

AMPUTATION D'UN MEMBRE ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE: UNE ÉTUDE DE CAS À BRAZZAVILLE

GHIMBI Nicaise Léandre Mesmin
Maître-Assistant
Enseignant-Chercheur
Université Marien Ngouabi (République du Congo)
Parcours-Type Psychologie
nicaise.ghimbi@umng.cg

Résumé

Cet article a pour objectif de montrer que quelle que soit l'objectivation de la souffrance psychique, le conflit demeure dans toute sa configuration psychopathologique et clinique. Il rend compte d'une analyse de cas d'un patient ayant vécu l'expérience d'une amputation. La réaction à la perte d'une partie de soi, se marque par une sorte de sentiment d'anéantissement, de diminution du potentiel physique et d'une atteinte généralisée sur l'appareil psychique. L'analyse a permis aussi de montrer l'importance du psychologue clinicien dans une équipe pluridisciplinaire de santé, dans le travail d'acceptation de l'amputation, d'une nouvelle vie, et en restaurant l'image de soi.

Mots-clés: amputation, appareil psychique, image de soi, prise en charge psychologique, souffrance psychique

Abstract

This article aims to show that, whatever the objectification of psychic suffering, the conflict remains in all its psychopathological and clinical configuration. It reports on a case analysis of a patient with an experience of amputation. The reaction to the loss of a part of oneself is marked by a sort of feeling of annihilation, a decrease in physical potential and a general attack on the psychic apparatus. The analysis also made it possible to show the importance of the clinical psychologist in a multidisciplinary health team, in the work of accepting amputation, of a new life, and in restoring the image of oneself.

Key words: amputation, psychic apparatus, self-image, psychological care, psychological suffering

Introduction

L'amputation touche douloureusement le patient dans son intégrité physique, psychologique et sociale. Elle bouleverse la manière de vivre de l'amputé : son activité quotidienne, ses études, son métier ou ses loisirs. Pour A. Frantz (Cf. 1970, p. 62), l'amputation confronte la personne à l'immense difficulté de faire face au choc psychologique provoqué par l'amputation elle-même, de par l'altération de l'image de soi qu'elle constitue, et aux conséquences qui en découlent, c'est-à-dire, une capacité et une validité qui ne sont plus récupérables, mais seulement compensables. La réaction à la perte d'une partie de soi se marque par une sorte de sentiment d'anéantissement. La diminution d'une partie du potentiel d'activité physique est ressentie, dans un premier temps, du fait de son irréversibilité, comme une atteinte généralisée de sa personnalité.

Aujourd'hui, 92% des amputations sont dues à une insuffisance artérielle, et le diabète est en cause dans plus de 50% de cas. Cette tendance est à la hausse et l'on estime que le nombre de personnes amputées pour insuffisance artérielle des membres inférieurs (IAMI) augmentera de 50% d'ici 2030 et de 100% d'ici 2050 (Cf. M. Balint, 2005, p. 89). L'amputation peut se pratiquer à n'importe quel âge de la vie du patient. En plus des séquelles physiques, il y a des perturbations, voire une désorganisation psychique, car la victime va être face à la mort et aux questions existentielles soulevées par la modification de l'image corporelle due à l'amputation. Cela peut aussi déboucher sur un sentiment de honte et de culpabilité (Cf. E. Ferragut et al., 2004, p. 27).

L. Fernandez, psychologue clinicienne, écrivait dans l'une de ses études que « L'amputation d'un membre constitue pour la personne qui la subit, une épreuve à la fois physique et psychologique majeure. L'évidence de la déficience, associée à celle de la perte corporelle, est immédiate, et l'espoir d'une éventuelle récupération de la fonction repose entièrement sur les vertus du futur appareillage » (C. Fernandez, et M. Castteeuw, 2001, p. 57).

Pour C. Fernandez et M. Castteeuw (Cf. 2001, p. 72), on peut affirmer que l'amputation d'un membre entraîne non seulement une perte de la fonction et de la sensation, mais nécessite également une acceptation et une révision de l'image corporelle. D'où la prévenance dont fait montre toute personne qui est victime d'une amputation d'un membre dans sa quête de l'équilibre psychique, physique et sociale.

C'est ainsi que nous nous sommes posé les questions suivantes: comment l'amputé vit-il sa souffrance psychique ? Quel est l'apport du psychologue clinicien auprès d'un patient victime d'une amputation, pour l'acceptation de celle-ci et de son accompagnement pour surmonter les effets collatéraux inhérents à cet acte opératoire ? Les hypothèses de cette étude disent que quelle que soit la forme de manifestation ou d'objectivation de la souffrance psychique, l'amputé s'inscrit dans un ordre relevant de la configuration psychopathologique ; le psychologue clinicien au travers de sa prise en charge psychologique précoce et obligatoire dans une équipe pluridisciplinaire, serait important auprès des patients dans le travail d'acceptation de l'amputation et de son accompagnement pour surmonter les effets collatéraux inhérents à cet acte opératoire.

Cette étude a pour objectif, de montrer que, quelle que soit la forme de manifestation ou d'objectivation de la souffrance psychique, le conflit demeure dans toute sa configuration psychopathologique et clinique et se pose en termes de désorganisation du système de la personnalité et de la morbidité sous-jacente dans sa thématisation régressive et/ou dépressive. Cet article rend compte d'une analyse de contenu qui permet de saisir des éléments mettant en évidence le vécu d'une personne amputée d'un membre et son parcours dans sa prise en charge globale. Il décrit l'approche méthodologique et la présentation des résultats.

1. Approche méthodologique

Le cas étudié s'inscrit dans une recherche qui s'inspire de l'approche clinique donnant lieu à un questionnement sur le rôle de la subjectivité chez des sujets singuliers, doués d'affects et d'intériorité, vivant et interprétant les réalités qu'ils rencontrent. Le principe de subjectivation considère l'aménagement d'un espace qui ne soit réductible ni du côté du patient et de sa demande, ni du côté du psychologue

clinicien, mais entre deux sujets. Il s'agit là de la tension évoquée à propos du verbe « entendre », qui est seule à pouvoir admettre un espace autre que celui de l'énoncé du patient, c'est-à-dire de son symptôme ou de son problème.

Ce principe rappelle, le nécessaire engagement subjectif du psychologue clinicien. Il peut être décliné en plusieurs exigences précises : la méthode clinique repose avant tout sur une pratique de terrain. Elle n'est que secondairement inscrite dans une préoccupation de recherche ; cette pratique de terrain est fondée sur l'analyse d'un cas individuel, même si elle peut admettre une collectivité restreinte où l'analyse sera nécessairement centrée sur les enjeux subjectifs qui s'y présentent ; elle admet la prévalence de l'« entendre » en ce qu'elle vise le déploiement d'une parole subjective au-delà du simple objectif d'observation des signes. La parole du sujet y occupe donc une place fondamentale ; son but n'est pas d'aboutir à un schéma causaliste, forcément objectif, de la souffrance subjective entendue. L'attitude analytique doit prévaloir sur celle explicative.

Cette attitude analytique ne porte pas tant sur le patient que sur la nature du rapport actuel établi entre lui et le psychologue clinicien ; elle vise en cela à ouvrir au questionnement plus qu'à aboutir à un savoir définitif. Aussi important ce savoir puisse-t-il être, il ne constitue qu'une étape qui doit admettre au-delà sous la forme de questions qui concernent avant tout le devenir subjectif du patient. S'arrêter sur le savoir revient inévitablement à redonner priorité à une perspective objective dont ne relève précisément pas la psychologie clinique.

Ces exigences propres à l'approche clinique s'inscrivent dans une épistémologie particulière, qui la distingue rigoureusement de celles qui relèvent des autres méthodes propres à la discipline psychologique. Pour F. Boutonnier cité par L. Bernard-Tanguy et D. Reniers (2013, p. 44), il s'agit dans la méthode clinique d'une « approche contrôlée de l'homme par l'homme dans une situation d'implication réciproque ». Il s'agit de la composante essentielle de la méthode clinique qui l'oppose radicalement aux méthodes introspectionniste et expérimentale.

Compte tenu des enjeux essentiellement subjectifs qui composent l'approche clinique, il est rigoureusement impossible de définir dans l'absolu la façon dont se déroule un entretien clinique. Celui-ci n'est en effet, pas subordonné à un objectif qui soit étranger à ce qui concerne le sujet en consultation. Il mène à une décision qui concerne fondamentalement le sujet qui s'y trouve compris. C'est ainsi que l'approche clinique met un accent particulier sur la singularité de chaque patient qui est « unique ».

J.-P. Leyens, cité par C. Revault d'Allonnes (1995, p. 81), affirme que « Un exemple vaut mieux que dix preuves statistiques ». En effet, l'expérience d'un « autre » est unique, elle ne peut mentir, elle est la « vérité ». L'exploration du vécu vise à appréhender le niveau intrapsychique susceptible d'émerger dans le discours produit par le sujet. Elle permet de mettre à jour des aspects psychologiques, sociaux et culturels qui échappent à l'approche quantitative.

La démarche clinique nécessite une investigation longue et difficile, mais, finalement, productrice de connaissance. Elle implique des positions auxquelles le chercheur doit accéder et des dispositifs méthodologiques à mettre en application pour accéder à des données significatives s'inscrivant dans le cadre d'une recherche qualitative. La position qu'implique cette démarche suppose, comme le suggère P. Aulagnier (Cf. 1991, p. 115), de suivre pas à pas le discours qui n'est pas le sien, d'être capable de faire taire son narcissisme et ses croyances pour devenir l'écoute d'un discours qu'on est en droit d'interpréter que tant qu'on en respecte totalement les contours, le style, la singularité.

L'entretien s'inscrit dans cette démarche de recherche qualitative, comme mode de collecte des données en tant qu'il permet, selon A. Blanchet et al. (1997, p. 1), « d'étudier des faits dont la parole est le vecteur principal ». Il vise, selon J. Gagey cité par C. R. Kohn et P. Nègre (1991, p. 62-63), à recueillir un matériau sur le vécu du sujet, non en tant qu'objet mais « en tant que son intériorité interdit à jamais qu'on l'approche au même titre qu'une réalité physique ».

Seule l'inscription de la rencontre avec le patient dans le champ propre au symbolique permet de dépasser la double aliénation en élaborant au sein du langage (et non plus au sein de l'image) la part

d'altérité qui est au fondement de la possibilité de s'inscrire en tant que sujet. Pas de sujet sans l'Autre symbolique. On comprend en cela que cette approche, ciblant les observations et les interventions sur le seul plan de la communication, ne peut que rester sur le plan imaginaire. Quand bien même le psychologue clinicien est prêt à reconnaître qu'il fait partie intégrante de la communication qui s'établit au sein d'une séance, les observations qui portent sur les échanges interindividuels ne laissent en effet aucune place à cette part d'altérité fondamentale qui seule permet de parler de sujet.

Parler ne se limite jamais à une communication. Car la parole, inscrite dans la dynamique du langage, est tributaire de la place de l'Autre, plaçant au second plan ce qui reste observable entre Soi et l'Autre. C'est en cela que l'approche clinique, qui est une pratique de terrain avant tout, repose fondamentalement sur ce qui permet le déploiement de cette parole qui est signature du subjectif, à savoir, l'entretien clinique (Cf. R. Mucchielli, 2000).

La mise en œuvre de l'entretien suppose un climat et des conditions qui favorisent son déroulement, en vue d'obtenir des données relatives à l'expérience des sujets rencontrés. Elle pose le problème de l'attitude du chercheur et de la confiance dont se déduit le consentement du sujet qu'il rencontre. Car, il s'agit d'une part, de ne pas avoir d'idées préconçues pour découvrir des éléments inattendus ; d'autre part, de ne pas suivre, aveuglément le discours produit par l'interviewé, d'en apprécier la pertinence, par rapport aux hypothèses de recherche (Cf. N. L. M. Ghimbi, 2014, p. 112).

L'analyse de contenu ou l'interprétation des données cliniques vise à mettre en lumière la dimension de la subjectivité. A cet égard, M. Wawrzyniak (2002, p. 61) fait remarquer que « la subjectivité n'est ni mesurable, ni quantifiable : elle est l'épreuve visible, consciente et inconsciente, par laquelle s'affirme l'essence de l'expérience humaine ». L'analyse se fonde sur le postulat de la correspondance des niveaux individuel et collectif, psychique et culturel ; et de la tension qui s'exerce entre les systèmes sociaux et les structures psychiques (Cf. J. Barus-Michel et al., 1996, p. 62).

L'approche clinique impose un entretien, une histoire vécue, rapportée en ayant pris le soin d'éliminer certains détails afin de préserver l'anonymat et l'intimité du sujet rencontré. C'est ainsi que nous avons attribué un nom fictif «Mukadondo» au patient.

Mukadondo âgé de 40 ans, est père de quatre (04) enfants et vit maritalement avec la mère de ses enfants. Il est chauffeur routier de profession. Il est deuxième d'une fratrie germaine de trois (03) enfants dont deux (02) garçons et une (01) fille. Deuxième d'une fratrie utérine de cinq (05) enfants dont quatre (04) garçons et une (01) fille. Il a commencé ses études à l'âge de 6 ans à Madingou gare, dans le chef-lieu de la préfecture de la Bouenza et les a poursuivies jusqu'à l'université Marien Ngouabi en deuxième année, à la faculté des sciences économiques. Après la mort de son père en 2000, Mukadondo a décidé de devenir chauffeur-taxi par manque de soutien. Cette expérience est une réussite parce qu'il devient par ses avoirs, le pilier de la famille. Il entretient de bonnes relations avec ses frères, sœurs et les autres membres de sa famille. Il est membre de l'église évangélique du Congo.

2. Présentation des résultats

2.1. La rencontre clinique

J'ai eu l'idée de contacter Mukadondo, après avoir consulté son dossier médical classé à l'hôpital central des armées Pierre Mobengo de Brazzaville, parmi les cas d'amputation des membres. Mon intérêt heuristique pour son cas m'a amené à le rencontrer. J'obtins du Médecin-chef et du Psychologue clinicien qui ont participé à la prise en charge de ce patient avant, pendant et après l'amputation, de me permettre de le rencontrer. La première rencontre avec le patient a eu lieu dans le bureau du psychologue clinicien après une psychothérapie de soutien. Au cours de cette première rencontre qui a duré environ quarante (40) minutes, l'échange a permis, après une phase de présentation et d'information sur le but de ma recherche, d'obtenir sans difficulté un rendez-vous pour un entretien. A l'issue de cette conversation, nous avons convenu de nous entretenir le lendemain.

Mukadondo, comme la plupart des patients lors du premier contact, m'a paru un peu réservé au début. Après les consignes de l'entretien insistant sur la liberté de réponses de sa part, l'absence du jugement de valeur de ma part, Mukadondo s'est montré plutôt à l'aise tout au long de l'entretien. Il a paru très attentif aux questions qui lui sont posées, et vigilant dans sa manière de répondre, intervenant souvent longuement en donnant des détails des situations qu'il évoque. Sa disponibilité et le climat relationnel pendant le déroulement de l'entretien m'ont rassuré pour la suite de la procédure.

2.2. Eléments d'anamnèse

Mukadondo a été victime d'un accident de voie publique au volant d'un camion semi-remorque, contenant des objets destinés à l'organisation du cinquante-neuvième anniversaire de l'indépendance de la République du Congo, qui partait de Pointe-Noire pour Brazzaville. C'est après avoir dépassé les ravins de la forêt du Mayombe, à l'entrée de Dolisie, que survint l'accident soldé par la mort de tous les membres de l'équipage, sauf le chauffeur qui, dans un état comateux profond, a eu ses deux jambes poly-fracturées, dont l'une presque irrécupérable. C'est plusieurs jours plus tard que Mukadondo était surpris de se retrouver à l'hôpital central des armées Pierre Mobengo de Brazzaville aux urgences chirurgicales, jusqu'à ce qu'il soit amputé d'un membre inférieur.

2.3. Analyse de l'entretien

L'entretien a eu lieu à une période où Mukadondo commençait à accepter son nouvel état. Assis dans un fauteuil roulant face à moi, le patient se montre prêt à répondre à mes questions. Je lui explique l'utilité de l'enregistreur pour ma recherche. Il n'est pas gêné par cet instrument.

N. L. M. G- Bonjour Monsieur, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer à l'hôpital central des armées Pierre Mobengo, malgré vos occupations. Comme je vous l'ai dit hier, c'est dans le cadre de mon travail de recherche que je viens m'entretenir avec vous. C'est parce que vous êtes un sujet ayant été victime d'un accident avec tout ce qui s'en est suivi que je pense que vous avez des choses à me dire par rapport à des questions que je vais vous poser au fur et à mesure de notre entretien aujourd'hui.

Mukadondo est d'abord resté silencieux pendant quelques minutes. J'emploie le « vous » pour créer une distance entre le patient et moi. C'est une façon de lui témoigner mon respect en espérant que cela suscite en lui l'envie de me parler de lui sans embarras. Prenant en compte les difficultés rencontrées antérieurement par le sujet, à partir de son dossier médical, je prends soin de commencer l'entretien par des questions d'ordre général, avant d'aborder celles qui sont liées aux items de la grille de ma recherche. Je cherche à établir une relation amicale et de confiance entre lui et moi en lui parlant de son quartier où j'ai vécu pendant que nous étions étudiants. Répondant à ma question, Mukadondo m'indique l'adresse complète de son habitation.

Mukadondo – J'habite dans la rue père Bonnefon

N. L. M. G- Ah Oui ! je vois, oui, oui, c'est non loin du marché commission à Bacongo en allant vers la montagne ... (je cherchais encore le mot)

Mukadondo - La montagne sainte, avant la chaumière et le siège de l'arrondissement 1 Makélékélé.

N. L. M. G- Dans les encablures de l'hôpital de référence de Makélékélé.

Mukadondo - Tout ça c'est ma zone. J'ai fait mes études primaires à l'école de l'amitié vers le marché total, le collège au CEG Angola libre et le lycée à Savorgnan De Brazza. Et comme par hasard, j'ai commencé mes études universitaires à la faculté des sciences et techniques, avant d'aller m'inscrire à la faculté des sciences économiques où j'ai pu valider mes semestres 1, 2, 3 et 4. Mais malheureusement, je n'ai pas pu poursuivre jusqu'en troisième année pour la simple raison que mon seul tuteur, mon père était arraché à la vie par la mort. J'avais 23 ans quand cela se passe. Déjà que ma mère était décédée le jour de ma naissance suite à une césarienne. C'était une grande

catastrophe dans mon organisation sociale de manière générale et dans ma vie estudiantine en particulier ... (silence)...

N. L. M. G- Et ensuite ?

Mukadondo - Avec mes frères et sœurs sans emplois, j'avais résolu d'apprendre un métier rapide qui ferait de moi un responsable au service de la famille. Je ne voulais pas que les plus petits puissent arrêter avec les études, comme moi, par manque de soutien. C'est ainsi que j'avais choisi de devenir un chauffeur taxi. Avec mon niveau d'étude, je ne voyais pas comment échouer au permis de conduire. J'ai appris à conduire en 2003, quand j'avais 24 ans, par une auto-école d'où j'étais sorti avec un permis de conduire catégorie B. Six (06) mois après, j'ai pu obtenir les trois cachets qui m'ont permis de devenir un chauffeur-taxi pendant environ dix (10) ans. C'est à partir de 2013 que j'ai appris à conduire les semi-remorques et obtenu mon quatrième cachet. Après avoir obtenu le permis de conduire des semi-remorques, depuis 2014 je fais la route Brazzaville / Pointe-Noire, transportant de la marchandise. Il y a des moments où je pars aussi sur la route du Nord, plus précisément à Ouesso, prendre les marchandises qui viennent du Cameroun.

L'intervention rapide de Mukadondo comme pour me faciliter la tâche constitue une manifestation de son intérêt. Dès ce moment du début de l'entretien, il s'implique dans l'échange au sujet de sa situation familiale et socio-professionnelle. Le fait de me parler de son âge, ses problèmes et du déroulement de son apprentissage professionnel, est pour moi une marque de confiance à mon égard. Cependant, je note que le patient n'aborde pas les circonstances de l'accident dont il a été victime et des conséquences de celui-ci. Par ce silence, Mukadondo met en place un mode de défense consistant en un refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Il n'arrive pas à parler de son histoire tragique.

N. L. M. G- Comment vous vous êtes retrouvé à l'hôpital central des armées Pierre Mobengo ?

Mukadondo – (Silence... et regarde au plafond pendant qu'il parle). Ah c'est dur ! c'est difficile ! c'est dur ! c'est difficile ! (Silence...). Vous savez docteur ! la vie d'un homme est pleine des surprises. Les français connaissent bien leur langue lorsqu'ils disent qu'il ne faut jamais se moquer de celui qui se noie. C'est une longue histoire. C'est dur ! c'est difficile ! (Silence...). Lorsque je pense à certaines choses, je n'arrive pas à dormir, je n'ai plus envie de manger, je n'ai plus de sens dans ce monde. C'est la présence de mes enfants qui m'impose de résister, parce que si je meurs, qui va s'en occuper. Sans cela je me donnerai la mort depuis longtemps.

Ses propos ne permettent pas de comprendre ce qu'il veut réellement exprimer. Ceci prouve qu'il a vécu une situation qui a bouleversé son être entier, dans sa triple dimension biopsychosociale. Le fait de reprendre plusieurs fois l'expression « C'est dur ! c'est difficile ! », montre que Mukadondo vit un stress post traumatique. Cet état est confirmé par les symptômes suivants : l'insomnie, l'anorexie, les sentiments d'auto-dévalorisation et de suicide. Mukadondo émet un sourire narquois et ferme le front. Il sourit de nouveau.

N. L. M. G - Pourquoi dites-vous que c'est dur ?

Mukadondo- Je gagnais bien ma vie, Docteur. Je m'occupais de toute la famille pendant que je travaillais. Mes enfants allaient tous dans les écoles privées payées par moi-même. J'ai construit ma maison après le pont du Djoué quand j'avais trente (30) ans. J'avais acheté un taxi personnel qui est jusque-là en circulation. Cela m'attirait de la jalousie auprès des autres cohabitants du quartier. Mais Hélas ! Je n'ai plus les mêmes rentrées financières comparativement à ma situation d'avant accident.

N. L. M. G- Vos enfants ne vont plus dans les écoles privées ?

Mukadondo- Ce n'est pas ce que j'ai dit. J'ai gardé le plus petit à la maternelle au privé. Mais les plus grands sont à l'école publique depuis que j'avais fait mon accident. Vous savez Doc, lorsque du jour au lendemain vous devenez invalide sans vous l'attendre, c'est comme "un tonnerre dans un

ciel calme". Je t'assure que j'ai vécu des moments très difficiles de ma vie. Il faut être solide pour accepter que votre vie puisse basculer. Mais enfin, on fait avec !

Mukadondo en utilisant le « tu » à la place de « vous » laisse transparaître que le degré de confiance vis-à-vis de moi va crescendo. Ceci présage la levée de certaines barrières psychologiques dans notre entretien. Pour lui prouver la même- chose, je vais maintenant utiliser le « tu » pour le nommer et lui garantir ma considération pour sa personne. La confiance que je perçois dans l'attitude de Mukadondo à mon égard me conforte pour aborder sa vie personnelle.

N. L. M. G- Comment as-tu fait cet accident ?

Mukadondo- Mon frère, un jour, je crois que c'était au mois de juin 2019, ma société de transit, là où je travaille, avait reçu une commande qui consistait à déplacer du matériel du port de Pointe-Noire pour Brazzaville, qui était destiné à l'organisation du cinquante-neuvième anniversaire de la fête de l'indépendance qui s'était passée à Brazzaville. Le chargement avait bien été fait comme d'habitude. J'avais démarré avec mon équipage vers 4 heures du matin afin d'éviter les embouteillages en cours de route. Nous avons dépassé la forêt du Mayombe avec ses ravins. Curieusement, à la descente de la montagne de Moukondo¹ à l'entrée de Dolisie², au niveau du virage, j'avais écouté un bruit annonçant une crevaison. Quelques secondes plus tard j'ai entendu les gens crier pendant que le camion avait perdu sa barre de direction. C'est la seule chose que je retiens jusqu'à ce jour. Ensuite, j'étais surpris de me retrouver dans une salle opératoire d'un hôpital. Lorsque ma conscience revient petit-à-petit, je constate que j'ai des douleurs atroces au niveau des jambes. C'est ce qui me rappelle de ce que nous avons fait un accident à l'entrée de Dolisie. Quand je posais la question de savoir où est ce que je me trouvais, aux agents de santé qui venaient me prendre en charge, ils m'annonçaient que j'étais à l'hôpital suite à un accident de voie publique survenu sur la route nationale numéro 1. Je n'arrivais pas à me lever et ne connaissais pas encore l'état de mes jambes qui étaient très douloureuses.

N. L. M. G- Qu'est-ce que le médecin t'avais dit au sujet de ton état de santé dont tu n'avais plus la maîtrise ?

Mukadondo- Le médecin m'avais dit que le Psychologue viendra s'entretenir avec moi à propos. J'attendais l'arrivée du Psychologue. C'est quand les douleurs s'étaient atténuées, lorsque je pouvais changer de position au lit, sans avoir un regard sur mes jambes, que le Psychologue était venu s'entretenir avec moi, deux (02) jours après l'annonce de son arrivée. Après s'être présenté, il m'avait rappelé que j'étais victime d'un accident et informé que tous les membres de mon équipage étaient décédés. J'étais le seul rescapé. J'avais remercié le seigneur pour cette grâce. Il m'avait dit que les médecins pour me sauver étaient obligés de prendre certaines décisions sans mon consentement parce que j'étais dans le coma, sinon je perdrais ma vie. Il m'a posé la question de savoir qu'est ce qui est mieux pour moi, entre mourir avec tous mes organes en abandonnant mes enfants et rester en vie en perdant un organe ?

N. L. M. G- Comment as-tu répondu à cette question ?

Mukadondo- C'est simple mon frère ! la vie n'est rien certes, mais rien ne vaut la vie. Autant mieux vivre avec un organe de moins pour espérer situer ses enfants et partir de cette terre sans remords, que d'abandonner ses enfants à cause de la perte d'un organe. Vous savez docteur, il y a des femmes qui vivent très bien leur vie avec une seule trompe, à l'opposé de certaines qui sont mortes avec les deux. (Silence). Je voyais venir le Psychologue. Quand il m'avait annoncé que j'avais été amputé d'une jambe, j'étais très choqué et croyais que ma vie devait s'arrêter. Mais en me souvenant aux différentes réponses aux questions, à moi posées par le Psychologue, j'ai demandé à Dieu de me soutenir dans cette difficile épreuve. Cependant, j'avais des douleurs aiguës, une sensation de

¹ Village à environ trois (03) kilomètre de Dolisie en venant de Pointe-Noire (capitale économique de la République du Congo)

² Chef-lieu du département du Niari

pincements et de déchirures au niveau de la jambe amputée. Je me faisais des nouvelles représentations de ma personne. J'avais l'impression que mon corps avait perdu l'équilibre corporel, d'avoir une perte des intérêts, une absence de plaisir et de projet, un trouble d'appétit, du sommeil, de l'estime de soi. Les idées suicidaires m'envahissaient. Mais quand je pensais que n'eût été cette amputation je serai mort, j'ai été obligé d'accepter le verdict divin, parce que c'est la volonté de Dieu d'avoir été épargné de la mort, même si nous mourrons tous. Je connais des gens qui n'ont qu'une seule main mais qui vivent bien leur vie.

Mukadondo à travers sa réponse, montre qu'il développe un processus dépressif et vit un stress post traumatique, dont la symptomatologie s'appuie sur la perte des intérêts, l'absence de plaisir et de projet, les troubles d'appétit, du sommeil, de l'estime de soi, la sensation de « voie sans issue » et les idées suicidaires. Il a un sentiment d'auto-dévalorisation sociale. Cette dépression dévoile le mal-être, le mal-vivre qui renvoie à la quête identitaire et affective de reconnaissance de soi défensivement exprimée sous forme d'angoisse d'abandon, c'est-à-dire l'angoisse de la rupture d'indépendance ; laquelle rupture, comme l'enseignent les tenants de la tendance psycho-dynamique, pose le problème de la perte d'une partie de son corps, quand bien même réel, mais aussi fantasmé souvent. Il s'agit bien d'un mécanisme dépressif qui, au travers de la lecture clinique, apparaît comme base sur laquelle reposent la souffrance et l'anxiété générées s'exprimant sous forme de manifestations psychopathologiques (Cf. D. Tsokini, 2017, p. 234).

N. L. M. G- Quelle type de relation entretiens-tu avec ton entourage ?

Mukadondo- Avec ma famille directe, je n'ai pas de problèmes. Mes parents et mes enfants ne peuvent pas me refuser parce que je suis devenu handicapé. D'ailleurs ce sont eux qui me remontent le moral. Surtout mes enfants et ma femme ! Ils me soutiennent beaucoup. Au début, quand je passais dans la rue, j'avais l'impression que tout le monde regardait ma jambe amputée. C'est au fil du temps que je ne fais plus attention aux regards des autres. En plus, je ne suis pas le seul à être victime d'une amputation d'un membre. Chez nous au Congo, avec les événements du 4 mars 2012, plusieurs personnes, mêmes les enfants, ont été victimes d'une amputation. Moi encore c'est la jambe qui est touchée. Mais chez certains c'est le bras. Je préfère ma situation que celle des autres. Je connais des gens qui ont leur prothèse et vivent sans complexe d'infériorité vis-à-vis des autres. Je vous signale que le psychologue m'a soutenu tout au long de mon traitement. Sincèrement, n'eût été sa présence, je pouvais me faire mal. J'ai appris à accepter mon état grâce à lui. En tout cas, je ne suis pas gêné de mon nouvel état. Présentement je réfléchis sur comment compenser les avantages que j'ai perdus en laissant provisoirement le volant. Je souhaite que le gouvernement puisse utiliser les psychologues dans tous les hôpitaux. Ils jouent un rôle très important dans la guérison des malades.

Dans cette séquence, Mukadondo, en parlant des autres amputés, qui, pour lui, sont dans une situation plus difficile que la sienne, montre qu'il a accepté son nouvel état. Il intègre progressivement l'amputation dans sa vie quotidienne, sans regret ni rumination. Il se consacre au traitement et envisage l'avenir avec confiance. Il révèle l'impact de l'intervention du psychologue. Celui-ci a contribué dans la prise en charge globale de Mukadondo qui souhaite la présence des psychologues dans toutes les unités de soins.

N. L. M. G- Comment trouvez-vous votre corps ?

Mukadondo- C'est vrai que ma plaie s'est cicatrisée de l'extérieur. Je n'ai plus mal. Cependant, je remarque que quand je dors, c'est comme si ma jambe est intacte. Je sens toujours le membre disparu. Quelquefois je sens des fourmillements dans la jambe. Hormis cela, je me sens bien. D'ailleurs je t'informe que mon patron a déjà passé commande de ma prothèse. Il a promis me reconverter au bureau tout en gardant mon salaire. C'est vrai que je vais perdre certains avantages liés au métier de chauffeur routier, mais le plus important c'est d'être capable de se prendre en charge et de faire face à ses charges. Il y a des gens sur cette terre qui ont tous leurs organes mais qui vivent malheureux.

3. Synthèse

Cet article met en évidence la relation entre l'amputation d'un membre et l'apparition de la souffrance psychique chez le patient qui en est victime. Mukadondo après avoir subi un traumatisme post amputation, se remet de cet état en acceptant sa nouvelle situation. Néanmoins, la sensation de la jambe ou du membre fantôme est une élaboration sensorielle et sensitive d'une tradition nommée schéma corporel ou image du corps physique, conscience du soi automatique et morphologique ; la chose corporelle amputée est bien là, perceptible et vécue, mais invisible et intouchable (Cf. F. Lebigot, 2011, p. 60).

Mukadondo me laisse l'image d'un homme qui semble avoir réussi le deuil de l'amputation. Il évacue progressivement sa souffrance psychique. Je comprends qu'il avait besoin de parler de son histoire et de ses projets. A travers la manière de s'exprimer, comme s'il se confiait à une personne familière, se révèle un homme qui a besoin de considération, de compréhension et d'être valorisé. Dans son discours, il dit « (...), le plus important c'est d'être capable de se prendre en charge et de faire face à ses charges. Il y a des gens sur cette terre qui ont tous leurs organes mais qui vivent malheureux. »

Au sujet de l'importance du psychologue clinicien, il va falloir retenir qu'à travers l'expérience de Mukadondo, il ressort que sa présence dans une équipe pluridisciplinaire de santé, par le biais de la prise en charge psychologique, rend les patients victimes d'une amputation capables de surmonter sur le plan psychique cette épreuve, en acceptant de vivre une nouvelle vie ; de restaurer leur image de soi malgré la perte d'une partie de leur corps.

Aussi, se focalisant sur la conscience et l'éthique de sa profession, le psychologue clinicien se fait progressivement connaître au sein de la population congolaise, à partir de sa pratique qui exige le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité et l'autonomie, la rigueur, l'intégrité, la probité et le respect du but assigné, qui sont les principes fondateurs de la profession de psychologue (Cf. O. Bourguignon, 2005).

Conclusion

Cette étude a permis de répondre aux questions suivantes : comment l'amputé vit-il sa souffrance psychique ? Quel est l'apport du psychologue clinicien auprès d'un patient victime d'une amputation, pour l'acceptation de celle-ci et de son accompagnement pour surmonter les effets collatéraux inhérents à cet acte opératoire ? A partir de l'entretien clinique administré auprès d'un patient et l'analyse de contenu, il ressort que la présence du psychologue clinicien à travers sa prise en charge psychologique précoce et obligatoire dans une équipe pluridisciplinaire, est importante auprès des patients dans le travail d'acceptation de l'amputation et de son accompagnement pour surmonter les effets collatéraux inhérents à cet acte opératoire. Cette étude de cas montre que, quelle que soit la forme de manifestation ou d'objectivation de la souffrance psychique, le conflit demeure dans toute sa configuration psychopathologique et clinique et, se pose en termes de désorganisation du système de la personnalité et de la morbidité sous-jacente dans sa thématique régressive et/ou dépressive. Cette dépression dévoile le mal-être, le mal-vivre qui renvoie, à la quête identitaire et affective de reconnaissance de soi défensivement exprimée sous forme d'angoisse de la rupture d'indépendance ; laquelle rupture pose le problème de la perte d'une partie du corps, quand bien même réel, mais aussi fantasmé souvent. Elle apparaît comme base sur laquelle reposent la souffrance psychique et l'anxiété générées, s'exprimant sous forme de manifestations psychopathologiques.

Références bibliographiques

- AULAGNIER Piera, 1991, *Un interprète en quête de sens*, Paris, Editions Payot.
- BALINT Michael, 2015, *Le Médecin, le malade et la maladie*, Paris, Payot.
- BARUCH-MICHEL Jacqueline et al., 1996, *Crises, approche clinique et sociale*, Paris, Desclée de Brouwer.
- BERNARD-TANGUY Laurence et RENIERS Dominique, 2013, *Mini manuel de Psychologie clinique*, Paris, Dunod.
- BLANCHET Alain et al, 1997, *L'entretien dans les sciences sociales*, Paris, Dunod.
- BOURGUIGNON Odile, 2005, *La déontologie des psychologues*, Paris, Armand Colin.
- FERNANDEZ Caroline & CASTTEEUW Michelle, 2001, *La recherche en psychologie clinique*, Paris, Nathan
- FERRAGUT Eliane & al., 2004, *Emotion et mémoire, le corps et la souffrance*, Paris, Masson.
- FRANTZ Adrien, 1970, *La médecine psychosomatique*, Paris, Payot.
- GHIMBI Nicaise Léandre Mesmin, 2014, *La représentation du psychologue clinicien dans les centres hospitaliers de Brazzaville : identité et appartenance*, Thèse de doctorat unique, sous la direction de Dieudonné Tsokini, Maître de Conférences CAMES, Université Marien Ngouabi, Brazzaville
- KOHN Ruth Canter et NEGRE Pierre, 1991, *Les voies de l'observation, Repères pour les pratiques de recherche en sciences sociales*, Paris, Nathan.
- LEBIGOT François, 2011, *Le traumatisme psychique*, Bruxelles, Fabert.
- MUCCHIELLI Roger, 2000, *L'entretien de face-à-face dans la relation d'aide*, Issy-les-Moulineaux, Editions ESF, coll. « Formation permanente ».
- REVAULT d'Allonnes Christine, 1995, *La démarche clinique en sciences humaines, documents, méthodes, problèmes*, Paris, Dunod.
- TSOKINI Dieudonné, 2017, *Mutation sociale et post-conflit au Congo. Perspectives psychopathologique et clinique*, Paris, L'Harmattan.
- WAWZRYNIAK Michel, 2002, « Trauma, stress et clinique de transfert », Lassare, D (Eds) Ch. 4.1. *Stress et société*, Reims, PUR.