité immédiate que le touché-touchant révèle. Ainsi, si nous reconnaissons notre corps dans le miroir c'est que nous avons déjà une notion de son identité. Un animal ne se reconnaît pas dans un miroir, pourtant, il se voit partiellement comme nous et se voit dans le miroir. Je n'ai donc pas besoin de faire la synthèse des parties pour avoir une notion de mon corps, il m'est présent par le schéma corporel. « *Mon corps tout entier n'est pas pour moi un assemblage d'organes juxtaposés dans l'espace. Je le tiens dans une possession indivisible et je connais la position de chacun de mes membres par un schéma corporel où ils sont tous enveloppés* » (Merleau-Ponty, 1945, p.117).

3.3.1.2. Le schéma corporel

Selon Merleau-Ponty, (1945) le schéma corporel n'est pas une connaissance intellectuelle de mon corps. Le corps a une activité synthétique qui apparaît dans le schéma corporel, il est représentation des postures de notre corps, de sa situation dans l'espace, du rapport entre ses différentes parties. C'est ce qui nous permet de faire des gestes sans réfléchir. C'est cette synthèse du corps qui permettra aussi de faire la synthèse des objets.

Merleau-Ponty analyse des cas de maladies mentales dans lesquelles ce schéma corporel est détruit et il montre l'indépendance de la saisie intellectuelle de mon corps dans la représentation et du schéma corporel. Dans certaines maladies, la dissociation est visible, par exemple, celle où le patient ne peut dire à la demande, où est son nez, ceci si on lui demande de le toucher mais il va par contre le toucher sans problème si un insecte le pique au nez. Ici, le schéma corporel est donné, non pas en termes de connaissance, mais en termes de prise.

Le schéma corporel est donc ce savoir que le corps a de lui-même dans ses gestes. Merleau-Ponty (1945) prend l'exemple de la dactylographie pour montrer comment le corps connaît où sont les lettres sur le clavier à partir du savoir qui est dans les mains. Le dactylographe a intégré le clavier à son espace corporel comme le pianiste a intégré celui de son piano. C'est ce schéma corporel qui est reconnu sans que nous ne fassions la synthèse de notre corps. Ce qui relie les éléments du corps pour le sujet n'est donc pas une synthèse de la conscience, c'est un certain style vécu auquel il s'identifie. C'est le schéma corporel qui fonde l'unité de mon corps et aussi l'unité de l'objet perçu.

Le schéma corporel peut varier suivant le rapport au monde du corps et suivant les possibilités de ce rapport au monde. « *Un mouvement est appris lorsque le corps l'a compris, c'est-à-dire lorsqu'il l'a incorporé à son monde et mouvoir son corps, c'est viser à travers lui les choses, c'est le laisser répondre à leur sollicitation qui s'exerce sur lui sans aucune représentation. La motricité n'est donc pas comme une servante de la conscience qui transporte le corps au point de l'espace que nous nous sommes d'abord représenté* » Merleau-Ponty (1945, p.123).

3.3.1.3. La motricité et le schéma corporel

La motricité c'est la vie du schéma corporel, le schéma corporel est donc le schéma d'une motricité, d'un rapport actif au monde. Il n'est pas simplement l'enregistrement passif de mes

possibilités actuelles. Il n'est pas de l'ordre d'un senti de mon corps, « *il ne faut donc pas dire que notre corps est dans l'espace, ni d'ailleurs qu'il est dans le temps. Il habite l'espace et le temps... Je suis à l'espace et au temps, mon corps s'applique à eux et les embrasse.* » Merleau-Ponty (1945, p.126)

Dans l'expérience du membre fantôme, on voit un décalage du schéma corporel sur l'expérience matérielle du corps. On voit dans cette expérience qu'il y a deux couches : le corps habituel et le corps actuel qui ne se confondent pas. Le corps actuel est mutilé mais le corps habituel est resté entier. Le schéma corporel a un certain retard sur le corps actuel. Le corps habituel « *est l'habitude primordiale, celle qui conditionne toutes les autres et par laquelle elles se comprennent.* » Merleau-Ponty (1945, p.126). Le schéma corporel n'est donc pas entièrement matériel, il n'est pas non plus entièrement spirituel. Le schéma corporel est à la fois matériel et spirituel, l'expérience du membre fantôme montre le poids du schéma corporel ou le corps conserve le champ pratique qui était le sien avant la mutilation mais cette illusion du membre fantôme disparaît si on sectionne les nerfs les conducteurs sensitifs qui vont au cerveau. « *Un circuit sensorimoteur est, à l'intérieur de notre être au monde global, un courant d'existence relativement autonome.* » (Op. Cit). Le corps est donc bien à la fois matière et conscience. Le schéma corporel s'ajuste avec retard et de plus, il montre une saisie intérieure du corps.

Le perçu est le pôle d'une attitude motrice et la motricité est l'intentionnalité corporelle. « *L'expérience motrice de notre corps n'est pas un cas particulier de connaissance, elle nous fournit une manière d'accéder au monde et à l'objet, une praktognosie qui doit être reconnue comme originale et peut-être comme originaire.* » (Merleau-Ponty, 1945, p.163). On peut « *mettre en évidence, entre le mécanisme aveugle et le comportement intelligent, une activité orientée dont le mécanisme et l'intellectualisme classique ne rendent pas compte.* » (Op. Cit).

3.3.2. Schémas corporel et image du corps

Cette analyse permet de ressortir l'indétermination des relations au sein du couple Schéma corporel/Image du corps selon les auteurs comme Schilder (1968), Merleau-Ponty (1945) et Dolto (1984). Bien que les différences théoriques président à la spécificité de chacun de ces auteurs, une évidence première est ; il est intéressant d'inspecter tout particulièrement « *les lieux* » où la signification des mots s'entrecroise, et où les amalgames deviennent possibles. C'est en effet parce que ces amalgames sont possibles, qu'ils soient justifiés ou non, que toutes les interpénétrations de sens sont imaginables.

La phénoménologie a été présentée plus haut, comme une alternative de dépassement du dualisme corps/psyché, à l'instar de la psychanalyse. Ce n'est donc peut-être pas un hasard si Merleau-Ponty (1945) et Dolto (1984) se rencontrent aux portes de la définition qu'ils donnent chacun aux concepts de schéma corporel et d'image du corps. A ce niveau, l'image du corps décrit l'enchevêtrement de l'ensemble des relations du sujet au monde, aux objets du monde, le premier de ces objets étant la mère. Elle est à la fois le résultat des relations que le sujet a entretenues avec son environnement et l'organisation de ses relations. Cette image médiatise la dynamique des trois instances de l'appareil psychique (Ça, Moi, Surmoi), et ne peut se percevoir qu'au travers des représentations allégoriques que le sujet peut fournir (paroles, gestes, comportements, dessins, etc.. qui doivent bien sûr être analysés pour révéler leur sens).

Bien que pour Dolto (1984) il existe une opposition bien tranchée entre le concept d'image du corps et celui de schéma corporel, il est difficile, à ce niveau de compréhension du concept d'image du corps, de ne pas faire le lien avec la définition Merleau-Pontienne du schéma corporel. On se retrouve en effet ici, aux limites de ce que l'on peut comprendre de la définition de Dolto (1984). Certes Merleau-Ponty (1945) ne parle pas directement d'un point de vue psychanalytique. Il fait du schéma corporel le carrefour vivant où se rencontre l'être et le monde. Ce schéma corporel est issu du tissage relationnel qui lie les hommes entre eux, c'est la matrice incontournable dans laquelle et par laquelle l'individu se projette, s'historicise et devient sujet en devenant source et but d'un projet qui le fait être au monde dans et par ses actes. C'est dans l'interaction avec l'autre, constituant principal du monde, que s'élabore le projet et l'acte, c'est à dire le mouvement qui donne sa forme au « je » et en souligne la possibilité dans cette expérience toujours dynamique du corps en état d'être. Si le premier élément capital de ce tissage relationnel est le rapport à la mère alors, il est facile de passer de la phénoménologie à la psychanalyse et vice-versa quand on se place aux frontières des concepts respectifs de nos deux auteurs.

Plus explicitement et sans référence directe à la psychanalyse, Merleau-Ponty aborde le membre fantôme du point de vue du refoulement mais dans la continuité d'une explication phénoménologique. Le sujet doit faire face à un événement traumatique qu'il ne peut dépasser. Son expérience du corps va donc se référer à un présent figé antérieur au trauma, et prenant le pas sur tous les autres présents possibles. « *Le temps personnel est noué* »... « *Le bras fantôme est donc comme l'expérience refoulée d'un ancien présent qui ne se décide pas à devenir passé* » Merleau-Ponty, (1945, p 101). Or, aborder les troubles du schéma corporel par le mécanisme du refoulement, même d'un point de vue phénoménologique, c'est ouvrir la porte

logiquement à la théorie psychanalytique de la régression telle que l'approche Dolto (1984). Elle parle alors de régression à une image du corps archaïque que le sujet n'arriverait pas seul à dépasser de nouveau. Ce n'est, nous semble-t-il, pas un hasard non plus si Schilder (1968) s'est tourné lui aussi, vers un point de vue clinique psychanalytique pour tenter de réunifier les différentes observations cliniques :

Quand j'emploie le terme de répression organique, je désire souligner que nous nous trouvons en présence d'un phénomène qui, au niveau des structures organiques, répète ce qui arrive dans les autres répressions au niveau que nous appelons purement psychique. Cette répression focale organique, de même que toute répression organique en général apporte très souvent avec elle des attitudes psychiques partiellement identiques à ce que produit la répression psychique. Ce phénomène est basé sur la profonde communauté entre vie psychique et fonction organique. Chaque changement de la fonction organique est susceptible d'entraîner à sa suite des mécanismes psychiques qui sont alliés à cette fonction organique (Schilder, 1968, p 138).

Sur cette base, Schilder (1968) va admettre la possibilité des lésions comme effet d'un désir inconscient se manifestant sur une base organique ; c'est dans ce sens qu'il parle de répression organique. Schilder (Op. Cit) va donc intégrer à la notion de schéma corporel la vision psychanalytique d'un corps libidinal : *« Les sens exerceront une influence sur la motilité, et la motilité sur les sens. En même temps, la motilité est aussi régie par les tendances, les pulsions et les désirs. Il est clair que dans l'élaboration du schéma corporel il y aura une interaction continue entre les pulsions du Moi et les pulsions libidinales, ou, en d'autres termes, entre le Moi et le Ça »* Schilder, (1968, p 143). Dans cette perspective, l'intégration cohérente et plastique des informations sensorielles sera orchestrée par la libido lors du développement de l'individu. L'hypothèse d'un désir inconscient devient alors le fondement explicatif d'une méconnaissance d'une partie ou de la totalité du corps ou encore de la pathologie qui lui est associée. C'est bien évidemment une théorie que l'on retrouve chez Dolto ; rapprochement qui peut être encore souligné par cet autre point de conclusion de Schilder : *« Douleur, dysesthésie, zones érogènes, intervention de la main sur le corps, intervention des autres sur notre corps, intérêt que portent les autres à notre corps... autant de facteurs importants qui jouent leur rôle dans la structuration de l'image du corps »* Schilder, (Op.Cit, p 46).

Aux limites de chaque définition la réalité décrite devient commune dans le même temps où les concepts se chevauchent. En effet, nous avons vu que, là où Dolto (1984) tranche pour une hétérogénéité absolue de nos deux concepts, Schilder (1968) passe allègrement le pas en employant indistinctement les deux termes sous la bannière d'une mise en commun des

concepts de la biologie et de la psychanalyse. Pourtant ce point de vue reste insatisfaisant quant à dépasser le dualisme somatique/ psychologique, car il ne fait que se placer sur un terrain d'accord artificiel où le passage de schéma corporel à image du corps et vice et versa est constamment flou et inexpliqué. En effet la conception de Schilder (Op. Cit) paraît relever en grande partie d'une pensée paralléliste. Il n'y a pas de justification réelle de l'intégration des données de la psychanalyse et des données de la neurobiologie, si ce n'est l'indifférenciation manifeste qu'il fait entre la notion de schéma corporel et la notion d'image du corps. De l'autre côté Dolto (Op. Cit) dans son développement théorique de l'image du corps rejoint des positions phénoménologiques que Merleau-Ponty (1945) défend au nom du schéma corporel.

3.4. LE CORPS DANS LES NEUROSCIENCES

Sans même recourir à la vision, nous pouvons placer symétriquement nos deux bras, pointer l'extrémité de notre nez avec l'index ou encore apprécier la stabilité et le relief du sol sur lequel nos pieds reposent. Nous nous fions à cette référence sans cesse réactualisée pour nous engager dans une action. Ainsi, je ne tendrai le bras pour saisir un objet que si ma posture momentanée m'y autorise, que si mon équilibre n'en est pas menacé, que si la distance qui m'en sépare est acceptable, etc. Autant d'évaluations qui font appel, par anticipation et de façon plus ou moins automatique, à une image interne du corps.

Des désorganisations partielles ou totales du schéma corporel de cette identité corporelle se manifestent à la suite de lésions touchant différentes régions cérébrales, comme le lobe pariétal postérieur gauche ou, plus généralement, l'hémisphère droit du cerveau. Dans ce dernier cas, certains patients manifestent un sentiment de non-appartenance à leur propre corps en refusant de considérer la partie de leur corps paralysée. Certaines pathologies, comme l'hémi-négligence, conduisent les patients à négliger totalement leur « hémi-corps » au point de ne coiffer ou de ne maquiller que le côté gauche de leur tête ou de leur visage.

Des hallucinations corporelles, comme la modification de certaines parties du corps, connues sous le nom de syndrome d'« Alice au pays des merveilles », la perception de membres surnuméraires, ou encore l'illusion de dédoublement du corps se manifestent aussi lors de maladies mentales, en particulier la dépression et la schizophrénie, ou les patients atteints du syndrome de dysmorphophobie s'interrogent continuellement sur la forme, vécue comme anormale, d'une partie de leur corps. Depuis longtemps, on sait que des drogues, comme la

mescaline ou le LSD, ainsi que certaines crises d'épilepsie, provoquent des hallucinations de ce type.

La diversité des illusions montre que si les sens peuvent nous tromper, nous pouvons aussi les tromper volontairement en créant les conditions d'une fausse interprétation des données sensorielles. La conséquence de ce jeu de dupes entre le cerveau et le monde est une certaine incertitude sur le réel, qui risque d'induire un comportement inadapté aux exigences de l'environnement. C'est l'étendue et l'origine de cette marge d'incertitude que nous cherchons à comprendre en étudiant les illusions.

La richesse des travaux consacrés au membre fantôme prouve que ce phénomène et, plus généralement celui des illusions corporelles, restent en partie inexplicables par les neurosciences contemporaines. L'existence même de ces manifestations atteste de la relation de dépendance réciproque qui unit le corps au cerveau. Si le cerveau nous permet d'appréhender le monde environnant et de nous l'approprier, il s'enrichit en permanence de notre expérience sensorielle, indissolublement liée à l'action. Toute interruption de ce dialogue subtil impose des solutions substitutives. Parmi les multiples illusions qui affectent la perception de nous-mêmes ou de notre environnement, celles qui se rapportent à notre propre corps sont les plus déroutantes. En nous le faisant percevoir comme déformé ou faussement animé, les illusions corporelles remettent en cause la connaissance de notre corps.

Cette identité corporelle se traduit essentiellement par le fait qu'à chaque instant nous sommes capables de savoir qui, comment et où nous sommes. À la fois sensori-motrice et cognitive, cette représentation de nous-même résulte de l'intégration cérébrale harmonieuse de l'ensemble des messages provenant des organes sensoriels, parmi lesquels les sensibilités tactile et proprioceptive musculaire (la somesthésie) tiennent une place prépondérante. La nature exacte de certaines de ces distorsions pathologiques du schéma corporel est mal connue, mais on sait qu'elles ont pour origine commune une atteinte du système nerveux central.

3.4.1. Les frontières floues du corps propre

En effet, en plus de l'information donnée par les cinq sens classiques (vision, toucher, audition, olfaction et goût), nous recevons constamment des signaux sur l'état de notre corps d'une série de récepteurs sensoriels, tels que la nociception (pour la douleur), la proprioception (pour la position du corps), la thermoréception (pour la température) et le système vestibulaire (pour l'équilibre).

La représentation mentale des frontières du corps ne coïncide pas toujours avec l'enveloppe charnelle, des sensations pouvant ainsi être ressenties dans un membre amputé, par exemple. « *Le contour de mon corps est une frontière que les relations d'espace ordinaires ne franchissent pas.* » Ainsi Merleau-Ponty affirmait-t-il la spécificité de l'espace du corps propre dans son livre *La phénoménologie de la perception* en 1945. Le corps est un objet comme un autre, avec une certaine forme aux frontières délimitées, qui évolue dans un espace plus global occupé par une multitude d'autres objets. Il peut être mesuré, dessiné, sculpté, voire découpé. Rien ne semble le distinguer à première vue de la chaise sur laquelle ce corps est peut-être assis. Comme le disait Madame Gradgrind dans le livre *Les temps difficiles* de Dickens, (1854) « *Je crois qu'il y a une douleur quelque part dans la chambre, mais je ne suis pas tout à fait certaine de l'avoir.* » Mais à la réflexion, on n'a qu'un accès externe à la chaise, par la vision par exemple, alors qu'on a un accès interne notre corps. On peut fermer les yeux, et connaître la position de ses bras, ressentir le contact de ses vêtements, des démangeaisons sur une jambe ou les contractures de son dos, on peut aussi avoir froid aux mains et mal au genou.

3.4.2. Le corps comme objet singulier

Alors que les sens classiques nous informent sur un nombre quasi infini d'objets, les sens internes sont spécialisés dans le traitement de l'information concernant notre corps uniquement. Notre vie quotidienne s'articule ainsi autour d'une vaste gamme d'expériences corporelles, plus ou moins agréables et plus ou moins en arrière-plan de notre conscience, expériences que nous n'avons que pour notre propre corps. Curieusement, très peu de chercheurs se sont intéressés à la nature des sensations corporelles, et encore moins à leur dimension spatiale. Pourtant, l'étude de la façon dont nous les localisons remet en cause notre conception classique de l'espace. Les sensations corporelles semblent avoir en commun de nous sembler localisées en un point précis ou dans une zone du corps. En donnant à des patients amputés l'illusion de voir leur membre perdu, Ramachandran a réussi à atténuer leur douleur « fantôme ». Dans leur cerveau, la représentation neuronale du membre s'est évanouie.

Ramachandran (1990), s'est surtout intéressé à la perception et à la vision, mais aussi sur les pathologies qui perturbent l'intégrité du schéma corporel, des syndromes neurologiques, comme celui des troubles de l'identité corporelle, et les fameux membres fantômes. À la suite d'une recherche générale, il s'avère que l'on peut répertorier différents concepts intégrant l'idée d'une cartographie interne au sujet permettant l'intégration et le fonctionnement de la

sensori-motricité de l'individu. À ce titre, tous les termes que je vais citer peuvent, s'apparenter au schéma corporel.

Concernant la mise en mot conceptuel de l'expérience consciente non consciente ou inconsciente du corps, les variations n'ont comme limites que celles des possibilités de mariages des mots et des adjectifs. On peut tout trouver ; image corporelle, image du corps, représentation corporelle, représentation somatotopique, schème postural du corps, schème neurosensoriel, schéma postural, schéma corporel etc. Les champs que nous allons considérer sont essentiellement la neurobiologie, la neurophysiologie, la neuropsychologie, toutes qui font recours, d'une manière ou d'une autre à des imageries corporelles. La longueur des listes concernant le schéma corporel et l'image de soi (body image) respecte l'importance d'usage de ces deux termes particuliers. Ce sont de toute évidence des concepts centraux et porteurs, qui permettent de conceptualiser des aspects cliniques et expérimentaux très variés du corps.

3.4.3. Représentation corticale somatotopique.

La représentation somatotopique s'expérimente et s'obtient par une technique de cartographie avec microélectrodes. Cette technique est utilisée pour décrire des modèles de représentations corporelles chez l'homme et l'animal, ce qui permet des comparaisons inter - espèces. Les mouvements intentionnels sont contrôlés par le cortex moteur en étroite collaboration avec le système moteur postural. Il comprend le cortex moteur primaire, et dans un sens plus large, le cortex sensori-moteur secondaire situé plus en avant de celui-ci. Les deux régions sont comme le thalamus moteur et le striatum, organisées en fonction des différentes régions du corps. Cela donne ce que l'on appelle la représentation somatotopique.

On parle aussi d'Homoncule qui est le schéma indiquant la position occupée par cette image tactile ou motrice de chaque partie du corps dans le cerveau. Les proportions de l'Homoncule sont très différentes de celles du corps anatomique, la main notamment y occupe une place énorme du fait de la très grande finesse du tact et de la très grande variété de mouvements de cet organe. De même pour le visage qui est une région du corps à motricité fine.

L'organisation neuronale de ces régions corticales préexistent à la naissance, mais peuvent être en partie formées durant les premières étapes de la vie. Il y aurait même une évolution possible, au moins partielle, en rapport avec les modifications de l'environnement sensoriel. Ainsi ces structures restent adaptables durant la vie adulte, ce qui sous-entend des

modifications synaptiques et fonctionnelles en réponse à des contraintes sensorielles imposées. Confirmant cette plasticité du cortex moteur, on a démontré, par exemple, que le domaine de représentation somatotopique peut être réorganisé à large échelle à la suite d'une lésion à progression suffisamment lente. (Seitz et Huang, 1995).

3.5. APPROCHES DU CORPS DANS L'ANTHROPOLOGIE AFRICAINE

Parler du corps en Afrique implique sa recontextualisation dans son univers. Un univers assez complexe et particulier qui symbolise pour l'africain, une manière d'être et d'agir de son corps. Cela permet de comprendre les points de vue de Hebga et de Mayi sur la corporalité et la personnalité en Afrique et d'en faire une analyse du handicap et de la souffrance en milieu Kamyt.

3.5.1. Le pluralisme humain dans l'anthropologie selon Hebga (1998)

Alors que jusque-là, la question de la rationalité sur le plan philosophique avait pour lieu d'élaboration, l'Occident, et pour ses auteurs, les philosophes issus des différents systèmes de pensée de la tradition culturelle occidentale, Hebga procède à une délocalisation de cette question en la posant à partir d'un substrat métaphysique et culturel propre aux sociétés africaines. Cette réflexion révolutionnaire marque un tournant décisif dans la compréhension du corps et de ses dimensions, propre à la réalité et à la culture africaine.

Hebga tente d'établir une rationalité de ce corps et de ses dimensions en les configurant dans un univers qui rend compte des différentes interactions de l'homme à son corps et aux autres. C'est-à-dire la cohérence logique du discours concernant la manière d'être et d'agir des africains au monde. Il s'agit pas d'une défense des pratiques habituellement reléguées par l'Occident de la science et de la technologie dans le domaine de l'irrationnel ou d'une promotion du mysticisme. Il est question de relativiser en considérant comme de simples données culturalistes parmi d'autres, les soubassements anthropologiques et métaphysiques qui sous-tendent le jugement d'irrationalité porté contre les discours africains sur les phénomènes paranormaux. Il rompt par là avec une conception essentiellement dualiste du composé humain qui caractérise la pensée occidentale depuis Platon.

L'analyse par Hebga des théories occidentales du corps montre que pour certains philosophes (Platon, Aristote) le corps est constitué de deux entités bien distinctes : l'âme

(substance hétérogène constitutive des valeurs qui venue de l'extérieur instrumentalise le corps) et le corps qui est la substance matérielle servant d'outil de l'âme. Le corps n'existe pas indépendamment de l'âme car c'est cette dernière qui lui confère sa corporéité, alors que l'âme (intellectuelle), possède une opération propre, elle ne dépend pas du corps mais de Dieu. Elle est destinée à être unie au corps bien qu'elle puisse survivre sans lui. Par contre, le corps ne peut ni préexister ni survivre à l'âme. Il y a donc à la fois complémentarité et inégalité entre ces deux éléments de la personne humaine. C'est avec Descartes qu'on attribue à chaque substance ce qui constitue sa nature et son essence. En différenciant deux types de substance (âme et corps), Descartes donne à l'âme la substance pensante, et au corps la substance étendue (matérielle). Hebga note que c'est avec Bergson que le dualisme tranché de la conception occidentale du corps va s'unifiée. La conscience et la matérialité sont les constitutifs du composé humain.

L'Afrique par contre, a une théorie du corps qui pour être comprise et adoptée implique une rupture avec conception dualiste du corps issue de la science classique. Le corps est un ensemble composé de plusieurs instances. A l'opposé d'un dualisme corporel, se trouve une théorie du pluralisme corporel.

Pour Hebga, les instances de la personne sont en nombre variable selon les différentes traditions culturelles africaines. Cependant trois d'entre elles peuvent être regardées dans un fond commun. Il s'agit du corps, du souffle et de l'ombre.

- **Le corps** peut désigner ce que nous appelons la peau, l'enveloppe, c'est-à-dire l'antériorité, le dehors. Le corps est saisi comme fonction de la personne, fonction de la sensibilité, de l'ouverture du monde. Pour ce qui est du souffle, il ne s'agit pas du souffle des narines.
- **Le souffle** présente d'abord un aspect fonctionnel. Il est fonction de la vie, de la persévérance dans la durée. C'est essentiellement le mouvement autonome procédant du sujet lui-même.
- **L'ombre** quant à elle n'est pas l'ombre en tant qu'image silhouette dont l'apparition et la disparition sont fonction de la lumière. Dans la conception des bantous et d'autres peuples africains, l'instance ombre est un sujet d'attribution indépendamment des autres instances de la personne. L'ombre est une entité enveloppante qui déborde le corps et agit bien au-delà de la sphère normale. L'instance ombre désigne la personne entière sous le signe de l'agilité, de la subtilité, de la maîtrise du temps et l'espace.

Le corps, qu'il soit considéré selon une dualité ou une pluralité, exige une interaction des instances de la personne. Cette interaction constitue selon Freud la clé de l'interprétation des phénomènes inconscients et selon Hebgä, la clé de l'interprétation des phénomènes paranormaux. Cette interaction, coprésence inter psychique et intra personnelle signifie que tout sujet est structurellement animé d'un mouvement de sortie de soi, de dépassement de soi, à la recherche d'une perfection toujours plus grande. Il connote la relation à autrui.

3.5.2. La saisie kamyt du composé humain et de l'écologie de base de l'univers selon Mayi (2017)

Redéfinissant le composé humain en Afrique, Mayi, ne parle plus seulement en termes de corps, souffle et ombre, mais en termes de « *ba* », « *sad* » et « *ka* », c'est-à-dire, « souffle », « corporalité » et « personnalité vitale ». La particularité de cette théorie montre que chaque instance est à la fois elle-même et toutes les autres. De ce fait, le caractère double des instances implique que chacune des trois instances peut être lue comme possédant trois dimensions. Mayi procède par confrontation à une lecture à fond culturaliste et psychanalytique qui lui permet d'aboutir à la logique des instances du composé humain qui intègrent et dépasse la rationalité hebgäenne du composé humain.

- **Le *ba*** est *le sang et le souffle*, il est lié à la généalogie. C'est l'énergie de vie en tant qu'elle permet de lire le sujet comme personne. Concomitamment la lecture clinique du *ba* renvoie au *Soi, au Moi et au préconscient*.
- **Le *sad*** renvoi au *corps biologique (soma) et au corps éthérique* avec ses dimensions énergétiques, dans la clinique, il correspond au *Ça et à l'inconscient*.
- **Le *ka***, c'est la *personnalité avec ses dimensions intellectuelles et affectives*, elle traduit l'énergie de vie, en tant qu'elle n'est pas individualisée et montre que le sujet n'est sujet qu'à l'image du Verbe, du Logos. Cette instance renvoie au *Surmoi et la conscience morale, le conscient*. Chez le sage qui a su vivre et cultiver la densité énergétique du *sad*, nourrir son *ba* avec ce qui lui est utile, respecter à la lettre les injonctions les plus subtiles mais aussi les plus élémentaires du *ka*, c'est toute totalité de la personne qui, à la mort, devient *ax* ou plutôt *pa sax*.

On voit dans cette approche une caporalisation des phénomènes de psychisme, de pensée, de conscience, de la vie du sujet. Si on a compris chez Hebgä les différents éléments constitutifs de la personnalité, il serait donc facile de comprendre chez Mayi les différents constituants du corps.

3.5.3. Compréhension de la personnalité et des structures écologiques de base selon I. Sow (1978)

Si Mayi présente les instances constitutives du composé humain dans une continuité des travaux de Hebgä et dans une dialectique topique de la psychanalyse, c'est également en prolongement des travaux de Sow sur la description de l'univers africain. Selon Sow (1978) les conduites ne peuvent être valablement comprises, et analysées, qu'en considérant le problème de le sujet par rapport à ses racines et à son environnement culturels. La mentalisation classique occidentale en contexte africain est inadéquate, car « *elle tire ses valeurs d'un monde culturel autre que l'Afrique* ». Il est indispensable de se pencher sur la structure de la personnalité africaine afin de comprendre les phénomènes de mentalisation de l'africain. De plus, pour comprendre l'africain, il faut prendre en compte l'existence « *de profonds liens de structure entre les contenus thématiques (exprimés par son comportement) et les thèmes majeurs qui, dans une culture globale déterminée, donnent leur consistance aux symboles originels* » (Sow, 1978, p. 185). De ce fait, il faudrait éviter de transposer les acquis de la mentalisation occidentale à l'Afrique.

Mayi rappelle cette question fondamentale de culture dans la compréhension de la personnalité de l'africain, pour ressortir l'adéquation du lien psychoculturel ayant valeur de mentalisation au sein du vaste réseau de symboles créé par la société africaine.

Mayi procède également à une clarification et une contextualisation de la cosmogonie anthropologique africaine, afin de déterminer dans chaque univers les possibles compréhensions des comportements. Suivant les descriptions de Sow du micro, méso et macrocosmos, il en ressort que :

- **Le *microcosmos*** est le monde usuel, habituel, qui est celui qui tombe sous les sens et/ou qu'on peut observer grâce à des instruments. C'est le monde d'en bas des sages africains ; Pharaonique *ta= terre, univers habituel*.
- **Le *mésocosmos*** est le monde d'en haut. Il est peuplé de certains des contenus de l'imaginaire social structuré : esprits, défunts, ancêtres, divinités, animaux, plantes et minéraux totémiques, ... ; les traditionnalistes y logent pêle-mêle toute la kyrielle d'esprits des religions importées (Christianisme, Islam, Judaïsme, Bouddhisme, Shintoïsme, ...) ainsi que leur panthéon ; *qay= monde élevé, monticule primordial où vivent les êtres du 'Nun'*.

- **Le *macrocosmos*** chez Sow est la réunion des deux premiers cosmos, car dans la pensée africaine ils ne sont pas superposés, ni séparables. C'est le règne de la compénétration. Mayi présente le *macrocosmos* comme troisième palier à identifier à l'Être, au Verbe et à la Force. Il est un niveau le plus profond d'expression de ces trois noms. Il ne peut être envisagé qu'en termes de localité ou mieux, d'une énergie archétypale sans laquelle les deux autres cosmos ne sauraient être.

Ce triptyque doit être considéré comme support de mentalisation chez les Kamyt qui en fonction des axes de la personnalité et de ses instances, rendent compte de la structure de l'ordre et du désordre en Afrique. Selon Sow (1978), l'homme reflète une perspective ontologique spécifique. Il fonctionne selon trois axes:

- ***l'axe vertical*** qui montre que le sujet est en situation de continuités ethniques, familiales,
- ***l'axe horizontal*** qui reflète l'innervation du sujet dans son milieu socioculturel,
- ***l'axe ontogénique*** qui renvoie à l'idiosyncrasie du sujet.

Ces trois axes définissent, on le voit, trois niveaux de saisie de la conscience et de l'inconscient du sujet : la conscience et l'inconscient personnel, la conscience et l'inconscient familial et la conscience et l'inconscient ethnique. Pour parvenir à les restituer, il faut se servir des grands chaînons généalogiques du sujet.

3.5.4. Mentalisation et le corps propre selon Mayi (2017)

Mayi insiste sur le fait que la mentalisation n'existe pas sans le corps et le corporel. Le corps est non seulement l'enveloppe corporelle, charnelle mais aussi l'arsenal physiologique. Le corps implique aussi :

- ce qui va avec le corps, c'est-à-dire le vêtement ;
- les aspects dimensionnés du corps et dimensionnant le corps dans la relation entre celui-ci et l'altérité.

D'un point de vue métapsychologique, Mayi dit que le corps propre doit être compris ici comme un événement psychologique et narcissique majeur. Car il implique les réponses attitudinales et comportementales en accord avec la conduite chez le sujet. Le corps propre implique et exprime ainsi tous ces réponses et comportements à forme corporelle et qui montrent la tendance plus ou moins forte et présente chez un sujet à fonctionner selon des registres qui n'engagent pas beaucoup de médiations intellectuelles sur les plans affectifs,

cognitifs et conatifs. Selon Mayi, le sujet a tendance à avoir des réponses basiques qu'on peut qualifier de non réfléchies, d'irréfléchies, de primaires et de primitives. Celles-ci revêtent leur sens à partir de l'ontologie, de l'histoire et de la géographie corporelles du sujet, telles qu'elles apparaissent et transparaissent dans ses comportements, attitudes et postures, dans les formes et contenus de son imaginaire recueillis ou non par des techniques projectives, en fonction de ses aptitudes plus ou moins avérées à atteindre des niveaux de symbolisation élevés.

Le corps propre, comme le dit Mayi, est donc le concept d'un corps qui se décompense, qui suit et qui crée des décompensations. A suivre les travaux de Dejours, Mayi rappelle que ce dernier restituerait le corps propre comme celui de la subjectivité et de l'intersubjectivité qui est mobilisé dans l'agir expressif de l'ordre érotique. Les failles de ce corps érotique seraient la conséquence de l'histoire des relations aux parents, et particulièrement à la capacité des parents à jouer avec ce corps. Selon Mayi, les registres sur lesquels ils ne peuvent jouer, les amènent à réagir par la violence, en laissant des traces durables sur le corps de l'enfant. Ces traces prennent la forme d'impotences partielles. Il résume cela en *forclusion de la fonction* montrant qu'elle demeure en dehors de l'ordre érotique, c'est parler encore d'échec de la *subversion libidinale* d'une fonction biologique. Dès lors, la décompensation somatique surviendrait si le sujet est dans l'obligation de mobiliser la fonction forclosée à la sollicitation de l'autre.

Mayi se range dans une logique psychosomatique en montrant qu'il existe un lien indissoluble entre le corps propre et la verbalisation. Cela en souligne toute l'importance des langages les plus archaïques qui reposent sur des modalités animales innées et que l'on retrouve chez le nourrisson et l'enfant. Ceux-ci ne nécessitent pas des processus du vécu symbolique élaborés. C'est le cas des réponses analogiques chez le nourrisson et chez l'enfant.

De même, Mayi montre qu'une personne malade, tend à s'exprimer et à l'exprimer par des réponses corporelles, comme s'il n'était en réalité que somatique. « *Cela rappelle les processus biologiques de sensibilités rapportés et la pensée syncrétique chez l'enfant. C'est celle-ci qui permet de comprendre que les gribouillages de l'enfant peuvent être évocateurs d'une pluralité de troubles* ». La réponse corporelle psycho-pulsionnelle semble donc correspondre aux processus de *représentation de chose*.

Le registre corporel se rapproche dans ce cas du fonctionnement de l'imaginaire dans le rêve. Ici, le trouble corporel peut être pris par analogie comme le mythe d'un corps rêvé dans l'hystérie de conversion. « *C'est l'absence des conversions qui explique que le trouble corporel dans la psychosomatique traduise l'existence de décharges d'angoisses non mentalisées. Les*

symptômes névrotiques, par des conduites répétitives symboliques qui visent à neutraliser l'angoisse, représentent donc une tentative d'ajustement entre la satisfaction pulsionnelle et la sécurité du Moi : ils spécifient une élaboration psychologique du conflit ». Avec la réalisation manifeste du symptôme, le signifiant, Mayi rappelle selon Freud que le névrosé réussit à atteindre une certaine détente de la tension inconsciente latente, le signifié : c'est le bénéfice primaire de la névrose.

Exprimons-nous maintenant sans images : l'examen d'autres malades hystériques et d'autres névrosés nous conduit à la conviction qu'ils n'ont pas réussi à refouler l'idée à laquelle est lié leur désir insupportable. Ils l'ont bien chassée de leur conscience et de leur mémoire, et se sont épargnés, apparemment, une grande somme de souffrances, mais le désir refoulé continue à subsister dans l'Inconscient; il guette une occasion de se manifester et il réapparaît bientôt à la lumière, mais sous un déguisement qui le rend méconnaissable; en d'autres termes, l'idée refoulée est remplacée dans la conscience par une autre qui lui sert de substitut, d'ersatz, et à laquelle viennent s'attacher toutes les impressions de malaise que l'on croyait avoir écartées par le refoulement. Ce substitut de l'idée refoulée – le symptôme – est protégé contre de nouvelles attaques de la part du « Moi » ; et, au lieu d'un court conflit, intervient maintenant une souffrance continue. A côté des signes de défiguration, le symptôme offre un reste de ressemblance avec l'idée refoulée. Freud cité par Mayi (2017, p. 21).

Afin de comprendre la mentalisation selon ces auteurs africains, il est nécessaire de la saisir dans un modèle de représentation psychoculturel, propre à l'Afrique. Il serait de ce fait aisé de comprendre le handicap dans un modèle de percussion. Physiologiquement violenté dans son être et son corps et dont le nom qu'on lui donne dans la société – handicapé) serait la résultante. Devenu persécuté par la société, il se construit un mode de représentation dont le vécu psychique est tapissé par l'ombre d'une angoisse paranoïde et de culpabilité. Autrui étant généralement le responsable de ce qui lui arrive, que cette relation de cause à effet soit physiquement ou métaphysiquement décrite.

En réalité, le corps, devenu corps handicapé, reste constitué de ses instances que sont le corps, l'ombre et le souffle, qui interagissent dans un univers par des pôles relationnelles définies selon Sow. Mais comme ce corps, devenu déséquilibré, est source de conflit dans ses différents modes relationnels. Ces conflits, rupture avec l'ordre, expliquent les modes de mentalisations que l'on peut retrouver dans le handicap, d'abord mentalisation avec son corps propre, ensuite avec son univers relationnel et culturel.

3.6. LA DOULEUR ET LE CORPS

Cette partie aborde la douleur et de ses modes d'expression dans le vécu du sujet amputé. Nous présentons dans un premier temps la douleur comme mécanisme physiologique avec ses différentes composantes et ses récepteurs, ensuite, une lecture de la douleur dans sa subjectivité permettra d'aborder tour à tour les mécanismes psychiques intriqués dans l'expression de la souffrance de l'amputé telle que la douleur, la souffrance, le traumatisme, et les somatognosies.

3.6.1. Généralités sur la douleur

3.6.1.1. Définition de la douleur

Selon l'*International Association for the Study of Pain* (IASP, 2015), la douleur se définit comme « *une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes* ». Étant à la fois une expérience sensorielle et émotionnelle, sa compréhension en est complexifiée et relève donc de la subjectivité de chacun.

D'un point de vue clinique, plusieurs qualificatifs peuvent caractériser une douleur (coup de poignard, lancinante, localisée, saisissante, sensation de brûlure, etc.) (Guirimand et LeBars, 1996). Cette pluralité témoigne non seulement des différences individuelles dans la perception des sensations, mais également de l'étendue de la complexité du phénomène (Guirimand & LeBars, 1996). En somme, malgré l'intérêt scientifique porté sur ce phénomène, il n'en demeure pas moins que la douleur est, encore à ce jour, d'une complexité notable. Il est donc pertinent de poursuivre les études dans ce domaine afin d'en avoir une meilleure compréhension.

La douleur est une sensation universelle qui affectera, directement ou indirectement, la totalité des individus à un quelconque moment de leur vie. La douleur ne peut guère être totalement saisie d'un point de vue réductionniste compte tenu des multiples mécanismes et interprétations sous-jacents au phénomène (Marchand ; 2009). Il est donc primordial, afin de bien saisir les nombreux aspects sous-jacents et d'avoir une vision holistique, de jumeler le point de vue psychologique et physiologique lors de l'évaluation de la douleur (Marchand, 2009). La douleur est une notion complexe sous-tendant diverses composantes.

De par son expression, la douleur peut également attirer l'attention d'autrui et ainsi, inciter des comportements altruistes d'aide et de réconfort (Jackson *et al.*, 2005). En somme, la douleur est caractérisée par un état émotionnel aversif motivant à l'action (LeBars & Willer, 2004). Cette émotion est indispensable ainsi qu'indissociable de l'expérience douloureuse. En ce sens, la douleur est essentiellement désagréable et possède d'énormes capacités attentionnelles, c'est-à-dire la capacité d'interférer avec les activités en cours en mobilisant les ressources et les stratégies défensives nécessaires (LeBars & Willer, 2004). Somme toute, la douleur est une sensation universelle dont la perception peut être modulée par l'état psychologique de la personne ainsi que par l'environnement dans lequel elle évolue (Calvino, 2007).

Dans la douleur autant que dans tout autre domaine de soins, la relation médecin/malade est primordiale. L'accueil sans préjugé et la légitimation de la plainte sont des actes thérapeutiques au même titre que la prescription d'antalgiques ou de kinésithérapie. C'est au fil des rendez-vous de suivi, dans l'accompagnement régulier, l'écoute, et la tolérance que se crée un lien thérapeutique de confiance. Celui-ci est la condition nécessaire à toute la prise en charge, même si la douleur nécessite des traitements multimodaux, des recours à diverses spécialités, ceux-ci ne pouvant pas prendre place sans le point d'ancrage et de coordination que représente le médecin généraliste. Cette prise en charge repose sur les connaissances de l'anatomie et de la neurophysiologie de la douleur, mais aussi sur l'expérience pratique du médecin. Avec chacun de ses patients, en fonction de leurs particularités mais aussi de la relation qu'ils entretiennent, le médecin généraliste adapte son approche de la douleur.

3.6.1.2. *Historique de la douleur*

L'étude de la douleur existe depuis le début de l'histoire de l'humanité. En effet, cette sensation universelle a toujours intrigué les Hommes qui ont cherché à la soulager. Cependant, l'avancée des connaissances à son sujet a été très irrégulière dans les sociétés primitives, la douleur était attribuée à la magie, la douleur signifiait que l'individu était possédé par un démon (Danziger et Willer, 2009).

L'antiquité fut très propice à l'étude de la douleur. Nombreux furent les scientifiques, philosophes et autres écrivains à s'y intéresser. Platon (428-347 avant J.C.) considère que la douleur est une sensation pouvant toucher l'ensemble du corps et est ressentie par le cœur, centre de l'âme. Démocrite (430-370 avant J.C.) a inventé la théorie des quatre

humeurs, selon laquelle la douleur provient d'une altération de celles-ci. Pour Hippocrate (430-380 avant J.C.) et ses disciples, la maladie, et donc la douleur, est un phénomène naturel et non une punition divine. Ils utilisent donc des plantes, dont le suc de pavot contenant de la morphine et de la codéine, pour soulager certaines douleurs. A Rome, Celse (1^{er} siècle avant J.C.) décrit une sémiologie de la douleur à partir de laquelle il établit des diagnostics et pronostics. Pour Galien (131-201 après J.C.), la douleur a pour rôle d'indiquer quel est l'organe malade.

Au Moyen-Age, peu d'avancées ont été réalisées en termes scientifiques concernant la douleur. En effet, l'Occident étant sous l'influence du christianisme, cette dernière est valorisée puisqu'elle rapproche les Hommes de Jésus Christ qui a vécu la douleur lors de sa crucifixion. Cette époque est marquée par le recul des techniques pour soulager la douleur, l'utilisation des plantes étant considérée comme de la magie potentiellement maléfique car d'origine païenne (Beecher, 1957).

Il a fallu attendre le XVIII^{ème} siècle et la Renaissance pour que les philosophes et les médecins remettent en cause la croyance du pécher originel et du châtement divin. Les connaissances anatomiques progressent, comme en témoignent les œuvres de Léonard de Vinci ou Michel-Ange. André Vesale (1514-1664) écrit un traité d'anatomie dans lequel il décrit le système nerveux périphérique, le cerveau, avec la distinction entre substance grise et substance blanche et identifie même les noyaux gris centraux (Melzack, 1967). Le célèbre philosophe, mathématicien et physicien Descartes (1596-1650) étudie les sens et la douleur et pense que toutes les sensations convergentes vers la glande pinéale.

Les travaux de Wall et Melzack (1967) ont identifié des facteurs expliquant le caractère polymorphe de la douleur. Ils ont montré que cette dernière dépasse la simple étude des signaux sensoriels. C'est le cas des facteurs culturels, comme le montrent certains rites religieux et ethniques qui ne paraissent pas douloureux lorsqu'ils sont réalisés dans le contexte de fête alors qu'ils seraient insupportables dans d'autres circonstances. La douleur est effacée par l'ambiance de fête qui règne et par l'idée de purification et de rédemption qu'elle offrirait.

D'autres travaux ont montré que les seuils de douleur pouvaient être différents d'un individu à l'autre. C'est le cas de l'étude de Clark et al. (1980) qui montre que chez différents groupes ethniques les seuils de sensations sont égaux mais les seuils de perception de la douleur sont différents. Par ailleurs, la perception de la douleur est influencée par le vécu

de chacun. Ainsi, pour qualifier et coter une douleur, nous nous référons souvent à nos expériences antérieures. Par exemple, un patient qui a déjà eu des entorses de cheville sait reconnaître la douleur liée à l'extension ligamentaire et comprend seul le diagnostic lorsque cela se reproduit. L'étude menée par Sternbach (1965) montre que les expériences antérieures influencent les seuils de perception des stimulations électriques qui leur ont été appliquées.

Enfin, la douleur est interprétée différemment suivant le contexte dans lequel elle est subie. L'expérience de Beecher (2010) montre que les circonstances de survenue d'un traumatisme impactent le ressenti de la douleur. En 1973, Bonica convoque un groupe interdisciplinaire de chercheurs et de médecins afin de discuter de la nécessité d'une organisation professionnelle dédiée à la recherche et à la gestion de la douleur. Cette réunion extraordinaire a conduit à la fondation de l'International Association for the Study of Pain (IASP) s'intéressant à la prise en charge de la douleur. Elle promeut la recherche, l'éducation et les politiques en faveur de la gestion de la douleur.

Grâce à toutes ces avancées, la définition de la douleur chronique a évolué jusqu'à celle donnée par l'IASP qui la définit comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante, ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne* » (IASP, 2015). Cette définition, qui est la plus utilisée dans la littérature, évoque l'aspect subjectif de l'expérience douloureuse et nomme la composante affective inhérente au ressenti de la douleur qui influence la dimension sensorielle.

3.6.1.3. *Epidémiologie de la douleur*

La douleur est une sensation subjective et complexe qui transcende les époques pouvant survenir à n'importe quelle période de la vie. En effet, ce phénomène représente, avec un taux de 90%, la cause première de consultation en matière de santé (Le Bars & Willer, 2004). Une récente étude a estimé que 1,5 milliards de personnes souffrent de douleurs chroniques, représentant ainsi 3-4,5% de la population mondiale (Global Industry Analyst, 2011). Elle démontre qu'une personne sur dix, âgée entre 12 et 44 ans, affirme souffrir de douleurs chroniques, soit 1,5 millions de personnes (9% d'hommes et 12% de femmes) (Op.Cit). La douleur est certes le symptôme le plus communément rapporté aux professionnels de la santé constituant ainsi une des premières causes de consultation

(Lumley et al., 2011). Les coûts engendrés par cette problématique sont d'une ampleur notable et ne sont pas simplement reliés au système de santé, mais affectent la société en général. Les conséquences personnelles, notamment sur l'entourage de la personne souffrante, les conséquences économiques et les enjeux sociaux soulèvent également l'importance que constitue le phénomène de la douleur.

Bien qu'elle puisse sembler préjudiciable, la douleur revêt tout de même une fonction adaptative de survie (Vlaeyen *et al.*, 2009). En effet, elle joue un rôle d'alarme fort important, indiquant qu'un organe est atteint (Marchand, 2009). Cette fonction protectrice est notamment perceptible par l'émission de comportements douloureux (expressions faciales, manifestations physiques, verbales, etc.).

En plus de cette fonction adaptative, plusieurs mécanismes excitateurs et inhibiteurs peuvent intervenir, modulant ainsi la douleur perçue (Millan, 2002). Comme la douleur est une sensation complexe, il est également très complexe de la définir.

3.6.1.4. Transmission du message douloureux

3.6.1.4.1. Les nocicepteurs

Les nocicepteurs sont les terminaisons de fibres nerveuses sensibles qui s'activent lorsqu'ils sont stimulés par une source thermique (température supérieure à 42°C), chimique (bradykinine, sérotonine, histamine...), électrique ou mécanique du fait de la présence de récepteurs polymodaux (SFETD, 2015). Ces récepteurs sont très nombreux et variés de même que leurs ligands. Des études ont permis de localiser, à la jonction dermo-hypodermique, des récepteurs au Glutamate, au GABA, à la substance P, aux opioïdes, à la sérotonine, mais aussi des récepteurs à la bradykinine, à l'acétylcholine, à l'ATP, à la capsaïcine ou encore des récepteurs adrénergiques. Cependant, l'activation préférentielle de l'un ou l'autre de ces récepteurs n'est pas encore élucidée. C'est la théorie des « silent nociceptors » décrite par Schaible et Grubb (2010). En effet, ils ont mis en évidence qu'une proportion de récepteurs mécano-sensibles ne s'active pas lors de stimulations mécaniques simples, mais, après injection de bradykinine et/ou de prostaglandine, s'active en réponse à des stimuli mécaniques (Calvino, 2007).

Ces terminaisons nerveuses sont présentes dans la quasi-totalité du corps humain (peau, organes, muscles, articulations...). Leur stimulation va entraîner, par modification de

la perméabilité des membranes, un potentiel d'action qui va cheminer tout au long de la fibre nerveuse concernée jusqu'à la moelle épinière.

Au niveau cutané, la répartition des fibres sensibles est telle qu'elle permet de localiser précisément l'origine de ce signal douloureux. Il existe une sommation temporelle et spatiale, c'est-à-dire que des stimuli voisins, mais aussi des stimuli issus d'un même point cutané mais répétés dans le temps peuvent s'additionner créant ainsi une zone douloureuse et une intensité plus ou moins importante. En revanche, dans les viscères, leur répartition est moins bien organisée et la localisation d'une douleur, abdominale par exemple, peut être imprécise (Denizeau, 2012).

3.6.1.4.2. Les fibres nociceptives

Il existe plusieurs types de fibres nociceptives qui conduisent les messages sensitifs, regroupées en nerfs. En fonction de leur calibre, elles ont des rôles différents :

- Les fibres alpha et bêta : ce sont des fibres de 5 à 15 μm de diamètre, qui sont myélinisées donc à conduction rapide (40 à 100m/seconde). Elles s'activent pour des stimulations mécaniques modérées, entraînant la sensation de tact, mais ne peuvent pas transmettre de message douloureux ;

- Les fibres delta : fibres de 1 à 5 μm de diamètre, qui sont faiblement myélinisées et conduisent l'influx nerveux à une vitesse de 5 à 40 m/seconde. Elles s'activent lorsque le stimulus mécanique dépasse un certain seuil d'intensité, lors d'une brûlure ou d'une stimulation chimique entraînant des picotements, une sensation de piqure. C'est le premier niveau de la douleur, sa localisation est précise dite épicritique ;

- Les fibres C : elles mesurent 0,3 à 1,5 μm de diamètre et sont amyéliniques donc leur vitesse de conduction de l'influx nerveux est inférieure, de l'ordre de 1 à 2 m/seconde. Elles s'activent pour des stimuli mécaniques, chimiques et thermiques mais avec un seuil de stimulation encore plus élevé et entraînent une douleur intense et prolongée, d'apparition plus tardive et de localisation plus diffuse, moins précise (Denizeau, 2012).

3.6.1.4.3. Les médiateurs périphériques

Il existe plusieurs types de stimuli, ou médiateurs périphériques, capables d'activer les fibres sensibles. Parmi eux les lésions thermiques et mécaniques ont une action directe. A l'inverse les lésions inflammatoires, ischémiques et même traumatiques vont agir de façon

indirecte en libérant, au contact des fibres sensibles, des substances dites « algogènes » (Machelska et Stein, 1998). Ainsi, lors des destructions tissulaires, il se produit une cascade d'évènements qui libèrent tour à tour différentes molécules :

- La lyse cellulaire libère dans le secteur extra-cellulaire du potassium, de l'histamine, de la sérotonine, des ions hydrogène, de la bradykinine, de la sérotonine et de l'ATP. Les trois premières substances ont la capacité d'activer directement les nocicepteurs, mais aussi d'abaisser les seuils d'activation des fibres de petit calibre A delta et C face aux stimuli mécaniques et thermiques pouvant également avoir une action synergique.

- l'acide arachidonique est synthétisé sur place, à partir des lésions tissulaires, lui-même à l'origine de la fabrication de puissants médiateurs de l'inflammation : les prostaglandines et les leucotriènes. Ces derniers vont augmenter la sensibilité des nocicepteurs aux substances algogènes. Les prostaglandines ont ensuite un rôle au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière où elles diminuent le contrôle inhibiteur descendant. Ces substances algogènes sont produites non seulement par les cellules lésées mais aussi par les nocicepteurs eux-mêmes qui produisent la substance P.

- La substance P, polypeptide de l'acide aminé, entraîne une vasodilatation et un œdème et ainsi la libération d'histamine, à partir des mastocytes, et de sérotonine, à partir des plaquettes, augmentant la réponse inflammatoire et sensibilisant les nocicepteurs adjacents.

3.6.1.5. Évaluation du patient douloureux

L'ANAES a tenté de fournir un outil de travail aux professionnels de santé qui puisse leur permettre d'une part, de détecter la douleur chronique et d'autre part, d'objectiver la symptomatologie douloureuse clinique et de la quantifier (Vergne-Salle, Beaulieu, Coutaux et al., 2014). Ils ont ainsi publié :

- Un guide d'entretien semi-structuré pour une hétéro-évaluation de la douleur
- Un document d'auto-évaluation pour le patient constitué de plusieurs échelles qui évaluent l'aspect multidimensionnel de la douleur :

- Echelle visuelle analogique (EVA), échelle numérique (EN), échelle verbale simple (EVS) ;
- Schéma des zones douloureuses ;
- Descriptions verbales de la douleur ;

- Mac Gill Pain Questionnaire (MPQ) et questionnaire de Saint Antoine ;
- Des échelles multidimensionnelles de qualité de vie et de retentissement de la maladie : Brief Pain Inventory (BPI), Multidimensional Pain Inventory (MPI), Dallas Pain Questionnaire (DPQ), Medical Outcome Study Short Form-36 (MOS SF-36) ;
- Des outils d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle : millon visual analog scale, oswestry disability questionnaire, roland disability questionnaire, waddel disability index ;
- Des échelles d'évaluation de l'anxiété et de la dépression : Hospital Anxiety
- Depression scale (HAD) et Beck Depression Inventory (BDI) ;
- Une évaluation complémentaire en cas de prise en charge plus approfondie.

En décembre 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une synthèse des recommandations professionnelles sur le thème de la douleur chronique intitulée : « *reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et l'orienter* ». Dans ce texte, la problématique de la douleur chronique est abordée sous forme d'un syndrome, elle est donc reconnue comme une entité à part entière et non plus comme un simple symptôme.

Il apparaît que la partie « évaluation », avec les nombreuses échelles suscitées, n'est guère utilisée et semble inadaptée en soins primaires. Ces outils sont utiles en consultation de la douleur ou lors d'une hospitalisation quand le patient et son fonctionnement ne sont pas connus du médecin qui les prend en charge. Enfin, la prise en charge multidisciplinaire est trop peu retrouvée, par manque de structures spécialisées et par manque de communication entre les différents professionnels de santé. Le document de l'HAS s'attache à identifier les signes précis qui doivent alerter le médecin généraliste et l'amener à orienter le patient vers un centre spécialisé :

- La résistance à l'analyse clinique et au traitement a priori bien conduit ;
- Une composante anxieuse, dépressive ou autre manifestation psychopathologiques ;
- Des interprétations ou croyances du patient éloignées de celles du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements.

L'évaluation du patient douloureux chronique doit se faire sur plusieurs consultations et implique de bien connaître les antécédents de son patient, de réaliser un bilan étiologique, une évaluation de son intensité, et un suivi régulier de l'évolution de cette dernière. Elle doit aussi consister en une recherche de retentissement sur les différents secteurs de la vie

du patient et en une analyse des réponses aux différents traitements utilisés par le passé. Ensuite, et sans transition, si ce n'est une phrase de déculpabilisation sur le fait d'orienter le patient vers une structure hospitalière, le médecin généraliste est incité à orienter le patient vers une structure spécialisée qui apportera un avis diagnostique, thérapeutique et/ou mettra en œuvre une nouvelle évaluation et une prise en charge.

3.6.1.6. Notion de douleur aiguë et de douleur chronique

Introduisons cette sous-partie par des interrogations dont les réponses pourraient servir de bases de compréhension aux notions de douleurs chroniques et aiguës. De ce fait, la douleur relève-t-elle du normal ou du pathologique ? Selon quels critères peut-on décider qu'il y a une saine douleur, telle une sentinelle vigilante, et une autre néfaste qui nous mine et nous dégrade ? Il est important de savoir que jusqu'au début de ce siècle, on assimilait la douleur à un symptôme de blessure ou de maladie et son expression n'était considérée que comme le signe d'appel d'une pathologie. C'est à Leriche, que l'on reconnaît le mérite d'avoir isolé dès 1936 la notion de douleur chronique, sévère et durable, comme une entité médicale propre, véritable « douleur-maladie », souvent plus insupportable et plus dégradante que la maladie qui lui a donné naissance. « *Souvent elle n'a pas de support anatomique connu. Fréquemment, aucune lésion d'organe ne la véhicule. La maladie et son expression se consomme dans le système nerveux. Localisée en apparence, elle atteint pratiquement tout l'individu* » (Guirimand & LeBars, 1996, p.15). Depuis l'expression de ce concept, on distingue deux types de douleurs qui s'opposent point par point : il s'agit de la douleur aiguë et de la douleur chronique.

3.6.1.6.1. La douleur aiguë ou "douleur-symptôme"

C'est une douleur d'installation récente (<3mois), le terme « aiguë » caractérisant la durée et non pas l'intensité de la douleur.

Il s'agit d'une sensation douloureuse soit transitoire, comme celle qui fait suite à un traumatisme modéré, soit plus durable, comme celle qui révèle une maladie ; dans ce cas, elle est réversible lorsque la lésion causale est traitée.

De très nombreuses maladies débutent par une douleur aiguë symptomatique. Cela tient au fait anatomique que la plupart de nos viscères sont entourés d'une tunique très richement innervée : la dure-mère pour le cerveau, le péricarde pour le cœur, la plèvre pour le poumon, le péritoine pour les viscères abdominaux, ... Il en est de même pour notre appareil musculo-squelettique car toutes les articulations et tous les ligaments qui les composent sont

extrêmement sensibles. C'est ainsi qu'une céphalée peut être le premier symptôme d'une méningite, une douleur thoracique celui d'une crise d'angine de poitrine. Il faut savoir que ces douleurs d'appel d'origine viscérale n'ont pas une valeur topographique précise et peuvent même induire des erreurs si l'on méconnaît certains pièges diagnostiques. C'est ce qu'on appelle les douleurs dites rapportées telles que la classique irradiation douloureuse dans le membre supérieur gauche d'une affection cardiaque ou la douleur dorso-lombaire d'un ulcère duodéno-gastrique perforé (Harrison et Geppetti, 2001).

Toutes ces douleurs aiguës d'origine viscérale sont considérées comme utiles car elles avertissent l'individu du développement d'une lésion interne. Une fois passée la phase aiguë lorsque la douleur persiste, alors que la lésion génératrice traumatique ou pathologique est résolue ou traitée, elle est dite chronique.

3.6.1.6.2. Douleurs chroniques

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la douleur chronique comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

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

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa « finalité » de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle quelle que soit son origine. La douleur est fréquemment associée à des facteurs de renforcement qui participent à son entretien comme :

- des manifestations psychopathologiques ;
- une demande insistante par le patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ;
- une difficulté pour le patient à s'adapter à la situation.

La douleur chronique doit être abordée selon un modèle bio-psycho-social, sa prise en charge reposant d'abord sur une démarche évaluative puis sur un traitement, souvent multimodal, dont l'objectif est réadaptatif (HAS, 2015).

Les douleurs chroniques les plus fréquemment rencontrées sont les douleurs de l'appareil locomoteur (lombalgies, lombo-radiculalgies...), les douleurs neuropathiques, les syndromes douloureux régionaux complexes (algodystrophie, causalgie), les céphalées, les douleurs myofasciales, les fibromyalgies, les douleurs psychogènes et les douleurs idiopathiques. La douleur chronique se différencie en tout point de la douleur aiguë. Cette dernière est le symptôme d'une maladie ou d'un traumatisme ayant une valeur protectrice, répondant au traitement antalgique et surtout au traitement étiologique. La douleur chronique, quant à elle, est un syndrome complexe aux causes multiples qui n'a pas de valeur protectrice. En effet, elle persiste bien après le retrait de la source de la lésion, voire même après la guérison de la lésion et ne répond pas ou peu aux traitements antalgiques. Cette douleur peut affecter les patients dans tous les domaines, à savoir : les fonctions instinctuelles, le fonctionnement quotidien, la vie sociale, professionnelle et familiale. En effet, la douleur isole et culpabilise.

N'étant pas visible, il est difficile de la faire accepter à l'entourage. Ainsi, elle ne permet pas de justifier la diminution des engagements sociaux et familiaux. La famille et les amis, ne comprenant pas, finissent par s'éloigner et par juger le patient douloureux. Selon Beecher (1957), la vision de la douleur d'autrui crée une « émotion aversive » et engendrerait.

3.6.1.6.3. Les composantes de la douleur chronique

La douleur chronique est une entité complexe, pluridimensionnelle dont les composantes décrites sont les suivantes.

- La composante sensori-discriminative

La composante sensori-discriminative correspond au décodage du message sensoriel, à la caractérisation du type de douleur (décharge électrique, fourmillement, picotement, broiement...), de son intensité, de sa durée et de sa localisation. Cette composante est très utilisée en clinique puisque c'est la sémiologie de la douleur qui, pourtant, est totalement subjective, soumise à l'interprétation de chaque malade.

- La composante affectivo-émotionnelle

La composante affectivo-émotionnelle correspond à la façon dont le patient va vivre cette douleur, à l'émotion qui va l'accompagner. Son retentissement pourra être plus ou moins important en fonction de son état antérieur, de l'intensité ou de la durée de la douleur. Pour mieux comprendre cette composante, prenons l'exemple de l'asymbolie à la douleur (Guirimand & LeBars, 1996), trouble neurologique résultant d'une lésion cérébrale du lobe pariétal gauche ou de l'insula. Les personnes qui en souffrent ne ressentent plus d'affect lié à la douleur. Ils ressentent toujours le stimulus sensoriel nociceptif mais celui-ci n'est plus vécu comme pénible. C'est une forme d'agnosie de la douleur.

- ***La composante cognitive***

La composante cognitive se réfère aux processus mentaux qui vont être mis en route par la douleur et qui vont pouvoir la moduler en fonction de l'interprétation qui en sera faite. Cette composante va pouvoir diminuer la sensation douloureuse par des phénomènes d'attention-distraktion, par la connaissance de la curabilité de l'affection causale par exemple ou à l'inverse, majorer cette douleur dans une situation de maladie grave, ou en cas de bénéfices secondaires ou primaires. Parfois, des interprétations erronées, l'incertitude d'un résultat d'examen complémentaire « négatif », le désarroi engendré par des avis successifs discordants peuvent à eux seuls aggraver ou pérenniser une douleur chronique.

- ***La composante comportementale***

La composante comportementale correspond à l'expression de la douleur, aux manifestations visibles de l'extérieur et qui peuvent être conscientes ou inconscientes. Il y a des manifestations neuro-végétatives (sueurs, pâleur...), verbales (mots, gémissements...), ou motrices (attitudes antalgiques, impotence...). Cliniquement, il existe des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur qui sont basées sur cette composante comportementale. C'est le cas de l'échelle de Payen, (Payen et al., 2001) créée par une équipe de réanimation pour les patients dans le coma ne pouvant s'exprimer. Pour le patient, c'est un mode de communication non verbale avec l'entourage qui confère une dimension relationnelle à la douleur.

3.6.2. Douleur chronique comme maladie

Quand la douleur dure trop longtemps et finit par s'installer, elle perd tout rôle de protection et de signal. Selon Leriche (1937), la douleur chronique est une maladie à part

entière. Il parle de « *douleur maladie* », qu'il oppose à la « *douleur-symptôme* » qu'est la douleur aiguë. Pour Ferragut et al. (1995) le syndrome douloureux chronique est cette douleur maladie ou douleur chronique, qui rend compte de l'ensemble des manifestations physiques, psychologiques, comportementales et sociales qui tendent à faire considérer la douleur persistante, quelle que soit son étiologie de départ, plus comme le simple signe d'un désordre physiopathologique sous-jacent.

La douleur chronique se caractérise par sa durée d'évolution longue (supérieure à trois à six mois), et par une réponse insuffisante au traitement. La Haute Autorité de Santé (HAS) considère que l'on peut parler de douleur chronique quand elle génère une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient, dans ses activités de la vie quotidienne (au domicile comme à l'école ou au travail). Elle peut être accompagnée de manifestations psychopathologiques et de difficultés du patient à s'adapter à la situation. De plus, on remarque fréquemment ses demandes insistantes de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare par ailleurs leur inefficacité à le soulager. La douleur chronique a donc des répercussions majeures sur le sujet atteint et sur sa vie.

3.6.2.1. Les répercussions de la douleur chronique

3.6.2.1.1. Répercussions physiques

Les personnes souffrant de douleurs chroniques rapportent souvent un état de grande fatigue. Les patients évoquent souvent que la douleur les réveille la nuit, et qu'ils peinent à trouver une position confortable où la douleur ne se fait pas sentir.

La fatigue peut être le résultat direct d'un état douloureux nuisant à la qualité du sommeil, mais aussi de l'énergie que la personne dépense pour affronter la douleur. La douleur chronique entraîne également de fréquentes perturbations de l'alimentation, liées à la douleur elle-même, mais aussi à son traitement. Le risque nutritionnel est élevé, avec des carences, une prise ou une perte de poids. Ceci est explicable par la diminution de l'activité physique et la fonte musculaire, ainsi que par la prise d'aliments prêts à consommer et l'augmentation du grignotage.

De plus, la mobilité va être altérée chez le patient douloureux chronique, car les douleurs vont limiter et interdire certains mouvements. Cela provoque une perte d'autonomie importante pour le sujet qui n'est plus en mesure de réaliser les activités de la vie quotidienne.

Les peurs et craintes reliées à la douleur entraînent un évitement des activités considérées comme pouvant provoquer ou augmenter la douleur, ou pouvant aggraver une lésion. Le sujet va chercher à adopter des positions antalgiques et va réduire considérablement ses activités et sa motricité, restant souvent en position allongée. Apparaît alors un véritable ralentissement sur la fonctionnalité et le handicap. On retrouve chez ces patients une kinésiophobie (peur du mouvement). Cette crainte du mouvement générateur de douleurs va peu à peu amener le patient vers un déconditionnement physique qui, à son tour, accroît l'incapacité et la survenue des douleurs.

3.6.2.1.2. Répercussions psychologiques

Les patients douloureux chroniques sont très souvent dans une grande détresse psychologique. Leurs douleurs dans certains cas est pourvoyeuse d'anxiété, ce qui pourrait entraîner une hypervigilance et un comportement d'évitement. Les patients douloureux anxieux sont très attentifs à leurs sensations corporelles et en particulier celles douloureuses. L'hypervigilance a comme conséquences une exacerbation de la perception de la douleur et une augmentation de l'impact de la douleur sur les comportements. Le patient, anxieux, aura tendance à mettre en place des comportements d'évitement, en renonçant à toute action pour laquelle il craint une douleur éventuelle (kinésiophobie). Liée à une vision catastrophique de la douleur, l'anxiété va réduire chez le patient sa capacité à contrôler sa douleur, et pourra favoriser la chronicisation du phénomène douloureux.

De ce fait, une fois chroniciser, la douleur va entraîner chez certains patients une dépression, le faisant se sentir seul et impuissant face à l'ampleur de sa douleur.

Boureau présente les signes dépressifs retrouvés dans le syndrome douloureux chronique : tristesse, troubles du caractère, perte des intérêts, fatigabilité, troubles de l'attention, insomnie.

3.6.2.1.3. Répercussions familiales

La douleur chronique n'affecte pas seulement le patient, mais aussi tout le système familial. En retour, la réaction du système familial face à la douleur de l'un de ses membres n'est pas neutre par rapport à l'évolution clinique du patient lui-même, mais agit de façon directe sur sa vulnérabilité et ses ressources.

Puisque la douleur chronique impacte le sujet dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, on observe alors souvent une redistribution des rôles et des tâches au sein de la famille. Celle-ci peut éprouver de la peine devant la souffrance de son proche et se resserrer

autour de lui, au risque de gêner le patient qui va alors culpabiliser et se replier davantage sur lui-même. Si elle l'aide trop, elle risque d'entretenir la maladie qui va s'aggraver. À l'inverse, il arrive que la famille se laisse gagner par la lassitude, l'incompréhension. Les personnes douloureuses chroniques sont parfois rejetées par leurs proches qui perdent patience face aux plaintes douloureuses perpétuelles. Ces douleurs représentent un réel handicap, souvent imperceptible par autrui. La non-reconnaissance de la douleur par l'entourage constitue à elle seule une véritable souffrance pour le sujet.

3.6.2.1.4. Répercussions sociales et professionnelles :

Enfermé dans sa douleur, le sujet douloureux chronique se replie sur lui-même. Craignant souvent le regard d'autrui, il s'isole et se désinsère, ce qui va alimenter dans le même temps une mise à distance du sujet de la part de l'entourage social. Au niveau professionnel, les douleurs et leurs conséquences néfastes nuisent considérablement à la capacité de travailler du sujet souffrant. On remarque alors de fréquentes absences, des temps creux, des pauses très longues, des efforts réduits de travail, qui peuvent conduire à une mise en invalidité professionnelle, avec des répercussions financières évidentes qu'elle pourra générer.

Evidemment, ces différentes dimensions de la vie du sujet sont intriquées, et on observe un phénomène d'amplification réciproque entre elles. Bien que localisée en apparence, la douleur chronique atteint pratiquement tout l'individu, car comme Leriche (1937) le relève, la lutte contre la douleur est une usure. En peu de temps elle fait de l'esprit le plus lumineux un être traqué, replié sur lui-même, concentré sur son mal. En fait la douleur est toujours un sinistre cadeau qui diminue l'homme. De plus, la douleur chronique est difficile à comprendre car sa cause n'est pas toujours visible, ni même connue. Elle augmente, diminue, disparaît ou réapparaît sans que l'on sache toujours expliquer pourquoi. Les patients rapportent très souvent lors de l'entretien des douleurs imprévisibles, évoluant par pics, dont la localisation est variable.

Les mécanismes qui mènent à la chronicisation des douleurs sont encore méconnus à l'heure actuelle. Les facteurs en cause sont le plus souvent intriqués. Ils peuvent être d'ordre somatique (source nociceptive persistante, lésion ou dysfonction nerveuse), d'ordre psychologique (anxiété, dépression, interprétations « catastrophistes », comportements d'évitements) ou d'ordre environnemental (renforcement de comportements douloureux par le contexte familial, professionnel ou médical). Les facteurs psychosociaux et émotionnels peuvent agir comme facteurs de vulnérabilité, de maintien ou d'amplification du processus douloureux, et conduire à sa pérennisation. Plus la douleur se chronicise, plus l'importance des

causes organiques diminue au profit des facteurs psychosociaux, comportementaux et relationnels.

3.6.2.2. La douleur comme traumatisme

La douleur peut aussi être considérée comme une expérience violente, effractante, susceptible de déborder les capacités d'adaptation de l'individu. Elle peut constituer une véritable expérience traumatique en soi. On considère qu'il y a un traumatisme quand l'expérience vécue (ici l'expérience douloureuse) déborde les capacités d'élaboration psychique du sujet, c'est-à-dire ses compétences à penser et à donner du sens à ce qu'il vit. Le traumatisme lié à la douleur est donc à la fois corporel et psychique. La douleur est comme une irruption de tension responsable pour le psychisme d'une effraction. Dès la fin du XIX^e siècle, Freud souligne l'aspect traumatique de la douleur, en ce sens qu'elle provoque une brèche dans les défenses psychiques du sujet. Cette effraction dans le psychisme du sujet est responsable d'une paralysie des opérations mentales. Le patient se focalise alors sur la zone corporelle douloureuse. Le Breton (2009, p. 326), affirme que « *dans le cas de la douleur corporelle, il se produit un investissement élevé et qu'il faut qualifier de narcissique de l'endroit du corps douloureux, investissement qui ne cesse d'augmenter et qui tend pour ainsi dire à vider le moi* ».

La douleur provoque donc une faille dans les défenses psychiques du sujet souffrant, qui se recentre sur son corps autour du phénomène douloureux. Suite à ce surinvestissement narcissique, apparaît un désinvestissement conjoint du monde extérieur et d'autrui, et pour finir de tout ce qui n'est pas la douleur. Plus elle augmente, plus le sujet se vit uniquement comme douleur. Il peut parfois aller jusqu'à se couper de la perception de son corps par un phénomène de clivage, de dissociation. Sous l'effet de l'insupportable qui devient incommunicable à soi-même et à l'autre, et invivable, le sujet douloureux se coupe de lui-même, il se dissocie pour ne plus vivre l'intolérable. La douleur revêt alors un caractère traumatique, car elle est liée à une absence de préparation et à l'impossibilité pour le sujet de fuir l'expérience douloureuse. Il va alors s'efforcer de colmater cette faille dans ses défenses psychiques par un renforcement tonique, qui est également l'un des éléments responsables de l'augmentation de la douleur.

Le caractère traumatique de la douleur est totalement subjectif : c'est uniquement la façon dont un sujet vit une situation, dont il y réagit, qui fait la sévérité du traumatisme. D'où l'importance majeure d'une prise en soin personnalisée et pluridisciplinaire de la douleur chronique.

3.6.2.3. *Douleur chronique et Image du corps*

L'atteinte de l'image du corps constitue un trouble clinique caractérisé par « *l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu* » (Reich, 2009, p. 248). Cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement le fonctionnement du sujet.

La douleur chronique a des répercussions majeures sur le sujet atteint et sur sa vie. Elle est une véritable expérience traumatique, à la fois corporelle et psychique, et vient déborder les capacités d'élaboration psychique du sujet. Pour Le Breton (2009, p. 328), « *la souffrance est une réduction du corps au seul lieu de l'incandescence douloureuse. L'individu n'a plus de repli, aucun refuge, tout est dévasté. Il est sous son emprise* ». Si le sujet douloureux chronique se retrouve sous l'emprise de la douleur, l'image qu'il a de ce corps souffrant va alors forcément être impactée.

Schilder (1935), dans son ouvrage « *L'image du corps. Etudes des forces constructives de la psyché* », s'est intéressé à l'impact de la douleur chronique sur l'image du corps. Il postule que la douleur doit être localisée, et par conséquent reliée à l'organisation du corps. Il souligne que la partie du corps dans laquelle la douleur est ressentie capte toute l'attention du sujet douloureux, qui de ce fait désinvestit le reste du corps. Mais paradoxalement, la partie douloureuse se retrouve comme isolée, exclue, retirée de l'image du corps. Il est aisé de constater que la douleur chronique vient

Selon Pireyre (2015), dans sa conception de l'image composite du corps, la douleur chronique viendrait impacter la plupart de ses sous-composantes.

La présence de douleur chronique crée une faille dans ce sentiment de continuité d'existence du sujet. En effet, quand tout va bien, il y a « *une évidence des éprouvés corporels qui sont vécus dans ce sentiment de continuité d'existence* » (Korff-Sausse, 2013, p. 133). Mais, quand le corps quitte cet état de santé, « *ce corps qui paraît aller de soi, source d'éprouvés naturels et non questionnés, devient une figure de l'inquiétude étrangeté* » (Op.Cit). Ce corps, qui devient lieu de soins et de rééducations, confronte le sujet à un étranger avec lequel il lui faut bien vivre. Le sujet douloureux se sent alors trahi par ce corps devenu défaillant et douloureux, ce qui vient briser « *l'illusion d'immortalité* » (Ibid, p. 134) dans laquelle il était bercé.

La douleur chronique vient bouleverser le sujet dans son identité à la fois corporelle, personnelle et sociale. « *L'identité nous est donnée dès la naissance, s'acquiert au cours du développement psychoaffectif, et trouve ses racines dans notre corps et dans la relation à nos parents* » (Pireyre, 2015, p. 62). Le patient douloureux chronique sait qu'il n'a pas fondamentalement changé, pourtant il existe une fracture entre son corps et lui. Cette rupture d'avec l'état antérieur se retrouve très fréquemment dans son discours, dans lequel il se dit ne plus être comme avant, ou bien ne plus se reconnaître. Son identité se retrouve bouleversée par ce corps menaçant : « *Le sujet devient étranger à lui-même* » (Op.Cit). On retrouve également une identification du sujet à la douleur comme composante majeure de son identité. Son identité sociale est également atteinte. En effet, le sujet douloureux se voit souvent contraint d'arrêter de travailler. Il perd donc sa place au sein de la hiérarchie professionnelle. Cet arrêt de travail marque la reconnaissance du handicap social, terme bien souvent difficile à accepter pour le patient. De plus, la redistribution des tâches au sein de la famille du fait de la douleur de l'un de ses membres peut également engendrer un remaniement des rôles familiaux : le patient douloureux perd ensuite sa place dans la hiérarchie familiale.

La présence de la douleur chronique devient une menace à l'intégrité corporelle du sujet, qui provoque également une faille dans ses défenses psychiques. En bref, la douleur est une effraction. Elle vient donc réinterroger la question des limites, tant physiques que psychiques. L'intérieur du corps n'étant perceptible que par les sensations qui nous parviennent, la représentation en est forcément impactée dans la douleur chronique. La sensation douloureuse serait comme accéder à ce qui se passe derrière le rideau de scène passer de l'invisible au survisible, du silence au tellement bruyant (Honner, 2015). Ainsi, des zones du corps dont le sujet n'avait pas pleinement conscience se manifestent par l'intermédiaire de sensations douloureuses. Le sujet douloureux chronique perçoit donc son corps comme fragile, et va se montrer très attentif aux sensations éprouvées dans son corps, ressenties alors plus intensément.

Chez les patients douloureux chroniques, on observe très fréquemment des tensions musculaires importantes et une hypertonie globale. En effet, ces tensions musculaires sont parfois une réponse corporelle permettant de contribuer à une posture antalgique. Elles peuvent également être le résultat d'une crispation, elle-même consécutive à la peur d'apparition d'un pic douloureux. Enfin, nous pouvons également envisager cette hypertonie comme un moyen de défense tonique mis en place par le sujet afin de se préserver de la mise en péril de son intégrité corporelle, et dans le but de maintenir une certaine unité psychocorporelle.

La sensation n'est jamais ressentie telle qu'elle est réellement puisque nous l'interprétons de façon cognitive et affective. De ce fait, il nous est impossible de percevoir non seulement le monde mais aussi notre propre corps tels qu'ils sont réellement. La sensation douloureuse va alors être perçue et interprétée par le sujet selon sa propre subjectivité, son histoire et ses croyances, ainsi que son vécu corporel, et va être teintée d'affectivité. La douleur chronique, même si elle est cantonnée à un organe ou un nerf lésé, va donc dépasser cette localisation pour envahir tout l'individu, infiltrer tout le sujet et va considérablement modifier ses rapports à l'environnement, mais également à son corps propre.

Dans une logique de compréhension tonico-émotionnelle de la douleur dans le langage corporel du sujet, le patient douloureux chronique aura tendance à adopter une posture antalgique, souvent fermée, marquée par des raideurs toniques importantes. Ses gestes et déplacements seront également modifiés (plus lents, saccadés, petits pas...). Ses mimiques et son regard reflètent à leur tour son mal-être et les émotions négatives qui l'agitent. Sa douleur apparaît donc à l'autre par le biais de ces modifications corporelles, qui ont valeur de communication.

La réflexion autour de l'image du corps et de la douleur chronique nous amène à penser l'exploration et la compréhension des angoisses corporelles archaïques. Elles sont observables tant chez le bébé que chez l'adulte tout-venant. De natures inconscientes, elles ont des implications essentielles dans la vie quotidienne. Selon les psychanalystes, ces angoisses sont qualifiées d'archaïques car elles sont présentes avant l'installation du langage. Ces angoisses, qualifiées d'angoisses disséquantes primitives, sont de se morceler, de ne pas cesser de tomber, de ne pas avoir de relation avec son corps, et de ne pas avoir d'orientation. Pireyre (2015) parle d'angoisse de morcellement, d'effondrement, de dévoration et de liquéfaction. Ces angoisses pourraient normalement être dépassées grâce aux soins maternels, mais pourraient ressurgir dans certaines situations très chargées émotionnellement.

On retrouve donc cette angoisse chez les patients douloureux chroniques, qui évoquent une impossibilité à « lâcher prise », ce qui peut être mis en lien avec une crainte de l'effondrement. En effet, le sujet souffrant présente généralement une hypertonie globale. Cette rigidité musculaire semble constituer une « cuirasse tonique », si l'on reprend les termes de Reich, mis en place par le sujet afin de maintenir une certaine unité psychocorporelle. Relâcher, c'est risquer alors de mettre en péril cette unité.

Il apparaît donc que la douleur chronique impacte fortement l'image du corps du sujet qui souffre, et cela à différents niveaux. Elle atteint tout d'abord le sentiment de continuité d'existence du sujet, mais également son identité et la question de l'enveloppe corporelle. Elle bouleverse également le vécu intérieur du corps, mais aussi sa sensibilité somato-viscérale. Enfin, la douleur chronique impacte le sujet au niveau tonique, et par là même les capacités communicationnelles de son corps. Elle peut également générer des angoisses corporelles archaïques.

3.6.2.4. *Prise en charge de la douleur chronique*

La douleur chronique étant souvent la conséquence de facteurs multiples, à la fois physiologiques, psychologiques, sociaux, familiaux..., il s'avère particulièrement complexe de l'évaluer et de la traiter. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la prise en charge pluridisciplinaire des personnes souffrant de douleurs chroniques. L'intervention de professionnels issus de disciplines différentes permet ainsi d'appréhender au mieux les diverses composantes de la douleur et de proposer une combinaison de techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales afin de tenter d'y pallier.

- *Structures d'évaluation et de traitement de la douleur*

En cas de persistance de la douleur malgré le traitement en cours, le patient peut être orienté vers une structure spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique. Il pourra ainsi bénéficier d'un avis diagnostique et thérapeutique complémentaire, à travers une évaluation approfondie et multidimensionnelle des déterminants et des mécanismes de la douleur, et une réévaluation du traitement médicamenteux. De plus, la mise en œuvre de l'évaluation ou de la prise en charge du patient sera facilitée par la structure spécialisée, particulièrement lorsqu'une approche pluridisciplinaire s'avère nécessaire.

Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique devraient être structurées de manière à laisser voir une organisation tripartite bien différente. Les consultations pluridisciplinaires, implantées au sein des établissements de santé publics ou privés, permettent une approche globale du patient douloureux chronique : prévention, soin, réinsertion, prise en compte du contexte familial, social et professionnel. Les unités pluridisciplinaires disposent, en plus des consultations, de lits d'hospitalisation et/ou des places en hôpital de jour spécifiques à l'évaluation et au traitement de la douleur. Enfin, les centres d'évaluation et de traitement de la douleur, implantés dans certains centres hospitalo-universitaires, ont une triple mission de

soins, de recherche et d'enseignement. Ils permettent ainsi d'aborder conjointement la prise en charge des malades, la formation des médecins et du personnel soignant et les différents aspects de la recherche sur la douleur.

Les structures censées accueillir les patients douloureux chroniques doivent avoir pour mission d'appréhender la douleur selon un modèle biopsychosocial, puisque les facteurs psychologiques et sociaux doivent être considérés au même titre que les facteurs biologiques dans l'étiologie de la maladie. Il ne s'agit pas seulement de réduire l'intensité de la douleur, mais aussi d'améliorer l'état fonctionnel physique, psychologique, social et professionnel, ainsi que la qualité de vie du patient douloureux. La prise en soin du patient douloureux doit s'appuyer premièrement sur une démarche évaluative, puis sur un traitement multimodal dont l'objectif ne sera pas tellement curatif, mais plutôt réadaptatif.

Les objectifs de cette prise en soin réadaptative seront de favoriser la reprise et la réalisation des activités de la vie courante et d'améliorer les capacités et l'endurance physiques du patient. Il s'agira également de réduire la détresse psychologique qui accompagne souvent la douleur chronique, et enfin d'améliorer l'autogestion de la douleur et d'apprendre au patient à percevoir les signes annonciateurs d'un pic douloureux.

3.6.2.5. *La relation malade-médecin dans la prise en charge de la douleur*

Le premier contact avec le patient va être décisif dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. Il est alors de l'intérêt du soignant d'être attentif à la plainte du patient. En effet, elle exprime la souffrance du patient et sa demande et, par sa manière de l'exprimer, il fournit des renseignements précieux sur sa personnalité et des orientations pour le diagnostic.

Dans le cadre d'une consultation de la douleur, la plainte du patient exprime évidemment la douleur du corps et les réactions émotionnelles et psychologiques qu'elle entraîne. Elle est souvent un moyen pour faire apparaître, sans la nommer, une souffrance d'une autre nature, cachée derrière la plainte somatique. Il faudrait alors décoder le sens profond attribué à cette douleur et trouver la vraie demande du patient (Ferragut, 2008).

L'entretien doit donc favoriser l'expression du patient, de son vécu, de ses émotions, tout en étant contenant et sécurisant. La communication doit être ouverte sur la vie du sujet, et non pas uniquement centrée sur le symptôme. Ce qui lui permettra de prendre conscience par lui-même de la dimension psychologique qui sous-tend sa douleur.

- *Evaluation de la douleur en structure spécialisée*

La douleur étant une expérience sensorielle et émotionnelle subjective, l'évaluer est essentiel pour différentes raisons. Tout d'abord, l'évaluation initiale de la douleur chronique permet de faire la synthèse de ce qui a été fait auparavant. Il convient de prendre en compte les demandes du patient et du médecin, de vérifier les faits cliniques et diagnostiques et de s'assurer que les traitements en cours sont correctement suivis par le patient. Cette évaluation vient également compléter les éventuelles évaluations antérieures. De plus, certains patients n'évoquent aucune plainte de façon spontanée, pour des raisons parfois culturelles, ou bien en raison d'une appréhension, ou encore pour ne pas risquer de déranger l'équipe soignante. Pour ces patients, l'évaluation va leur permettre de se sentir reconnus et soutenus face à leur vécu douloureux, et ainsi de pouvoir le mettre en mots.

L'évaluation de la douleur permet également d'objectiver le vécu subjectif du patient, et donc de donner des repères à l'équipe soignante à propos de l'origine de la douleur ou du traitement à proposer. Elle va permettre de déterminer plus précisément la localisation du phénomène douloureux, son intensité, sa temporalité, ses différentes manifestations, ainsi que le retentissement de celui-ci sur la qualité de vie du patient.

Afin de réaliser cette évaluation, il existe un certain nombre d'outils à disposition de l'équipe soignante, souvent sous forme d'échelles ou de questionnaires.

Les échelles unidimensionnelles permettent d'évaluer la douleur selon une seule de ses caractéristiques, à savoir son intensité. Il existe également des échelles d'évaluation multidimensionnelles de la douleur, qui vont explorer à la fois la dimension sensorielle de la douleur mais aussi son retentissement émotionnel chez le patient. Le questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA), par exemple, est réalisé par le patient en auto-évaluation. Dans ce questionnaire, seize groupes de mots lui sont proposés afin de qualifier sa douleur, classés par ordre croissant de gravité (par exemple : fatigante, énervante, éreintante). Le patient doit ensuite attribuer une note de 0 à 4 à chacun des mots en fonction de son ressenti (0 pour « pas du tout – absent » à 4 « extrêmement – extrêmement fort »).

On utilise également l'échelle du bonhomme qui présente au patient le dessin d'un bonhomme de face et de dos, il lui est demandé de choisir une couleur en fonction de l'intensité de sa douleur et de colorier les zones qui lui font mal. Cet outil est intéressant dans les douleurs chroniques, car il permet de mettre en avant la localisation des douleurs, ainsi que leur évolution

dans le temps. Il permet également au patient, à travers cette représentation, de symboliser son vécu douloureux.

Ces différents outils vont donc permettre d'évaluer la douleur que ressent le patient. Cependant, il convient de ne pas la réduire au simple résultat d'une cotation. Il faut garder à l'esprit que plus que la douleur en elle-même, c'est le vécu douloureux du patient que l'on cherche à appréhender. Quand le patient se plaint de douleurs, il est nécessaire de croire en son mal-être et de se demander dans quelles conditions celles-ci surviennent afin de chercher à les soulager. Comme le souligne Le Breton (2009, P.73) « *La douleur ne se prouve pas, elle s'éprouve... Seule est souveraine la parole du patient sur son ressenti. S'il dit qu'il souffre, nul n'est en position d'en douter ou de minimiser sa peine et il doit recevoir le soulagement qu'il réclame* ».

Le but de l'évaluation initiale de la douleur chronique sera donc de préciser les mécanismes de la douleur, et les dimensions qui y sont intriquées (composante physique, psychologique, cognitive, sociale et professionnelle). Le professionnel pourra également mettre en avant d'éventuelles résistances, incohérences relevées dans le discours du patient ou les bénéfices secondaires. Il repèrera aussi les conséquences de la douleur chronique sur la qualité de vie et les activités quotidiennes, pouvant conduire à une demande de reconnaissance de situation de handicap. Les ressources susceptibles d'aider le patient à faire face à la douleur seront également explorées. De plus, pour tout patient quel que soit son âge, sa profession ou son statut social, il est recommandé de rechercher ses caractéristiques comportementales avant l'épisode douloureux, les conséquences de la douleur sur ses activités sociales et professionnelles ainsi que les conséquences financières selon la situation du patient.

A l'issue de l'évaluation de la douleur chronique, les professionnels de soins doivent rencontrer le patient afin de faire le point sur sa situation. Ils doivent valider ou modifier la prise en soin en cours, expliciter la stratégie thérapeutique proposée (objectifs, traitements proposés, intervenants, orientation ultérieure...), et proposer si nécessaire un programme de prise en soin multidisciplinaire. Un accompagnement social peut également être proposé au patient afin de l'aider dans les démarches à entreprendre.

Au terme de cette évaluation, si les professionnels estiment que la prise en soin actuelle est adéquate, ou si l'orientation en structure spécialisée leur semble inappropriée, le patient sera réorienté vers le médecin demandeur (d'évaluation). Si elle s'avère nécessaire, la prise en soin du patient peut être réalisée au sein de la structure spécialisée, du fait de sa situation clinique

mais aussi des possibilités offertes par la structure. Ainsi, le patient douloureux chronique bénéficiera d'une prise en soin pluridisciplinaire délivrée par les professionnels de la structure spécialisée en fonction de ses besoins, afin de soulager au mieux ses douleurs.

- ***Traitement de la douleur chronique***

Toute équipe soignante se doit de soulager au mieux la souffrance du patient douloureux chronique, au travers de thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses.

- *Thérapie médicamenteuse*

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe les médicaments antalgiques en trois niveaux selon leur puissance d'action :

Niveau 1 ou antalgiques non opioïdes : Ces antalgiques sont destinés aux douleurs de faible ou de moyenne intensité. Il s'agit du paracétamol, de l'aspirine et des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Niveau 2 ou antalgiques morphiniques faibles : Ils sont destinés au traitement des douleurs modérées à fortes (codéine, Tramadol, médicaments à base d'opium).

Niveau 3 ou antalgiques morphiniques forts : Ces derniers sont réservés au traitement des douleurs de forte intensité.

Lors de la délivrance d'un traitement antalgique, le médecin respecte généralement ces différents paliers de traitement. Il prescrit en première intention un antalgique de niveau 1, et passera à un antalgique de niveau 2 si le premier ne suffit à soulager efficacement le patient. Cependant, en cas de douleurs trop intenses, le médecin pourra prescrire directement un antalgique morphinique faible ou fort.

Des antalgiques sont également disponibles sous forme d'emplâtres, pour une action antalgique locale à diffusion progressive (Versatis dans le cas de douleurs neuropathiques). Associés au traitement antalgique classique, on retrouve la prescription de médicaments co-antalgiques. Ce sont des médicaments qui agissent sur la douleur, sans pour autant être des antalgiques au sens pharmacologique du terme. Parmi ceux-ci, on trouve les corticoïdes, aux propriétés anti-inflammatoires et anti-œdémateuses. Ils sont à utiliser avec précaution, car sources de nombreux effets indésirables. Des myorelaxants sont également fréquemment prescrits, surtout dans les affections qui s'accompagnent de contractures musculaires.

Le patient douloureux chronique se voit souvent prescrire également un traitement antidépresseur. Nécessaires pour lutter contre la dépression qui accompagne bien souvent les douleurs chroniques, les antidépresseurs ont aussi montré un effet antalgique intéressant, principalement dans le cas de douleurs neuropathiques périphériques et centrales. C'est également le cas des médicaments antiépileptiques, dont la douleur n'est pourtant pas l'indication première. Utilisés régulièrement dans la pratique, ils sont prescrits afin de traiter la composante paroxystique à type de décharge des douleurs neuropathiques.

Éducation thérapeutique du patient

Selon l'OMS (2007), l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle existe également dans le cas des douleurs chroniques.

L'éducation thérapeutique du patient douloureux chronique ou ETP a pour but de l'aider à comprendre au mieux ses douleurs et leur traitement, comment les éviter ou les minorer, et également de l'aider à maintenir et améliorer sa qualité de vie. Elle se compose d'ateliers organisés spécialement conçus pour rendre les patients conscients et informés sur leurs douleurs, sur les soins et les comportements liés à la santé et à la maladie.

Les finalités spécifiques de l'ETP sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins : soulager ses douleurs, savoir comment et quand prendre son traitement, modifier son mode de vie, communiquer avec l'entourage...
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation : savoir gérer ses émotions et son stress (facteurs majorant la douleur), se connaître soi-même, se fixer des buts à atteindre...

Lorsqu'elle est collective, l'ETP permet aux patients douloureux chroniques d'échanger autour de leur expérience de la douleur et des stratégies compensatoires mises en œuvre pour tenter d'y pallier. C'est alors le patient qui est acteur de l'ETP, autour d'une réflexion partagée.

Thérapies non médicamenteuses

Comme nous avons pu le constater précédemment, les traitements médicamenteux suffisent rarement à soulager totalement le patient douloureux chronique. Il est donc nécessaire d'envisager différentes façons de pallier ses douleurs à travers des thérapies non

médicamenteuses. Le modèle interdisciplinaire est considéré par la HAS comme optimal pour les douleurs chroniques : les guides de pratique recommandent la prise en soin de la douleur chronique par des équipes intégrées composées de médecins, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, infirmiers, travailleurs sociaux, etc. Les membres de ces équipes se rencontrent régulièrement pour discuter des cas des malades, utilisent un système de dossiers communs, et ont une approche commune de prise en soin des patients.

La kinésithérapie occupe une place importante au sein de l'équipe de soins dans la prise en soin de douleurs chroniques. Par les techniques qui lui sont propres (mobilisations, étirements, massages,...), le kinésithérapeute va contribuer à l'amélioration de la qualité de

vie du patient, en soulageant les douleurs présentes et en prévenant l'apparition de nouvelles douleurs. Le travail peut également se faire en balnéothérapie, l'eau offrant un milieu sécurisant propice à la détente musculaire. La stimulation électrique transcutanée ou TENS peut aussi être proposée par le kinésithérapeute, mais également utilisée par le patient dans une démarche autonome. Elle consiste en l'envoi de stimuli électriques via un générateur portable, par l'intermédiaire d'électrodes appliquées sur la peau du patient.

L'utilisation du TENS s'explique par la théorie du « gate control » : c'est la stimulation des fibres non nociceptives qui va induire l'effet antalgique.

L'équipe soignante peut également proposer au patient l'utilisation du chaud et/ou du froid afin de soulager la douleur lorsqu'elle survient. La thermothérapie (thérapie par le chaud) sera davantage proposée dans le cas de douleurs musculaires ou articulaires, tandis que la cryothérapie (par le froid) trouve son intérêt dans les douleurs inflammatoires aiguës, car elle permet de réduire les œdèmes et hématomes.

L'ergothérapie peut également être proposée au patient douloureux. En effet, ses douleurs l'empêchent généralement d'effectuer un certain nombre d'activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute va contribuer à l'identification des « situations problèmes », afin de les restructurer et les adapter en fonction des possibilités actuelles du patient. Il participe donc à la réhabilitation du patient dans ses capacités fonctionnelles et dans les activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute va également contribuer à la mise en place de tout ce qui est appareillage et matériel spécialisé.

Souffrir de douleurs chroniques ne doit pas être synonyme d'inactivité. Afin d'accompagner le patient à la reprise d'une vie plus active, des séances d'activité physique

adaptée peuvent être mises en place. Elles auront pour visée principale un maintien des fonctions physiques et de la tolérance à l'effort, diminuant également l'intensité et la survenue de douleurs.

Afin d'éviter les carences nutritionnelles et la prise ou perte de poids, le patient peut également être accompagné dans la mise en place de mesures hygiéno-diététiques. De plus, la chronicisation de la douleur ayant des répercussions psychologiques majeures sur le sujet souffrant, un accompagnement psychologique doit lui être proposé.

Des thérapies à médiation corporelle pourront également être mises à disposition du patient douloureux : hypnose, sophrologie, art thérapie, jeu dramatique, relaxation...

3.6.2.6. La prise en charge de la douleur chronique chez les patients présentant un handicap moteur

La douleur chronique en situation de handicap moteur génère des changements corporels importants chez le sujet souffrant et impacte également sa vie psychique et relationnelle. Des perturbations peuvent alors apparaître au niveau des perceptions sensorielles, de ses capacités motrices, de sa régulation tonique, de ses capacités relationnelles, et de ses sentiments envers lui-même (schéma corporel, image du corps...).

Par sa double approche corporelle et relationnelle, le thérapeute doit offrir une certaine qualité d'écoute au patient, afin de lui permettre de se sentir soutenu, reconnu et entendu dans sa souffrance. Il va se montrer attentif à la fois à l'expression verbale du patient, mais aussi à tous les messages non verbaux émis par son corps (posture, mimique, gestuelle, tonus, respiration...) et qui témoignent de son ressenti douloureux. Il va également l'accompagner dans une mise en mots de ses difficultés et de sa souffrance.

Dans la prise en soin de la douleur chez l'amputé, il va falloir agir à différents niveaux de gestion : émotionnelle (les émotions intenses sont souvent sources de tensions chez le patient, qui vont par la suite générer des douleurs. Il faut aider le patient à mieux gérer ses émotions, afin de réduire leur impact corporel), de la prise en charge des troubles associés qui majorent la douleur (troubles du sommeil, anxiété, peur de la chute...), favoriser une meilleure régulation tonique (le sujet douloureux chronique présente généralement une difficulté à se détendre ou une hypertonie), vivre et ressentir son corps autrement qu'à travers la douleur (ceci par l'utilisation de médiations pour apporter au patient douloureux un vécu corporel différent en favorisant les sensations corporelles agréables).

La prise en charge doit accompagner le patient douloureux vers une prise de conscience de son corps. Il faudra accompagner le patient vers une prise de conscience corporelle et une meilleure écoute de soi. Cela lui permettra de mettre du sens sur son vécu, de réinvestir le mouvement et diminuer la peur de celui-ci à travers des méthodes douces et ludiques. De réinvestir la motricité et de retrouver une certaine autonomie. Que celle-ci soit par la gestion émotionnelle, la détente ou la reprise du mouvement. L'important étant de fournir au patient des outils pour s'adapter à sa douleur, et retrouver une autonomie malgré cette dernière, de revaloriser sa confiance en soi, en ses capacités physiques et en son corps.

Pour cela, le thérapeute peut proposer diverses médiations : le yoga, la production artistique, la balnéothérapie, la gymnastique douce, le toucher thérapeutique, et bien d'autres encore. La relaxation étant l'une des médiations les plus couramment utilisées auprès de patients douloureux chroniques.

CHAPITRE 4 : PSYCHOSOMATIQUE ET PENSÉE OPÉRATOIRE

La psychosomatique, tout comme la psychanalyse dont elle tire les fondements, est une science qui se définit son objet, son champ et ses méthodes ; une méthode, fondé sur la pratique clinique, et un mode de fonctionnement du patient déterminé par les phénomènes de somatisations. Présenter la psychosomatique revient dans ce chapitre à l'aborder dans ses déclinaisons successives. Un regard sera posé sur le problème de somatisation dont le fonctionnement opératoire serait l'un de ses modes d'expressions privilégiés. Avant de présenter l'aspect clinique du vécu opératoire, une attention particulière sera faite sur les modalités relationnelles qui interpellent la pratique clinique quand il s'agit de la prise en charge des algohallucinoses.

4.1. LA NAISSANCE DE LA PSYCHOSOMATIQUE

Elle s'est opérée dans un vaste mouvement marqué de renouvellement au cours du temps de corpus théoriques, et qui a permis une avancée incontestable dans le domaine du savoir sur le corps et l'esprit et dans la conception de l'articulation de leurs rapports. Ils resteront, jusqu'à la révolution freudienne, enfermés les uns et les autres dans le dilemme de la psychogenèse et de l'organogenèse. Cette mise en perspective historique permet de saisir en profondeur l'impact révolutionnaire de la pensée freudienne et de ressaisir les fils conducteurs dans le lent dégagement de l'univers scientifique dans lequel « *l'idéal était de ramener les phénomènes du vivant à leurs soubassements physicochimiques, avec la méthodologie correspondante, celle de la quantification et de la mesure, propre aux domaines de la physique et de la chimie* » Botella (2002, p. 28.).

Cette lecture permet de suivre les aléas du processus créatif chez Freud qui a rendu possible l'introduction de l'inconscient dynamique dans un contexte philosophique et médical dominé par le référentiel de la conscience, et une conception de l'inconscient référé à la vie organique, mais aussi l'introduction révolutionnaire de la notion de pulsion, avec ses prolongements dans les points de vue transformationnel et processuel et l'ouverture sur les notions de fonctionnement mental et de travail psychique (Morin, 2005).

4.1.1. Définition de la maladie et de la santé, du normal et du pathologique

En matière de définition de la maladie et de la santé, du normal et du pathologique, il n'est pas inutile d'évoquer les conceptions de Leriche et de Canguilhem. La santé, dit Leriche, « *c'est la vie dans le silence des organes... inversement, la maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir.* » L'intérêt de ces définitions est double, elles soulignent la dimension qualitative de l'état de santé ou de maladie, et corrélativement, la qualité du normal ou du pathologique se réfère principalement à une norme individuelle. Cette conception s'originait dans la doctrine de Claude Bernard et postulait que le pathologique n'était qu'une variation quantitative du normal. Ensuite, les définitions de Leriche affirment le lien organique entre l'état de maladie et la menace ou la rupture de la norme individuelle. Cette dimension du danger et de la rupture d'une organisation habituelle de vie permet d'intégrer dans cette définition de la santé et de la maladie, les conséquences psychosomatiques des états traumatiques, de pertes et de douleurs.

Pour Canguilhem, qui privilégie comme Leriche la dimension individuelle et qualitative dans la définition de la santé et de la maladie, « *le vivant malade est normalisé dans des conditions d'existence définies et il a perdu la capacité normative, la capacité d'instituer d'autres normes dans d'autres conditions* ». Cette définition repose sur les rapports mutuels entre le sujet et son milieu, entre le sujet et le monde de ses objets. Car les variations internes ou externes auxquelles est soumis en permanence le sujet lui imposent l'institution de nouvelles normes pour s'adapter de la façon la plus satisfaisante possible aussi bien à son monde interne qu'au monde de ses objets. C'est cette référence à la dimension dynamique de la capacité normative qui permet de différencier qualitativement et pour chaque individu l'état de santé de l'état de maladie. De ce point de vue, « *la réduction plus ou moins grande des possibilités d'innovation mesure la gravité de la maladie. Quant à la santé, au sens absolu, elle n'est pas autre chose que l'indétermination initiale de la capacité d'institution de nouvelles normes biologiques* ».

4.1.2. La maladie somatique

Si la maladie somatique est une dimension de la santé psychique et qu'elle en représente la seule norme de vie possible en raison des changements survenus dans les rapports entre le sujet et le monde de ses objets, alors il doit être possible de concevoir d'une quelconque manière le passage entre la situation conflictuelle d'ordre psychique et la somatisation.

Les premières descriptions psychosomatiques du phénomène de régression pulsionnelle par Marty, Fain et de M'Uzan (1962) avaient incriminé la déqualification progressive de l'énergie libidinale au cours du trajet régressif psychosomatique. Le point important, dans cet itinéraire rétrograde des pulsions du psychique vers le somatique, est le passage des valeurs libidinales aux valeurs destructrices. L'opposition entre les investissements libidinaux et l'autodestruction se joue en général sur deux terrains, celui des objets et celui du moi. Lorsque les investissements érotiques d'objets cèdent, le narcissisme du sujet devient l'ultime barrage avant l'atteinte du corps. Lorsque les investissements narcissiques cèdent à leur tour, l'autodestruction se déploie dans le domaine organique.

Le soma, sans sa protection libidinale, devient la proie des mécanismes de dérégulation organique. Et maintenant, si la vie psychique peut s'exprimer par un ordre de signes autre que celui qui lui est habituel, si elle peut se dégrader en des formes qui lui sont autant méconnaissables qu'anachroniques ; si elle peut retrouver, à travers les symptômes du corps et la pathologie organique d'anciennes filiations aujourd'hui dépassées mais réactualisées, alors, ne se posera plus que la question de la prise en charge d'un patient somatique. Car le patient psychosomatique doit être abordé tant du côté du fait psychique que de celui du fait somatique car il constitue un tout dynamique. Face à cette régression méta-psychosomatique qui aboutit à une maladie organique, le clinicien doit se placer comme attracteur de l'évolution pulsionnelle de son patient. C'est d'ailleurs la position théorico-pratique que pose ici la clinique du vécu de la pensée opératoire dans la gestion des douleurs post-amputatoires chez les patients victimes d'algohallucinoses.

4.1.3. Troubles somatoformes

Le « *trouble somatoforme* » est une maladie psychosomatique dans laquelle, le « *corps parle* » à la place du patient. La caractéristique essentielle est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.

4.1.3.1. Selon la CIM-10

Selon la classification internationale des maladies (CIM-10), les troubles somatoformes sont « *caractérisés par des symptômes physiques associés à des demandes d'investigation*

médicale, persistant malgré des bilans négatifs répétés. La présence avérée d'un trouble physique authentique ne permet pas de rendre compte de la nature ni de la gravité des symptômes du patient. Le patient s'oppose à toute hypothèse psychologique pouvant expliquer ses troubles, même quand le contexte l'évoque ou qu'il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes ». La CIM-10 spécifie, par ailleurs, « *que ces patients présentent souvent un comportement histrionique et essayent d'attirer l'attention d'autrui, notamment quand ils ne réussissent pas à convaincre leur médecin de la nature essentiellement physique de leur maladie et de la nécessité de poursuivre les investigations et les examens complémentaires* ».

Les deux grandes classifications utilisées en psychiatrie, à savoir la CIM-10 et le DSM-IV, sont globalement superposables en la matière, hormis en ce qui concerne les troubles de conversion qui sont considérés comme troubles dissociatifs selon la CIM-10 (survenant en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, problèmes insolubles ou insupportables ou relations interpersonnelles difficiles).

4.1.3.2. Selon le DSM-IV

Selon le DSM-IV, ils sont classés dans les troubles somatoformes. Le critère de troubles histrionique est donc à prendre avec du recul car si on peut imaginer que la prise en charge par les médecins intéresse la personne, ce n'est pas non plus le seul motif de consultation. Sont donc communément admis comme étant des troubles somatoformes :

- la somatisation,
- le trouble hypocondriaque (incluant la dysmorphophobie),
- le trouble somatoforme indifférencié,
- le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme,
- le syndrome douloureux somatoforme persistant,
- les troubles de conversion (pas considéré comme somatoforme dans la CIM-10).

En bref tous ces maux que l'on ne peut pas nier parce qu'ils existent mais dont on ne connaît pas l'origine par des examens médicaux poussés.

Tous ces troubles peuvent être à l'origine d'une grande souffrance et entraîner un nomadisme médical pouvant aller jusqu'à l'intervention chirurgicale.

Dans tous ces cas, lorsqu'aucune piste physiologique n'a été découverte, une prise en charge psychologique est nécessaire. Ces troubles seront alors spectaculairement diminués par une thérapie quel que soit sa forme. Il peut s'agir parfois simplement de retrouver du soutien

social. On notera toutefois que quelle soit la forme de thérapie suivie par ce type de patient, l'importance pour eux de s'engager dans un processus au cours duquel ils investissent le thérapeute pourra déterminer l'issue thérapeutique. L'important, c'est de se souvenir que dans les troubles somatoformes, c'est le corps qui parle à la place du patient et que dès lors, tous les moyens sont bons à envisager pour favoriser l'expression du patient.

4.2. LA PRATIQUE CLINIQUE EN PSYCHOSOMATIQUE

Le processus thérapeutique est, en effet, guidé par le besoin de réparation d'endroits noués à l'histoire de la personne. Cette réparation a lieu grâce aux formes d'investissement transférentiel infantiles qui sont celles de ces moments et de cette période de son histoire. C'est à propos de ces situations-là que le patient souhaite s'exprimer, être entendu et accompagné, et ce sont à ces endroits-là que mène la thérapie. C'est la force de ce qui n'a pas été vécu dans ces situations qui les propulse sur la scène thérapeutique.

Pour autant, les situations ne sont pas travaillées, élaborées, vécues ou revécues directement, en une fois et de façon définitive. La plupart du temps, il s'agit d'une approche progressive, au fur et à mesure de l'installation d'une relation de confiance avec le thérapeute. Il faut du temps pour que le patient sente que la relation de transfert offre la possibilité de vivre et traverser ce qui doit être revécu et traversé. Il faut le temps que les défenses du patient s'atténuent par rapport à l'évocation et à l'investissement émotionnel des situations concernées. Il faut le temps d'accepter de contacter le refoulé que fera ressortir la thérapie. Pour accepter aussi les conséquences que la prise de conscience de ces situations peut avoir pour le patient dans sa vie actuelle. L'abord des situations par la personne elle-même se fait généralement par couches ; à chaque passage, quelque chose de nouveau s'élabore, s'approfondit ou se découvre. La progression du processus thérapeutique ne se fait donc pas du tout en ligne droite mais de façon hélicoïdale, chaque nouveau passage rapportant une plus grande prise de conscience, un plus grand élargissement des chaînes d'association.

Grâce à la reconnaissance de l'éprouvé, des affects, des émotions, des images, la clinique thérapeutique cherche à favoriser la capacité de la personne à exprimer et symboliser ce qu'elle a ou n'a pas vécu. C'est à partir du contact avec ses éprouvés corporels et émotionnels et grâce au transfert que peut aboutir le processus thérapeutique. Pour que le contre-transfert soit un outil efficace, il est essentiel que ce travail de discrimination puisse se faire avec honnêteté et tranquillité. C'est ainsi que le ressenti contre-transférentiel se met au service de la

compréhension de la relation transférentielle et du processus thérapeutique de la personne en psychothérapie et ne demeure pas un point aveugle où le thérapeute cherche à résoudre ses propres problématiques.

Dans la relation thérapeutique, patient et thérapeute sont, en effet, l'un et l'autre pleinement engagés inconsciemment. Il n'y a pas l'un qui projette et l'autre qui serait un exemple miroir. La relation thérapeutique est co-crée par les deux personnes en présence. C'est cela précisément qui fait la richesse de la relation de transfert et lui confère sa capacité de transformation. C'est la vitalité suscitée par cette relation qui est importante, une relation qui actualise des situations tout en étant mobile, en évoluant, en changeant, en se transformant et en s'adaptant en fonction des moments de régression et des situations du processus.

Pour le patient, dans une relation transférentielle porteuse de découvertes et de processus, se jouent l'accueil, la présence, le regard, l'attention, la détente, l'ouverture, la constance, la prévisibilité. La place laissée à l'émergence de l'émotion et à son accueil est fondamentale. L'ouverture de ses propres émotions pour le thérapeute, renvoi à l'ouverture au champ de l'émotion en thérapie. Il arrive que l'émotion du thérapeute serve de miroir au patient qui peut alors prendre conscience de l'ampleur de ce qu'il vit ou de ce qu'il a vécu.

Le thérapeute effectue un accompagnement visant l'ouverture à la sensation, l'émotion, au sentiment, et ouvre par la même occasion le patient à son intériorité, à l'élargissement et à l'exploration sans jugement de cette intériorité. Dans ce type de relation, dans ce type de transfert, l'accompagnement du thérapeute est comparable à celui d'une « mère suffisamment bonne » qui, offrant la sécurité, la tranquillité et la constance, sait accompagner son enfant dans l'appropriation de ce qui se passe en lui, de plaisant, mais aussi d'inconnu et d'angoissant. Cette présence rassurante, cette relation partagée est ce qui permet d'assimiler ces divers vécus de l'enfant, orageux, inquiétants ou sidérants parfois, tout comme de se laisser aller dans l'apaisement et de se détendre dans la joie. Notamment dans la joie du patient, en séance, de découvrir ces espaces et ces discernements nouveaux en lui-même, les transformations et les promesses d'avenir qui s'y déploient.

La compréhension du patient en situation clinique passe par la compréhension et l'acceptation de ses épanchements, qui lorsqu'ils sont libérés, facilitent l'abréaction. C'est pourquoi il est important pour le thérapeute d'être à la fois présent à ce que le patient manifeste dans ses paroles, dans ses gestes, par ses intonations de voix et ses émotions, mais aussi à ce qui se passe en lui-même organiquement. Une part de son ressenti corporel appartient à son

patient et constitue un objet de partage, un objet de communication qui exprime par la voie de l'émotion et de la sensation organique une problématique et une souffrance inconsciente de la personne en thérapie.

4.2.1. L'analyse de la relation transféro-contre-transférentielle

4.2.1.1. *Le transfert*

Le transfert est un mouvement, ou déplacement, de l'investissement d'un imago du patient vers l'analyste. Ce mouvement est à observer et surveiller en situation clinique, aussi bien dans le sens de son développement, positif, que de son freinage, de son inhibition. Le transfert négatif exprime la haine ou l'amour excessif, alors que parler de transfert positif renvoi à évoquer ce désir d'amour et de rapprochement de l'objet en situation clinique. Sur le plan technique, l'apparition ou l'anticipation d'un transfert négatif pose la question des échecs, interruptions ou menaces à la clinique. Alors que sur le plan théorique, elle pose celle des structures psychiques où le « travail du négatif » prend le pas sur le travail de liaison. La prédominance d'affects hostiles, haineux sur le clinicien ou sur la situation clinique elle-même risque d'enrayer le processus clinique. La thérapie, censée favoriser et exploiter les répétitions, pour les analyser, devient l'objet du rejet.

Si le transfert positif traduit l'expression pulsionnelle érotique dans l'analyse, le transfert négatif est essentiellement défensif. Cependant on peut s'interroger sur les variations du transfert et se demander s'il est toujours positif lorsqu'il exprime la pulsion réfléchie au miroir du clinicien. Dans le cas contraire, il est curieux de savoir ce qui arrivera lorsque la force de la pulsion se manifeste par un transfert négatif. Ceci prenant en compte le fait que l'ambivalence du transfert doit constituer l'une des préoccupations les plus complexes du clinicien.

Il serait important pour le clinicien de concevoir en même temps, sinon dans le même mouvement, le transfert négatif d'une part, au regard du conflit psychique dans un système opposant pulsions sexuelles et pulsions d'autoconservation regroupés sous la rubrique des pulsions de vie, dans un système où la représentation et l'affect, sont régis par le refoulement, et d'autre part, dans l'opposition pulsions de vie et de mort. Cette dernière opposition naît d'un nouvel abord du traumatisme et de la compulsion de répétition et aboutit à la prise en compte toujours plus approfondie de la réaction thérapeutique négative, en corrélation avec les ruptures du Moi, avec le déni et le clivage. La place du masochisme est aussi dans cette perspective considérable et marque souvent les limites de l'analysable.

Dans toute situation clinique, il peut arriver des moments où le patient affirme avec obstination qu'il n'a rien qui lui vienne à l'esprit, ceci concernant une question soulevée par le clinicien. Certains cliniciens pensent souvent à tort qu'en faisant pression sur le patient on obtiendra facilement de lui ces aveux sur une préoccupation évoquée par le clinicien. Le transfert négatif se traduit sans doute par l'absence de déplacement, et tout particulièrement par la fixation de l'intérêt à la personne même de l'analyste, dont aucun leurre ne le détache. L'expérience clinique permet cependant de distinguer les cas marqués par la violence des affects négatifs et ceux où la stagnation, l'immobilité ou l'ennui dominant. On observe souvent des situations cliniques où sans hostilité apparente ni consciente, à l'abri des mécanismes de clivage, le clinicien reste immobile, sans qu'un processus se développe. Ailleurs surviennent des désorganisations, somatisations diverses, dans un contexte de désinvestissement, souvent de part et d'autre.

4.2.1.2. Le transfert négatif

Le transfert négatif est une notion fréquente dans la pratique psychanalytique psychosomatique. On désigne ainsi un vécu, une impression, un sentiment qui colorent le transfert, et en même temps le contre-transfert, d'une réputation plutôt péjorative, signalant une difficulté parfois grave au point d'enrayer le processus analytique et la conduite d'une thérapie. Sur le plan théorique, il s'agit d'une notion riche et ambiguë dont on va tenter de repérer les enjeux théorico-cliniques et les conséquences sur le déroulement des analyses.

Comprendre le transfert négatif revient à comprendre ses axes fondamentaux que sont :

- l'être humain a une tendance compulsive à répéter les expériences de son passé infantile-sexuel-traumatique ;
- c'est le transfert qui fonde la situation analytique, et est faite pour accentuer, exploiter et encadrer cette répétition d'identifications et d'investissements visant le clinicien, alors qu'ils étaient primitivement dirigés vers les premiers objets. Ce modèle théorique du transfert le rapproche de celui du rêve, le présent servant de restes diurnes auxquels s'attachent des motions inconscientes du passé. Interpréter reviendrait pour le clinicien à faire des liens entre le présent et le passé. On comprend pourquoi le transfert selon Freud est le moteur ou le levier de la cure ;
- l'être humain répète ce qui fut bon, mais aussi ce qui fut mauvais, déplaisant douloureux, qui a fait mal et qui continue de faire mal. Cette répétition du bon et du mauvais, de l'amour et de la haine, indique déjà deux acceptions du transfert.

- ***Transfert négatif érotique***

Tout transfert est à la base érotique, du fait de sa décharge affective (amoureuse ou hostile), il peut devenir trop érotique. Selon Freud (1912), Originellement, nous n'avons connu que des objets sexuels ; la thérapie (cure) nous montre que des gens que nous croyons seulement respecter, estimer, peuvent, pour notre inconscient, continuer à être des objets sexuels. Cette remarque incite à la réflexion concernant le « transfert de base », socle de confiance narcissique (sur lequel pourrait ensuite déferler le pulsionnel...).

- ***Transfert négatif hostile***

Il devient trop haineux, trop négativiste, et insupportable, on parlera de transfert négatif à partir du moment où il devient insupportable pour le thérapeute et le patient au point d'immobiliser le processus, voire la vie psychique du patient ou celle de l'analyste, ou encore la vie des deux. Son aspect Insupportable est pris au sens le plus narcissique du mot et renvoie aux questions de l'identification narcissique dans le transfert, du transfert et du contre-transfert narcissique insupportables, voire trop insupportables.

Il convient de repérer tout ce qui va dans le sens de ce caractère supportable ou insupportable du transfert négatif comme : son mode et temps d'expression, ses causes, ses effets (désorganisation, somatisation, réaction thérapeutique négative, interminabilité) et ses théorisations.

- ***L'insupportable du transfert***

Il peut se révéler dans le débordement passionnel ou dans la neutralisation feutrée du processus de la déliaison. Il peut aussi se comprendre comme la fécalisation du transfert. Ce transfert négatif peut rester inconscient chez le patient tout comme chez le thérapeute pour ce qui est de son contre-transfert négatif. Le résultat de cette éventuelle complicité inconsciente est dans l'interminabilité, génère des conversations amicales au cours desquelles l'analyse du transfert reste chez les deux partenaires le cadet commun de leurs soucis. Il est clair que ce transfert, bien que trop (hostiles, érotiques, agressifs), peut ne pas poser de problème à l'aboutissement clinique. Il peut basculer en cas d'excès, si non, il peut continuer à soutenir le processus thérapeutique sans bloquer la vie psychique et fonctionner comme un transfert de vie.

Par contre, que l'on s'en aperçoive ou pas, que ce soit dans le débordement ou dans la neutralisation, on pourrait parler de transfert négatif de mort, mortifère, avec imminence d'arrêt,

d'arrêt de mort psychique. Mais là encore, toujours schématiquement, deux cas de figure sont cliniquement repérables.

- premièrement, le transfert peut être négatif, mortifère par destructivité, par déliaison des liens, de la pensée, des représentations et des mouvements progrédients et régrédients de la vie psychique ;

- deuxièmement, le transfert négatif peut être, devient, ou a toujours été négatif sans que l'on s'en aperçoive. C'est un transfert, non pas de déliaison, de désinvestissement, mais plutôt de non liaison, de non investissement ? Il agit comme un non-transfert, comme s'il y avait aspiration par le principe d'inertie, « comme un rêve de pierre, inerte et muet ainsi que la matière ». On pourrait alors parler d'une faillite du cadre, et d'une aphanisis du transfert, non pas aphanisis seulement du désir sexuel, mais aphanisis de la vie psychique (M'Uzan).

Cette hypothèse met en jeu un modèle théorique du trauma, de la trace, de la répétition, de la représentation, et de la mémoire, ou plutôt des mémoires, celle des « cellules » et celle qui constitue et se constitue dans la vie psychique. On précisera en plus combien cette notion de trauma précoce inducteur de tant de vicissitudes ultérieures est à manier avec précautions. En effet, quand on cherche dans la biographie de quelqu'un, sur le mode anamnétique, un trauma précoce, on en trouve toujours un, ou plutôt plusieurs, se servant de traumas-écrans les uns par rapport aux autres. D'autre part, on n'oublie pas que l'on ne peut reconstruire en situation clinique et mettre en représentations signifiantes un trauma précoce, non intégré par un psychisme encore trop précoce et mal équipé. Le transfert est le moteur de la thérapie, il est positif quand l'analyse fonctionne comme un après-coup qui représente, affecte et signifie, cependant il peut être négatif quand l'analyse n'est que répétition stérile d'un inélabore, et insupportable vécu (Cournut, 2000).

4.2.1.3. *Le contre-transfert*

Le contre-transfert est un concept important dans la compréhension du fonctionnement clinique. De nos jours, la clinique psychosomatique le place au centre de toutes activités de prise en charge comme tout premier instrument du thérapeute. Mais avant d'arriver au contre transfert comme instrument thérapeutique, il importe de rappeler son contexte d'apparition dans le champ clinique, ainsi que ses fondements.

La notion du contre-transfert a fait l'objet de plusieurs conceptualisations et sa fonction comme outil de travail dans l'accompagnement psychothérapeutique semble indispensable dans le suivi clinique des patients qui somatisent comme il est le cas avec les algohallucinoses.

Défini par Freud en 1910 comme l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste, le contre-transfert exige de l'analyste une parfaite connaissance de son propre inconscient via un travail de perlaboration. « *Aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne le permettent* » (Freud, 1912, p.65). Ainsi se pose la question de l'analyse personnelle, la supervision, et des dispositions à l'auto-analyse du futur analyste et thérapeute. Il précise que l'analyste/thérapeute devrait se mettre dans les dispositions lui permettant une totale maîtrise du contre-transfert. Freud préconise que les analystes aient une parfaite connaissance de leurs propres fonctionnements psychiques. L'appareil psychique de l'analyste dans sa dimension inconsciente et consciente servirait donc le processus analytique de transformation de ce que Bion appellera ultérieurement les éléments Béta (sensations brutes, déliées, impensables), en éléments alpha (éléments métabolisables, représentables). En outre, par le contre-transfert, le thérapeute est invité à garder à distance ce que le patient ou la relation analytique raviverait en lui. Ce qui amène Freud à utiliser l'expérience du chirurgien pour rendre plus compréhensible le contre-transfert. Freud compare le contre transfert du thérapeute au travail du chirurgien, qui devrait laisser de côté toute réaction affective avant d'entrer au bloc pour réaliser une opération.

C'est à partir de son analyse que le thérapeute donne sens aux transferts du patient, et pour mener à bien l'analyse, il est invité à laisser se déployer son vécu contre-transférentiel pour le soumettre à une auto-analyse lui ouvrant la clé à la compréhension du vécu transférentiel du patient. Nous notons déjà une position nuancée chez Freud, « *l'affect semblant constituer pour Freud le représentant essentiel des manifestations contre-transférentielles* » (Biro & Kamel, 2006, p.327). C'est Ferenczi (1928) qui accordera une place primordiale aux mouvances inconscientes du thérapeute en interaction avec son patient, ce qui pour lui approfondi de manière substantielle les bases qu'avaient déjà posées Freud (1910). Ce dernier souligne les deux phases extrêmes du contre-transfert, phases pièges que peut traverser un analyste avant d'arriver à une troisième phase constructive. Bien que le contre-transfert soit défini comme un des problèmes les plus complexes de l'analyse et de la thérapie, il reste soluble et garde une fonction dans la dynamique thérapeutique. Ainsi le contre-transfert pose d'emblée des enjeux dialectiques multiples face au choix, d'une part de l'éradiquer ou de le recevoir pour s'en saisir et en faire un levier thérapeutique, et d'autre part de l'équilibrage nécessaire entre les résurgences émotionnelles spontanées et la maîtrise de ses sentiments (Biro et Kamel 2006).

Il peut arriver que le thérapeute ne soit pas en mesure de dominer son contre-transfert, se laisse émouvoir par les chagrins des patients et même par leurs fantasmes. L'analyste est

émotionnellement sensible aux émois du patient, partage ses tristesses et ses colères. Or le contrôle laborieux du contre-transfert permet au thérapeute d'éviter toute complication affective aboutissant aux extrêmes, en courant le risque de devenir trop dur et rejetant avec le patient. Attitude qui retarderait ou même rendrait impossible l'émergence du transfert, condition préalable à toute thérapie réussie.

En précisant, pour la première phase, l'écart de la prise en considération du contre-transfert ainsi que l'invasion de l'analyste par l'état psychique du patient et, dans la deuxième phase, l'impossibilité de l'émergence du transfert, Ferenczi souligne l'échec thérapeutique si l'analyste s'enlise dans l'une des deux phases. Dans une troisième phase où l'analyste aurait dépassé les deux premières phases suite à un travail d'élaboration et d'analyse, le contre-transfert permettra la transformation des réactions du thérapeute, certes ravivées par le discours du patient, mais réveillant en lui aussi bien qu'à la situation analysante des conflits intrapsychiques (Ferenczi, 1928). Ceci ressort les paradoxes qu'imposent le contre-transfert et qui exigent de l'analyste un travail complexe d'élaboration. Selon Ferenczi (1928, p.28), « *on laisse agir sur soi les associations libres du patient et en même temps on laisse sa propre fantaisie jouer avec ce matériel associatif ; entre-temps on compare les connexions nouvelles avec les résultats antérieurs de l'analyse (...)* ».

4.2.1.4. Le contre-transfert comme outil de compréhension du patient

Comme évoqué par Heimann, « *le contre-transfert de l'analyste est un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient* » (Heimann 1950, p.24). Ainsi, avec cette approche, le contre-transfert de l'analyste/thérapeute comprend le transfert du patient, il est même la création du patient. Heimann utilise le concept de l'identification projective élaborée à l'époque par Klein (1935), pour expliquer le contre-transfert comme un outil d'exploration et de communication avec les parties refoulées, clivées et projetées de l'inconscient du patient.

- Les mécanismes opérants dans le contre-transfert

Les processus affectifs jouent un rôle primordial dans la rencontre clinique. Pour le thérapeute, la prédisposition affective oriente l'élaboration du contre-transfert lors de la rencontre clinique avec le patient (Racker, 1953). L'une des difficultés dans l'étude du contre-transfert est que l'analyste est, d'une part, l'interprète des processus inconscients du patient et,

d'autre part, le siège des mêmes processus. De ce fait, il peut être observé chez le thérapeute des réactions de gênes à aborder certains sujets, suscitant honte et culpabilité tant chez lui que chez les patients. Racker approfondie sa réflexion sur le contre-transfert en abordant la place des émotions fortes chez le thérapeute qui vont de pair avec le transfert du patient. Tout ce qui traverse le thérapeute est en résonance avec ce qui traverse le patient. Le transfert et le contre-transfert sont régis par des mécanismes identiques, ce qui l'amène à parler de « névrose à deux » (Racker, 1953). A la névrose du transfert du patient, l'analyste traverse une névrose du contre-transfert. Il faut ainsi renoncer au mythe de la situation analytique où les protagonistes seraient l'analyste sain et le patient malade. Cette logique du contre-transfert éclaire particulièrement la clinique du trauma, comme nous le verrons dans les Allohallucinoses avec les patients amputés.

Après les extrêmes des fonctionnements contre-transférentiels définis par Ferenczi, Racker pose deux pôles névrotiques des manifestations contre-transférentielles. « *L'idéal névrotique (obsessionnel) de l'objectivité conduit au refoulement et au blocage de la subjectivité ; il serait la réalisation apparente du mythe de « l'analyste sans angoisse ni colère ».* *L'autre extrême névrotique est de se « noyer » dans le contre-transfert »* (Racker, 1997, p.173). Ce qui préconise la nécessité pour le thérapeute d'un dédoublement interne, pour continuer à s'observer et à s'auto-analyser afin de garder une objectivité relative sur son patient. Dans l'observation du contre-transfert, on peut ressortir les formes identificatoires mises en œuvre dans son mécanisme, ceci concerne l'identification concordante et l'identification complémentaire.

- *L'interdépendance transfert-contre-transfert*

La situation clinique est une rencontre entre patient et thérapeute, qui en fonction des auteurs, peut être conçu comme l'espace analytique (Viderman, 1970) ou encore le tiers analytique (Odgen, 1994), impliquant l'unicité du patient et du thérapeute, et par conséquent l'unicité de leur rencontre. Selon Urtubey (2000, p. 373) une « *interdépendance incontournable du transfert et du contre-transfert dans la relation analytique transfert et contre-transfert s'influencent l'un l'autre, se séparent et se rejoignent, en des moments de contenance et de rencontre, des laps d'incompréhension et d'inimitié, conscientes ou inconscientes* ». La rencontre transféro-contre-transférentielle a ainsi pour fonction d'ouvrir l'accès à la communication des inconscients. Le cadre de l'analyse favorise la régression, réactualisant séduction et traumatismes consciemment inconnus. Le thérapeute est appelé à répondre de ces

résurgences qui sont détectables dans le contre-transfert à travers les divers mécanismes d'identifications à l'œuvre.

La part inconsciente du contre-transfert contient les secrets sur la libido et sur la destructivité. « *C'est seulement en ayant lui-même atteint au cours de sa propre analyse ses propres objets internes inconscients traumatisants et ses rejets pulsionnels érotiques et destructeurs, précédemment refoulés ou clivés, que l'analyste parviendrait, dans certaines situations, à accéder à ce même type d'objets installés par ses parents chez le patient et ce, par identification concordante et grâce à une levée importante du refoulé ou à une re-liaison du clivé, d'abord chez lui-même, puis chez l'analysant, au moyen d'une interprétation appropriée* » (Urtubey, 2006, p.375). Le thérapeute devrait être capable de capter les fantasmes et affects inconscients de son patient, même ceux étrangers dans un premier temps, opérant tels des objets bizarres. Ces derniers produisent des angoisses étranges au niveau du contre-transfert. Le thérapeute a la fonction de relier ces objets pour les transformer en éléments de sens tel que le préconise Bion (1959). La fonction alpha, reprise par le thérapeute, ressemble à la capacité de rêverie de la mère qui permet la transformation de ce qui a été déposé en lui dans le phénomène transférentiel, et la métabolisation d'éléments préalablement dénués de sens pour les rendre au patient en éléments moins confus.

Dans certaines situations, le thérapeute peut se retrouver envahi par les projections intenses des pulsions archaïques destructrices du patient, et de ses objets internes. Ces cas de figures exigent de lui un renforcement de sa capacité de contenance et de transformation, nécessitant la mise en œuvre d'un travail d'auto-analyse dans l'immédiat ou dans l'après-coup. L'auto-analyse évitera au thérapeute une accumulation intoxicante dans le contre-transfert le mettant au risque de passage à l'acte. Les résonances inattendues de problématiques conscientes ou inconscientes non résolues du thérapeute avec celles du patient sont sources de contre-transferts troublants (Urtubey, 2006). Dans ce cas de figure, notamment face au réveil de traces traumatiques, le thérapeute risque de s'enliser dans une identification concordante excessive ou encore dans une identification complémentaire réactionnelle. Une issue rapide est nécessaire et peut être à portée si le contre-transfert est soumis à un travail d'auto-analyse approprié.

4.2.2. Approche métapsychologique du concept de contre-transfert

Laplanche et Pontalis (1973) en donnent une définition qui n'est pas loin de la définition freudienne du contre-transfert « *l'ensemble des réactions inconscientes du psychothérapeute au*

patient, et plus particulièrement au transfert de celui-ci pendant le traitement ». Si le thérapeute et le patient qui constituent tous deux la situation clinique sont renvoyés l'un et l'autre à leur personnalité, c'est-à-dire, à la globalité de leur subjectivité et de leur inconscient, il est important de prendre en compte ce que le patient a vécu ou est en train de vivre, ainsi que, de la dynamique spécifique de la séquence clinique, de la rencontre. « *Par ailleurs, concernant les réactions opératoires du patient, quelles sont celles qui peuvent-être considérées comme une gêne ou une facilitation du traitement ? Peut-on distinguer celles qui pourraient être considérées comme objectives de celles subjectives introduites par le biais de la personnalité même du psychothérapeute ?* » (Lachal, 2006 p.25-26).

Comprendre le contre-transfert dans une dynamique métapsychologique revient à le situer dans ses différents niveaux et registres de productions, ainsi que de ressortir ses fonctions et sa nature. Cette rétrospective permet de situer dans l'étude du contre-transfert, ce qui dans sa constitution relève du patient et de sa culture, de ce qui relève de l'analyste et de sa culture. Concernant ce qui relève de l'analyste, qui peut être considéré comme les éléments stables (Urtubey, 1994) du contre-transfert, on différencie d'une part des éléments communs à tout analyste et d'autre part, des éléments spécifiques à chacun d'eux. Il faut rappeler que le contre-transfert est ce qui fait, pour grande part, la spécificité de la pratique clinique.

4.2.2.1. Niveaux et registres contre-transfert

Du point de vue de la première topique, il est admis de manière consensuelle que le point d'ancrage du contre-transfert est inconscient. « *En effet, tout comme pour le transfert, ces motifs étant inconscients* » (Lachal, 2006, p.51), il ne se manifeste, donc, pas directement à la conscience. Mais, comme l'a souligné Freud, certains éléments inconscients sont susceptibles d'émettre des rejets, qui, eux, apparaissent à la conscience, se manifestant, alors, comme signes à décrypter. A la suite de Racker (1968), Urtubey (1994, 2006), s'appuyant sur les différents niveaux décrits dans le transfert, distingue dans le contre-transfert, les niveaux manifeste, latent et refoulé, qui se produisent au même titre que dans le transfert ou le rêve. Le refoulé dans le contre-transfert, décrit les éléments inconscients susceptibles de retourner à la conscience et se distinguent de ceux inconscients refoulés à jamais, inaccessibles car irreprésentables, véritables points aveugles pour le thérapeute. Les niveaux du contre-transfert se manifestent dans les contenus latents et manifestes divers et variés observés par les affects, sentiments, associations, représentations, fantasmes, images, lapsus, actes manqués, rêves, métaphores ou comparaisons inattendues (Urtubey, 2006).

L'affect est considéré comme le registre préférentiel d'expression du contre-transfert. Selon Winnicott (1947) le thérapeute peut éprouver de la haine en situation clinique avec les patients difficiles et incompréhensibles. Or, pour le thérapeute, un tel éprouvé peut entrer en contradiction avec ses représentations (idéal thérapeutique), et faire émerger, à son tour, un sentiment de culpabilité (conscient ou pas). Afin de le contrôler, il est important qu'un tel affect soit reconnu par le thérapeute. Par ailleurs, l'affect, en tant qu'émotion consciente, peut être considéré comme pointe visible de l'iceberg, c'est ce que Green nomme comme « fil rouge » lors de la thérapie, car il permet de retrouver le cheminement inconscient tant du thérapeute que de son patient (Green cité par Urtubey, 1994). A côté de ce registre émotionnel contre-transférentiel, on note l'importance des registres représentationnels, cognitifs et comportementaux.

Le registre représentationnel, présent dans le contre-transfert, renseigne sur la représentation de l'affect contre-transférentiel. Freud a, dès ses premiers écrits, distingué l'affect de la représentation, même si toute pulsion peut s'exprimer dans les deux registres. Ce qui veut dire que l'affect n'est pas nécessairement lié à la représentation (affect sans représentation, représentation sans affect), et leur séparation assure à chacun d'eux des destins différents. Dans ses écrits métapsychologiques (*Le refoulement, L'inconscient*, 1915), Freud distingue nettement l'aspect subjectif de l'affect, en référence à la conscience de soi, et les processus énergétiques qui le conditionne. La représentation quant à elle, est l'investissement de la trace de l'objet insérée dans le système mnésique. Il différencie de ce fait la représentation de chose présente dans tous les systèmes de la première topique, de la représentation de mot, présente uniquement dans le système de la deuxième topique.

4.2.2.2. Aspects méthodologiques du contre-transfert

Une approche clinique du contre-transfert est possible et permet de mettre en évidence certaines de ces composantes. Néanmoins, l'analyse de la littérature portant sur le contre-transfert amène à faire le constat, évident, que son étude, le plus souvent théorique et empirique, débouche essentiellement sur des considérations métapsychologiques plutôt que cliniques. Ceci peut s'expliquer par, le fait que la nature même du contre-transfert lui donne des caractéristiques intrinsèques qui résident dans les considérations métapsychologiques.

- Les composantes cliniques du contre-transfert :

Lachal (2006) à identifier certaines composantes cliniques du contre transfert qui sont :

- Le type d'attachement (à la fois que le thérapeute ressent et décrit envers son patient, ainsi que celui que ressent le patient envers le thérapeute) ;
- Les réactions émotionnelles spécifiques, intenses, qu'il développe envers le patient et/ou la situation clinique (la colère, la honte, la culpabilité etc.) ;
- Les actions, résolutions, qu'il va prendre et qui ont une signification émotionnelle à la fois pour lui et pour le patient, et qui vont remodeler leur relation ;
- Les réactions consensuelles, c'est-à-dire des réactions qui seraient partagées par la plupart des thérapeutes dans le même type de situation. Ces réactions sont particulièrement importantes parce qu'elles sont les plus à même d'apporter des informations sur le contre-transfert, elles sont donc pour le thérapeute de nature informatives.

On voit donc qu'à partir de cette approche du contre-transfert, il devient possible de travailler sur des éléments que l'on peut qualifier à la fois de subjectifs et d'objectifs.

- *Le contre-transfert : fonction de contenance*

Originellement décrite par Bion, la fonction de contenance est une fonction-enveloppe qui, ne se réduisant pas à la configuration d'un contour, consiste à contenir et transformer. Plusieurs auteurs (Kaës, 1976; Anzieu, 1986 cité par Ciccone, 2001) ont distingué la fonction de contenance (fonction de réceptacle et de maintien de ce qui est déposé) de la fonction de conteneur (fonction de transformation). Ces notions très actuelles, qui ne cessent de se déployer, ont été appliquées au modèle de la psychanalyse. Notamment lorsque le Moi du patient est trop fragile pour contenir ses expériences et pensées, la thérapie est pour lui le fait de trouver un espace dans lequel celles-ci pourraient être reçues, contenues et pensées.

Le contre-transfert de l'analyste peut être cet élément de l'espace analytique qui, outre le fait qu'il héberge, contient, pense les expériences du patient, les transforme également. On voit là en quoi cette fonction du contre-transfert a une importance majeure en ce qui concerne la prise en charge des patients traumatisés par la perte d'objet et n'arrivant plus à réinvestir un nouvel objet sain. Par ailleurs, cette fonction de contenance du contre-transfert, par le fait qu'elle détoxifie l'expérience (au sens de Bion) en transformant les éléments bruts projetés (éléments "béta") en éléments disponibles pour la pensée (éléments "alpha"), remplit également la fonction « symbolisante » pour le patient (Roussillon, 1995).

4.3. CLINIQUE DE LA PENSÉE OPÉRATOIRE

Lorsqu'on parle de clinique de la pensée opératoire, d'entrée de jeu, on se bute à la polysémie de son champ lexical qui fait intervenir à la fois la vie opératoire, le fonctionnement opératoire que les états opératoires. De ce fait, rendre compte de l'ensemble des aspects métapsychologiques de la pensée opératoire ne semble pas aisé. Chaque patient accusera plus particulièrement certains traits que d'autres. Le tableau complet du fonctionnement opératoire ne peut procéder que d'un regroupement sémiologique figurant un modèle clinique idéal. Il est cependant nécessaire, en vue de l'analyse métapsychologique, de choisir, parmi les différentes portes d'entrée cliniques, celle par laquelle il pourra prendre sens.

Le patient opératoire est confronté à une très grande fragilité narcissique, ce qui peut facilement entraîner des difficultés d'identifications chez le thérapeute. Lorsque cela se produit, le thérapeute se trouve non plus face à un mur qui se fissure, mais qui s'écroule, et c'est sur cette image naissent les perceptions contre-transférentielles du thérapeute en face de son patient. L'analyse du fonctionnement opératoire laisse transparaître chez l'opératoire un mode de fonctionnement dans ses rapports aux objets. Les rapports à la conscience du patient opératoire en font une pensée factuelle, ses rapports à l'action en font une pensée motrice, ceux à l'inconscient en font une pensée asymbolique, ceux au temps en font une pensée actuelle, et enfin ses rapports à autrui en font une pensée blanche, sans affects, et au social, une pensée conformiste. Ainsi est passée en revue toute la gamme des qualités de cette pensée dans son lien à la réalité qu'elle est amenée à sculpter de manière spécifique.

La pensée opératoire ainsi décrite trouve avec Marty (1962) une place, aussi bien dans l'ordre de la clinique que dans celui de la théorie psychosomatique. Marty opère deux regroupements :

- le premier est de lier la dépression essentielle et la pensée opératoire comme deux versants du même phénomène, « *désorganisation la plus large des principes vivants de l'appareil mental* » ;

- le second est de lier dépression essentielle, pensée opératoire et conduites opératoires dans une nouvelle entité clinique qu'il nomme vie opératoire.

Si l'on veut bien prendre la mesure de ce remaniement épistémologique, il suffit de se d'observer le patient dans ses mouvements psychiques internes que Marty qualifie de mouvements de vie et de mort. Le patient y est décrit de l'intérieur, à travers la négativité de ses

productions psychiques, telle que Marty le rappelle, il « *suggère souvent l'image d'un mort vivant* ». C'est le patient qui est au centre de la scène et non plus seulement sa pensée.

Ainsi, la relation d'objet, la pensée, l'affect sont les aspects cliniques les plus manifestes de l'état opératoire. Le lien qui, théoriquement, les relie ne peut être que le désir qui, seul, peut mettre en mouvement le fonctionnement mental. C'est à cette question du désir chez l'opératoire que se fonde la difficulté majeure de son fonctionnement. Il est fondamental de s'interroger sur l'existence du désir chez le patient opératoire car « *Tout se passe comme si la pensée était imposée au sujet et que n'ayant à sa disposition qu'elle, il (le sujet) subit la réalité plutôt qu'il ne la vit profondément.* » Marty et M'Uzan (1962). Selon ces auteurs, le patient opératoire serait « *Ainsi, désuni du fond, inexprimable, de sa personnalité, ... il survit davantage qu'il ne vit.* » Voilà donc un mode d'existence bien étrange, leurs relations à eux-mêmes et à l'autre, ainsi qu'à la réalité sociale justifient d'être qualifié de « folie privée ».

4.3.1. Éléments pour une métapsychologie du fonctionnement opératoire

4.3.1.1. Psychologie collective et réalité opératoire : la place du narcissisme

Chez le patient opératoire, existe une extrême sensibilité aux signes de reconnaissance comme de réprobation en provenance du social. Les variations de son sentiment d'estime de soi semblent, en effet, directement liées à des signes de la réalité collective. C'est à son adaptation au collectif auquel il accorderait une très grande importance, qu'il acquiert son l'homéostasie. Au même titre que phénomène de panique dans une foule, le patient opératoire trouve dans le collectif l'essence des liens libidinaux qui la traversent de part en part comme un réseau serré. La désorganisation de l'opératoire renverrait par conséquent à cet état de désorganisation anxieuse qui s'empare de chaque membre d'une foule lorsque la structure libidinale qui la maintenait s'est relâchée ou rompue. Dans cette occurrence, les risques qu'il encourt sont particulièrement sur le plan somatique.

Selon Freud (1915), le double retournement, est un destin pulsionnel, et l'aptitude du Moi à jouir dans une position passive est un indicateur de qualité et de capacité narcissiques du sujet. Quand on revient à la clinique des états opératoires, on observe que l'activité est l'une des pièces maîtresses de la vie d'un patient opératoire. Habituellement, dans son fonctionnement, il répond plus à une contrainte qu'à un choix délibéré. Chez le patient opératoire la passivité n'est pas évitée, elle est tout simplement inconnue de lui. Il n'a pas accès.

Le narcissisme du sujet opératoire se trouve orienté vers le dehors, vers la réalité collective, et non vers la réalité interne. Il cherche la voie de sa satisfaction dans l'accomplissement de conduites conformes aux valeurs du social et non dans la rêverie. Il ne connaît pas la détente et le repos et s'épuise dans la recherche permanente de la satisfaction illusoire d'un exigeant idéal. Il s'agit d'un narcissisme dont l'encadrement est réalisé par les valeurs de la réalité collective. On comprend alors que le patient opératoire cherche indéfiniment de quoi rehausser son sentiment d'estime de soi qu'il est incapable de nourrir de l'intérieur à partir de la dynamique de son désir. On parlerait ici de narcissisme de comportement qui décrirait bien cette attitude de *surinvestissement active aux dépens de la passivité*. Ainsi on se trouve en présence d'une organisation narcissique dont les repères structuraux sont totalement bouleversés. On se retrouve face à un second indicateur clinique de la mauvaise qualité de l'organisation narcissique de base du patient opératoire. La haine, habituellement absente de ses aptitudes affectives, jointe à l'absence de passivité, lui confère ce trait si prégnant d'une absence de densité subjective. Face à une conjoncture génératrice de blessure narcissique, en lieu et place d'une haine absente, le patient opératoire se voit réagir selon des modes qui échappent à sa volonté : l'accentuation de la dépression essentielle, les procédures autocalmantes ou la somatisation.

Cette analyse permet de ressortir chez le patient opératoire un niveau d'organisation déficitaire du narcissisme primaire qui marque l'installation d'un narcissisme de comportement.

4.3.1.2. La place du Surmoi

La dépression essentielle appartient à un autre cadre conceptuel. Elle n'est lisible théoriquement que si on la réfère au modèle psychosomatique de Marty. Par le qualificatif d'essentiel, Marty a voulu donner à toutes les dépressions une qualité affective de base qui sera secondairement enrichie selon les modalités propres et la richesse de la mentalisation de chacun. En 1980, dans *L'ordre psychosomatique*, Marty décrit à nouveau la dépression essentielle comme liée à la pensée opératoire, et présente les deux états de désorganisations comme deux faces d'un même phénomène, celui de la désorganisation mentale.

La dépression essentielle résulte d'un processus de désinvestissement narcissique qui doit être conçu comme premier par rapport à l'organisation de la pensée opératoire. Apparemment, tout oppose le tableau clinique de la dépression essentielle à celui de la mélancolie. Ici, les symptômes sont bruyants et spectaculaires, là, ils sont silencieux et passent volontiers inaperçus. Ici, les plaintes envahissent le champ de la relation, là, elles sont quasi inexistantes.

Ici, le sentiment de culpabilité est conscient, douloureusement aigu et emporte l'adhésion du Moi du patient. Là, il est absent. Ici, le sujet est inhibé dans son activité, voire prostré. Là, le patient poursuit machinalement ses activités. Le seul symptôme qui rapproche les deux tableaux cliniques est l'effondrement du sentiment d'estime de soi. Il faut noter par ailleurs que tout ce qui oppose la dépression essentielle à la mélancolie la rapproche du deuil normal. Par contre, ce qui rapproche la dépression essentielle à la mélancolie, comme la perte du sentiment d'estime de soi, l'oppose au deuil normal. Tout se passe ainsi comme si la mélancolie se situait à une place intermédiaire entre deuil et dépression essentielle. En quelque sorte, elle représenterait une interface de l'un et de l'autre.

En introduction à son étude « Deuil et mélancolie » (1915), Freud indiquait déjà que certaines formes cliniques de la mélancolie évoquaient plus des affections somatiques que des affections psychogènes. Après avoir fondé, la « formule » du mélancolique, Freud se demande *si une perte du Moi, sans atteinte du Moi purement narcissique peut suffire à produire la mélancolie, si un appauvrissement directement toxique en libido du Moi ne peut pas produire certaines formes de l'affection. Par ces interrogations d'ordre économique, Freud envisageait déjà l'hypothèse d'une mélancolie sans objet.*

Dans ce contexte, il reprend la métaphore chirurgicale qu'il avait utilisée dans son Manuscrit G, en 1895, pour définir le complexe mélancolique, alors assimilé à une blessure ouverte attirant à elle de formidables contre-investissements dont les effets conduisent à appauvrir le Moi. La métaphore de la blessure ouverte doit être traduite par la blessure du Moi. Or, le Moi du mélancolique, selon l'analyse à laquelle Freud a abouti, est un Moi transformé par l'identification à un objet. Occasion de se demander si une blessure du Moi ne peut pas survenir en dehors des processus de régression qui, à partir d'un investissement narcissique de l'objet, aboutit à une identification du Moi à l'objet perdu. Si la réponse à cette question est affirmative, alors il faut envisager, comme Freud, l'existence d'une mélancolie sans objet, autrement dit, une mélancolie qui s'inscrit exclusivement dans le cadre d'une atteinte narcissique du Moi. *Considérons alors que la mélancolie sans objet n'est rien d'autre que la dépression sans objet des psychosomaticiens.* Se dévoilent ainsi deux formes de mélancolies. Une forme classique, où intervient l'objet et qui répond au tableau habituel de la mélancolie, et une forme sans objet, qui recouvrirait une ou d'autres formes cliniques telles que la dépression essentielle.

Dans une approche comparative de la dépression sans objet et de la mélancolie, il faut garder à l'esprit que dépression sans objet et mélancolie sans objet recouvrent la même réalité.

Du point de vue de la métapsychologie, la mélancolie repose sur deux bases, un processus de régression qui aboutit à l'identification du Moi à l'objet perdu, objet dont la qualité narcissique est reconnue, et une relation du Moi transformé au Surmoi, au sein de laquelle le sadisme du Surmoi sévit cruellement sur le Moi, en position masochiste. Du fait de l'existence d'un déficit de l'organisation narcissique primaire chez le patient opératoire, on peut admettre la perte narcissique du Moi, dans la dépression sans objet, comme une perte narcissique primaire, principalement. Il va sans dire que, dans cette conjoncture, les relations entre Moi et Surmoi affecteront une tout autre forme que celles qu'elles établissent dans la mélancolie de par la présence à la fois topique, dynamique et économique de l'objet.

Le Surmoi, comme le souligne Braunschweig, est plus qu'une instance. Il constitue le sujet. Sans doute peut-on pousser cette proposition jusqu'à énoncer que, sans Surmoi, il n'y a pas de sujet. Des développements théoriques de Totem et tabou, il se révèle que la conscience est le prix à payer par l'homme pour son accession à sa qualité d'humain. L'absence du sentiment de culpabilité, ou de son expression, est l'un des traits observés chez le patient opératoire. Nous savons que ce sentiment est le témoin de la tension éprouvée par le Moi dans sa relation au Surmoi.

Il faut rappeler ici que la formule complète du Surmoi, telle qu'elle nous est donnée par Freud (1923), comprend deux impératifs, l'un positif : « soit ainsi », et l'autre négatif : « ne soit pas ainsi ». Le premier se rapporte à l'idéal du Moi, le second au Surmoi proprement dit. Toutefois, l'Idéal du Moi reste une fonction en charge du Surmoi. Le Surmoi, en tant qu'héritier du complexe d'Œdipe, ne peut aboutir à une structure achevée et, donc, complète, que si les premiers objets d'investissements érotiques ont été déssexualisés et le complexe d'Œdipe surmonté. Selon Freud, lorsque le complexe d'Œdipe n'a pas suffisamment été surmonté, la conséquence majeure qui en découle est l'inachèvement de la structure pulsionnelle. C'est dans cette conjoncture que l'idéal se substitue au Surmoi proprement dit. Ces considérations cliniques soulignent les défauts majeurs de la constitution et de l'organisation du Surmoi chez les patients opératoires. Le fonctionnement opératoire peut être conçu comme une maladie du Surmoi. Si dans la mélancolie, le sentiment de culpabilité est vivement conscient, dans la dépression sans objet, c'est le Moi-objet qui trouve perdu, du fait de la disparition des quantités plus ou moins importantes de libido. Ce désinvestissement narcissique du Moi conduit à la perte de sa qualité objectale, et dont l'aboutissement est la disparition du Moi-objet de ses pulsions. Ainsi, dans la dépression sans objet, le Surmoi subsumé sous l'idéal a perdu son objet, il devient un Surmoi sans objet. Freud (1923), fait savoir que dans le cadre du masochisme moral, le sentiment de

culpabilité est muet, car inconscient, il s'affirme par l'état de maladie et non par celui de culpabilité. Dans la relation du Moi au Surmoi, la préséance est ici donnée aux tendances masochistes du Moi sur le sadisme du Surmoi.

Freud dans « Le problème économique du masochisme », dit qu'il est instructif d'apprendre que, contre toute théorie et toute attente, une névrose qui a défié tous les efforts thérapeutiques peut disparaître quand la personne est tombée dans la détresse d'un mariage malheureux, a perdu sa fortune ou a contracté une redoutable maladie organique. Une forme de souffrance a été ici relayée par une autre et nous voyons qu'il ne s'agissait que de pouvoir maintenir une certaine quantité de souffrance. Il pose ainsi le problème des processus de transformations, voire de dégradations, des énergies pulsionnelles et à leur bascule dans le champ du somatique.

On constate qu'une affection somatique peut faire l'objet d'un processus de réinvestissement psychique masochiste, témoignant ainsi de la récupération libidinale du Moi. Cette logique peut permettre de mieux analyser le fonctionnement opératoire et de dégager une seconde constellation métapsychologique lié à l'existence d'un Surmoi sans objet et réduit à sa fonction d'idéal.

4.3.1.3. Développement des lignées pulsionnelles dans les somatisations

Au regard des considérations freudiennes sur le rêve et la réalisation hallucinatoire du désir, et des conceptualisations théoriques de Marty sur le fonctionnement opératoire, peut-être envisager le développement pulsionnel du patient algohallucineur selon ces deux lignées.

Dans la première lignée hallucinatoire, on observe que la réalisation hallucinatoire du désir promeut le développement des auto-érotismes, de la vie fantasmatique et de la pensée. Ici, le complexe d'œdipe est déssexualisé et le Surmoi prend sa place comme instance psychique et dépositaire de la pulsion de mort. La castration devient alors l'organisateur de la vie psychique.

Dans la seconde lignée traumatique, le développement pulsionnel est conduit vers une structure distordue. Le narcissisme primaire comporte des défauts majeurs liés à la défaillance des acteurs engagés dans sa constitution. En particulier, les pulsions « ratent » le destin du double retournement, ce qui a pour conséquence de priver le sujet de l'accès à la passivité. La réalisation hallucinatoire du désir ne peut affirmer sa maîtrise sur les événements psychiques du fait de la conjoncture d'inachèvement antérieure. Les auto-érotismes et la vie fantasmatique sont barrés dans leur développement et le trauma envahit la place. Le Moi, prématurément

sollicité pour constituer un pare-excitation autonome aux effets du traumatisme passe le relais aux conduites autocalmantes, représentantes de la pulsion de mort dans leur fonction de neutralisation, voire de mortification de l'excitation.

Cette double lignée répond à l'hypothèse freudienne de la compulsion de répétition comme obstacle au principe du plaisir et souligne la prévalence de la dimension économique dans un certain nombre d'organisations mentales dont celles qui encadrent la somatisation chez le patient opératoire. M'Uzan (1991) propose une conception psychodynamique du développement opératoire. Il la fonde sur une distorsion, apparue au cours de ce temps primordial, du passage de l'échec de la réalisation hallucinatoire du désir au principe de réalité, et postule l'intervention d'une conjoncture traumatique qui, par l'intermédiaire du mécanisme de défense (forclusion), dissocie le rapport nécessaire entre représentation du réel et fantasmatisation, tout en détruisant et inhibant sévèrement cette dernière. L'importance primordiale du facteur traumatique et son incompatibilité avec l'hallucination de l'objet en sont les éléments métapsychologiques les plus fondamentaux. La conception de M'Uzan tient principalement en ce qu'il accorde aux effets de la pulsion de mort un rôle déterminant dans la neutralisation des masses d'excitation traumatique et à sa mise en forme par l'intermédiaire de systèmes autocalmants.

Dans la seconde topique Freud (1923) décrit le Moi comme un objet sexuel qui ne tardera pas à être reconnu comme le plus important de ces objets. La conséquence majeure de ce retrait libidinal du Moi est une désintrinsication pulsionnelle fondamentale et lourde de conséquences pour la conservation du sujet. Ici encore se pose la question de ce qu'il advient de cette libido perdue par le Moi, des transformations, voire des dégradations, qu'elle est amenée à subir. La perte du Moi ou son désinvestissement libidinal fonde, la situation traumatique du patient opératoire. Face à cette limite théoriquement concevable dans la perspective pulsionnelle, on peut déduire que la pulsion de mort désintrinsicée (destructivité interne) envahit le Moi, c'est-à-dire celui qui assure la conservation de l'être. Freud (1916), évoquant son hypothèse de l'alliage entre Éros et l'agressivité, ressortait la portée des conséquences d'une désunion pulsionnelle sur l'avenir vital de l'individu. Pour lui, « *ce sont les pulsions érotiques qui introduiraient dans le mélange, la diversité de leurs buts sexuels, tandis que les autres n'admettraient que des atténuations et des gradations décroissantes dans leur tendance monotone* ». Par cette hypothèse il ouvrait la « (...) *perspective à des investigations qui pourront revêtir un jour une grande importance pour la compréhension de processus pathologiques. Car des mélanges*

peuvent aussi se désagréger et on peut attendre de telles désunions de pulsions les plus graves conséquences pour la fonction. »

Cette troisième direction conduit à une troisième constellation métapsychologique : la perte traumatique du Moi en tant qu'objet et la désunion pulsionnelle avec comme conséquence majeure l'occupation du terrain par la pulsion de mort et ses effets destructeurs.

4.3.1.4. La place de l'objet

La pensée opératoire peut se définir comme un « *surinvestissement du jugement d'existence au détriment du jugement d'attribution.* » Marty et M'Uzan (1962, p. 86). Cette définition inscrit le vécu opératoire dans la lignée traumatique au détriment de la lignée hallucinatoire. La mise hors d'état de fonctionnement de cette dernière a pour conséquence principale d'altérer plus ou moins gravement la fonction de représentation de l'objet. Selon Botella, le trauma est lié à une altération du statut de représentation, la situation traumatique étant engagée non par la perte de l'objet, mais par la perte de la représentation de l'objet. On peut ainsi comprendre le sens de ce surinvestissement du jugement d'existence dans la pensée opératoire par l'importance accordée aux objets de la perception, à nier l'absence traumatique des objets représentés. Ici, on le voit bien, le surinvestissement devient contre investissement anti-traumatique. De plus, la nature même de la réalité opératoire, collective, monotone et indifférenciée permet d'installer un continuum objectal qui vient se substituer à la discontinuité insupportable des objets individuels.

Un autre caractère de la pensée opératoire est la prééminence de l'affirmation sur la négation. On peut à ce niveau interpréter ce caractère du patient opératoire comme résultant du haut degré de désunion pulsionnelle et des effets « visqueux » de la libido qui en découleraient sur les objets de la réalité opératoire. Le surinvestissement du jugement d'existence dans le mode de pensée opératoire et la mise à l'écart de la dimension hallucinatoire de la pensée, qu'il recouvre, confère à la réalité opératoire un caractère surmoïque. Le Surmoi, considéré en tant qu'instance comme absent dans la pensée opératoire. Il est réduit à sa fonction d'idéal et marqué, dans son développement, par un inachèvement structural (Marty et M'Uzan, 1962). La réalité opératoire en représenterait une figure régressive, imposée du dehors. C'est dans la liaison de ces deux caractères du Surmoi, dans la maladie opératoire, l'un la régression, l'autre la projection, qu'intervient la dépression essentielle ou dépression sans objet. Marty (1962) situe cette problématique dans sa description du déprimé essentiel qui n'est pas soumis à une loi personnelle. Il vit la loi, ce qui doit être communément fait est fait, ces conduites sont

machinales. Ainsi, le Moi s'efface devant le Surmoi, réduit à sa fonction d'idéal collectif en même temps qu'il s'impose du dehors. Dans ce processus, le sentiment de culpabilité disparaît (Op.cit).

La dépression sans objet traduit dans le langage pulsionnel une perte de libido du Moi, c'est le désinvestissement libidinal du Moi en tant qu'objet. Dans la maladie opératoire, le premier temps dont témoigne la dépression sans objet réside dans le désinvestissement non pas des objets du Moi, mais du Moi en tant qu'objet du Ça. Ici, dans un processus de dénarcissisation Freud (le cas schreber) dit que : « *Ce qui attire à grand bruit notre attention, c'est le processus de guérison qui supprime le refoulement et ramène la libido aux personnes mêmes qu'elle avait délaissées. Il s'accomplit dans la paranoïa par la voie de la projection. Il n'était pas juste de dire que le sentiment réprimé au-dedans fût projeté au-dehors ; on devrait plutôt dire que ce qui a été aboli au-dedans revient du dehors.* » Ainsi, après un premier temps silencieux marqué par l'effacement, succède un deuxième temps, bruyant, marqué par l'expression symptomatique hallucinatoire. Dans le langage de la seconde théorie des pulsions, on n'oubliera pas que le silence est l'œuvre de la pulsion de mort et le bruit celle de la pulsion de vie. Selon Freud (1907), lorsqu'un investissement libidinal est retiré à une représentation d'objet, son contenu est projeté au-dehors et prend le caractère d'une perception. La charge affective se trouve ainsi transférée en puissance sensorielle. Dans la maladie opératoire, on peut reconstituer un second temps de « guérison », correspondant à ce que Marty qualifiait de « relative stabilité ». Au cours du processus de dénarcissisation touchant le Moi en tant qu'objet, c'est le sentiment de culpabilité qui est effacé et transféré en puissance sensorielle, l'ensemble des contenus surmoïques se trouvant alors projetés et revenant du dehors. La conformité aux idéaux et aux valeurs collectives, en rehaussant le sentiment d'estime de soi, ramènerait ainsi de la libido narcissique au Moi. Cette hypothèse métapsychologique rend compréhensible ce trait énigmatique du patient opératoire qui est sa soumission quasi « hallucinatoire » à l'ordre collectif.

La conception du fonctionnement opératoire assigne au processus de dénarcissisation un rôle primordial dans le cours des événements qui aboutissent à la maladie opératoire. En réalité, on pourrait tout aussi bien qualifier ce processus de désobjectalisation dans la mesure où les effets de l'un comme de l'autre conduisent à la perte du statut d'objet du Moi (Green, 1992). En effet, la perte en libido du Moi aboutit nécessairement à une désunion pulsionnelle dont l'effet principal est un accroissement de la destructivité libre au sein du Moi. On comprend que cette conjoncture favorise au plus haut degré le développement d'une somatose. En réalité, le fonctionnement opératoire a pour sens de neutraliser une réalité primaire désobjectalisante.

Cette réalité contient le projet de la destruction du désir propre du sujet, de sa subjectivité. Elle engage le sujet à devenir étranger à lui-même, à renoncer à son projet pulsionnel personnel (Op.cit).

Dans la maladie opératoire, c'est le narcissisme qui est affecté et le Moi soumis à un processus de désobjectalisation. Dans les états opératoires de la vie quotidienne, ce sont les objets du Moi qui sont affectés et soumis à un processus de désinvestissement. Ce sont des objets momentanément malades, surchargés en excitation. Ils sont en quelque sorte le lieu d'un processus inflammatoire. Leur désinvestissement et le traitement opératoire qui leur est appliqué ont pour fonction de rétablir leur intégrité fonctionnelle au sein du Moi. Ces états opératoires de la vie quotidienne sont, dans la vie du sujet, comme des soupapes de sécurité qui permettent d'éponger périodiquement les excès d'excitation inhérents à l'économie objectale et de soulager le sentiment de culpabilité inconscient. L'alternance entre l'activité psychique de plein emploi et l'état opératoire de la vie quotidienne évoque d'autres alternances de la vie de l'humain comme celle du système veille-sommeil, alternances soumises à l'impératif de désinvestissement du Moi (Marty et M'Uzan, 1962).

La distinction clinique entre maladie opératoire et régression opératoire a conduit à différencier deux processus psychiques, l'un de désobjectalisation, l'autre de désinvestissement. Si tous deux engagent le destin de la pulsion de destruction, il se pourrait qu'il est utile de référer le processus de désobjectalisation à l'ordre du narcissisme et le processus de désinvestissement à l'ordre de l'objet.

4.4. SYNTHÈSE THÉORIQUE

L'importance des dimensions théoriques impliqués dans le processus de douleurs chez les patients amputés et influençant le travail clinique sont plurielles. Nous avons retenus ici, les concepts qui selon nous, faciliteraient la compréhension de la suite du travail.

A cet effet, nous pensons qu'une synthèse vers la souffrance de l'algohallucineur aux prises avec une réalité clinique qui n'arrive pas le soulager semble nécessaire. Il est difficile d'imaginer un moment plus intense émotionnellement que lors de la survenue des douleurs. Dans le cadre de cette étude, la survenue de la douleur est liée à l'amputation. Afin de comprendre la douleur fantôme chez les patient amputé, un recours aux notions d'amputation, de sa typologie

à ses différentes formes de prises en charges et les possibilités de rééducations nous ont permis de ressortir les formes de complications potentiellement liées à l'acte chirurgical. A ce niveau, nous avons pu établir l'algohallucinoïse comme l'une des complications survenant dès les premiers mois de l'amputation et pouvant perdurer et se chroniciser si un protocole thérapeutique n'est pas établi.

L'algohallucinoïse au centre de ce travail, la compréhension de son installation, de son mode de fonctionnement et de la réalité qu'elle construit autour de sa clinique, nous a amenée à poser le corps dans son investissement libidinal. Orienter dans les approches psychopathologique, phénoménologique et neurologique, nous tentions de saisir la réalité qui entoure la perte et le deuil d'une partie de ce corps. De ce fait nous avons également positionné le corps comme sujet et dont comme personnalité dans un univers culturel qui donne une logique à la maladie et au trouble lié au corps.

Par la suite, nous avons ressorti le corps dans sa manifestation douloureuse et le différencier de la souffrance pour enfin aboutir à un positionnement psychosomatique dans lequel le patient amputé algohallucinoïse, atteint dans son intégrité physique et psychique, tend à reconstruire un mode de fonctionnement adaptatif requalifié par une vie opératoire et dont la nécessaire prise en charge clinique, dans ses modalités transféro-contre-transférentielle et dans ses procédés d'investigation, se doit de prendre en compte.

DEUXIEME PARTIE :
CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE

HYPOTHÈSES, INSTRUMENTS, CONTEXTES ET POPULATIONS DE L'ETUDE

Le présent chapitre porte sur les aspects méthodologiques de l'étude. Il abordera les hypothèses et leurs modalités, les méthodes postulées pour l'étude et la construction du matériel permettant de vérifier les différentes hypothèses émises. Il abordera aussi la population et le contexte de l'étude.

5.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

5.1.1. Rappel de la question de recherche

En rapport avec le problème de « *l'influence de la clinique de la pensée opératoire sur la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses* » qui fonde ce travail, la question de recherche se précise comme suit : « *Dans quelle mesure la clinique de la pensée opératoire peut influencer la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses?* »

5.1.2. Rappel de l'hypothèse générale (HG)

Pour apporter une réponse anticipée à la question de recherche formulée ci-dessus, est proposée l'hypothèse suivante : « *la clinique de la pensée opératoire a une influence sur la gestion des douleurs chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses* ».

Cette hypothèse générale insiste sur l'élaboration de la relation transféro-contre-transférentielle, ainsi que la pratique de l'investigation en situation clinique.

5.1.2.1. Description de l'HG et opérationnalisation des Variables

La description de cette HG nous permettra de préciser les Variables (indépendante et dépendante) d'une part et les centres d'intérêts de ces variables d'autre part. La finalité d'un tel processus étant d'aboutir à la formulation des hypothèses de recherche.

5.1.2.1.1. Identification des Variables de l'HG

- **Variable Indépendante (VI)**

La clinique de la pensée opératoire

- **Variable dépendante (VD)**

La gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses

5.1.2.1.2. Opérationnalisation des Variables

VI : La clinique de la pensée opératoire

Modalités de la VI (Mo) :

Mo1 : La nature des élaborations transférentielles et contre transférentielle dans la pratique clinique (la relation médecin-patient)

✓ **Indicateur 1 :**

- Mise en place des éléments du transfert

Indices :

- Sentiments et affects envers le médecin
- Manière d'exprimer ses plaintes
- Sentiment d'être compris et accepté
- Etat de la communication (blocage, abstinence, silence)
- Intérêt porté pour la consultation
- Investissement dans la relation thérapeutique

✓ **Indicateur 2 :**

- Mise en place des éléments de contre-transfert

Indices :

- Les réactions émotionnelles spécifiques,
- Attitudes et comportements vis-à-vis des plaintes du patient
- Représentations sur la souffrance du patient (Impressions et préjugés)
- Attitudes cliniques dans le recueil des symptômes
- Fonction de contenance

Mo.-2 L'investigation clinique des algohallucinoses

Indicateur 1

- Connaissances diagnostics

Indices :

- Identification des différentes étiologies des algohallucinoses
- Évaluation des composantes des caractéristiques des algohallucinoses
- Utilisation d'instrument diagnostic pour algohallucinoses
- Investigation du fonctionnement psychique de l'amputé souffrant d'algohallucinoses

Indicateur 2

- Le choix de l'orientation thérapeutique

Indices :

- Connaissances sur les modèles thérapeutiques
- Capacité d'adaptation des modèles thérapeutiques en fonction du patient
- Fonction maternelle développée pendant l'accompagnement

Modalités de la VD

Mo.1- La gestion de la douleur

- Manifestations somatiques des algohallucinoses
- Des attitudes et pensées liées aux algohallucinoses
- États affectifs et émotifs liés au ressenti douloureux dans les algohallucinoses

Mo.-2 La gestion de la souffrance

- Travail de deuil
- Vécus post-traumatiques,
- États opératoires,
- Angoisse

Tableau 1 : Présentation des variables

<i>Modalités de la VI</i>	<i>Modalités de la VD</i>
La nature la relation transfero-contre-transférentielle dans la pratique clinique	La gestion de la douleur
L'investigation clinique des algohallucinoses	La gestion de la souffrance

Hypothèse	VI	Modalités	Indicateurs	Indices
La clinique de la pensée opératoire influence la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses	La clinique de la pensée opératoire	La nature des élaborations transférentielles et contre transférentielle dans la pratique clinique	Mise en place des éléments du transfert	Intérêts portés pour la consultation
				Manière d'exprimer ses plaintes
				Etat de la communication
			Investissement dans la relation thérapeutique	
		Mise en place des éléments de contre-transfert	La mise à l'aise du patient par le médecin	
			Les réactions émotionnelles spécifiques, intensives,	
			Attitudes cliniques dans le recueil des symptômes	
		L'investigation clinique des algohallucinoses	Connaissances diagnostics	Évaluation des composantes et caractéristiques des algohallucinoses
				Utilisation d'instrument pour évaluation des algohallucinoses
				Investigation du fonctionnement psychique de l'amputé souffrant d'algohallucino
Connaissances sur les modèles thérapeutiques				
Le choix de l'orientation thérapeutique		Capacité d'adaptation des modèles thérapeutique en fonction du patient		
		Fonction maternelle du thérapeute		
			Manifestations somatique	- Postures - Gémissements demandes d'aide, plaintes - Prise d'antalgiques

La gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses	La gestion de la douleur	Des attitudes et pensées liées à la douleur	<ul style="list-style-type: none"> - Catastrophisme - Croyances d'injustice - Malédiction et malchance - fatalité
		États affectifs et émotifs liés au ressenti douloureux	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'impuissance - Colère - Tristesse - Perte de contrôle
	La gestion de la souffrance	Travail de deuil	<ul style="list-style-type: none"> - Deuil pathologique - Forclusion de l'amputation - Clivage du corps - Fixation et régression pathologiques
		Vécu post-traumatiques	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de sommeil - Rappel des événements liés à la perte
		Etats opératoires	<ul style="list-style-type: none"> - Désexualisation de la vie psychique - Absence de culpabilité - Conformisme social
		Angoisse	<ul style="list-style-type: none"> - de perte de son corps - privation de sa vie - frustration de son corps et du regard des autres - forclusion de l'amputation
		Dépression essentielle	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du sommeil - Neurasthénie - Asthénie - Tristesse - Absence de culpabilité

Tableau 2 : Présentation synoptique des variables et opérationnalisation

5.1.2.2. Formulation des hypothèses de recherche (HR)

HR1 : « *La nature des élaborations transférentielles et contre transférentielle dans la pratique clinique influence la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses.* »

HR2 : « *L'investigation clinique des algohallucinoses détermine la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses.* »

5.1.2.3. Construction des centres d'intérêts

AXE 1 : LA NATURE DES ÉLABORATIONS TRANSFÉRENTIELLES ET CONTRE TRANSFÉRENTIELLE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE (LA RELATION MÉDECIN-PATIENT)

➤ Mise en place des éléments du transfert

- Intérêts portés pour la consultation

- Besoin d'être compris et accepté
- D'être écouté avec attention et intérêt
- De croire en la réalité de ses plaintes
- Attitudes favorables ou défavorables

- La demande

- Intérêt porté dans le discours
- Manière d'exprimer ses plaintes
- Cohérence dans l'expression
- Insiste sur les faits d'historicité
- Langage utilisée
- Tonalité dans l'expression

- Etat de la communication

- Blocage,
- Hésitation
- Abstinence
- Silence

- Investissement dans la relation thérapeutique

- Confiance au médecin

- Sentiments amicaux,
- Tendresse,
- Favorables au déroulement de la clinique
- Mise en mot et répétition des expériences traumatiques liées au vécu douloureux et de perte dans le passé ;
- **Mise en place des éléments de contre-transfert**
- *La mise à l'aise du patient par le médecin*
 - Accueil
 - Ecoute
 - Disponibilité
 - Patience
- *Les réactions émotionnelles spécifiques, intensives,*
 - Attitudes d'empathie
 - Neutralité bienveillante
 - Abstinence
- *Attitudes cliniques dans le recueil des symptômes*
 - Représentations et préjugés sur la souffrance du patient
 - Dédramatisation de l'expérience
 - Fonction symbolisante

AXE II : PRATIQUE DE L'INVESTIGATION CLINIQUE SUR LES ALGOHALLUCINOSES

- **Connaissances diagnostics**
- *Évaluation des composantes et caractéristiques des algohallucinoses*
 - Description sémiologique et nosologique des plaintes et symptômes du patient
 - Prise en compte des attitudes liées au ressenti douloureux
 - Circonstances d'apparition de la douleur
 - Prise en compte du fonctionnement psychique du patient
- *Utilisation d'instrument pour évaluation des algohallucinoses*
 - Topographie
 - Intensité
 - Périodicité
 - Impact sur la qualité de vie

- Souffrance psychique
- *Investigation du fonctionnement psychique de l'amputé souffrant d'algohallucinoïse*
 - La place du narcissisme
 - La place de l'objet
 - Nature de l'angoisse
 - La place du Surmoi
 - Conflit psychique
 - Mécanismes de défenses
 - Vécu diurnes et nocturnes
- **Le choix et l'orientation thérapeutique**
 - *Connaissances sur les modèles thérapeutiques*
 - Modèle médical
 - Modèle traditionnelle
 - *Capacité d'adaptation des modèles thérapeutiques en fonction du patient*
 - Évaluation des thérapies en fonction des besoins du patient
 - Choix du modèle adapté à l'environnement et à la situation du patient
 - *Fonction maternelle du thérapeute*
 - Encouragement
 - Réconfort
 - Prise en compte de ses difficultés

AXE III : LA GESTION DE LA DOULEUR CHEZ L'AMPUTÉ SOUFFRANT D'ALGOHALLUCINOSES

- **La gestion de la douleur**
 - *Manifestations somatiques*
 - Postures
 - Gémissements demandes d'aide, plaintes
 - Prise d'antalgiques
 - *Des attitudes et pensées liées à la douleur*
 - Catastrophisme
 - Croyances d'injustice
 - Malédiction et malchance
 - Fatalité

- *États affectifs et émotifs liées au ressenti douloureux*

- Sentiment d'impuissance
- Colère
- Tristesse
- Perte de contrôle

➤ **La gestion de la souffrance**

- *Travail de deuil*

- Deuil pathologique
- Forclusion de l'amputation
- Clivage du corps
- Fixation et régression pathologiques

- *Vécus post-traumatiques*

- Troubles de sommeil
- Rappel des événements liés à la perte

- *Etats opératoires*

- Déssexualisation de la vie psychique
- Absence de culpabilité
- Conformisme social

- *Angoisse*

- De perte de son corps
- Privation de sa vie
- Frustration de son corps et du regard des autres
- Forclusion de l'amputation
- Aborder les thèmes liés au travail de deuil
- Aborder les aspects du Vécu post-traumatiques de l'amputation
- Aborder les thèmes liés aux vécus opératoires

5.2. METHODE DE L'ETUDE : LA MÉTHODE CLINIQUE

5.2.1. Rappels des fondamentaux de la méthode clinique

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance

et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil *in vivo* des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation.

5.2.1.1. Le premier niveau de la méthode clinique (recueil des informations)

Elle suppose la présence du sujet, son contact avec le thérapeute, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite, du moins pour certaines techniques (tests projectifs, jeux, dessins...) pouvant faire l'objet de différentes analyses. Lorsque ces méthodes s'appuient sur un matériel standardisé, lorsqu'elles visent une objectivation (tests, échelles, observations standardisées...), on parle de « *clinique armée* ». Par opposition la clinique « naturaliste » est parfois appelée « *clinique à mains nues* ».

5.2.1.2. Le second niveau de la méthode clinique

Elle peut être définie à partir de trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité. Tout être humain est en conflit, tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses comportements s'expliquent par son histoire.

La méthode clinique qui trouve son origine dans la démarche médicale s'est ainsi édifiée de manière autonome en tentant de sauvegarder à la fois la rigueur de l'approche et la restitution de l'individualité. D'autre part, elle est avant tout celle qui permet au thérapeute de parvenir à une évaluation du problème présenté par le sujet et de conduire une intervention efficace.

Mais le corpus de connaissances (déterminé par son encrage théorique, qui ici est celui de la clinique psychosomatique) suppose la production d'un savoir, des activités de recherche qui permettent d'assurer au domaine clinique un corpus de connaissances, un « logos » autre qu'un ensemble d'informations empiriques tirées de l'expérience des praticiens. Peut donc être considérée comme clinique, la méthode qui vise à recueillir des informations fiables dans le domaine clinique (étude, évaluation, diagnostic, traitement de la souffrance psychique ou des difficultés d'adaptation) et qui réfère en dernière instance ces informations à la dimension individuelle. La méthode clinique se compose d'une série de techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la production des connaissances, certaines visant le recueil du matériel (entretien par exemple) alors que d'autres sont des outils de traitement de l'information recueillie (analyse de contenu par exemple). L'ensemble de ces techniques a pour objet d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique) ou des problèmes qui l'assaillent (production des théories).

5.2.2. Pratique de la clinique en recherche

Deux grands pôles permettent de ressortir la typologie clinique dans la pratique de la recherche en Education Spécialisée. Elles se catégorisent par la méthode qu'elles investissent, ainsi que les objectifs et but de la recherche clinique. On retrouvera d'une part la clinique objectivante ou « *armée* » et d'autre part, la clinique non objectivante ou a « *main nu* »

5.2.2.1. La recherche clinique non objectivante

Elle tente de répéter la démarche clinique où des approches descriptives et interprétatives peu contrôlées semblent fournir des résultats plus intéressants pour les cliniciens. Elle repose sur l'idée que la situation clinique est la source d'inspiration et le lieu d'élaboration de la recherche. Elle porte une attention particulière à l'engagement de l'observateur et procède à une description minutieuse de la spécificité de la situation en se fondant, sur le plan méthodologique, sur des études de cas comme source de connaissance du fonctionnement psychique qui vise à construire en une structure intelligible des faits psychologiques dont un individu est la source (Perron, 1979, Schmid-Kitsikis, 1999).

5.2.2.2. La recherche en clinique objectivante

La recherche en clinique objectivante est une recherche planifiée qui se dégage de l'expérience concrète pour prévoir le déroulement d'une recherche en fonction d'un but. Elle implique l'élaboration d'une stratégie de recherche et exclut la reprise spontanée d'un matériel

rétrospectif non standardisé (Pedieli, 1994). La clinique objectivante doit être définie comme « *un processus de production de connaissances validées et communicables* » (Giami, 1989) à partir de l'étude approfondie du sujet humain considéré dans sa singularité. C'est le sujet acteur dans la situation observée qui est source de connaissance, et c'est bien ce qui spécifie la clinique.

L'objectif du chercheur est de produire des connaissances en validant empiriquement des hypothèses issues du matériel clinique ou des conceptions théoriques. Dans ce cas, la recherche clinique s'engage dans une démarche rigoureuse où seuls les travaux de recherches systématiques correspondant à des procédures rigoureuses de recueil, de traitement et de vérification peuvent être considérés comme une démarche scientifique (travail de découverte et de validation – vérification et administration de la preuve par exemple) qui consiste à :

- se poser une question ;
- anticiper la réponse en se mettant en position de pouvoir l'argumenter ;
- poser des hypothèses qui s'inscrivent dans une problématique ;
- satisfaire aux conditions de validité et de réfutabilité ;
- définir clairement des objets (sujets et/ou phénomènes et/ou événements et/ou processus) ;
- utiliser une méthodologie précise, adéquate permettant de recueillir le matériel correspondant au niveau de la recherche et de le traiter convenablement ;
- interpréter les résultats pour répondre de la validité de l'hypothèse et produire une connaissance nouvelle (nouveau phénomène clinique décrit, nouvelle loi, nouvelle interprétation ou nouveau modèle expliquant des phénomènes) ;
- discuter les résultats obtenus avec ceux des autres travaux.

5.2.3. Méthodes cliniques et techniques de collectes des données

Afin de collecter les données nécessaires pour ce travail, nous avons conduits des entretiens cliniques (semi-directifs) et nous avons évalué la douleur à partir d'une échelle topographique d'évaluation de la douleur que nous avons adaptée à notre population (l'Algotest).

5.2.3.1.L'entretien

L'entretien en situation clinique et de recherche se présente comme une technique adaptée pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité

de cette technique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (Chiland, 1989) où un sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange. Cette position dite « clinique » est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : « *la centration sur le sujet, la non-directivité, la neutralité bienveillante et l'empathie* » (Rogers, 1942).

L'entretien peut être mis en œuvre dans différents contextes et répondre à des objectifs différents : diagnostic, thérapeutique, recherche. L'entretien de recherche peut être utilisé en référence à diverses méthodes - expérimentale, biographique, clinique (Blanchet, 1991) et en référence à différents modèles - psychanalytique, cognitif et comportemental, systémique, phénoménologique, humaniste, ethnopsychiatrique (Cyssau, 1998). Si l'entretien est donc la technique permettant l'objectivation de la subjectivité, les conditions de production et d'analyse des discours interrogent la validité des connaissances produites (Blanchet, 1987). La dénomination « *d'entretien clinique de recherche* » condense ainsi tous les paradoxes liés à l'utilisation de la méthode clinique (Moro, 1993) comme méthode de recherche. On distingue ainsi trois formes d'entretien clinique de recherche :

- *l'entretien non-directif* : le clinicien-chercheur adopte l'attitude non directive et n'intervient pas sur le cours du discours du sujet ; le patient dans la construction de son discours à liberté de se projeter dans une sorte de vas et viens autour d'une thématique abordée. L'abstinence comme règle est observé par le clinicien et permet la fluidité du discours du patient.

- *l'entretien semi-directif* : l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique. La maîtrise des techniques de relances et de reformulations permettent d'orienter le patient dans un travail d'association, lorsque celui-ci commence à avoir des blocages.

- *l'entretien directif* ne peut être considéré comme un entretien clinique puisque sa forme est préalablement déterminée, par le chercheur, en fonction de ses hypothèses. Mener un entretien clinique de recherche consiste donc à recourir à une technique d'entretien de recherche (non directive ou semi-directive) tout en adoptant une attitude clinique dans la relation au sujet (Bénony & Chahraoui, 1999).

Un entretien clinique de recherche peut poursuivre des visées exploratoires, de validation ou d'illustration et donc être plus ou moins directif. Lorsque la visée est exploratoire l'entretien tente, à partir d'une question préliminaire, de balayer le champ des significations et des actes

de langages possibles relatifs à cette question. L'entretien non directif est donc le mieux adapté. Cet entretien permettra notamment d'éprouver la pertinence de la question de recherche.

Lorsque c'est la validation d'une hypothèse qui est recherchée, l'entretien devient une technique de recueil de données (les faits de parole) s'inscrivant dans une méthodologie explicite. L'entretien semi-directif permet, par l'intermédiaire du guide d'entretien, de recueillir des informations pertinentes, relatives à l'hypothèse. L'entretien non-directif peut aussi être mis en œuvre pour construire un cas clinique, à valeur d'illustration des résultats d'une recherche. Toutes ces visées ne sont pas exclusives et correspondent souvent à des moments différents de la recherche : on explore, on valide puis on illustre.

- *L'entretien semi directif et l'étude*

Des trois types d'entretien de recherche qui existe, nous avons choisi l'entretien semi directif. Il est utilisé lorsque le chercheur vise à approfondir et ou vérifier certains aspects particuliers de la vie du sujet par rapport à son sujet d'étude. Ce type d'entretien est centré sur le recueil de l'expression des acteurs (sentiments, idées, émotions, etc.), par rapport à une trame générale souple, construite à partir du questionnement de l'évaluation (le guide d'entretien). Le guide peut être complété par des questions visant à éclairer ou préciser les réponses faites par la personne interrogée. Ici, le sujet s'exprime librement sur « *ce qu'il a à dire, ce qu'il peut dire* » Chiland (1983). Le guide d'entretien qui sert d'aide-mémoire permet à l'investigateur de recenser les thèmes à aborder, mais qui respectent un ordre, celui du discours du sujet. Il ne pose pas de questions précises, mais par des reformulations, des relances, des recentrages de la discussion, il veille à ce que l'ensemble des thèmes soient abordés par le répondant. Les questions ne sont pas préparées d'avance, elles s'adaptent à l'évolution de l'entretien. Il faut toutefois préciser avec Blanchet et Gotman (1992), que « *le degré de formalisation du guide d'entretien est fonction de l'objet de l'étude (multidimensionnelle), de l'usage de l'enquête (exploratoire, principal ou complémentaire), et des styles d'analyse que l'on projette de faire.* »

Nos données ont été collectées grâce à des entretiens semi directifs à but de recherche. En effet, d'après Montreuil et Doron (2006), l'objectif des entretiens semi directif est de recueillir le discours spontané ou semi spontané mais orienté par des questions du psychologue. Il précède d'un protocole d'entretien qui comporte des thématiques et /ou des questions qu'il souhaite poser. IL ne pose pas ces questions dans un ordre préconçu à l'avance, mais saisit des opportunités en fonction des propos du patient. L'utilisation de l'entretien semi directif exige la prise en compte des composantes suivantes : *Le guide d'entretien, la consigne, le l'écoute et*

l'intervention de l'interviewer, les Relances. Cela permet ainsi d'obtenir des corpus de discours homogènes du point de vue de leur contribution.

Les entretiens ont été administrés dans le but d'explorer et de rechercher l'ensemble des modalités qui entourent la gestion de la douleur, de la prise en charge dans ces aspects transférentiels et thérapeutiques, aux élaborations psychosomatiques dans la gestion de la souffrance de l'amputé au sein de ses représentations somatognosiques.

Il s'agit notamment de rechercher les modalités de perte d'objet toute fois qu'il est question de castration, de forclusion, de privation et de frustration qui retiennent l'attention, surtout dans le cadre de la relation aux algohallucinoses chroniques. Pour cette raison, l'objectif de l'usage de cet outil dans ce travail est qu'il nous servira pour explorer le vécu, les élaborations transférentielles dans le cadre thérapeutiques, les dispositifs liés à l'économie psychique déterminant dans la gestion de la souffrance du membre amputé ou de l'accompagnement dans le travail du deuil de celui-ci. Car d'un diagnostic bien élaboré, il est facile d'envisager une meilleure gestion de la douleur chez l'amputé, en mettant sur pied des programmes de prise en charge /d'accompagnement conséquents. Une autre raison de la l'utilisation de l'entretien est que l'Educateur spécialisé, en particulier le handicapologue, se veut élaborer dans une démarche rigoureuse des programmes d'éducation et d'accompagnement des personnes vulnérable, donc le cas échéant s'investira sur l'accompagnement de l'amputé souffrant d'algohallucinoze dans la gestion de sa douleur et l'amélioration de sa qualité de vie. Pour y parvenir, il se doit d'utiliser les instruments qui lui permettent d'explorer en profondeur les réalités du vécu de ces populations. Bien qu'en termes d'entretien les résultats sont peu généralisables, nous rappelons pour la forme que le handicapologue ne court pas après la généralisation des résultats, mais plutôt après l'identification, la description et l'orientation clinique d'une situation problème fut-elle individuelle ou collective, normale ou pathologique. L'entretien est en clinique l'outil par excellence d'exploration qui permet la prise en charge holistique, tant synchronique que diachronique de l'individu.

5.2.3.2. Les tests

« On appelle test une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par une comparaison avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant de classer le sujet examiné, soit quantitativement soit qualitativement » (Pichot, 1981). Il existe de nombreux tests disponibles pour la recherche en clinique. La catégorisation des tests est variable car différents critères peuvent être

considérés : aspects formels (matériel, durée...), aspects fondamentaux (conception théorique, qualités métrologiques...), population visée (enfants, adultes, personnes âgées), objet mesuré (sphère cognitive, conative).

L'utilisation des tests est également fonction du registre théorique qui le standardise. Dans la clinique psychosomatique soutenu par un corpus métapsychologique, l'usage des tests en références seront les tests de personnalité, ou encore les tests projectifs. Ces tests sont s'orientation soit diagnostic, soit thérapeutique.

Dans une clinique psychosomatique marquée par le vécu somatoforme douloureux du patient amputé, la rencontre clinique aura pour but d'évaluer le trouble et de proposer une démarche thérapeutique. Le test d'évaluation de la douleur fantôme sera l'instrument diagnostic et c'est l'analyse de ces résultats qui déterminera l'issue thérapeutique.

- L'Algotest et l'étude

L'Algotest est une échelle d'évaluation de la douleur localisée et projetée sur une partie ou totalité du corps. A la suite des échelles standardisées d'évaluations de la douleur, ainsi que ceux des tests structuraux, l'Algotest permet d'évaluer l'intensité douloureuse en localisant cette intensité sur une partie spécifique qualifiée de zone de sensibilité douloureuse.

A caractère projectif, le test s'inspire des épreuves projectives et de l'échelle topographique de la douleur chronique. Constitué de deux schémas du corps humain, l'un présentant le corps humain dans son entièreté (schémas complet), et le second présentant un corps amputé (schéma morcelé). Le second corps amputé est censé révéler au sujet son corps amputé, ce qui implique que le niveau d'amputation présenté par le schéma soit identique à ce qui est présenté par le corps réel de l'amputé.

L'objectif est d'amener l'amputé à localiser sur les planches qui lui sont présentés sa douleur fantômes. Eu égard du caractère d'inexistence physiologique des zones de sensibilité douloureuses dans les algohallucinoses, le test se veut la vérification des modalités psychiques du sujet lié à cette réalité, surtout en ce qui concerne sa conception des algohallucinoses et ses modalités d'adaptation aux réel, symbolique et imaginaire, son vécu fantasmatique diurne et nocturne. Précisons-le, l'adaptation de ce test naît du besoin de mesurer l'intensité de la douleur dans les algohallucinoses. En émettant l'hypothèse selon laquelle si l'amputé souffre d'algohallucinoses, celles-ci peuvent varier en intensité, en fréquence. Savoir évaluer et reconnaître l'intensité de la douleur d'un patient en situation thérapeutique bien douleur fantôme, est déjà un facteur déterminant de la thérapeutique qui lui sera accordée.

D'autre part, l'Algotest se veut une épreuve projective de par la dimension fantasmatique qu'elle projette sur le matériel. Ce qui met en place un fonctionnement psychique qui déterminera par la capacité hallucinatoire de retrouver la trace de la représentation ainsi que la qualité d'énergie psychique mit en jeu dans les mouvements progrédiens et regrédiens des pulsions sexuelles. La vie psychique ainsi ressortie par l'aspect structurel de la personnalité permettra d'évaluer la souffrance psychique dans son intrication au corps représenté et fantasmé.

Ce qui dit, le sujet face au matériel est appelé colorier une partie du corps sur la planche-1 qui lui est présentée, cette partie colorée correspondra à la zone du corps douloureuse. Par la suite, il lui est demandé le même exercice pour une seconde planche-2. Cependant, dans la seconde planche, le dessin de bonhomme est amputé au même niveau d'amputation que le sujet. L'intensité douloureuse est ressortie par un déterminant sensoriel (colométrie). Les couleurs qui lui sont fournies sont étalonnées à partir des supports théoriques issus du psychodiagnostic (test du rorschach) et de la Carte des émotions.

Après la réalisation de la tâche, le sujet est soumis à une seconde phase de l'épreuve qui consiste à l'enquête. L'épreuve est complétée par un guide d'entretien préalablement élaboré sur les éléments du vécu douloureux, il est modelé en fonction de la réalisation de la première tâche, de manière à l'adapter à la représentation que le sujet se fait de sa douleur.

5.2.4. Instrument d'analyse des données : l'analyse de contenu

Montreuil et Doron (2006) soulignent que « ce type d'analyse (analyse de contenu) est d'ordre essentiellement quantitatif et demande la plus grande rigueur dans la mise en œuvre », ceci dans la mesure où le quantitatif ne signifie pas subjectif et est passible de stigmatiser l'analyse des données en deux étapes.

La première étape est de détailler le contenu d'un entretien. Il sera question dans un premier temps de procéder à l'identification des thèmes traités, les sujets donnent différents éléments tout au long de l'entretien et de la manière non systématique. Ainsi, l'analyse du contenu dans cette rubrique consistera à procéder au découpage ou séquençage du texte en fonction des catégories et regrouper au sein d'une catégorie les énoncés ou séquences d'énoncer concernant le thème déterminé. Deuxièmement, on peut alors recenser les émotions et sentiments manifestes tout au long de l'entretien.

La deuxième étape est de détailler la forme d'un entretien. Dans le contexte de notre étude, cette analyse de la forme doit tenir en compte : Les indices non verbaux (postures,

gestes...); le vocabulaire utilisé ; les champs sémantiques mis en œuvre ; le type de discours (récit, plaintes, revendications) ; les métaphores et les images employés.

5.3. CONTEXTE ET LA POPULATION D'ETUDE

Ce travail s'est réalisé dans un contexte et un échantillon dont les caractéristiques méritent d'être précisées. L'étude de cas qui sous-tend cette étude ne déroge pas à la formule de la précision des éléments constitutifs qui dévoile son cadre et son unicité.

5.3.1. Le contexte de l'étude

Dans le temps et dans l'espace, ce travail se réalise au Cameroun. Le Cameroun est un pays de l'Afrique centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre le 2ème et 13ème degrés de latitude Nord et les 9ème et 16ème degrés de longitude Est. Le pays s'étend sur une superficie de 475 650 Km². Il présente une forme triangulaire qui s'étire du Sud jusqu'au Lac Tchad sur près de 1200 Km ; à la base, elle s'étale de l'Ouest à l'Est sur 800 Km. Il possède au Sud-ouest une frontière maritime de 420 Km le long de l'Océan Atlantique. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et au nord, il est chapeauté par le Lac Tchad. Le Cameroun possède un milieu naturel diversifié et riche. Un Sud forestier maritime et. Les Hauts plateaux de l'Ouest. Le Nord soudano-sahélien. C'est un pays bilingue où l'anglais et le français sont les deux langues officielles, avec pour capitales politique Yaoundé et économique Douala.

Cette étude s'est réalisée dans la région du Centre, département de la Mfoundi dont le chef-lieu est Yaoundé VI. C'est la ville coloniale qui au lendemain des années du maquis devint première ville politique du Cameroun, la capital politique et dont en Afrique centrale fut devenu un pont stratégique pour la politique africaine, on peut voir de ceci le fait qu'elle soit le siège de la BEAC.

Nous avons travaillé avec les patients amputés aux membres inférieurs et supérieurs internés au CNRPH cardinal Paul Emile Leger de Yaoundé Etoug- Ebe, qui fut créée en 1927. Une construction missionnaire allemande prévue pour les enfants poliomyélites qui connue de nombreuses réhabilitations et aujourd'hui est considéré comme un point central de prise en charge et de réhabilitation spécialisé pour personnes vulnérables, car son champ d'action ne se réduit plus simplement à la prise en charge du handicap, mais œuvre dans la médecine générale.

5.3.2. Population et échantillon de l'étude

Il est parfois très difficile de mener une enquête avec toute la population cible. C'est pourquoi, il est nécessaire d'avoir et de faire recours à des techniques d'échantillonnage appropriées afin de choisir les sujets à interroger.

5.3.2.1. Analyse de groupes cibles

Cette analyse nous permettra de localiser dans une population générale un groupe cible, ainsi que les différentes modalités qui ont permises de le sélectionner comme groupe cible.

Afin de choisir des groupes cibles en fonction de leur vulnérabilité, le handicap ou l'infirmité nous savons que loin d'être un acte chirurgical dans son observation première, l'amputation est un fait dont la symbolique varie en fonction des cultures et des individus. Notre analyse se situe au niveau du lien entre la relation transférentielle dans le processus thérapeutique et la qualité de gestion de la douleur et de la souffrance du sujet amputé souffrant d'algohallucinoses. Il convient de noter que le traumatisme de la perte du membre est une autre route que le malade va devoir prendre et pour laquelle il ne pourra revenir en arrière. L'histoire de la douleur liée à la perte est unique, ainsi que celle des relations qu'élaborent les amputés douloureux en situation thérapeutique, nouer d'élaborations projectives, transférentielles et de résonance psychosomatique (Simon : 1989). Il existe cependant des distinctions importantes qui vont jouer un rôle dans la gestion des algohallucinoses. Selon Kübler (1957), la perte d'un membre n'est jamais vécue de la même façon chez une femme que chez un homme. Le sexe va avoir une grande importance, car la femme prête beaucoup plus d'intérêt à son aspect physique et l'homme à son aspect professionnel. Egalement l'âge de la personne est aussi à prendre en compte, les répercussions psychiques ne sont pas les mêmes chez un enfant que chez un sujet âgé. Plus on est vieux, plus les difficultés à se représenter l'avenir sont restreints et plus encore les problématiques corporelles entame la personnalité lorsque les différentes représentations corporelles sont stables et que l'image du corps constitué et stabilisée se voit entamée. En fonction du contexte et des circonstances de la perte, l'impact serait plus important pour un sujet qui n'était pas préparé et qui ne s'y attendait pas que pour un sujet qui l'attendait comme un soulagement, voir une libération. (Goffman, 1963)

Les représentations et l'importance de l'investissement libidinal sur ce qui a été perdu peuvent influencer le processus de chronicisation des algohallucinoses. Nos croyances, comprises comme notre culture, religion, tradition ; peuvent aider à penser la douleur, ou alors à conduire le patient peu à peu vers une gestion adaptée.

En direction des sujets caractérisés par la perte d'un membre, appartenant à l'environnement culturel camerounais, hospitalisés ou en rééducation au CNRPH à Yaoundé Etoug-Ebé après amputation, nous allons montrer en quoi est-ce le vécu du membre amputé se faisant par le vécu du membre fantôme peut être déterminé par la qualité du travail du deuil au sein des représentations corporelles.

5.3.2.2. La population cible

Notre population cible est constituée de toutes les personnes amputées des membres supérieurs en situation de handicap physique résidant à Yaoundé. Nous avons choisi cette population parce qu'elle est la mieux indiquée pour nous donner toutes les informations dont on aura besoin dans notre recherche.

5.3.2.3. Echantillon de l'étude

La technique d'échantillonnage nous aide à sélectionner les sujets auprès des populations. Pour construire un échantillon représentatif, Rossi (1998) cité par Ngo Djon (2007, p. 52) pense qu'on doit procéder : « *soit par tirage aléatoire, soit par un contrôle de certains critères* ». Ceci étant, la constitution de l'échantillonnage aléatoire simple qui consiste à choisir au hasard dans une population, les personnes correspondantes à des critères bien définis pour constituer un échantillon.

Notons que dans ce travail, afin de rendre compte de la situation clinique qui est une situation d'entre-deux, nous avons tenu à avoir un échantillon constitué de deux groupes. Le premier groupe constitué des amputés souffrants d'algohallucinoses, et le second groupe constitué des médecins spécialisés dans la prise en charge des algohallucinoses au Cameroun.

➤ Echantillon de personnes amputées souffrant d'algohallucinoses

Nous avons tout d'abord identifié le CNRPH qui regroupe les différentes catégories des personnes handicapées et qui est le centre par excellence la plus proche de nos centres d'intérêt. Le besoin d'échantillonner répond simplement à un double principe d'économie et d'adaptation à la réalité dont la totalité nous échappe. Cela revient à mener une recherche scientifique à moindre coût.

Volontairement homogène, notre échantillon est constitué de six sujets amputés des membres supérieurs âgés de 30 à 67ans venus en réhabilitation au CNRPH d'Etoug-Ebé. En d'autres termes, les sujets amputés étudiés au cours de ce travail sont les sujets amputés d'un ou plusieurs membres inférieurs, dont la durée d'amputation est d'au moins 1ans 6 mois, et

donc la cicatrisation du moignon diagnostic des algohallucinoses l'hypothèse de douleur du moignon pouvant évoquer une complication (infection du moignon).

- **Facteurs d'inclusions :**

- Etre amputé de membre inférieur
- De nationalité camerounaise
- Avoir été amputé depuis plus d'un an six mois
- N'avoir pas d'infection du moignon
- Etre adulte

- **Facteurs d'exclusions**

- Etre amputé de membre supérieur ou d'organes internes
- Etre amputé d'autres nationalités que camerounaise
- Enfant ou adolescent amputés
- Amputés de moins d'un an six mois
- Amputés ayant d'autres complications post-amputatoires (moignon infecté)

➤ ***Echantillon de personnel soignant***

La gestion des algohallucinoses dans ce travail met l'accent sur la situation thérapeutique, dont la réussite s'adosse sur une relation thérapeutique construite entre l'amputé souffrant d'algohallucinoses et le médecin. Les responsabilités des deux protagonistes déterminera l'issue de la gestion des algohallucinoses.

De ce fait, si par la demande, l'amputé porteur de douleur interpelle le médecin à une action thérapeutique dans le but de le défaire de sa douleur, ce dernier (médecin), par ses mots, ses actes et son savoir sur la douleur en générale et sur les algohallucinoses en particulier, va influencer le devenir de ces douleurs. C'est pourquoi dans la réalisation de ce travail, il est déterminant de prendre en compte les éléments de contretransfert et les contenus de l'investigation clinique que le médecin développe envers la demande de son patient.

Ce qui déjà donne tout son sens au terme clinique qui veut dire prêt du lit du malade, dont le contexte clinique dans la prise en charge de la douleur est marqué par la demande du patient.

Nous allons aborder dans la suite le protocole d'entretien élaborer pour explorer les éléments de contre transfert et d'investigation clinique des algohallucinoses. C'est à dire le protocole d'entretien élaboré pour personnel médical

Nous avons eu accès à trois personnels médicaux respectivement des hôpitaux : HCY, HMY et CNRPH.

- **Critères d'inclusions :**

- Faire partir du corps médical (médecin ; infirmier)
- Etre en exercice dans un établissement sanitaire
- Avoir déjà reçu en consultation un patient pour douleur chronique
 - **Critère d'exclusion :**
 - Ne pas être en exercice
 - Ne pas être dans un établissement de santé
 - N'avoir jamais reçu en consultation un patient pour douleur chronique
 - N'avoir pas reçu de patient consultation pour douleur chronique pendant plus de six mois

➤ *Tableaux récapitulatif des échantillons*

- *Tableau 3 : récapitulatif des personnes amputées souffrant d'algo hallucinoses*

Pseudonyme	Youssouf	Bintou	Ousman	Talla	Mammi	Amine
Sexe	M	F	M	M	F	M
Age	42 ans	58 ans	40 ans	56 ans	66 ans	38 ans
Nationalité	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR
Ethnie	Beti	Mbam	Beti	Bamiléké	Bamiléké	Yambassa
Statut familiale	Marié	Divorcé	Célibataire	Union libre	Veuve	Célibataire
Profession	Chaumage	Ménagère	Enseignant	Commerçant	ménagère	Artiste peintre
Date d'amputation	02 Aout 2010	2012	2015	2013	2009	07 Fev 2014
Localisation de l'amputation	Tibia droit	Tibia gauche	Genou gauche	Deux genous	Cuisse gauche	Genou droit
Localisation AH	- Tibia - Plante du pied	-Orteils -Cheville	-Genou -Orteils	-Cheville -Orteil	-Genou -Cheville	- Genou -Plante des pieds -Tallon
Première consultation AH	2012 (06 ans)	2014 (04 ans)	2015 (03 an)	2014 (04 ans)	2010 (08 ans)	2012 (06 ans)

- *Tableau 4 : Récapitulatif du personnel soignant*

Nom	Sexe	Nationalité	Ethnie	Hospital d'attache	Service d'attache	Nature de la fonction	Ancieneté au service
Docteur A	M	CMR	Centre	HCY	Traumatologie - orthopédiste	Traumatologue orthopédiste	06 ans
Docteur B	M	CMR	Centre	HMY	Traumatologie	Traumatologue	02 ans
Docteur C	M	CMR	Nord	CNRPH	Orthopédiste	Orthopédiste	≥ 10ans

5.4. LA COLLECTE DES DONNEES

Les données ci-dessous présentées ont été recueillies auprès des échantillons décrits plus haut. En fonction de la nature de l'échantillon, des guides d'entretiens ont été conçus, accompagner de l'Algotest pour l'échantillon des personnes amputés souffrant d'algohallucinoses.

5.4.1. Passation de l'Algotest aux personnes amputées souffrant d'algohallucinoses

L'objectif de la passation de l'Algotest était de recueillir les modalités liées à la localisation et à l'intensité de la douleur sur la partie amputé du corps projetée par la planche (bonhomme). A l'aide d'un feutre dont le choix de la couleur dépendait de lui, une planche était présentée à l'amputé algohallucineur avec la tâche de colorier les parties du corps amputés qui lui sont douloureuses. La consigne permettant l'exécuter est la suivante : voici une planche ayant deux dessins (sujet A et sujet B), vous allez localiser sur chacun des dessins l'/les endroit(s) de votre pieds qui vous fait/font mal, ensuite à partir d'une couleur qui correspond à l'intensité de votre douleur, vous prendriez un feutre et colorerez cet/ces endroit(s). D'abord sur le sujet A ensuite le sujet B.

Les données issues de cette passation sont présentées ci-après dans un tableau.

Tableau 5: Récapitulatif de la passation de l'Algotest aux personnes amputées souffrant d'algohallucinoses

Pseudonyme	Youssef	Bintou	Ousman	Talla	Mammi	Amine
Localisation de l'amputation	Tibia droit	Tibia gauche	Genou gauche	Deux genous	Cuisse gauche	Genou droit

Localisation AH	- Tibia - Plante du pied	-Orteils -Cheville	-Genou -Orteils	-Cheville -Orteil	-Genou -Cheville	- Genou -Plante des pieds -Tallon
Couleur	Rouge	Noire	-verte (genou) -Rouge (orteil)	rouge	Noire	rouge
Intensité,	Fortes	Fortes, invivables	Exteme	Fortes	Fortes	Fortes, intense et frequentes
Type de douleur	piccottements crampes	martellante	pincement fourmillement	Picottements extrêmes	pincement démangeaisons étirements	pincement écrasement

5.4.2. Protocole d'entretiens avec les personnes amputées souffrant d'algohallucinoses

Avant la réalisation des entretiens proprement dit, nous avons monté un protocole d'entretien devant nous servir d'agenda pour le recueil des données sur le terrain. Ce protocole décrit les séries d'entretien que nous avons réalisé sur le terrain. Chaque série s'étale sur trois jours pendant lesquels nous recevions quatre sujets dont un par jour.

5.4.2.1. Première série d'entretien : Semaine du 24 au 28 Septembre 2018

Contenu : Outil de défrichage. Mise à l'aise du sujet. Entretien de prise de contact dite de préparation.

But : Permet de créer un climat propice à l'entretien proprement dit.

Objectifs visés :

- Aborder les perspectives les plus générales, les informations médicales générales.
- Aborder les aspects liés à la l'expression du sujet, son état de santé, etc. et prévoir les éventuelles difficultés dans la communication.

5.4.2.2. La deuxième série d'entretien : Semaine du 01 au 05 Oct 2018

Contenu : Entretien de recherche sur l'élaboration de la demande

But : Intérêt porté dans le discours du patient lors de l'expression de la demande

Objectifs visés :

- Recueillir le maximum d'informations en rapport avec :
 - Manière d'exprimer ses plaintes
 - Cohérence dans l'expression
 - Insiste sur les faits d'historicité
 - Langage utilisée
 - Tonalité dans l'expression
- Ressortir les dimensions communicationnelles liée aux :
 - Blocage,
 - Hésitation
 - Abstinence
 - Silence

5.4.2.3. La troisième série d'entretien : Semaine du 08 au 12 Oct 2018

Contenu : Entretien de recherche sur l'élaboration des éléments de transfert

But : Intérêts porté pour la consultation et l'investissement dans la relation thérapeutique

Objectifs visés :

- Aborder les besoins des sujets dans la relation médecin-patient en termes de :
 - Besoins d'être compris et accepté
 - Besoins d'être écouté avec attention et intérêt
 - Besoins de croire en la réalité de ses plaintes
- Aborder les Attitudes favorables ou défavorables dans la relation médecin-patient
 - Confiance au médecin
 - Sentiments affectifs,
 - Idées et impressions négatives du médecin
 - Représentations sur les compétences cliniques du médecin
 - Favorables au déroulement de la clinique
- Aborder les aspects liés à la mise en mot et répétition des expériences traumatiques liées au vécu douloureux et de perte dans le passé

5.4.2.4. La quatrième série d'entretien : Semaine du 15 au 19 Oct 2018

Contenu : Entretien sur les modalités de gestion de la douleur

But : Explorer les dimensions liées au ressenti douloureux

Objectifs visés :

- Aborder aspects comportementaux qui rendent compte de la gestion des algohallucinoses

- Postures
- Gémissements demandes d'aide, plaintes
- Prise d'antalgiques

- Aborder les attitudes et pensées liées à aux algohallucinoses

- Catastrophisme
- Croyances d'injustice
- Malédiction et malchance
- Fatalité

- Aborder les états affectifs et émotifs liées au ressenti douloureux

- Sentiment d'impuissance
- Colère
- Tristesse
- Perte de contrôle

5.4.2.5. Dernière série d'entretien : du 22 au 26 Oct 2018

Contenu : La gestion de la souffrance

But : Recherche des modalités liées aux vécus psychique des algohallucinoses chez l'amputé

Objectif visé :

- Aborder les thèmes liés aux Travail de deuil

- Natures des investissements au corps amputé
- Sentiments généraux de dépersonnalisation.
- Fixation et régression pathologiques aux différents stades de deuils

- Aborder les aspects du vécu post-traumatiques de l'amputation

- Sidération douloureuse
- Vécu de la conscience nocturne.
- Vécu de la conscience diurne
- Rappel des évènements liés à la perte

- **Aborder les thèmes liés aux vécus opératoires**

- Désexualisation de la vie psychique
- Absence de culpabilité
- Conformisme social
- Investissements surmoïques
- Dépression masquée
- Passage à l'acte

5.4.3. Protocole d'entretien avec les personnels soignants

Avant la réalisation des entretiens proprement dit, nous avons comme pour la population amputée, monté un protocole d'entretien devant nous servir d'agenda pour le recueil des données sur le terrain. Au vu de la disponibilité pas toujours évidente du personnel soignant contacté, nous avons eu à réaliser en trois jours tous nos entretiens avec les trois personnels de santé qui ont acceptés participer à l'étude. De ce fait, à partir du guide d'entretien, nous les avons abordées individuellement.

Ce protocole décrit les entretiens que nous avons réalisés sur le terrain. Contrairement au protocole précédent, celui-ci s'est déroulé en trois jours pendant lesquels nous avons abordé trois sujets dont un par jour.

5.4.3.1.Aspects introductifs

Contenu : Outil de défrichage.

But : Permet de créer un climat propice à l'entretien proprement dit.

Objectifs visés : Recueillir les informations sur :

- L'Identification du personnel soignant
- Son expérience professionnelle avec l'amputation
- Son expérience avec les algohallucinoses

5.4.3.2.Première partie de l'entretien

Contenu : Entretien de recherche sur l'élaboration du contre transfert

But : Mise en place des éléments de contre-transfert

Objectifs visés : Recueillir les informations sur :

- La mise à l'aise du patient par le médecin
- Les réactions émotionnelles spécifiques, intensives,
- Les attitudes cliniques dans le recueil des symptômes

5.4.3.3. Deuxième partie

Contenu : La pratique de l'investigation clinique

But : Intérêt porté sur les Connaissances diagnostics

Objectifs visés : Recueillir le maximum d'informations en rapport avec :

- L'Évaluation des composantes et caractéristiques des algohallucinoses
- L'Utilisation d'instrument pour évaluation des algohallucinoses
- L'Investigation du fonctionnement psychique de l'amputé souffrant d'algohallucinoses

5.4.3.4. La troisième partie

Contenu : choix de l'orientation thérapeutique

But : Intérêt porté les connaissances thérapeutiques du médecin

Objectifs visés : Aborder les aspects liés à la :

- Connaissances sur les modèles thérapeutiques
- Capacité d'adaptation des modèles thérapeutiques en fonction du patient
- Fonction maternelle du thérapeute

5.4.3.5. Dernière partie

- Conclusion
- Rajouts
- Remerciements

5.5. LES ENTRETIENS PROPREMENT DITS

Il convient dans ce paragraphe de préciser le cadre dans lequel se sont déroulés nos entretiens avant d'aborder par la suite les conditions qui ont présidés leur réalisation. Nous avons rencontré nos sujets au Centre de Réhabilitation de Personnes Handicapés (CNRPH) situé à Etoug-Ebé à Yaoundé. Nous avons retenu 06 patients amputés, venu pour suivi. Les entretiens étaient individuels. La salle du secrétariat de l'assistante sociale chargé de la réception nous a servi de cadre opérationnel. C'est une enceinte carrée, située à l'intérieur du pavillon chirurgie homme, à droite du hall, deuxième porte du bâtiment après le bureau des archives. Bien aménagé, les bâtiments sont peints, le sol carrelé et trois fauteuils sont installés autour de la grande table qui se trouve au centre de ce bureau. Nous veillons toujours à ce que la durée de chacun de nos entretiens soit comprise entre 25 et 45 minutes. Ces entretiens se déroulaient

dans la matinée, après la visite médicale et après qu'ils se soient mis à l'aise, généralement aux alentours de 10h et 11h30, et les après-midis, pour ceux qui nous donnaient rendez-vous.

Pour ces entretiens, nous nous servions du protocole d'entretien ci-dessus présenté issu de la grille d'entretien préalablement élaborée.

CHAPITRE 6 : LES ATTITUDES DES RELATIONS TRANSFERO-CONTRE-TRANSFERENTIELLES

Dans ce chapitre, nous présentons et analysons par catégories et sous catégories les comptes rendus des entretiens des personnels soignants. Nous avons choisi la démarche clinique qui à partir des entretiens semi directifs, nous a permis de regrouper les données analysées ci-dessous.

6.1. ACCUEIL ET MISE A L'AISE DU PATIENT

Dans une situation clinique, la première étape qui réunit les deux protagonistes est la rencontre. La rencontre est marquée par la demande d'aide que le patient algohallucineur adresse au médecin à travers la plainte algohallucinatrice. Mais avant que cette demande ne soit clairement exposée, le patient a besoin d'être accueilli par le médecin, installé et écouté. A travers le discours recueillis auprès des médecins dans cette étude, nous allons ressortir, puis analyser les éléments qui les l'accueil, l'installation et l'écoute que les médecins mettent à la disposition des patient et qui concourent à la mise à l'aise.

6.1.1. L'écoute du patient

Selon les médecins, l'accueil, l'installation et l'écoute du patient varie en fonction des dispositions dans lesquels il se trouve. Dans nos services hospitaliers, se sont les infirmiers qui sont les premiers à entrer en contact avec les patients. Ce sont eux qui en amont, doivent calmer et rassurer les patients sur leurs état avant de les orienter en fonction de la symptomatologie vers les médecins spécialisés. Le médecin dans une fonction plus diagnostic et thérapeutique écoute le patient, fait des examens, donne un diagnostic et prescrit un traitement.

Selon le Docteur B, dans l'expression de la plainte douloureuse, lorsque la lésion apparente et l'organe douloureux n'existe pas, c'est avec une posture hésitante, suspicieuse et dubitative que le médecin reçoit et écoute le patient. Dit-il : « *Ces patients se présentent avec des modes d'expressions de la douleur assez différents, allant de l'exagération à l'absence de plainte. Cette variabilité dans la plainte liée à la subjectivité des sensations peut faire douter tout médecin de la bonne foi du patient, surtout quand celui-ci rapporte par exemple*

l'inefficacité d'une succession de traitement ». La rencontre avec la plainte algohallucinatrice exige que le médecin s'adapte à la personnalité du patient.

Parfois, la rencontre est assez troublante pour le médecin qu'il ne trouve pas de moyens pour rassurer le patient de la nature de sa plainte. Rappelons que les patients algohallucineurs, consultent non pas seulement parce qu'ils ont mal, mais aussi parce qu'ils sont troublés à cause de la nature de leurs douleurs. Ils veulent avant tout se rassurer de ne pas délirer ou être fou, et c'est au médecin de le faire. Tâche qui est difficile selon le Docteur A, c'est une position le met mal à l'aise : *« je suis un jeune médecin bienveillant, je pouvais faire mien le désir de ne pas pourrir la vie d'une patiente (c'est une maladie imaginaire) en lui annonçant une nouvelle aussi lourde de signification. D'un autre côté, je ne parviens pas à me départir de l'idée qu'il n'est pas défendable de cacher à quiconque une vérité qui le concerne »*.

La rencontre est donc déjà biaisée par des idées préconçues que les médecins se font des patients algohallucineurs, nombreux sont ceux qui se disent dès l'entame de la relation médecin-patient devoir perdre leurs temps. Alors, ils croient très peu aux plaintes des patients, ce qui pourrait renforcer l'hostilité transférentielle du patient. Le Docteur A dit à cet effet : *« parfois on peut se dire que la douleur est réelle mais l'intensité peut-être très très surévaluée. »* ajoute-t-il, *« Il y a certains patients qui, lorsqu'ils arrivent en consultation, dans leurs expressions, je me dis, celui-ci, il a pas du tout mal, il ne faut pas exagérer »*. Par contre, selon le Docteur C, il faut être attentif aux comportements des patients dès la rencontre avec eux, pendant qu'ils expriment leurs plaintes. Il observe que tous les patients ne se plaignent pas de leurs douleurs, du moins dit-il : *« toutes les grandes douleurs sont muettes, il y'en a qui se plaignent à peine, c'est en les observant qu'on se rend compte qu'il y a beaucoup de choses qu'ils ne font pas parce qu'ils ont trop mal. Mais ils ne disent pas toujours. »*

Ces éléments nous montrent que la rencontre, entame de la situation clinique, est déjà pleine d'idées préconçues, ce qui détermine l'issue de la mise à l'aise et de l'écoute du patient. Les dispositions nécessaires permettant de mettre le patient dans un cadre facilitateur à l'expression de sa plainte ne sont pas réunies. Chez les Docteurs A et B on constate qu'ils se disent devoir perdre leurs temps à recevoir et écouter les patients dans leurs fantaisies et exagérations douloureuses. Le Docteur C se dit par contre devoir s'abstenir de révéler au patient des informations délicates sur son état. Ces attitudes d'hostilité et d'abstinence peuvent influencer l'aisance du patient et par conséquent l'expression libre et claire de ses douleurs.

6.1.2. Clarification sur l'objet de consultation

L'expression de la demande étant l'objet des soins en médecine générale, savoir l'exprimer clairement est gage de la qualité de soins qui en suivra. Lorsque la demande n'est pas claire, elle court le risque de réduire la situation clinique à des étiquettes diagnostics négociées sur des glissements d'expressions.

Selon le Docteur C, lorsqu'un patient consulte plusieurs médecins pour un même problème sans généralement suivre les consignes de chacun de ces médecins qu'il a consulté, il court le risque de recevoir des diagnostics contradictoires à ses plaintes. A cette catégorie de patients, il devient plus difficile la clarification sur l'objet de leurs plaintes. *« Il y a des patients qui vont de consultation en consultation. Si vous, n'arrivez pas à les soulager dans les délais qu'ils se sont prescrits, ils s'imaginent qu'ils pourront trouver meilleure solution ailleurs »* Docteur C. Le Docteur A met en garde ces patients qui se retrouvent dans cette situation. Dit-il : *« Ils vous diront des choses contradictoires par rapport à ce que d'autres ont dit. Plus vous cherchez à comprendre, plus ils vous racontent n'importe quoi. De toutes les façons, à l'entame de ces consultations, vous êtes la victime d'une guerre entre les avis d'autres médecins et les fantasmes de soulagement des patients »*. L'errance médicale étant une notion associée à une démarche thérapeutique incomplète. L'impatience du patient face au manque d'efficacité immédiate des traitements proposés est un facteur expliquant cette errance qui stop brusquement une démarche de soins déjà engagée avec un premier médecin. *« Il est bien rare que le patient vienne en disant je suis super content de tous les médecins que j'ai vus. J'ai mon algohallucinoses docteur j'aurais mal jusqu'à la fin de mes jours. »* (Docteur B).

Les médecins font savoir que les patients expriment leurs douleurs en les associant à une multiplicité de sensations pénibles se manifestant sous différentes formes (crampe, étirement, piquûre, etc.) d'intensité et d'extensions variables. Comme le dit le Docteur C, *« La douleur est souvent liée à des lésions internes ou externes, réelles ou potentielles, ou décrites comme si ces lésions existaient. La diversité de ces phénomènes douloureux et l'origine subjective de sa perception font qu'il soit difficile de la clarifier chez le patient »*. Cette connaissance qu'ils ont de la douleur recouvre une multitude d'expériences distinctes, variant selon des critères sensoriels et affectifs. Dit Docteur B, *« nous retrouvons le plus souvent chez ces patients des descriptions de douleur en l'absence de toute cause physiologique probable, et il est impossible de distinguer de leur expérience, une conséquence post-amputatoire qui survient très souvent par irritation du moignon. »*

A l'idée d'être à l'écoute non seulement de la plainte verbale du patient, mais aussi de l'observation (écoute) de la manifestation corporelle de sa plainte douloureuse, telle que évoqué par le Docteur C, le Docteur A rappelle que pour le médecin, « *la sensation douloureuse est protéiforme, qui se définit selon son site, son type, sa périodicité, son caractère et son intensité. Toutefois, dans certains cas, elle est ressentie dans un endroit du corps qui diffère de la zone se trouvant traumatisée ou lésée. Cependant, nous savons qu'il y'a d'autres type de douleur qu'on appelle les psychalgies qui s'attaquent au schéma corporel, mais il est difficile de dire dans le cas de ces patients amputés si c'est de ce types de douleurs dont il s'agit, et si s'était le cas, elles ne dépendent pas de notre ressort* ». Loin de reconnaître l'existence de différentes formes de douleurs, il est important ici de savoir que certains médecins comme le Docteur A, pendant l'écoute du patient, discriminent déjà dans leurs plaintes certains argument qu'ils pensent non fondés parce que ne relevant pas de leurs domaine ou se disant que cela relève de l'imaginaire des patients. Afin de gérer cette situation, il essaie de donner à son patient une information recevable et génératrice d'espoir en insistant par exemple sur des objectifs thérapeutiques réalisables. Dit le Docteur A, « *je ne sais pas, la part du psychique, du réel, de l'imaginaire, de la volonté d'avoir des soins, je ne sais pas. J'ai vraiment l'impression que je lui annonce le diagnostic à chaque fois. Mais leur faire comprendre que ça va être compliqué de revenir à l'état antérieur, c'est ça qui me semble le plus difficile* ». Plus rassurant, rapporte le Docteur C, « *il ne faut pas seulement écouter le patient pour passer rapidement à autre chose parce qu'on se dit qu'il fait des fabulations, il faut écouter le patient pour lui apporter de l'aide, mais bien plus, orienter cette aide vers ce qui lui serait utile* ». Rajoute-t-il : « *Je peux ne pas comprendre ce que vit la personne. Je peux ne pas comprendre les représentations de ce qu'elle a, je peux ne pas comprendre comment son environnement entretien la douleur, mais je peux au moins l'écouter et ressortir les éléments de sa douleur dont je peux comprendre et qui relève de mon champ* ».

Si le caractère psychique de la douleur semble méconnu du Docteur A, chez le Docteur B il se surprend plutôt du fait que ce soit les patients qui ne comprennent pas que s'ils ont des algohallucinoses, ils doivent apprendre à vivre avec. C'est pourquoi il s'interroge sur le fait que « *D'abord ils ne comprennent pas qu'il faut vivre avec la douleur. Ils ne comprennent pas qu'une douleur elle dure. Pendant les consultations, nous devenons donc leurs psy, on les écoute se plaindre et si on les interrompt pour dire que c'est normal et qu'ils doivent se ménager pour vivre avec, ils deviennent comme hystériques* », affirme le Docteur B. Pourtant, selon le

Docteur C qui semble prendre la notion d'écoute dans toutes ses dimensions (verbales et comportementales), il n'en demeure pas moins qu'il se heurte aux limites de ses compétences.

Au regard de ceci, il ressort que les médecins, à partir des appréhensions qu'ils se font des patients et de leurs douleurs, ils ne prennent souvent pas en compte tous les paramètres de la demande et restreignent le travail d'écoute à l'écoute des plaintes qu'ils connaissent et dont ils veulent écouter. Le Docteur B fait savoir que « *c'est un fait général chez les handicapés de vouloir être materné. Alors, il se crée des illusions de douleurs pour maintenir la dépendance clinique. Alors, le médecin se retrouve coincé avec un patient qui dit avoir mal pourtant il veut juste qu'on sache qu'il n'accepte pas son handicap* ». L'expression « coincé », utilisé par le Docteur B montre une fois de plus que pendant la consultation, le travail d'écoute est une contrainte que subit le médecin et dont il cherche à tout pris à se décoincer. Alors, il abrège la consultation et par la même occasion, abrège le travail d'écoute.

L'écoute est donc un travail contraignant et dont le médecin essaie de trouver une issue permettant de la survoler, soit en l'abrégeant, soit en l'annulant par une prescription d'entrée de jeu d'antalgique et de séance de rééducation à suivre. Le fait de ne pas écouter dans sa totalité et avec attention la plainte du patient rend ambigu la clarification de la plainte du patient.

6.2. ACCUEILLIR ET RECONNAITRE LA PLAINTE ALGOHALLUCINEUSE

Ce travail est fait à partir de l'écoute et de la clarification de la plainte algohallucinatrice. C'est à cet exercice de reconnaissance que le médecin pose à l'endroit du patient permet, à tous les deux de reconnaître la plainte douloureuse comme algohallucinatrice si elle est une et de nommer la douleur existante si elle n'est pas algohallucinatrice. Il est important que la douleur soit reconnue et acceptée telle qu'elle.

Pour le Docteur B, bien que la reconnaissance de la plainte douloureuse soit l'une des conditions à l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le médecin, celle-ci permet avant tout de déculpabiliser le patient. Cette logique est rejointe par le Docteur C pour qui la clarification est très importante pour les patients qui se sentent coupable dans leurs plaintes. Selon lui, « *Il faut rester sans jugement la douleur des patients, et moi je fais l'effort de respecter mes patients. Le fait pour eux de se sentir coupable de ce qui leur arrive peut renforcer leur douleur. Egalement, il ne faut pas nier, ou balayer d'un revers de main ce qu'ils*

disent, car on retrouve toujours dans leurs discours un fond douloureux bien même qu'elle apparait inobjectivable. » (Docteur C).

Certains médecin savent bien mettre en doute l'authenticité de la plainte lors de l'écoute, surtout dans les algohallucinoses où aucunes causes organique n'est mise en évidence et que « *le patient semble trouver un bénéfice secondaire dans la douleur* » (Docteur A). Quel que soit le cas, selon le Docteur A, il est général chez le patient douloureux, peu importe la nature de sa douleur, d'attendre en retour qu'on lui gratifie pour avoir eu mal ou pour avoir mal. Et chez les douloureux chroniques, cette tendance est permanente même lorsque la douleur semble s'être calmé. Bien qu'il ne soit pas conseiller de mettre en doute la plainte de son patient pour ne pas perdre sa confiance, le Docteur A dans son discours évoque le sentiment de manque de confiance que les médecins ont à l'endroit des patients qui consultent pour douleur. L'assurance qu'ils ont vraiment mal n'est déjà pas acquise chez eux, et de ce fait, difficile de la transféré chez le patient.

Le sentiment de doute s'étant invité dans la relation médecin soignant à l'entame de celle-ci, est un facteur qui peut déstabiliser le déroulement de la consultation et entraîner des erreurs de diagnostic. Pour ces médecins, assez routinés à la douleur mécanique, il est presque inapproprié pour certains d'admettre les termes « algohallucinoses » et « douleurs somatoformes ». Disent-ils, ce sont des phénomènes autant complexes à admettre puisque difficilement mesurable, généralisable et vérifiable. C'est d'ailleurs ce que révéla dans son discours le Docteur A : « *On pourrait utiliser ces termes lorsqu'on n'arrive pas à identifier la douleur par le biais de la technique et l'ingénierie médicale, ici à l'hôpital, les douleurs dont nous traitons sont réelles* ». L'aspect hallucinogène de la douleur serait donc inapproprié pour représenter la douleur et la clarifier chez le patient. « *Il est vrai que la communauté scientifique a reconnu la sensation douloureuse chronique inexplicquée au sein de la nosographie psychiatrique par le phénomène de somatisation. C'est pourquoi dans les diagnostics de la douleur on retrouve des profils « prédisposés à la douleur » ainsi que des notions en lien avec les différentes définitions recouvrant le concept de somatisation* », explique le Docteur C.

Pour revenir à la difficulté que les médecins ont à clarifier la douleur algohallucinatrice chez les patients en consultation, le Docteur A insiste sur le motif de consultation qui est un aspect fondamentale à ne pas négliger dans la clarification de l'objet de la plainte douloureuse. Il dit « *La douleur à l'hôpital ne saurait être la douleur d'un péché qu'on expie dans un confessionnal, ou la souffrance d'un vécu qui nous hante et qu'on adresse à un psychologue.*

La douleur de l'hôpital est cette douleur que le médecin peut facilement constater et dont il a des médicaments pour la faire calmer et/ou la faire disparaître ». A travers ce discours, on se demande où se situe la douleur des algohallucinoses ? Est-ce la douleur d'un deuil suite à une amputation qui pendant des années durant, ne cesse de torturer le patient, est-ce la douleur d'une culpabilité (péché) qui nous oblige à expier les fautes commises, ou est-ce la douleur mémoire d'une défectuosité neuronale suite à la transmission d'un signal douloureux qui pendant l'existence du membre fut apprise et gardé en mémoire? Toutefois, si le discours du Docteur A amène à s'interroger sur la nature de la douleur à clarifier chez le patient, il permet concomitamment de s'interroger sur la personne vers qui adresser sa plainte quand on ressent les douleurs sur une partie de son corps, soit elle visible ou invisible, car c'est le corps qui ici est indexé.

Selon le Docteur B, le patient qui consulte pour douleur peut avoir des difficultés à exprimer sa plainte, parce que la douleur physique en elle-même n'est qu'un prétexte qu'ils utilisent pour exprimer un mécontentement, une souffrance, un dégoût. Selon lui, « *il serait préférable d'entrée de jeu de dire pour un patient que « j'ai mal et personnes ne comprennent ma douleur »* ». Pour le Docteur B, le moyen que ces patients ont de s'exprimer de cette façon serait de reproduire le mécanisme physiologique de la douleur qui ne saurait être comprise, c'est-à-dire une douleur fantôme. Car selon lui, pour ces patients, cette forme d'expression est plus véhiculable que celle qui consisterait à dire que leur vie est tellement désastreuse qu'ils n'arrivent plus à se considérer comme Homme depuis qu'ils ont perdu corps, travail et famille. La douleur algohallucinatoire selon ce Docteur serait une manière de vivre et d'affronter quelque chose qui pourrait être à leurs yeux plus difficile que cette douleur physique réelle. C'est ce que soutient le Docteur A pour qui, « *Très peu sont les hommes qui disent j'ai mal, et encore plus quand ils savent que ce mal n'existe que dans leurs têtes. Les femmes, on sait qu'elles savent bien se plaindre, il faut donc savoir reconnaître dans ce que chacun dira quand il viendra consulter, ce qui relève de la douleur organique et ce qui relève des difficultés de sa vie.* ». Le Docteur A aborde ici le fait selon lequel la clarification de l'objet de la plainte algohallucinatoire varie en fonction des sexes. De ce fait, on peut se dire que la clarification de l'objet de la plainte chez les patients en consultation pour algohallucinoses est discriminatoire et stigmatisante.

Toutes fois, cette représentation n'est pas partagée par tous les soignants, certains, ayant eu des connaissances dans leurs pratiques des manifestations somatoformes et dont les recherches ont permis des éclaircissements quant à la nature de la douleur, ils semblent plus favorables à

apporter une clarification face à la plainte douloureuse du patient. Docteur C rappellera à cet effet que parfois les patients ont eu des enfances difficiles, vécu beaucoup d'évènements (changements de vie) auxquels ils ne se sont pas adaptés, des fois survenant les uns après les autres, douloureux, difficiles. Ils n'ont jamais vraiment pris le temps de réfléchir à la manière dont ils pourraient s'adapter à leurs nouvelles situations, eux qui ont des histoires de vie difficiles.

Comme le dit le Docteur C, ces douleurs, il faut le savoir, sont inhérentes au fonctionnement en mémoire des automatismes des amputés. *« Souvent ce sont des amputés qui ont gardé en mémoire le fonctionnement de leurs corps sous formes de routines et d'habitudes. Ils ont fonctionné toutes leurs vies sous une forme mécanique, et quand l'amputation s'est produite, ils n'ont pas intégré une réadaptation normale, ils ont gardé ce fonctionnement antérieur qui ne peut que leurs procurer des difficultés énormes »*. Il prend l'exemple d'un travailleur pour renchérir ces propos *« Comme l'homme qui a été chauffeur toute sa vie, et après amputation de sa jambe, il continue à ressentir les douleurs sous formes de crampes, telles qu'ils les ressentaient quand il avait encore sa jambe, ce qui est compréhensif parce que bien avant l'amputation, c'était un mal qu'il vivait déjà »*. (Docteur C)

Le patient qui a un passé lourd a besoin d'affirmer quelque chose au soignant. Une souffrance censurée se trouve à l'origine de ces plaintes, la plainte a ainsi la fonction de protection contre cette souffrance. La plainte douloureuse est une façon de communiquer et aussi le seul moyen que le patient a de s'exprimer. Il ne connaît pas d'autre façon. Le patient a alors besoin de la douleur pour s'exprimer. La douleur est ainsi gratifiante et permet d'avancer dans la vie.

6.3. GESTION DU CONTRE-TRANSFERT

Le médecin peut être affecté par le ressenti de son patient et se projeter dans ses plaintes, reconnaissant tout de même que souffrir avec son patient n'est pas son rôle. Mais comme le dit Docteur A, c'est difficile de ne pas se sentir affecté par le vécu d'un patient. *« Et même avec la juste empathie ce n'est pas facile de les voir avec leurs problèmes. Si j'étais à la place de la personne et qu'on me donnait un diagnostic de ce type-là, je ne serais peut-être pas très heureux. Ce n'est pas que c'est difficile, mais... »* (Docteur A). *« Il est clair que la souffrance devient contagieuse, le médecin peut être affecté. Ce n'est pas tellement notre rôle mais c'est parce qu'on travaille avec de l'empathie »* (Docteur C).

L'évocation des émotions ressenties en consultation est très variable selon les médecins. Les émotions les plus évoquées varient entre frustration, insatisfaction, lassitude, incompréhension, incompetence, désespoir, peur, énervement, angoisse, fatalisme, soulagement.

6.3.1. Négativité pendant les consultations

La négativité peut ici renvoyer à un ensemble d'émotions négatives que les médecins inconsciemment transfèrent à leurs patients pendant les consultations. Assez fréquentes dans les consultations pour douleur, elles le sont encore dans les consultations pour algohallucinoses.

Très rare de reconnaître chez un médecin de la frustration et la peur quand lui-même ne la verbalise pas, or elles existent et de manière fréquente. Avec la pression du métier qu'ils exercent, ils peuvent se sentir impuissants, frustrés et las face à la complexité diagnostic surtout des diagnostics aussi délicats et imprécis que ceux des algohallucinoses. L'impuissance du médecin est selon le Docteur C aggravée par le décalage entre les attentes du patient et les possibilités à trouver une solution. « *Le médecin se sent ridicule de ne pas pouvoir comprendre et apporter des éclaircis à un patient totalement dépendant de son diagnostic* ». La répétition de ces sentiments peut amener à se sentir « dévalorisé ». Pour le Docteur A, ce sont les attentes des patients en décalage avec la réalité médicale et l'échec thérapeutique prévisible qui aggravent le sentiment d'impuissance du médecin. « *Au bout de 4 ans de la même chose tous les mois, il y'a forcément un problème.* » (Docteur A) Il ajoute, « *Il revient toujours en râlant, et ce n'est pas satisfaisant de voir revenir quelqu'un se plaindre du même mal tout le temps. A chaque fois, c'est avec une désolation que je renouvelle son ordonnance, parfois je m'excuse de n'avoir pas pu l'aider à alléger sa douleur. On se sent très mal et on a l'impression de sa douleur nous pèse sur les épaule. C'est très fracassant et on y peut rien* ». Le Docteur C fustige les limites du pouvoir médicale et des insuffisances remarquées dans la prise en charge de algohallucinoïse, il dit : « *On présente la médecine tellement efficace que ne pas soulager une douleur, aussi banale qu'elle soit, la rend ridicule, et cette impuissance de la médecine, on l'a si bien transféré du banal à l'exceptionnel* ». Le Banal et l'exceptionnel utilisé par le Docteur C font état de sa déception face à l'incapacité à laquelle eux les médecins sont confrontés. Ne pas savoir de quoi souffre le patient, mais le voir revenir constamment pour le même problème en se torturant de douleur est pour lui d'une insupportable.

Si pour ces médecins l'impuissance à comprendre et à aider les patients est source de désarroi, pour d'autres, ce sont les patients dans leurs fantaisies, leurs plaintes répétées et sans

fondement appartenant, et leurs non-observances thérapeutiques qui lors des consultations sont sources de colères et de consternation chez les médecins. Le Docteur B présente ces attitudes chez les patients algohallucineurs comme « *sources d'énervements, voire de colère pour les médecins* » rajoute-t-il, « *ils sont réputés pour leurs manque de patience* ». Il utilise les termes comme « *irritant* », « *patients infernaux* », « *agaçant* » pour qualifier sont état face à l'attitude de ces patients. Le Docteur A rejoint ce point de vue lorsqu'il fait savoir que « *La pression des patients sur le médecin est génératrice d'angoisse* » en insistant sur les patients algohallucineurs, il rajoute que : « *La fréquence en dent de scie de leurs consultations est un problème que doivent gérer les médecins, ces patients qui ne respectent pas les rendez-vous et s'amènent quand ils veulent et en demandent le miracle. D'autres par contre sont tellement présent que leurs récurrences pose aussi problème, et malgré tous les efforts fournis pour leurs apporter soulagement, ils se plaignent toujours en exagérant. Tout cela est inconfortable pour tout médecin* » (Docteur A).

Le Docteur B, afin de justifier le malaise qu'il ressent pendant les consultations avec les patients souffrant d'algohallucinoses, se dit se sentir comme « *piégé* », et à ces moment, souhaite ne pas avoir de pareils patients. « *Mon désespoir, c'est de ne rien comprendre. Quand je me rends compte que je ne peux rien faire pour un patient sa me dérange, faire l'ordonnance et renvoyer le patient sans donner de rendez-vous, ça me dérange aussi, mais comme quoi on dirait, à l'impossible nul n'est tenu* » Docteur B.

Dans ces discours successivement tenu par les trois médecins, il est clair que tous ont déjà ressenti désespoir, colère, découragement et impuissance face à la difficulté du cas qui se présentait à leurs compréhensions. La cause attribuée soit aux patients, soit à l'incapacité médicale, mais quel que soit la cause, les médecins qui ressentent de pareilles émotions pendant les consultations les transfèrent en partie inconsciemment à leurs patients. Même si ce n'est pas de gaieté de cœur, le Docteur B transfère cette négativité à travers les ordonnances qu'il prescrit aux patients pour écourter la consultation, se débarrasser du patient et ne plus ressentir cette impuissance. Tandis que le Docteur A, ne se lasse de mépriser et ridiculiser les patients qu'il considère irritants, agaçants et infernaux. Ce qui rend compte de la nature du climat de consultation et de ces rapports avec les patients. Toutefois, le Docteur C exprime cette négativité à travers son désespoir et son dépassement face à l'incompréhension ou à l'impossibilité d'action qu'il a à l'endroit des algohallucinoses. Il éprouve pour le patient de la pitié. Culpabilisant de ne pouvoir aider son patient, il ne voit plus le patient avec objectivité, la

neutralité disparaissant pour céder place à la pitié et un grand besoin de vouloir réparer cette injustice dont les patients sont victimes.

6.3.2. Présence d'émotions positives pendant les séances de consultation

Il est difficile de dissocier l'image du médecin dans sa blouse blanche du sauveur de vie. La conception populaire place son savoir-faire une solution palliative à toutes souffrances. Alors, lorsque les patients souffrants d'algohallucinoses se retrouvent en consultation avec ces médecins, bien que tous deux face à l'inconnu, le médecin se doit de garder la posture de l'expert afin de rassurer le patient sur l'éventualité d'un soulagement. *« Les algohallucinoses sont difficile à traiter mais le médecin doit garder cette motivation qui pousse à se relever et à continuer à aller de l'avant tant que tout n'est pas fini »* Docteur C.

Selon les soignants, le patient algohallucineur ayant appris à vivre avec ses algohallucinoses, peut avoir tantôt les attitudes de persévérant et de combattif, tantôt celles de fataliste et de désespéré. Quoi qu'il en soit, il attend du médecin un soulagement une information claire et de l'écoute parfois avec trop d'impatience. Il se sent *« comme épuisé face à la chronicité et la persistance de sa douleur, désespéré et prêt à consulter d'autres médecins à la recherche de nouvelles solutions »*, dit le Docteur C. Pour le Docteur A, les patients algohallucineur en consultation sont généralement *« passifs et dépendants du médecin, se repliant sur eux-mêmes pourtant ils pouvaient apprendre à vivre avec leurs douleurs. A ces moments, quand cela arrive, vous les voyez en face de vous, ils ont peur qu'on les abandonne. On a même peur de leur dire qu'ils doivent apprendre à vivre avec. »*. Pourtant, d'après le Docteur B, *« ces patients perdent toutes confiance et n'attendent plus rien de la médecine »* il dit avoir reçu une patiente qui s'est sentit *traitée de folle* parce qu'il lui avait proposé une trithérapie. Pour lui, *« si ces patients ne veulent pas la prise en charge qu'on les propose, pourquoi ils continuent de venir nous faire perdre notre temps »* dit-il.

En clinique, le patient se doit de faire confiance à son médecin, cette base de relation crée un cadre propice à l'élaboration du transfert positif, source de compréhension du patient et de possibilité d'un diagnostic fiable. C'est pourquoi dit le Docteur C *« Il faut toujours attendre que le patient soit mis en confiance avant d'investiguer en profondeur les causes de son problème. Avec la douleur, surtout celles qui ne sont pas objectives, nos instruments rudimentaires sont totalement inefficaces, il faut causer avec le patient pour évaluer sa douleur, et pour cela, il faut qu'il vous face confiance pour se livrer à vous »*.

« On a souvent envie de détendre l'atmosphère pour décrisper le patient, et bien que ce soit difficile, on se contente juste de le réconforter, car comment faire des blague pour faire rire quelqu'un qui se plaint de douleur », propos du Docteur A, qui semble distant de celui du Docteur C, pour qui « le médecin a toujours plus d'un tour dans sa manche, il sait quand il faut trouver des astuces pour éviter au patient de considérer les séances de consultation comme un interrogatoire ». La comparaison des séances de consultations en séances d'interrogation se retrouve également dans le discours du Docteur B pour qui « Dans l'interrogation du patient, il faut de temps en temps jouer au bon docteur et savoir passer au méchant docteur quand l'information semble incomplète et que le patient se garde de la donner ». Pour lui, c'est parfois le sentiment de honte et de culpabilité qui peut amener un patient à vouloir retenir une information qui puisse aider dans l'élaboration diagnostic. Il faut donc que le docteur rassure le patient sur les clauses de confidentialité, et plus encore sur l'utilité des informations qu'il donnera. A cet effet, le Docteur C rappelle que « une consultation médicale plonge le médecin dans différentes casquettes. Il peut être policier, psychologue, assistant social, ami et parent de son patient. Mais dans un respect de l'éthique professionnel. Parfois, on portes des casquettes difficiles à enlever ».

6.3.3. Médecin comme porteur d'espoir

Les médecins doivent faire preuve d'humanisme, ce qui amène à être sensible face à la douleur des patients, de même, ils doivent faire preuve de professionnalisme, ce qui exige une neutralité et une objectivité dans la posture clinique. C'est pourquoi le Docteur A mentionne le fait que : « les patients n'ont pas besoins qu'on soit leurs pasteurs ou les conseillers, mais leurs techniciens, celui qui malgré ses états, doit garder pour lui ses ressentis et se consacré à la recherche du problème, s'il y'en a un de l'ordre de ses compétence ». Ajoute-t-il, « il est important d'être honnête, et de parler avec le patient d'égal à égal, d'adapter le discours de manière à ce qu'il puisse clairement comprendre ce qu'on lui demande et qu'on attend de lui, lui dire exactement ce qui est possible de faire ». D'après lui il faut amener le patient à prendre ses responsabilisées.

Les médecins se doivent d'être des porteurs d'espoir. C'est déjà la logique de la blouse blanche, comme nous le rappelle le Docteur C, ne pas donner d'espoir au patient est perçu comme source d'échec pour les soins. Pour lui, « Si jamais on arrive à rassurer le patient d'une possibilité de soulagement à ses algohallucinoses, il se sentira déjà soulager, et le simple fait pour lui de se sentir mieux agit inconsciemment sur son seuil de sensibilité douloureuse, ce qui

réduit sa perception de la douleur ». Afin de donner au patient de l'espoir, le médecin peut aussi apprécier les efforts que leurs patients fournissent que ce soit contenu dans leur discours (plaintes) ou dans les observations faites dit le Docteur B *«à ce moment de la consultation on peut mettre l'accent sur ce qui va bien. On peut lui dire, vous avez beaucoup de force, vous êtes solide, enfin des choses comme ça. »* (Docteur B). Cette clarification se veut le plus souvent être à la base des mécanismes de de résiliences chez les patients. *« C'est l'occasion aussi de faire le point quelque fois, de voir où ils en sont, ce qu'ils ont fait, ce qu'ils peuvent encore faire. Et puis, ça peut être l'occasion pour eux de se recentrer sur eux-mêmes et savoir vraiment ce qu'ils comptent faire encore pour le reste de leur vie »* (Docteur C).

6.4. ELABORATION DU DIAGNOSTIC DES ALGOHALLUCINOSES

Les algohallucinoses sont consultés par les médecins avec un grand soupçon, car la possibilité de simulation reste en effet très présente dans leurs esprits, notamment en l'absence de lésion objectivable. Cette suspicion s'appuie largement sur l'idée que l'expression prolongée d'une symptomatologie douloureuse, sans cause décelable chez l'amputé, serait associée à la recherche de bénéfices secondaires ou autres.

Du fait de son absence de lésion corporelle apparente, *« le diagnostic des algohallucinoses, se fonde essentiellement sur les plaintes du patient, rendant encore plus complexe leurs prises en considérations»* (Docteur C). En effet, pour les médecins, l'évaluation de la plainte douloureuse doit favoriser l'élaboration thérapeutique et fort probablement l'aboutissement thérapeutique. Et bien que les instruments diagnostics semblent considérablement manquer dans nos services de santé en ce qui concerne le diagnostic des douleurs chroniques et plus encore des algohallucinoses, les soignants se basent sur leurs expériences et leurs recherches en matière de soins palliatifs pour conclure leurs diagnostics.

« Si nos patients faisaient les examens qu'on les prescrivait, ça faciliterait le travail, mais même pas les 2% reviennent avec les résultats » propos du Docteur B. Il affirme toujours prescrire à ses patients une IRM afin de déterminer en l'absence de lésion corporelle apparente. De plus, le Docteur C fait savoir que très peu sont les médecins qui font usages des instruments diagnostics. Selon lui, ils ont leurs routines basé sur les expériences antérieure et c'est quand ils sont face à une difficulté diagnostic majeure qu'ils consultent soit des collègues ou utilisent de tests. *« On peut demander à une personne qui a mal ce qu'elle réent après un touché, ou*

encore comment elle se sent lorsque la partie est en mouvement, mais comment demander cela lorsque la partie qui fait mal n'est visible que dans la tête de la personne qui a mal ». De tels propos sont issus du discours du Docteur A qui le dit pour expliquer les raisons de l'absence d'approfondissement dans la recherche du diagnostic. D'après lui, « *c'est une entreprise perdue d'avance, un chemin que l'on emprunte juste pour faire savoir au patient qu'il n'a peut-être rien qui soit déterminé par les moyens à notre disposition* ».

Si le diagnostic des algohallucinoses paraît difficile pour certains médecins, d'autres semblent user de leur humanisme pour comprendre le patient, ce qui est pour eux facilitateur dans l'établissement d'un diagnostic, car dit Docteur C, « *il n'est pas facile pour quelqu'un de quitter de chez lui, surtout pour un handicapé, avec toute la peine que cela exige, et que dès qu'il dévoile sa plainte, vous la banalisez, même si c'est un coup de théâtre que vous faites à ce moment, vous êtes dans l'obligation de donner sens à ses plaintes et par conséquent de ne pas nier l'existence des douleurs* ».

6.4.1. Réalisation d'examen complémentaires

La douleur est la chose la plus subjective à l'homme, chaque individu à sa propre réponse à la douleur, les réactions ne sont presque jamais les mêmes, et c'est ce qui rends la douleur encore plus complexe. Dans le champ des algohallucinoses, cette variation subjective est encore plus embarrassante pour les médecins qui tentent en vain de la décrypter. Comme le dit le Docteur C, « *c'est dans de pareilles situations qu'on a encore plus besoin d'examen complémentaires, parce qu'on est face à l'inconnue* ».

Selon les médecins, la consultation pour douleur doit examiner tous les paramètres permettant de renseigner sur les causes et les dommages de la douleur du patient. L'aspect organique ne doit donc pas être l'unique paramètre à prendre en compte. Les médecins soulignent que lorsque le facteur organique est remis en question, le médecin doit varier les examens autant que possible afin de trouver une cause et d'entreprendre une thérapie. Mais en l'absence de ces examens variés, les diagnostics sont limités à l'explication des dommages organiques de la douleur et à la prescription de soins palliatifs. Le Docteur C fait savoir qu'il n'hésite pas à prescrire des examens psychiatriques lorsque la compréhension de la douleur est complexe comme le cas des douleurs fantômes.

Pour le Docteur A, « *la médecine de la douleur au pays fait déjà face à l'absence d'outils diagnostics appropriés, les tests et échelles d'évaluations de la douleur sont très peu rependus*

et utilisés dans la pratique, et les adaptations à des douleurs inorganiques sont quasiment rares». Les médecins font face à cette situation et par expérience, ils parviennent à aboutir à des diagnostics qui peuvent facilement être remis en question par un autre collègue. Les harmonisations des instruments existants censés se faire lors des colloques et autres ateliers scientifiques sont banalisés, alors ils restent cramponnés à la bonne vieille méthode, comme le dit le Docteur B « *il faut savoir se servir de son intuition, faire appel à des collègues et des aînés dans le domaine, confronter les données des plaintes des patients avec d'autres cas similaires, bref, il faut avant de remettre en question le discours du patient, l'avoir éprouvé* ». Autant que le Docteur A, le Docteur B présente les possibilités d'examens complémentaires, mais toutes aussi subjectives, car elles reposent sur le point de vue des collègues.

Le Docteur C quant à lui, informe que pour les examens complémentaires, le médecin doit utiliser d'autres instruments comme complémentaire au discours du patient, afin d'enrichir les possibilités d'explications de sa douleur. Pour lui, « *avant d'aboutir à un diagnostic sur la douleur, il faut prendre le temps de comprendre le patient, de lui passer des tests d'évaluations de douleur, de lui prescrire des scanners et des IRM à passer* ».

L'expression complémentaire n'est pas choisie au hasard, elle explique le fait qu'après avoir interrogé le patient sur sa douleur, interrogation prise ici comme premier examen, le médecin doit se donner les moyens d'explorer d'autres possibilités permettant de compléter à ce que le patient a dit, ce qu'il n'a pas dit. Le Docteur C rappelle qu' « *un bon diagnostic ne peut se conclure à la hâte, ce n'est pas sur la base du simple symptôme tel que révélé par le patient qu'on doit émettre une conclusion diagnostic, c'est un travail minutieux qui ne se bâcle pas en trente minutes* ». On a toujours tendance à limiter le diagnostic à la simple symptomatologie apparente, « *le symptôme doit prendre sens et devenir signe, c'est à partir des signes qu'on pose un diagnostic, et le signe est la résultante du sens que le médecin donne aux symptômes*», ajoute-t-il.

Pour le Docteur B, parlant de l'importance des examens complémentaire, il insiste sur le contexte médical qui justifierait souvent sa banalisation par l'équipe médicale. « *Les patients qui viennent consulter pour algohallucinoses ont à peine de quoi revenir pour le prochain rendez-vous, les examens basiques pour l'observation des paramètres douloureux par les radios et scanners leurs semblent inaccessibles* ». Certains patients prennent ces examens comme motif d'abandon et « *les échelles de douleurs ne sont pas efficaces avec les adultes*

surtout ceux qui ont des algohallucinoses. Donc le médecin se sent comme piégé dans cette issue et ce qui lui reste à faire est la prescription des soins palliatifs » Docteur A.

6.4.2. Discours médicaux discordant dans le système de soin

Les soignants soulignent le fait que certains patients allant de médecin en médecin sans trouver de solution à leur problème sont difficiles à occulter. Les causes et les conséquences de cette errance sont perçues selon eux comme *« le besoin de trouver un médecin qui correspond à leurs problèmes, au refus d'accepter la chronicité et au besoin d'avoir une solution immédiate »*, dit le Docteur A. Cette errance peut être perçue positivement dans la mesure où elle permet à chaque consultation de faire une nouvelle vision sur le patient et sa plainte, ce qui peut être bénéfique pour le patient. Par contre, elle se présente comme négative lorsque le patient se perd dans l'excès de diagnostics, conseils, et traitements différents, parfois contradictoires. Face à cette disparité le patient qui navigue d'hôpitaux en hôpitaux, de clinique en clinique, trouve justification à son errance puisque les médecins ont des diagnostics différents à lui proposer. *« Se voir donner des diagnostics différents, voire contraires, impacte sur la confiance et développe chez le patient une attitude très retissante envers les médecins »* pense le Docteur C.

Le temps de l'évaluation de la douleur peut constituer un sujet de désaccord, car comme le dit le Docteur A, *« quand je suspecte une exagération dans l'expression des douleurs en lien avec la recherche des bénéfices secondaires, il est normal que je ne prenne pas en compte les plaintes du patient ou alors que l'évaluation soit faite en fonction de cette observation liminaire »*. Ainsi, dans le domaine encore mal connu des algohallucinoses, la notion de simulation est un débat plus professionnel que scientifique. Il arrive, donc, que la communication entre le malade et médecin se révèle difficile, marquée par une angoisse : celles de la peur des échecs du médecin et du patient quant à leurs attentes respectives. Ce qui risque d'entraîner une sorte de rejet mutuel, avec une impasse relationnelle totale, parfois irréversible. *« Sans la confiance rien n'est possible, aucun soulagement n'est possible. Le premier élément pour aider un patient, c'est l'absence de déni. Il ne faut jamais (...) ni mettre en doute ni en cause l'authenticité de la plainte du patient. »* (Docteur C).

Une fois que les patients sont rassurés sur le fait que l'on « croit » réellement à l'existence de leur douleur, une autre difficulté peut surgir. Lorsqu'ils sont convaincus d'une étiologie organique, ils croient que cette douleur persistante, qui dure depuis déjà plusieurs années, témoigne d'un processus pathologique évolutif susceptible d'empirer. Ils s'acharnent, alors, à

demander des explorations supplémentaires, afin d'arriver à mettre en évidence une cause physique. Or, ils reçoivent, souvent, des avis successifs discordants ou bien les résultats des examens complémentaires qui sont qualifiés de « négatif », laissant entendre que l'origine de la douleur reste mystérieuse puisque « non visualisée ». La revendication fait donc place à l'incertitude et au désarroi, les patients « *sont insuffisamment préparés pour comprendre que leur douleur n'a pas une causalité unique, qu'elle soit médicale, psychologique ou autre* » (Docteur B).

6.4.3. Gestion du temps

L'amputé, consultant pour algohallucinoses n'est pas toujours perçu comme un patient normal, ni sur le plan relationnel ni sur le plan thérapeutique. Selon les médecins, les consultations pour algohallucinoses ne sont pas des motifs fréquents de consultation en médecine générale, par conséquent ils perçoivent ces amputés comme ayant besoin des structures plus appropriées, car la médecine générale propice aux soins palliatifs ne leur apparaît pas toujours adaptée au suivi de ces patients du fait du manque de ressources nécessaire et de temps disponible. Selon le Docteur C « *ces patients ont besoin d'être orientés vers des soins de rééducations, ils doivent apprendre à vivre avec leurs corps malade, ce qui limitera ou fera progressivement disparaître leurs douleurs. Alors, les consultations pour eux devraient être le premier processus thérapeutique. Mais le temps est celui dont le médecin dispose le moins, même si on fait croire au contraire* ». Le manque de temps est perçu comme un frein à l'élaboration diagnostic dans les algohallucinoses. Docteur A explique que « *Les douleurs chroniques sont quasiment consultées tous les jours par les médecins généralistes. Ils sont référés vers nous pour des avis de spécialistes. Mais pour les douleurs invisibles, je ne suis pas très bon psychologue au sens habituel, je n'allonge pas les patients, je ne discute pas pendant des heures, je n'ai pas le temps. J'essaie d'aller droit au but. Le relationnel en toute honnêteté, en médecine, avec tous ceux qu'on doit recevoir par jour, on manque de temps* ». En continuité, le Docteur B informe que : « *Nous faisons face à des journées pénibles de travail, la surcharge et la fatigue nous ravage le plus souvent, et par-delà tout, nous devons recevoir des dizaines de patients, alors répartissez vous-même le temps et voyez tous ceux qu'on a à recevoir, le ratio ne nous permet pas de faire plus de 30 minutes avec un patient* ».

Pour ces médecins, le temps est toujours ce qui manque lorsqu'ils reçoivent les patients en consultation. Ce qui fait, avant de sortir un diagnostic, il faudrait recevoir le patient pendant plusieurs rendez-vous, permettant de recueillir toutes les informations nécessaires et interpréter

tous les examens prescrit, permettant d'aboutir à des conclusions diagnostic. Tous font savoir qu'il y'a beaucoup à faire avec si peu de temps, et les patients se trouvent souvent délaissés et les soignants débordés. Ils doivent eux-mêmes développer des stratégies pour satisfaire le plus de patients qui se présentes. Mais, avoir à consacré à un seul patient plus d'une heure de consultations est quasi impossible à voire, pourtant les consultations pour algohallucinoses sont si délicates qu'elles exigent un temps plus long. Docteur B fait savoir que souvent quand il se donne une pause, en sortant du bureau, lorsqu'il voit dans la file d'attente une personne handicapé, il demande aux infirmiers dès son retour de la faire entrer prioritairement. Pour lui, les handicapés doivent avoir cette priorité dans les services de santé de ne pas se mettre dans la file et d'être reçu prioritairement. Pourtant, ce n'est pas le cas dans tous les services de santés, car dit Docteur A, *« lorsqu'on est à l'hôpital, qu'on soit handicapé ou pas, on a un problème qui représente pour nous une priorité, et considéré que la santé d'un handicapé est prioritaire par rapport à celle de celui n'ayant pas de handicap peut être considéré comme facteur de discrimination, et pour cela, je ne veux pas m'y prêter »*. Dit-il encore, *« je les reçois et les traite tous prioritairement, en fonction de leurs problèmes, et chacun à son tour »*.

Selon Docteur C, c'est en fonction du problème du malade que l'on met plus de temps ou moins de temps dans le diagnostic. Pour lui, s'il est vrai que les plaintes douloureuses prennent plus de temps dans l'élaboration diagnostic, avec le temps, et le nombre de personnes à recevoir en longueur de journée les médecins sont souvent contraint d'abrégés les consultations, surtout lorsque le problème apparent ne relève pas de la médecine générale, de son service ou quand le patient n'arrive pas à s'exprimer. On lui donne un rendez-vous ou encore on le recommande à un collègue.

Pour beaucoup de camerounais, la couverture santé n'est pas assurée, pour les handicapés, officiellement elle l'est, mais dans la pratique, c'est dans les services publique qu'elle est à la limites un peu respectée. Alors, les amputés algohallucineurs, comme beaucoup d'autres handicapés, ils ne peuvent prétendre s'offrir des soins de santé aisée dans les cliniques privées ou le service et l'accueil est de qualité. Ils ne peuvent recourir qu'aux services publics abordables à leurs bourses et à la moitié des frais qui leurs sont souvent gratifiés. C'est pourquoi ils accourent tous dans les hôpitaux publics, rendant la file d'attente plus complexe à gérer par les médecins. La file tellement longue renforce la souffrance du patient qui lorsqu'arrive son *« tour »* semble extenué par la longue attente. Cette fatigue partagée par le soignant participe et renforce l'abréviation de la consultation. Dit le Docteur B *« parfois vous ressentez comme si certains patients versaient sur vous leurs fatigues, vous avez vite envie de le libérer et de vous*

dégager de cette situation. Quand ce genre de patient vous tombe dessus en matinée, rassurez-vous, c'est votre journée qui est foutue ».

Ce facteur temps est souligné par les médecins comme une exigence professionnelle, parce qu'ils ont plusieurs patients à recevoir, ils sont obligés de limiter les « excès » de temps lors des consultations, dit le Docteur A. Le manque de temps en consultation porte préjudice à la réalisation d'une investigation. Cependant, pour certains soignants, c'est l'absence de médecins qualifiés qui est la cause du temps imparti lors des consultations, car dit le Docteur B : « *s'il y avait un nombre suffisant de médecin, on ne se retrouverait pas en train de limiter les temps de consultations dans le but de recevoir tous les patients qui sont dans la file. C'est un véritable problème qui affecte tout le monde, du patient (victime) jusqu'au médecin qui s'épuise à la tâche* ».

Le manque de temps est un facteur limitant la bonne relation médecin-malade. Dans les hôpitaux les plus fréquentés de la ville de Yaoundé, on constate que les consultations durent en moyenne vingt minutes. Or en consultation pour algohallucinoses, le médecin se doit de faire attention au facteur temps, qui nécessairement impartie, doit permettre d'explorer tous les contours nécessaires à la réalisation d'un bon diagnostic. Le temps de consultation est également le temps d'un bilan, bien entendu bilan de cette douleur chronique fantôme. Cela pourrait être source d'un malentendu entre médecin et patient si ce n'est pas clarifié au préalable. Le médecin peut juger son patient trop impatient et le patient peut trouver son médecin inefficace.

Cette réalité montre comment les consultations perdent leurs aspects centrés sur la personne au profit d'une approche plus matérialiste dès lors que le temps de consultation commence à manquer en médecine. L'évocation des problèmes personnels par les patients prennent en général plus de temps que l'évocation de problèmes d'ordre physique. On doit garder en mémoire qu'une demande explicite peut masquer une demande implicite de secours, la comprendre permet de prendre en charge ce qui préoccupe réellement le patient.

6.5. CONNAISSANCES DES MEDECINS SUR LES ALGOHALLUCINOSES

La relation de confiance en clinique des algohallucinoses doit être prise comme le principal socle de relation clinique qui doit être construite entre le patient et son médecin. Il ne

doit donc pas se retenir d'exprimer au médecin tout ce qu'il a comme problème, comme le dit le Docteur B : « *Nous disons généralement à nos patients qu'ils ne doivent pas avoir peur d'aborder les problèmes enfouis au fond d'eux, même si ce sont les problèmes relationnels tel un divorce ou familiale tel un deuil, il doit savoir qu'il peut s'exprimer sur tout ce qui le gêne.* ».

La connaissance des algohallucinoses n'est pas toujours un acquis chez tous les médecins qui reçoivent en consultation les amputés souffrant d'algohallucinoses. Alors, pendant les séances de consultations, ils ne s'attendent pas tous à une difficulté à circonscrire le champ de la douleur, à identifier l'organe ou le membre douloureux, à clarifier les symptômes douloureux ou encore à évaluer cette douleur soit disant physiquement inexistante.

Le Docteur C fait savoir qu'à ses débuts, s'était difficile d'écouter sans interrompre à chaque instant les patients qui venaient se plaindre pour algohallucinoses. « *A chaque fois, j'étais mêlé d'un sentiment de curiosité à savoir comment ces patient arrivent à se convaincre qu'ils ont mal, et la contrariété à ne pouvoir rien dire après. Mais à force de recevoir deux, trois, cinq cas qui se plaignent des mêmes symptômes, on finit par se documenter sur les cas et apprendre plus sur ce phénomène d'algohallucinoses.* » Rajoute-t-il, « *c'est dommage qu'on n'apprenne pas ça aux médecins en formations, car ça devient de plus en plus fréquent dans notre pratique* ».

6.5.1. Savoir évaluer l'expérience douloureuse

Pour le Docteur A, « *les algohallucinoses sont très rares comme maladies quand on ne les a pas encore côtoyés. Quand on commence à les recevoir en consultation, on se rend compte que dans une catégorie de population, celle amputée particulièrement, il est très courant* ». De plus, comme il le dit encore, « *le fait d'entendre parler des algohallucinoses ne veut pas dire qu'on connaît son principe d'action et ses thérapeutiques. C'est pourquoi, c'est un phénomène toujours nouveau pour le médecin, déjà qu'il varie en fonction des patients* ». Selon le Docteur B « *on n'a jamais une idée claire sur les algohallucinoses, c'est un phénomène pathologique rare et la rareté n'est généralement pas le fort des sciences. Donc c'est normal de ne pas savoir ce que s'est. On peut en connaître le nom, avoir des indices sur ses manifestations à partir des plaintes des patients. Mais il n'existe pas de manuel de diagnostic ni de thérapeutiques sur les algohallucinoses* ». Le Docteur C ajoute à ceci le fait selon lequel « *dans toutes consultations pour algohallucinoses, le médecin se lance en aventure, sans protocole standard, il se sert de son intuition et de ses expériences antérieures* ».

On déduit souvent implicitement ou explicitement que la nature subjective de la douleur rend le phénomène difficile, voire impossible à mesurer. Ceci est clairement partagé par certains médecins qui par manque de temps et par manque d'instruments d'équipement, pensent qu'il est impossible d'évaluer les algohallucinoses.

Une mesure fiable des algohallucinoses doit fournir des données stables et reproductibles sur l'expérience de la douleur chez ses amputés. « *Il serait prétentieux pour un médecin d'envisager mesurer de manière objective les douleurs fantômes* » dit le Docteur B, car « *la référence à la stimulation nociceptive d'intensité croissante produite par les patients douloureux est ce qui est recherché de manière mathématique par les médecins et donc la fonction reproductible est constamment envisagée* ». Cette forme d'évaluation des douleurs axées sur la relation stimulus-réponse permet d'apparier sur l'échelle de douleur et au niveau d'intensité du stimulus nociceptif correspondant la douleur du patient. Ces échelles sont essentielles pour mieux comprendre les déterminants neurophysiologiques de l'expérience subjective de la douleur.

Mesurer la douleur est aussi complexe pour le patient qui la vit que pour le médecin consulté. La subjectivité de l'expérience douloureuse est marquée par l'absence d'indicateurs physiologiques et corporels visibles. La douleur fantôme, n'a pas encore d'instruments disponibles dans les services de santé pour l'objectiver. Pour le Docteur B, « *On s'attend généralement à ce que le patient puisse traduire son expérience verbalement en choisissant les mots qui correspondent le mieux à la qualité de la sensation qu'il vit* ». Ce qui de ce point de vue n'est pas suffisant, car pour le Docteur A « *la douleur doit être objectivée sur une partie du corps qui la matérialise, faute de quoi on est dans l'illusoire du patient, et c'est le cas pour certains patients qui se construisent des douleurs afin d'obtenir certains services ou privilèges* ». S'ajoute à ceci les propos du Docteur C qui dit : « *face à l'évaluation, à la mesure ou à l'objectivation des algohallucinoses, le médecin se sent malheureusement incompetent pour les rendre réelles et les évalués* ». L'évaluation des algohallucinoses est ce qu'il y'a de plus complexe pour les médecins, Docteur B évoquant cette difficulté informe que « *ce n'est pas du ressort du médecin, les psychiatres vous dirons qu'il existe des délires pareils, mais moi, je ne suis pas mieux indiquer pour parler de ces phénomènes, vous comprenez pourquoi les algohallucinoses ne peuvent pas être évalués à moins que ce soit un coup de théâtre qui se joue, et plus encore nous n'avons pas le temps pour cela* ».

Le Docteur C, acceptant relever au quotidien le défi lié à la consultation des algohallucinoses, rappelle qu'il utilise souvent au même titre qu'il le fait pour les patients souffrant de douleurs aiguës, les chiffres pour graduer l'intensité de la douleur et le désagrément associé. Même si comme le dit le Docteur B, « *la complexité de la mesure des algohallucinoses met en doute leurs validités et leurs fonctions à rendre compte des dimensions sensorielles (qualité, intensité, dynamique spatio-temporelle) et affectives (désagrément et émotions associées) de la douleur* ».

6.5.2. Eviter une escalade d'actes techniques

Les demandes pressantes de soulagement poussent certains médecins à agir de façon rapide. Déjà que pour le médecin, retrouver la cause organique semble plus en accord avec sa formation, alors que pour le patient, loin de trouver une cause biologique, c'est trouver un traitement pour le soulager de ses algohallucinoses qui est pour lui fondamental. Ce qui peut amener les médecins à multiplier les examens diagnostic afin de submerger le patient d'un grand nombre d'information lui permettant de se décourager et de se résoudre à vivre avec ses douleurs.

Les patients quand ils viennent consulter pour leurs douleurs, ils s'attendent à ce que les médecins leurs disent en des termes simples et accessibles, ce qui les arrivent et comment les soulager. Pour le Docteur B, il ne serait pas adapter de dire à un patient « *Ok ! Après tous les examens que vous avez effectué, il en ressort que vous souffrez d'algohallucinoses* ». Si pour le médecin les algohallucinoses sont difficile à comprendre, qu'en serait-il pour les patients. Le Docteur C informe que « *si le diagnostic est rendu difficile par l'absence de connaissances sur les algohallucinoses, il l'est encore plus difficile de trouver des mots assez claires pour en informer les patients* ». « *Vous avez des douleurs fantômes, ou bien, vous souffrez d'excès d'imagination douloureuse, mieux encore vous avez les algohallucinoses ! Dites le vous-même au patient et observez sa réaction* » dit le Docteur A.

Les médecins ont un jargon technique, et c'est facile pour eux de l'utiliser, mais très compliqué pour le patient. De ce fait, si le médecin n'arrive pas à adapter ses termes techniques au patient, ce dernier se retrouvera encore plus désorienté. Comme dit le Docteur C « *certains patients sortent avec la prescription de certains examens à faire, mais ils ne savent même pas ce que ça veut dire et pourquoi ils doivent faire ces examens. C'est au prochain rendez-vous quand on se dit recevoir les résultats pour les interpréter qu'on constate qu'ils ne savaient même pas que ce qui était écrit prescrivait des examens à faire* ».

Les consultations pour les médecins sont des ramassés d'écrits où les médecins se focalisent plus sur leur blocs notes ou ordonnancier que sur les patients qu'ils doivent observer et qui ils doivent dialoguer. Ces formalités techniques limitent les accès des médecins aux informations complémentaires issues des comportements observables, ainsi que les éclaircissements à fournir aux patients sur ce qu'ils doivent faire pour apporter plus d'informations à la compréhension de leurs problèmes.

D'un autre côté, on a l'attitude assez formalisé des médecins qui par souci de comprendre et de bien faire leurs travail, se routines à l'utilisation des instruments techniques dans l'investigation diagnostic. Selon le Docteur A, « *objectiver la douleur à tout prix par l'imagerie médicale peut laisser au patient l'idée qu'il ne pourra pas guérir tant que ces examens ne retrouveraient pas de lésion objectivable. Le risque étant celui d'un rejet mutuel ou d'une escalade iatrogène dans un désir commun de soulagement à tout prix* ». Renvoyé douloureusement à leur impuissance, les médecins essaient de rejeter sur les patients la responsabilité de l'échec diagnostic et thérapeutique. « *Se résigner à la seule prise en compte des données d'examens ou de lésions biologiques est un danger que le praticien doit éviter en utilisant conjointement son savoir-faire médical et ses capacités d'écoute* » dit le Docteur C. Mais selon le Docteur B : « *La plupart des patients présentent leurs symptômes de manière à traduire un besoin pressant d'une réponse à laquelle on se sent contraints de répondre* ». Ils reçoivent par conséquent une surenchère de réponse biologique, juste parce que les médecins se sont sentis mis au défi de répondre à leur plainte. L'approche somatique est indispensable pour objectiver une cause lésionnelle, pour cerner les mécanismes physiopathologiques, pour choisir et adapter le traitement symptomatique.

Cependant, le rapporte le Docteur C, « *il peut arriver que certains patients souffrant de douleurs se voient prescrire les examens en complémentaire, mais comme les hôpitaux n'ont toujours pas ces équipements, ils se rendent dans les laboratoires privés pour le faire et reviennent avec les résultats pour qu'ils soient interprétés* ». Mais objectivement, il est difficile pour le patient, d'aller faire une évaluation cérébrale lorsque celui-ci se plaint d'une douleur dans le mollet ou la cheville. Pour lui, c'est déjà dire que sa douleur n'existe que dans sa tête, et du coup, il ne revient plus pour la suite. Prescrire à un amputé souffrant d'algothallucineose une IRM en complémentaire revient dans notre société à le chasser des services de soins (Docteur A).

Dans le diagnostic des algohallucinoses, le médecin fait face à une douleur exprimée par un patient amputé, et qui n'a aucune cause physiologique objective (lésion, inflammation, irritation ...). Faire la part entre souffrances psychiques et somatiques ou entre agressions tissulaires et répercussions psychoaffectives dans cette démarche diagnostic devient complexe. Le travail d'investigation, ou d'analyse des symptômes recueillis sont importants dans l'aboutissement diagnostic.

L'implication de phénomènes psychiques dans un tableau clinique douloureux comme celui des algohallucinoses est mal décrit. Souvent envisagée comme dernier recours lorsque le médecin n'a aucune solution. Le Docteur C fait savoir que « *dans la douleur chronique le facteur dépression est très présent, alors, il serait mal avisé de ne pas le prendre en compte dans le diagnostic des algohallucinoses* »

Au regard des données que dressent les médecins de l'évaluation « subjective » de la douleur par les patients sur une échelle analogique, il en ressort que, soit l'expérience douloureuse est très variable entre les individus, soit ils utilisent/interprètent l'échelle de douleur différemment. Or avec l'imagerie cérébrale, l'évaluation subjective de la douleur est directement proportionnelle à l'activité cérébrale dans les zones corticales qui sont activées par le stimulus douloureux. Le diagnostic semble plus objectif avec cette évaluation, pourtant, peut pratiquer dans nos services de soins au Cameroun.

6.5.3. Evaluation psychologique et émotionnelle des algohallucinoses

On observe aussi que lorsqu'il est question d'évaluation psychologique de la douleur, des nuances sont faites en ce qui concerne le vécu psychologique et émotionnel de la douleur. Nous savons que les conséquences somatiques de la douleur et de sa modulation soulèvent la question de la relation entre la douleur et émotions.

L'hypothèse d'une évaluation psychologique des algohallucinoses se fait en fonction des connaissances et de la nécessité que le médecin accorde à son implication dans le vécu du patient. Le Docteur C la résume à « *l'évaluation des aspects du désagrément de la douleur telle qu'elle a été rapportée par l'amputé* », et n'attend plus qu'une estimation des dommages psychologiques liés aux algohallucinoses. Pour les médecins, les observations physiologiques sont utiles pour démontrer les variations d'humeur, l'agrément et le désagrément que produit le patient par rapport à sa douleur et qui s'accompagne de changements « objectifs » dans les réponses physiologiques aux stimulations douloureuses. Le Docteur A fait savoir qu'il retrouve chez les patients algohallucineurs, des émotions de peur, de colère, et de tristesse. Et le Docteur

C pense que l'évaluation des patients qui souffrent d'algohallucinoses peut se faire à partir des expressions émotionnelles visibles permettant par la même occasion de mesurer l'intensité de la douleur.

De leurs discours, le vécu émotionnel serait un instrument d'évaluation et de mesure de la douleur. Mais ceci reste délicat lorsqu'il est question d'algohallucinoses, comme le dit le Docteur B, « *on retrouve certains patients qui sont vides d'émotions, ils ne laissent paraître aucunes émotions, ils sont si froids qu'on se dit qu'ils sont à la limite masochistes. Mais après on se demande ce qu'un masochiste viens faire en consultation pour algohallucinoses* ». Face à ce type de patient, insiste-t-il, c'est le chaos total. C'est ce relève également les propos de Docteur A quand il dit « *nous avons déjà les clichés fabriqués des patients qui, consultant pour douleur, se tortillent, projettent de leurs regards et de leurs gestuels la rage d'une douleur qui semble les torturer. Ces comportements de rage et de grogne qui atteignent et submergent le plus souvent les patients douloureux, sont proportionnels à l'irritation ou à la lésion* ». Selon le Docteur C, « *l'expression émotionnelle est très manifeste dans les douleurs aiguës, pourtant diffuse dans les douleurs chroniques. Les douloureux chroniques du fait de leurs capacités à rendre diffus leurs émotions, sont considérés comme alexithymiques. Ce qui a été vérifié dans les travaux de certains auteurs comme Sifnéos dans les conduites d'alexithymies* ».

Revenant donc à l'évaluation des algohallucinoses par le médecin, on retient que par souci d'objectivation, et au regard de la difficulté que pose l'absence d'équipement dans leurs mesures, le médecin doit se référer aux expressions émotionnelles du patient qu'il utilisera pour tenter de décrypter et de donner un sens aux algohallucinoses. Comme dit Docteur B, « *tout diagnostic doit se faire suivant une direction, un sens, et c'est le médecin qui donne sens à ce diagnostic en fonction de l'orientation qu'il donne aux symptômes. En l'absence de lésion objectivement observable, le médecin doit s'appuyer sur d'autres supports comme les émotions ou la gestuelle pour analyser les plaintes du patient* ».

En plus des expressions émotionnelles les médecins les plus expérimentés comme le Docteur C, utilise une autre astuce basée sur l'observation et l'analyse du rythme cardiaque. « *La douleur peut s'évaluer par les modifications respiratoires enregistrés chez le patient* », dit-il. Les variations du rythme cardiaque étaient utilisés longtemps avant que les machines, les tests et les échelles d'évaluations de la douleur soit opérationnelles. Aujourd'hui, peu sont ceux qui s'en servent, mais lorsqu'on sait l'utiliser, il est assez productif. Explique le Docteur C.

Le Docteur A, dans la même logique que le Docteur C, pour qui, « *ce ne sont pas tous les humains qui expriment leurs émotions de manière claire, les émotions déjà complexes, nous ne pouvons-nous en tenir le plus souvent qu'à celles qui sont les plus basiques. L'utiliser pour*

évaluer la douleur ne voudrait pas dire que celles qui échappent à ce registre éliminent le comportement dont l'émotion est censée rendre compte ». Ce qui devient particulièrement délicat. On peut alors faire recours aux modulations du rythme cardiaque qui accompagnent toujours les variations neuronales et émotionnelles.

6.5.4. Représentations du patient algohallucineur par le médecin

La reconnaissance de la plainte algohallucinatrice amène à poser les questions sur la représentation que le médecin se fait de la douleur de son patient. Nous savons que de nombreuses images et perceptions erronées peuvent être un frein à l'élaboration diagnostic et à la prise en charge. *« Il faut arriver à savoir comment lui (l'amputé), il se représente sa douleur, c'est à partir de là qu'il faut établir la relation. »* (Docteur C)

Selon les médecins, certains patients construisent leurs douleurs afin de manipuler leurs environnement (*« victimisation », « rôle vis-à-vis de la famille »*) et jouir de certains privilèges ou gratifications liées aux soins. Dans cette logique, ils indexent plus les personnes âgées qui, selon Docteur A, *« Bien qu'on sache qu'ils simulent leurs douleurs, ils ne font même pas l'effort de s'améliorer »*. Ce qui place le médecin dans une situation confuse, avec le sentiment que le patient refuse le soulagement, le médecin se sentant alors manipulé par son patient. Pour le Docteur B, on retrouve en consultation un glissement de la relation médecin-malade vers une relation maternaliste de dépendance du patient vis-à-vis de son médecin.

Selon le Docteur B, *« les patients qui se plaignent d'algohallucinoses trainent avec eux des histoires assez délicates de leurs vies »*. C'est dire encore qu'ils profiteraient de la douleur pour exprimer la réalité de leurs souffrances. Ceci en fonction d'une crise psychosociale, familiale ou professionnel qui s'exprime à travers la variabilité du ressenti douloureux. Le Docteur B fait savoir qu'il a eu a observé chez un soldat amputé qui se plaignait d'algohallucinoses une énorme tristesse qui l'envahissait dès qu'on abordait son invalidité. *« Pour ces soldats qui ne savent que faire la guerre, il est difficile de se savoir invalide, car invalide, ils ne servent plus à rien, ils ne sont plus rien, il ne reste plus que l'ombre d'une douleur qui les consumes de l'intérieur et de l'extérieur »*. Certains amputés auraient un vocabulaire trop pauvre pour exprimer leur mal-être par des mots. La douleur devient une manière d'exprimer un mal-être qui semble beaucoup plus diffus que de simples douleurs corporelles.

Pour le Docteur C, le médecin ne doit pas perdre de vue l'aspect psychologique de la douleur dans l'élaboration diagnostic parce que : *« de très grandes souffrances dans la vie, qu'elles soient corporelles ou psychiques, deviennent un jour pénibles pour le sujet, il ne pourra plus continuer de vivre avec et cherchera le moyen de les évacuer. C'est pourquoi on trouve difficilement des causes physiologiques aux douleurs chroniques, les causes sont majoritairement d'ordre émotionnelles et sociales »*. Selon le Docteur A, il est important face à ce genre de douleur que le patient regarde un peu du côté de la tradithérapie, car il est vrai que la médecine soit censée les aider, mais elle ne traite pas des problèmes d'ordre invisible. *« Les rares fois que ce genre de problèmes me soit arrivé, j'ai conseillé au patient de regarder du côté de sa tradition, si par là on pouvait l'aider, et j'espère qu'il l'a fait, car je ne l'ai plus revu depuis ce jour »*. A ces propos, rajoute le Docteur C pour qui : *« nous sommes tous africains et parfois, quand un problème comme celui-là se pose, il faut souvent faire recours à la tradition, car c'est à partir d'elle qu'on peut mieux comprendre certains problèmes que même la médecine n'arrive pas à résoudre. Je dirais encore plus que certaines causes des maladies ne sont pas prises en charge par la médecine moderne, il faut admettre cet aspect de la chose et viser au soulagement du patient qu'à une certaine rationalité qui n'existe qu'en occident. »*

Selon le Docteur C, le facteur psychologique est fondamental en consultation pour alghallucinoze parce que la douleur dit-il, est aussi un phénomène de société *« la société est dure. Surtout chez nous les africains ou la tolérance a disparu, certaines personnes règlent leurs conflits par des voies mystiques et à ce moment, ce n'est plus à la médecine qu'il faut se référer. Les alghallucinoses peuvent être l'illustration d'un règlement de compte qui fait souffrir les sujets atteints dans leurs chairs et leurs âmes, frappés par de douleurs atroces, elles peuvent se camoufler sur une partie du corps »*. De plus, il ajoute *« il est clair que chez nous, quand quelque chose d'absent revient pour te hanter, c'est parce qu'il y-a un problème dont on en est la cause, et tant qu'on n'a pas corrigé ce tort, la hantise se verra grandissante »*.

La part du psychologique dans les consultations d'alghallucinoses est très présente chez les médecins. Mais seulement ceux-ci déclinent leurs responsabilités sous prétexte que ce volet ne dépende pas de leurs champs d'expertises. Alors comme nous l'avons écouté chez les médecins, lorsque la prédominance du facteur psychologique ou surnaturel est grande, ils réfèrent le cas en psychiatrie ou en tradithérapie.

CHAPITRE 7 : PLAINTES ET GESTION DE LA DOULEUR CHEZ LES AMPUTÉS ALGOHALLUCINEURS

Dans ce chapitre, nous présenterons les principaux thèmes, catégories et sous-catégories retrouvés dans les discours des patients amputés souffrant d'algohallucinoses. Ceci nous permettra d'évaluer les dimensions de leurs vécus, ainsi que de la gestion de leurs algohallucinoses

7.1. MISE A L'AISE ET LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le patient algohallucineur, lorsqu'il vient en consultation, c'est parce qu'il a un problème dont lui-même ne peut résoudre. Il vient donc demander de l'aide auprès du médecin dont il juge qualifié pour résoudre son problème. A cet effet, il aimerait que le médecin vers qui il est orienté, soit accueillant et compréhensif envers lui. Qu'il soit traité avec attention, respect et honnêteté. Qu'il n'ait pas l'impression d'entrée de jeu qu'on lui cache quelque chose. Comme le dit Mammie « *Parfois, on attend des minutes de suites qu'il nous dise quelque chose. C'est paniquant, et plus encore quand il vous pose cette question avec suspicion, « Vous dites que vous avez quoi ? » »* ».

Certains patients se construisent avant la rencontre avec le médecin une idée de ce que celui-ci pourrait leur dire. Cette construction peut être faite à partir des premières consultations qu'ils ont faites auprès d'autres médecins. La rencontre avec le médecin est ici déterminante pour le maintien ou le retrait de ces idées préconçues de ce que serait la rencontre. Le patient, comme il est le cas chez Talla, peut se dire que le médecin connaît d'avance l'objet de sa venue. Lui par contre ne sachant pas ce qui l'arrive, attend que ce soit le médecin qui le lui annonce. Dit-il : « *Nous attendons souvent que le médecin devine ce que nous avons comme problème, mais à la rencontre, on se rend compte qu'ils ne connaissent pas plus que nous » rajoute-t-il, « un médecin m'a fait savoir qu'ils ne sont pas des dieux pour être devins, nous devons juste accepter qu'ils doivent chercher avant de nous dire ce qui nous arrive »* (Talla).

La détermination de rencontrer un médecin pour son problème est une décision qui est motivé par le désir de voir ses douleurs soulagées. Alors, la rencontre avec le médecin doit garder un fond d'humanisme qui conforte le patient d'être venu consulté. C'est ce que pense

Youssef qui dit : « *Ce n'est pas parce qu'on souffre qu'on a perdu notre dignité, car certains médecin nous reçoivent comme si nous étions du bétail ou des cobails. Souvent lorsque vous les salués, c'est le silence qui vous reçoit. Ils causent avec votre carnet alors que vous êtes là en face d'eux* ». Pour Amine : « *il y'a certains médecins qui sont froids et nerveux lorsque le patient arrive. Pas tous bien sûr, mais lorsque vous êtes en face de ceux-là, vous vous abstenez de peur de vous faire crier dessus* ». Selon Bintou, « *les médecins sont parfois d'humeurs déconcertantes, mais quand ils sont dans leurs assiettes, tu te demandes pourquoi ce n'est pas lui que tu as consulté en premier. Il est si rassurant que rien qu'à partir de son accueil, on se sent soulagé. Bref, il donne une assurance non verbale que tout ira bien* ». A sa suite, Ousman fait savoir « *Quand on te reçoit bien, tu oublies pendant quelque seconde la douleur qui t'amenait, ensuite tu as l'impression d'être face à un ami a qui tu expliques ce qui t'arrives* ». De ce qui s'observe, on note que seulement deux patients amputés algohallucineurs ont été éclairés sur ce qu'ils avaient comme douleur, ceci après de longues années de diagnostic.

Selon les patients qui consultent pour algohallucinoses, la frustration qui relève des douleurs est déjà assez troublante pour que s'ajoute à elle le comportement repoussant des médecins vers qui ils sont censés aller demander de l'aide. Cependant, tous les médecins ne sont pas porteurs de cette mauvaise ambiance qui prédispose la mauvaise réception des patients en consultation. Certains médecins se démarquent pas leurs courtoisies et leurs réceptivités au point que les patients se sentent partiellement soulager de leurs douleurs.

L'accueil doit être associé à la clarification de l'objet de consultation. Le patient arrive avec un lot de symptôme qu'il expose au médecin. C'est à ce dernier que revient la tâche d'expliquer clairement au patient, dans une logique qui lui serait compréhensible, ce qui lui arrive. Mais curieusement pour ces patients, très peu de médecins réussissent cet exercice, car comme le dit Youssef « *quand j'explique au médecin que j'ai mal et la localisation de mes douleurs, c'est souvent deux ou trois fois qu'il me redemande si je suis conscient que je n'ai plus de jambes* ». A ce moment, le patient se retrouve confus et plongé dans un ensemble d'interrogation qu'il se pose intérieurement. Ajoute Youssef à ce sujet « *dans ma tête je commence à me poser une multitude de question : « Est-ce que j'ai bien fait de venir ici ? Est-ce que ce médecin pourra m'aider ? Dois-je continuer à parler ou ne plus perdre mon temps ? Est-ce qu'il me croit même... »*. Et pour finir, je me dis tempè, je suis déjà là, donc le mieux c'est de finir ».

7.2. EXPRESSION DE LA PLAINTE DOULOUREUSE ET VÉCU DES ALGOHALLUCINOSES CHEZ L'AMPUTÉ

Quand une personne souffrant de douleur physique s'adresse à un médecin, celui-ci est censé mettre en œuvre une démarche qui lui permettra de poser un diagnostic à la suite duquel, il définira un protocole de prise en charge. En clinique de la douleur, la procédure diagnostic n'obéit toujours pas à un protocole standard, car la douleur est subjective à chaque patient et le médecin se doit d'adapter en fonction du cas ses instruments pour proposer une réponse appropriée.

L'expression de la plainte douloureuse par le patient est le premier indicateur dont se sert le médecin pour investiguer sur la douleur du patient. Alors, cette plainte se doit d'être aussi précise avec autant de détail que possible. Toutefois, c'est le médecin qui donnera au patient la possibilité de présenter les contours de sa douleur et ses manifestations.

7.2.1. Sensations douloureuses dans algohallucinoses

Les sensations douloureuses dans les algohallucinoses sont souvent difficiles à expliquer. Selon Ousman, « *J'ai mal, très mal même. Comme les crampes qui raidissent et font comme si le fer retentissait sur mes os.* » Rajoute-t-il « *je sais que c'est bizarre à entendre, car comment dire que le fer retentit sur mes os quand ces os n'existent même pas* ». Pourtant, la sensation douloureuse est ressentie, et il peut la décrire. C'est également le cas chez tous ces amputés algohallucineurs qui ressentent les sensations, peuvent les décrire, mais ne comprennent pas comment ces sensation existent sur des parties absentes. Chez Bintou on note : « *je ressens les fourmillements qui montent de mon talon jusqu'aux mollets. Ils sont présent la majeure partie du temps* ». Pour Mammie, ce sont : « *des pincements constant. Je ressens quelque chose qui s'agrippe sur ma jambe et qui me pince comme quand vous coincez votre doigt dans la césure de la porte. Ça fait très mal* ». Talla vit autant que les autres ces sensations de pincements et de fourmillements. De plus, dit-il « *vous serrez les dents quand ça commence, comme des étirements à la cheville et au genou, surtout à ces articulations. Je me dis souvent qu'il y'a une veine à ce niveau que l'on tire sans arrêt. C'est constant et douloureux* ». Youssouf et Amine ressentent des écrasements et des coups de marteaux sur leurs jambes. « *C'est pareille à cette douleur que vous ressentez quand une masse vous tombe sur les orteils* » dit Amine. Alors que Youssouf se dit avoir coincé sa jambe quelque part.

L'une des particularités qui ressort du discours de tous ces patients est : « *je ne sais pas comment le dire* », avant toute description qu'ils font de leurs douleurs. Ce qui traduit le

caractère immatériel des algohallucinoses, et aussi, son caractère présent et conscient, car les patients réussissent néanmoins à trouver chacun, des expressions permettant de décrire ce qu'ils vivent et ce qu'ils ressentent.

Afin de se faire comprendre, les amputés algohallucineurs vont jusqu'à utiliser les douleurs qu'ils ont déjà ressenties pour expliquer par comparaison ce qu'ils ressentent comme douleurs fantômes. Mammie résume ainsi ses algohallucinoses « *ces douleurs sont comparables aux maux de dents, mais en pire. Les sensations peuvent s'apparenter à un couteau tranchant qui s'enfonce sans cesse dans la peau* ». Chez elle, les douleurs sont apparues immédiatement après l'amputation, et ne l'ont plus quittée depuis.

Pour Amine « *c'est comme si le membre amputé était toujours présent avec les démangeaisons qui me tortures au niveau du talon* ». Chez Youssouf, on note également la présence des sensations de brûlures. Dit-il : « *La plupart du temps, il s'agit d'une sensation de brûlure dans le membre manquant, ou encore de douleurs électriques, bref, comme si on électrocutait cette partie de mon pieds* ». « *Parfois, on ressent une douleur difficile à définir ou une sensation désagréable. Toute forme imaginable est possible. Le pire dans tout ça, c'est qu'on ne peut rien faire contre, comme toucher, gratter ou masser, puisque le membre n'est plus là* », explique Talla à propos de ses douleurs.

A la suite de l'exercice soumis à ces patients qui consistait à localiser sur un schéma leurs douleurs, on constate chez ces patients l'utilisation des crayons de couleurs noir rouge et vert pour localiser la zone douloureuse sur le schéma de l'Algotest. Ces couleurs permettait chez ces patients amputés algohallucineurs de symboliser l'intensité de leurs ressentis douloureux. A l'évocation, ils justifient l'usage de la couleur pour exprimer les douleurs vives, écrasantes, martelantes ; et ponctuelles. Selon Bintou « *je mets la couleur rouge parce que ça fait mal comme quand tu te cogne un muscle ou un os, comme le marteau qui t'écrase le doigt* ». Pour Amine, « *la couleur rouge parce que c'est comme quand tu te blesses et on verse l'eau sur ta plaie, cette douleur picotante là, c'est très vive* ». Youssouf et Talla expliquent la couleur rouge comme celle qui exprime le mieux l'écrasement, les pincements. Par contre, Mammie utilise la couleur noire pour exprimer la souffrance qu'elle ressent mais donc elle ne peut la communiquer. Dit-elle, « *la couleur noire renvoi à ce sentiment de tristesse que tu ressens quand tu as mal et que tu ne peux dire ou être soulager* ». La couleur noire semble caractériser les douleurs diffuses, moins physiquement ressenties, mais moralement vécues. Elles rendent compte des douleurs mélancoliques ou dépressives, celles qui donnent une coloration de souffrances et vécue. La couleur verte quant à elle exprime des douleurs légères et passagères,

celles qui sont les moins fréquentes et les moins torturantes, celles qui les accompagnent constamment et avec lesquelles ils peuvent vaquer à leurs occupations.

7.2.2. Le besoin d'objectivation de la douleur chez l'algohallucineur

Suite à l'expression de la plainte algohallucinatoire du patient, le médecin doit recueillir les différents symptômes qui ressortent du discours afin de construire un diagnostic permettant de l'objectiver. Les symptômes exprimés par le patient sont retraduits dans les catégories du savoir médical fondées sur des notions biologiques. Mais ce qu'attend le patient, c'est qu'on lui dise ce qui lui arrive et la conduite à tenir pour un éventuel soulagement. C'est en effet un désir d'objectivation de sa douleur par le médecin qu'attend le patient algohallucineur. Et afin d'être rassuré sur son état psychologique, il fonde ses espoirs sur cette objectivation de ce qu'il ressent.

Selon Talla, « *pour la première fois quand tu ressens des douleurs fantômes, tu attends des médecins qu'ils te certifient que ces douleurs existent* », Amine ajoute « *tu attends que ton médecin te certifie que tu ne deviens pas fou, que les douleurs ne sont pas ton imagination* ». Mais dans la réalité de ce besoin d'objectivation clinique qu'attendent les amputés algohallucineurs, « *rien n'est fait pour aider le patient, au contraire tout est fait pour l'aider à être fou* » dit Youssouf. De plus, « *ces douleurs font peur quand elles arrivent pour la première fois, elles sont déconcertantes parce que personne ne peut t'expliquer ce qui t'arrive* » (Ousman), et « *c'est dans l'affolement de cette situation que s'intensifie les douleurs, plus tu panique, tout semble déconcertant, et les médecins semblent tirer un plaisir de vous voire vous affoler* » (Bintou). Selon Talla, le personnel médical ne semble pas suffisamment informer pour aider les patients dans « *une situation aussi bizarre* ». Mammie dit « *c'est comme si nous sommes des singes dans la cage et quand on grimace ça leur fait plaisir* ». « *Certains médecins vous regardent à travers leurs lunettes, et quand vous finissez de parler, ils vous disent « vous dites quoi ? »* », ce qui montre qu'en réalité, soient ils n'ont rien compris, soit eux-mêmes ne savent pas de quoi il s'agit » dit Youssouf.

Les algohallucinoses ne correspondent pas à une réalité indépendante d'un contexte, et n'existe que si elle est nommée comme telle par un médecin, ce qui confère à l'amputé algohallucineur exprimant sa plainte le statut d'algohallucineur. L'intervention du médecin est sensée façonner la réalité en ce sens qu'elle « crée » à la fois les algohallucinoses et l'algohallucineur. De ce fait, on peut dire que les algohallucinoses ne s'organisent et n'existent qu'à partir du moment où elles correspondent à une réalité à la fois pour le patient et pour le

médecin. Les patients accourant auprès des soignants sont confrontés à la difficulté de reconnaissance de leurs douleurs. Mammie dit à ce sujet qu'« *A chaque fois que je me décide à venir à l'hôpital pour rencontrer un médecin et lui expliquer mon problème, je me demande toujours comment j'aurais réagi si c'est à moi qu'on venait exposer ces plaintes.* » « *La douleur d'autrui est très difficile à croire, à plus forte raison lorsqu'elle est déjà difficile à croire pour soi-même, comment c'est autrui qui réussirait à la croire.* » informe Talla. « *C'est très difficile pour moi, et je n'en veux pas trop aux médecins qui ne croient pas en ce que je dis, quand je rapporte dans mes plaintes, les douleurs qui me tortures et me hantent continuellement.* ». Pour Bintou, « *Je préfère dorénavant souffrir en silence, c'est quand je n'en peux plus que je vais vers eux, d'ailleurs que tout cela est toujours voué à l'échec. J'arrive même à me demander où est ce qu'on forme nos médecins s'ils ne savent pas aider ceux qui viennent vers eux.* ». Ces difficultés d'objectivations de leurs douleurs amène Youssouf à dire que : « *Quand vous avez mal, songez à tout autres endroit qu'à l'hôpital, car loin de ne pas être soulager de vos souffrances, ils risquent de vous faire attraper un AVC. Ils sont tellement révoltant que je me demande souvent si ce n'est qu'avec moi qu'ils le font ou si c'est avec tout le monde. Il est urgent de repenser nos services de santé, car ils semblent plus malades que les patients qui y accourent. Et comment espérer ou rêver un quelconque soulagement dans ce contexte de soins* ».

7.3. VARIABILITÉ DE LA PLAINTÉ DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Le point problématique soulevé par la situation est que les sensations de douleur sont soumises à de nombreuses variations, et les algohallucinoses constituent une donnée clinique extrêmement complexe. Les explications recueillies auprès des patients pour faciliter l'élaboration diagnostic est biaisé par l'incapacité du patient à décrire exactement ce qu'il ressent. À ce titre, Youssouf ne « *sais exactement pas quand-elles s'invitent, mais lorsqu'elles sont présentes, elles constituent toujours un élément de surprise* ». De plus, ce sont des douleurs difficiles à nommés, à tel point que se plaindre de leurs existences semble une utopie. Amine et Talla évoquent le caractère énigmatique des algohallucinoses par des termes suivants : « *douleurs sans lésion* », « *douleur disproportionnée* », ils savent bien qu'elles existent, mais ne savent pas comment en rendre compte dans leurs plaintes. Selon Amine, « *Si je dis que j'ai des démangeaisons, ou que je ressens comme des fourmillements sur ma jambe, qui me croira ? Oui j'ai mal, sévèrement même, mais où ? Comment le dire ?* ». Les algohallucinoses

par leurs caractères insaisissables constituent pour les patients une barrière lors de l'expression de leurs plaintes auprès des médecins. Talla tient à rappeler que « *ce n'est pas tout de même faute d'avoir essayé* ».

7.3.1. Sens données aux algohallucinoses

Si la douleur est une énigme sur le plan physiologique, elle l'est aussi du point de vue psychique. Il est difficile dans les algohallucinoses de décrire dans une relation de cause à effet, le passage de la sensation à l'expression verbale. De plus, l'expression de la douleur et encore plus des algohallucinoses est toujours dépendante du langage et de la subjectivité du patient.

A partir de l'expérience des amputés souffrants d'algohallucinoses on se rend compte que comme Bintou, à qui on a expliqué les raisons de l'amputation bien avant l'intervention, les patients qui ont été avisés de leurs amputations supportent mieux leurs douleurs lorsqu'elles se produisent que ceux qui n'ont pas eu de contacts préalables avec les soignants avant l'amputation. Tout de même, il est observé que la complexité de la situation douloureuse dans les algohallucinoses est aussi difficile à gérer, que la préparation soit faite en amont de l'amputation ou pas. « *Je savais qu'il devait avoir des douleurs après l'amputation, mais dites-moi, quand est ce qu'on peut affirmer être prêt pour vivre dans la douleur ?* » S'interroge encore Bintou. De plus, quand on fait allusion aux douleurs fantômes, les réactions semblent tellement partager que personne ne sait comment y faire face. Les amputés, mieux que quiconque, la vivent au quotidien et jusque-là, eux-mêmes éprouvent des difficultés à rendre compte de ce qu'elle est.

Dans la recherche du sens à attribuer à leurs algohallucinoses, certains patients se disent être victimes des manquements du système médical en place. Mammie utilise le terme « *supplice* » pour désigner la souffrance liée aux algohallucinoses qu'elle subit au quotidien et accuse le système médical qui avant l'amputation ne l'avait pas informé sur l'éventualité de ces douleurs après amputation. Dit-elle : « *si les médecins avant l'opération avaient pris le soin de me dire que je vivrais d'horribles douleurs bien des années après l'amputation, et que ces douleurs seraient ressenties sur la partie du membre qu'ils auraient à arracher, jamais je n'aurais accepté me jeter dans un tel supplice. Mais bon, même si eux aussi n'en savait pas grands choses, ils ne font que leurs jobs.* ». De même, Ousman, se dit être également l'une des victimes du système médicale qui n'ose pas avouer la défectuosité de son savoir médical et qui dans l'archaïsme de ses pratiques, font souffrir leurs victimes. Pour lui, « *il est inadmissible qu'au 21ème siècle, un système médical soit incapable de soulager un patient des douleurs*

dont il souffre depuis des années, et dont les consultations successives n'attirent même pas l'attention sur la défectuosité de leurs prises en charge ».

Tout comme les autres patients Youssouf, Bintou, Amine et Talla sont anxieux et la question du sens se trouve déterminante sur l'intensité de leurs algohallucinoses. Bintou va jusqu'à comparer ses algohallucinoses dans sa vie à la maladie dans la vie de Job, personnage biblique connu pour son endurance dans la souffrance liée à la maladie. Ousman et Talla considèrent qu'ils font pénitence pour des fautes qu'ils auraient commis et dont, soit le « Carma » chez Ousman, ou les ancêtres chez Talla, les font payer sous formes d'algohallucinoses.

7.3.2. Les processus psycho-cognitifs en jeu dans les algohallucinoses

L'expérience douloureuse des amputés constitue un lieu de réflexion privilégié permettant d'interroger les relations entre corps-esprit, sensation-pensée, matière-sens. Dans l'expérience de la douleur, on reconnaît une variante cognitive. Ce qui explique les processus de mémoire d'apprentissage et de perception liée au fonctionnement de la douleur. Les algohallucinoses aussi, au même titre que la douleur, explique ce fonctionnement cognitif dans ses manifestations. Les relevés de discours de certains patients amputés algohallucineurs en rendent compte. Mammie, dit que sa douleur fonctionne comme *« une pendule dont on a réglé le réveil qui doit sonner à chaque 2h »*. Elle décrit ainsi la douleur-mémoire qu'elle manifeste à travers ses algohallucinoses. Bintou fait savoir que ses douleurs s'intensifient quand il y a beaucoup de bruit, le stimulus bruit chez elle est déjà associé au facteur douleur de façon à ce qu'à chaque fois, dit-elle : *« quand je me mets à gronder un enfant, ou que la musique est jouée à un volume très élevée, à ce moment je ressens comme des battements sur ma jambe fantôme et quelques minutes après, je ressens des douleurs intenses »*.

En effet, chaque patient s'est construit des signaux qui lui permettent de reconnaître en amont les signes précurseurs de douleur. Une sorte de mémoire algohallucinatrice qui s'est construite par habituation et par intuition, car comme le dit Amine, *« savoir quand viendra la douleur est un peu difficile, mais il y a des moments, j'ai un sentiment de malheur qui m'envahit, un jour ou deux avant l'arrivée des douleurs »*.

Les algohallucinoses dans leurs expériences sensorielles peuvent témoigner de la relation du sujet avec son environnement. Talla informe : *« il y-a des moments que je cris quand je sens quelque chose se rapprocher de ma jambe, même si la chose en question ne me touche pas, quelque temps après, je me rends compte que ma jambe en question n'existe même plus. Je sais*

bien sûr qu'elle n'existe plus, mais c'est comme un réflexe, j'ai toujours peur que quelque chose veuille m'étouffer, car sur cette jambe, la douleur ne l'a vraiment jamais quitté »

La mémorisation de la douleur fait partir du quotidien de l'amputé algohallucineur, elle modifie son monde et lui recrée un autre où la douleur occupe la place centrale. La plupart de ces patients algohallucineurs arrêtent de travailler, abandonnent toute leur vie sociale au profit d'une vie de solitude et de souffrance. Ceux qui sont plus résistants réussissent à maintenir une vie sociale, mais en changeant de secteur d'activité pour exercer dans des secteurs moins exigeants, moins contraignants et plus indépendants. Avec les algohallucinoses, il est difficile pour ces patients de produire les performances attendues à leurs lieux de travail. Ils préfèrent se reconvertir et travailler à leurs propres comptes.

Il faut noter que dans les algohallucinoses, l'attention sélective est majoritairement mobilisée sur le vécu nociceptif. C'est pourquoi on pourra relever chez les patients les expressions comme « *je ressens comme des piqûres, des pincements intenses qui font vraiment souffrir* » chez Ousman, « *il y'a des moments j'ai l'impression qu'un marteau m'écrase la jambe, d'autres fois, ce sont les crampes, avec les sensations l'électrocutions qui les accompagnent* » chez Youssouf, « *je ressens des fourmillements qui longent ma jambe, ces légers chatouillements qui sont accompagnés de démangeaisons, et dont l'incapacité de gratter pour se soulager rappelle continuellement l'absence de membre et de solution réel* » chez Amine. Selon Talla, « *il peut parfois s'agir des douleurs comme si on tordait sa jambe, ou encore cet étirement intense à faire lâcher les ligaments, vous êtes toujours pris entre deux ou plusieurs réactions douloureuses* ». Si les sensations douloureuses ont un caractère physiologique chez ces patients, chez Bintou et Mammie, elles rendent compte en plus, d'un sentiment de mal être, dira Mammie « *J'ai souvent très mal quand je réexamine ma situation et j'évalue tout ce que j'ai eu à perdre à cause de cette amputation. Quel que soit ce que je pourrais faire maintenant, ça ne me ramènera jamais ma vie antérieure* », pour Bintou « *c'est la manière dont les autres se comportent envers moi qui est le plus douloureux. Ils n'ont aucun scrupule et sont remplis de haine* ».

D'un autre côté, l'attention sélective, en concentrant l'acuité sensorielle sur la douleur, a pour effet d'accroître la sensation douloureuse. C'est pourquoi les amputés souffrant d'algohallucinoses ressentent les douleurs plus vives et plus intenses lorsqu'ils font face à des réalités qui leur rappellent le traumatisme de l'amputation. « *Chaque fois que je pense à comment j'ai pu perdre mes jambes, cette nuit, les douleurs deviennent invivables. Surtout quand je suis seul, et que je commence à penser à ce qu'aurait pu être ma vie si je n'étais pas devenu ce que je suis. C'est très pénible pour moi et ça me torture même dans mes cauchemars* » dira Amine.

L'attention sélective et la tendance au catastrophisme comme processus de pensées, ici, principalement axée sur l'expérience algohallucinatrice, se présentent comme des symptômes fortement corrélés au SSPT, qui s'observe ici dans les algohallucinoses. On observe également une pensée autocentrée avec une grande difficulté à se dissocier pour se mettre en contact avec l'environnement. Dira Ousman, « *Quand je me regarde, je me demande bien qui je suis, car je n'arrive pas à comprendre ce qui m'arrive. J'ai du mal à accepter que je ne serais plus cet homme fier et fort de lui* ». Amine, reprend ces plaintes de fourmillements et de pincements en rajoutant qu' « *elles font intrusion de manière soudaine et inopinée, et lorsqu'elle feint de ne pas les ressentir, c'est à ce moment qu'ils insistent de manière écrasante* ». Rajoute-t-elle, « *on ne peut pas faire comme si elles n'étaient pas là quand elles se présentent. Elles sont souvent si agressives et si intenses que rien ne peut détourner l'attention sur elles. C'est un peu comme si elles vous obligeaient à focaliser votre attention sur elle, faute de quoi, elles vous torturent jusqu'à obtenir cette attention. Si vous savez comment c'est douloureux et intense* ».

Les algohallucinoses peuvent aussi se présenter dans une forme de normalisation à la douleur, à travers une sorte d'excès de lucidité, qui pousserait le sujet à penser que logiquement, rien ne peut venir à bout de cette sensation. C'est ce fonctionnement que l'on observe dans le vécu opératoire, et qui se retrouve chez les amputés algohallucineurs à travers le discours des patients. Dit Talla : « *Il y'a des moments où ces douleurs se calment un peu, c'est parfois plus stressant, car on est tellement on a vécu avec que l'absence nous rappelle encore la douleur de l'amputation. Alors, ce n'est pas qu'on aime la douleur, mais elle nous permet à certains moments de supporter la perte* ». Dans la même logique que Talla, Bintou dira : « *Je sais à présent que rien et personne ne peut faire quelque chose pour moi, c'est dommage, mais j'y crois plus, après toutes les portes où je suis entré pour chercher un soulagement et que rien n'a pu me soulager, vraiment, je ne pourrais songer qu'à un miracle. Mais là aussi, j'ai passé l'âge de rêver, et je me dis que c'est mieux ainsi* ». Elle rappelle que, si jusqu'à présent elle continue de fréquenter les hôpitaux, ce n'est pas tant parce qu'elle espère une solution, « *juste pour avoir de nouveaux médicaments pour calmer la douleur quand elle est vive* ».

7.4. ALGOHALLUCINOSES ET VECU POST-TRAUMATIQUE

Les souvenirs douloureux et les souvenirs traumatiques, chez des patients algohallucineurs semblent inscrits dans leurs mémoires avec une forte intensité au point qu'ils ne se perdent pas avec le temps. C'est ce qui explique la mémoire douloureuse dans les algohallucinoses. Pour Talla : « *Il y'a des moments, quand ma jambe amputée est en contact*

avec un objet, souvent métallique, j'ai l'impression de ressentir des douleurs, mais très vite passagères à ce moment, car lorsque j'intègre le fait qu'elles ne peuvent pas être étouffé, cela me rassure et la douleur disparaît aussitôt. ». Chez Mammie, elle dit avoir peur de faire un faux-pas quand elle sursaute, et à ce moment, elle ressent « *de légères vibrations douloureuses, comme un courant électrique qui se saisissait de sa jambe* ».

L'amputation n'ayant pu aboutir à un deuil complet, peut laisser des traces de syndromes post-traumatiques chez l'amputé. L'amputation dans son acte chirurgicale représente pour tout individu, préparé ou pas, une situation traumatisante, car « *on n'est jamais assez bien préparé pour accepter la perte* », comme le dit Bintou. Avec l'amputation, c'est une partie du sujet, fut elle investit d'une partie de sa vie qui disparaît à jamais. Ce traumatisme laisse la vie des amputés, des traces qui ne cessent d'être remémorés à travers les ruminations mentales ou des cauchemars. On le note chez Bintou, aussi bien chez Amine que chez Youssouf, la présence constante des ruminations mentales dans les moments de solitudes. Le rappel de l'évènement douloureux, difficile à gérer, augmente l'amertume et intensifie les sensations algohallucinatrices. Youssouf informe qu'il y-a des jours où il fait des cauchemars tellement violents qu'il se réveille brusquement et avec sursaut. Dit-il : « *Certaines nuits, je me réveille tout en sueur, j'oublie même souvent ce que j'ai fait comme rêve, mais je sais qu'il était violent parce qu'en me réveillant, je transpire si fort que le temps de me calmer et me ressaisir peut varier entre 20 à 30 minutes* ». Quant à Mammie, elle est tourmentée par le regard que les autres portes sur elle, ce qui était gênant au point de lui faire abandonner son travail. Dit-elle : « *Ce n'ai pas parce que je n'ai plus de jambe que je vais accepter que l'on me dévisage tout le temps, est ce que ce sont mes jambes qui travaillent au secrétariat ? Alors je ne tolère pas certains regards sur moi* ». Cette intolérance a développé en elle une agressivité l'amenant à réagir brutalement envers les autres. Comme elle le dit, « *personne ne peut accepter une secrétaire qui agresse tous les usagers de la société, on peut accepter un écart de conduite d'un jour, d'une semaine à la limite, mais pas plus, je ne les en veux pas de m'avoir mise à la porte. Moi-même je n'ai toujours pas réussi à comprendre ce qui s'est passé* ».

Amine lui aussi fait savoir qu'il y'a des moments où il s'emporte, il s'en prend à des fresques, il détruit tout, involontairement. Il affirme : « *mes crises de colères sont imprévisibles, et lorsqu'elles surviennent, elles créent autant de dégâts qu'il ne pourrait en réparer* ».

Si une expérience (douloureuse ou non) est vécue et rappelée à la conscience comme traumatique, on peut supposer, par un mécanisme cognitif associatif, que toute expérience du même ordre placera l'individu dans le même registre émotionnel et sensoriel, et l'incitera à s'en prémunir. Ce sont là les prémisses à l'anticipation d'un vécu psycho-traumatique. Afin d'éviter

la reproduction de cette situation, le sujet va, en premier lieu, sélectionner, dans la réalité, toute information susceptible d'être liée au vécu traumatique originel, pour être en mesure de s'en défendre. Or, cette sélection préventive aura pour effet d'activer plus rapidement les représentations associées à l'expérience douloureuse de base, par le biais d'une pensée en arborescence. C'est pourquoi chez les patients algohallucineurs, le moindre souvenir les mettant en contact avec le membre amputé ou le contexte d'amputation sera pourvoyeur de douleur. A cet effet, dit Ousman. « *Je me souviens pendant la rééducation, j'allais m'adosser sur des barres de fers que je prenais comme support pour me mettre en équilibre posturale, j'avais toujours tendance à éviter de prendre appui sur ma jambe amputé, et lorsque cette idée devenais présente à mon esprit, c'est comme si je ressentais cette douleur, comme la douleur qu'on éprouve quand on a étouffé une plaie qui cicatrisait déjà, pourtant, cette jambe était bien enfilé dans mon pantalon* ».

Il existe un lien entre la nature négative des connotations anticipatoires et l'état dépressif des patients algohallucineurs. On observe chez Youssouf le discours suivant : « *seule la mort peut me permettre de revivre encore un jour le bonheur que j'ai connu autre fois, mais, même elle me rejette, j'ai beau l'implorer, elle ne vient toujours pas, dire même que la mort me tourne aussi le dos* ». De ce discours, il en ressort des attitudes en corrélation avec l'état dépressif qui peuvent renforcer les algohallucinoses lorsque les solutions de soulagement ne sont toujours pas trouvées. Pour Talla, chaque fois qu'une sortie pour l'hôpital n'a pas permis d'aboutir à une solution favorable au soulagement de ses algohallucinoses, il s'est senti plus malheureux et a commencé avec les ruminations anxieuses. Dit-il : « *j'ai tellement réfléchi sur ce qui m'arrive, et sur le comment je peux m'en sortir en vain. Je me demande maintenant peut être derrière ce qui m'arrive. Et qui que ce soit, je l'implore de me laisser en paix* ». L'inconfort que procure les algohallucinoses, a comme effet, d'être producteur d'autres pathologies somatiques qui ne font que renforcer l'amertume du vécu du sujet et par là, fragiliser les défenses qui lui permettaient encore de se maintenir en équilibre dans une société autant exigeante, pleine de préjuges et de constructions symboliques.

Selon Bintou, l'amputation a fait disparaître avec sa jambe une partie de son être, et seule la douleur est là pour la rappeler en permanence les liens qu'elle a eu avec cette jambe. Dit-elle, « *Cette jambe, depuis qu'elle est partie, c'est comme si tout s'abattait sur moi. De jours en jours, ces douleurs deviennent plus vives et plus lourde à porter, comme quand vous sentez vos épaules s'alourdir sous le poids d'une charge. Je sais bien que la jambe n'est plus, et qu'on dit que même la douleur n'existe pas, mais je vous assure, je la ressens, je ressens ses battements*

profonds et intenses, je ressens son poids, comme si ma jambe avait pris du volume ou qu'on y avait attaché des masses qu'elle peine à les tirer ».

En effet, il semble que la douleur persistante s'accompagne, dans la majorité des cas, des symptômes de la dépression : isolement social, troubles du sommeil et de la mémoire, rumination mentale, incapacité constante au bien-être, manque d'espoir en l'avenir (anticipations négatives). A l'écoute des discours des sujets amputés, tout porte à penser que la dépression, liée à un processus anticipatoire pessimiste, se présenterait comme le plus puissant prédicteur de chronicisation de la douleur. Talla, depuis la perte de ses jambes, a engagé une plainte au tribunal qui jusqu'aujourd'hui est resté infructueuse, et dit-il, « *je ne pourrais trouver du repos que quand ma plainte trouvera aboutissement* ». Dans cette tendance compulsive à la victimisation, il semble normal que ses algohallucinoses se présentent comme la marque de l'inachèvement de la justice dont il attend impatientement. Chez Youssouf, de même que tous ceux qui ont été victimes d'accident de circulation, et dont la justice n'a rien fait pour réparation des préjudices, le fait de ne pas voir aboutir leurs plaintes augmente le sentiment de victimisation. Comme le rapporte Amine de ses procès sans succès : « *c'est comme si ce qu'il me disait atteignait immédiatement la moelle épinière de ma douleur, comme s'il enfonçait à chaque fois qu'il ouvrait sa bouche, un poignard dans la partie qui fait mal de ma jambe, et se mettait à la tourner. A ces moments, j'ai toujours envie de lui sauter dessus et de l'étrangler, mais bon, nous sommes dans un pays où certaines personnes ont la loi pour eux* ».

7.5. CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET EXPRESSION DES PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Dans les milieux les plus démunis, endurer le mal physique sans se plaindre est un moyen de ne pas donner d'indice sur la dégradation de son corps, qui est aussi un outil de travail, et un moyen de rester digne en montrant que l'on garde la maîtrise de soi. C'est ce que dit Talla pour qui « *en tant qu'enseignant, et adulte, je me dois d'être fort et de ne pas me montrer fragile ou affecté par la douleur devant mes élèves. Ils doivent garder de moi l'image d'un homme fort et tenace, et non d'un homme ravagé par la douleur* ».

L'activité est ce qui maintient chez certains patients algohallucineurs, le sentiment de continuité d'existence. C'est à travers elle qu'ils se sentent encore utiles à la société, et tant que cela leur permet de se garder en contact avec les autres, ils sont prêts à tout pour s'y attacher. On retrouve cela chez Ousman qui par moment, préfère ne pas honorer à un rendez-vous chez le médecin pour vaquer à ses activités commerciales. « *Vous savez, c'est important pour moi*

ce que je fais, et que d'aller perdre mon temps pour une routine que je connais déjà, je préfère vaquer à mes occupations, en travaillant, je me sens au moins utile à la société et je gagne ma vie ». Pour Youssouf qui n'a plus d'activité professionnelle, c'est en dramatisant sa douleur et son état qu'il parvient à surmonter ses douleurs. Dit-il, « *il m'arrive souvent de blaguer sur ma vie, je lance les mots de ce qui m'arrive, de ce que je vis, comme si c'était quelqu'un d'autre qui la vivait, ça m'aide à voir les choses autrement, à vivre ma souffrance de l'extérieur, mais ça ne marche pas à tous les coups, car par moment c'est un pincement douloureux qui te rappelles à ta condition et t'informes que ce que tu viens de ressentir là n'est pas pour autrui, elle t'appartient et elle est bien vivante* ».

A travers le vécu de Talla ou celui de Ousman, il est clair que les conditions sociales de travailleurs éloignent des plaintes algohallucinatives récurrentes telles qu'observées par exemple chez les autres patients algohallucineurs non-actifs. Le travail, peut se présenter de ce fait comme une condition qui amène à la gestion des algohallucinoses, car en plus de la perte du corps, la perte du travail peut s'ajouter comme un traumatisme en plus telle que perçu par Ousman qui dit : « *j'ai tout perdu après mon amputation, mais je refuse de perdre ce travail, c'est tout ce qui me rappelle que je suis homme et que je sers à quelque chose* ». En continuité Amine dira : « *si aujourd'hui je renonce à ce travail parce que j'ai mal, qu'est-ce que je ferais, en plus, travailler est une valeur humaine, tout individu doit travailler et rien ni personne ne doit m'enlever ce droit, que je sois handicapé ou pas, que j'ai mal ou pas* ». « *Le travail, c'est la vie. On m'a appris depuis tout petit que si tu veux te faire une place dans la société, il faut travailler. Par cela, je me reconnais comme encore vivant et que la douleur et le handicap ne m'ont pas encore détruit. Mon travail aujourd'hui représente tout pour moi* », insiste Talla.

7.5.1. Symbolique des algohallucinoses et gestion de la douleur.

Dans le système traditionnel camerounais, nous remarquons que l'interprétation de la douleur et de la souffrance est faite dans une logique régulatrice des rapports sociaux. Cette même logique selon les amputés algohallucineurs permet d'expliquer tous les maux. La relation entre les sujets persécutés et les esprits ou autres sujets persécuteurs est centrale dans leurs discours. Donc, on ne saurait parler d'algohallucinoses sans souligner le rôle fondamental de la culture, dans sa perception chez les amputés algohallucineurs. Selon Talla à qui on aurait révélé l'origine de ses algohallucinoses par le pouvoir de la voyance dit : « *On m'a dit que mes ancêtres étaient fâchés contre moi, que je n'ai pas honoré mes ancêtres, et que tant que je ne répare pas ces torts, je continuerais de souffrir, et personne ne pourra rien faire pour moi.*

Mais cependant, malgré tout ce que j'ai fait pour résoudre ce problème, je continue de souffrir, et d'une douleur que seule ma bouche peut exprimer ».

La représentation que se font les patients amputés algohallucineurs donnent à leurs algohallucinoses est fortement influencée par leurs appartenances culturelles, car dans chaque groupe culturel, la douleur et plus encore la douleur invisible a une fonction. Nous constatons à travers le discours de Talla que la représentation culturelle qu'ils se font des algohallucinoses dans la culture bamiléké est relative à l'idée d'une punition liée l'insoumission et au non-respect des valeurs traditionnelles (le culte des ancêtres).

Bintou rattache ses algohallucinoses à un besoin affectif. Pour elle, la douleur est plus forte quand elle sait qu'elle a autour d'elle des personnes qui lui viendront au secours. Elle dira d'ailleurs : *« j'ai plus mal quand la maison cris de tous les côtés, surtout pendant les vacances ou les congés quand les enfants sont constants autour de moi. Ce n'est pas que je ne veux pas les voir, non, mais c'est ainsi, ce sont à des moments pareils que je fais le plus de tours à l'hôpital »*. On constate à travers Bintou la tendance pseudo-exhibitionniste dans la plainte algohallucinatoire. En fait, ce besoin d'un regard extérieur qui se justifie par l'intensification des plaintes algohallucinatoires témoignent de l'attachement des patients algohallucinateurs à leurs environnements affectifs. Cette exhibition de ses algohallucinoses peut justifier le phénomène d'algohallucinoses du narcissisme. Car par la compulsion des plaintes, elle cherche à obtenir une satisfaction, apte à neutraliser l'autre potentialité hallucinable des algohallucinoses.

Contrairement à Bintou, l'environnement des autres patients amputés algohallucineurs n'est pas réceptive à leurs plaintes. Dans leurs manifestations algohallucinatoires, ils outrepassent la norme, que ce soit en se plaignant trop ou en ne se plaignant pas du tout, ils perturbent l'entourage. Ils vivent dans une rigueur d'endurer leurs algohallucinoses avec fermeté, et le fait de se plaindre auprès des autres peut valoir des réprobations. Dira Youssouf à propos de l'attitude de ses proches concernant sa douleur *« Je sais qu'il ne me croit pas quand je leurs dit que j'ai mal, au départ, c'était encore passable, ils prêtaient au moins attention à ce que je disais, mais aujourd'hui, je préfère ne même plus faire allusions parce qu'ils ne se soucient plus de moi, ils font comme si je mentais quand je dis que j'ai mal »*.

L'amputé, face à ses bouleversements, se trouve aux prises avec d'une part, un passé culturel auquel il peut difficilement se référer, et d'autre part, un présent dont il a du mal à maîtriser et à s'approprier les nouveaux mécanismes régulateurs. La célérité de notre

développement n'engendre pas seulement un monde meilleur techniquement, elle morcelle avec une extrême rapidité le système de vie communautaire, ciment de la culture négro-africaine. On constate de plus en plus l'impuissance des traitements traditionnels, en particulier en milieu urbain, à « réconcilier » le patient avec son entourage, et les raisons de ces échecs sont multiples, mais globalement elles semblent être liées au désinvestissement progressif des voies traditionnelles de contrôle social du groupe. Tous les patients algohallucineurs qui ont tentés un traitement tradithérapeutique ont fait face à l'échec de cette efficacité qu'on attribue à la tradithérapie. Dit Youssouf, « *j'ai tout tenté même les massages mystiques, les désensorcellements, les détachements, nous sommes même allé chez les Tikar, eux qui chez nous sont réputés pour maîtriser le pouvoir de guérison par les voies, surnaturelles, mais en fin de compte, je me retrouve encore dans ces hôpitaux, et tous ces trajets n'ont fait que me ruiner totalement* ». Pour Amine, dans ce contexte de souffrance, la seule voie de salut et de guérison est de croire fermement en un Dieu suprême, « *il faut toujours garder à l'esprit que Dieu est celui qui a le plus souffert, et dans sa souffrance, il ne s'est jamais plein, n'a jamais demander que cela s'arrête, il a subi et est mort dans cette souffrance avec dignité. Penser à cela me soulage souvent et j'arrive à me dépasser dans mes douleurs* ».

Ainsi présenté, on conçoit donc aisément que Dieu soit le contenant suprême, alors que les esprits (issus de notre culture) ne sont que des contenus. L'étiologie « sorcière » a fait son entrée dans les nouvelles églises et les pasteurs naviguent aisément entre culture traditionnelle et religion dans une forme de syncrétisme religieux, fruit d'une acculturation ou d'une mutation de nos systèmes de croyances culturels, dépouillés de leurs principales valeurs. Mammie, également trouve souvent réconfort à l'église quand elle va expier ses péchés, car selon ce que lui avait dit son pasteur, « *c'est par la délivrance que je retrouverai ma santé, je n'aurai plus, ni douleurs, ni souffrance et mon réconfort serait plus grand que la souffrance que j'ai déjà endurée* », elle rajoute « *mais j'espère bien que ce jour arriveras* ». Le choix du circuit thérapeutique est aujourd'hui problématique. Eu égard aux effets thérapeutiques qui tardent à venir, et devant l'inadéquation des modèles de causalité scientifique par rapport au modèle de « l'étiologie sorcière », le patient est ballotté entre la volonté de se séparer du thérapeute défaillant, de le rejeter et la tendance à revenir là où les soins n'ont pas donné de résultats probants.

Une autre illustration de la variabilité culturelle de la plainte concerne ses modulations selon l'origine des plaignants. Selon Ousman, dans sa culture l'homme ne doit pas se plaindre, il est l'image de la virilité et de la force, c'est ce qui justifie le fait qu'il n'aime pas parler de sa

douleur, car y faire mention est pour lui comme se plaindre, ce qui n'est culturellement pas valoriser venant d'un homme. En réalité, les cultures camerounaises intègrent la douleur comme constitutive de la personnalité, ce qui s'observe à travers les rites majoritairement pratiqués, comme les rites de veuvages, d'initiations et même certaines danses où on fait l'exhibition de la douleur. Chaque sujet, mâle en l'occurrence, fait face à la douleur, ceci dans le but de la braver et d'en sortir plus fort. Cette culture subliminale de la douleur est ce qui renforce la posture de Talla quand il dit ne pas vouloir passer comme vulnérable devant ces élèves, ainsi que celle de Ousman quand il dit qu'il ne veut pas qu'on le voit comme un pleurnichard, un faible ou un bon à rien. Pour ce dernier, la virilité s'affirme par le travail, et c'est ce même travail dit-il qui lui permet de dompter sa douleur.

Il est à noter que ces sujets, en face des personnels de santé, éprouvent des difficultés à décrire leurs douleurs. Amine par exemple dira « *Les débuts étaient faciles, mais avec le temps, la situation devenait difficile, c'est comme si on tournait en boucle le même refrain, et en plus, les médecins semblaient ne pas nous prendre au sérieux. Je les comprends très bien* ». Si pour Amine la difficulté à exprimer ses algohallucinoses est liée au comportement du personnel soignant à l'égard de ses plaintes, celle de Youssouf par contre est liée à sa dimension narcissique. Pour lui, il est inadmissible qu'un homme vienne se plaindre auprès d'une femme, l'inverse est accepté et même recommandé par sa tradition. Il dit à ce sujet, « *comment vous allez dire à une femme que vous avez exagérément mal et que cette douleur vous torture ? Quelle image elle aura de vous après cela, celle d'un homme vidé de tout honneur je vous le dis* ». Ceci montre aussi que selon les cultures, on attache un intérêt plus ou moins grand à au corps. De plus, ce corps sexué, occupe également une place importante dans l'expression de la plainte douloureuse, plus encore quand on sait que cette douleur à un caractère très particulier.

Pour Mammie, « *c'est une douleur dont il faut se la confirmer à soi-même avant de se plaindre de son existence à quelqu'un d'autre, car si vous ne croyez déjà pas à votre souffrance, ce n'est pas autrui, même s'il est docteur, qui viendra vous faire croire qu'il croit à ce que vous dites, mais ce n'est que son travail, et en plus, il prendra cela comme un autre symptôme pour un type de délire ou d'une autre maladie qui vous fera encore plus peur rien qu'en entendre son nom. C'est ainsi que ces gens nous traite* ». Bintou rappelle que l'algohallucinoze « *est une douleur qui n'a aucune preuve, vous avez mal, mais vous ne pouvez pas convaincre sur l'existence de cette douleur, aucun membre ne peut vous aider à convaincre de son existence, aucune inflammation ne soutiendrait votre plainte, aucune égratignure, ou blessure, rien et vraiment rien pour confirmer que ces douleurs sont présentes ? Pourtant, elles sont là* ».

Le registre du symbolique a lui aussi une influence importante sur la sensation et sur son expression. Pour Mammie, la douleur fait partie de la vie de la femme, elle doit même être le symbole de la féminité, elle le rappelle à travers les passages bibliques. *« A partir de la douleur de l'accouchement, on suppose que toutes femme est préparé à faire face à la douleur, à condition que cette douleur soit reconnue, car étant reconnue, elle s'exprime plus favorablement. Quand elle n'est pas reconnue, on est seul à savoir qu'on souffre, on se bat pour trouver tous les mots susceptibles de la décrire et de la faire comprendre. Il est facile de vivre avec ce qu'on connaît que de vivre avec l'inconnu »*. Elle évoque ainsi une situation mentionnée chez presque tous les patients algohallucinés de cette étude. Celui du caractère frustrant de l'inconnu, de la non reconnaissance de leurs douleurs, ou encore de l'incapacité d'objectivation de leurs algohallucinoses.

Au regard de ceci, il apparaît que la culture dans la représentation des algohallucinoses est spécifique au groupe, au sexe et au milieu social du sujet. Mais dans l'objectivation de ces algohallucinoses, on observe l'effondrement de toutes les barrières qui permettent de dissuader quant au vécu douloureux. Talla rappellera à ce moment, *« tout ceux dont j'avais besoin c'est qu'on me dise que : « oui je sais que tu as mal, montre-moi ton genou et je vais t'aider à soulager tes souffrances » »*. De même Bintou informe qu'elle prie souvent avant d'aller en consultation ou à un rendez-vous, *« pour qu'on puisse enfin voir à quel point je souffre et m'aider à me débarrasser de ces douleurs »*.

Face à son caractère inconnu, les algohallucinoses terrifient les sujets qui en souffrent et brisent à certains moments, les réserves culturelles et symboliques observés dans le cadre des douleurs corporelles. Si aujourd'hui par habitude certains sujets réussissent à vivre avec leurs douleurs, il n'en est de même pour tous, ceci beaucoup plus à cause du caractère méconnue de ce qui les arrivait. De plus, ceux ayant appris à vivre avec ces douleurs, sont ceux qui ont eu connaissance de ce qui les arrivait, ce sont ceux à qui on a expliqué ce que sont les douleurs fantômes et par conséquent, même si la thérapie n'a pas encore apporté soulagement, ils savent au moins que ce qu'ils vivent et ce qu'ils ressentent à un nom. Amine affirme que *« ce jour ou un médecin du CNPRH m'a dit que je souffre peut-être des douleurs fantômes, j'étais soulagé, pas soulager des douleurs, mais de savoir que je ne devenais pas fou et que mes douleurs existaient et avaient un nom »*. Ce même soulagement fut également ressenti par Bintou le jour où elle apprit qu'elle souffrait d'une *« douleur cérébrale qui se projette sur le membre manquant. C'est ce que m'a dit le docteur, et même si je ne comprenais pas grand-chose de ce que sa voulais dire, j'étais déjà soulager de ce qui était dit. »*. On observe que la connaissance

des algohallucinoses facilite son inscription dans une dimension symbolique, ce qui permet son atténuation, car les sujets à qui on aurait expliqué ce que sont les algohallucinoses semblent accepter la douleur contrairement à ceux qui n'ont eu aucune explication.

L'inscription de la douleur dans une dimension symbolique lui confère parfois un sens moral. C'est ce que l'on constate dans les religions, qui font croire comme le dit Youssouf que s'il souffre, ce serait forcément parce qu'on lui fait payer le crime qu'il a commis. Les algohallucinoses seraient une punition qu'on l'attribue.

7.5.2. Relation thérapeutiques et gestion du transfert

Le médecin, pour réaliser son travail, doit en effet mener une récolte de données sur la douleur de façon élaborée, puisque les premières investigations ont échoué à faire disparaître la sensation. Face à la complexité des algohallucinoses, le médecin ne peut pas s'appuyer totalement sur un protocole stable et préexistant. C'est pourquoi l'un des points problématiques soulevés dans la relation patient-médecin, est l'incommunicabilité de la douleur par l'amputé, dont les moyens d'expression semblent limités, et, en corollaire, la difficulté d'objectivation de ces sensations par le médecin. Ces difficultés éclairent sur le lien entre la plainte et la douleur, et il permet d'affiner l'analyse de la relation entre le patient et le médecin.

Selon les amputés algohallucineurs, la médecine camerounaise s'est toujours trouvée échec, impuissante à soulager leurs douleurs. C'est ce que révèle le nombre d'année que chaque patient a mis avec ses algohallucinoses. Selon Talla « *je pensais au départ que c'est parce que je n'avais pas assez d'argent qu'on ne trouvait pas de thérapie pour moi, mais avec les années, et les douleurs qui se multiplient plutôt, je me rends compte que même le système peine à solutionner le problème des malades comme moi* ». Or, comme dans tous types de douleurs, l'algohallucineur est dépendant du médecin pour l'objectivation de sa « souffrance », et dont le défaut d'objectivation est très mal vécu. « *Il ne peut être admissible pour un malade que ce qu'il ressent soit nié par un médecin,* » rappelle Ousman.

Une des plus grandes difficultés éprouvées par l'algohallucinateur à ce moment est celui de l'impuissance argumentaire dans laquelle il se trouve. Il n'a en définitive littéralement aucun moyen pour établir ce qu'il ressent. Il peut certes répondre et contester les propos du médecin, ce que souvent il ne manque pas de faire, cependant il n'y a aucune mesure possible entre les référents du médecin et du patient. C'est bien ce qu'expriment à leur manière les amputés souffrant d'algohallucinoses lorsque, à bout d'arguments, ils disent « *Je rappelle souvent au médecin que ce n'est pas lui qui a mal, car le plus souvent, il traite les patients comme des*

objets ou des animaux, surtout si ceux-ci ne leurs servent pas d'expériences » (Amine), « je pense que si cette douleur était vôtre, vous l'auriez traité différemment » Dit Talla.

La plainte du sujet occupe alors une position tout à fait particulière, dans le sens où elle a un statut privilégiée d'indice et de point d'entrée, mais aussi, elle se constitue en énigme très difficile à résoudre. Cette difficulté naît d'une part de l'aléa dans les sensations et les propos de l'amputé algohallucineur. La variabilité est d'autant plus grande que le patient a un long vécu de la douleur et un sentiment d'échec de la médecine face à son cas. Dit Ousman « *Il ne peut être admissible pour un malade que ce qu'il sent soit validement nié par un médecin, ni d'ailleurs par quiconque* »

La difficulté à surmonter la situation clinique que prévaut la clinique des algohallucinoses éclaire en conséquence la nature et la particularité du travail du médecin. En réalité, sa tâche consiste à relever des données complexes mais aussi à les stabiliser et à les intégrer, afin de pouvoir proposer une « solution » au patient. Dans cette mesure, les consultations médicales ne sont pas uniquement le lieu d'une activité diagnostique et thérapeutique au sens le plus étroit du terme, elles sont aussi un lieu où se tiennent des propos extrêmement divers, que ce soit directement des plaintes sur le corps ou aussi toutes sortes de difficultés personnelles, professionnelles, familiales... Les écouter, les entendre, et les intégrer comme données fait appel à des ressources qui ne sont pas limitées à l'application d'un savoir théorique. Les modalités qu'emprunte cette intégration sont un des moyens d'accès pour appréhender comment un médecin stabilise, au moins pendant un temps, la réalité problématique des algohallucinoses qu'il tente de saisir. Mais face à la réalité clinique qui prévaut dans nos services de santé, on n'est loin de prétendre à un tel model. L'écoute clinique, l'empathie, la neutralité bienveillante et l'investigation holistique du patient, sont des discours de formation et non d'application. Le personnel de santé dès l'accueil, semble plus préoccupés à remplir sur un carnet, les paramètres du patient, qu'à l'observer et l'écouter. Selon Youssouf, « *Son travail (médecin) est de nous traiter, de nous soulager de nos douleurs, et de les guérir. Je ne comprends pas pourquoi pendant plus de 5 ans tu vas à l'hôpital pour un même problème, et partout où tu passes, aucun médecin ne réussit à résoudre ton problème* ».

Ainsi, l'amputé algohallucineur éprouve un réel besoin d'écoute et de compréhension. Il a besoin que le médecin légitime ses algohallucinoses. Comme dit Talla, « *les algohallucinoses, comme vous l'appellez, c'est incroyable ! Pendant des mois, des années, vous ressentez des douleurs et vous vous dites que c'est dans votre tête, parce que même vous, vous n'y croyez pas. Vous vous dites que vous devenez progressivement fou, mais un jour, un médecin fait focus*

sur votre douleur, et soudain, vous vous dites libéré, ils la connaissent, c'est dire que je ne suis pas fou ! C'est une vraie douleur ! ». Ce qui nous impressionne dans ce monologue lorsqu'il parle de la légitimité de ses douleurs, c'est le terme « *vrai douleur* » dans toute la portée qu'elle transmet, nous rappelle l'importance pour le patient que sa douleur soit reconnue. C'est ce que dit Bintou quand elle demande au médecin, « *les médecins font souvent comme si j'étais hystérique, je leurs parle de ma souffrance, et ils font comme si je vous racontais des histoires* ». Dans la même lancée, Mammie souligne le fait que pour ces médecins :

Ils font comme si votre douleur n'existait pas, et pendant que vous leurs raconter comment cela se manifeste, ils sont entrain de manipuler des dossiers qui d'après eux, semble plus important que votre souffrance, si on pouvait savoir à l'avance le comportement du médecin que l'on va rencontrer, il y'a certains médecins que même pour tout l'or du monde je n'aborderais jamais. Mais comment dire, ils sont là comme des prédateurs qui attendent multiplier par dix la souffrance de leur patient. C'est ça la médecine actuelle (Mammie).

De plus, c'est par cette reconnaissance que pourrait s'établir un premier diagnostic, fondement de tout acte thérapeutique.

L'amputé algohallucineur se veut être reconnu comme un patient douloureux au même titre que tous les autres patients douloureux. Cette légalisation de ses algohallucinoses passe par l'objectivation de sa plainte par le médecin et la recherche diagnostic associée. Mais jusqu'à présent, décrivent les patients algohallucineurs, le seul indice tangible de la réalité de leurs algohallucinoses est l'expression de leurs plaintes persistantes et continues. Comme dit Bintou: « *A chaque fois que je dis que j'ai mal, ils font comme si j'en faisais trop, comme si j'en rajoutais un plus à ces douleur* ». Pour Youssouf, « *Tout le monde me traite de délirant, c'est vrai qu'on ne peut pas accepter ou confirmer l'existence de quelque chose qu'on ne voit pas, c'est la triste réalité de mon mal, et même certains médecins en font pareil* ». L'exercice d'objectivation est rendu éminemment délicat par deux caractéristiques fondamentales de la douleur : son incommunicabilité et sa variabilité. Ce sont ces caractéristiques que nous analysons dans la partie suivante.

CHAPITRE 8 : INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Dans cette partie, nous allons interpréter les données recueillies des discours des personnels soignants et des amputés, selon les approches théoriques définies plus-haut.

8.1. DIFFICULTES D'ELABORATION TRANSFERO-CONTRE-TRANSFERENTIELLES DANS LE DIAGNOSTIC DES ALGOHALLUCINOSES

Dans la prise en charge des douleurs, la médecine a effectué des progrès considérables sur les plans diagnostics et techniques. La connaissance des mécanismes douloureux, des systèmes de contrôle et des voies spécifiques empruntées pour expliquer le cheminement de du message douloureux, sont des découvertes récentes. Au regard des données des amputés consultés pour cette recherche, il ressort que la douleur fantôme est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable qui n'est pas liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion.

Avec les progrès considérables qu'ont connus la médecine dans le domaine des neurosciences avec la neuro-imagerie, des avancées se sont vu grandir dans l'explication et la prise en charge des douleurs fantômes. Seulement, elles se heurtent encore à la variabilité du ressenti douloureux dans les algohallucinoses. Les auteurs comme Ramachandran, Ey, Melzack et al (2000) ont réalisés à partir de la théorie sur la porte de contrôle et celle de la mémoire douloureuse, des essais thérapeutiques, mais jusqu'à l'heure actuelle, ils ne parviennent pas à soulager les amputés algohallucineurs. Si au moins des avancées considérables se sont fait observer dans la recherche clinique sur les algohallucinoses, elles ont permis de données une pluralité d'explication neurologique sur l'origine des douleurs fantômes, et de plus, elles sont marquées par leur barrières spatiales, celles qui loges ces avancées essentiellement dans les pays développés.

Les pays sous-développés d'Afrique comme le Cameroun, souffrent encore de l'absence d'équipement technique adapté et approprié pour la clinique de la douleur. La prise en charge médicale est face à un vide énorme qui dans l'empirique renforce l'état de souffrance des patients. Les algohallucinoses, encore mal connu par les soignants et par les patients qui en

souffrent, rencontrent un vide clinique qui met les deux protagonistes en mauvaises postures, ce qui rend difficile, et handicapante la situation clinique qui les définit. Les patients, amputés et consultants pour algohallucinoses, se retrouvent dans une relation clinique qui ne favorise pas l'élaboration des transferts. Face à cette réalité, il se construit au fil des années ce que Marty et l'école psychosomatique de Paris ont nommé la névrose de comportement, dont l'expression privilégiée est la pensée opératoire. Une forme de vécu dans la douleur qui met en place des défenses observées par les processus auto-calmants, et les crises observées par la dépression essentielle. Ces deux éléments vont nous permettre d'explorer dans la relation clinique, les enjeux d'une prise en charge qui rendent compte de la gestion des algohallucinoses par les patients amputés.

Rappelons que les patients amputés souffrant d'algohallucinoses se sentent frustré par un système médical qui d'après eux, ne fait rien pour les aider à soulager ces douleurs qu'ils traînent avec eux des années durant. Et si la situation va grandissante, elle n'est guère bien vécue également par les soignants qui se retrouvent eux aussi comme piégé dans un système médical ou l'absence de connaissance et d'équipement creuse un fossé entre eux, personnel de soins sensée apporter les soins, et les patients, censé recevoir les soins. Comme elle se conçoit en médecine sous le concept de relation soignant-soigné, la psychosomatique parlera de cadre clinique. Les données que nous avons obtenus des entretiens avec les sujets amputés souffrant d'algohallucinoses et les soignants des institutions hospitalières ont été analysées suivant une logique méthodologique et seront interprétés et discutées selon une logique théorique définit dans les chapitres précédents.

Nous allons en premier ressortir les modalités d'élaboration transféro contre-transférentielle qui fondent la situation clinique dans les algohallucinoses, et de cela, ressortir l'intrication des processus opératoire dans l'échec ou la réussite de la gestion de la douleur chez l'amputé algohallucineur. Ensuite, les éléments expliquant l'échec ou la réussite de la mise en place du contre-transfert chez les soignants en situation clinique avec les amputés algohallucinateurs.

Là où le malade parle souffrance, le médecin parle douleur, maladie, diagnostic étiologique, il est primordial de bien faire la différence entre ces concepts. La première est constituée de crises, de pertes, de deuils, elle débute dès la naissance et s'actualise au quotidien tout au long de notre existence. Les sensibilités psychologiques et physiques y sont étroitement

liées. La douleur physique quant-à-elle, entraîne des conséquences dramatiques sur le plan psychologique, mais aussi physique.

8.1.1. Connaissances étiologiques des algohallucinoses

Même si la cause des algohallucinoses est aujourd'hui encore mal connue, de nombreuses hypothèses ont été proposées. L'hypothèse la plus consensuelle actuellement est celle d'un dysfonctionnement du système nerveux central de causes multiples. Cependant, de nombreux travaux explorent aussi d'autres pistes telles que les aspects psychologiques et culturels.

On observe dans les algohallucinoses telles reporter par les amputés, une augmentation générale de la sensibilité à des stimuli désagréables (pression, chaleur, son, goût, ...). Cette hypersensibilité semble justifier l'état de dysfonctionnement du système nerveux central avec addition au cours du temps des stimuli douloureux et une moins bonne performance des contrôles inhibiteurs de la douleur. De ce qui ressort de l'expérience de nos sujets, une forte similitude liée au contrôle des stimuli douloureux est observée chez les patients souffrant de douleur chronique de type psychogène (Clauw, 2009). De même, on peut faire un rapprochement entre les attitudes liées aux stress post traumatique aux travaux de Adler et Geenen (2005) qui indexent aux manifestations telles que la fatigue, le trouble de sommeil, le trouble de l'humeur ..., l'hypothèse d'une atteinte du système nerveux autonome, et plus particulièrement une diminution de la réponse du système nerveux sympathique au stress, accompagnée d'une dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Certaines recherches évoquent aussi un problème de sécrétion du cortisol « hormone du stress ». Les algohallucinoses sont chez la plupart de nos sujets accompagnée d'anxiété et de dépression diffuse. Bien que cela soit habituellement considéré comme une conséquence due aux douleurs chroniques, le fait que la plainte des algohallucinoses se fasse souvent suite à un évènement traumatique majeur, aussi bien émotionnel que physique, pose la question de leurs origines psychologique.

Ces différents éléments faisant partie de l'étiologie biologique des algohallucinoses telles que présentent les amputés, ne semblent pas avoir retenu l'attention des soignants qui au contraire, ayant déjà des prédispositions à accueillir la plainte douloureuse de l'amputé, on fait fi d'un ensemble d'information pourtant utile à l'investigation diagnostic. De ce fait, les soignants, à la rencontre des patients, et au contact avec leurs handicaps marqués par l'amputation, ont développées des attitudes très contrastés.

Pour certains, il fallait à tout prix l'aider au vu de son état, raison pour laquelle, avec ou sans diagnostic, il lui fallait produire une ordonnance d'antalgique, faire des recommandations auprès des kinésithérapeutes ou psychomotricien. Des attitudes qui dans les conceptions sociétales du handicap ont été qualifiées de protectrices et paternalistes. Ce qui révèle d'ailleurs le caractère thérapeutique en générale, car on semble si bien attribué à la blouse blanche la fonction de réparateur en ce qui concerne la douleur et les soins palliatifs. C'est pourquoi, pour les camerounais, après avoir épuisé toutes les cartes, il faut comme le dit Ousman, faire recours à la médecine blanche, celle qu'il considère comme dernier recours.

D'autres soignants agiront plutôt comme pour se débarrasser de « *l'emmerdeur qui est encore venu* » (Docteur B). Et là également, ils se retrouvent à faire des extrapolations diagnostiques qui pour eux n'auraient aucuns apports. Se disent-ils, la satisfaction du patient réside dans la relation de maternage que la situation clinique lui procure et par conséquent, se faire passer pour souffrant lui apporte déjà gratification. Dans cette logique qui semble aussi extrapolée que la précédente, les soignants se débarrassent de leurs patients par des ordonnances qu'ils leur procurent. Dans le second cas, il est à noter que les soignants prescrivent aux patients du repos plutôt que la prise d'antalgiques ou des séances de rééducation.

Face aux algohallucinoses, les sujets justifient leurs attitudes « d'emmerdeur » par une série de questions d'ordre existentielles qui amènent à reconsidérer les positions prises par les soignants dans l'offre en soins de santé. Alors, comment comprendre Youssouf qui demande en ces termes « *Qui seriez-vous si du jour au lendemain, sans avertissement, vous deveniez invalide ? Qui seriez-vous sans votre travail ? Qui seriez-vous sans revenu, sans statut, invalide par une douleur dont on vous dit être dans votre tête, et dont on ne fait que vous amoindrir, vous rendre dépendant et impuissant par l'action des médicaments ?* » Rajoutons celles de Mammie qui en continuité avec Youssouf demande « *... surtout, que feriez-vous devant la dévastation de votre vie comme vous la connaissiez* », « *devant l'incrédulité des médecins face à votre condition, somme toute invisible ?* » (Talla) « *Comment peut-on se relever d'une situation où nous sommes dans un état des plus vulnérables et faibles ?* » (Bintou).

Il n'y a pas de réponses toutes faites, et des questions d'ordre existentielles qui ne peuvent en dire plus dans la compréhension du vécu des algohallucinoses, que si elles sont logées dans une approche théorico-clinique qui en donne sens. Il faut trouver en chaque patient le sens qu'il donne à sa douleur, en plus, les modeler selon le moment, le temps, et la recherche inlassable d'aide qu'ils vont chercher, les défis à surmonter, les deuils à faire et des vies à redéfinir.

Surtout, il faut, dit Ousman « *accomplir la traversée de ce désert dans notre vie, il faut franchir des étapes, aucune d'elles n'ayant de place dans notre agenda.* ».

La souffrance physique telle que vécu par les amputés est comparable à « *une prison qui immobilise les actions intérieures, et accapare le présent* » (Talla), renchérie Ousman en qualifiant le présent dont parle Talla de « *présent devenu inutile, dans lequel on se retrouve sans voix, en perte de densité, d'expression, seulement attaché à surmonter le joug de la douleur* ». Cette sensation de vide qu'ils attribuent au présent peut trouver sa justification dans les difficultés qu'ils rencontrent gestion de leurs algohallucinoses, ce qui réduit progressivement le champ de conscience à l'espace autour de leurs états, de leurs douleurs et de leurs corps. Ces inquiétudes soulèvent une profonde peur, mène au repli sur soi, aux angoisses. Un corps amputé, handicapé et algohallucinant induit des transformations tant sur le plan physique (amaigrissement, asthénie généralisée, troubles du sommeil...) que sur le plan psychologique (perte d'autonomie, changement de l'image de soi, retour des blessures anciennes). Le passé refait surface, les projets disparaissent, et marquent aussi une perte du futur, une perte de soi-même, une atteinte ontologique. « *Je le vois, je ne serais plus qu'un vieux ridicule dont tout le monde évitera demain. Qu'est-ce que je peux faire face à ça si depuis des années durant personnes n'a pu trouver une recette pour m'aider à aller mieux ?* » Informe Amine. Il y a là une source de souffrance importante, parfois plus intolérable que la douleur, et qui va moduler puissamment la capacité du sujet à faire face à sa situation.

À la lecture de ces données, il apparaît que le contexte de vie psychologique, relationnel, social, spirituel a une influence profonde sur la façon de faire face à la douleur et sur la tolérance aux algohallucinoses. De même, la chronicisation des algohallucinoses marqué par le nombre d'année de résistance thérapeutique, on se demande bien comment penser une prise en charge qui soulagerait la douleur physique et contribuerait à retrouver un confort social. Sur ce chemin de la prise en charge des algohallucinoses chez l'amputé, parsemé de beaucoup d'incertitudes et d'appréhensions négatives quant à son étiopathogénie, il faudrait briser le silence dans l'expression de la plainte en favorisant chez le clinicien une fonction de contenance, où la souffrance des patients pourraient se dire, s'écouter, et par-dessus tout, commencer à être soulager. Ce que souhaitait déjà Lereiche (1955) quand il disait « *la vraie thérapeutique de la douleur sortira, un jour, de la connaissance que nous aurons acquise de ce qui n'est maintenant qu'un groupement d'inconnues* ».

8.1.2. Les douleurs post-amputatoires : discrimination des algohallucinoses

Pas seulement chez les amputés algohallucineurs, la douleur et ses conséquences sont fort bien présentes dans le quotidien des hommes, et ceci dans tous les milieux sociaux. C'est le premier signe d'alerte d'une agression du corps amenant à nous protéger, à nous éloigner d'un éventuel stimulus agressif, d'éviter l'envahissement physique et psychique amenant à la dimension de souffrance qui rend la douleur insupportable. Ce signe d'alarme s'observe dans les inquiétudes des amputés, les amenant à consulter. La survenu des sensations " pas normal ", marqué par les démangeaisons intenses, les fourmillements, les picotements, les crampes... sont des sensations que amputés algohallucineurs décrivent comme signal douloureux. Même si contrairement aux autres sensations douloureuses, celles de ces amputés ne sont pas localisés sur une partie de leurs corps, elles, sont du moins décrites sur les parties du corps ayant existés, et dont la présence rend compte d'une agression sur le corps, visible ou imaginaire.

Dans son acception générale, la douleur est due à une agression physique, traumatique, thermique ou chimique d'origine extérieure ou liée à un dysfonctionnement interne. Elle définit en premier lieu un excès de nociception. Cette douleur, facile à comprendre et à expliquer par le patient et le soignant en présence de mécanisme évident et de lésion physique visible (fracture, brûlure ...). A cause de l'acte chirurgicale qui a conduit à l'ablation d'un ou de plusieurs membres, le sujet doit ressentir une ou plusieurs douleurs que l'on catégorise comme douleurs post-amputations. Il s'agit des douleurs par excès de stimulation nociceptive, avec une composante inflammatoire ou neuropathique ou encore une association des deux, plus ou moins importante.

Dans le diagnostic des douleurs post amputatoires, l'examen clinique, adosser sur une évaluation de la plainte douloureuse, va permettre au clinicien de discriminer le type de douleur. Cependant, elles sont le plus souvent des douleurs par excès de stimulation nociceptive. Elle résulte de l'activation des fibres nociceptives A delta et C, par des stimuli mécaniques (tractions, coupures,...) et chimiques (substances). Dans ces cas, les soignants recommandent aux patients de se soumettre à des examens neurologiques (hypoesthésie, paresthésie, allodynie...). Le traitement qui suivra peut-être long, les antalgiques usuels sont généralement inefficaces, les patients se voient prescrire des anti-dépresseurs.

Les algohallucinoses font partir des douleurs post-amputatoires, mais dont les sensations contrairement aux autres n'existent que sur les parties du corps amputé. Les soignants eux aussi, à cause de l'acte chirurgical de l'amputation (agression physique traumatique) ont pensées que

les douleurs des amputés étaient des douleurs référées, des douleurs du moignon, ou toutes autres douleurs liées aux complications de l'amputation. L'agression peut toucher le système nerveux (périphérique ou central) et rendre la douleur irrationnelle, difficile à décrire, ce qui justifie les sensations de brûlure, de décharge électrique spontanée, coups de poignard, d'étau, des démangeaisons, picotements, engourdissement, fourmis... dans des parties du corps apparemment inexistantes. Cette implication du système nerveux dans les sensations douloureuses ont permis de classer les algohallucinoses dans la catégorie des douleurs neuropathiques.

Les algohallucinoses sont des douleurs décrites sans stimulus algogènes, et qui pourraient être dus à une mémorisation biochimique de l'expérience antérieure vécue par le patient. Les rôles du système limbique et du cortex cérébral sont évoqués. Cette mémorisation de la douleur peut apparaître après une lésion du système nerveux central, laissant penser que le cortex cérébral "contrôle" la survenue des douleurs anciennes (Ramachandran, 2000). Ce phénomène peut conduire à des interprétations erronées ou des chirurgies itératives. Cette composante neuropathique doit être reconnue et évaluée car sa prise en charge s'appuie sur des traitements différents des antalgiques traditionnels (certains antidépresseurs ou antiépileptiques).

En effet, chez les patients amputés, peut survenir plusieurs types de douleurs post-opératoires, et qui sont censées disparaître avec le temps, c'est-à-dire par la cicatrisation et par la rééducation. Or certaines d'entre-elles peuvent se révéler rebelles, résister à tout traitement et se chroniciser. C'est ce qui justifie l'attitude de prudence des soignants qui, lors de leurs survenues, développent des réactions dont la première étant de chercher à les faire disparaître, classiquement en faisant recours aux antalgiques traditionnels (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens ou opioïdes..).

Se référant aux quotidiens douloureux des sujets amputés, on peut dire que la douleur est un puissant modificateur de la réalité, autant que l'ivresse, son caractère brutal et inattendu entraîne des réactions inappropriées qui nécessitent pour le soignant beaucoup d'empathie et de compréhension pour les supporter. Chez l'amputé, en plus de la douleur exprimée dans la plainte, il faut comprendre que la perte brutale d'autonomie, la peur du diagnostic d'algohallucinoses à des conséquences ravageuses dans sa vie, sur ces projets avenir. Car après amputation, beaucoup de sujet, loin de perdre leur mobilité sociale et économique, sont obligés de se reconvertir vers un autre secteur socio-économique.

Les dispositifs médicaux-sociaux à travers les centres et les services de rééducations sont mis à la disposition des patients afin de faciliter leurs reconversions sociales. Mais de même que le système camerounais cherche à accompagner la personne vulnérable, celle-ci se retrouve dans une situation économique précaire qui ne lui facilite pas la tâche. C'est ainsi que les soignants se plaignent des patients qui ne suivent pas le protocole de rééducation complet, et qui laissent les douleurs devenir chroniques.

8.1.3. La nécessité de l'évaluation des algohallucinoses

Techniquement, l'amputé est le seul juge de ses algohallucinoses. Il n'y a pas de relation proportionnelle entre l'importance de la lésion et la douleur exprimée par le patient, car les algohallucinoses n'ont pas de marqueurs biologiques. En réalité, nous ne connaissons de la douleur des autres que ce qu'ils en disent. En dehors de son expression par le langage, nous ne percevons qu'un reflet (non spécifique) de l'expérience subjective : mouvement de retrait, grimace, réactions végétatives (tachycardie...) etc. Le caractère abstrait des algohallucinoses la rend inaccessible à une mesure physique directe. Sa mesure repose sur l'emploi d'outils projectifs qui permettent d'appréhender à des degrés divers, la qualité et l'intensité de l'expérience douloureuse sous ses différents aspects : sensoriel, affectif et cognitif.

Cette évaluation, réalisée à l'aide d'un algo-test à permis aux amputés d'exprimer leurs douleurs, en intensité et en localisation. Cette évaluation permis de convertir l'intensité d'une expérience sensorielle subjective en une valeur qualitative exprimer par des couleurs tout en les localisant sur une partie du corps (corps amputé), censée être localisé comme le siège des algohallucinoses. Cette évaluation qualitative de la douleur, facilite la prise de décision et permet de contrôler l'efficacité des mesures prises. Elle doit être préalable à toute démarche thérapeutique. Toutefois, en présence d'une douleur très intense (situations d'urgences...), l'administration d'un antalgique est la première priorité, et l'évaluation portera ensuite sur la douleur résiduelle. Par ailleurs, plusieurs études ont montré que la prise en charge de la douleur était meilleure lorsque celle-ci avait été correctement évaluée et quantifiée.

Après une évaluation physiologique des algohallucinoses, la nécessité d'une évaluation psychique se pose. Il n'est pas à ignorer que tout homme dans sa prise en charge à besoin d'être perçu dans son unité. Celle-ci est le résultat d'un long développement où la micro-communauté humaine qui nous est propre nous a fourni à la fois un soutien personnel et un miroir transformant, source d'identité et moyen de transformation personnelle. Ce terreau, plus ou moins riche selon le cas, a été le lieu de notre croissance et de nos choix, actuellement, devenu

le lieu d'expression de nos souffrances entraînant une coupure prématurée et volontaire et plongeant dans une désagrégation précoce et un clivage du Moi.

De plus, on note l'affaiblissement relatif du Moi, corrélatif à l'importance d'une plus grande régression du désir de sociabilité, d'un repli narcissique avec l'importance des processus de clivage et d'isolation, un affaiblissement de l'étayage sur le passé, l'enfance, et de la symbolisation. L'univers complexe socioculturel tel que présenté a pour fonction de donner forme à la mouvance et à la fluctuation des limites de l'appareil psychique, dès lors que la conflictualité sociale et culturelle, ne présente plus les assurances surmoïques. Il devient justifié d'interroger aujourd'hui la répression. Terme peu spécifique, banal presque, associé le plus souvent à la violence en ce qui concerne le Moi, la deuxième censure, l'effacement de l'affect et la neutralisation de la représentation au niveau du préconscient. A des degrés divers, la régression et le refoulement coexistent en chacun, et participent, ou émanent de la rencontre du pulsionnel et de la culture. C'est par ces mécanismes de défenses que s'observent les tentatives de conformisme et de normalisation des individus, ce qui deviendrait alors épreuve de réalité, l'effort commun de la société et du sujet pour le maintien de l'identitaire, dès lors que la cohésion narcissique personnelle, familiale ou sociétale est menacée. C'est pourquoi Freud dans l'Abrégé, dit : « *C'est ainsi que le Surmoi, bien que devenu fraction du monde continue cependant à assumer devant le Moi, le rôle du monde extérieur.* ». Insistant sur les excès du Surmoi culturel, mais il est bon de s'occuper aujourd'hui de ces patients, qui dans une culture des limites extrêmes et de deuil interminable, manifestent une intense souffrance narcissique et un assujettissement indéfectible à une répression généralisée comme sauvegarde. Ce qui rend compte des conduites conversives et des somatisations comme les algohallucinoses.

8.2. INVESTIGATIONS PSYCHOSOMATIQUE SUR LES ALGOHALLUCINOSES

La clinique des algohallucinoses situe la souffrance de l'amputé à un carrefour somato-psychique et non seulement au sein des mécanismes purement psychiques, la sphère des pulsions étant par définition différente de la sphère du Moi. Ce raisonnement fonde la remarque de Barbier (1991, p. 803) : « *Comme la perte d'objet peut suivant les modalités être source de désorganisation aussi bien que de réorganisation, on peut estimer que la douleur n'est pas seulement désorganisatrice, elle peut aussi être facteur d'organisation* ». Dans les algohallucinoses, on peut voir la possibilité d'émergence à partir de la douleur physique, d'une

douleur psychique potentiellement symbolisable. Elle traduirait selon Barbier (Op. Cit), le fait que la pulsion de mort n'est organisatrice que dans la mesure où elle entre au service de la pulsion de vie, dans une dimension où se joue essentiellement la coexcitation, puisque d'après Freud (1915, p.27), les sensations de douleur comme d'autres sensations de déplaisir débordent sur le domaine de l'excitation sexuelle et provoquent un état de plaisir.

Peut-être il serait bon de parler ici d'un « travail de la douleur » sur les algohallucinoses. En pensant surtout à cette dimension d'appel objectal de la douleur déjà signalé par Roussillon pour qui la douleur témoigne d'une présence dans ce ventre mystérieux assimilé à l'univers sans limites dans lequel on risque d'être aspiré et de se perdre : « *L'agressivité et la revendication haineuse renvoient à la blessure narcissique de l'échec de l'omnipotence infantile, causée par la perte d'objet à laquelle le vécu de castration fera écho. Ainsi apparaît la structure masochiste masquée par le « trou noir » qui, plus qu'un sadisme retourné, est une manière de maintenir le lien douloureux mais vivant avec l'objet, afin de ne pas affronter son silence témoin de son inexistence ou pire, de son indifférence. Le masochisme serait le reflet du refus de la séparation* ». De l'observation de la dépression des algohallucineurs qui aurait pour toile de fond une grande répression de l'agressivité, se retrouve chez eux, l'expression d'une colère, d'une peur et aussi d'une culpabilité, ainsi qu'une tendance au retournement de ces motions contre le Moi. Ils se caractérisent par un fonctionnement rigide, qui traduit aussi une rigidité corporelle maqué par la stabilité des sensations algohallucinatoires. Comme le dit Barbier (1991) sur le travail rigidifiant en profondeur de la douleur : « *Il est en effet des cas où la douleur apparaît comme un ciment permettant à quelqu'un de tenir debout, ces personnes-là sont figées, statufiées dans leur douleur* ». Ceci souligne aussi la fragilité des objets internes et également un fonctionnement en faux-self, justifiant de l'existence des comportements tyranniques envers les soignants.

Les amputés souffrant d'algohallucinoses rendent compte d'un fonctionnement limite qui s'exprimerait sur le versant psychosomatique, marqué par une forte tendance dépressive diffuse, c'est pourquoi à priori elle n'est pas facilement visible.

Comme l'a démontré Karl Abraham (1912), la dépression se trouve dans toutes les formes de névrose et de psychose au même titre que l'angoisse. De ce fait, ces deux états émotionnels (dépression et angoisse) existent simultanément ou se succèdent chez le même sujet. Selon Kristeva (2005) : « *Le dépressif narcissique est en deuil non pas d'un Objet mais de la Chose. Appelons ainsi le réel rebelle à la signification, le pôle d'attrait et de répulsion, demeure la*

sexualité de laquelle se détachera l'objet du désir. [. . .] Soudé à cet attachement archaïque, le dépressif se sent déshérité d'un bien suprême et innommable, irreprésentable, sauf peut-être par une dévotion, une invocation, mais sans mots. Loin de l'objet érotique, il s'agirait plutôt de l'irremplaçable aperception d'un lieu ou d'un pré-objet emprisonnant la libido et coupant les liens du désir ». Considérant cela, on pourrait se hâter de catégoriser le symptôme algohallucinogène qui semble se dégager du fonctionnement des amputés comme évocateur d'un fonctionnement limite. Par la perte, l'amputé fait ressortir les mouvements narcissiques qu'il laisse exprimer dans les algohallucinoses. En réalité, il est difficile de qualifier le fonctionnement psychique de l'algohallucineur, car certaines conduites algiques feront de lui un psychalgique, alors que d'autres conduites conversives feront de lui un hystérique. Certains en voyant les tendances dépressives pourraient également se hâter de le catégoriser comme dépressif, pourtant la dépression est l'un des symptômes fréquemment associés à la douleur chronique.

La reconnaissance des divers paramètres de la souffrance de l'algohallucineur est le premier pas d'une prise en charge qui se voudra, holistique. Les traitements proposés, ne seront plus seulement des antidépresseurs.

8.2.1. Algohallucinoses, deuils et création mélancolique

En s'appuyant sur l'analyse que fait Green de l'affect, « *L'affect se présente comme une expérience corporelle et psychique, dans laquelle la première est la condition de la seconde. L'expérience corporelle se produit à l'occasion de la décharge interne, mouvement qui révèle le sentiment d'existence du corps* » (Green, 1990, p.87), il en découle des algohallucinoses que cette douleur serait pour l'amputé un moyen à la fois de maintenir le sentiment d'exister et l'équivalent d'un affect. L'affect ici exprimé par la sensation douloureuse rend compte de son versant corporel. Orienté vers l'intérieur du corps (versant corporel de l'affect), il comprendrait la perception de mouvements internes et les sensations de la gamme plaisir-déplaisir, alors que le second versant (psychique), clivé en deux comprend une activité d'auto-observation du changement corporel, du mouvement, résultat d'une activité spéculaire sur le corps et un aspect qualitatif : le plaisir-déplaisir.

La colère exprimée par les amputés algohallucineurs apparaît comme une émanation du processus douloureux. Cette colère nous pouvons l'observer chez l'amputé qui le reconnaît d'ailleurs « *Je me suis très souvent emporté face à ces*

médecins qui ne font rien pour nous aider » (Ousman). C'est parce qu'ils souffrent qu'ils révèlent leur colère « *il faut toujours crier pour se faire entendre, c'est moche notre système de soins* », dit Bintou. La douleur libère en quelque sorte cette colère maintenue en suspens par les mécanismes de répression. Toutefois, la colère dans son expression, peut être orientée vers un objet externe (le docteur) ou vers un objet interne (le Moi). En ce sens, elle attaquerait non pas l'individu, mais l'objet mal différencié et honni qui enfermerait le Moi-corps. C'est ce qui s'illustre dans les propos de Mammie « *Je me dis souvent que ça ne sert à rien de toujours s'emporter, c'est de ma faute tout ce qui m'arrive, eux ne sont pour rien dans ce qui m'arrive, je ne dois m'en prendre qu'à moi-même* ».

L'objet honni dans un caractère persécuteur aurait trouver dans les algohallucinoses une forme de représentation, ceci se justifie par « *Depuis longtemps, je vis sous l'emprise de cette douleur qui me hante jour et nuit, elle a pris le contrôle de ma vie, mon existence n'obéit plus qu'à son principe, elle ne laisse rien passer, mais personne ne me croit, ils disent que c'est dans ma tête, je n'y comprends plus rien* » (Amine): « *J'ai souffert toute ma vie, je n'ai jamais eu la vie facile comme on peut le dire, et je pense que cette douleur qui me hante je le sais assombrirais mes jours avenir* » (Mammie). « *Ces douleurs sont tellement fortes, parfois je me dis que c'est aussi lié à la vieillesse, mais bon, à quel âge ? Dans la nuit, c'est comme si les fourmis s'amusaient à quitter de mon talon pour marcher le long du tibia et venir creuser mes articulations du genou, c'est tellement douloureux* » (Bintou) « *j'ai l'impression que la terre (entière) s'abattait sur moi, ma vie a toujours été un combat, et par moment je me sens très épuisé, comme si je n'avais plus d'énergie, cette douleur me retire toutes les forces, elle me ronge toute ma moelle épinière, et c'est ce qui me fait le plus peur, savoir que je n'ai plus de force pour lutter contre ce fardeau* » (Youssouf). Cette représentation que se fait l'amputé des algohallucinoses établit une continuité avec leurs passés douloureux, car comme le dit. Or, « ce fardeau » comme il semble les qualifier, prendrait la relève des attaques des mauvais objets de jadis.

En considérant l'alternative d'un retournement sur soi comme possibilité d'étayage de la douleur, dans les algohallucinoses, l'amputé déchargerait sa souffrance par la voie courte (le corps). Celle-ci est prise lorsque l'excitation ne parvient pas à une élaboration psychique

suffisante (Chasseguet-Smirgel, 2005). Cette forme de décharge, est le plus souvent élaborer chez les sujets limites, elle contribuerait à entretenir le clivage qui isole la partie clivée, là où ce logerait l'objet décevant. Ce processus a pour fonction de lutter contre « *une forme d'angoisse d'abandon par l'objet interne désormais inclus dans le clivage du Moi mais aussi contre une angoisse d'inclusion de l'objet revenant* » (Bayle, 2008, pp. 54-55.). Autrement dit, c'est un procédé qui s'oppose à toute irruption dans le psychisme de l'idée de la perte. « Ce fardeau », terme utilisé par les amputés pour rendre compte de leurs douleurs, et de leurs tourments, ramène à ce que disait Freud au sujet des manifestations paroxystiques de la mélancolie : « *le Moi n'élève aucune protestation, il se reconnaît coupable et se soumet aux châtiments. [...]* ». Ceci parce que « *l'objet qui s'attire la colère du Surmoi est englobé par des identifications dans le Moi* » Freud, 1923, p.197.

Dans un contexte où l'objet omniprésent et tout-puissant ne laisse aucune place à un autre et en particulier au sujet lui-même, le Moi peut être persécuté par l'objet intériorisée qui se tient en lui. Les algohallucinoses maintiennent ainsi présent à l'esprit du sujet, le corps perdu et le corps haï (reste du corps perdu). Par cette stratégie du Moi, ce n'est pas seulement la perte qui est niée, mais toute différence, celle entre le Moi et le non-Moi. Ce processus douloureux dans les algohallucinoses relèverait d'un traitement mélancolique de la perte, qui passerait par le corps, ce serait en quelque sorte une « mélancolisation » du corps. Dans l'hypothèse que ce phénomène serait présent chez les amputés, il faut s'attendre à rencontrer dans leur fonctionnement psychique une difficulté importante dans le traitement de la perte. Vous le verrez par exemple dire « *Je n'ai jamais pu me remettre de la perte de mes jambes, c'est là que tout à commencer, et me voilà encore avec elle* » (Ousman).

Dans une approche médicale, Smadja (2004) décrit la dépression dans une logique psychiatrique qui juxtapose deux conceptions : l'une limite la dépression dans l'espace rétréci de l'altération d'une fonction psychique, ici la fonction thymique ; l'autre étend sa définition vers la pensée et le fonctionnement somatique. Si la classification psychiatrique des dépressions retient toujours dans ses grandes lignes la dépression endogène ou psychotique, avec ses formes unie et bipolaire, et la dépression névrotico-exogène, elle fait une place dans la variété de ses formes cliniques répertoriées à des manifestations somatiques. On se retrouve avec une grande régularité dans les classifications modernes les dépressions symptomatiques et les dépressions masquées.

La dépression symptomatique est une dépression qui accompagne ou anticipe le développement d'une maladie somatique tandis que la dépression masquée est définie comme une dysthymie dépressive masquée ou recouverte par une symptomatologie somatique.

Selon Baudin (2005) cette douleur de vivre cache, « *une certaine dépression, non pas celle qui serait liée à une perte d'objet bien repérable, mais davantage à ce que l'on a pu envisager comme mouvement mélancolique ou encore comme la « perte d'élan vital » et quelque chose qui serait comme ces mouvements de « chute du tonus de vie ».* Cette sorte de dépression dans les algohallucinoses se manifesterait lorsque « *l'investissement d'objet n'est plus digne de confiance, lorsque l'objet investi vient à faire défaut. On est proche alors de la position du mélancolique qui retire sa libido objectale sur son Moi appauvri, et qui, à son tour, investit de façon négative des zones élues de son corps réel et imaginaire* » (Baudin, 2005, p. 56) Cette approche paraît intéressante dans le sens où il s'agit d'une lecture d'un trouble psychique faisant intervenir le corps douloureux envisagé sous l'angle de la dépression avec des caractéristiques mélancoliformes.

Sami-Ali (1987) évoque, l'emprise d'un Surmoi corporel, instance impersonnelle, qui se distingue de l'Idéal du Moi et du Surmoi héritier du complexe d'Œdipe. Il est constitué des normes qui représentent la toute-puissance parentale et qui pousse le sujet à se montrer irréprochable et conforme aux exigences extérieures, le rendant extérieur à lui-même. Le surmoi corporel serait originaire du refoulement réussi de la fonction imaginaire et correspond à ce que Sami-Ali nomme la « dépression a priori ». Cette dépression résulte du fait de vouloir faire coïncider parfaitement l'Idéal du Moi au Surmoi, au point de voir s'évanouir tout conflit, avec ce Surmoi. Le sujet dépend du Surmoi corporel pour se repérer dans l'espace et le temps, aussi bien que dans ses fonctions corporelles qui ne sont pas autonomes. C'est-à-dire que le « *Moi corporel engage autrement toute la problématique du narcissisme, et que la suppression de la subjectivité, si caractéristique de la pathologie de l'adaptation, constitue une façon d'être grâce au non-être, et par là se conforme aux impératifs du Surmoi corporel. La négation de soi passe par l'affirmation d'une toute-puissance à laquelle on participe* ».

Chez les amputés algohallucineurs, ce Surmoi corporel, incombe une double tâche, celle de refouler l'imaginaire et de lui substituer le conformisme. L'idée d'une emprise massive d'une instance surmoïque telle qu'abordée par Freud (1935), où il ressort le « besoin d'être malade » et « besoin de souffrir » comme issus d'un sentiment de culpabilité qui serait « *le mode de résistance provenant d'un Surmoi particulièrement dur et cruel. Si le patient doit ne*

pas guérir et continuer à être malade, c'est parce qu'il ne mérite pas mieux ». Comme le dit (Talla) « *C'est très brutal, c'est très pénible à supporter et très lourd à porter, mais c'est mon fardeau, que puis-je faire contre ?* ».

Cette dureté du Surmoi observé chez les amputés fut l'aboutissement d'un travail en amont réalisée par les personnels soignants, car d'une part ils ont contribué à faire émerger un Surmoi cruel. Les traits de caractère observés chez les algohallucineurs évoquent effectivement quelque chose de l'ordre d'une soumission à un Surmoi très sévère, voire cruel, un Surmoi qui ne serait pas l'héritier du complexe d'Œdipe, mais s'approcherait plutôt du Surmoi corporel tel (Sami-Ali, 1987). Dans le premier cas, il procéderait d'un processus d'intériorisation des interdits sociaux et moraux, alors que dans le second cas, il s'agirait d'un processus d'adaptation aux censures et aux normes sociales. Dès lors, il ne serait pas question ici de conflit quant aux interdits, mais de prescriptions à suivre qui feraient ainsi barrage à la subjectivité : « *Le fonctionnement mental est externe, organisé par un environnement dont il dépend étroitement* ». Les algohallucinoses font penser, par leur permanence, leur intensité, leur côté imprévisible (labilité, déclenchement à n'importe quel moment), à quelque chose qui serait du côté d'une instigation permanente, persécutrice, comme venue de l'extérieur. Dirait à cet effet Talla

Ma vie ne fait que prendre un coup chaque jour plus énorme. Et le plus dur c'est quand tu penses trouver la solution et qu'elle n'est pas la bonne, ces douleurs te montrent à ce moment qu'il ne faut pas tenter de te débarrasser d'elles, elles reviennent en version double, plus intenses, plus vive, si bien que même les anciennes astuces n'arrivent plus à alléger ou à calmer ta douleur. Ce n'est pas facile je vous assure. Et il faut que malgré tout, j'aie fait mon travail, que je vaque à mes occupations comme toutes personnes normales. La société dit qu'il faut manger à la sueur de son front.

Face à ceci, on est tenté de croire que ce fonctionnement rend compte d'une modalité incarnée des persécutions de ce Surmoi corporel. Ce qui nous amène à travers Chabert (2005), à penser que les algohallucinoses pourraient prendre le sens d'un sacrifice. Ce qui suppose, que le sacrifice aurait pour origine le besoin de réparation imposé par une figure ancestrale tyrannique, imposant cette nécessaire réparation mettant au jour l'importance des fantasmes de destruction qui l'imposent. Chez les amputés, elle est très présente dans les expressions telles que « *C'est mon sort* » « *je l'ai mérité* » « *j'aurais fait du tort à quelqu'un qui me punit en retour* » ou encore, « *telle est mon sort* ». Une punition retournée contre soi, deviendrait ainsi un moyen tout-puissant de réparation mentale pouvant aller jusqu'à se détruire pour se punir.

Les algohallucinoses agiraient ainsi comme un moyen désespéré, régressif et tout-puissant permettant « d'expier » l'impossibilité même de la réalisation de cette demande, dans un retournement contre soi, dont la sévérité pourrait pousser à la destruction. Cette impossibilité signe la difficulté d'une séparation, tant la demande est immense et l'obligation de réparer impose une « dette » que la permanence réitérée de la demande rend impossible à acquitter. Aussi, l'amputé algohallucineur serait rattaché à un temps révolu, rendu présent par l'expression de la douleur, le temps de l'accès à la différence première, entre le soi et le non-soi. Le corps, désigné ici comme le lieu de la souffrance, devient l'équivalent d'un espace transitionnel dont la question de l'appartenance au corps et à la psyché, du sujet ou de l'autre ne se pose pas vraiment. Dans le récit de Ousman « *C'est mon quotidien, elles font partie de moi, elle ne me lâche pas, elles changent de formes, le matin ça peut être comme un courant électrique, le soir au couché, tu peux ressentir plutôt des pincements, ainsi de suite* », on voit que le recours actif à la douleur physique (ou morale) paraît obéir aux lois de la mélancolie. Or chez Mammie, la douleur serait comme le dit Charbert (1990) souvent secrètement ou insidieusement entretenue par des conduites d'épuisement et d'autodestruction, que la symptomatologie soit clairement perceptible ou discrète. C'est pourquoi Mammie rappelle que sa douleur est « *un quotidien pénible à porter, mais dont on n'a pas trop le choix, il épuise et rend inactif. Il vide de toute énergie* ». Cette approche, en accord avec l'idée d'une « mélancolisation » du corps dans la douleur, pourraient s'envisager en tant que création mélancolique dans les algohallucinoses.

La dépression dont il est question chez les halgohallucineurs ne serait pas forcément exprimée dans une réalité extérieure par des affects de tristesse mais plutôt par une oscillation entre un activisme, voire une agitation maniaque, et des moments de fatigue et de douleurs intenses. La réflexion métapsychologique (Chabert, 2003) sur la question de la liaison du mélancolique au maternel met en exergue, chez les deux sexes, l'identification originelle du sujet à cet objet, figure de mère « mal différenciée ». A l'instar de l'objet exigeant et tyrannique, on observerait une exigence excessive du sujet vis-à-vis de lui-même, cherchant à rejoindre un idéal impossible à atteindre. La représentation de soi serait alors attaquée, dépréciée et les affects dépressifs ne seraient pas toujours traités tels quels. Ces conditions témoigneraient ainsi des affres de la problématique de séparation. Il y aurait une susceptibilité mélancolique dans le sens où elle serait la manifestation de l'impossible élaboration de la séparation de l'objet aimé-haï. L'identification mélancolique constitue le modèle qui permet de penser comment une

relation d'avoir (un investissement d'objet), peut se transformer en relation d'être (une identification) (Freud, 1923).

Les réflexions de la psychosomatique semblent nous aider à comprendre le rapprochement qui existe entre certaines formes cliniques et évolutives des douloureux chroniques avec des manifestations somatiques. Cependant, l'une des manifestations psychosomatiques propre aux douloureux chroniques est la dépression, celle observé chez l'algohallucineur, une forme de dépression que les psychosomateurs ont qualifié d'essentielle, et qui ne répondrait pas à la forme classique de dépression qu'on connaît dans le tableau clinique psychiatrique. La dépression essentielle se présente donc comme dépression masqué, elle s'observe la plupart des temps chez les patients opératoires.

Winnicott dit en 1962 que l'attaque du corps relève à la fois d'une destructivité non liée qui résiste à sa projection sur le champ extérieur, et de l'acte antisocial dont la fonction est de créer une réaction sociale de lien. Dans cette optique, la douleur est aussi et à la fois recherche de lien et tentative de création d'un Moi autonome. Ces considérations amènent à penser que le lien avec le « corps » médical fonctionnerait comme un véritable « Surmoi corporel » organisant l'espace, le temps et les fonctions corporelles du sujet. Il y aurait ici quête de lien, mais aussi de sens qui seront le départ d'un chemin vers une possible symbolisation. Selon Chabert (1990) « la douleur, gravée dans un espace-temps intermédiaire, permet l'investissement paradoxal d'un corps-psyché, réalité tangible, sensible, et en même temps ouverture de sens dans un procès de symbolisation.

8.2.2. Mécanisme psychique en jeu dans les Algohallucinoses

Les plaintes des amputés algohallucineurs concernant leurs douleurs, s'exprime tout autant par une asthénie généralisée. Ce sentiment d'épuisement, cette fatigue contraste avec l'hyperactivité : « *Je n'arrive pas à accepter que je ne puisse plus faire les choses comme avant. Alors je fais et ensuite je le paie. Je voudrais tellement être comme avant, sans douleurs, pleine de force. Là, je suis fatiguée et je n'ai plus de force, et c'est comme ça depuis un temps* » (Bintou). La « perte de force », « d'énergie » amène à penser à l'effondrement du système défensif où le rapport de forces entre pulsions et défenses se trouve en déséquilibre. C'est en lien avec la libido, que Freud parle d'ailleurs de fatigue dans les neurasthénies, l'un des cadres propices des névroses actuelles. Dans la régulation du système veille-sommeil, la présence quotidienne des algohallucinoses déséquilibre le fonctionnement du sujet qui n'arrive plus à dormir à cause de ces douleurs.

Revenant à la métaphore des fourmis telles que décrit Bintou « *Dans la nuit, c'est comme si les fourmis s'amusaient à quitter de mon talon pour marcher le long du tibia et venir creuser mes articulations du genou, c'est tellement douloureux* », il en ressort la pertinence avec laquelle la douleur perturbe son sommeil. Le sommeil pris comme processus de retrait libidinal dans la mesure où : « *nous déduisons que le sommeil est un état dans lequel toutes les énergies, libidinales aussi bien qu'égoïstes, attachées aux objets, se retirent de ceux-ci et rentrent dans le Moi. Ne voyez-vous pas que cette manière de voir éclaire d'un jour nouveau le fait du délassement procuré par le sommeil et la nature de la fatigue ?* » (Freud, 1923)

Le discours des amputés algohallucineurs montre qu'ils dorment peu ou mal : « *je n'arrive pas à dormir, aucune position ne correspond, je prends souvent le Fentanyl, mais avec le temps c'est devenu impuissant, c'est pourquoi je suis retourné à l'hôpital pour voir le docteur* » dit Amine. Par contre chez Youssouf, la douleur est tellement vive dans la nuit que « *quand je rêve, c'est atroce, je me vois être découpé en petit morceaux, et ma chair vive bouge sur le sol, c'est souvent mieux pour moi de ne pas dormir* ». Ceci évoque l'insomnie comme le moyen mis en œuvre pour empêcher que les rêves n'existent, par la suppression de la condition même de leur survenue, mettant l'accent sur le « refoulement » portant autant sur l'affect que sur l'activité onirique.

L'asthénie observé chez les algohallucineurs ne conduit pas au sommeil, au contraire, elle l'entrave et ne permet pas ainsi le retrait libidinal réparateur, elle laisse le sujet « entre deux », sur le seuil, pourrions-nous dire, entre le Moi et l'objet. Dès lors, il nous semble que la barrière du rêve ne peut jouer son rôle protecteur et la nuit, ce ne sont pas les fantasmes qui viennent tisser l'étoffe des rêves, mais des fantômes qui s'aventurent hors de leur crypte. La douleur devient un traumatisme renvoyant par l'angoisse de morcellement à des deuils non élaborés chez le sujet. Green (1976) a théoriser ce fonctionnement chez les sujets limites ou il montre que la barrière du rêve qui sépare l'inconscient du préconscient ou celle qui différencie un dedans et un dehors est défectueuse. Cette fragilité rend ces sujets susceptibles à une forme de dépression primitive qu'il nomme la « *psychose blanche* ». Cette dernière rendrait tout deuil impossible par le fait d'une non-symbolisation de l'absence. De son côté, Hassoun (1997) a mis l'accent sur la question de l'objet non perdu, puisque non advenu et a introduit un lien entre l'absence de représentation de l'objet et les conditions dans lesquelles a eu lieu le sevrage évoquant, en particulier, le cas où la mère s'est trouvée dans l'impossibilité d'assumer la perte du sein. Ces déploiements de sa pensée sur le sevrage se basent sur les idées de Lacan (1967) qui dit que l'imgo du sein maternel détermine dans le psychisme la relation du nourrissage qui

elle-même engage les sentiments les plus archaïques et les plus stables dans la relation du sujet à son environnement premier. Pour Hassoun (Op. Cit), le défaut de reconnaissance de l'objet empêcherait le sujet de formuler une demande puisque son désir rencontrerait des « *fins de non-recevoir plus que des objections...* ». Ce qui nous rappelle les propos d'Amine qui dit faire des cauchemars, mais dont le réveil brusque lui fait tout oublier, pourtant, il sait qu'il a fait des cauchemars, mais il ne s'en souvient plus du contenu.

Les difficultés de représentation de l'objet primaire chez les amputés algohallucineurs amènent à considérer que ces théorisations peuvent nous éclairer sur l'existence éventuelle d'une dépression. Il serait possible de penser la perte de l'élan vital comme l'équivalent d'une dépression à coloration mélancolique. Dans son fonctionnement, au repos, au sommeil et enfin au rêve. Le sujet dans son potentiel de création et de transformation des liens et des représentations, privée de cette ressource qui permet de la « soigner », fait montre d'une dépression essentielle.

Pour Pontalis (1977, p.60) « *rêver c'est d'abord tenter de maintenir l'impossible union avec la mère, préserver une totalité indivisée, se mouvoir dans l'espace d'avant le temps* », le rendez-vous serait encore manqué dans les algohallucinoses. Le fonctionnement des amputés souffrant d'algohallucinoses pourrait être appréhendé dans une dimension du « *manque à représenter* », où le sentiment d'avoir un corps, renverrait au sentiment douloureux et d'épuisement. Dans une perspective économique, le sujet est confronté à l'impossibilité qu'à le Moi de mettre en place son système défensif, capable de permettre la transformation des excitations brutes. Le Moi faisant donc face à l'effondrement, est relayé sur le plan psychosomatique par le corps qui maintient autant qu'il le faut, le fragile édifice psychique. Cet aspect de « *vide physique* », est abordé dans les algohallucinoses en s'appuyant sur l'état de défaillance des mécanismes de défenses qui fait que les situations pénibles soient prises, par dérivation possible comme des stratégies d'évitement, de décharge ou de repli. La faiblesse de défenses, et l'expression désaffectée font partie du tableau clinique de la dépression essentielle, dans laquelle il y'a rétention d'une partie de l'énergie instinctuelle (Marty, 1967). Ce modèle qu'on retrouverait également dans le fonctionnement des algohallucineurs, serait la résultante d'un freinage de l'expression motrice d'autant plus fort que les pulsions agressives sont réprimées. Ce système rétentionnel nous fait penser au modèle des névroses actuelles de Freud (1920), à la notion d'agir expressif de Dejours (1989), et à celle de dépression essentielle de Marty (1990), ce dernier étant décrit comme l'abaissement du tonus des instincts de vie au niveau des pulsions mentales.

L'amputé, pas seulement victime de la dépression des algohallucinoses, semblent aussi fatiguer et décourager les personnes de son entourage par le déversement de ses plaintes incessantes et par la force de l'exigence de soutien vis-à-vis d'elles. On se souvient que ces amputés se plaignent aussi de l'attitude de leurs entourages qui n'arrivent pas à croire en la véracité de leurs plaintes. Ces plaintes illustrent bien cet état accablant et étouffant, qui entraîne chez les soignants une sorte de « *négatif de la plainte* ». Marty considère ce fonctionnement comme une « *retenue des pulsions agressives* », une contre-identification. Cependant, c'est une identification massive à l'objet désirant, mais qui détruit par la douleur impose une sévère inhibition qui ne serait possible pour le sujet que par son activité motrice, organisé autour d'un refus de la passivité.

Toujours en suivant le fil de la pensée de Marty, Smadja (2000) met en exergue que la perte de l'élan vital et l'asthénie en tant que symptômes seraient le résultat d'un conflit pouvant être soit intrapsychique, soit entre le psychisme du sujet et son environnement. Ici, le défaut de passivité serait en rapport avec le fonctionnement psychique de deuil du corps, corps de travail, corps social, corps de tous les possibles, « *n'ayant vraisemblablement pas autorisé le développement d'un état de passivité plaisante chez le sujet* ». De plus, Smadja (2000) considère que sur le plan dynamique, le symptôme de la perte du tonus vient alors révéler en négatif ce qui se jouait sur la scène de l'hyperactivité comportementale antérieurement, c'est-à-dire, la répression de ses pulsions agressives. L'asthénie semble arriver aussi pour eux « en bout de course » et elle a partie liée avec la douleur rendant le repos impossible : « *C'est tellement frustrant, on veut dormir, on tombe de fatigue mais il y a cette douleur qui envahit . . .* » (Talla). La répression s'adresserait ici à l'affect, à la quantité d'excitation pulsionnelle, dont les voies de traitement, de satisfaction, se trouveraient barrées. Le défaut de liaison entre l'affect et la représentation ne permet pas le déploiement du processus de refoulement. Cette répression ne peut se situer sur le plan métapsychologique qu'en prenant comme référence le refoulement. Dans ces deux mécanismes, un contre-investissement serait en jeu, mais dans le refoulement il porterait sur la représentation alors que dans la répression il porterait sur les conduites et leurs effets corporels.

Le traitement de l'excitation par la répression se ferait, selon l'auteur, essentiellement dans le registre de l'emprise. L'un des aspects particuliers de l'utilisation de ces contre-investissements en emprise tient au fait que l'emprise, dans son usage ordinaire, vise à la conquête d'un objet de satisfaction, se met au service de la satisfaction : ici l'emprise joue à contre-emploi et se fait la complice d'une lutte contre l'excitation dans une folie d'auto-emprise

qui peut conduire à des dommages corporels graves. Dommages corporels directs, liés aux conséquences immédiates des conduites en question mais aussi consécutives au déséquilibre psychosomatique introduit par la dégradation du fonctionnement mental entraînée par la rupture avec le registre de la satisfaction (Denis, 1997). L'auteur ressort ainsi le lien entre la répression et les névroses de comportement qui Marty, se caractériseraient par une désorganisation progressive.

Bien présent chez l'amputé algohallucineur, la répression, mécanisme fondamental de « la vie opératoire », serait essentielle à leurs fonctionnements psychiques et relayerait le refoulement dès que celui-ci ne serait plus opérant. « *Je préfère ne pas en parler ... Je ne veux même pas y penser* » (Youssouf) sont les termes qu'on retrouve dans le discours de ces amputés algohallucineurs et dont la simple évocation du « *je ne veux même pas y penser* » induit l'action de penser, mais par la même rend compte de l'échec du refoulement en passant par la répression puis par une forme de dépression pour aboutir au final aux algohallucinoses (penser à la douleur et à ses traumatismes sous-jacents). Ce qui paraît particulièrement intéressant dans ce mode de fonctionnement est le caractère « dépressogène » de la douleur, car selon di on regarde dans le sens de Denis (1997), on pourrait dire que ce caractère dépressogène chez l'amputé algohallucineur rend compte de l'investissement en douleur, concentré sur l'endroit du corps amputé, et en raison de son caractère inapaisable, il crée les mêmes conditions économiques que celles qui sont produites par l'investissement dans le deuil. C'est dans cet investissement forcé que les douleurs contraignant le Moi entraîne son épuisement, la douleur devenu objet dépressif joue le rôle d'un véritable « trou noir » psychique. Mentionnons que certains patients en arrivent même au suicide. Nous notons que cette dépression chez l'amputé algohallucineur fait le lit d'une désorganisation somatique qui à son tour engendre la douleur et d'autre part, la douleur elle-même engendre un état d'épuisement du Moi qui aboutit à la dépression.

Dans ce même contexte, si nous situons l'amputation et toutes ses représentations dans le fonctionnement du sujet comme des traumatismes, nous pourrions envisager les algohallucinoses comme expression des procédés autocalmants. Ces derniers, théorisés par Szwed et de Smadja (2002) montrent que le sujet face à des traumatismes inélaborables, et non-inscrits psychiquement, a pour intention de répéter par le procédé autocalmant alors qu'un évitement est tenté par la négation du besoin d'aide d'un objet vécu comme désertique. Cet objet intériorisé comme un objet niant le sujet n'a pas fourni à celui-ci les moyens de penser son absence, ni permis que s'instaure une triangulation structurante. Ce qui invite à revenir sur les propos de Bintou « *Perdre mes jambes était pour moi le premier choc que je n'ai pas réussi à surmonter. C'est*

vrai ça fait des années, et chaque jour je me dis que ça va passer, mais en réalité, elle ne m'a jamais quittée ». Ce qui montre que dans les algohallucinoses, il pourrait bien s'agir d'une tentative de lier l'excitation, de maîtriser la dépression liée à l'absence et/ou aux difficultés de représentation de l'objet, mais nous sommes ici dans l'excès et non dans le calme. La douleur n'annule pas les effets de la relation à l'objet source d'excitations et, en ce sens, elle n'aurait donc pas de vertus autocalmantes. Nous sommes dans une tentative qui s'avère ratée. On pourrait envisager l'existence d'un masochisme qui aurait investi la douleur comme solution antidépressive mais cette « solution » n'ayant abouti au final qu'à une dépression sous une autre forme tout en épuisant le Moi au passage. Ce serait finalement une solution d'allure mélancolique à laquelle il s'est contenté, pourtant, cette solution attaque le Moi. L'introjection de l'objet perdu serait une façon pour l'amputé algohallucineur de continuer à exercer sa toute-puissance sur lui, mais une toute-puissance exercée par l'Idéal du Moi qui visiblement ne se limiterait pas à la « part » du Moi résultant de l'introjection, mais qui s'attaquerait au Moi tout entier et l'affaiblirait.

8.2.3. Algohallucinoses et précarité du Moi

Le fonctionnement psychique de l'algohallucineur rend compte d'une économie libidinale de pauvreté. Cette dimension économique ne doit pas nous faire négliger la dimension topique et dynamique. En effet, au regard de celui-ci, il est envisagé la lecture d'un conflit spécifique intra-narcissique entre le Moi et le Moi-Idéal. L'importance plus ou moins définitive du Moi-Idéal, qui ne devrait être qu'une formation transitoire, témoigne de difficultés narcissiques. Le Moi-Idéal devient une formation narcissique qui dicte ses exigences au Moi de l'amputé algohallucineur. Il témoigne d'une régression topique et d'une dédifférenciation de l'Idéal du Moi. L'idéal du Moi-Idéal étant la motricité « délivrée » de la zone érogène. Un Idéal qui écrase le Moi et l'entraîne par régression à devenir « sensorimoteur » exprimer par les douleurs nociceptives. Ce Moi sensorimoteur incarné par un Moi douloureux, est incapable de traiter par le refoulement les tensions pulsionnelles (Smadja, 2004). Ces dernières sont pour ce Moi, en raison de sa soumission aux exigences du Moi-idéal, une effraction narcissique, véritables attaques traumatiques non symbolisées, non symbolisables. Les exigences du Moi-Idéal commandant au Moi, au nom de la toute-puissance narcissique, l'évacuation par la motricité des excitations pulsionnelles et non leur refoulement : les voies l'opératoire sont ouvertes. La dynamique conflictuelle conduit à ce moment à des impératifs de conformité sociale, à des figures régressives du Surmoi et à un narcissisme de comportement, bien soulignés par Smadja (2004).

Souvent rejetés par la médecine et par leur entourage, les amputés souffrant d'algohallucinoses se perdent dans une quête de sens qui devient « *première défense contre la douleur. ... elle est vécue à nu, elle déchire sans nuance et rebondit souvent sur le découragement ou la dépression* » (Le Breton, 1995, p.171). De ce fait, si la douleur éfracte donc les limites du corps en le mettant dans un état de tension, le psychisme a lui aussi une limite à travers laquelle la douleur peut faire effraction. On remarque avec Pontalis (1977), que c'est ce modèle qui servi à Freud de rendre compte de la douleur physique et de la douleur psychique : « *Comme si avec la douleur le corps se muait en psyché et la psyché en corps* » (Op.cit, 261). Pontalis ressort qu'« *il arrive que la souffrance manifeste, bruyante, répétée, serve d'écran à la douleur. Certaines souffrances (...), n'auraient-elles pas pour fonction d'évacuer la douleur psychique ?* » (Op.cit, 267).

Les amputés algohallucineurs, qui taisent souvent leurs douleurs dans une forme de dépression masqué, expriment ainsi une forme de douleur morale que couvrent les sensations de douleurs physiques. C'est dire encore que, par l'expression des sensations de brûlures, de coups de poignards, des courants électriques, ou de coup de marteau ..., ces amputés extériorisent leurs douleurs morales ressentent. Et la forme que chacun d'entre eux donne à sa douleur n'est rien d'autre que la traduction de sa souffrance, en le faisant, la douleur physique couvre la douleur morale. Cette approche de la douleur physique explique à travers les algohallucinoses une fonction de continuité d'existence chez l'amputé.

En suivant Pontalis, il se pourrait que la douleur dans les algohallucinoses « face écran » à une douleur psychique impensable, contribue à un sentiment de continuité d'exister. En ce sens, cette douleur aurait plutôt un rôle organisateur et pourrait avoir partie liée plutôt avec Éros qu'avec Thanatos, même si la description que donne Mammie de la vie avec les algohallucinoses renvoie à « *mourir à petit feu* ». Chez l'amputé algohallucineur, on observe de rares moments où un espoir de guérison émerge ainsi que le refus de considérer d'éventuelles composantes psychiques de la maladie. D'après Anzieu, la douleur aurait une valeur d'appel pour obtenir l'attention, les soins, et l'amour des objets parentaux puisqu'Anzieu associe le masochisme à un déficit d'expériences précoces satisfaisantes. Dans ce contexte, « *S'infliger à soi-même une enveloppe réelle de souffrance est une tentative de restituer la fonction de peau contenant non exercée par la mère ou l'entourage : je souffre donc je suis* » Anzieu (1995, p.229). Ce qui justifierai le fait pour l'amputé algohallucineur de s'approprier une douleur et ses sensations avec avidité pour s'en faire un emblème narcissique.

Rappelons que comme tout processus corporel, les algohallucinoses sont investis par la libido (Freud, 1905). Cette coexcitation serait une réaction physiologique sexuelle sensori-

motrice qui accompagnerait toute manifestation corporelle ou psychique, y compris l'algohallucinoïse, dès qu'elle atteint un certain seuil. Elle trouve sa place dans la première théorie des pulsions intriquant autoconservation et pulsion sexuelle. Mais si l'algohallucinoïse dépasse un certain seuil, elle perd sa valeur excitante pour devenir traumatisante et sidérer le fonctionnement mental. M'Uzan dans ses réflexions sur le masochisme pervers, donne à la douleur une dimension d'individuation et de délimitation des frontières du Moi : « *Le sujet ne se soumet pas aux sévices douloureux pour jouir, mais pour s'éprouver et se reconnaître, sans savoir que la jouissance qui va en résulter lui est imposée* » (1972, p.45). On voit dans ces développements postfreudiens se profiler les enjeux défensifs du masochisme, certes, par rapport à l'angoisse de castration mais aussi vis-à-vis d'angoisses plus archaïques, déplaçant la problématique du masochisme de la dimension pulsionnelle-objectale vers une économie narcissique.

La notion d'affect douloureux se nuance dans la mesure que nous considérons, en suivant le chemin emprunté par Barbier (1991), que seule la douleur « fabriquée », par sa dimension psychique, aurait le statut d'affect alors que la douleur subie relèverait du non « psychisable » du physiologique. Dès lors, la douleur subie serait toujours en quête de sens, en attente de signification, dont le défaut l'accentue et la maintient. Chaque individu a sa manière de vivre la douleur et une « même » douleur n'est pas ressentie toujours de la même façon par le sujet car les dispositions psychiques dans lesquelles il se trouve ont un impact sur ce ressenti, venant de ce fait moduler sa perception et son expression. C'est de cette douleur brute que nous parle Ousman quand il dit : « *Actuellement j'ai de grosses douleurs sur le talon et le mollet qui m'empêchent de bouger ma jambe, quand ça commence comme ça, même pour me lever, il faut un certain temps* ». Bintou, elle se plaint des « *décharges électriques* » dans sa jambe.

Des plaintes des amputés algohallucineurs, émergent progressivement une amorce de sens qu'ils auto-élaborent pour leurs souffrances, car comme le dit Youssouf : « *Vivre avec ces douleurs est un combat de tous les instants. J'ai un caractère très fort, heureusement je crois, sinon je n'aurais pas eu la force de me battre durant toutes ces années, pour gérer tous les problèmes* ». Talla lui aussi présente sa douleur comme « *encore une épreuve de plus à vivre, sauf que j'ai beau retourner le problème dans tous les sens, il n'y a pas de solution, juste des petites astuces pour souffrir moins. Je suis quelqu'un d'optimiste, j'aime travailler, je fais plein de choses à la maison, et quand je ne fais rien, c'est là que j'ai beaucoup mal* ». Par contre, si le fait d'être actif permet à Talla d'oublier ses douleurs, Amine quant à lui en paie le prix de son activité, dira-t-il : « *Quand je sors, que j'en fais trop dans la journée mon corps me le fait payer. Le soir quand je me pose, je ressens mes muscles comme froids, les douleurs sont terribles et*

le lendemain je n'ai pas d'autres choix que de me reposer. Ça aussi c'est dur, on se sent diminué ».

Si les hommes ont tendance à plaindre l'existence, leurs inactivités et leurs impuissances actives, les femmes semblent par contre orienter leurs plaintes vers des douleurs plus profondes, antérieures, et qu'elles extériorisent par les algohallucinoses. C'est ainsi qu'on verra Bintou se plaindre de ceux qui lui ont fait du tort par le passé, et même si elle se tait de les identifier, elle les reconnaît comme appartenant au passé. Dit-elle « *j'en veux encore plus à ceux qui m'ont fait du mal par le passé. Je me dis que c'est leur faute tout ça. J'ai encaissé les coups et aujourd'hui je dois encore payer, alors qu'eux, ils vivent bien. Je ne leur souhaite pas de mal, non ! Au contraire ! Ce n'est pas juste. Je suis quelqu'un qui a un gros cœur* ». Mammie pour elle, se réfugie dans son rôle de victime qui : « *laisse les gens me blesser et me faire du mal, et moi j'ai toujours peur de blesser les autres, c'est pour ça que je ne me révolte pas car je sais que ça me ferait encore plus de mal, alors je ne dis rien ce qui ne m'empêche pas de voir les choses.* »

8.2.4. Algohallucinoses et réflexions sur le masochisme

À l'écoute des mots comme : « *je ne sais plus, ... je ne comprends pas, ... je ne me souviens pas* » ou encore « *j'étais à bout comme au bord du gouffre, ... je n'en pouvais plus* » récurrents chez les amputés algohallucineurs, il est évident que ce qui s'entend est un « *moment qui échappe* » à la conscience, un moment difficilement mémorable et pour lequel les mots manquent. L'image du Moi, renvoyant à celle d'un Moi troublé, au sens propre, par un double traumatisme, dont l'un est celui de l'amputation et l'autre de la douleur. Ce double traumatisme agit sur les limites, laissant surgir un fort sentiment d'étrangeté et l'incertitude sur son identité. C'est le caractère révélateur des algohallucinoses, dont l'expérience s'origine dans une familiarité non (re)connue, dans l'émergence de « souvenirs du Moi-corps » qui, sous le coup de mécanismes de défense situés plus du côté du de la répression et clivage que du refoulement, n'arrivent pas à réguler l'économie psychique en jeu dans le conflit. « *L'inquiétante (douleur) serait quelque chose qui aurait dû rester dans le monde du caché et qui est venu au jour* », écrit Freud en 1919, p. 175. L'algohallucinoïse est une issue face à l'expérience traumatique de deuil et de dépersonnalisation.

On observe dans les algohallucinoses une dépersonnalisation qui aurait pour effet d'extraire le sujet d'un trauma actuel en lui faisant revivre une situation traumatique ancienne, signant la réactualisation traumatique d'une blessure narcissique qui provoque une détresse en paralysant l'appareil à penser. « *L'émergence des signifiants langagiers révèle la psyché en quête de représentations : à la recherche de scènes, de fantasmes, de mots, c'est-à-dire, à la*

quête d'un sens » (McDougall. 1996, p. 210). Le caractère énigmatique des algohallucinoses marque davantage l'absence du corps, et le manque de sens de la souffrance, révélation que signe le caractère hallucinogène de la douleur. De leurs vécus, les amputés algohallucineurs semblent se maintenir au bord de l'effondrement, entretenant la crainte de se voir spontanément et soudainement être confronté la douleur. Dira Amine « *Quand je suis à certains endroit pour un petit travail ou une exposition par exemple, comme je fais dans l'art, j'ai constamment peur que « ça recommence* » ». Ou « *J'ai ce vieux reflex à vouloir constamment gagner ma jambe pour la maintenir dans une certaine inertie de peur de réveiller les douleurs par un mouvement brusque* » (Ousman).

En situation clinique, ce type de masochisme se manifeste sous le couvert d'un fort sentiment de culpabilité, qui sous-tend le besoin inconscient d'être puni. Ce qui selon Freud (1924) montre qu'il existe dans le masochisme moral un sentiment de culpabilité généralement inconscient, détaché de la sexualité, et où ce qui importe est la souffrance elle-même. L'algohallucineur se créerait ainsi inconsciemment une souffrance qui trouvera sens dans la réaction thérapeutique. C'est pourquoi Nacht (1965) dit que la réaction thérapeutique négative serait paradigmatique au masochisme moral. L'échec thérapeutique aurait renforcé la chronicité douloureuse de l'amputé et aurait également renforcé le besoin d'objectivation de la douleur. Bien sûr attitude inconsciente qui fonde chez l'amputé algohallucineur l'expression de son masochisme moral.

Le masochisme telle que décrit Freud (1924), peut s'exprimer selon formes différentes du même masochisme (le masochisme érogène, le masochisme féminin et le masochisme moral). Nacht (1965, p.5) quant à lui définit le masochisme comme « *un état névropathique caractérisé par la recherche de la souffrance* » Cette souffrance pouvant être corporelle ou morale. Rosenberg (1982) décrit deux types de masochisme, l'un masochisme érogène primaire « *gardien de la vie* » et l'autre masochisme mortifère. Le premier issu de ce processus d'intrication de la pulsion de vie et de la pulsion de mort, serait le noyau constitutif du Moi archaïque. Il permettrait, à des stades précoces du développement et face à la détresse primaire, de supporter le déplaisir de l'ajournement de la satisfaction et autoriserait ainsi l'avènement d'une satisfaction hallucinatoire du désir, à partir de laquelle la vie fantasmatique devient possible. Ainsi, la psyché « *procédera à la métabolisation de l'énergie en désir en proposant au Moi le déplaisir comme objet de désir* » (Rosenberg, 1982, pp. 41-95).

Selon Nacht (1965) le masochisme serait l'œuvre du Surmoi qui aurait ici pour rôle de préserver le sujet de l'angoisse de castration. Dans cette approche, le masochisme ne serait nullement la recherche de la souffrance comme source de plaisir mais correspondrait à une

défense contre cette agressivité vers le sujet lui-même, retournement généré par la peur que ressentirait l'amputé algohallucineur à l'égard de ses propres sentiments haineux. Comme le rappelle Talla, « *le plus dur est souvent de savoir qu'on ne peut rien faire pour toi, il faudra l'accepter et baisser les bras, ou faire comme s'il y-a toujours un espoir qui existe devant* ». Ainsi, « *le masochisme s'hérige ici comme une variante d'un mécanisme de défense qui fonctionnerait en déplaçant sur un champ non génital des mouvements pulsionnels toujours arrimés au conflit œdipien. Le masochisme permet ainsi, dans un tour de passe-passe de maintenir l'investissement libidinal œdipien dans le sens où à travers la souffrance le sujet s'autorise inconsciemment des plaisirs défendus autrement* » (Nacht, 1965, p. 71). Pour Rosenberg (1982), le masochisme moral permet une issue lorsque le traitement névrotique de la culpabilité échouerait. Les visées apparemment non objectales du masochisme moral dissimuleraient la resexualisation des relations d'objet et rendrait supportable une culpabilité excessive par l'érotisation masochiste. Dans cette logique, le masochisme est ce qui permettrait aux amputés algohallucineur de supporter la souffrance et d'avancer, au-delà de l'étendue de la douleur physique ressentie.

Avec Green, il faut penser l'algohallucinoïse comme expression de la narcissisation de la souffrance de l'amputé. Green (1993) présente les rapports entre masochismes et narcissismes qui s'origine dans les situations difficiles, où il est question du vide, du blanc et de la destructivité, ce qui repose sur le concept de pulsion de mort introduit par Freud en 1920. Selon Green (Op.cit), on peut dire que chez l'amputé algohallucineur, il existe une déqualification objectale, car le corps qui était visé via l'accomplissement de la souffrance est délaissé au profit de l'investissement de la souffrance elle-même. On parle alors d'une narcissisation de la souffrance, c'est ce qui justifie l'impuissance des thérapies entreprises jusqu'à présent pour faire disparaître les algohallucinoïses chez l'amputé. Si on peut considérer les algohallucinoïses comme narcissisation de la souffrance chez l'amputé selon Green, cette narcissisation de la souffrance est ce que Rosenberg (1982) qualifiait de masochisme mortifère. Selon ces auteurs, la souffrance du sujet s'inscrit autour de la pulsion de mort. On pourrait donc dire que dans le cas des algohallucinoïses, la seule sensation de douleur (excitation corporelle) hallucinatoire ou réel, entraîne le plaisir recherché. La non objectivation de la douleur par le personnel médical entraîne un glissement du plaisir de la satisfaction et ses visées objectales vers un plaisir de l'excitation. C'est encore dire que par les sensations douloureuses ressenties au niveau du membre amputé, le sujet recherche à revivre la relation avec son membre amputé, la production des sensations corporelles sur cette partie du corps est pour lui le moyen de vivre cette relation, et de se réjouir du corps jadis présent. Dit Bintou, « *il m'arrive souvent de me perdre dans mes*

pensées, je me revois quand j'avais ma jambe, j'étais une femme travailleuse, et quand je pense à cela, j'ai mal plus que tout. Me voici aujourd'hui, cette douleur continue de me pourrir la vie, et j'arrive plus à rien faire ». Ce discours est très proche de celui d'Amine qui dans ses moments de solitude et de difficultés à se mouvoir, se rappelle de son passé, dit-il « *La douleur est très intense quand souvent je pense à quelque chose que je pouvais faire et qu'aujourd'hui je n'arrive plus à faire* ». Les algohallucinoses ressenties lors des moments de nostalgies, prélude à la culpabilité, semblent être pour eux le moyen de se punir de cette impuissance à agir, de ce corps qui est source d'incapacité, de faiblesse, et de perte. C'est ce qui justifiera l'intensification des sensations douloureuses lors de ces états.

On note par le besoin constant de consultation chez l'amputé algohallucineux, le besoin d'objectivation de la douleur, qui comme dit plus haut, permettra au sujet de rendre réel sa douleur. Il multipliera pour ce fait les visites médicales, et les thérapies, même si l'objectif visé n'est pas la guérison, car la guérison emportera avec elle le sentiment inconscient de continuité d'exister du membre amputé. Ce qui justifie pourquoi l'observance thérapeutique chez ces patients amputés algohallucineux n'a jamais été menée à termes. Ils ont toujours trouvé la justification nécessaire pour abandonner la thérapie, et quelques temps après consulté à nouveau pour le même problème, lorsque les douleurs deviennent ravageuses, dit Talla. La recherche du corps perdu par la sensation de douleur sur cette partie du corps à entraîner la recherche du maintien d'un plaisir dû à la simple sensation douloureuse. Ce masochisme qui aurait trop bien réussi serait l'effet d'un dysfonctionnement important du masochisme primaire. Les conduites extrêmes autodestructrices et perverses constitueraient des tentatives de remédier aux insuffisances de structuration du noyau masochiste originaire. Déssexualisation et désinvestissement de la relation d'objet amènent ici bien loin d'une approche où les enjeux se situeraient dans la relation œdipienne et la crainte de la castration. C'est ainsi qu'il serait plus important pour l'algohallucineux de ressentir sa douleur, de la faire exister, et de redéfinir son existence sans cette douleur. C'est un processus typiquement inconscient car avec cette importante disqualification, l'amputé algohallucineux qui visait la continuité de l'existence se transformerait en masochiste pervers et à ce moment où la continuité d'exister par le sentiment de présence du membre amputé laisse place au plaisir de vivre la douleur du membre, nonobstant l'idée première de relation au corps perdu par l'entremise de la douleur comme moyens d'excitation corporelle. L'algohallucinoïse perdant sa valeur de signal, sentiment de fonctionnement et d'existence du membre, se met au service de la pulsion de mort, et devient auto-destructeur pour le sujet.

Afin de maintenir cette fonction masochiste, l'algohallucineur, ne cesse de multiplier des consultations, d'observer des thérapies, tant pour objectiver sa douleur que pour soulager sa culpabilité morale de jouir de la douleur. C'est pourquoi la situation clinique dans la prise en charge des algohallucinoses est délicate, car son échec comme ici présenté par ces sujets, peut faire émerger le masochisme moral. L'algohallucineur se trouve ainsi dans une dualité douloureuse entre la frustration liée à l'étrange du caractère douloureux des algohallucinoses, tant pour lui que pour le personnel soignant, ainsi que la culpabilité ou le masochisme qui en résulterait de l'idée de punition ou d'une faute commise.

8.2.5. Place de la tradithérapie dans la prise en charge des algohallucinoses

La façon dont les algohallucinoses sont classifiées selon une nosologie populaire et partagée conditionne le recours que l'amputé algohallucineur et son entourage ont engagé pour lutter contre elle, pour tendre à la guérison et favoriser le soulagement et l'adaptation. Cette étiologie conditionne alors le traitement choisi ou l'attitude adoptée dans le soulagement des algohallucinoses. C'est pourquoi on verra des tradithérapeutes appliquer avec des feuilles d'arbres chauffés des massages sur le moignon. La classification dans cette démarche est la première étape pour l'amputé et c'est également à son entourage de donner un sens à ses algohallucinoses. C'est au contact des praticiens (médecins, guérisseurs) que l'étiologie sera confirmée ou infirmée, que le diagnostic populaire sera renforcé ou remis en question. La quête de sens se fait plutôt chez le guérisseur, dans les cas de mauvaises actions, de transgression et de mauvais agissements. On ira le consulter pour connaître le sens de la souffrance et répondre aux questions ontologiques du « *Pourquoi moi ? Qui me veut du mal ? À cause de quoi je me suis retrouvé dans cette situation ?* ».

Indépendamment de la société et de l'éducation, la tradition semble être une force puissante dans la vie de l'homme en Afrique. Les africains croient en l'existence du malin ou de celui qui apporte le mal en utilisant ses agents tels que les « *mauvais esprits* », les « *sorciers* »... Au Cameroun, où comme dans la plupart des pays africains, la population se caractérise par sa grande diversité ethnique et aujourd'hui religieuse. Au sein de cette diversité, se dégage un point commun à toutes les populations, il s'agit d'une conception des rapports, entre le monde des humains et celui sacré, des esprits ancestraux, des divinités et des génies. L'homme, terrorisé par les forces de la nature, attribue à une force extérieure tous ses malheurs et fait appel à une explication « surnaturelle » dans la tentative de compréhension de l'origine de tous ses maux.

Il est vrai que de nos jours encore en Afrique, les origines d'un trouble sont toujours attribuées à un tiers persécuteur. La culture de la persécution alimente encore les croyances et les attitudes paranoïaques des patients qui souffrent de douleurs chroniques. Il faut à tout prix trouver une cause dans sa promiscuité immédiate, est l'action d'un esprit, d'un ancêtre ou d'un homme. Dans tous les cas, la problématique qui en résulte au regard de la symptomatologie des algohallucinoses (maladie des dieux...) est médiatisée par un tiers (la famille, le guérisseur, ou un homme religieux ...) à qui il appartient de trouver la solution rassurante. À l'occasion d'un événement douloureux et traumatisant comme l'amputation, des mécanismes de redressement traditionnels sont en général mis en œuvre, pour soustraire l'individu de la douleur, dans laquelle il s'enfonce progressivement, et ceci est fait par des sacrifices, des consultations chez le guérisseur, rites.... Cependant ces mécanismes peuvent s'avérer impuissants à apaiser le sujet. C'est ce qui justifie à ce moment le retour vers la médecine dite moderne. Comme le dit Docteur C, « *Ces patients qui ne veulent pas se défaire de leurs médecins et attendent de lui la solution miracle sont en majorité ceux qui ont déjà essuyer d'énormes déception du côté de la tradithérapie, nous passons à leurs yeux à ce moment comme ultime espoir, or ce n'est jamais sûr avec ce genre de patients de réussir un traitement dès le premier essai, ils ont déjà endurcit la douleur à leur fonctionnement et nous, nous sommes là pour décrouter, ce qui demande nécessairement du temps et de la patience* ».

La douleur, qu'elle soit psychosomatique, psychiatrique ou organique va entraîner projection et inversion des mauvais souhaits dans un contexte d'idées, d'accusation et de persécution, dirigés contre une tierce personne. La persécution colore encore la vie (presque quotidienne) de l'Africain, et il la vit sous un mode interprétatif « délirant » ou « culturel ».

L'algohallucinoïse trouble l'ordre socio-culturel, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique, mental ou spirituel, ce que Mayi (2010) nomme le Ka, le ba et le sa. Elle est éprouvée par l'individu en « souffrance », proposée par sa famille, et mise en forme par le guérisseur qui se doit de dénouer la douleur, de la rendre visible et de la faire estomper. La dimension visible et invisible trop souvent manipuler dans l'univers africain pour expliquer les dysfonctionnements se retrouve également dans l'explication que les tradithérapeutes en font des algohallucinoses.

Un guérisseur m'avait dit que j'ai trop mal parce que mon pied qu'on a coupé est en travail intensif dans un autre monde, l'accident qui a valu mon amputation n'était qu'un alibi à un sorcier pour prendre mon pied, et qu'il a revendu par la suite à un footballeur. Ce footballeur utilise mon pied à chaque match qu'il joue, raison pour laquelle tous les bobos qu'il reçoit, c'est moi qui les ai, ne les récents, étant donné que c'est mon pied et qu'il est encore connecté à moi par mon esprit. Il devait donc travailler afin de me déconnecter de ce pied et faire en sorte qu'il ne soit plus utile à son nouveau propriétaire (Ousman).

Face à l'impuissance médicale traditionnelle à procurer soulagement aux algohallucinoses, les patients se doivent de se réadapter dans un nouvel environnement, celui de la médecine moderne, en perpétuelle mutation. Le médecin dans un premier temps va revêtir l'habit du tradipraticien, en empruntant son discours d'interprétation. Le patient veut de lui des réponses immédiates qu'il ne peut souvent donner, la situation clinique, cadre où toutes les hostilités sont diluées, devient pour le patient un milieu rassurant où toutes les solutions et où tous les compromis deviennent possibles. Le médecin, dans un syncrétisme particulier de la blouse blanche et, maîtrisant la science de l'homme blanc et les secrets de la vie est pour l'amputé algohallucineux, celui qui doit apprivoiser ses douleurs, et ainsi l'aider à vivre de manière adaptée à son nouvel environnement. Certains patients, continuent néanmoins à concilier toutes les possibilités thérapeutiques dans l'unique objectif de faire disparaître ces douleurs, dira Amine « *je ne néglige aucun côté, que ce soit l'hôpital, le village ou l'église, je cherche partout* ».

On peut alors comprendre que le bon thérapeute est peut-être celui qui adhère aux croyances traditionnelles, le médecin ne propose pas une origine « sorcière » de la souffrance. Aussi, lorsqu'on a l'impression que tout chavire, que la médecine moderne n'arrive pas à trouver des solutions, ou lorsque les problèmes existentiels entraînent souffrance et désarroi, on se tourne vers ceux qui peuvent apporter un apaisement moral et émotionnel, vers ceux qui proposent toujours une solution, le tradipraticien et/ou le pasteur.

A travers ceci, on voit que les algohallucinoses sont traditionnellement perçues comme une attaque, une diminution physique qui requiert des sciences surnaturelles et occultes, et celles des guérisseurs ou de sorciers pouvant déterminer la cause du mal, et remettre l'harmonie dans le système perturbé. Un guérisseur traditionnel doit être une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle il vit, comme compétent pour rétablir la santé grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales et d'autres méthodes... Dans la compréhension que se font les traditionalistes des algohallucinoses, il existe dans l'univers de l'amputé quelque

chose qui serait de l'ordre de « *l'inachèvement du Moi individuel qui conduit à la "labilité", la "désorganisabilité" et à un état de dépendance vis-à-vis des conditions du milieu, comme des pulsions, l'unité personnelle n'est pas constituée par l'individu, mais par le groupe lui-même entièrement dépendant de l'unité ancestrale* » Gressot (1955, p.70). Freud (1921, p.17) nous rappelle également que « *dans la vie psychique de l'individu pris isolément, l'Autre intervient très régulièrement en tant que modèle, soutien et adversaire, et de ce fait la psychologie individuelle est aussi d'emblée et simultanément, une psychologie sociale, en ce sens élargi mais parfaitement justifié* ». Cette psychologie dite des foules traite donc de l'homme isolé, en tant que membre d'une lignée, d'un peuple, d'un clan, d'une caste, d'une classe, d'une institution, ou en tant que partie d'un agrégat humain qui éprouve le besoin de s'organiser en foule pour un temps donné, dans un but déterminé.

CHAPITRE 9 : DISCUSSION, OUVERTURES ET RECOMMANDATIONS

Dans cette partie, il est question de conduire une discussion qui nous permettra de vérifier nos hypothèses de recherche en confrontant les données issues des entretiens aux données théoriques.

Cette recherche pose le problème de « *l'influence de la clinique de la pensée opératoire sur la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses* ». De l'opérationnalisation de l'hypothèse générale qui est : « *La clinique de la pensée opératoire a une influence sur la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses* », nous avons ressorti deux hypothèses de recherches se présentant comme suit :

HR1 : « *La nature de la relation transféro-contre-transférentielle peut influencer la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses* ».

HR1 : « *L'investigation clinique des algohallucinoses peut influencer la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses* ».

Il sera question dans la suite de ce travail de vérifier ces hypothèses

9.1. VERIFICATION DE HR1 : « LA NATURE DE LA RELATION TRANSFÉRO-CONTRE-TRANSFÉRENTIELLE PEUT INFLUENCER LA GESTION DE LA DOULEUR CHEZ L'AMPUTE SOUFFRANT D'ALGOHALLUCINOSES »

Comme dans les autres formes de somatisation, dans les algohallucinoses, le corps est un espace privilégié de mise en scène des traumatismes inconscients et du retour du refoulé. Il donne à voir et à comprendre ce que tait la parole et ce qui se soustrait à la conscience (Freud, 1915). L'usage du corps dont fait l'algohallucineur est riche de sens, et sa compréhension s'étend au-delà des cultures et des sociétés. Elle interpelle une plurielle de science telle que la psychanalyse, la neuroscience, la psychosomatique, la phénoménologie, et aujourd'hui l'handicapologie.... Si la conversion, depuis Freud, spécifie les manifestations corporelles de l'hystérie, certains symptômes corporels se situent en deçà, du côté de l'aversion, du rejet essentiellement sexuel, d'autres au-delà car ils s'apparentent à des troubles neuro-végétatifs à

proximité de perturbations somatiques. C'est ainsi que l'algohallucinoïse est assez complexe, tant dans sa logique étiopathogénique que dans sa prise en charge. On comprend dans ce contexte que l'échec thérapeutique soit considéré pour l'amputé algohallucineur comme élément renforçant sa souffrance, révélateur de l'impossibilité de soulagement et de continuité de souffrance.

Dans la pratique médicale au Cameroun, les consultations pour algohallucinoïses sont rarement observées. Malgré cela, c'est auprès des médecins et des tradithérapeutes que les patients recherchent soulagement.

L'algohallucinoïse, langage du corps douloureux absent, est l'affect qui se fait action dans l'innervation. L'amputé, par ses plaintes, exprime la jouissance de sa souffrance, souffrance qui pose le problème du plaisir de la souffrance proprement masochiste dans certains cas. On pourrait aussi la penser comme liée au rejet violent du désir inconscient issu du traumatisme de la perte et réactualisation des traumatismes précoces. Enfin, il faut mentionner ici qu'une douleur dépressive essentielle est sous-jacente chez certains patients tandis qu'une mélancolie est observée chez d'autres. De même les phénomènes transféro-contre-transférentiels analysés permettent de décrire chez l'algohallucineur un fonctionnement opératoire, qui prédétermine la difficulté relationnelle dans le processus thérapeutique.

Le parcours de soins de l'amputé algohallucineur montre qu'il a été à de maintes occasions exprimées auprès des institutions médicales, mais non entendue. Les douleurs bien que fantômes qui pouvaient être apaisées par l'éducation.

Le personnel soignant, dévoués à prodiguer les soins aux patients, encaissent durement, au travers de leurs mauvaises conditions de travail, tout l'épuisement de leurs plannings contraignants, mais aussi de leurs tâches rendues de plus en plus complexes, et où l'erreur professionnelle, les faux diagnostics et les extrapolations les guettent à chaque instant. Et comme ils le disent « *Le déni et le mépris de nos compétences, expériences et capacités nous entraînent vers l'enterrement de nos professions et ce sont les patients qui en font les frais* » (Docteur C). Ceci permet de mieux cerner les raisons de l'errance des patients d'une part, et de l'échec thérapeutique récurrent des soignants d'autres part : elles se concentrent autour du manque. Les soignants évoquent le manque d'effectifs, le manque du temps, le manque d'équipement et d'outils d'investigation

adaptés aux plaintes des patients, le manque de structures de prise en charge des douleurs en particuliers des douleurs chroniques et des psychalgies. Tous ces manquements les placent dans une situation particulièrement difficile, étant donné que leurs expertises se retrouvent infructueuse, insuffisante, souvent mise en doute ou contestée. Afin de faire face à l'hostilité du patient, ils se retrouvent de plus en plus contraints de faire abstraction de leurs émotions et sentiments.

Les algohallucinoses, répondant à la nosographie clinique de la douleur chronique psychogène, s'installent généralement suites à des traumatismes d'interventions médicales mineures ou majeures. Elles prennent une place prépondérante dans la vie de l'amputé qui en vient à centrer sur lui tous ses intérêts, et ne peuvent être corrélées à aucune pathologies organiques avant l'acte chirurgical de l'amputation, ou alors peuvent se développer après amputation comme forme d'expression des traumatismes précoces refoulés.

Pour les médecins, les algohallucinoses, corrélées à des douleurs pré-amputatoires réactualisées par la mémoire douloureuse, sont classées comme des douleurs neuropathiques. Cependant, elles sont appelées à disparaître avec le temps, mais dans le cas où elles sont l'expression manifeste des traumatismes refoulés, elles sont considérées comme des douleurs psychogènes qui s'expriment sous mode de conversion. De toutes les façons, que ce soit due à une douleur pré-amputatoire, ou à une conversion, les algohallucinoses entraînent chez l'amputé de profondes souffrances. C'est ce que révèle le tableau clinique des amputés souffrant d'algohallucinoses, car celui-ci est mal connu du cercle médical camerounais et mal accepté par les patients qui en souffrent. Ce qui rend d'entrée de jeu difficile la relation thérapeutique, qui se veut pour sa réussite, être bâtie sur une relation transférentielle et sur l'expertise technique du médecin dans l'investigation clinique. De ce fait, la clinique des algohallucinoses ne peut se comprendre qu'à travers la compréhension des acteurs qui en constituent son cadre clinique.

Dans chaque relation thérapeutique, se trouve chez le patient un mode de relation qu'il entretient avec sa douleur, et avec son thérapeute, cette singularité doit être prise en compte dans la pratique clinique, car elle permet la compréhension des mécanismes qu'élaborent le sujet dans la gestion de sa douleur. Dans ses débuts, le patient est

confronté à des symptômes qui lui semblent étranges et l'incompréhension qui entoure ce diagnostic le rend encore lourd à porter. Il se dit qu'on s'est mépris sur la nature de son mal, s'offusque à l'idée d'être pris pour un malade imaginaire. « *Au début, j'étais plus folle de savoir que je ressentais des choses qui n'existent pas* » Mammie, ou encore Amine qui dit « *C'est très difficile de dire exactement ce qui s'est passé, car la frayeur que j'ai eu de devenir fou à faillit me rendre fou, je me suis convaincu que je ne devenais pas fou quand j'ai constaté que ce n'était qu'au niveau des douleurs que je ressentais des choses et dont on disait être dans ma tête, tout le reste était normal* ». Youssouf dit également qu'il a jubilé le jour qu'il a appris que ces douleurs avaient un nom.

L'effraction de la douleur dans l'histoire vécue de nos sujets les confronte à une expérience affective impérieuse et vitale. Dans l'espace clos de leurs consciences brutalement obscurcie par leurs souffrances, ils doivent faire face à des affects qui engagent directement leurs vies sous toutes ses dimensions organiques et psychiques : l'angoisse, la douleur, la limitation fonctionnelle, la perte d'une partie de sa vie sociale.... Dans cette rupture, ils sont seuls face aux bouleversements somatopsychiques qui ponctuent dorénavant leurs vies. Ils revivent en boucle les détails de l'histoire de leurs douleurs, et ils la décrivent minutieusement, bien que ce soit dans un discours stéréotypé, récité par cœur, puisque si souvent répété auprès du personnel médical, qu'il se termine par une réflexion dont eux même ne perçoivent pas l'aspect paradoxal. Même les soignants se plaignent de ces discours qu'ils répètent et qui n'aide souvent pas trop dans la compréhension de leurs douleurs. Mais eux les amputés, ils s'attendent qu'à chaque consultation, une nouvelle démarche thérapeutique soit mise en place, puisque toutes les autres tentatives thérapeutiques ont été vouées à l'échec.

L'observation des sujets amputés souffrants d'algohallucinoses nous montre que l'expérience douloureuse dans les algohallucinoses est très irrégulièrement partagée entre eux. Si certains ont une conscience aiguë de ce qu'ils perdent dans la douleur, d'autres au contraire, et c'est là une observation qui ne cesse de nous étonner, saluent l'avènement de cette douleur comme un sauvetage psychique. Ce paradoxe psychosomatique ne nous paraît élucidable qu'au regard de toute l'étendue de l'histoire psychique du sujet, comprenant aussi bien le temps premier de la rupture, celui du surgissement de la douleur, que le temps ultérieur des réaménagements psychiques et somatiques, mais aussi, et peut-être même surtout, le temps d'avant l'état de souffrance. L'approche phénoménologique des faits pathologiques montre à travers les travaux de Canguilhem et de Goldstein au milieu du XXe siècle que :

Le problème des structures et des comportements pathologiques chez l'homme est immense. Un pied-bot congénital, un inverti sexuel, un diabétique, un schizophrène posent des questions innombrables qui renvoient finalement à l'ensemble des recherches anatomiques, embryologiques, physiologiques, psychologiques. Notre opinion est cependant que ce problème ne doit pas être divisé et que les chances de l'éclairer sont plus grandes si on le prend en bloc que si on le découpe en question de détail.

Ce qui montre que la vie est une activité polarisée et qu'il existe chez tout vivant et en particulier chez l'humain une capacité normative, c'est-à-dire une capacité à instaurer de nouvelles normes en réponse aux modifications permanentes, tant du milieu interne à l'organisme que du milieu externe, celui de l'environnement. Ce qui différencie pour Canguilhem le sujet sain du sujet malade, c'est précisément la perte de la capacité normative chez le malade. Le sujet en bonne santé conserve une créativité chaque fois renouvelée face aux fluctuations de la vie, l'handicapologue dira qu'il actualise sa fonction d'adaptabilité, alors que le malade, quant à lui, se trouve rétréci dans le champ de ses possibilités adaptatives, on parlera de vulnérabilité et de handicap. Cette conception rejoint l'observation de nos sujets algohallucineurs que Freud (1914) avait déjà indiqué, par le retrait des investissements objectaux dans l'état douloureux et leur régression vers le Moi et le corps douloureux. Dans cette conception dynamique de l'état d'algohallucinoïse, la notion de transformation individuelle joue un rôle primordial dans la compréhension des faits pathologiques sous-jacents. « *Il faut commencer d'abord, dit-il, par comprendre le phénomène pathologique comme révélant une structure individuelle modifiée. Il faut toujours avoir présente à l'esprit la transformation de la personnalité du malade.* ». Cette transformation somato-psychique est compréhensible dès que l'on considère l'existence chez nos sujets des réactions catastrophiques. On comprend alors chez eux des modifications de la personnalité, dans le sens d'un rétrécissement général des investissements objectaux, évocateurs d'un état opératoire.

La clinique du vécu opératoire dans la recherche diagnostic du patient souffrant d'algohallucinoïse doit s'investir sur deux problématiques telles qu'observées chez nos sujets et régulièrement observées dans la clinique de la douleur chronique somatoforme. La première est celle du trauma, la seconde est celle des déformations de la structure du Moi.

De ce phénomène étrange qu'est l'incapacité pour les patients de mettre des mots sur leurs douleurs, il en ressort une nécessité d'établir la relation qu'ils ont avec cette expérience douloureuse, sachant que nous pouvons l'aborder sous deux angles. L'un de nature économique faisant ressortir la fatigue et la perte d'énergie, et l'autre de nature plus qualitative insistant sur la neutralité. La disjonction soulignée chez nos patients entre les mots et les affects, ici

douloureux et dépressifs, révèle non seulement sur la nature des affects mais aussi sur celle des représentations de mots.

Némiah et Sifnéos, ont décrit à la fin des années 1960 un syndrome psychopathologique qu'ils ont appelé alexithymie. Il s'agit d'une forme de pensée retrouvée chez des patients atteints d'affections somatiques graves. Cette forme de pensée n'est rien d'autre que la version américaine de la pensée opératoire. L'incapacité pour les patients de mettre des mots sur leurs affects constituait le trouble nodal de cette forme de pensée. Ce chemin ouvre en retour une perspective nouvelle sur la clinique de la pensée opératoire. Si les amputés ont eu tant de mal à définir leurs algohallucinoses à partir des affects, c'est pour une raison qui apparaît ici évidente la présence d'une symptomatologie dépressive essentielle qui masque tout affects douloureux. Cela revient à dire que décrire la pensée opératoire, c'est d'abord décrire la dépression essentielle au sein du fonctionnement mental, car la déformation que représente la pensée opératoire est indissociable du destin particulier des affects d'où s'origine l'expérience dépressive essentielle.

La pensée opératoire décrite par Marty (1963) procède d'un large mouvement de désorganisation psychique ou d'un état d'inorganisation primitif. Dans sa conception évolutionniste, la pensée opératoire n'est pas une défense du Moi. Elle est le Moi dans sa phase ultime de désorganisation. Du point de vue pulsionnel, le courant de désorganisation s'apparente à un vaste et graduel mouvement d'effacement des formations psychiques issues des pulsions de vie. C'est de cette manière que la conception de Marty inclut le phénomène dépressif essentiel et la pensée opératoire. M'Uzan a fait une lecture dynamique de la pensée opératoire et pour lui, le point de départ est le repérage dans la pensée opératoire de ce qui la fonde économiquement, le surinvestissement du factuel. Ce surinvestissement est conçu comme le résultat d'une double défense du Moi. Au premier étage est postulée une défense d'ordre psychotique, le rejet ou la forclusion d'une réalité traumatique. Au second étage est établie une seconde défense, le surinvestissement du factuel qui protège le Moi d'un retour hallucinatoire. Ce montage métapsychologique vise à rendre compte des qualités particulières de la pensée opératoire. En revanche, et à la différence de Marty, il n'inclut pas dans une même structure psychopathologique dépression essentielle et pensée opératoire.

Les vicissitudes de l'investissement narcissique du corps propre de l'amputé dans la conversion somatique rendent compte de la fragilité du Moi tant qu'il n'est que cette image intériorisée du corps perdu, objet du désir. Il reste coincé dans cette relation fascinée à au corps perdu, suspendu à sa présence imaginaire. On comprend donc que, si ce corps disparaît, le Moi qui est à son image vole en éclat et, l'énergie pulsionnelle, détachée de cette représentation, se

convertit dans le corps sous forme de douleur. L'importance culturelle de la latéralité montre bien qu'il est en fait nécessaire au sujet d'accéder à l'ordre du langage, du symbolique pour pouvoir se dégager, par l'entremise d'une médiation par le signifiant, de cette relation de confusion imaginaire entre le corps amputé, donc absent, et la sensation de douleur impliquant la continuité d'existence corps absent. L'identification, processus qui permet la liaison de la pulsion à un représentant dont elle se satisfait, permet à l'amputé algohallucineur, de ne pas adhérer strictement à ce représentant (identification imaginaire) le maintenant conscient de l'inexistence du membre douloureux. On verra chez tous ces amputés l'aspect conscient de l'absence de membre qui est matérialisé sur l'algotest.

L'accès à l'ordre du langage, de la culture et de la société implique précisément chez l'homme l'intervention d'un tiers dans la relation duelle. Le rôle du soignant est pour l'amputé d'objectiver sa plainte, par confirmation d'un diagnostic douloureux, afin de lui permettre de se défaire de l'idée que sa douleur est imaginaire. La recherche de cette castration symbolique amène l'amputé à multiplier ses rencontres médicales, à multiplier les thérapies, et à ne pas se laisser des échecs déjà rencontrés. Rappelons que se plaindre, aide à attirer l'attention, par les canaux d'une demande qui n'est tissée que de signifiants, de représentants arbitraires de l'objet de désir. Le sujet peut ainsi dépasser le stade des identifications imaginaires en s'identifiant symboliquement à un signifiant, un signifiant, un corps douloureux.

Les relations conflictuelles d'identifications et d'hostilités au corps amputé font place à la quête indéfinie d'un corps désiré, la consultation, marqué par la plainte douloureuse, fait de l'amputé le demandeur de cette douleur qu'il recherche dans le diagnostic médical, il cherche à se convaincre qu'il en est lui-même le porteur de cette douleur face à un personnel soignant qui l'écoute parler. On voit que cette identification symbolique à un corps amputé, en particulier par l'entremise d'une douleur, permet à l'amputé d'exprimer son désir en mots, ce qui d'une façon certaine consacre l'impossibilité de toute satisfaction définitive de ce désir, elle garantit une forme d'écart irréductible entre l'amputé et le corps perdu, corps des possibilités et des désirs, corps des relations et du travail, corps de beauté et de finitude. Pratiquement, cela veut dire que le sujet n'est plus (ou plus autant) suspendu, pour la satisfaction attendue de son désir, à la présence physique ou fantasmée des figures d'une image corporelle socialement valorisée ou de leurs substituts imaginaires, dont la disparition par amputation aurait valeur de traumatisme.

Cette identification est assumée au terme d'un « travail de deuil » effectué par le sujet vis-à-vis son corps, le sujet accepte cette castration symbolique d'avec l'objet et érige sa douleur castratrice comme substitut de l'objet perdu. Les soignants, ou thérapeutes, sont ceux à qui le sujet amputé algohallucineur adresse la demande d'aide. Dans leur relations, l'échec thérapeutique représente pour l'amputé une menace qui affecte son devenir, car ce n'est plus seulement à un corps qu'il s'identifie, mais à un corps social et dont la relation de soins marqué par sa totale dépendance, permet de maintenir une relation affective qui était avant retrouvé dans les relations sociales, en famille, au travail ... On pourrait parler à ce moment de l'identification par la relation de soins à l'autre symbolique, secondairement représenté, et donc l'inobservance thérapeutique, l'abandon ou le changement de thérapeute montrera qu'il ne dépend pas essentiellement.

Cette distinction nécessaire qu'il faut établir entre identification imaginaire à la douleur et identification symbolique au corps, permet de situer l'importance et la place exacte de la symbolisation dans le processus de conversion. Ainsi la conversion marquée par la douleur fantôme se présente comme un échec de la symbolisation : un accès insuffisant à l'ordre du langage laisse persister les éléments d'un fonctionnement imaginaire dans l'association entre eux des signifiants du sujet, ce dont témoigne en l'algohallucineur, qui mime une douleur pour revivre un corps perdu. Le symptôme douloureux surgit en un lieu du corps qui présente de ce point de vue une certaine fragilité, l'image du moi n'y étant pas nettement distinguée de celle de l'autre perdu par l'entremise d'un signifiant.

Dans ses rapports au corps amputé, l'algohallucineur, dans une société qui a encore du mal à accepter socio-professionnellement le handicap, se projette comme figure de rejet de laideur et de pitié, car cette identité est celle de l'homme réduit à la triste réalité du handicap et de la souffrance que cela lui procure. Il est souvent présumé des protections que la société accorde aux handicapés, et cela varie en fonction des logiques sociétales, mais dans le fond, on l'observe par le traitement que la société accorde à ces amputés. Longtemps engagés dans un parcours thérapeutique, ils sont considérés comme gênants, pleurnichard, ... bref tout ce qui pourrait justifier le fait qu'on pense que leur présence est premièrement pour attirer l'attention et le besoin d'être materné. C'est ce que dit *Mammie* pour qui, même sa famille à fini pas, par ne plus croire à ses plaintes. « *C'est plus difficile de vivre avec ces douleurs quand personnes autour de vous ne réussit à comprendre, et c'est peut-être normal, car si je ne les vivais pas, j'aurais sûrement eu la même attitude qu'eux* ». « *Ce n'est pas facile de faire comprendre à quelqu'un que tu as des douleurs sévères qui t'empêchent de te mouvoir, et dire par la suite*

que ces douleurs sont en effet logées sur une partie du corps qui a été amputé. Un seul médecin rencontré au CNRPH à eu à me dire que c'est une maladie qui existe et qu'on appelle le membre fantôme, mais dommage pour moi, il n'y a pas de thérapies appropriées pour cela, comme dire encore que c'est dans ma tête. » (Talla).

Ces récits, rappellent bien dans quelle situation le Cameroun prend en charge les douleurs psychosomatiques et soulage les amputés de leurs souffrances. Cette attitude thérapeutique forge chez ces patients amputés et algohallucineurs une souffrance morale impliquée dans l'émergence du masochisme moral à partir de son échec récurrent dans la prise en charge des douleurs fantômes. Maintenant, on ressort l'intrication clinique dans la construction d'une identité douloureuse chez l'algohallucineur, identification renforcée par le contexte culturel et social qui prévaut les conduites de la communauté. On comprend à ce moment avec Freud pourquoi l'algohallucinoïse par son incompréhension et son caractère traumatogène entraîne un malaise dans la communauté ; communauté médicale, familiale et sociale. C'est pour ces raisons que l'algohallucineur dont présence apparente traduite par l'amputation, marque visible du handicap, est sujet de vives souffrances dont la douleur invisible en fait partie. Dans une relation thérapeutique, appelé à changer sans cesse de thérapeute face à l'incompréhension observée, il se retrouve comme engagé dans un jeu de rôle qu'il adopte et rejette en même temps en cas d'insatisfaction.

De ce fait, nous pouvons aboutir à la conclusion Selon laquelle la relation médecin-patient, cadre de la relation transféro-contre-transférentielle, doit permettre au patient d'objectiver et de légitimer ses algohallucinoïses. C'est sur ce processus que s'établissent les premières modalités qui lui permettront de savoir accepter et mieux gérer cette douleur, ceci même en l'absence d'un protocole médical thérapeutique.

9.2. VERIFICATION DE HR2 : « INVESTIGATION DIAGNOSTIC ET GESTION DE LA DOULEUR CHEZ L'AMPUTE SOUFFRANT D'ALGOHALLUCINOSES »

Des observations faites, on arrive à dire des algohallucinoïses compris comme symptôme de conversion qu'il se présente comme l'effet dans le corps de la décharge d'un affect (quantum d'énergie pulsionnelle) qui ne peut se lier à une représentation, il ne peut donc être considéré comme ayant une valeur symbolique, car il est précisément la trace d'un échec de la symbolisation. De plus, c'est l'identification à une image du corps dont l'échec du travail de

deuil n'a pas permis le désinvestissement qui fait le lit de la conversion douloureuse. Mais l'identification en elle-même n'est pas la cause de la conversion, c'est la fragilité de ce type d'identification qui serait chez l'amputé cause de la conversion, à la suite de l'amputation auquel le sujet s'est ainsi identifié. L'identification symbolique, l'assomption de la plainte, est le processus par lequel les amputés peuvent dépasser les échecs inhérents aux objectivations de leurs douleurs et qui font leur fragilité, ambivalence à l'égard de l'objet, suspension du sujet à la présence réelle ou fantasmée de cette douleur. La symbolisation, comme l'identification, se présente donc comme un processus de défense contre la conversion somatique et non comme quelque chose qui la provoquerait, le processus de conversion peut de ce fait être mis sur le même plan que l'ensemble des troubles psychosomatiques, lésionnels ou fonctionnels, dans lesquels peuvent intervenir un élément mimétique et un échec de la symbolisation.

Freud (1905) en décrivant et en nommant la conversion hystérique, a participé au travail considérable de délimitation entre les troubles organiques et les manifestations de conversion à la fin du XIX^{ème} siècle. Le mot de conversion qu'il a introduit, signifie qu'en lieu et place d'affects pénibles, car se rattachant à des représentations de nature sexuelle inconciliables avec le moi du sujet, se développe un phénomène d'innervation moteur, sensoriel ou sensitif dans le corps. Il s'agit du corps et non du soma car la fonction atteinte n'obéit pas aux lois anatomiques et qu'elle est choisie en raison de sa signification, reliée associativement au conflit. C'est sur un aspect de la représentation inconciliable que va se condenser l'investissement. La part de la représentation, objet de la condensation, est choisie du fait de sa correspondance associative et signifiante avec la région du corps ou la fonction corporelle susceptible de la représenter. Cette association peut reposer sur un souvenir inconscient, sur une correspondance temporelle entre divers événements, sur une relation de contiguïté ou encore sur une signification symbolique. Classiquement, le conflit se situe entre un désir refoulé et son interdit, l'amputation situe le corps du sujet entre le désir du corps entier, du corps de travail et d'admiration, et sa castration marqué par la perte du membre suite à l'amputation. Le membre amputé est réanimé par la douleur dans les algohallucinoses, car si la partie amputée du corps ne peut plus physiologiquement exister, la production des douleurs sur cette partie du corps permet au sujet d'éprouver des sensations qui lui permettent de revivre les expériences antérieures du corps avec le membre et le corps entier. Les fonctions motrices douloureusement effectués sur le membre amputé expriment de façon condensée le désir et son interdit.

Du point de vue anatomo-pathologique, conversion et douleurs somatoformes sont habituellement bien distinguées, la conversion est un trouble du fonctionnement d'un organe ou d'un appareil (trouble sensori-moteur ou trouble végétatif), ce qui rapproche le symptôme de

conversion de ce que la nosographie médicale désigne sous le terme de troubles fonctionnels, alors que la définition de douleurs somatoformes impliquent généralement l'existence d'une lésion organique, ce qui l'isole en une entité nosographique précise. Cependant, si la distinction clinique est relativement facile à établir, la distinction théorique est plus malaisée. L'amputation a la valeur d'un symbole et la douleur est une forme de langage du corps, l'algohallucinoses serait l'expression d'une angoisse de castration refoulée par régression précœdipienne.

Selon Marty (1961) c'est l'impossibilité de représenter le conflit dans un symptôme névrotique ou un fantasme qui oblige la pulsion à se dériver vers un mode de décharge plus archaïque, celui de la somatisation. Ceci est confirmé chez l'amputé algohallucineur par l'observation de son activité fantasmatique qui, contrairement à celle des hystériques en particulier, serait en général faible. L'algohallucineur n'aurait par conséquent pas d'autre signification dans la qualification de son activité psychique que celle d'un échec de la signification. Son fonctionnement n'exprime pas symboliquement le conflit qu'origine l'amputation. Selon Marty (Op.cit), on distingue nettement du symptôme psychosomatique, le symptôme de conversion, car ce dernier relève du registre de la névrose et constitue à ce titre un rempart névrotique contre la douleur. De ce fait, on peut d'un côté considérer les algohallucinoses comme trouble de conversion, qui se confond au trouble psychosomatique. De l'autre côté, l'algohallucinoze compris comme douleur somatoforme, se distingue des troubles de conversion.

Les algohallucinoses ont une place particulière au regard des caractères réguliers de la conversion. Ici, l'aspect circonscrit, défini, localisé à un organe ou à la partie amputé, soulève la question de l'érogénéité déplacée de cette zone ou de cet organe qui, dès lors, tient lieu de source pulsionnelle. Une telle source nouvelle, avec sa poussée dont la tension s'épuise dans l'investissement douloureux, interroge le but et l'objet pulsionnels. D'une certaine façon, peut s'observer un rabattement de l'objet sur la source. Les douleurs rapportées par les patients amputés algohallucineurs permettent de préciser le statut et la nature des processus représentatifs en jeu. La définition métapsychologique de la conversion énonce, en effet, qu'à la conversion de l'affect correspond le refoulement de la représentation. Ces cas de douleurs, immobilisés par l'atteinte d'une région du corps inexistante, questionnent de façon vive ce que vient révéler le refoulement d'une représentation et la place de cette représentation, dans le cadre plus global des processus représentatifs, dans leurs rapports à la corporalité et aux fantasmes. Freud (1926, p. 47) s'interrogeait déjà sur la question du refoulé de la motion pulsionnelle, et qui correspondrait à l'amour ou à l'hostilité du sujet dans sa relation à l'objet. Analogiquement, cette question se trouve posée dans les algohallucinoses.

Chez ces patients, la relative fixité des thématiques, situeraient ces symptômes du côté de la douleur narcissique et de l'atteinte du moi. Dans la détermination du siège des douleurs, se retrouvent les polarités objectale ou narcissique de l'un et l'autre cas. Ainsi, le siège des douleurs est largement déterminé par le lien et le contact avec l'objet. L'expression corporelle fait le détour par l'histoire du lien érotique à l'objet, dans la singularité individuelle de chacun de ces amputés. Par le biais de la zone atteinte, le langage du corps puise à la symbolique collective, dans le domaine des rapports métaphoriques du langage au moi corporel. L'atteinte ne dit rien du rapport singulier du corps de l'amputé à ses objets. Le caractère assez personnel, uniforme et opaque des algohallucinoses, comme celui des « coups, des écrasements, des fourmillements, des pincements » les situeraient sur le trajet des somatisations évoluant par crises, lors de surcharges économiques. On peut se demander dans ce cas si la répression des affects ne prévaut pas sur leur conversion. Mais la question est difficile, car l'observation est incomplète et ce sont souvent les douleurs les plus communes et les plus banales, celles dont l'origine est une maladie organique courante, qui, selon Freud, servent de support aux conversions douloureuses.

Au carrefour des troubles fonctionnels, de la somatisation et de la conversion de type symbolisation, peuvent être situés les algohallucinoses. Plusieurs consultations et thérapies, au fil des années, n'ont pu apporter soulagement à ces patients. Chaque thérapie est une succession d'échec et d'accumulation traumatogène. Ces patients, dont chacun est marqué par une histoire se trouve introjecté dans une société où l'on se soucie de son apparence et du regard d'autrui. L'évocation dramatisée des symptômes douloureux, somme toute banal, leur donne une signification de quête affective dont la perte par amputation aurait entraîné la castration dans leurs vies.

Les algohallucinoses semblent avoir pour fonction de focaliser le drame existentiel de l'amputation et de traduire un débordement, un excès. Ce qui se traduit dans les plaintes des amputés par les aléas quotidiens, les souvenirs du passé fait de nombreux rêves. Ces points douloureux lorsqu'ils ont apparu lors des premières consultations pour douleur, aucun dispositif thérapeutique n'a été mis en place pour analyser en profondeur la cause de ces douleurs. Tous les thérapeutes qu'ont consultés ces sujets se sont tenus à des protocoles basiques de prise en charge des douleurs post-amputations, c'est-à-dire à l'administration d'antalgiques dont le pallié variera en fonction de l'intensité de la plainte et non des examens approfondis.

Depuis leurs premières apparitions chez ces amputés, les algohallucinoses réapparaissent régulièrement, empêchant souvent aux amputés qui ont conservé un travail, de travailler

pendant des jours, ce qui a conduit, (sauf chez Talla), à changer de secteur d'activité pour exercer de manière indépendante ou à abandonner complètement toutes activités professionnelles. Le caractère intense de ces algohallucinoses oblige l'amputé à rester immobile le long de la journée, c'est ce dont renseigne **Bintou** lorsqu'elle fait savoir que seule la position allongée lui apporte soulagement. C'est une sorte de rigidité dans la cessation complète de toutes activités rappelées par les symptômes douloureux en cas de toutes tentatives de mobilité, mobilité qui renverrait ce moment à l'activité. Cependant, ils se plaignent du rejet de leurs entourages, dit **Amine**, « *personne de mon entourage, en particulier mon frère et mon père qui sont dans la même ville que moi, ne s'informe de l'état de ma santé* ». Ces plaintes reviennent chez presque tous les patients.

La prise en charge des algohallucinoses devrait renvoyer à un travail d'association qui favorisera chez l'amputé algohallucineur, l'émergence des conflits refoulés, point de départ de tout processus thérapeutique. C'est le contexte clinique à partir des élaborations transférentielles qui donnera matière à un travail d'association et à un déploiement représentatif, les associations et souvenirs concernent toujours une blessure narcissique et mettent en jeu des identifications narcissiques à l'un ou l'autre.

L'établissement de catégorisation de souffrance permet surtout de déterminer son étiologie, la ou les causes de son apparition. Lors de l'apparition d'une affection ou de symptômes, l'amputé et les personnes de son entourage mettent en place des actions d'identification. Face à ce changement d'état, de la santé ou de l'absence de souffrance, l'individu passe alors à l'expérience de symptômes, d'un état qui l'empêche de tenir son rôle social, ses activités professionnelles, qui peut influencer sur sa vie familiale et sa survie. Comme l'écrit Fassin : « *La maladie, parce qu'elle fait entrevoir la mort, a dans toutes les sociétés une triple inscription : physique, à travers la souffrance et la dégradation de l'individu ; culturelle, dans les interprétations et les thérapeutiques qu'elle rend nécessaire ; morale, par la lutte que s'y livrent le bien et le mal. Phénomène biologique, en quelque sorte naturel, elle est aussi un fait social total* » (Fassin, 1992 : 22-23). Les symptômes sont souvent interprétés selon différentes logiques : « *Les logiques de nomination viennent poser la question de la nature de l'affection. Elles se rapportent à l'identification des entités nosologiques populaires* » (Olivier de Sardan, 1994 : 16). À celles-ci viennent s'ajouter les logiques d'imputation, qui se rapportent aux étiologies magico-religieuses, pour trouver le responsable de la souffrance.

Face à l'amputation et aux algohallucinoses qui en suivent, les chercheurs ne cessent de se multiplier pour tenter d'en chercher la cause, d'en comprendre le sens, d'élaborer une étiologie. Pour être traitée, l'amputé dans sa souffrance doit tout d'abord être compris et analysée avec les représentations et les connaissances disponibles. Les causes, une fois qu'elles seront comprises et admises par la communauté permettront de classifier la souffrance et orienteront le choix du traitement à suivre. L'élaboration de l'analyse et de la compréhension des symptômes prend forme dans un système complexe permettant l'interprétation. Kleinman et Good utilise l'expression de « *réseau sémantique de la douleur* », ou de modèles d'interprétation (explanatory models), Augé et Herzlich parlent de « *logiques symboliques de référence* », Rossi de « *répertoires d'interprétations* ». Ces modèles d'explications sont souvent profanes, partagés par des individus n'ayant pas de formation biomédicale. Comme l'écrit Laplantine

lorsque l'on parle d'étiologie dans notre société, on considère presque toujours exclusivement la seule étiologie scientifique de la médecine contemporaine et pratiquement jamais l'étiologie subjective qui est celle des malades eux-mêmes. L'idée largement dominante est que la causalité (bio)médicale est indemne de représentations, comme si nous éprouvions la difficulté à admettre que l'interprétation de la maladie est un phénomène social qui n'est pas seulement le fait du spécialiste mais d'absolument tout le monde » (Laplantine, 1992 : 17).

C'est au sein de la sphère privée, en dehors de toute institution de soins, que s'enclenchent généralement les processus d'élaboration du sens, là même où l'événement douloureux peut être constaté. La façon dont les algohallucinoses sont classifiées selon une nosologie populaire et partagée conditionne le recours que l'amputé algohallucineur et son entourage ont engagé pour lutter contre elle, pour tendre à la guérison et favoriser le soulagement et l'adaptation. Cette étiologie conditionne alors le traitement choisi ou l'attitude adoptée dans le soulagement des algohallucinoses. C'est pourquoi on verra des tradithérapeutes appliquer avec des feuilles d'arbres chauffés des massages sur le moignon. La classification dans cette démarche est la première étape pour l'amputé et c'est également à son entourage de donner un sens à ses algohallucinoses. C'est au contact des praticiens (médecins, guérisseurs) que l'étiologie sera confirmée ou infirmée, que le diagnostic populaire sera renforcé ou remis en question. La quête de sens se fait plutôt chez le guérisseur, dans les cas de mauvaises actions, de transgression et de mauvais agissements. On ira le consulter pour connaître le sens de la souffrance et répondre aux questions ontologiques du « *Pourquoi moi ? Qui me veut du mal ? À cause de quoi je me suis retrouvé dans cette situation ?* ».

Le guérisseur énonce généralement la personne ou l'entité responsable du mal, celui qui a lancé le sort, le vœu ancestral qui n'a pas été respecté et qu'il faut rétablir... Plutôt que de quête de sens, de quête de soin, quête de thérapie. La médecine traditionnelle reste toujours la rencontre solide d'un savoir-faire médical dynamique et d'une expérience ancestrale. Elle pourrait aussi être considérée comme l'ensemble des pratiques, mesures, ingrédients, interventions de tout genre, matériel ou autres qui ont permis à l'Afrique, depuis longtemps, de se prémunir contre la maladie, et de soulager les « souffrances ». Aujourd'hui les tradithérapeutes sont concurrencés par les pasteurs des églises. Ces lieux de culte traînent toutes les couches sociales de notre pays et les acteurs qui y professent, reprennent tout simplement le discours des guérisseurs, à savoir que le mal vient généralement de l'extérieur, et à ce titre, ces propos sont ensemencés sur une terre fertile, riche en mystères. Face à une dévalorisation progressive de nos différents systèmes de croyance, les pasteurs, utilisent la souffrance matérielle et morale des patients qui peinent à se défaire de leurs douleurs dites mystiques.

Au contact de l'Occident, les données et valeurs socioculturelles africaines ont été ébranlées et avec elles, l'ensemble des structures qui en tiraient leur force et leur raison d'être, on voit paraître les faux guérisseurs, les faux pasteurs Les changements rapides des valeurs traditionnelles liés à l'acculturation ont bouleversé ce patrimoine culturel et identitaire. Les guérisseurs n'arrivent plus à soulager les patients de leurs souffrances, et les patients sont obligés de se retourner vers d'autres services.

Indépendamment de la société et de l'éducation, la tradition semble être une force puissante dans la vie de l'homme en Afrique. Les africains croient en l'existence du malin ou de celui qui apporte le mal en utilisant ses agents tels que les « *mauvais esprits* », les « *sorciers* »... Au Cameroun, où comme dans la plupart des pays africains, la population se caractérise par sa grande diversité ethnique et aujourd'hui religieuse. Au sein de cette diversité, se dégage un point commun à toutes les populations, il s'agit d'une conception des rapports, entre le monde des humains et celui sacré, des esprits ancestraux, des divinités et des génies. L'homme, terrorisé par les forces de la nature, attribue à une force extérieure tous ses malheurs et fait appel à une explication « surnaturelle » dans la tentative de compréhension de l'origine de tous ses maux.

Il est vrai que de nos jours encore en Afrique, les origines d'un trouble sont toujours attribuées à un tiers persécuteur. La culture de la persécution alimente encore les croyances et les attitudes paranoïaques des patients qui souffrent de douleurs chroniques. Il faut à tout prix

trouver une cause dans sa promiscuité immédiate, est l'action d'un esprit, d'un ancêtre ou d'un homme. Dans tous les cas, la problématique qui en résulte au regard de la symptomatologie des algohallucinoses (maladie des dieux...) est médiatisée par un tiers (la famille, le guérisseur, ou un homme religieux ...) à qui il appartient de trouver la solution rassurante. À l'occasion d'un événement douloureux et traumatisant comme l'amputation, des mécanismes de redressement traditionnels sont en général mis en œuvre, pour soustraire l'individu de la douleur, dans laquelle il s'enfonce progressivement, et ceci est fait par des sacrifices, des consultations chez le guérisseur, rites.... Cependant ces mécanismes peuvent s'avérer impuissants à apaiser le sujet. C'est ce qui justifie à ce moment le retour vers la médecine dite moderne. Comme le dit *Docteur C*, « Ces patients qui ne veulent pas se défaire de leurs médecins et attendent de lui la solution miracle sont en majorité ceux qui ont déjà essuyé d'énormes déceptions du côté de la tradithérapie, nous passons à leurs yeux à ce moment comme ultime espoir, or ce n'est jamais sûr avec ce genre de patients de réussir un traitement dès le premier essai, ils ont déjà endurci la douleur à leur fonctionnement et nous, nous sommes là pour décroûter, ce qui demande nécessairement du temps et de la patience ».

La douleur, qu'elle soit psychosomatique, psychiatrique ou organique va entraîner projection et inversion des mauvais souhaits dans un contexte d'idées, d'accusation et de persécution, dirigés contre une tierce personne. La persécution colore encore la vie (presque quotidienne) de l'Africain, et il la vit sous un mode interprétatif « délirant » ou « culturel ».

L'algohallucinoïse trouble l'ordre socio-culturel, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique, mental ou spirituel, ce que Mayi nomme le Ka, le ba et le sa. Elle est éprouvée par l'individu en « souffrance », proposée par sa famille, et mise en forme par le guérisseur qui se doit de dénouer la douleur, de la rendre visible et de la faire estomper. La dimension visible et invisible trop souvent manipulée dans l'univers africain pour expliquer les dysfonctionnements se retrouve également dans l'explication que les tradithérapeutes en font des algohallucinoses.

Un guérisseur m'avait dit que j'ai trop mal parce que mon pied qu'on a coupé est en travail intensif dans un autre monde, l'accident qui a valu mon amputation n'était qu'un alibi à un sorcier pour prendre mon pied, et qu'il a revendu par la suite à un footballeur. Ce footballeur utilise mon pied à chaque match qu'il joue, raison pour laquelle tous les bobos qu'il reçoit, c'est moi qui les ai, il ne les récents, étant donné que c'est mon pied et qu'il est encore connecté à moi par mon esprit. Il devait donc travailler afin de me déconnecter de ce pied et faire en sorte qu'il ne soit plus utile à son nouveau propriétaire (**Ousman**).

Face à l'impuissance médicale traditionnelle à procurer soulagement aux algohallucinoses, les patients se doivent de se réadapter dans un nouvel environnement, celui de la médecine moderne, en perpétuelle mutation. Le médecin dans un premier temps va revêtir l'habit du tradipraticien, en empruntant son discours d'interprétation. Le patient veut de lui des réponses immédiates qu'il ne peut souvent donner, la situation clinique, cadre où toutes les hostilités sont diluées, devient pour le patient un milieu rassurant où toutes les solutions et où tous les compromis deviennent possibles. Le médecin, dans un syncrétisme particulier de la blouse blanche et, maîtrisant la science de l'homme blanc et les secrets de la vie est pour l'amputé algohallucineur, celui qui doit apprivoiser ses douleurs, et ainsi l'aider à vivre de manière adaptée à son nouvel environnement. Certains patients, continuent néanmoins à concilier toutes les possibilités thérapeutiques dans l'unique objectif de faire disparaître ces douleurs, dira *Amine* « *je ne néglige aucun côté, que ce soit l'hôpital, le village ou l'église, je cherche partout* ».

On peut alors comprendre que le bon thérapeute est peut-être celui qui adhère aux croyances traditionnelles, le médecin ne propose pas une origine « sorcière » de la souffrance. Aussi, lorsqu'on a l'impression que tout chavire, que la médecine moderne n'arrive pas à trouver des solutions, ou lorsque les problèmes existentiels entraînent souffrance et désarroi, on se tourne vers ceux qui peuvent apporter un apaisement moral et émotionnel, vers ceux qui proposent toujours une solution, le tradipraticien et/ou le pasteur.

A travers ceci, on voit que les algohallucinoses ont une difficulté dans leurs objectivation par les médecins parcequ'il leur manque d'abord de connaissance sur le phénomène, ensuite d'instruments d'évaluations. Ces difficultés font en sorte que leurs diagnostics soient toujours données à la hâte par les médecins, ou que les patients soient continuellement référés vers d'autres médecins, qui à leurs tours réfèrent également vers d'autres. On se retrouve dans une boucle infernale où le patient en conflit avec ses douleurs et l'absence d'aboutissement diagnostic, se plaint d'avantage. Ce qui justifie l'hypothèse du départ selon laquelle « *l'investigation diagnostic influence la gestion des algohallucinoses chez l'amputé* », car l'absence de diagnostic entraîne l'aggravation des plaintes et la présence d'un diagnostic pourra être source de soulagement.

En conclusion, la clinique de la pensée opératoire, à travers ses modalités que sont la relation transféro-contre-transférentielle et l'investigation clinique, influencent la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses au Cameroun.

9.3. OUVERTURES ET PERSPECTIVES

La douleur est une problématique donc la chronicité ne cache pas la complexité d'une pratique clinique qui demeure difficile à faire à grande échelle et limitée par la diversité et la complexité du phénomène douloureux. Il est important de considérer plusieurs variables en même temps. Au vu de la faiblesse concernant l'efficacité des modalités spécifiques des thérapies physiques ainsi que de la durée et de l'intensité des programmes de traitement, il est recommandé de ne pas considérer la douleur chronique comme une problématique « statique ». A ce niveau, une proximité et une collaboration entre le thérapeute et le patient est conseillée, dans le but de bien adapter le plan de traitement. Ceci est impératif dans les algohallucinoses, de plus, dans l'élaboration du plan de traitement du patient souffrant de douleur chronique fantôme, il est essentiel de toujours avoir des objectifs réalistes et réalisables qui évolueront avec la condition du patient.

9.3.1. Prendre en compte la multi-disciplinarité dans la prise en charge de la douleur

L'intérêt que porte la médecine à la douleur est en pleine expansion, et elle est soutenue par de nombreuses avancées techniques et diagnostics réalisés grâce au développement de l'imagerie et de la pharmacologie. La douleur chronique présente de multiples dimensions qui doivent être prises en compte concomitamment et qui induisent le recours à une approche multidisciplinaire avec diverses modalités thérapeutiques. Les algohallucinoses au même titre que les douleurs chroniques doivent être intégrées dans cette multidisciplinarité, en y ajoutant le rôle des thérapies traditionnelles, typiquement symboliques pour l'amputé. C'est dans ces médiations thérapeutiques que se construisent les élaborations transféro-contre-transférentielles, fondement du cadre clinique de la pensée opératoire. Un essai de compréhension de la relation thérapeutique montre le rôle important du transfert dans la gestion de la douleur et de la souffrance de l'amputé, du fait qu'il met en relation les cultures et personnalités des protagonistes, la stratégie de communication cartésienne ou affective, les attentes de la relation des deux protagonistes. Chaque relation est différente selon le médecin et le patient et l'étude de l'interaction médecin-patient est complexe et s'ajuste au fil des thérapies. Nombreux sont les soignants qui construisent une relation inégalitaire avec d'un côté le malade souffrant et en recherche de protection et de l'autre le soignant, technicien pouvant objectiver la souffrance et élaborer avec le patient un projet de soin.

La nécessité de comprendre le patient dans l'expression de sa douleur témoigne de la complexité, des nombreuses variables et des multiples aspects qui interagissent dans la problématique douloureuse. Il est crucial d'identifier et de traiter attentivement toutes les sphères entourant l'expérience douloureuse du sujet amputé, tant la sphère biomédicale que les facteurs de comorbidité et les facteurs psychologiques du patient. A cet effet, l'usage de tests et d'échelles pour évaluation de la douleur sont d'une utilité indéniable, tant la mesure de l'intensité douloureuse ainsi que de la comorbidité psychologique de la douleur doivent être reconnues comme étant des éléments de base indispensables à la compréhension de la globalité de l'état du patient. La gestion des algohallucinoses chez l'amputé doit reposer sur des algorithmes pivots qui mettent l'accent sur la relation thérapeutique et la comorbidité psychiatrique qu'elle implique de par son intrication avec les somatognosies. Ce qui demande un regard global du patient, d'où son aspect pluridisciplinaire avec les physiothérapies et les thérapies de réhabilitation, les thérapies psychologiques et de support appropriés pour le patient et ses proches.

9.3.2. Ne pas dissocier dans la clinique des algohallucinoses le facteur psychique

La désorganisation progressive se fait, quant à elle, en dehors de toute mentalisation. C'est dans ce vide préconscient qu'il définit le principe de pensée opératoire et de dépression essentielle. L'altération du processus préconscient chez les patients somatisant est à l'origine d'un mode de pensée caractérisée par une altération des capacités fantasmatisques. Le discours se limite à la présentation d'un vécu factuel, dans un rapport au monde qui semble dégagé de toute forme libidinale. La relation engagée avec l'interlocuteur est qualifiée de « relation blanche ». Ce mécanisme est différent du déplacement ou mise à distance affective rencontrée dans les défenses obsessionnelles. Ici, la pensée n'est qu'au service de l'action, « sans portée symbolique ou pensée sublimatoire ». L'activité onirique est défaillante et le symptôme somatique exprime l'impossible homéostasie de l'économie psychique. Cette vie opératoire, instrumentale, témoigne en réalité d'un phénomène dépressif profond se présentant sans affect négatif en dehors de la plainte somatique. Il s'agit, pour Marty, de l'effondrement du tonus vital sans autre contrepartie qu'un morcellement fonctionnel : la dépression essentielle.

La dépression essentielle apparaît comme une réaction à une pression adaptative. La société opératoire serait à l'origine d'une généralisation de la perte de mentalisation dans un réductionnisme utilitariste. Les corps sont comme des instruments d'un idéal de société productiviste. La désertion libidinale qui la caractérise marque la gravité du phénomène par rapport à d'autres processus dépressifs. Elle serait l'expression directe d'un instinct de mort.

Moins spectaculaire que la mélancolie mais probablement plus fatale, sorte de crise sans bruit. Cette description n'est évidemment pas restreinte aux sujets amputés algohallucineurs. De sa clinique se retrouve souvent un défaut de mentalisation des symptômes ne permettant pas de faire le lien entre la plainte et les stimuli angoissants. Il semble que la place du sentiment de vide et d'inutilité soit particulièrement propice au développement d'une vie opératoire qui se constitue comme projection de l'environnement. La plainte hypochondriaque représente quant à elle la crainte non justifiée d'être atteint d'une pathologie organique sévère. Cette expression rejoint le profil paranoïaque par la méfiance et la défiance médicales, la rigidité de la pensée. Les organes sont les persécuteurs et la composante masochiste inélaborée entretient la relation sadomasochiste. Anciennement affection de la bile noire, elle prenait ses origines dans la région de l'hypochondre. « *La plainte de l'hypochondriaque est celle de la sombre mélancolie, un mal de vivre, une nausée existentielle* ».

La souffrance de la perte des fonctions du corps dans la clinique dépressive donne à voir un sentiment de trahison violent de celui-ci. La douleur que fait émerger l'amputation par l'algohallucinoïse, manifeste la crainte d'un effondrement psychique comme une faillite de l'être face à un fantasme de dépendance. Il s'agirait d'une précipitation vers la mort, vécue par la personne et banalisée par l'entourage. En réalité elle symbolise l'assimilation des amputés au groupe des dépendants et empêche la singularité de la souffrance du sujet, entretenant un processus de dépersonnalisation, de dépossession. Le corps remplace la densité biographique du sujet et devient écran traumatique. Car si le corps impose la conscience d'un écoulement temporel, il s'agit d'une expérience subjective de transformation de l'image corporelle qui ne saurait être généralisée. La lecture de cette réalité du sujet intègre les expériences passées aux expériences actuelles et c'est dans cette tension qu'il faut entendre la plainte douloureuse que les amputés ont de leur corps. Un jugement sévère, déception d'un corps considéré comme faillible.

Avant toute démarche thérapeutique il est nécessaire d'évaluer l'état de santé global pour identifier les facteurs favorisant ou aggravant les algohallucinoïses. En évoquant une démarche clinique qui implique une multidisciplinarité, c'est dans la mesure où elle permettrait une appréhension holistique des amputés algohallucineurs. L'évaluation douloureuse est indispensable bien que les algohallucinoïses présentent toute la difficulté de l'évaluation biologique au cours d'un épisode douloureux. Les bilans neuropsychologiques ont plus de valeur dans ces cas, mais ils ne sont pas valorisés dans notre contexte social et pris en compte par nos politiques de santé, pourtant, s'ils étaient effectués ils devraient faciliter l'évaluation et

la prise en charge. Enfin si un traitement doit être instauré il est recommandé de faire d'autres bilans nécessaires en fonction des points d'appel clinique ou des traitements disponibles.

9.3.3. Savoir évaluer les algohallucinoses

L'évaluation des douleurs doit être systématique. Les traitements doivent être adaptés selon une balance bénéfice/risque. Il est nécessaire de simplifier au maximum les prescriptions sans que soient poursuivis les traitements inefficaces. Cette remarque semble naïve et évidente, mais pour nombre de soignants, des listes de prescriptions sont maintenues sans aucune modification de la plainte douloureuse. Ceci témoigne de la difficile position du médecin face aux plaintes fonctionnelles et de la nécessaire collaboration pluridisciplinaire. La présentation de la plainte algohallucinogène implique presque toujours un risque de rejet par l'univers médical camerounais. Car elle condamne d'emblée l'efficacité du médecin tout en obligeant la relation à l'amputé. Si régulièrement la volonté est de se défaire de ces patients à cause des exigences temporelles et professionnelles, un travail interdisciplinaire semble essentiel dans la reconsidération d'une clinique des algohallucinoses. En réalité il ne peut y avoir d'alternative puisque le corps, dans son expérience « pathique », c'est-à-dire à dire de souffrance, constitue la présence et l'être au monde de l'individu. L'écoute et la présence du clinicien est nécessaire, quand bien même (et surtout) s'il ne prescrit pas, garantissant la reconnaissance de l'expérience de douleur selon les représentations de médecine occidentale et africaine. Le clinicien reconnaîtra l'éprouvé du corps, en permettant l'émergence d'une multiplicité des expériences, au-delà de la douleur. Il est important d'être vigilant à l'examen psychopathologique dans la prescription des antidépresseurs indiqués pour le traitement de la douleur.

Dans une perspective clinique qui se veut rentable, la mise à l'aise du patient permet d'entrée de jeu au thérapeute d'avoir accès à des dimensions diffuses de la symptomatologie des algohallucinoses. Ceci renforce les épanchements transférentiels, pierre angulaire dans la réussite du processus de prise en charge. Le thérapeute, auprès de patients souffrant d'algohallucinoses, sera attentif aux « dommages collatéraux » potentiels de ce syndrome, que ce soit les facteurs psychologiques associés, les comorbidités et les problématiques biomécaniques surajoutées. Son rôle se veut important dans l'éducation du patient, entre autres, sur la biomécanique, la neurophysiologie de la douleur, les séquelles physiologiques de son atteinte et sur les stratégies de gestion de la douleur. Cet enseignement sera un atout majeur pour faciliter la compréhension du patient par rapport à sa condition, et aidera à la modification des comportements inadéquats ainsi que des perceptions et des croyances erronées associées à la douleur. Ces comportements inadéquats et ces fausses croyances « paralysent » bien souvent

le patient et entretiennent le phénomène de kinésiophobie empêchant ainsi le retour moteur et la restauration fonctionnelle visés. Le thérapeute, porteur d'espoir pour le patient, est appelé à mettre ce dernier en situation réelle, concrète et à visée thérapeutique (individuellement ou en groupe) afin de développer et d'optimiser ses capacités résiduelles de façon sécuritaire et durable dans un environnement adapté à sa condition et à ses restrictions ou limitations.

Avec de nombreuses crises que traversent le continent africain en général et le Cameroun en particulier, les solutions d'urgences humanitaires et médicalisées doivent prévoir des dispositifs thérapeutiques appropriés à la prise en charge des douleurs et les potentiels traumatismes y afférents. Nous connaissons les dommages de la guerre et n'ignorons pas ses implications dans la chute progressive du système socio-économique. Une société travailleuse doit sa fierté à sa main d'œuvre, et une main d'œuvre ne saurait être efficace que lorsqu'elle est en santé. Les modèles biopsychosociaux de la psychologie de la santé illustrent bien ces aspects. Mais dans une logique de l'handicapologie, on insistera sur l'état de vulnérabilité dans lequel se situe toute personne porteuse de douleur, de la défectuosité du tissu social que cette douleur induit, et de la nécessité de prise en charge à laquelle s'associera un projet d'éducation thérapeutique. Notre système thérapeutique a besoin d'unité de prise en charge de la douleur et de soins palliatifs. Cependant, le dispositif à lui seul ne suffira pas pour aider les patients douloureux. Il faudrait associer à cette initiative un personnel qualifié, d'où l'importance des équipes pluridisciplinaires dans les unités de prise en charge des douleurs. Ces équipes pourraient regrouper les traumatologues, orthopédistes, prothésistes, psychologues et éducateurs spécialisés... Ces équipes de spécialistes pourraient animer des cercles de réflexions autour de la douleur afin d'ajuster continuellement la prise en charge à l'adaptation du patient. De ce fait, la douleur ne pouvant être totalement éradiquée chez l'humain, peu du moins être domptée par une éducation appropriée.

Il ne faut jamais perdre de vue que plus de la moitié des patients souffrant de dépression consultent leur médecin avec des plaintes initialement somatiques, majoritairement des douleurs. Chez l'amputé algohallucineur s'observe cette récurrence de symptômes inchangés, souvent avec de nouvelles plaintes potentiellement liées aux effets secondaires des médicaments. D'où la nécessité dès le début de la prise en soins d'élargir l'investigation de la plainte douloureuse en se montrant sensible à la souffrance qu'elle peut certes engendrer mais aussi recouvrir. Pour cela, le soignant se doit de s'accompagner de diverses échelles de dépistage de la douleur et de la dépression, il se doit de bien se documenter sur les algohallucinoses et la dépression, prenant en compte le double écueil afin de ne pas manquer d'identifier la dépression en présence de plaintes majoritairement somatiques ou à l'inverse de

poser un diagnostic erroné de dépression sur la base de symptômes pouvant être l'unique conséquence des douleurs. Au-delà du choix de l'outil diagnostique, un autre aspect important sera d'inclure dans l'anamnèse une recherche systématique des symptômes dépressifs, basée par exemple sur les critères des classifications internationales et actualisées (CIM10, DSM5) visant autant à évaluer l'ampleur de la souffrance psychique qu'à établir un diagnostic éventuel de dépression.

Pour certains patients, parfois en dépit de la mise en évidence de symptômes dépressifs, toute tentative d'élargissement de la plainte à une souffrance psychique et par-là même toute évocation d'un possible traitement psychothérapeutique ou antidépresseur sera vécue comme un *défait de légitimation de leur douleur*. Il est important de mentionner que la relation médecin-malade peut s'avérer particulièrement tendue avec certains patients. Les mises en échec thérapeutiques successives exposent en effet les soignants à leurs limites. Il en résulte souvent une souffrance doublée d'un risque de contre-attitudes pouvant prendre la forme d'un rejet (je ne peux plus rien pour vous) ou encore d'un interventionnisme teinté d'agressivité, exposant le patient à l'iatrogénie.

La mise en place projet éducatif est une aide précieuse pour la gestion des plaintes douloureuses complexes. Il faut certes viser d'emblée une réduction des douleurs et des symptômes dépressifs mais aussi et surtout se donner le temps de découvrir la complexité de sa douleur en lien avec son histoire. Cette dernière se cache, souvent longtemps, derrière l'irritant simplissime de la plainte douloureuse. C'est à ce prix qu'un certain plaisir pourra progressivement reprendre une place au sein de l'interaction soignant-patient et pourra évoluer dans une démarche de soutien bienveillante. Parfois prolongée et frustrante vers une démarche thérapeutique passionnante la complexité de chaque situation ne doit plus être prise comme un inconvénient mais une richesse.

CONCLUSION

Au sorti de ce travail portant sur la « *clinique de la pensée opératoire et la gestion de la douleur chez les amputés souffrant d'algohallucinoses : une étude de cas* », il importe de rappeler la métaphore de la description du phénomène douloureux marqué par la caricature des vieux centrés sur eux-mêmes et leurs intestins. Alors même que la fonction première de la plainte est de chercher la compassion, elle peut s'installer comme un mur et faire obstacle à toute communication. Dans ce cas, elle véhicule un désir impossible à satisfaire et enlise la relation dans une mise en échec de l'entourage. Afin de mener à bien ce travail, nous sommes partis du postulat selon lequel la clinique de la pensée opératoire influence sur la gestion de la douleur chez les amputés souffrant d'algohallucinoses. Le problème ainsi posé permis de définir deux hypothèses de recherches. HR1 : *La nature des élaborations transférentielles et contre transférentielle dans la pratique clinique influence la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses*, et HR2 : *L'investigation clinique sur les algohallucinoses détermine la gestion de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses* ».

Pour les rendre compréhensible, nous avons fait recours à diverses approches théoriques. Ce qui permit d'éclairer les différentes considérations que sous-tendent cette thèse. Le choix du corps amputé comme objet de plainte prend, dès lors, un sens particulier chez l'amputé algohallucineux. Il constitue un canal de communication au cœur d'une actualité sociale bien définie. En effet, la plainte trouve un écho dans le principe de précaution de la pratique médicale actuelle et justifie une multiplication d'investigations complémentaires au nom de ce principe. Le choix de la démarche clinique soutenu par des entretiens et l'Algotest, permis de descendre dans les hôpitaux de ville de Yaoundé (HMY, HCY, CNRPH), à la rencontre des amputés algohallucineux (06) et des personnels soignants (03). Auprès de ces deux échantillons les données recueillies furent analysées et interprétées, puis discutées selon les logiques théoriques qui ont sous-tendus leurs constitutions.

De ce fait, on peut dire que les algohallucinoses, qui ont un potentiel traumatique fort, peuvent majorer et entretenir l'angoisse. Ils sont parfois récidivistes même si l'on sait qu'ils n'existent pas, ce qui rend la tâche bien plus compliquée au corps médical au sujet de la plainte algohallucinatoire. Parfois au contraire l'étiquette « psychiatrique » constitue une perte de chance à son diagnostic. L'algohallucinoïse, forme de douleur fréquente dans les suites post-amputatoires, est un bon exemple d'interrelation avec la dépression lorsqu'elle persiste et s'installe définitivement chez l'amputé. Elle masque de ce fait la symptomatologie dépressive qui cohabite avec elle à travers un mode de fonctionnement décrit comme pensée opératoire.

Le regard clinique porter sur la prise en charge des algohallucinoses doit s'orienter vers deux angles d'approche à explorer : le retentissement de la douleur sur la clinique opératoire et la clinique opératoire au travers de la plainte douloureuse. A partir de plusieurs conceptualisations théoriques qui donnent une place primordiale à la première topique freudienne de l'organisation psychique, on a pu ressortir dans le vécu des algohallucinoses que la qualité de l'espace préconscient, considéré dans sa fonction jonctionnelle sensori-motrice, tient une place centrale.

L'effraction suite à l'amputation crée dans le corps la conscience de la finitude qui relance les angoisses de castrations. La dépression est ici marquée par l'atteinte narcissique sous tendue par la confrontation avec ce qu'on trouve de détestable en soi, à l'origine d'une dépréciation profonde, avec l'idée d'un « non-retour », échec définitif du fantasme de la toute-puissance infantile et de l'éternité. L'issue se doit d'être faite à partir du réinvestissement de la sexualité mentale à travers les identifications précoces. Le mouvement permet une réactivation pulsionnelle riche et durable ou alors s'engage vers une déssexualisation en rapport avec une confrontation au deuil. Les modifications de l'environnement à différentes échelles, corporelle, sociale et professionnelle, sont des facteurs de bouleversement de l'équilibre du fonctionnement psychique. Dans une perspective psychodynamique, le travail de la pensée à travers la crise permet mutation et nouvelles identifications du Moi. Le principe de catégorisation social fait intégrer les personnes dans un groupe présupposant des caractéristiques stables et uniformes. Une telle société du bien paraître, avec ses pressions normatives d'un vécu corporel selon un principe d'autonomie et d'indépendance devient propice à l'effondrement. On retrouve l'expression chez les amputés algohallucineurs « le jour où j'ai perdu ma jambe » désignant le corps atteint comme effraction traumatique d'un « ça y est je suis amputé ». L'algohallucineose intervient comme tentative de résolution d'un conflit intrapsychique, désir inconscient refoulé. Cette crise intervient comme une période de bouleversement de l'équilibre établi permettant un réajustement de ses éléments dans une perspective de changement. Il s'agit d'une modification de l'homéostasie, potentiel de transformation des boucles relationnelles inefficaces qui sont à l'origine de symptômes algohallucinogènes. Dans une perspective psychodynamique on pourrait dire que l'algohallucineose s'installe lorsque l'amputation, (topique) se décrivant dans une forme d'effraction de la limite du dedans et du dehors, touchant la quantité et la répartition des investissements corporels et marqué par le travail de deuil (économique) perturbe la confrontation du monde pulsionnel et du monde réel (dynamique). Ce qui représenterait une menace à la configuration de l'appareil psychique.

Une prise en charge appropriée doit pour être efficace, bien réaliser son investigation diagnostique. Situation rendue complexe chez nos sujets par la nature des relations transférentielles et contre transférentielles. Les soignants, assez rigides dans leurs approches, et les amputés assez entêté dans la recherche imminente de soulagement, n'arrivent pas à construire un protocole thérapeutique au soulagement des algohallucinoses. La ronde et l'errance thérapeutique se multipliant pour les amputés, rend compte de l'inefficacité du système de soins mis en place dans les institutions sanitaires. Il va devoir vivre avec ses algohallucinoses en espérant un jour tombé sur le bon thérapeute (médecin, prêtre ou marabout) qui l'aidera dans sa souffrance. C'est pourquoi il est bon pour une société comme le Cameroun, qui traverse des crises dont les dégâts humains sont assez lourds, de repenser son dispositif de prise en charge des douleurs en général et des algohallucinoses en particulier. De ce fait, les patients, algohallucineurs ou simplement douloureux chroniques, sauront s'orienter dans la recherche de soulagement. Il importe également de solliciter auprès des soignants, une réactualisation continue des connaissances diagnostique et thérapeutiques en matière de douleurs chroniques et d'algohallucinoses, car si l'errance médicale s'observe chez l'amputé algohallucineur, c'est d'une part parce que le soignant a montré des insuffisances lors de la consultation. Insuffisance qui s'exprime aussi à travers l'élaboration de la relation soignant-patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abraham K. (1912). Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. Œuvres Complètes (1) 99-113.
- Abrams, R., Black, D & Joyeux, C. (1995). *Le deuil, une épreuve de croissance*. Paris : Rocher.
- Abric, J.C. (1997). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.
- Adler G.K., Geenen R. (2005). Hypothalamic-pituitary-adrenal and autonomic nervous system functioning in fibromyalgia. *Rheum* (31) 187-202.
- Adriaensen, M-C. (2009). *La personne âgée face au deuil : comment lui venir en aide ? Un guide pour les proches et les professionnels* : De Boeck.
- American Psychiatric Association. (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson
- Millaud, F., Poulin, B., Lusignan, R., Marleau., J.-D. (2008). Outils d'évaluation en psychocriminologie Esquisse critique. In Jean-Louis Senon, Gérard Lopez Robert Cario et al. *Psychocriminologie Clinique, prise en charge, expertise*. Paris : Dunod.
- Moskowitz, A.K., (2004). Dissociative Pathways to Homicide: Clinical and Forensic Implications. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5(3), 5-32.
- Ancet, P. (2008). Le corps vécu et l'expérience du handicap. *Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, (3), 95-108.
- André J. (1995). *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris : PUF.
- André G. (1999a). *Hystérie et psychanalyse : Eléments d'histoire*. Paris : Dunod.
- André G. (1999b). L'élément féminin impur : Femme, mère, amante et fille. *Débats de psychanalyse*, Paris : PUF, 143-151.
- Andréas-Salomé L. (1915). Anal et Sexual. L'amour du Narcissisme, Gallimard, (2), 1913-1933.
- Anzieu, D. (1976). *L'enveloppe sonore du Moi*. Paris : Seuil
- Anzieu D. (1990a). *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Paris : Apsygée.

- Anzieu D. (1995). *Le Moi peau*. Paris : Dunod.
- Arce Ross, G. (2009). *Manie, mélancolie et facteurs blancs*. Paris : Beauchesnes
- Assoun P-L. (2007). *Leçons psychanalytiques sur Masculin et Féminin*. Paris : Anthropos/Economica.
- Aulagnier P. (1968). Remarques sur le masochisme primaire. *Arc* : Numéro Spécial Freud, (34), 47-54.
- Bacque, M-F. & Hanus, M. (2009). *Le deuil*. Paris : PUF
- Bacque, M-F. (2007). *L'un sans l'autre : psychologie du deuil et des séparations*. Paris : Larousse
- Balestriere L. (2008). *Freud et la question des origines*. Paris : De Boeck Supérieur.
- Barbier A. (1991). Réflexion sur la place de la douleur dans la théorie psychanalytique. *Revue Française de Psychanalyse*, 55(4), 801-817.
- Barnes, C., Mercer, G. and Shakespeare, T. (1999). *Exploring Disability: a sociological introduction*. London : Polity Press.
- Baudin M. (1995). Représentations féminines et masculines chez des patientes présentant un syndrome sec. *Problématiques du féminin*, 1(2), 199-215.
- Baudin M. (1998), Approche métapsychologique d'une pathologie auto-immune féminine : le syndrome sec. Thèse de doctorat de psychologie dirigée par le Pr Catherine Chabert, Paris V : Septentrion.
- Baudin M. (2005). La position hypocondriaque entre mélancolie, hystérie et névrose obsessionnelle. *Champ psychosomatique*, 3(39), 55-66.
- Bayle G. (2008). La psychanalyse des états limites : évolutions des clivages. Les enjeux de la psychanalyse aujourd'hui, coll. *Psychanalyse et civilisations*, 43-74.
- Bazin H. (1948). *Vipère au poing*. Paris : Grasset
- Beautheac, N. (2008). *Hommes et femmes face au deuil : Regards croisés sur le chagrin*. Paris: Albin Michel

- Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Free Press.
- Beecher, H. K. (1956). *Relationship of significance of wound to the pain experience*. New York: Free Press.
- Beek, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International University Press.
- Bégoïn J. (1987). Névrose et traumatisme. *Revue Française de Psychanalyse*, 51(3), 999-1020.
- Benjamin, W. (1968). *Illuminations*. New York: Schocken Book.
- Benoist M., Boulu P., Fusterv J.M., Kahn M.F., Cambier J. (1986). Le syndrome polyalgique idiopathique diffus. *Presse Med.*, (15), 1680-1682.
- Berger, E. (1999). *Le mouvement dans tous ses états : les recherches de Danis Bois*. Paris : Point d'appui
- Bergeret., Houser M. (2002). Le sadisme à travers ce qu'il n'est pas. *Revue Française de Psychanalyse*, (4) 66, 1269-1284.
- Bernard, M. (1972). *Le Corps*. Paris : Seuil.
- Bettelheim B. (1971). *Les blessures symboliques*. Gallimard : Paris.
- Bezier, P., Nicaise, S., et Cavelier, P. (2007). *Deuil, histoires de famille : conversations, souvenirs, transmissions*. Paris: Odile Jacob
- Bion, W. R. (1961). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43,306-310.
- Boltanski L., Chiapello E. (1999). *Le nouvel esprit de capitalisme*. Paris : Gallimard
- Botella C. et S. (1992). Le statut métapsychologique de la perception et l'irreprésentable. *Revue Française de Psychanalyse*, 56(3), 23-41.
- Bourdieu, P. (1998). La précarité est aujourd'hui partout. Paris: Libre-Raison d'agir, 95-101.
- Broca, A. (2006). *Deuils et endeuillés*. Paris : Masson

- Brouard, M., Antoine, P., & Labbe, J. (2008). Expérience subjective et travail de handicap : analyse qualitative auprès de 17 patients paraplégiques. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 51(5), 394-402.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris : P.U.F.
- Burloux G. (2004). *Le corps et sa douleur*. Paris : Dunod.
- Cacciali J-L. (2002). Une perversion du regard : le voyeurisme. *Journal français de psychiatrie*, 2(16), 33-34.
- Can J Psychiat., Couanet, C., (2003). *Politique de la photographie du corps : L'image et les images*. Paris : Klincksieck.
- Canguilhem, G. (2005). *Le Normal et le Pathologique*. 9e rééd, Paris : PUF
- Carreau-Rizzetto M.-C. (2003). Le fantasme de castration et les personnalités limites. *Cliniques méditerranéennes*, 2(68), 219-232.
- Chabee-Simper S. (2005). La somatisation ou l'anti-passage à l'acte dans le corps réel. *Imaginaire & Inconscient*, 2(16), 151-164.
- Chabert C. (1988). Les méthodes projectives en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie 6*, 1988-2014.
- Chabert C. (1992). Les problématiques dépressives et leurs aménagements : approche clinique et projective. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives*, 36, 25-40.
- Chabert C. (2001). La psychanalyse au service de la psychologie projective. *Psychologie clinique et projective*, 1(7), 55-69.
- Chemama, R., Vandermersch, B. (1995). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris: Larousse.
- Ciccone, D. S., and Grazesiak, R. C. (1984). Cognitive dimensions of chronic pain. *Social Science and Medicine*, (19)12, 1339-1345.
- Classification internationale des troubles mentaux-CIM-10. (1994). *Traduction française par CB Pull et al.* Paris : Masson.

- Coblence F. (2010). « La vie d'âme » Psyché est corporelle, n'en sait rien, in *Revue française de psychanalyse*, (5)74, 1285-1356.
- Corcos M. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris : Dunod.
- Cournut J. (1989). Les deux contre-investissements de l'excitation. In *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 39, 71-94.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). *Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised*. *Behav Res Ther*.
- Crocq L. (2007). *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier- Masson.
- Croix L. (2004). L'inévitable douleur du sujet. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(23), 11-23.
- Cuendet, C. L., & Grimaud de Vincenzi, A. (2003). *Des rituels de deuil: libération pour les parents, libération pour les enfants*. Paris: Masson
- Cupa D. (2012). Hommage à André Green. *Le Carnet PSY*, 2(160), 12-25.
- Damasio A. R. (2002). *Spinoza avait raison : Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris : Odile Jacob.
- Damasio, A. R. (1994). *L'Erreur de Descartes*. Paris : Odile Jacob
- Dargent F. (2010). Corps scarifié, adolescence marquée. *Revue Française de Psychosomatique*, (2) 38, 131-143.
- De M'Uzan M. (1972). Un cas de masochisme pervers, esquisse d'une théorie. *Revue française de psychosomatique*, 2(23), 667-712
- De M'Uzan, M. (1967). *Expérience de l'inconscient : De l'art à la mort*. Paris: Gallimard.
- Dejours C. (2001). *Le corps d'abord*. Paris : Payot.
- Dejours C., Fédida P. (2002). *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Paris : Dunod.
- Deleuze G. (1985). *Différence et répétition*. Paris : Editions de Minuit.

- Denis P. (2001). Emprise et répression. *Revue française de psychanalyse*, 1(65), 29-36.
- Denis P. (2006). La douleur fantôme. *Revue française de psychosomatique*, 2(30), 55-62.
- Deutsch H. (1925). *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*. Paris : PUF.
- Deutsch H. (1949). *La Psychologie des femmes. Etude psychanalytique*. Paris : PUF.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Seuil.
- Donnet, J-L. (2005). Le Surmoi et les transformations du complexe d'Œdipe. *Le temps de l'Œdipe, Libres Cahiers pour la Psychanalyse*, (12)205, 13-26.
- Douglas, M. (1999). *Comment pensent les institutions*. Paris : La découverte.
- Drummond de Andrade C. (1968). *Boitempo*. Paris : Auber Montagne.
- Dufour, V., Morvan, J.-S. (2010). Handicap et captation : un modèle pour penser la subjectivité. *Empan*, 4(80), 142-149.
- Dugas, L., Moutier, F. (1911). *La dépersonnalisation*. Paris : Felix Alcan.
- Fain M. (1966). Régression et psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse*, (4)30, 451-456.
- Fédida P. (1978). *L'absence*. Paris : Gallimard.
- Fédida P., Lacoste P. (1992). Psychopathologie-Métapsychologie. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 8, 589-627.
- Fischer S., Cleveland S.E. (1958). *Body images and personality*. Princeton: New York.
- Flament, C., Rouquette, M.-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires : Comment étudier les représentations sociales*. Paris : Armand Colin
- Fliess W. (1925). Droite et Gauche. *Anthropos, Mythe et chimère de l'autoanalyse*, 98-103.
- Florence J. (1978). *L'identification dans la théorie freudienne*. Bruxelles : Facultés universitaires Saint-Louis.
- Foucault, M. (1974-1975). *Les anormaux*. Paris : Gallimard.

- Freud S. (1887-1902). La naissance de la psychanalyse. Lettres à W. Fliess, Paris : PUF.
- Freud S. (2002). L'Esquisse d'une psychologie scientifique. La naissance de la psychanalyse (8e éd). Paris : PUF.
- Freud S. (1914). Pour introduire le narcissisme. Paris : Payot.
- Freud S. (1915). Le refoulement. *Métopsychoanalyse*, 45-63. Paris : Gallimard.
- Freud S. (1918). Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups). Cinq psychanalyses, 325-420. Paris : PUF.
- Freud S. (1924), Le Problème économique du Masochisme. *Névrose, Psychose et Perversion*, 287-298. Paris : PUF.
- Freud S., Breuer J. (1956). *Études sur l'hystérie* (15e éd.). Paris : PUF.
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le Narcissisme*. Paris : PUF
- Freud, S. (1915). *Deuil et mélancolie*. Paris : Gallimard
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : PUF
- Gleyse, J. (2000). *La chair et le verbe : corps et culture*. Paris: Larousse
- Goffman, E. (1959). *The Representation of Self in Everyday Life*. New York: Double Day Publication.
- Goldberger, C. (2005). *Quand la mort sépare un jeune couple : le veuvage précoce*. Paris : Albin Michel.
- Good, B. J. (1992). A body in pain : Making of a world of chronic pain. M-J. Delvecchio Good, P. E. Browdwin, B. J. Good, and A. Kleinman (Eds.), *Pain as Human Experience*, 29-48. Berkeley: University of California Press.
- Gorot J. (2001). Dépression et somatisation, in *Revista portuguesa de psicossomatica*, (3)2,135-158.
- Gorot J. (2010). Une maltraitance du corps imaginaire dans une observation de fibromyalgie. *Le Coq-héron*, (4) 203, 126-132.

- Green A. (1983). *Narcissisme de vie narcissisme de mort*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Green A. (1988). La pulsion et l'objet. *Psychanalyse du lien*, Paris : Centurion, 1-20.
- Green A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Grim, O. R. (2008). La figure du monstre comme analyseur de la situation de handicap : un nécessaire travail de déconstruction. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 73(3), 41-48.
- Groddeck G. (1923). *Le livre du ça*. Paris : Gallimard.
- Guillemot, M. & Blumel, B. (2008). *Petit Larousse de la Psychologie*. Grandes questions, Notions essentielles. Paris: Larousse.
- Guttieres-Green L. (1990). La problématique du transfert douloureux. *Revue française de psychanalyse*, (2)54, 407-419.
- Haag G. (2004). Sexualité orale et Moi corporel. *Topique*(2)87, 23-45.
- Hanus, M. (2010). *Deuil et résilience : différences et articulations*. Paris : Vuibert
- Hassoun J. (1997). *La cruauté mélancolique*. Paris : Champs Flammarion.
- Hebga M. (1998). *La Rationalité d'un discours africain sur les phénomènes paranormaux*. Paris : L'Harmattan.
- Herzlich, C. (1996) *Santé et maladie*, analyse d'une représentation sociale. Paris : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Holmes, M. S., and Chambers, T. (2005). Thinking through pain. *Literature and Medicine*, (24)1, 127-141.
- Hurtig, M. & Rohrer, B. (1980). *La représentation graphique de soi et d'autrui chez l'enfant*. 171-174. Toulouse: Privat
- Jacobi B., (1985). *Discours plaintifs et souffrance*. Cliniques méditerranéennes : Toulouse-Erès.
- James, W. (1902). *The Varieties of Religious Experience*. New York: American Library.

- Janet, P. (1893). *L'état mental des hystériques: les stigmates mentaux*. Paris: Rueff & Cie
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales, sociologie d'aujourd'hui*. Paris : PUF
- Kaufmann, J.C. (2005). *Le corps dans tous ses états : corps visibles, corps sensible, corps secret, dans un corps pour soi*. Pratiques physiques et société. Paris : PUF
- Kaswin-Bonnefond, D. (2004). La vie opératoire. Etudes psychanalytiques de Claude Smadja. *Revue française de psychosomatique*, 68(4) 1327- 1336.
- Kestenber E. (1978). La relation fétichique à l'objet. *Revue Française de Psychanalyse*, (17) 2, 195-214.
- Kimura, B. (1992). *Écrits de psychopathologie phénoménologique*. Paris : PUF
- Klein M. (1932). *La psychanalyse des enfants*, trad. J.-B. Boulanger. Paris : PUF.
- Klein, M. (2004). *Deuil et dépression*. Paris : Payot
- Korff-Sausse, S. (1995). *Le handicap : figure de l'étrangeté*. Paris : PUF.
- Korff-Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé*. Paris : Calmann-Lévy,
- Krishaber M. (1873). *De la névropathie cérébro-cardiaque*. Paris : Masson
- Kristeva J. (2001). La traversée de la mélancolie. *Figures de la Psychanalyse*. Paris : Erès, (1)4, 19-24.
- Kübler-Ross, E. (1957). *Les étapes du travail du deuil*. Paris: Pocket
- Kübler-Ross, E. (2002). *Accueillir la mort*. Paris: Pocket
- Lacan, J. (1949). *Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1961). L'identification. Séminaire IX. <http://gaogoa.free.fr/Seminaires>.
- Lapierre, C. (2011). *Approche phénoménologique du handicap à partir de la notion de corps vécu*. Bordeaux : Les études hospitalières.
- Laplanche J. (1980). *Problématiques III : castration et symbolisation*. Paris : PUF.

- Laplanche J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF
- Laurent B., (2001). *La douleur chronique : une communication difficile*. Douleurs : Masson.
- Le Breton D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié.
- Le Breton, D. (2002). *La sociologie du corps*. Paris : PUF
- Le Breton, D. (2005). À propos de l'ouvrage de Charles Gardou : Fragments sur le handicap et la vulnérabilité. *Reliance*, 2(16), 123-125.
- Leriche R., (1937). *Chirurgie de la douleur*. Paris : Masson.
- Lipovetsky, G., (1993). *l'Ere du vide : Essai sur l'individualisme contemporain*. Paris : Folio
- Marty P. (1958). La relation objectale allergique. *Revue Française de Psychanalyse*, 5-29.
- Marty P. (1967). Aspects psychosomatiques de la fatigue. *Revue française de psychosomatique*, (2)24, 9-32.
- Marty P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort : Essai d'économie psychosomatique (Tome 1)* Paris : Payot.
- Marty P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : PUF.
- Marty P., de M'Uzan M., David C. (1963). *L'Investigation psychosomatique : sept observations cliniques*. Paris : PUF.
- Mauss, M. (1950). *Notion de technique du corps. Sociologie et Anthropologie*. Paris : PUF
- Mayi, M. (2010). *Psychopathologie et tradithérapies africaine : Perspectives Actuelles*. PUF : Danoia.
- Mayi, M. (2017). *Quatres essais de psychopathologie africaine*. PUF : Danoia
- McDougall J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.
- McDougall J. (1989). *Théâtres du corps*. Paris : Gallimard.

- Meltzer D. (1971). *Le développement kleinien de la psychanalyse* (trad. Française 1984). Paris : Bayard.
- Melzack R. et Wall P., (1988). *Le Défi de la Douleur* (3e éd). Londres :Vigot.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Michela, M. (2007), *Le dictionnaire du corps*. Paris : PUF
- Michela, M., et Parisoli, M. (2002). *Penser le corps : Question d'éthique*. Paris : PUF
- Morice W. (2002). Approche psychiatrique d'un syndrome douloureux chronique : la fibromyalgie. Thèse de doctorat, Université de Nantes, dir. Benoît Robin.
- Mormon C. (2009). *Deuil et traumatisme*. Stress et Trauma. Paris : Dunod
- Moro M-R. (2001). Entretien avec Joyce McDougall. *Le Carnet Psy*, 67, 20-27.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : PUF.
- Murphy, R. F. (1990). *Vivre à corps perdu*. Paris : Plon.
- Nacht S. (1965). *Le masochisme*. Paris : Payot.
- Nasio, J-D. (1996). *Le Livre de la Douleur et de l'Amour*. Paris: Payot.
- Nemiah J.C. & Sifneos P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, 2, 26-34.
- Nuss, M. (2011). *L'identité de la personne « handicapée »*. Paris : Dunod
- Papageorgiou M. (2003). *L'insoutenable légèreté du corps de la mère*. *Revue française de psychosomatique*, (2) 24, 127-144.
- Papageorgiou M. (2006). De la nostalgie à la douleur de l'impossible départ. *Revue française de psychosomatique*, (2) 30, 39-54
- Parat C. (1995). *L'Affect partagé*. Paris : PUF.
- Pedinielli J-L, Fernandez L. (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand-Colin.

- Pedinielli, J.L. (1993). Psychopathologie du somatique : La "maladie-du-malade". Cliniques Méditerranéennes, 38, 121-137.
- Péruchon, M. (2003). De la douleur physique au Rorschach et au TAT. Étude de cas. Psychologie Clinique et Projective, (1)9, 427-456.
- Pheulpin M-C. (2013). Clinique projective et corps en souffrance. Le Carnet PSY, (3) 170, 44-47.
- Pontalis J.B. (1977). *Entre le rêve et la douleur*. Paris : Gallimard.
- Potamianou A. (2003). Attaches métapsychologiques de la fatigue. Revue française de psychosomatique, (2) 24, 45-60.
- Potamianou A. (2008). Frappes et battements d'excitation. Revue française de psychosomatique, (1) 33, 8-29.
- Quinodoz J-M. (1991). *La solitude apprivoisée : L'angoisse de séparation en psychanalyse*. Paris : PUF.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Racamier P.-C. (1986). Entre agonie psychique, déni psychotique et perversion narcissique. Revue Française de Psychanalyse, 5, 1300-1309.
- Rajablat, M. (1995). *L'image du corps*. Paris : Gallimard
- Rey, R. (1993). *Histoire de la douleur*. Paris: Découverte.
- Ricoeur, (1994). La souffrance n'est pas la douleur. Autrement, 142, 58-67.
- Robins, C. 1. & Haynes, A. M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 205-214.
- Roman P. (2001). Des enveloppes psychiques aux enveloppes projectives : travail de la symbolisation et paradoxe de la négativité. Psychologie clinique et projective, (1) 7, 71-84.

- Rosenberg B. (1982). Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie. Les cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie, Masochismes, 5, 41-95.
- Rosenfeld H. (1964). La psychopathologie de l'hypocondrie. Etats psychotiques, Paris : PUF, 233-258.
- Rosolato G. (1987). *Le sacrifice, repères psychanalytiques*. Paris : PUF.
- Roussillon R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Roussillon R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
- Roussillon R. (2005). Le processus et la capacité sublimatoire. Revue française de psychanalyse, (5) 69, 1565-1573.
- Sami-Ali M. (1987). *Penser le somatique*. Dunod : Paris.
- Sami-Ali M. (1990b). *Le corps, l'espace et le temps*. Paris : Dunod.
- Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé*. Paris : Calmann-Lévy.
- Schilder, P. (1935). *L'Image du corps: Les forces constructives de la psyché*. Paris: Gallimard
- Schneider M. (1989). *La tombée du jour*. Paris : Seuil.
- Smadja C. (2003). La fatigue, symptôme et signe de la négativité psychique. Revue française de psychosomatique, (2)24, 33-36.
- Smajda C. (2001). *La vie opératoire, études psychanalytiques*. Paris : PUF, Le fil rouge.
- Sow I. (1978). *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire*. Paris : Payot.
- Spitz R. (1968). *De la naissance à la parole*. Paris : PUF.
- Stiker, H.-J. (2007). Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double, Champ Psychosomatique, 45(1), 7-23.
- Stoller R. (1978). *La perversion, forme érotique de la haine*. Paris : Payot.
- Szwec G. (1998). Les galériens volontaires, essai sur les procédés autocalmants. Paris : PUF.

- Szwec G. (2003). La fatigue qui ne joue plus son rôle de signal. *Revue française de psychosomatique*, (2) 24, 37-43.
- Torok M. et Abraham N. (1987). Deuil ou mélancolie, introjecter-incorporer. L'écorche et le Noyau, Paris, Flammarion, 259-275.
- Valabrega J.-P (1977). *Phantasme, mythe, corps et sens*. Paris : Payot.
- Valabrega, J.P. (2001). *Les mythes, conteurs de l'inconscient*. Paris : Payot.
- Widlöcher D. (1999). La méthode du cas unique, in *Monographie de Psychopathologie*, 1,
- Winnicott D. W. (1963). La crainte de l'effondrement. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, Paris, Gallimard, 2000, 205-216.
- Winnicott D.W. (1967). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. *Jeu et Réalité*. Paris : Gallimard.

ANNEXES

ANNEXES 1 : COMPTE RENDU DES ENTRETIENS AVEC LES DOCTEURS DES HOPITAUX DE LA VILLE DE YAOUNDE

DOCTEUR A

ACCUEIL ET MISE A L'AISE DU PATIENT

L'écoute du patient

Je suis un jeune médecin bienveillant, je pouvais faire mien le désir de ne pas pourrir la vie d'une patiente (c'est une maladie imaginaire) en lui annonçant une nouvelle aussi lourde de signification. D'un autre côté, je ne parviens pas à me départir de l'idée qu'il n'est pas défendable de cacher à quiconque une vérité qui le concerne.

Parfois on peut se dire que la douleur est réelle mais l'intensité peut-être très très surévaluée. Il y a certains patients qui, lorsqu'ils arrivent en consultation, dans leurs expressions, je me dis, celui-ci, il a pas du tout mal, il ne faut pas exagérer.

Clarification sur l'objet de consultation

Ils vous diront des choses contradictoires par rapport à ce que d'autres ont dit. Plus vous cherchez à comprendre, plus ils vous racontent n'importe quoi. De toutes les façons, à l'entame de ces consultations, vous êtes la victime d'une guerre entre les avis d'autres médecins et les fantasmes de soulagement des patients.

La sensation douloureuse est protéiforme, qui se définit selon son site, son type, sa périodicité, son caractère et son intensité. Toutefois, dans certains cas, elle est ressentie dans un endroit du corps qui diffère de la zone se trouvant traumatisée ou lésée. Cependant, nous savons qu'il y'a d'autres type de douleur qu'on appelle les psychalgies qui s'attaquent au schéma corporel, mais il est difficile de dire dans le cas de ces patients amputés si c'est de ce types de douleurs dont il s'agit, et si s'était le cas, elles ne dépendent pas de notre ressort.

Je ne sais pas, la part du psychique, du réel, de l'imaginaire, de la volonté d'avoir des soins, je ne sais pas. J'ai vraiment l'impression que je lui annonce le diagnostic à chaque fois. Mais leur faire comprendre que ça va être compliqué de revenir à l'état antérieur, c'est ça qui me semble le plus difficile.

ACCUEILLIR ET RECONNAITRE LA PLAINTES ALGOHALLUCINEUSE

Le patient semble trouver un bénéfice secondaire dans la douleur, il est général chez le patient douloureux, peu importe la nature de sa douleur, d'attendre en retour qu'on lui gratifie pour avoir eu mal ou pour avoir mal. Et chez les douloureux chroniques, cette tendance est permanente même lorsque la douleur semble s'être calmé.

On pourrait utiliser ces termes lorsqu'on n'arrive pas à identifier la douleur par le biais de la technique et l'ingénierie médicale, ici à l'hôpital, les douleurs dont nous traitons sont réelles.

La douleur à l'hôpital ne saurait être la douleur d'un péché qu'on expie dans un confessionnal, ou la souffrance d'un vécu qui nous hante et qu'on adresse à un psychologue. La douleur de l'hôpital est cette douleur que le médecin peut facilement constater et dont il a des médicaments pour la faire calmer et/ou la faire disparaître.

Très peu sont les hommes qui disent j'ai mal, et encore plus quand ils savent que ce mal n'existe que dans leurs têtes. Les femmes, on sait qu'elles savent bien se plaindre, il faut donc savoir reconnaître dans ce que chacun dira quand il viendra consulter, ce qui relève de la douleur organique et ce qui relève des difficultés de sa vie.

Et même avec la juste empathie ce n'est pas facile de les voir avec leurs problèmes. Si j'étais à la place de la personne et qu'on me donnait un diagnostic de ce type-là, je ne serais peut-être pas très heureux.

GESTION DU CONTRE-TRANSFERT

Négativité pendant les consultations

Et même avec la juste empathie ce n'est pas facile de les voir avec leurs problèmes. Si j'étais à la place de la personne et qu'on me donnait un diagnostic de ce type-là, je ne serais peut-être pas très heureux. Ce n'est pas que c'est difficile.

Au bout de 4 ans de la même chose tous les mois, il y'a forcément un problème. Il revient toujours en râlant, et ce n'est pas satisfaisant de voir revenir quelqu'un se plaindre du même mal tout le temps. A chaque fois, c'est avec une désolation que je renouvelle son ordonnance, parfois je m'excuse de n'avoir pas pu l'aider à alléger sa douleur. On se sent très mal et on a l'impression de sa douleur nous pèse sur les épaule. C'est très fracassant et on y peut rien.

La pression des patients sur le médecin est génératrice d'angoisse. La fréquence en dent de scie de leurs consultations est un problème que doivent gérer les médecins, ces patients qui ne respectent pas les rendez-vous et s'amènent quand ils veulent et en demandent le miracle. D'autres par contre sont tellement présent que leurs récurrences pose aussi problème, et malgré tous les efforts fournis pour leurs apporter soulagement, ils se plaignent toujours en exagérant. Tout cela est inconfortable pour tout médecin.

Présence d'émotions positives pendant les séances de consultation

Les patients sont généralement passifs et dépendants du médecin, se repliant sur eux-mêmes pourtant ils pouvaient apprendre à vivre avec leurs douleurs. A ces moments, quand cela arrive, vous les voyez en face de vous, ils ont peur qu'on les abandonne. On a même peur de leur dire qu'ils doivent apprendre à vivre avec.

On a souvent envie de détendre l'atmosphère pour décriper le patient, et bien que ce soit difficile, on se contente juste de le réconforter, car comment faire des blagues pour faire rire quelqu'un qui se plaint de douleur.

Médecin comme porteur d'espoir

Les patients n'ont pas besoins qu'on soit leurs pasteurs ou les conseillers, mais leurs techniciens, celui qui malgré ses états, doit garder pour lui ses ressentis et se consacré à la

recherche du problème, s'il y'en a un de l'ordre de ses compétence. il est important d'être honnête, et de parler avec le patient d'égal à égal, d'adapter le discours de manière à ce qu'il puisse clairement comprendre ce qu'on lui demande et qu'on attend de lui, lui dire exactement ce qui est possible de faire.

ELABORATION DU DIAGNOSTIC DES ALGOHALLUCINOSES

Réalisation d'examens complémentaires

C'est une entreprise perdu d'avance, un chemin que l'on emprunte juste pour faire savoir au patient qu'il n'a peut-être rien qui soit déterminé par les moyens à notre disposition.

La médecine de la douleur au pays fait déjà face à l'absence d'outils diagnostics appropriés, les tests et échelles d'évaluations de la douleur sont très peu rependus et utilisés dans la pratique, et les adaptations à des douleurs inorganiques sont quasiment rares».

Les échelles de douleurs ne sont pas efficaces avec les adultes surtout ceux qui ont des algohallucinoses. Donc le médecin se sent comme piégé dans cette issue et ce qui lui reste à faire est la prescription des soins palliatifs.

Discours médicaux discordant dans le système de soin

Le besoin de trouver un médecin qui correspond à leurs problèmes, au refus d'accepter la chronicité et au besoin d'avoir une solution immédiate, quand je suspecte une exagération dans l'expression des douleurs en lien avec la recherche des bénéfices secondaires, il est normal que je ne prenne pas en compte les plaintes du patient ou alors que l'évaluation soit faite en fonction de cette observation liminaire.

Gestion du temps

Les douleurs chroniques sont quasiment consultées tous les jours par les médecins généralistes. Ils sont référés vers nous pour des avis de spécialistes. Mais pour les douleurs invisibles, je ne suis pas très bon psychologue au sens habituel, je n'allonge pas les patients, je ne discute pas pendant des heures, je n'ai pas le temps. J'essaye d'aller droit au but. Le relationnel en toute honnêteté, en médecine, avec tous ceux qu'on doit recevoir par jour, on manque de temps.

Lorsqu'on est à l'hôpital, qu'on soit handicapé ou pas, on a un problème qui représente pour nous une priorité, et considéré que la santé d'un handicapé est prioritaire par rapport à celle de celui n'ayant pas de handicap peut être considéré comme facteur de discrimination, et pour cela, je ne veux pas m'y prêter, alors je les reçois et les traite tous prioritairement, en fonction de leurs problèmes, et chacun à son tour.

CONNAISSANCES DES MEDECINS SUR LES ALGOHALLUCINOSES

Savoir évaluer l'expérience douloureuse

Les algohallucinoses sont très rares comme maladies quand on ne les a pas encore côtoyés. Quand on commence à les recevoir en consultation, on se rend compte que dans une catégorie de population, celle amputée particulièrement, il est très courant, le fait d'entendre parler des algohallucinoses ne veut pas dire qu'on connaît son principe d'action et ses thérapeutiques. C'est pourquoi, c'est un phénomène toujours nouveau pour le médecin, déjà qu'il varie en fonction des patients.

La douleur doit être objectivée sur une partie du corps qui la matérialise, faute de quoi on est dans l'illusoire du patient, et c'est le cas pour certains patient qui se construisent des douleurs afin d'obtenir certains services ou privilèges.

Eviter une escalade d'actes techniques

Il faut informer le patient, mais avec une telle souplesse, car imaginez si vous dite au patient « Vous avez des douleurs fantômes, ou bien, vous souffrez d'excès d'imagination douloureuse, mieux encore vous avez les algohallucinoses » Dites le vous-même au patient et observez sa réaction.

Il faudrait avant d'annoncer un diagnostic, objectiver la douleur à tout prix par l'imagerie médicale. Ce qui peut laisser au patient l'idée qu'il ne pourra pas guérir tant que ces examens ne retrouveraient pas de lésion objectivable. Le risque étant celui d'un rejet mutuel ou d'une escalade iatrogène dans un désir commun de soulagement à tout prix.

Représentations du patient algohallucineur par le soignant

Bien qu'on sache qu'ils simulent leurs douleurs, ils ne font même pas l'effort de s'améliorer. Les rares fois que ce genre de problèmes me soit arrivé, j'ai conseillé au patient de regarder du côté de sa tradition, si par là on pouvait l'aider, et j'espère qu'il l'a fait, car je ne l'ai plus revu depuis ce jour ».

DOCTEUR B

ACCUEIL ET MISE A L'AISE DU PATIENT

L'écoute du patient

Dans l'expression de la plainte douloureuse, et en l'absence de lésion apparente, c'est avec une posture hésitante et pleine de doute que le médecin reçoit et écoute le patient.

Ces patients se présentent avec des modes d'expressions de la douleur assez différents, allant de l'exagération à l'absence de plainte. Cette variabilité dans la plainte liée à la subjectivité des sensations peut faire douter tout médecin de la bonne foi du patient, surtout quand celui-ci rapporte par exemple l'inefficacité d'une succession de traitement.

Clarification sur l'objet de consultation

Il est bien rare que le patient vienne en disant je suis super content de tous les médecins que j'ai vus. J'ai mon algohallucinoses docteur j'aurais mal jusqu'à la fin de mes jours.

Nous retrouvons le plus souvent chez ces patients des descriptions de douleur en l'absence de toute cause physiologique probable, et il est impossible de distinguer de leur expérience, une conséquence post-amputatoire qui survient très souvent par irritation du moignon.

D'abord ils ne comprennent pas qu'il faut vivre avec la douleur. Ils ne comprennent pas qu'une douleur elle dure. Pendant les consultations, nous devenons donc leurs psy, on les écoute se plaindre et si on les interrompt pour dire que c'est normal et qu'ils doivent se ménager pour vivre avec, ils deviennent comme hystériques. C'est un fait général chez les handicapés de vouloir être materné. Alors, il se crée des illusions de douleurs pour maintenir la dépendance

clinique. Alors, le médecin se retrouve coincé avec un patient qui dit avoir mal pourtant il veut juste qu'on sache qu'il n'accepte pas son handicap.

ACCUEILLIR ET RECONNAITRE LA PLAINTÉ ALGOHALLUCINEUSE

Il serait préférable d'entrée de jeu de dire pour un patient que « j'ai mal et personnes ne comprends ma douleur »

La douleur algohallucinatrice est une manière de vivre et d'affronter quelque chose qui pourrait être à leurs yeux plus difficile que cette douleur physique réelle. Cette forme d'expression est plus véhiculable que celle qui consisterait à dire que leur vie est tellement désastreuse qu'ils n'arrivent plus à se considérer comme Homme depuis qu'ils ont perdu corps, travail et famille.

GESTION DU CONTRE-TRANSFERT

Négativité pendant les consultations

Leurs attitudes sont sources d'énervements, voire de colère pour les médecins, ils sont réputés pour leur manque de patience. Ils sont irritants, infernaux et agaçants. Mon désespoir, c'est de ne rien comprendre. Quand je me rends compte que je ne peux rien faire pour un patient sa me dérange, faire l'ordonnance et renvoyer le patient sans donner de rendez-vous, ça me dérange aussi, mais comme quoi on dirait, à l'impossible nul n'est tenu»

Présence d'émotions positives pendant les séances de consultation

Ces patients perdent toute confiance et n'attendent plus rien de la médecine.

J'ai reçu une patiente qui s'est sentit traitée de folle parce que je lui ai proposé une tri-thérapie. Si ces patients ne veulent pas la prise en charge qu'on les propose, pourquoi ils continuent de venir nous faire perdre notre temps.

Dans l'interrogation du patient, il faut de temps en temps jouer au bon docteur et savoir passer au méchant docteur quand l'information semble incomplète et que le patient se garde de la donner.

Médecin comme porteur d'espoir

A ce moment de la consultation on peut mettre l'accent sur ce qui va bien. On peut lui dire, vous avez beaucoup de force, vous êtes solide, enfin des choses comme ça.

ELABORATION DU DIAGNOSTIC DES ALGOHALLUCINOSES

Réalisation d'examens complémentaires

Je prescris toujours à mes patients une IRM afin de déterminer en l'absence de lésion corporelle apparente. Et si ils faisaient ces examens qu'on les prescrivait, sa faciliterait le travail, mais même pas les 2% reviennent avec les résultats.

Il faut savoir se servir de son intuition, faire appel à des collègues et des aînés dans le domaine, confronter les données des plaintes des patients avec d'autres cas similaires, bref, il faut avant de remettre en question le discours du patient, l'avoir éprouvé.

Les patients qui viennent consulter pour algohallucinoses ont à peine de quoi revenir pour le prochain rendez-vous, les examens basiques pour l'observation des paramètres douloureux par les radios et scanners leurs semblent inaccessible.

Discours médicaux discordant dans le système de soin

Les patients sont insuffisamment préparés pour comprendre que leur douleur n'a pas une causalité unique, qu'elle soit médicale, psychologique ou autre.

Gestion du temps

Nous faisons face à des journées pénibles de travail, la surcharge et la fatigue nous ravage le plus souvent, et par-delà tout, nous devons recevoir des dizaines de patients, alors répartissez vous-même le temps et voyez tous ceux qu'on a à recevoir, le ratio ne nous permet pas de faire plus de 30 minutes avec un patient.

Quand je me donne une pause et qu'en sortant du bureau j'aperçois dans la file d'attente une personne handicapé, je demande aux infirmiers dès mon retour de la faire entrer prioritairement.

Pendant les consultations, on peut prendre un temps qui varie, car il y'a souvent on ressent comme si certains patients versaient sur nous leurs fatigues, à ce moment, on a vite envie de le libérer et de nous dégager de cette situation. Quand ce genre de patient vous tombe dessus en matinée, rassurez-vous, c'est votre journée qui est foutue.

De plus, s'il y avait un nombre suffisant de médecin, on ne se retrouverait pas en train de limiter les temps de consultations dans le but de recevoir tous les patients qui sont dans la file. C'est un véritable problème qui affecte tout le monde, du patient (victime) jusqu'au médecin qui s'épuise à la tâche.

CONNAISSANCES DES MEDECINS SUR LES ALGOHALLUCINOSES

Nous disons généralement à nos patients qu'ils ne doivent pas avoir peur d'aborder les problèmes enfouis au fond d'eux, même si ce sont les problèmes relationnels tel un divorce ou familiale tel un deuil, il doit savoir qu'il peut s'exprimer sur tout ce qui le gêne.

Savoir évaluer l'expérience douloureuse

On n'a jamais une idée claire sur les algohallucinoses, c'est un phénomène pathologique rare et la rareté n'est généralement pas le fort des sciences. Donc c'est normal de ne pas savoir ce que s'est. On peut en connaître le nom, avoir des indices sur ses manifestations à partir des plaintes des patients. Mais il n'existe pas de manuel de diagnostic ni de thérapeutiques sur les algohallucinoses.

Il serait prétentieux pour un médecin d'envisager mesurer de manière objective les douleurs fantômes, la référence à la stimulation nociceptive d'intensité croissante produite par les patients douloureux est ce qui est recherché de manière mathématique par les médecins et donc la fonction reproductible est constamment envisagée. On s'attend généralement à ce que le patient puisse traduire son expérience verbalement en choisissant les mots qui correspondent le mieux à la qualité de la sensation qu'il vit.

Ce n'est pas du ressort du médecin, les psychiatres vous dirons qu'il existe des délires pareils, mais moi, je ne suis pas mieux indiquer pour parler de ces phénomènes, vous comprenez pourquoi les algohallucinoses ne peuvent pas être évalué à moins que ce soit un coup de théâtre qui se joue, et plus encore nous n'avons pas le temps pour cela. La complexité de la mesure des

algohallucinoses met en doute leurs validités et leurs fonctions à rendre compte des dimensions sensorielles (qualité, intensité, dynamique spatio-temporelle) et affectives (désagrément et émotions associées) de la douleur.

Eviter une escalade d'actes techniques

Il n'est pas d'adapter de dire à un patient « Ok ! Après tous les examens que vous avez effectué, il en ressort que vous souffrez d'algohallucinoses ». Il faut savoir que la plupart des patients présentent leurs symptômes de manière à traduire un besoin pressant d'une réponse à laquelle on se sent contraints de répondre.

Représentations du patient algohallucineur par le soignant

Les patients qui se plaignent d'algohallucinoses trainent avec eux des histoires assez délicates de leurs vies. Quand on a affaire aux soldats qui ne savent que faire la guerre, il est difficile pour eux de se savoir invalide, car invalide, ils ne servent plus à rien, ils ne sont plus rien, il ne reste plus que l'ombre d'une douleur qui les consume de l'intérieur et de l'extérieur.

DOCTEUR C

ACCUEIL ET MISE A L'AISE DU PATIENT

L'écoute du patient

Il faut être très attentif en consultation tant sur ce qui se dit par le discours que sur ce qui se dit à travers le comportement. Toutes les grandes douleurs sont muettes, il y'en a qui se plaignent à peine, et puis c'est en les observant qu'on se rend compte qu'il y a beaucoup de choses qu'ils ne font pas parce qu'ils ont trop mal. Mais ils ne disent pas toujours.

Clarification sur l'objet de consultation

Il y a des patients qui vont de consultation en consultation. Si vous, n'arrivez pas à les soulager dans les délais qu'ils se sont prescrits, ils s'imaginent qu'ils pourront trouver meilleure solution ailleurs.

La douleur est souvent liée à des lésions internes ou externes, réelles ou potentielles, ou décrites comme si ces lésions existaient. La diversité de ces phénomènes douloureux et l'origine subjective de sa perception font qu'il soit difficile de la clarifier chez le patient.

Il ne faut pas seulement écouter le patient pour passer rapidement à autre chose parce qu'on se dit qu'il fait des fabulations, il faut écouter le patient pour lui apporter de l'aide, mais bien plus, orienter cette aide vers ce qui lui serait utile. Je peux ne pas comprendre ce que vit la personne. Je peux ne pas comprendre les représentations de ce qu'elle a, je peux ne pas comprendre comment son environnement entretient la douleur, mais je peux au moins l'écouter et ressortir les éléments de sa douleur dont je peux comprendre et qui relèvent de mon champ.

ACCUEILLIR ET RECONNAITRE LA PLAINTE ALGOHALLUCINEUSE

Il faut rester sans jugement la douleur des patients, et moi je fais l'effort de respecter mes patients. Le fait pour eux de se sentir coupable de ce qui leur arrive peut renforcer leur douleur. Egalement, il ne faut pas nier, ou balayer d'un revers de main ce qu'ils disent, car on retrouve toujours dans leurs discours un fond douloureux bien même qu'elle apparaît inobjectivable.

Il est vrai que la communauté scientifique a reconnu la sensation douloureuse chronique inexplicée au sein de la nosographie psychiatrique par le phénomène de somatisation. C'est pourquoi dans les diagnostics de la douleur on retrouve des profils « prédisposés à la douleur » ainsi que des notions en lien avec les différentes définitions recouvrant le concept de somatisation.

Souvent ce sont des amputés qui ont gardé en mémoire le fonctionnement de leurs corps sous formes de routines et d'habitudes. Ils ont fonctionné toutes leurs vies sous une forme mécanique, et quand l'amputation s'est produite, ils n'ont pas intégré une réadaptation normale, ils ont gardé ce fonctionnement antérieur qui ne peut que leur procurer des difficultés énormes.

Comme l'homme qui a été chauffeur toute sa vie, et après amputation de sa jambe, il continue à ressentir les douleurs sous formes de crampes, telles qu'ils les ressentaient quand il avait encore sa jambe, ce qui est compréhensif parce que bien avant l'amputation, c'était un mal qu'il vivait déjà.

Il est clair que la souffrance devient contagieuse, le médecin peut être affecté. Ce n'est pas tellement notre rôle mais c'est parce qu'on travaille avec de l'empathie.

GESTION DU CONTRE-TRANSFERT

Négativité pendant les consultations

Il est clair que la souffrance devient contagieuse, le médecin peut être affecté. Ce n'est pas tellement notre rôle mais c'est parce qu'on travaille avec de l'empathie. Le médecin se sent ridicule de ne pas pouvoir comprendre et apporter des éclaircis à un patient totalement dépendant de son diagnostic.

On présente la médecine tellement efficace que ne pas soulager une douleur, aussi banale qu'elle soit, la rend ridicule, et cette impuissance de la médecine, on l'a si bien transféré du banal à l'exceptionnel.

Présence d'émotions positives pendant les séances de consultation

Les algohallucinoses sont difficile à traiter mais le médecin doit garder cette motivation qui pousse à se relever et à continuer à aller de l'avant tant que tout n'est pas fini. Quand un amputé algohallucineur arrive en consultation, il se sent comme épuisé face à la chronicité et la persistance de sa douleur, désespéré et prêt à consulter d'autres médecins à la recherche de nouvelles solutions.

Il faut toujours attendre que le patient soit mis en confiance avant d'investiguer en profondeur les causes de son problème. Avec la douleur, surtout celles qui ne sont pas objectives, nos instruments rudimentaires sont totalement inefficaces, il faut causer avec le patient pour évaluer sa douleur, et pour cela, il faut qu'il vous face confiance pour se livrer à vous.

Le médecin a toujours plus d'un tour dans sa manche, il sait quand il faut trouver des astuces pour éviter au patient de considérer les séances de consultation comme un interrogatoire. Une consultation médicale plonge le médecin dans différentes casquettes. Il peut être policier, psychologue, assistant social, ami et parent de son patient. Mais dans un respect de l'éthique professionnel. Parfois, on porte des casquettes difficiles à enlever.

Médecin comme porteur d'espoir

Si jamais on arrive à rassurer le patient d'une possibilité de soulagement à ses algohallucinoses, il se sentira déjà soulager, et le simple fait pour lui de se sentir mieux agit inconsciemment sur

son seuil de sensibilité douloureuse, ce qui réduit sa perception de la douleur. C'est l'occasion aussi de faire le point quelque fois, de voir où ils en sont, ce qu'ils ont fait, ce qu'ils peuvent encore faire. Et puis, ça peut être l'occasion pour eux de se recentrer sur eux-mêmes et savoir vraiment ce qu'ils comptent faire encore pour le reste de leur vie.

ELABORATION DU DIAGNOSTIC DES ALGOHALLUCINOSES

Le diagnostic des algohallucinoses, se fonde essentiellement sur les plaintes du patient rendant encore plus complexe leurs prises en considérations.

On peut demander à une personne qui a mal ce qu'elle ressent après un touché, ou encore comment elle se sent lorsque la partie est en mouvement, mais comment demander cela lorsque la partie qui fait mal n'est visible que dans la tête de la personne qui a mal.

Il n'est pas facile pour quelqu'un de quitter de chez lui, surtout pour un handicapé, avec toute la peine que cela exige, et que dès qu'il dévoile sa plainte, vous la banalisez, même si c'est un coup de théâtre que vous faites à ce moment, vous êtes dans l'obligation de donner sens à ses plaintes et par conséquent de ne pas nier l'existence des douleurs.

Réalisation d'examen complémentaires

C'est dans de pareilles situations qu'on a encore plus besoin d'examen complémentaires, parce qu'on est face à l'inconnue.

Avant d'aboutir à un diagnostic sur la douleur, il faut prendre le temps de comprendre le patient, de lui passer des tests d'évaluations de douleur, de lui prescrire des scanners et des IRM à passer.

Un bon diagnostic ne peut se conclure à la hâte, ce n'est pas sur la base du simple symptôme tel que révélé par le patient qu'on doit émettre une conclusion diagnostic, c'est un travail minutieux qui ne se bâcle pas en trente minutes.

Le symptôme doit prendre sens et devenir signe, c'est à partir des signes qu'on pose un diagnostic, et le signe est la résultante du sens que le médecin donne au symptôme.

Discours médicaux discordant dans le système de soin

Se voir donner des diagnostics différents, voire contraires, impacte sur la confiance et développe chez le patient une attitude très retissante envers les médecins.

Sans la confiance rien n'est possible, aucun soulagement n'est possible. Le premier élément pour aider un patient, c'est l'absence de déni. Il ne faut jamais (...) ni mettre en doute ni en cause l'authenticité de la plainte du patient.

Gestion du temps

Les patients ont besoin d'être orientés vers des soins de rééducations, ils doivent apprendre à vivre avec leurs corps malade, ce qui limitera ou fera progressivement disparaître leurs douleurs. Alors, les consultations pour eux devraient être le premier processus thérapeutique. Mais le temps est celui dont le médecin dispose le moins, même si on fait croire au contraire.

Généralement, je reçois et prend du temps en fonction de la gravité apparente du cas. Lorsque le problème ne relève pas de la médecine ou de mes compétences, il est normal que j'en réfère au service compétant, et dans ce cas, la consultation s'écourte rapidement.

CONNAISSANCES DES MEDECINS SUR LES ALGOHALLUCINOSES

A chaque fois, j'étais mêlé d'un sentiment de curiosité à savoir comment ces patient arrivent à se convaincre qu'ils ont mal, et la contrariété à ne pouvoir rien dire après. Mais à force de recevoir deux, trois, cinq cas qui se plaignent des mêmes symptômes, on finit par se documenter sur les cas et apprendre plus sur ce phénomène d'algohallucinoses, c'est dommage qu'on n'apprenne pas ça aux médecins en formations, car ça devient de plus en plus fréquent dans notre pratique.

Savoir évaluer l'expérience douloureuse

Dans toutes consultations pour algohallucinoses, le médecin se lance en aventure, sans protocole standard, il se sert de son intuition et de ses expériences antérieures. Face à l'évaluation, à la mesure ou à l'objectivation des algohallucinoses, le médecin se sent malheureusement incompetents pour les rendre réel et les évaluer.

Eviter une escalade d'actes techniques

Si le diagnostic est rendu difficile par l'absence de connaissances sur les algohallucinoses, il l'est encore plus difficile de trouver des mots assez claires pour en informer les patients. Certains patients sortent avec la prescription de certains examens à faire, mais ils ne savent même pas ce que ça veut dire et pourquoi il doit faire ces examens. C'est au prochain rendez-vous quand on se dit recevoir les résultats pour les interpréter qu'on constate que le patient ne savait même pas que ce qui était écrit prescrivait des examens à faire.

Se résigner à la seule prise en compte des données d'examens ou de lésions biologiques est un danger que le praticien doit éviter en utilisant conjointement son savoir-faire médical et ses capacités d'écoute. Il peut arriver que certains patients souffrant de douleurs se voient prescrire les examens en complémentaire, mais comme les hôpitaux n'ont toujours pas ces équipements, ils se rendent dans les laboratoires privés pour le faire et reviennent avec les résultats pour qu'ils soient interprétés.

Dans la douleur chronique le facteur dépression est très présent, alors, il serait mal avisé de ne pas le prendre en compte dans le diagnostic des algohallucinoze.

De très grandes souffrances dans la vie, qu'elles soient corporelles ou psychiques, deviennent un jour pénible pour le sujet, il ne pourra plus continuer de vivre avec et cherchera le moyen de les évacuer. C'est pourquoi on trouve difficilement des causes physiologiques aux douleurs chronique, les causes sont majoritairement d'ordre émotionnelles et sociales. Nous sommes tous africains et parfois, quand un problème comme celui-là se pose, il faut souvent faire recours à la tradition, car c'est à partir d'elle qu'on peut mieux comprendre certains problèmes que même la médecine n'arrive pas à résoudre. Je dirais encore plus que certaines causes des maladies ne sont pas prises en charge par la médecine moderne, il faut admettre cet aspect de la chose et viser au soulagement du patient qu'à une certaine rationalité qui n'existe qu'en occident.

Représentations du patient algohallucineur par le soignant

Il faut arriver à savoir comment lui (l'amputé), il se représente sa douleur, c'est à partir de là qu'il faut établir la relation.

La société est dure. Surtout chez nous les africains ou la tolérance a disparu, certaines personnes règlent leurs conflits par des voies mystiques et à ce moment, ce n'est plus à la médecine qu'il faut se référer. Les algohallucinoses peuvent être l'illustration d'un règlement de compte qui fait souffrir les sujets atteints dans leurs chairs et leurs âmes, frappés par de douleurs atroces, elles peuvent se camoufler sur une partie du corps, il est clair que chez nous, quand quelque chose d'absent revient pour te hanter, c'est parce qu'il y-a un problème dont on en est la cause, et tant qu'on n'a pas corrigé ce tort, la hantise se verra grandissante.

ANNEXES 2 : COMPTE RENDU DES ENTRETIENS AVEC LES PERSONNES AMPUTEES DU CNRPH

Nous avons pu lors de cette recherche, nous entretenir avec six patients amputés souffrants d'algohallucinoses, et enregistrer au CNRPH, pour suivi de douleurs post amputatoires. En effet, de l'historique de ces patients, tous avaient déjà fait le tour d'au moins cinq hôpitaux, avant d'arriver au centre. Nous leur avons donné des Pseudonyme afin de garder leurs identités, nous avons donc Bintou, Mammie, Amine, Ousman, Talla et Youssouf.

Voici présenter cas par cas, et de manière succincte, le résultat des données de nos entretiens.

CAS 1 : BINTOU

MISE A L'aise ET LE CONSENTEMENT ECLAIRE

Les médecins sont parfois d'humeurs déconcertantes, mais quand ils sont dans leurs assiettes, tu te demandes pourquoi ce n'est pas lui que tu as consulté en premier, car il est si rassurant que tu te sens soulagé rien que par sa manière de t'accueillir, de t'écouter, de te demander ce qui ne va pas, bref, il te donne une assurance non verbale que tout ira bien.

EXPRESSION DE LA PLAINTES DOULOUREUSE ET VECU DES ALGOHALLUCINOSES CHEZ L'AMPUTE

Je mets la couleur rouge parce que ça fait mal comme quand tu te cogne un muscle ou un os, comme le marteau qui t'écrase le doigt.

Le besoin d'objectivation de la douleur chez l'algohallucineur

C'est dans l'affolement de cette situation que s'intensifie les douleurs, plus tu panique, tout semble déconcertant, et les médecins semblent tirer un plaisir de vous voire vous affoler.

VARIABILITE DE LA PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES

C'est très difficile pour moi, et je n'en veux pas trop aux médecins qui ne croient pas en ce que je dis, quand je rapporte dans mes plaintes, les douleurs qui me torturent et me hantent continuellement.

Sens données aux algohallucinoses

Je savais qu'il devait avoir des douleurs après l'amputation, mais dites-moi, quand est ce qu'on peut affirmer être prêt pour vivre dans la douleur ?

Algohallucinoses comme élaboration défensive

A chaque fois que je m'interroge sur ce qui m'arrive, seule la douleur est celui qui parvient à me répondre, mais je vous assure que je ne comprends rien à ce qu'il me dit, car tout ce qui résonne de sa présence c'est me rappeler que je dois souffrir, et j'en souffre encore plus de cela.

Algohallucinoses comme élaboration défensive

Quand on se plaint auprès d'eux, ils ne savent pas exactement ce qu'on vit, ils ne se la représentent même pas parce qu'ils ne nous croient pas.

Les processus psycho-cognitifs en jeu dans les algohallucinoses

C'est la manière dont les autres se comportent envers moi qui est le plus douloureux. Ils n'ont aucun scrupule et sont rempli de haine.

Je sais à présent que rien et personne ne peut faire quelque chose pour moi, c'est dommage, mais j'y crois plus, après toutes les portes où je suis entré pour chercher un soulagement et que rien n'a pu me soulager, vraiment, je ne pourrais songer qu'à un miracle. Mais là aussi, j'ai passé l'âge de rêver, et je me dis que c'est mieux ainsi.

Si je continu malgré tout à aller à l'hôpital, c'est juste pour avoir de nouveaux opiacés pour calmer la douleur quand elle est vive.

Je sais à présent que rien et personne ne peut faire quelque chose pour moi, c'est dommage, mais j'y crois plus, après toutes les portes où je suis entré pour chercher un soulagement et que rien n'a pu me soulager, vraiment, je ne pourrais songer qu'à un miracle. Mais là aussi, j'ai passé l'âge de rêver, et je me dis que c'est mieux ainsi. Mais juste pour avoir de nouveaux opiacés pour calmer la douleur quand elle est vive.

ALGOHALLUCINOSES ET VECU POST-TRAUMATIQUE

On n'est jamais assez bien préparé pour accepter la perte, cette jambe, depuis qu'elle est partie, c'est comme si tout s'abattait sur moi. De jours en jours, ces douleurs deviennent plus vives et plus lourde à porter, comme quand vous sentez vos épaules s'alourdir sous le poids d'une charge. Je sais bien que la jambe n'est plus, et qu'on dit que même la douleur n'existe pas, mais je vous assure, je la ressens, je ressens ses battements profonds et intenses, je ressens son poids, comme si ma jambe avait pris du volume ou qu'on y avait attaché des masses qu'elle peine à les tirer.

CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET EXPRESSION DES PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Symbolique des algohallucinoses et gestion de la douleur.

J'ai plus mal quand la maison cris de tous les côtés, surtout pendant les vacances ou les congés quand les enfants sont constants autour de moi. Ce n'est pas que je ne veux pas les voir, non, mais c'est ainsi, ce sont à des moments pareils que je fais le plus de tours à l'hôpital.

C'est une douleur qui n'a aucune preuve, vous avez mal, mais vous ne pouvez pas convaincre sur l'existence de cette douleur, aucun membre ne peut vous aider à convaincre de son existence, aucune inflammation ne soutiendrait votre plainte, aucune égratignure, ou blessure, rien et vraiment rien pour confirmer que ces douleurs sont présentes ? Pourtant, elles sont là, mais rien n'est fait pour qu'on puisse enfin voir à quel point elle souffre et l'aider à se débarrasser de ces douleurs.

Un médecin m'avait dit que c'est en effet une douleur cérébrale qui se projette sur le membre manquant., et même si je ne comprenais pas grand-chose de ce que sa voulais dire, j'étais déjà soulager de ce qui était dit, mais de la même manière, ma joie se dissipait sous l'expression de son hésitation que laissait transparaître son visage.

Relation thérapeutiques et gestion du transfert

On arrive à se demander s'ils font vraiment de la médecine ou de la bureautique, car ils sont prêts à tout noter et à te faire payer les frais de ce qu'ils note.

Même ^mon entourage, je leur demande pourquoi ils font comme si j'étais hystérique, je vous parle de ma souffrance, et vous faites comme si je vous raconte des histoires.

A chaque fois que je dis que j'ai mal, ils font comme si j'en faisais trop, comme si j'en rajoutais un plus à ces douleurs.

Investigation clinique des algohallucinoses

Il faut toujours crier pour se faire entendre, c'est moche notre système de soins.

Ces douleurs sont tellement fortes, parfois je me dis que c'est aussi lié à la vieillesse, mais bon, à quel âge ? Dans la nuit, c'est comme si les fourmis s'amusaient à quitter de mon talon pour marcher le long du tibia et venir creuser mes articulations du genou, c'est tellement douloureux.

Algohallucinoses, peur et dépression

Je regrette souvent mes sorties pour consultations, ç certains moments, je me dis que j'aurais dû conserver en moi l'espoir de ce dernier recours, sans jamais aller consulter. Au moins la douleur aurait été plus supportable, d'imaginer que quelqu'un, quelque part, était là, qui pouvait me secourir ».

Ces douleurs sont tellement fortes, parfois je me dis que c'est aussi lié à la vieillesse, mais bon, à quel âge ? Dans la nuit, c'est comme si les fourmis s'amusaient à quitter de mon talon pour marcher le long du tibia et venir creuser mes articulations du genou, c'est tellement douloureux.

Algohallucinoses, trouble du sommeil et asthénie généralisée

Dans la nuit, c'est comme si les fourmis s'amusaient à quitter de mon talon pour marcher le long du tibia et venir creuser mes articulations du genou, c'est tellement douloureux » « Je n'arrive pas à accepter que je ne puisse plus faire les choses comme avant. Alors je fais et ensuite je le paie. Je voudrais tellement être comme avant, sans douleurs, pleine de force. Là, je suis fatiguée et je n'ai plus de force, et c'est comme ça depuis un temps.

Je me reproche amèrement d'avoir consulté tel spécialiste, j'avais même idéalisé notre rencontre, j'espérais et attendais une guérison qui n'est pas venue. J'aurais mieux fait « (de) conserver en moi l'espoir de ce dernier recours, sans jamais aller consulter. Au moins la douleur aurait été plus supportable, d'imaginer que quelqu'un, quelque part, était là, qui pouvait me secourir.

CAS 2 : MAMMIE

MISE A L'aise ET LE CONSENTEMENT ECLAIRE

Parfois, on attend des minutes de suites qu'il nous dise quelque, c'est paniquant et plus encore quand il vous pose cette question avec suspicion, « Vous dites que vous avez quoi ?

EXPRESSION DE LA PLAINTE DOULOUREUSE ET VECU DES ALGOHALLUCINOSES CHEZ L'AMPUTE

Sensations douloureuses dans algohallucinoses

Les douleurs fantômes sont comparables aux maux de dents, mais en pire. Les sensations peuvent s'apparenter à un couteau tranchant qui s'enfonce sans cesse dans la peau ». Chez elle, les douleurs sont apparues immédiatement après l'amputation, et ne l'ont plus quittée depuis.

Justification du choix des couleurs

La couleur noire renvoi à ce sentiment de tristesse que tu ressens quand tu as mal et que tu ne peux dire ou être soulager.

Le besoin d'objectivation de la douleur chez l'algohallucineur

C'est comme si nous sommes des singes dans la cage et quand on grimace ça leur fait plaisir.

VARIABILITE DE LA PLAINTE DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Se plaindre de leurs existences semble une utopie. A chaque fois que je me décide à venir à l'hôpital pour rencontrer un médecin et lui expliquer mon problème, je me demande toujours comment j'aurais réagi si c'est à moi qu'on venait exposer ces plaintes.

Sens données aux algohallucinoses

Si les médecins avant l'opération avaient pris le soin de me dire que je vivrais d'horribles douleurs bien des années après l'amputation, et que ces douleurs serraient ressenties sur la partie du membre qu'ils auraient à arracher, jamais je n'aurais accepté me jeter dans un tel supplice. Mais bon, même si eux aussi n'en savait pas grands choses, ils ne font que leurs jobs.

Algohallucinoses comme élaboration défensive

C'est parce qu'ils n'ont pas de sentiments qu'ils se disent que nos douleurs n'existent pas, car pour eux, il est difficile, voire même impossible d'imaginer la souffrance atroce que nous vivons.

Les processus psycho-cognitifs en jeu dans les algohallucinoses

Mes douleurs fonctionnent comme « une pendule dont on a réglé le réveil qui doit sonner à chaque 2h.

J'ai souvent très mal quand je réexamine ma situation et j'évalue tout ce que j'ai eu à perdre à cause de cette amputation. Quel que soit ce que je pourrais faire maintenant, ça ne me ramènera jamais ma vie antérieure.

Quand je me mets à gronder un enfant, ou que la musique est jouée à un volume très élevée, à ce moment je ressens comme des battements sur ma jambe fantôme et quelques minutes après de douleurs intenses.

ALGOHALLUCINOSES ET VECU POST-TRAUMATIQUE

J'ai peur de faire un faux-pas quand je sursaute et à ce moment, je ressens de légères vibrations douloureuses, comme un courant électrique qui se saisissait de ma jambe.

Ce n'ai pas parce que je n'ai plus de jambe que je vais accepter que l'on me dévisage tout le temps, est ce que ce sont mes jambes qui travaillent au secrétariat ? alors je ne tolère pas certains regards sur moi

Personne ne peut accepter une secrétaire qui agresse tous les usagers de la société, on peut accepter un écart de conduite d'un jour, d'une semaine à la limite, mais pas plus, je ne les envie pas de m'avoir mise à la porte. Moi-même je n'ai toujours pas réussi à comprendre ce qui s'est passé.

CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET EXPRESSION DES PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES

C'est par la délivrance que je retrouverai ma santé, je n'aurai plus, ni douleurs, ni souffrance et mon réconfort serait plus grand que la souffrance que j'ai déjà endurée », elle rajoute « mais j'espère bien que ce jour arriveras.

C'est une douleur dont il faut se la confirmer à soi-même avant de se plaindre de son existence à quelqu'un d'autre, car si vous ne croyez déjà pas à votre souffrance, ce n'est pas autrui, même s'il est docteur, qui viendra vous faire croire qu'il croit à ce que vous dites, mais ce n'est que son travail, et en plus, il prendra cela comme un autre symptôme pour un type de délire ou d'une autre maladie qui vous fera encore plus peur rien qu'en entendre son nom. C'est ainsi que ces gens nous traitent.

Du tu enfanteras avec douleur, on suppose que toutes femme est préparé à faire face à la douleur, mais que cette douleur soit reconnue, elle facilite son acceptation. Au moins elle se justifie, elle s'exprime plus favorablement, mais quand on est seul à savoir qu'on souffre, on se bat pour trouver tous les mots susceptibles de la décrire et de la faire comprendre. Il est facile de vivre avec ce qu'on connaît que de vivre avec l'inconnu.

Relation thérapeutiques et gestion du transfert

Ils font comme si votre douleur n'existait pas, et pendant que vous leurs raconter comment cela se manifeste, ils sont entrain de manipuler des dossiers qui d'après eux, semble plus important que votre souffrance, si on pouvait savoir à l'avance le comportement du médecin que l'on va rencontrer, il y'a certains médecins que même pour tout l'or du monde je n'aborderais jamais. Mais comment dire, ils sont là comme des prédateurs qui attendent multiplier par dix la souffrance de leur patient. C'est ça la médecine actuelle.

Investigation clinique des algohallucinoses

Je l'ai dit d'un ton ferme, vous faites quoi ici si vous n'êtes même pas capable de faire ceux dont vous êtes censé faire. Mais après je me dis, ça ne sert à rien de m'emporter, c'est de ma faute tout ce qui m'arrive, eux ne sont pour rien dans ce qui m'arrive.

J'ai souffert toute ma vie, je n'ai jamais eu la vie facile comme on peut le dire, et je pense que cette douleur qui me hante je le sais assombrirais mes jours avenir.

Algohallucinoses, peur et dépression

Ma douleur est un quotidien pénible à porter, mais dont on n'a pas trop le choix, il épuise et rend inactif. Il vide de toute énergie.

Je me dis souvent que ça ne sert à rien de toujours s'emporter, c'est de ma faute tout ce qui m'arrive, eux ne sont pour rien dans ce qui m'arrive, je ne dois m'en prendre qu'à moi-même.

J'ai souffert toute ma vie, je n'ai jamais eu la vie facile comme on peut le dire, et je pense que cette douleur qui me hante je le sais assombrirais mes jours avenir.

CAS 3 : AMINE

MISE A L'aise ET LE CONSENTEMENT ECLAIRE

Sa varie, dans certains hôpitaux on vous reçoit bien, dans d'autres, on ne vous reçoit même pas, tout dépend des valeurs qui existent dans chaque service, mais quel qu'il en soit, on est obligé de s'ajuster pour faire avec.

EXPRESSION DE LA PLAINTÉ DOULOUREUSE ET VECU DES ALGOHALLUCINOSES CHEZ L'AMPUTE **Sensations douloureuses dans algohallucinoses**

En ce qui concerne l'accompagnement psychosocial des patient douloureux au Cameroun, rien n'est encore fait, « ce ne sont que des discours politiques qui permettent de gonfler la facture et de dépouiller le patient, car aucun accompagnement psycho-social n'est fait.

S'il avait été fait, par quoi justifierons nous nos visites encore chez eux ? Ce pays se souci des poches des patients plus que de leurs corps.

Sensations, comme si le membre amputé était toujours présent. Je continue à ressentir le drap qui touche mes orteils, ou encore les démangeaisons qui me tortures au niveau du talon.

Justification du choix des couleurs

La couleur rouge parce que c'est comme quand tu te blesse et on verse l'eau sur ta plaie, cette douleur picotante là, c'est très vive.

Le besoin d'objectivation de la douleur chez l'algohallucineur

Tu attends que ton médecin te certifie que tu ne deviens pas fou, que les douleurs ne sont pas des hallucinations.

VARIABILITE DE LA PLAINTÉ DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Je suis souvent un peu troublé quand il faut décrire ses manifestations, je suis souvent un peu perplexe, elles sont disproportionnées

Si je dis que j'ai des démangeaisons, ou que je ressens comme des fourmillements sur ma jambe, qui me croira ? Oui j'ai mal, sévèrement même, mais où ? Comment le dire ?».

Algohallucinoses comme élaboration défensive

Depuis que je me promène avec cette douleur, aucun médecin n'a eu à me dire qu'il comprenait ce que je disais et qu'il allait m'aider à me sentir mieux.

J'ai dit une fois au médecin « arrête de faire comme si c'est toi qui souffrait à ma place, c'est ridicule.

Les processus psycho-cognitifs en jeu dans les algohallucinoses

Savoir quand viendra la douleur est un peu difficile, mais il y a des moments, j'ai un sentiment de malheur qui m'envahit, un jour ou deux avant l'arrivée des douleurs.

Des fourmillements qui longent ma jambe, ces légers chatouillements qui sont accompagnés de démangeaisons, et dont l'incapacité de gratter pour se soulager rappelle continuellement l'absence de membre et de solution réel

Chaque fois que je pense à comment j'ai pu perdre mes jambes, cette nuit, les douleurs deviennent invivables. Surtout quand je suis seul, et que je commence à penser à ce qu'aurait pu être ma vie si je n'étais pas devenu ce que je suis. C'est très pénible pour moi et sa me torture même dans mes cauchemars

On ne peut pas faire comme s'ils n'étaient pas là quand ils se présentent, ils sont souvent si agressifs et si intenses que rien ne peut détourner l'attention sur eux, c'est un peu comme s'ils vous obligeaient à focaliser votre attention sur eux, faute de quoi, il vous torture jusqu'à obtenir cette attention. Si vous savez comment c'est douloureux et intense.

ALGOHALLUCINOSES ET VECU POST-TRAUMATIQUE

Mes crises de colères sont imprévisibles, et lorsqu'elles surviennent, elles créent autant de dégâts que je ne pourrais en réparer. Je ne sais plus qui je suis, ni ce qui m'arrive, il y-a des moments où je deviens incontrôlable, je fais tout foirer, et tout le monde a peur de moi, au départ je pensais que c'est parce que j'avais perdu mon boulot et ma femme, mais 4 ans après qu'est-ce que je dirais ?

Je me souviens que ces douleurs sont souvent étranglantes quand je suis face à ce commissaire de police en charge de l'enquête et qu'il me dise qu'il y'a pas de suite à mon dossier sur mon accident. Je ressors toujours de là avec beaucoup de retenu, car c'est comme si ce qu'il me disait atteignait immédiatement la moelle épinière de ma douleur, comme s'il enfonçait à chaque fois qu'il ouvre sa bouche, un poignard dans la partie qui fait mal et se mettait à la tourner. J'ai envie de lui sauter au coup et de l'étrangler, mais bon, nous sommes dans un pays ou certaines personnes ont la loi pour eux.

CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET EXPRESSION DES PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Si aujourd'hui je renonce à ce travail parce que j'ai mal, qu'est-ce que je ferais, en plus, travailler est une valeur humaine, tout individu doit travailler et rien ni personne ne doit l'enlever ce droit, qu'il soit handicapé ou pas.

Symbolique des algohallucinoses et gestion de la douleur.

Parler de ses douleurs, les décrire, est souvent facile à ses débuts, mais avec le temps, la situation devenait difficile, c'est comme si on tournait en boucle les mêmes refrains, et en plus, les infirmiers semblaient ne pas nous prendre au sérieux. Je les comprends très bien ».

Certains savent trouver du réconfort dans n'importe quelle explication, pourvue qu'il croit en cela et qu'il se dise que ce n'est que l'unique issue qui lui reste, l'option la plus favorable et la plus honorable.

Il faut toujours garder à l'esprit que Dieu est celui qui a le plus souffert, et dans sa souffrance, il ne s'est jamais plein, n'a jamais demandé que cela s'arrête, il a subi et est mort dans cette souffrance avec dignité. Penser à cela me soulage souvent et j'arrive à me dépasser dans mes douleurs.

Ce jour ou un médecin du CNPRH m'a dit que je souffre peut-être des douleurs fantômes, j'étais soulagé, pas soulager des douleurs, mais de savoir que je ne devenais pas fou et que mes douleurs existaient et avaient un nom

Relation thérapeutiques et gestion du transfert

Je rappelle souvent au médecin que ce n'est pas lui qui a mal, car le plus souvent, ils traitent les patients comme des objets ou des animaux, surtout si ceux-ci ne leurs servent pas d'expériences.

Investigation clinique des algohallucinoses

Depuis longtemps, je vis sous l'emprise de cette douleur qui me hante jour et nuit, elle a pris le contrôle de ma vie, mon existence n'obéît plus qu'à son principe, elle ne laisse rien passer, mais personne ne me croit, ils disent que c'est dans ma tête, je n'y comprends plus rien.

Algohallucinoses, peur et dépression

Depuis longtemps, je vis sous l'emprise de cette douleur qui me hante jour et nuit, elle a pris le contrôle de ma vie, mon existence n'obéît plus qu'à son principe, elle ne laisse rien passer, mais personne ne me croit, ils disent que c'est dans ma tête, je n'y comprends plus rien.

Il faut toujours crier pour se faire entendre, c'est moche notre système de soins.

Algohallucinoses, trouble du sommeil et asthénie généralisée

Je n'arrive pas à dormir, aucune position ne correspond, je prends souvent le Fentanyl, mais avec le temps c'est devenu impuissant, c'est pourquoi je suis retourné à l'hôpital pour voir le docteur.

CAS 4 : OUSMAN

MISE A L'aise ET LE CONSENTEMENT ECLAIRE

Une fois, j'ai été bien reçu au point oublier pendant quelque seconde la douleur qui l'amenait au départ

EXPRESSION DE LA PLAINTES DOULOUREUSE ET VECU DES ALGOHALLUCINOSES CHEZ L'AMPUTE

Sensations douloureuses dans algohallucinoses

En Afrique quand tu es malade, tu es mal parti, quand tu es handicapé, tu es maudit, car la misère et la pauvreté t'ont déjà condamné à une mort certaine.

Les soins en réhabilitation sont recommandés à tous les amputés, mais seulement on oublie les dessous qui accompagnent cela « une prothèse, ça coûte chère, et si je n'arrive pas à me procurer les examens ou les médicaments qu'ils me prescrivent, est-ce la prothèse je serais en mesure d'avoir ?

Ces douleurs font peur quand elles arrivent pour la première fois, elles sont déconcertantes parce que personne ne peut expliquer ce qui t'arrive.

Le besoin d'objectivation de la douleur chez l'algohallucineur

Ces douleurs font peur quand elles arrivent pour la première fois, elles sont déconcertantes parce que personne ne peut expliquer ce qui t'arrive.

VARIABILITE DE LA PLAINTÉ DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Je préfère dorénavant souffrir en silence, c'est quand je n'en peux plus que je vais vers eux, d'ailleurs que tout cela est toujours voué à l'échec. J'arrive même à me demander où est ce qu'on forme nos médecins s'ils ne savent pas aider ceux qui viennent vers eux.

Sens données aux algohallucinoses

Il est inadmissible qu'au 21^{ème} siècle, un système médical soit incapable de soulager un patient d'une douleur dont il souffre depuis des années, et dont les consultations successives n'attirent même pas l'attention sur la défektivité de leurs prises en charge.

Algohallucinoses comme élaboration défensive

J'ai longtemps vécu avec ce que je sais par exemple quand elles vont doubler d'intensité ou quand elles vont se calmer.

Si je ne me trompe pas, n'est-ce pas à aider les gens qui vont mal à se sentir mieux que sert l'hôpital.

Les processus psycho-cognitifs en jeu dans les algohallucinoses

Si au moins je savais quand elles pouvaient venir. Je ressens comme des piqûres, des pincements intenses qui font vraiment souffrir.

Quand je me regarde, je me demande bien qui je suis, car je n'arrive pas à comprendre ce qui m'arrive. J'ai du mal à accepter que je ne serais plus cet homme fier et fort de lui.

ALGOHALLUCINOSES ET VECU POST-TRAUMATIQUE

Je me souviens pendant la rééducation, j'allais m'adosser sur des barres de fers que je prenais comme support pour me mettre en équilibre posturale, j'avais toujours tendance à éviter de prendre appui sur ma jambe amputée, et lorsque cette idée devenait présente à mon esprit, c'est comme si je ressentais cette douleur, comme la douleur qu'on éprouve quand on a étouffé une plaie qui cicatrisait déjà, pourtant, cette jambe était bien enfilée dans mon pantalon.

CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET EXPRESSION DES PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Vous savez, c'est important pour moi ce que je fais, et que d'aller perdre mon temps pour une routine que je connais déjà, je préfère vaquer à mes occupations, en travaillant, je me sens au moins utile à la société et je gagne ma vie.

J'ai tout perdu après mon amputation, mais je refuse de perdre ce travail, c'est tout ce qui me rappelle que je suis homme et que je sers à quelque chose.

7.1.1. Relation thérapeutiques et gestion du transfert

Il ne peut être admissible pour un malade que ce qu'il sent soit validement nié par un médecin, ni d'ailleurs par quiconque

Investigation clinique des algohallucinoses

Je me suis très souvent emporter face à ces médecins qui ne font rien pour nous aider

J'ai tout perdu depuis le jour que on m'a pris mon corps, tout est aller si vite que je n'ai rien vu venir, cela m'est tombé sur la tête d'un coup, et comme ça, j'ai vu ma vie brusquement volée en éclat.

Algohallucinoses, peur et dépression

C'est depuis la survenu de ce drame que j'ai vu ma vie volée en éclat, rien n'est plus comme avant, avec ces douleurs je ne peux rien faire de bon.

Je me suis très souvent emporter face à ces médecins qui ne font rien pour nous aider.

C'est mon quotidien, elles font partie de moi, elle ne me lâche pas, elles changent de formes, le matin ça peut être comme un courant électrique, le soir au couché, tu peux ressentir plutôt des pincements, ainsi de suite.

J'ai tout perdu depuis le jour que on m'a pris mon corps, tout est aller si vite que je n'ai rien vu venir, cela m'est tombé sur la tête d'un coup, et comme ça, j'ai vu ma vie brusquement volée en éclat.

Algohallucinoses, trouble du sommeil et asthénie généralisée

C'est depuis la survenu de ce drame que j'ai vu ma vie volée en éclat, rien n'est plus comme avant, avec ces douleurs je ne peux rien faire de bon.

CAS 5 : TALLA

MISE A L'AISE ET LE CONSENTEMENT ECLAIRE

Nous attendons souvent que les médecins devinent ce que nous avons et ce dont nous avons comme problème, or les médecins ne sont pas des dieux pour être devins, nous devons juste accepter qu'ils doivent chercher avant de nous dire ce qui nous arrive.

EXPRESSION DE LA PLAINTE DOULOUREUSE ET VECU DES ALGOHALLUCINOSES CHEZ L'AMPUTE

Sensations douloureuses dans algohallucinoses

Il doit tout faire pour s'adapter à sa condition et survivre avec.

Justification du choix des couleurs

Couleur rouge est celle qui exprime le mieux l'écrasement, les pincements.

Le besoin d'objectivation de la douleur chez l'algohallucineur

Pour la première fois quand tu ressens des douleurs fantômes, tu attends des médecins qu'ils te certifient que ces douleurs existent.

VARIABILITE DE LA PLAINTE DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Il faut avouer que ces douleurs sont très disproportionnées et complexes, je ne sais pas bien comment la décrire, car elles sont insaisissables.

La douleur d'autrui est très difficile à croire, à plus forte raison lorsqu'elle est déjà difficile à croire pour soi-même, comment c'est autrui qui réussirait à la croire.

Algohallucinoses comme élaboration défensive

Je me suis construit une nouvelle vie avec cette douleur, elle est présente dans mon quotidien et je me suis déjà habitué à ses variations extrêmes

Les processus psycho-cognitifs en jeu dans les algohallucinoses

Il y-a des moments que je cris quand je sens quelque chose se rapprocher de ma jambe, même si la chose en question ne me touche pas, quelque temps après, je me rends compte que ma jambe en question n'existe même plus. Je sais bien sûr qu'elle n'existe plus, mais c'est comme un réflexe, j'ai toujours peur que quelque chose veuille m'étouffer, car sur cette jambe, la douleur ne l'a vraiment jamais quitté. Ces douleurs sont intelligentes, quand tu connais déjà sa manière de surgir, ses formes et ses manifestations, elles développent une nouvelle version, ainsi tu ne saurais jamais prévenir sa venue.

Il peut parfois s'agir des douleurs comme si on vous tordait la jambe, ou encore cet étirement intense à faire lâcher les ligaments, vous êtes toujours pris entre deux ou plusieurs réactions douloureuses.

Il y'a des moments où ces douleurs se calment un peu, c'est parfois plus stressant, car on est tellement on a vécu avec que l'absence nous rappelle encore la douleur de l'amputation. Alors, ce n'est pas qu'on aime la douleur, mais elle nous permet à certains moments de supporter la perte.

ALGOHALLUCINOSES ET VECU POST-TRAUMATIQUE

Il y'a des moments, quand ma jambe amputée est en contact avec un objet, souvent métallique, j'ai l'impression de ressentir des douleurs, mais très vite passagères à ce moment, car lorsque

j'intègre le fait qu'elles ne peuvent pas être étouffé, cela me rassure et la douleur disparaît aussitôt.

J'ai tellement réfléchi sur ce qui m'arrive, et sur le comment je peux m'en sortir, mais en vain. Je me demande jusqu'aujourd'hui qui est derrière tout ça, et qui que ce soit, je l'implore de me laisser en paix. Je n'ai fait de tort à personne de mes souvenirs, et je ne sais pas pourquoi les autres me voudront du mal.

CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET EXPRESSION DES PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES

En tant qu'enseignant, et adulte, je me dois d'être fort et de ne pas me monter fragile ou affecté par la douleur devant mes élèves. Ils doivent garder de moi l'image d'un homme fort et tenace, et non d'un homme ravagé par la douleur

C'est la vie le travail, c'est par cela que je me reconnais comme encore vivant et que la douleur et le handicap n'ont pas détruit. Mon travail aujourd'hui représente tout pour moi.

Symbolique des algohallucinoses et gestion de la douleur.

Tout ceux dont j'avais besoin c'est qu'on me dise, oui je sais que tu as mal, montre-moi ton genou et je vais t'aider à soulager tes souffrances.

On m'a dit que mes ancêtres étaient fâchés contre moi, que je n'ai pas honoré mes ancêtres, et que tant que je ne répare pas ce tort, je continuerais de souffrir, et personne ne pourra rien faire pour moi. Mais cependant, malgré tout ce que j'ai fait pour résoudre ce problème, je continue de souffrir, et d'une douleur que seule ma bouche peut exprimer.

Relation thérapeutiques et gestion du transfert

Je pense que si cette douleur était vôtre, vous l'auriez traité différemment.

Les algohallucinoses, comme vous l'appellez, c'est incroyable ! Pendant des mois, des années, vous ressentez des douleurs et vous vous dites que c'est dans votre tête, parce que même vous, vous n'y croyez pas. Vous vous dites que vous devenez progressivement fou, mais un jour, un médecin fait focus sur votre douleur, et soudain, vous vous dites libéré, ils la connaissent, c'est dire que je ne suis pas fou ! C'est une vraie douleur!

Algohallucinoses, peur et dépression

Les douleurs que je vis sont très brutales, très pénibles à supporter et très lourde à porter, mais c'est mon fardeau, que puis-je faire contre ? Ma vie ne fait que prendre un coup chaque jour plus énorme. Et le plus dur c'est quand tu penses trouver la solution et qu'elle n'est pas la bonne, ces douleurs te montrent à ce moment qu'il ne faut pas tenter de te débarrasser d'elles, elles reviennent en version double, plus intenses, plus vive, si bien que même les anciennes astuces n'arrivent plus à alléger ou à calmer ta douleur. Ce n'est pas facile je vous assure. Et il faut que malgré tout, j'aie fait mon travail, que je vaque à mes occupations comme toutes personnes normales. La société dit qu'il faut manger à la sueur de son front.

CAS 6 : YOUSOUF

MISE A L'AISE ET LE CONSENTEMENT ECLAIRE

L'accueil n'est pas souvent bien, on vous dévisage comme si vous étiez des moins que rien, comme si vous puez ou quelque chose qui énerve. Mais que tout le monde sache qu'on ne sait pas quand il arrivera, le handicap est comme la mort, ça ne prévient personne de son arrivée, c'est juste là.

Dans certains hôpitaux ou je suis reçu quand j'explique, c'est souvent deux ou trois fois qu'on me demande si je suis conscient que je n'ai plus de jambes

EXPRESSION DE LA PLAINTE DOULOUREUSE ET VECU DES ALGOHALLUCINOSES CHEZ L'AMPUTE

Sensations douloureuses dans alghallucinoses

La plupart du temps, il s'agit d'une sensation de brûlure ou d'élancement dans le membre manquant, ou encore de douleurs électriques, de crampes. Parfois, on ressent une douleur difficile à définir ou une sensation désagréable. Toute forme imaginable est possible. Le pire dans tout ça, c'est qu'on ne peut rien faire contre, comme toucher, gratter ou masser, puisque le membre n'est plus là.

En général, l'accompagnement psychosocial des amputés ne devrait pas être si chère, car les soins avec tout ce que cela comporte, on se retrouve totalement ruiné. A ce moment, quand on propose les soins de rééducation ou on te demande de chausser la prothèse, ce qui n'est déjà pas à un prix accessible, comment voulez-vous que l'on y adhère ?

La béquille des blancs, nous en Afrique, on utilise encore les battons comme support, sa demande plus d'endurance physique pour se mouvoir, mais si non c'est à la portée de tous.

Justification du choix des couleurs

La couleur rouge est celle qui exprime le mieux l'écrasement, les pincements.

Le besoin d'objectivation de la douleur chez l'alghallucineur

Rien n'est fait pour aider le patient, au contraire tout est fait pour l'aider à être fou.

VARIABILITE DE LA PLAINTE DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Je ne sais exactement pas quand-elles s'invitent, mais lorsqu'elles sont présentes, elles constituent toujours un élément de surprise.

Quand vous avez mal, songer à tout autres endroit qu'à l'hôpital, car loin de ne pas être soulager de vos souffrances, ils risquent de vous faire attraper un AVC. Ils sont tellement révoltant que je me demande souvent si ce n'est qu'avec moi qu'ils le font ou si c'est avec tout le monde. Il est urgent de repenser nos services de santé, car ils semblent plus malades que les patients qui y accourent. Et comment espérer ou rêver un quelconque soulagement dans ce contexte de soins.

Alghallucinoses comme élaboration défensive

On parle d'empathie hein !!! garder là pour vous, votre pitié je n'en ai pas besoin, c'est de traitement dont j'ai besoin, et tant que vous ne l'avez pas, vous ne m'aider certainement pas.

Les processus psycho-cognitifs en jeu dans les algohallucinoses

Elles sont là au quotidien, souvent quand je dors, elles me réveillent, quand je mange, elles me coupent l'appétit, quand je travaille, elles l'interrompent. Il y'a des moments j'ai l'impression qu'un marteau m'écrase la jambe, d'autres fois, ce sont les crampes, avec les sensations l'électrocutions qui les accompagnent

ALGOHALLUCINOSES ET VECU POST-TRAUMATIQUE

Certaines nuits, je me réveille tout en sueur, j'oublie même souvent ce que j'ai fait comme cauchemar, mais je sais qu'il était tellement violent parce que en me réveillant, je transpirais si fort que le temps pour me calmer et me ressaisir peut varier entre 20 à 30 minutes.

Seule la mort peut me permettre de revivre encore un jour le bonheur que j'ai connu autre fois, mais, même elle me rejette, j'ai beau l'implorer, elle ne vient toujours pas, dire même que la mort me tourne aussi le dos.

CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET EXPRESSION DES PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES

Il m'arrives souvent de blaguer sur ma vie, je lance les mots de ce qui m'arrive, de ce que je vis, comme si c'était quelqu'un d'autre qui le vivait, ça m'aide à voir les choses autrement, à vivre ma souffrance de l'extérieur, mais ça ne marche pas à tous les coups, car par moment c'est un pincement douloureux qui te rappelle à ta condition et t'informe que ce que tu viens de ressentir là n'est pas pour autrui, elle t'appartient et elle est bien vivante.

Symbolique des algohallucinoses et gestion de la douleur.

Je sais qu'il ne me croit pas quand je leurs dit que j'ai mal, au départ, c'était encore passable, ils prêtaient au moins attention à ce que je disais, mais aujourd'hui, je préfère ne même plus faire allusions parce qu'ils ne se soucient plus de moi, ils font comme si je mentais que j'ai mal.

J'ai tout tenté même les massages mystiques, les désensorcellements, les détachements, nous sommes même allés chez les Tikar, eux qui chez nous sont réputés pour maîtriser le pouvoir de guérison par les voies, surnaturelles, mais en fin de compte, je me retrouve encore dans ces hôpitaux, et tous ces trajets n'ont fait que me ruiner totalement.

Dans ma tradition, les hommes ne doivent pas faire part de leurs problèmes aux femmes, ils doivent d'ailleurs montrer à la femme qu'ils n'ont pas de problèmes. Ce sont les femmes qui sont faibles et qui ayant des problèmes, doivent attendre de l'aide de la part des hommes. Alors, comment je pourrais dire à une femme, bien sûr qu'elle soit infirmière, que j'ai mal et que j'ai besoin qu'elle m'aide à soulager ma douleur ? Comment vous pouvez dire à une femme que vous avez exagérément mal et que cette douleur vous torture ? Quelle image elle aura de vous après cela, celle d'un homme vidé de tout honneur.

Relation thérapeutiques et gestion du transfert

Son travail (médecin) est de nous traiter, de nous soulager de nos douleurs, et de les guérir. Je ne comprends pas pourquoi pendant plus de 5 ans tu vas à l'hôpital pour un même problème ; et partout où tu passes, aucun médecin ne réussit à résoudre ton problème.

A chaque fois que je dis que j'ai mal, ils font comme si j'en faisais trop, comme si j'en rajoutais un plus à ces douleur » Bintou. « Tout le monde me traite de délirante, c'est vrai qu'on ne peut pas accepter ou confirmer l'existence de quelque chose qu'on ne voit pas, c'est la triste réalité mon mal, et même certains médecins en font pareil

J'ai l'impression que la terre (entière) s'abattait sur moi, ma vie a toujours été un combat, et par moment je me sens très épuisé, comme si je n'avais plus d'énergie, cette douleur me retire toutes les forces, elle me ronge toute ma moelle épinière, et c'est ce qui me fait le plus peur, savoir que je n'ai plus de force pour lutter contre ce fardeau.

Algohallucinoses, peur et dépression

J'ai l'impression que la terre (entière) s'abattait sur moi, ma vie a toujours été un combat, et par moment je me sens très épuisé, comme si je n'avais plus d'énergie, cette douleur me retire toutes les forces, elle me ronge toute ma moelle épinière, et c'est ce qui me fait le plus peur, savoir que je n'ai plus de force pour lutter contre ce fardeau.

Algohallucinoses, trouble du sommeil et asthénie généralisée

La douleur est tellement vive dans la nuit que quand je rêve, c'est atroce, je me vois être découpé en petit morceaux, et ma chair vive bouge sur le sol, c'est souvent mieux pour moi de ne pas dormir.

ANNEXES 3 : PLANCHES DE L'ALGOTEST

- Nom: *Youssef*

- Sexe: *M*

- Durée de l'amputation: *33 ans (2015-2018)*

- Durée des AH: *33 ans (2016-2018)*

- *Tibia Droit*

- *Localisation de la douleur*

- *tibia et plante des pieds*

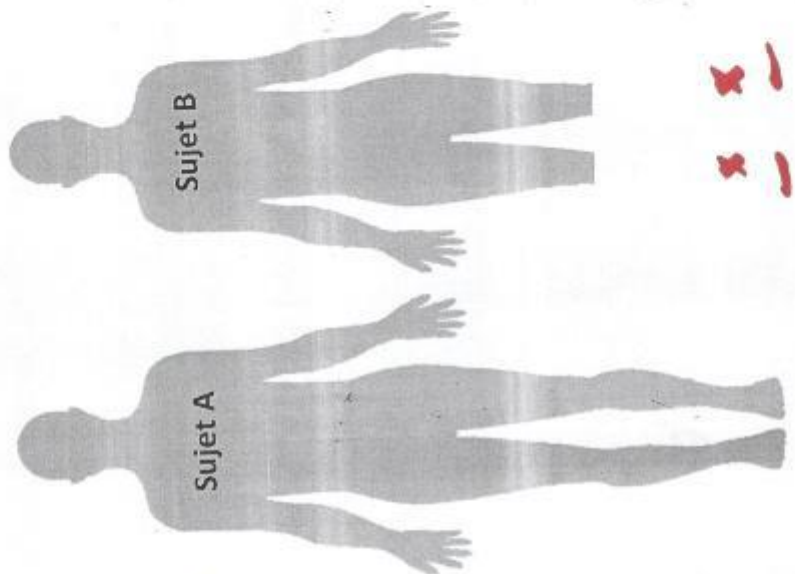
- *Couleur = rouge (Douleurs fortes)*

Consigne:

- Vous allez localiser sur le dessin la partie de votre membre qui vous fait mal
- Ensuite, vous choisirez une couleur qui correspond à l'intensité de la douleur, puis colorier la zone du corps qui vous fait mal
- D'abord sur le sujet A, ensuite sur le sujet B

- Nom: *Talla*
 - Sexe: *M*
 - Durée de l'amputation: *PTAHD (2018 - 2018)*
 - Durée des AH: *sup-ens (2014-2018)*
 - *deux Genou*

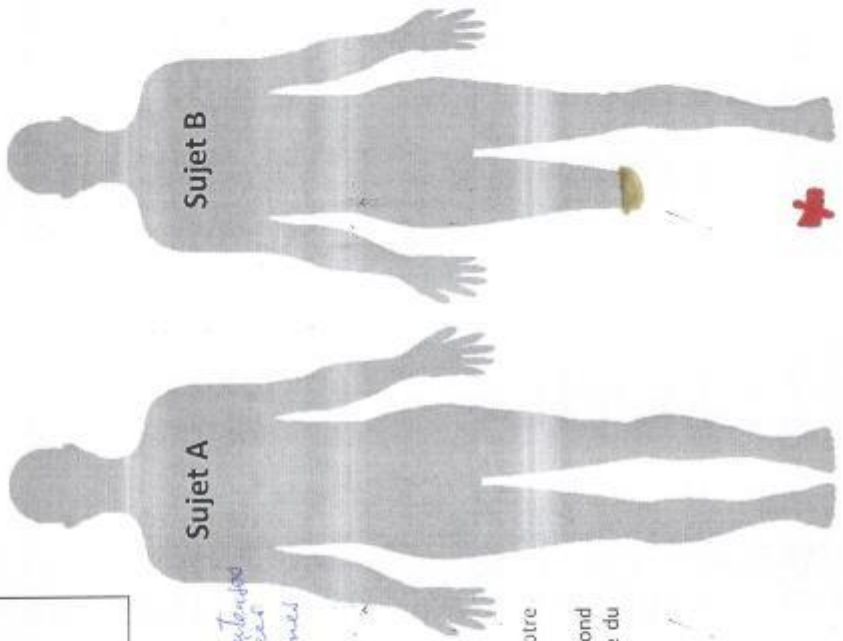
- Localisation de la douleur:
Chevilles et Ankles
 - Couleur: *Rouge (Douleurs fortes)*



Consigne:
 - Vous allez localiser sur le dessin la ou les partie(s) de vos/votre membre(s) qui vous font/fait mal
 - Ensuite, vous choisirez une couleur qui correspond à l'intensité de la douleur, puis colorier la ou les zone(s) du corps qui vous font/fait mal
 - D'abord sur le sujet A, ensuite sur le sujet B

- Nom: *Durman*
 - Sexe: *M*
 - Durée de l'amputation: *3 ans (2015-2018)*
 - Durée des AH: *0 à 0 ans (2017-2018)*
Genou gauche

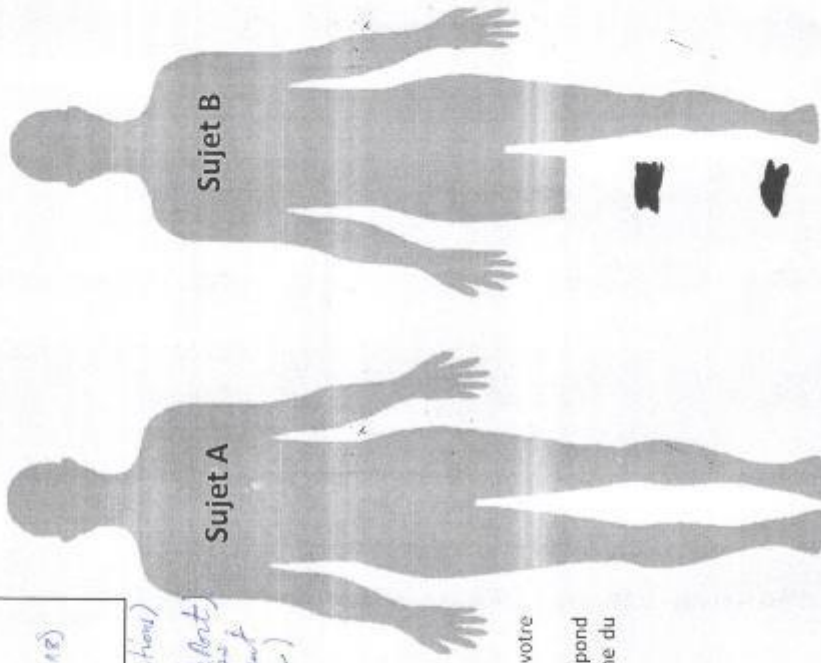
- Localisation de la douleur
Marguer du genou et distal
- Localisation: - Verte - douleurs moins intenses
- Rouge - douleurs extrêmes



Consigne:
 - Vous allez localiser sur le dessin la partie de votre membre qui vous fait mal
 - Ensuite, vous choisirez une couleur qui correspond à l'intensité de la douleur, puis colorier la zone du corps qui vous fait mal
 - D'abord sur le sujet A, ensuite sur le sujet B

- Nom: *Mammi*
- Sexe: *F*
- Durée de l'amputation: *06 ans (00/10-2018)*
- Durée des AH: *05 ans (00/13-2018)*
Chaise Graciele

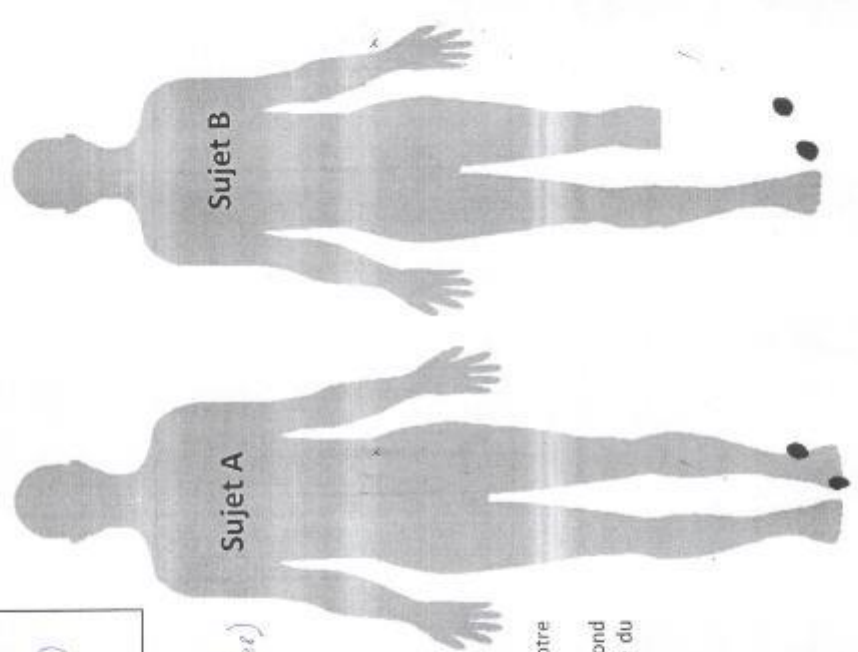
localisation de la douleur (articulations)
** Genou, Cheville*
- Couleur: Noire (Douleurs de nuit)
- exagérées
qui peuvent
travailler



Consigne:
- Vous allez localiser sur le dessin la partie de votre membre qui vous fait mal
- Ensuite, vous choisirez une couleur qui correspond à l'intensité de la douleur, puis colorier la zone du corps qui vous fait mal
- D'abord sur le sujet A, ensuite sur le sujet B

- Nom: *Bien Tra*
 - Sexe: *F*
 - Durée de l'amputation: *04 ans (2014-2018)*
 - Durée des AH: *3ans (2015-2018)*
 - *Tibia Gauche*

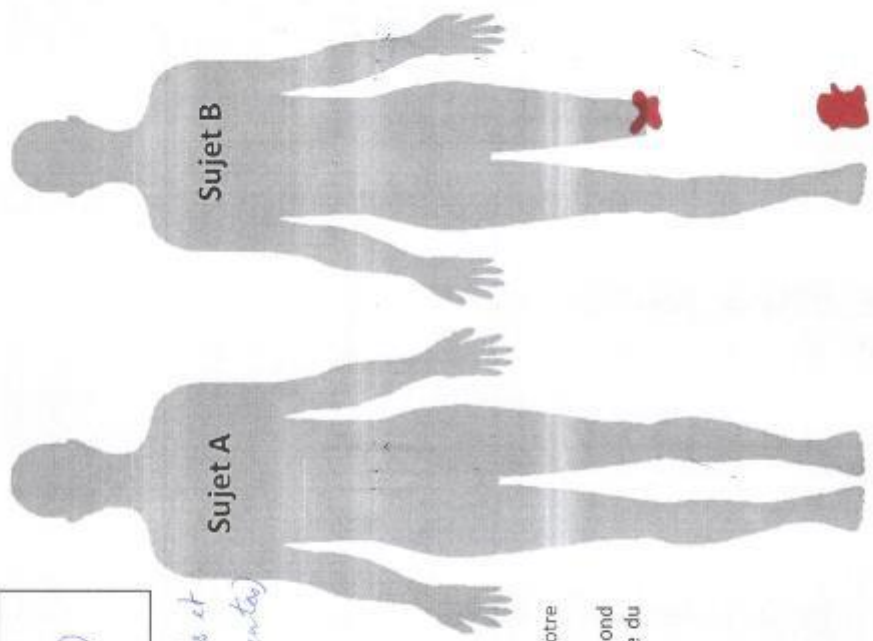
- Localisation de la douleur:
Dorsal et talon
 - Couleur = *Noire (Douleur insupportable)*



Consigne:
 - Vous allez localiser sur le dessin la partie de votre membre qui vous fait mal
 - Ensuite, vous choisirez une couleur qui correspond à l'intensité de la douleur, puis colorier la zone du corps qui vous fait mal
 - D'abord sur le sujet A, ensuite sur le sujet B

- Nom: *A. MULLER*
 - Sexe: *M*
 - Durée de l'amputation: *03 ans (2015 - 2018)*
 - Durée des AH: *02 ans (2016 - 2018)*
 - *Crusen Prost*

- *Localisation de la douleur*
Genou (Moignon), plante des pieds et
talons
 - *Couleurs: Rouge (douleur fréquentes)*



Consigne:
 - Vous allez localiser sur le dessin la partie de votre membre qui vous fait mal
 - Ensuite, vous choisirez une couleur qui correspond à l'intensité de la douleur, puis colorier la zone du corps qui vous fait mal
 - D'abord sur le sujet A, ensuite sur le sujet B

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
The University of Yaounde I

FACULTÉ DES SCIENCES DE
L'ÉDUCATION

Faculty of Education

N° _____/UYI/FSE/D



REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Republic of Cameroon

Paix – Travail – Patrie

Peace – Work – Fatherland

Yaoundé, le 16 JAN 2018

LE DOYEN

The Dean

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné **Barnabé MBALA Zé**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation, autorise que l'étudiante **NGUEYONG SEUGUEP Dora Pascale**, *Matricule 12G905* inscrite en Doctorat dans le Département de l'Éducation Spécialisée, filière ingénierie du Handicap physique et instrumentaux à mener une recherche sur le sujet intitulé « *Clinique de la pensée opératoire et gestion de la douleur chez les amputés souffrants d'algohallucinoses : cas clinique* »

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Le Doyen



Barnabé MBALA Zé
Professeur



Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER
Cardinal Paul Emile LEGER National Centre for the Rehabilitation of personnes with disabilities



DIRECTION GENERALE

GENERAL DIRECTORATE

DIVISION DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES
ET FINANCIERES

DIRECTORATE OF ADMINISTRATIVE
AND FINANCIAL

CHARGE DES ETUDES

Yaoundé le 03 MARS 2018

N° 2018/081/NS/CNRPH/DG/DAAF/CE

AUTORISATION DE RECHERCHE

L'étudiante *NGUEYONG SEUGUEP DORA PASCALE, Mle 12G905*, Département de l'Education Spécialisée, Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, est autorisée à mener sa recherche de Doctorat (PhD) dans notre institution. Son sujet s'intitule « *Clinique de la pensée opératoire et vécu de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses: cas cliniques* ».

A cet effet, toutes les données disponibles pour l'avancement de ces travaux et tous les services lui seront accessibles.

Toutefois, au terme de cette recherche, une copie devra être déposée au CNRPH.

Ampliations:

- DGA
- Conseiller Technique
- Archives



LE DIRECTEUR GENERAL

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION HÔPITAL CENTRAL DE YAOUNDE
SECRETARIAT GENERAL



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
SECRETARY GENERAL'S OFFICE

DIRECTORATE OF CENTRAL HOSPITAL
GENERAL SECRETARY

N° 0235 /DHCY/SG

Yaoundé le 02 FEV 2018

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné *Pr Pierre Joseph FOU DA*, Directeur de l'Hôpital central de Yaoundé, autorise l'étudiante *NGUEYONG SEUGUEP DORA PASCALE, Mle 12G905*, du Département de l'Education Spécialisée de l'Université de Yaoundé I, à mener sa recherche de PhD. Son étude porte sur « *Clinique de la pensée opératoire et vécu de la douleur chez l'amputé souffrant d'algohallucinoses: cas cliniques* ».

Le déroulement de cette étude devra respecter l'éthique et confidentialité.

De même, au terme de ce travail, une copie devra être déposée à la bibliothèque de l'HCY.

Ampliations:

- Archives
- Service de traumatologie

Le Directeur

Pr Pierre Joseph FOU DA

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PREMIERE PARTIE :	10
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	10
1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET JUSTIFICATION	11
1.2. ÉTAT DE LA QUESTION.....	14
1.3. DESCRIPTION ET FORMULATION DU PROBLÈME.....	17
1.4. QUESTION ET HYPOTHESE DE RECHERCHE	20
1.4.1. Question de recherche	20
1.5. OBJECTIFS ET INTERETS DE L'ETUDE	21
1.5.1. Objectifs de l'étude	21
1.5.2. Intérêts de l'étude.....	21
CHAPITRE 2 : AMPUTATION ET PSYCHOTRAUMATISMES.....	24
2.1. LE MEMBRE	24
2.1.1. Les membres supérieurs	24
2.1.2. Les membres inférieurs.....	25
2.2. L'AMPUTATION.....	25
2.2.1. Description	25
2.2.2. Classification des amputations du membre inférieur (Monroe <i>et al.</i> , 2007).....	26
2.2.3. Typologie des amputations selon El Khawa, 2007	27
2.3. ÉTIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES.....	30
2.3.1. Facteurs de risque	30
2.3.2. Préalables au diagnostic d'amputation	31
2.4. ÉPIDEMIOLOGIE DES AMPUTATIONS.....	32
2.4.1. En Afrique et au Cameroun	32
2.4.2. Bilan clinique et suivi post opératoire.....	34
2.5. COMPLICATIONS POSSIBLES ET SYMPTOMES APRES LA CHIRURGIE.....	38
2.5.1. Pronostic et séquelles fonctionnelles.....	40
2.5.2. Processus de réadaptation et d'appareillage.....	40
2.6. AMPUTATION ET PSYCHOTRAUMATISME.....	41

2.6.1.	Le Traumatisme Psychique : Définition	41
2.6.2.	Traumatique chez l'amputé et conduites pathologiques.....	43
2.7.	AMPUTATION ET DISSOCIATION PERI-TRAUMATIQUE	47
2.7.1.	Amputation et travail de deuil	48
2.7.2.	Phénoménologie des corps fantômes.....	50
2.8.	L'amputé et le regard social	54
CHAPITRE 3 : CORPORÉÏTE ET ASPECTS PSYCHIQUES IMPLIQUÉS DANS LE VÉCU DE L'AMPUTÉ		57
3.1.	CORPS, CORPORÉÏTE, CORPOREL : DÉFINITION	57
3.2.	LE CORPS DANS LA MÉTAPSYCHOLOGIE	59
3.2.1.	Le corps : source pulsionnelle et corps érogène	59
3.2.2.	La notion d'image du corps	65
3.2.3.	Corps psychique et le Moi-corps psychosomatique.....	71
3.3.	PHÉNOMÉNOLOGIE DU CORPS	73
3.3.1.	La perception du corps.....	73
3.3.2.	Schémas corporel et image du corps	76
3.4.	LE CORPS DANS LES NEUROSCIENCES	79
3.4.1.	Les frontières floues du corps propre	80
3.4.2.	Le corps comme objet singulier.....	81
3.4.3.	Représentation corticale somatotopique.	82
3.5.	APPROCHES DU CORPS DANS L'ANTHROPOLOGIE AFRICAINE	83
3.5.1.	Le pluralisme humain dans l'anthropologie selon Hebga (1998).....	83
3.5.2.	La saisie kamyit du composé humain et de l'écologie de base de l'univers selon Mayi (2017)	85
3.5.3.	Compréhension de la personnalité et des structures écologiques de base selon I. Sow (1978)	86
3.5.4.	Mentalisation et le corps propre selon Mayi (2017).....	87
3.6.	LA DOULEUR ET LE CORPS	90
3.6.1.	Généralités sur la douleur	90
3.6.2.	Douleur chronique comme maladie.....	101
CHAPITRE 4 : PSYCHOSOMATIQUE ET PENSÉE OPÉRATOIRE		118
4.1.	LA NAISSANCE DE LA PSYCHOSOMATIQUE	118
4.1.1.	Définition de la maladie et de la santé, du normal et du pathologique	119
4.1.2.	La maladie somatique	119
4.1.3.	Troubles somatoformes	120
4.2.	LA PRATIQUE CLINIQUE EN PSYCHOSOMATIQUE	122

4.2.1.	L'analyse de la relation transféro-contre-transférentielle	124
4.2.2.	Approche métapsychologique du concept de contre-transfert.....	131
4.3.	CLINIQUE DE LA PENSÉE OPÉRATOIRE	135
4.3.1.	Éléments pour une métapsychologie du fonctionnement opératoire.....	136
4.4.	SYNTHESE THEORIQUE	144
	DEUXIEME PARTIE: CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	146
	CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE.....	147
5.1.	RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES	147
5.1.1.	Rappel de la question de recherche.....	147
5.1.2.	Rappel de l'hypothèse générale (HG).....	147
5.2.	METHODE DE L'ETUDE : LA MÉTHODE CLINIQUE	155
5.2.1.	Rappels des fondamentaux de la méthode clinique	155
5.2.2.	Pratique de la clinique en recherche.....	157
5.2.3.	Méthodes cliniques et techniques de collectes des données.....	158
5.2.4.	Instrument d'analyse des données : l'analyse de contenu	163
5.3.	CONTEXTE ET LA POPULATION D'ETUDE.....	164
5.3.1.	Le contexte de l'étude.....	164
5.3.2.	Population et échantillon de l'étude.....	165
5.4.	LA COLLECTE DES DONNEES	169
5.4.1.	Passation de l'Algotest aux personnes amputées souffrant d'algohallucinoses	169
5.4.2.	Protocole d'entretiens avec les personnes amputées souffrant d'algohallucinoses..	170
5.4.3.	Protocole d'entretien avec les personnels soignants.....	173
5.5.	LES ENTRETIENS PROPREMENT DITS.....	174
	CHAPITRE 6 : LES ATTITUDES DES RELATIONS TRANSFERO-CONTRE-TRANSFERENTIELLES	176
6.1.	ACCUEIL ET MISE A L'AISE DU PATIENT.....	176
6.1.1.	L'écoute du patient	176
6.1.2.	Clarification sur l'objet de consultation	178
6.2.	ACCUEILLIR ET RECONNAITRE LA PLAINTÉ ALGOHALLUCINEUSE	180
6.3.	GESTION DU CONTRE-TRANSFERT	183
6.3.1.	Négativité pendant les consultations.....	184
6.3.2.	Présence d'émotions positives pendant les séances de consultation	186
6.3.3.	Médecin comme porteur d'espoir	187
6.4.	ELABORATION DU DIAGNOSTIC DES ALGOHALLUCINOSES.....	188
6.4.1.	Réalisation d'examen complémentaires.....	189

6.4.2.	Discours médicaux discordant dans le système de soin	191
6.4.3.	Gestion du temps	192
6.5.	CONNAISSANCES DES MEDECINS SUR LES ALGOHALLUCINOSES	194
6.5.1.	Savoir évaluer l'expérience douloureuse	195
6.5.2.	Eviter une escalade d'actes techniques	197
6.5.3.	Evaluation psychologique et émotionnelle des algohallucinoses.....	199
6.5.4.	Représentations du patient algohallucineur par le médecin	201
CHAPITRE 7 : PLAINTES ET GESTION DE LA DOULEUR CHEZ LES AMPUTÉS ALGOHALLUCINEURS		203
7.1.	MISE A L'aise ET LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	203
7.2.	EXPRESSION DE LA PLAINTES DOULOUREUSE ET VÉCU DES ALGOHALLUCINOSES CHEZ L'AMPUTÉ	205
7.2.1.	Sensations douloureuses dans algohallucinoses.....	205
7.2.2.	Le besoin d'objectivation de la douleur chez l'algohallucineur	207
7.3.	VARIABILITÉ DE LA PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES	208
7.3.1.	Sens données aux algohallucinoses.....	209
7.3.2.	Les processus psycho-cognitifs en jeu dans les algohallucinoses	210
7.4.	ALGOHALLUCINOSES ET VECU POST-TRAUMATIQUE	212
7.5.	CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET EXPRÉSSION DES PLAINTES DANS LES ALGOHALLUCINOSES	215
7.5.1.	Symbolique des algohallucinoses et gestion de la douleur.....	216
7.5.2.	Relation thérapeutiques et gestion du transfert.....	221
CHAPITRE 8 : INTERPRÉTATION DES DONNÉES.....		224
8.1.	DIFFICULTES D'ELABORATION TRANSFERO-COMTE-TRANSFERENTIELLES DANS LE DIAGNOSTIC DES ALGOHALLUCINOSES.....	224
8.1.1.	Connaissances étiologiques des algohallucinoses.....	226
8.1.2.	Les douleurs post-amputatoires : discrimination des algohallucinoses.....	229
8.1.3.	La nécessité de l'évaluation des algohallucinoses.....	231
8.2.	INVESTIGATIONS PSYCHOSOMATIQUE SUR LES ALGOHALLUCINOSES.....	232
8.2.1.	Algohallucinoses, deuils et création mélancolique	234
8.2.2.	Mécanisme psychique en jeu dans les Algohallucinoses	240
8.2.3.	Algohallucinoses et précarité du Moi.....	245
8.2.4.	Algohallucinoses et réflexions sur le masochisme	248
8.2.5.	Place de la tradithérapie dans la prise en charge des algohallucinoses	252
CHAPITRE 9 : DISCUSSION, OUVERTURES ET RECOMMADATIONS.....		256

9.1. VERIFICATION DE HR1 : « LA NATURE DE LA RELATION TRANSFÉRO-CONTRE-TRANSFÉRENTIELLE PEUT INFLUENCER LA GESTION DE LA DOULEUR CHEZ L'AMPUTE SOUFFRANT D'ALGOHALLUCINOSES ».....	256
9.2. VERIFICATION DE HR2 : « INVESTIGATION DIAGNOSTIC ET GESTION DE LA DOULEUR CHEZ L'AMPUTE SOUFFRANT D'ALGOHALLUCINOSES »	264
9.3. OUVERTURES ET PERSPECTIVES	273
9.3.1. Prendre en compte la multi-disciplinarité dans la prise en charge de la douleur.....	273
9.3.2. Ne pas dissocier dans la clinique des algohallucinoses le facteur psychique	274
9.3.3. Savoir évaluer les algohallucinoses	276
CONCLUSION	279
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	283
ANNEXES.....	299
ANNEXES 1 : COMPTE RENDU DES ENTRETIENS AVEC LES DOCTEURS DES HOPITAUX DE LA VILLE DE YAOUNDE	300
ANNEXES 2 : COMPTE RENDU DES ENTRETIENS AVEC LES PERSONNES AMPUTEES DU CNRPH....	311
ANNEXES 3 : PLANCHES DE L'ALGOTEST	326