



**HAL**  
open science

# Le traumatisme de l'amputation de membre : les ressources culturelles de la résilience

Fresner André

► **To cite this version:**

Fresner André. Le traumatisme de l'amputation de membre : les ressources culturelles de la résilience. Psychologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2023. Français. NNT : 2023UBFCH040 . tel-04577000

**HAL Id: tel-04577000**

**<https://theses.hal.science/tel-04577000>**

Submitted on 15 May 2024

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

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



**THESE DE DOCTORAT DE L'ETABLISSEMENT UNIVERSITE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE**

**PREPAREE A L'UNIVERSITE DE BOURGOGNE**

École doctorale n° 594

École Doctorale Sociétés, Espace, Pratiques, Temps (SEPT)

Doctorat de Psychopathologie et psychologie clinique

Par

Mr ANDRÉ Fresner

**LE TRAUMATISME DE L'AMPUTATION DE MEMBRE :  
LES RESSOURCES CULTURELLES DE LA RESILIENCE**

Thèse présentée et soutenue publiquement à Dijon, le 08 décembre 2023

Composition du Jury :

Mme Nadja ACIOLY-REGNIER	Pr Université Lyon 1	Rapporteuse et Présidente
M. Charlemagne MOUKOUTA	MCF-HDR Université d'Amiens	Rapporteur
M. Jude Mary CENAT	Pr Université d'Ottawa	Examineur
Mme Anne MASSELIN-DUBOIS	MCF Université de Bourgogne	Codirectrice de thèse
M. Daniel DERIVOIS	Pr Université de Bourgogne	Directeur de thèse

## **Résumé**

Cette recherche porte sur une expérience particulièrement éprouvante : le traumatisme de l'amputation de membre. Qu'elle soit accidentelle ou médicale, la perte dont témoigne le moignon entraîne des conséquences à la fois physiques et psychologiques. Elle s'inscrit dans le champ des recherches sur les liens résilience et culture développées notamment en Amérique du Nord. Pour réaliser cette recherche nous nous sommes appuyés sur une méthodologie qualitative. La recherche a été menée auprès de personnes amputées dans deux univers culturels : Haïti (N=20) et la France (N=12), au moyen de deux méthodes : le photolangage© et l'entretien clinique de recherche. Les résultats, sous forme de 5 études, montrent une nette différence entre les deux populations. Alors que les personnes rencontrées en Haïti mettent beaucoup en avant la spiritualité (les croyances et la pratique religieuses) et le soutien de la famille comme ressources culturelles, en France les personnes ont surtout insisté sur la nécessité d'avoir des services de protection sociale de qualité. Le soutien de la famille est aussi un élément important, mais il est plus marqué en Haïti où l'adaptation des espaces publics et l'intégration des personnes porteuses de handicap restent des défis majeurs. Dans la discussion nous mettons l'accent sur les enjeux du cadre culturel et les facteurs de protection qui contribuent au processus de résilience des personnes amputées de membre. Et puis, pour orienter les résultats de la recherche dans une perspective de soin, nous avons présenté l'esquisse d'un dispositif de soin qui pourra accueillir des personnes ayant été confrontées à une expérience traumatique et qui font appel à leurs ressources culturelles pour y mettre du sens.

**Mots clés : traumatisme – amputation de membre – processus de résilience – ressources culturelles – liens familiaux**





## SOMMAIRE

Résumé.....	1
REMERCIEMENTS .....	7
AVANT-PROPOS : .....	10
SUBLIMER L'AMPUTATION, CHANTER LA RESILIENCE .....	10
INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	26
Contexte de l'étude .....	29
Problématique .....	33
Hypothèses.....	33
Plan de la thèse.....	35
<i>PREMIÈRE PARTIE : .....</i>	<i>37</i>
<i>REPERES THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES.....</i>	<i>37</i>
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL .....	39
1.1- La clinique de la mondialité : une posture clinique et méthodologique .....	39
1.2- Du traumatisme à la résilience .....	44
1.3- Définition et évolution du concept de traumatisme.....	44
1.4- La résilience .....	51
1.4.1- Récupération .....	51
1.4.2- Résistance .....	52
1.4.3- Reconfiguration .....	53
1.5- Définition de la résilience.....	54
1.6- Les facteurs de protection.....	56
1.6.1- Des facteurs de protection individuelle.....	56
1.6.2- Des facteurs de protection familiale.....	57
1.6.3- Des facteurs de protection sociale et/ou communautaire.....	57
1.6.4- Les facteurs de risque.....	57
1.6.5- Tableau 1 : Facteurs de protection universels .....	58
1.6.6- Tableau 2 : Facteurs de risque universels .....	59
1.7- Le traumatisme de l'amputation de membre.....	61
1.8- Les représentations de l'image du corps .....	63
1.9- Les sensations et douleurs du membre fantôme .....	64
1.9.1- Les sensations fantômes .....	64

1.9.2- Les douleurs fantômes.....	65
1.10- Situation des personnes amputées en Haïti et dispositif d'aide.....	67
1.11- Le traumatisme de l'amputation de membre et les effets du contexte sur le processus de résilience du sujet .....	67
1.12- Les types d'amputation et leurs conséquences .....	70
1.13- L'expérience d'amputation de membre et la culture.....	71
1.14- La notion de fantôme et ses résonances culturelles.....	75
1.15- Le processus d'acceptation d'une amputation.....	77
<b>CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE GENERALE .....</b>	<b>82</b>
2.1- Méthodologie qualitative.....	83
2.4- Deux approches méthodologiques : approche ethnographique et approche interculturelle .....	86
2.4.1- L'approche ethnographique.....	86
2.4.2- L'approche interculturelle.....	88
2.5- Deux méthodes de collecte des données : entretien clinique de recherche et photolangage© .....	91
2.6- Terrains de recherche et techniques de collecte des données.....	91
2.7- Échantillon de la population des deux terrains de recherche.....	92
2.8- Critères d'inclusion et d'exclusion .....	92
2.9- Méthode d'analyse des données .....	92
2.10- Grille d'entretiens et d'analyse de contenu du discours .....	93
<b><i>DEUXIEME PARTIE : RESULTATS PAR ETUDES.....</i></b>	<b><i>94</i></b>
<b>CHAPITRE 3 : « LA DYNAMIQUE TRANSFERO-CONTRE-TRANSFERENTIELLE ENTRE CLINICIEN ET PATIENT A L'EPREUVE D'UN EVENEMENT TRAUMATIQUE COMMUN ». ÉTUDE 1 : .....</b>	<b>98</b>
<b>CHAPITRE 4 : LES PERSONNES AMPUTEES DE MEMBRE RENCONTREES AU CENTRE HEALING HANDS FOR HAÏTI (HHH). ÉTUDE 2 :.....</b>	<b>135</b>
<b>CHAPITRE 5 : LES PERSONNES AMPUTEES DE MEMBRE RENCONTREES AU CENTRE DES MASSUES DE LA CROIX ROUGE FRANÇAISE A LYON. ÉTUDE 3 : .....</b>	<b>173</b>
<b>CHAPITRE 6 : L'UTILISATION DE LA METHODE PHOTOLANGAGE© DANS UNE PERSPECTIVE DE RECHERCHE SUR LES DEUX TERRAINS HAÏTI &amp; FRANCE. ÉTUDE 4.....</b>	<b>189</b>
<b>CHAPITRE 7 : L'EXPERIENCE DE LA DOULEUR : LES REPRESENTATIONS CULTURELLES POUR DONNER DU SENS. VERS UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE PSYCHODYNAMIQUE ET INTERCULTURELLE. ÉTUDE 5 .....</b>	<b>209</b>
<b>CHAPITRE 8 : SYNTHESE DE L'ANALYSE DES RESULTATS DES DEUX TERRAINS DE RECHERCHE .....</b>	<b>223</b>
<b><i>TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION GÉNÉRALE.....</i></b>	<b><i>228</i></b>

<b>CHAPITRE 9 : UNE ILLUSION RECONFORTANTE POUR DONNER DU SENS AU DRAME .....</b>	<b>230</b>
<b>9.1- Les mouvements transféro/contre-transférentiels .....</b>	<b>231</b>
<b>9.2- Facteurs de protection sociale / Résilience collective .....</b>	<b>231</b>
<b>9.3- Facteurs de protection individuelle / Résilience de l'esprit .....</b>	<b>233</b>
<b>9.4- L'effet roseau .....</b>	<b>234</b>
<b>9.5- Les ressources culturelles de la résilience.....</b>	<b>235</b>
<b>9.6- Le photolangage comme support d'élaboration .....</b>	<b>236</b>
<b>9.7- Les effets du cadre culturel sur la représentation de l'expérience d'amputation de membre .....</b>	<b>237</b>
<b>9.8- Quand le membre fantôme fait écho au fantasme du retour au pays des descendants d'esclave de St Domingue.....</b>	<b>239</b>
<b>9.9- Le « syndrome de l'amputation ».....</b>	<b>242</b>
<b>9.10- Clinique de la mondialité un paradigme clinique qui traverse les univers culturels .....</b>	<b>243</b>
<b>9.11- Limites de la recherche .....</b>	<b>244</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>246</b>
<b><i>BIBLIOGRAPHIE GENERALE .....</i></b>	<b><i>250</i></b>
<b><i>ANNEXES .....</i></b>	<b><i>263</i></b>



## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord, M. Daniel DERIVOIS (HDR) qui a accepté de diriger cette recherche. Du premier jour jusqu'à la fin, il a été patient. Il a toujours su trouver des mots pour m'encourager à garder le cap. La traversée aura été longue et éprouvante mais elle a bien suivi son cours. En effet, « *ce n'est pas le chemin qui est difficile, c'est la difficulté qui est le chemin* ». Tout au long de cette thèse nous avons expérimenté ensemble les profondeurs de la résilience. « *La résilience est un processus long et discret* », comme tu dis.

Je remercie Mme Anne MASSELIN-DUBOIS, MCF, qui a accepté de co-diriger cette recherche. Je la remercie infiniment pour sa patience, son soutien, sa confiance et sa grande humanité qu'elle m'a témoigné depuis le premier jour, lors de notre première rencontre. Anne, merci pour chaque mot, chaque conseil, chaque correction, chaque proposition.

Un grand merci à Mme Evelyn L. BERNARD, Directrice administrative du centre de rééducation et de réadaptation Healing Hands for Haïti (HHH), pour son accueil et son accompagnement lors de mes deux voyages de recherche en Haïti.

Je remercie M. Carl Henry SAINT PIERRE et Mme Joanna LOUIS pour leur accueil et leur accompagnement lors de la réalisation de mes groupes de photolangage© au Bureau du Secrétaire d'État à l'Intégration des personnes Handicapées (BSEIPH) aux Gonaïves.

Je remercie les infirmières : Mme Sophie DICCHI et Mme Laura GERVELAS pour leur accueil et leur accompagnement lors de ma semaine de ma recherche au Centre des Massues à Lyon.

Un grand merci à toutes ces personnes amputées de membre, qui ont accepté de répondre à mes entretiens et me partager leur expérience.

Un grand merci à M. Olivier-Antoine REYNES pour son soutien et sa grande contribution à la réussite de ce projet depuis le tout début jusqu'à la fin de cette grande étape.

Je remercie ma petite famille : mon épouse Michelle et mes deux garçons Andral et Alexandre-Mathis qui m'ont supporté, qui ont supporté mes absences tout au long de la traversée de cette recherche.

Je remercie mon frère Enel ANDRÉ, qui est un modèle pour moi. Il m'a montré la voie de l'université, il m'a beaucoup soutenu pendant mes études.

Je remercie M. Frito CLEVILLE pour son soutien, ses encouragements et sa grande contribution à la réussite de ce projet.

Je remercie enfin les amis, Mme Jokebed JOSEPH, Joel Salien, Ketly FLEURIMOND, Mme Lynda et M. Junior MEZY, Mme Ketelene COLBERT, Mme Nephtalie Eva JOSEPH, M. Steeven LOUIS...

Je remercie Mme Léocadie EKOUÉ, directrice de l'Association Ahuefa, pour son soutien et son encadrement clinique, et mes collègues Mme Rogini SAGADEVIN, M. Jonathan GRESPINET, Mme Marie France BAGAITCAR, Mme Ornella LUBAKI. Et puis Mme Fatoumata TANDIA (Fatou) ma petite maman chérie adoptive, qui me demande régulièrement des nouvelles de la thèse.

Un grand merci à tous et toutes de m'avoir accompagné, soutenu, encouragé pendant la traversée.



**AVANT-PROPOS :**  
**SUBLIMER L'AMPUTATION,**  
**CHANTER LA RESILIENCE**



## **Beken, l'artiste, le *samba*, un porte parole de la mélancolie haïtienne**

Cette chanson de Beken, "Kwa pam / ma croix" que j'utilise pour introduire l'avant propos de cette thèse a un sens particulier pour moi et correspond parfaite au sujet de recherche. Beken est un artiste qui correspond parfaitement au titre *samba*.

En effet, les indiens d'Amérique utilisèrent le terme *samba* pour désigner le poète<sup>1</sup>, le maître de chant ou de danse. Le sens originel du terme *samba* est en lien étroit au genre musical brésilien, *samba*. Le terme *samba* est utilisé en créole haïtien pour désigner un artiste authentique.

Beken utilise le chant pour sublimer, symboliser la souffrance du traumatisme de l'amputation de sa jambe droite et chanter sa résilience.

---

<sup>1</sup> Émile Nau, E. (1884). Histoire des caciques d'Haïti, Paris, Gustave Guérin et Cie éditeurs.

### Kwa pam – Beken

Mwen gen yon kwa m'ape pote  
Mwen pote kwa pou chè papa mwen (2 fwa)  
Kwa sa se yon beki,  
ki anba bram tout la sent jounen,  
tout lannuit,  
mwen pa sa mete l atè  
Beki a, li banm bouton,  
li banm maleng,  
li voye mwen lopital  
Si pat gen doktè  
mwen pa t'ap la poum ape chante  
mizè Beken ki g'on kwa l'ape pote  
Letènèl te g'on kwa li t'ap pote sou do li  
Yon jou konsa Abraham di c'est assez  
li te met kwa atè  
Afen men kounye la l'ap dirije lemond  
Se li menm menm ki sèl wa  
Men san limenm  
nou pa ka viv demi èd tan  
Ki ta dwaw pou pat di men si Dieu veut  
O!! Genlè pou mwen menm  
Kwa pam nan etènèl  
S'on kwa k'pap janm fini  
Jiskaske m'prale mouri,  
jusqu'au tonbo m'prale avè li  
M'pap janm kapab jwenn on moun  
ki ka di Beken sè ase  
Mirak sa yo pa fèt sou la tè ankò  
La tè twò modi,  
menwi Letènèl bliyem  
Gen de jou m'leve mwen ta kouri  
Gen de jou m'leve m'ta jwe on ti foutbòl  
Bagay sa yo pa pou mwen  
Oh ! Fok m'aprann byen  
m'son neg infim  
  
poum frenk fe wol mwen  
Se pa tout bagay poum kapab fè

### Ma croix – Dauphin Jean Prospère dit Beken

*Je porte une croix  
Je porte cette **croix** pour mon cher père (Bis)  
Cette **croix**, c'est une béquille  
Qui est sous mes aisselles, toute la journée,  
toute la nuit  
Je ne peux pas le déposer  
La béquille me donne des boutons,  
elle me donne des plaies  
J'ai dû être hospitalisé  
N'étaient-ce les médecins  
je ne serais pas là à chanter  
la misère de Beken qui porte une croix  
Jésus portait une **croix** sur son dos  
Un jour Abraham a dit : c'est assez  
Il l'a déposé  
et maintenant il dirige le monde  
Il est le seul roi  
Sans lui,  
nous ne pouvons pas vivre une demi-heure  
Tu es bien obligé de dire, si Dieu veut  
Oh !! Pour moi, il me semble  
Que ma **croix** soit éternelle  
C'est une **croix** qui n'aura pas de fin  
Jusqu'à ma mort,  
jusqu'au tombeau, j'irai avec elle  
Je ne trouverai jamais quelqu'un  
Qui puisse dire : "Beken c'est assez" !  
Ces miracles ne se font plus sur la terre  
La terre est trop maudite,  
mais oui, l'Éternel m'oublie  
Certains jours, je voudrais courir  
Certains jours, je voudrais jouer au football  
Ces choses-là ne sont pas pour moi  
Oh ! Je dois savoir  
que je suis un homme infirme  
  
Je dois me calmer  
Je ne peux pas tout faire*

M'reziyem m'ap pote kwam avek kouraj  
Sin konn sak rive mwen  
Gen yon jou mwen t'ap soti  
avek yon pwop kamarad  
lapli te pare  
a tout sa n'kontinye sòti  
O kou de wout  
lapli komanse mouye nou  
Zanmi an kouri kite mwen,  
mwen ret mouye tankou kana  
Lem rive lakay m'jwenn zanmi an  
sech tankou yon pen  
De ran dlo kouri nan zye mwen  
Manman se paske m'pat ka kouri  
Bagay sa yo pa ka fè Beken plezi

M'ap domine (2)  
O mwen se gason,  
mwen fet poum gen yon konpay  
Tankou tout moun  
M'a la rechèch konpay pam nan  
mwen pa ka jwenn li  
Pa gen pen nan boulanje  
k'pa gen fwomaj yo  
Sin konn sak rive m  
Gen yon jou mwen leve,  
m'fiks'on ti vwazinay  
An amou mwen dil cheri je t'aime  
Li gade mwen li souri,  
mwen te kwè m'te fin rive e  
E poutan non, se nan betiz  
li t'ap pase mwen tout bon  
Sin konn sal dim mwen:  
siw te malad nan men mwen,  
siw t'aksidante nan menm,  
siw te infim nan men mwen  
Mwen ta oblije akseptew  
Fok ou aprann byen, se yon chikata ou ye  
Voyew n'on kwen konsa konsa  
alew vouzan l'ap bon pou ou  
Chikata ke vouèt  
pa vini anmède zòrèy mwen  
Sa fèm mal m'anvi mourir  
m'vle tiye tèt mwen

*Je me résigne, je porte ma **croix** avec courage  
Vous savez ce qui m'est arrivé  
Un jour, je sortais  
Avec un bon camarade  
En dépit d'un temps pluvieux,  
on est sorti quand même  
En cours de route,  
la pluie a commencé à nous mouiller  
L'ami a couru et m'a laissé,  
je suis resté tremper comme un canard  
en arrivant chez moi, j'ai trouvé l'ami  
sec comme un pain  
Un torrent de larmes coulaient de mes yeux  
Maman c'est parce je ne pouvais pas courir  
Ces choses-là ne peuvent pas plaire à Beken*

*Je me lamente (Bis)  
Oh, je suis un homme,  
je dois avoir une compagne  
comme tout le monde  
Je suis à la recherche de ma compagne  
Je ne peux pas la trouver  
Tous les pains à la boulangerie  
ont leur fromage  
Vous savez ce qui m'est arrivé :  
Je me lève un jour  
J'ai flashé sur une voisine  
En amour, je lui dis : chérie je t'aime  
Elle m'a regardé, elle a souri  
Je pensais que j'avais une chance  
Et pourtant non, elle s'est moquée de moi,  
vraiment !!  
Vous savez ce qu'elle me dit :  
Si tu étais malade entre mes mains,  
Si tu étais accidenté entre mes mains,  
Si tu étais infime entre mes mains  
Je serais obligé de t'accepter  
Tu dois savoir, que tu es un handicapé  
Va dans un coin, restes y !  
Ôte-toi de ma vue, c'est mieux pour toi !  
Handicapé "que vous êtes" !  
Ne viens pas emmerder mes oreilles !  
Ça m'a fait mal, j'ai eu envie de mourir,  
de me suicider*

Mwen pran bwa gita mwen,  
vye boutèy mwen  
m'ale chita n'on ti kwen

M'ap domine avèk lavi Beken (2)

M'pa konn mache lakay ougan

M'pa konn joure gran moun  
Ditou m'pa fè mal,  
sa mwen fè m'ape peye  
Pou Letènèl d'on mo pou mwen  
Pou tout bagay va fini (2)  
Bagay va fini (2)  
W'a va retirem lavi

Dan dan dan dan dan dan dan !!!  
Lay lay lay !!!  
Manman mwey !!!

*Je pris ma guitare,  
ma vieille bouteille (bouteille de rhum)  
Je me suis réfugié dans un coin*

*Je me lamentais sur la vie de Beken (Bis)*

*Je n'ai pas l'habitude d'aller  
chez les prêtres de vaudou  
Je n'insulte pas les vieillards  
Je ne fais aucun mal,  
qu'est-ce que je dois payer  
l'Éternel dois dire un mot pour moi  
Afin que tout soit fini (Bis)  
Ce sera la fin de tout (Bis)  
Que tu m'enlève la vie*

*Dan dan dan dan dan dan dan !!!!!!!  
Lay lay lay !!!!!  
Maman à l'aide !!!*

### ***Chanter pour raconter, sublimer et recréer la vie***

J'ai choisi délibérément de proposer les mots de cette chanson en avant-propos car elle illustre non seulement les fondements théoriques de cette thèse mais aussi l'ensemble de ma démarche méthodologique, d'analyse clinique contre-transférentielle. En y réfléchissant plus profondément dans les derniers moments, vers la fin de la rédaction de la thèse, un lointain souvenir ressurgit dans ma mémoire. En réalité, la problématique de l'amputation de membre m'a touché depuis mon enfance.

En effet, mon père avait ramené à la maison un été, une cassette qui contenait un album de chansons de l'artiste Dauphin Jean prospère dit Beken. Cet album avait pour titre « tribilasyon/*Tribulation* ». Parmi toutes les chansons de cet album, il y avait ce titre « Kwa pam/*ma croix* ». On écoutait ces chansons en boucle à la maison. Cette chanson qui fait l'objet de cet avant-propos, m'est revenue à l'esprit comme une évidence, comme un besoin de faire appel à ce souvenir particulier de mon enfance. Comme pour rendre hommage à Beken, qui savait qu'il pouvait compter sur sa guitare et ses chansons comme tuteurs de résilience.

### ***Chanter sa douleur pour tenter de redevenir sujet***

Dauphin Jean Prospère (Beken), avait 12 ans quand il a été victime d'un accident de la route qui lui a coûté sa jambe droite. Il a été fauché par une voiture dans une rue à Port-au-Prince. *Dans un entretien à RFI en 2010 il disait : « C'était très difficile, j'ai vécu avec beaucoup de chagrin, beaucoup de peine, surtout que c'était arrivé dès mon très jeune âge. »* Pour l'aider à mieux vivre avec le handicap, son père a trouvé une opportunité de l'inscrire à Saint Vincent, une école spécialisée pour les personnes en situation de handicap. Il a commencé à jouer avec l'orchestre de l'école et au bout de quelque temps il était devenu l'assistant maestro de l'orchestre de l'école. Et puis, il a été viré de l'orchestre parce qu'il avait commencé à boire de l'alcool. Et depuis, il a commencé à chanter en solo. Il a réalisé son premier concert à 25 ans.

Il est un artiste à caractère mélancolique dans la mesure où sa musique est faite essentiellement de son vécu, de son quotidien. En témoigne cette chanson où il parle de sa vie, de ses déboires et sa tribulation après cette expérience d'amputation de sa jambe droite. Il chante sa vie dit-il pour se libérer. Il a eu la vie dure dans un milieu où les personnes handicapées sont discriminées et maltraitées. *Tribulation*, le titre de son premier album exprime magistralement ce qu'il vit au quotidien avec ce handicap/cette amputation à la fois physique et psychologique selon lui. C'est aussi une amputation psychologique, parce qu'il se voit amputé aussi de certaines valeurs, et casé dans une catégorie dénommée *kokobe* (handicapé dans le sens péjoratif du terme en Haïti).

Le nom Beken lui vient à la fois de sa réputation révolutionnaire et d'une identification à Frantz Beckenbauer, footballeur allemand. Son sentiment révolutionnaire en protestation au duvaliérisme<sup>2</sup> lui vient du fait qu'il a été victime de la dictature des Duvalier. En effet, son oncle qui était très proche de son père a été assassiné par un militaire à cause d'une petite amie qui était concubine du militaire. Son père pleurait tous les ans à la date de décès de son frère.

Son père voulait qu'il soit avocat ou journaliste, mais lui il avait décidé d'être musicien, pour se libérer de sa détresse, de la souffrance de toute sa vie et chanter contre le duvaliérisme. Il était alors connu pour être celui qui becquait<sup>3</sup> (beke en créole) les duvaliéristes. Beken vient alors de beke.

Il était un très grand fan de Frantz Beckenbauer, ce footballeur allemand qui avait joué la demi-finale de la coupe du monde de 1970 avec une blessure à l'épaule. En effet, en demi-finale face à l'Italie, il bute sur un défenseur adverse à la 76ème minute de jeu, alors qu'il filait à toute allure vers les buts. Il s'est déboité l'épaule, le staff allemand était très inquiet vu qu'ils avaient déjà opéré tous les changements autorisés. Pour redonner l'espoir au staff et à ses coéquipiers, Beckenbauer continue à jouer avec son avant-bras droit collé au torse par un sparadrap. L'Allemagne a certes perdu le match, mais cette image est restée comme

---

<sup>2</sup> Régime des Duvalier (père et fils) qui ont instauré une dictature en Haïti de 1957 à 1986.

<sup>3</sup> Donner des coups de bec

un symbole de courage qui a fait la fierté de l'Allemagne en dépit de la défaite. Et ce match est considéré comme le match du siècle.

Par identification à ce modèle de courage, un vieillard l'avait appelé *Beken* et depuis le nom lui est resté. Il se sert de la musique pour s'exprimer, c'est son tuteur de résilience de prédilection. Dans l'une de ses chansons titrée "*Mizè Beken*" *Misère de Beken*, il dit :

*« sim pa rele ma va toufe*

*« Si je ne crie pas, je vais m'étouffer*

*Letènèl m'mande padon*

*Eternel, je demande pardon*

*avek yon bwa gita kenbe nan menm*

*Avec ma guitare en main*

*poum temwaye la vi Beken*

*Je raconte la vie de Beken*

*k'ap pase mal nan yon ti peyi. »*

*Qui a la vie difficile dans ce petit pays*

## *L'alcool et la guitare*

Chanter pour lui, c'est un moyen de se vider la tête, se libérer de l'emprise de la souffrance. Sa carrière, ses chansons, le rythme de ses chansons illustrent clairement son choix de la musique comme métier. Car, c'est un métier qui lui permet, à la fois de gagner sa vie, mais aussi et surtout d'évacuer la charge émotionnelle d'une vie de souffrance. La guitare lui offre cette possibilité de se remémorer l'expérience, faire la mise en récit, se raconter l'expérience avec ses propres mots, se représenter les différents événements qui l'ont attristé et surtout l'événement de sa vie, son amputation à l'âge de 12 ans.

Ce que recouvre dans un certain sens le concept d'abréaction de Freud (1893)<sup>4</sup>. Ce concept semble avoir été forgé par Freud et Breuer à partir du verbe "*reagieren*" (*réagir*) employé à la forme transitive avec le préfixe "*ab*" qui a des significations comme distance dans le temps, fait de se séparer, diminution, suppression, etc. Le dictionnaire de la psychanalyse le définit ainsi :

*« Décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique, lui permettant ainsi de ne pas devenir ou rester pathogène. L'abréaction qui peut être provoquée au cours de la psychothérapie, notamment sous hypnose, et produire alors un effet catharsis : peut aussi survenir de manière spontanée, séparée du traumatisme initial par un intervalle plus ou moins long. »*<sup>5</sup>

Ce chant (*ma croix*) où il parle des représentations et des effets de son amputation a été enregistré et publié en 1989, soit 13 ans après son amputation. Cette chanson commence avec la représentation qu'il se fait de son quotidien avec une seule jambe et son inséparable béquille. Il est à la fois, compositeur, arrangeur, instrumentiste et interprète de cette chanson qui commence par un solo de sa guitare acoustique qui exprime toute la mélancolie des mots et du récit qui va suivre. Dès ses premiers mots il parle de sa *croix* qui est d'ailleurs la figure symbolique du titre de la chanson.

---

<sup>4</sup> Freud, S. et Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie, précédées de Communication préliminaire (1893)*. Paris: PUF. (Traduction française, 1953.)

<sup>5</sup> Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5. ed). Pr. Univ. de France.



Il utilise le terme (*croix*) à 8 reprises dans la première strophe, il en fait un symbole pour parler de sa béquille et de la signification de l'amputation dans sa vie. La croix dans ce contexte, fait référence à la passion du Christ, mais représente pour Beken, à la fois, un sacrifice et un châtement perpétuel. Un sacrifice parce qu'il a souffert dans son corps, dans sa chair de la perte de sa jambe, conséquences de la négligence, très probablement, du conducteur qui l'avait fauché. Il subit la faute du conducteur. Comme Jésus, dans la passion du Christ, qui a accepté le sacrifice de la croix pour le pardon des péchés de l'humanité. Un châtement perpétuel car, comme il le dit dans le texte, il ne pourra jamais se séparer de cette béquille qui lui donne des boutons et des plaies. Il est obligé de faire une croix sur un certain nombre d'activités (comme jouer au football ou faire du jogging). S'il est dans une identification à Jésus, dans ce sens où il porte une croix comme le Christ, il part dans un pessimisme limite fataliste en disant :

*« Il me semble que ma croix soit éternelle  
Cette croix sera toujours là  
Jusqu'à ma mort, jusqu'au tombeau  
J'irai avec elle  
Jamais je ne pourrai trouver quelqu'un  
Qui puisse dire : "Beken c'est assez" ! ».*

Quand on écoute la chanson, il paraît que la mélodie, le son de sa guitare et le timbre de sa voix rauque (comme s'il avait tellement pleuré jusqu'à perdre la clarté de sa voix) constitue le dispositif idéal favorisant l'élaboration du traumatisme. Sa guitare est d'ailleurs sa fidèle compagne qui lui offre la possibilité de raconter sa souffrance, en faire un récit, une œuvre d'art et la possibilité aussi de se projeter vers un avenir meilleur. Il a même une chanson qui rend hommage à sa guitare et dans cette chanson aussi il dit :

*Je prends ma guitare, ma vieille bouteille  
Je vais m'asseoir dans un coin*

Bien que le texte soit quasiment mélancolique, Beken arrive tout de même à subjectiver, car à un certain moment il se parle à lui-même dans le texte. Quand il parle de ses envies de jouer au football et de faire du jogging, il se dit :

*« Ces activités-là ne sont pas pour moi  
Je dois savoir que je suis un homme infirme  
Je dois me calmer ».*

Il va enchaîner sur deux anecdotes qui manifestent clairement des effets de la problématique de l'amputation et du handicap en général. La première anecdote concerne les difficultés de la personne unijambiste/handicapée à se déplacer à la hâte en temps de crise ou en cas d'urgence. Il y a d'ailleurs un proverbe haïtien qui exprime bien cet état de fait : « *malè avèti pa tiye kokobe* / la prévention permet d'épargner les personnes handicapées en cas de crise » l'équivalent de : « **un homme avertit en vaut deux** ».

Un jour, accompagné d'un ami, il se rendait au mariage d'un proche. C'était un temps pluvieux mais ils ont décidé d'aller au mariage quand même. En cours de route, alors qu'ils rentraient chez eux, il a commencé à pleuvoir, son ami part en courant et le laisse seul sous la pluie, il était trempé comme un canard. Quand il est arrivé chez lui, il a trouvé son ami *sec comme un pain*, comme il l'a dit dans le texte. Quand sa maman lui demande ce qui est arrivé, il lui dit que c'est parce qu'il ne pouvait pas courir. Il a pleuré parce que dans cette expérience, il a été confronté à ses limites avec brutalité. De telles expériences sont déplaisantes et ravivent le traumatisme comme un doigt enfoncé dans une plaie.

L'autre anecdote concerne le sentiment amoureux des personnes handicapées. Comme il le dit dans le texte, tout être humain a le droit d'avoir un(e) compagnon/compagne, tout comme l'alliance éternelle entre le pain et le fromage. Il utilise le symbolisme de la relation entre le pain et le fromage pour signifier que chaque être humain, en dépit de son handicap ou ses déficiences, a tout de même un autre qui lui est proportionnel. Un jour, il a vu une voisine qu'il aimait beaucoup, il lui adressa la parole. Elle a souri, il pensait qu'il allait avoir une chance de gagner son cœur, mais en réalité la jeune fille se moquait de lui et l'avait humilié en lui disant : « *si on était déjà ensemble et que tu tombes malade*

*ou a eu un accident, j'aurais accepté, mais je ne peux pas te prendre avec ton handicap. Tu es un chikata (une appellation discriminatoire des personnes handicapées), va te mettre dans coin, ne me dérange plus avec tes histoires.* » Il a dit que cette expérience était tellement dure à vivre, qu'il a tellement souffert jusqu'à avoir des idées suicidaires. Il a eu recours à sa guitare et une bouteille d'alcool.

S'il ne fait allusion qu'une seule fois à son père au début du texte, il fait plusieurs fois allusion à sa mère, et ceci dans beaucoup d'autres chants, ce texte en question se termine d'ailleurs par un genre d'appel à l'aide de sa mère.

Depuis la sortie de son premier album solo (*Tribilasyon/Tribulation*) avec sa guitare acoustique en 1989, ses chansons sont devenues des hymnes de lamentation et d'expression de la souffrance, de la détresse, et la misère. Elles tournent en boucle à chaque événement traumatique en Haïti. Parce qu'elles expriment l'état d'âme et le quotidien de plus d'uns, et parce que la masse populaire haïtienne s'identifie à Beken dans cette envie de se libérer des affects de tout un ensemble d'événement traumatisants.

En effet, en 2010 après le séisme en Haïti, ses chansons tournaient en boucle un peu partout à travers le pays. Un journaliste du New York Times, Simon Romero, qui couvrait l'actualité en Haïti, a découvert ses chansons par le biais de son guide-interprète qui écoutait dans la voiture, au hasard comme ça, les chansons de Beken. Simon Romero signe un portrait dans l'édition du 4 mars 2010 du New York Times, les semaines suivantes les journalistes du monde entier (Japon, Brésil, Canada...) partent à sa recherche pour l'interviewer. A son grand étonnement, il se retrouve sous le feu des projecteurs, et retrouve la gloire. Alexandre Héraud, journaliste de France Inter l'a découvert sous une tente en batch, sur un camp à Pétion-ville. Et c'est à partir de cette rencontre que sa carrière allait être relancée.

Alexandre Héraud, producteur de France Culture, tombe lui-aussi sous le charme de Beken, alors qu'il était en pleine préparation d'une série documentaire radio sur Haïti. Et puis, avec le support financier de l'ambassade de France en Haïti, il a accompagné Beken pour son premier voyage en France. Beken a performé à la soirée spéciale Haïti du festival étonnants voyageurs à Saint Malo.

Après ce festival il a signé un contrat avec une production américaine et a déjà produit un album et recommence à voyager un peu partout à travers le monde pour des concerts. Cette résurrection de sa carrière musicale est venue comme une confirmation de la confiance qu'il avait placée dans sa guitare. Il est resté tellement reconnaissant vis-à-vis de sa guitare, qu'au moment de sa première tournée en France, il est entré dans un magasin et a décidé d'acheter la guitare la plus chère du magasin. Quand Alexandre lui dit que ce serait mieux d'acheter une guitare moins chère et de retourner en Haïti avec son argent, il a répondu, que c'est la guitare qui l'emmène un peu partout et c'est avec la guitare qu'il gagne sa vie. Mais au-delà des bénéfices matériels de la guitare, les effets psychologiques sont encore plus significatifs.

Dans une interview il avait raconté une anecdote sur ses débuts à la guitare. Au fait, quand il a commencé à jouer à la guitare et à chanter, son père était contre. A force d'insister à chanter, à jouer à la guitare, à embêter son père avec sa musique, son père l'avait mis à la porte parce qu'il n'avait pas voulu qu'il soit musicien. Avant de partir, il avait dit à son père qu'un jour, grâce à sa guitare il va voyager à travers le monde. Son père lui dit : *« voyager !!! Tu vas boire de l'alcool, qu'est-ce que la musique peut te rapporter ? »* A cette époque, le métier de musicien était très mal perçu par les parents.

Et puis il a continué à se perfectionner. Avec la sortie de son premier album sur lequel se trouve le titre ***Ma croix*** il a commencé à jouer des concerts à Port-au-Prince. Il avait rencontré un producteur qui l'avait aidé à trouver des contrats pour le Canada et les États-Unis. Après un premier concert au Canada, il a appelé son père et lui dit : *« Papa, tu sais où je suis la maintenant ? Je suis au canada. Son père lui dit vraiment ! On me dit qu'il fait froid là-bas, il faut bien te couvrir pour éviter d'attraper froid. Il lui répond, dès mon arrivée à l'aéroport on m'avait apporté une veste. C'était juste pour te rappeler ce que je t'avais dit le jour où tu m'as mis à la porte. Je t'avais dit que la musique va m'emmener loin. Tu n'oublies jamais rien toi, je suis ton père, je ne voulais pas que tu fasses un mauvais choix tout simplement. Oublie tout ça, c'est du passé. Papa, je ne pourrai pas continuer à te parler parce que je dois prendre l'avion, j'ai un concert à Boston demain soir. »*

L'expérience de Beken témoigne bien que « *la résilience est un processus long et discret* » (Derivois, 2020). A travers son expérience, nous pouvons comprendre que chaque personne qui est confrontée à une expérience traumatique est appelée à mobiliser des ressources qui lui sont propres et qui peuvent l'aider à mettre du sens sur son expérience. Il avait trouvé dans sa guitare et ses chansons une médiation qui pouvait l'aider, l'accompagner dans son processus de mise en récit, de mise en sens de son amputation de membre.

Il est devenu un exemple de courage et de combativité, ses chansons servent de support d'élaboration à d'autres. C'est pour cela d'ailleurs que ces chansons sont écoutées en boucle à chaque événement traumatique en Haïti. Il chante pour raconter sa souffrance, sublimer, continuer d'exister et se réinventer une vie.

L'expérience de Béken était *en off* dans mon travail de recherche, je ne m'en rendais pas compte. Cette trace a ressurgi à un moment où je peinais à trouver le fil de l'écriture de cette thèse.



## **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

*« Il n'est nullement nécessaire d'invoquer au début de ce travail l'humilité dont nous ne saurions nous départir en entamant une tâche aussi difficile : étudier le problème complexe des rapports, des maladies mentales et de la culture, relier la psychiatrie à l'ethnologie, en un mot jeter les fondements de l'ethnopsychiatrie. »*

L. Mars, 1953

Tout remonte à cette première rencontre d'une personne amputée, après l'horreur du séisme du 12 janvier 2010 en Haïti. Nous avons reçu Kenol un jeune étudiant de 20 ans : « *Je me sens déconnecté de la vie sociale parce que je ne crois pas que je pourrai reprendre mes études, vu que je n'ai plus mon bras droit* ». Son expérience est très touchante. Cette expérience allait entraîner la toute première question autour de la problématique de l'amputation de membre. Faut-il considérer l'amputation de membre d'emblée comme une expérience traumatique ? Sachant que toutes les personnes ne vivent pas les expériences potentiellement traumatiques de la même manière parce qu'elles n'ont pas les mêmes ressources.

Quelques années plus tard, le 17 octobre 2015, après l'amputation de la première phalange de mon index droit, l'expérience de Kenol a ressurgi dans ma mémoire comme un flash-back, une reviviscence. Confronté à la difficulté de signer le bon de sortie, avec l'index sous sparadrap et avec une phalange en moins, les pleurs de Kenol qui n'arrivaient pas à écrire son nom avec sa main gauche ont immédiatement fait écho à cet instant révélateur.

Dans l'abord du terrain de recherche, considérant qu'il s'agit d'une problématique lourde de conséquences et d'une clinique complexe, j'ai choisi d'utiliser le photolangage© pour amener une certaine souplesse. Une méthode qui m'a permis d'être à la fois dans une démarche de recherche et de soin. Ayant été attiré vers la problématique de l'amputation de membre dans un cadre de soin, la démarche de recherche pure et dure m'a demandé un certain effort, étant donné que j'étais dans une recherche constante d'associer une dimension de soin au dispositif de recherche. D'où



mon intérêt particulier pour le photolangage© dans cette recherche qui a offert un espace d'élaboration aux participants des séances.

Dans le cadre de mes toutes premières rencontres lors de la recherche de terrain, Aline 33 ans m'a reconcilié avec la notion de résilience :

*« J'ai choisi cette photo (un monsieur avec casque blanc<sup>6</sup>assis sur son fauteuil roulant) car en dépit de son handicap il ne dit pas que la vie est finie pour lui. Il travaille, il doit être ingénieur ou quelque chose comme ça, il explique à un autre ce qu'il doit faire. Ce qui nous montre que même si nous avons un handicap on peut être utile à la société dans certaines activités. On ne doit pas se retirer de la société à cause de son handicap. Mais on doit affronter la vie comme elle vient. Nous devons nous approprier de la vie. Si à chaque obstacle tu estimes être incapable d'avancer, tu ne vas jamais rien réaliser, tu vas rester dans la même position. Une personne porteuse de handicap peut tout faire ».*

Elle m'a reconcilié avec la résilience parce que le discours sur la résilience dans les médias était souvent gênant. Il y avait l'idée que la résilience serait la capacité de supporter toutes les épreuves. Pendant qu'on criait sur tous les toits que la population haïtienne était résiliente, les gens comptaient encore des cadavres du séisme et l'épidémie de choléra battait son plein. Comme si l'éloge de la résilience devait légitimer la défaillance des services sociaux.

En discutant avec le professeur Daniel DERIVOIS j'étais emmené à me représenter la notion de résilience à travers ce que j'appelle l'**effet roseau**. J'avais finalement compris que la résilience devait être inscrite dans une démarche processuelle et qu'elle ne supprime pas le traumatisme.

Cette recherche s'inscrit dans une quête de compréhension des enjeux de la problématique de l'amputation de membre. Le principal objectif de cette recherche est

---

<sup>6</sup> Selon le code couleur des casques de chantier, il serait ingénieur, architecte, superviseur ou contremaître

d'analyser les effets des ressources culturelles sur le processus de résilience des victimes d'amputation de membre.

La démarche d'écoute, d'analyse et de prise en charge thérapeutique utilisée dans le cadre de cette recherche s'inscrit dans la *Clinique de la mondialité*, (Derivois, 2017)<sup>7</sup>. Cette démarche prend en compte l'inscription des multiples modes de représentations psychologiques dans une universalité psychique. Car, au-delà des différences des objets et référentiels culturels, il était avant tout nécessaire d'écouter et d'analyser la manière dont les ressources culturelles peuvent renforcer la psyché. Pour cette recherche sur le traumatisme de l'amputation de membre, avec l'accent mis sur les enjeux des ressources culturelles dans le processus de résilience des personnes, il paraissait nécessaire d'utiliser deux approches, c'est-à-dire l'approche ethnographique et l'approche interculturelle. Ce qui a permis aussi une combinaison des postures étique et émique au bénéfice de la recherche.

En effet, j'ai eu l'opportunité de vivre un certain nombre d'années dans les cadres culturels où j'ai récolté les données de cette recherche. D'abord en Haïti, lieu de naissance, où j'ai grandi et étudié et surtout où j'ai commencé à réfléchir sur les enjeux de la culture sur le traumatisme de l'amputation de membre. Ensuite la France où je vis depuis neuf ans, continue d'étudier et de faire différentes expériences. Mes réflexions et ma pensée ont évolué quant à la compréhension du traumatisme de l'amputation de membre. J'ai d'abord appris à écouter les sujets haïtiens amputés comme un « clinicien haïtien » qui vit et réfléchit sur le traumatisme de l'amputation de membre en France. J'ai ensuite appris à écouter les sujets français amputés comme un « clinicien haïtien » qui vit en France. Mais fidèle à la démarche de cette recherche, j'ai finalement compris la nécessité d'écouter comme un *clinicien de la mondialité*, enraciné dans *l'épistémologie de la traversée* (Derivois, 2017)<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Derivois, D. (2017). *Clinique de la mondialité : Vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

<https://doi.org/10.3917/dbu.lapla.2017.01>

<sup>8</sup> Ibid

## Contexte de l'étude

Cette recherche porte sur le traumatisme de l'amputation de membre, avec l'objectif d'analyser les effets des ressources culturelles sur le processus de résilience des sujets ayant fait une telle expérience. Les deux principaux piliers de cette recherche sont :

- Premièrement, les travaux de Michael Ungar qui est l'un des écrivains et chercheurs les plus connus sur le thème de la résilience dans le monde. Il a apporté une contribution très significative dans la compréhension de la résilience. À partir de ses recherches et sa pratique clinique, la résilience est passée des traits individuels aux interactions entre les personnes victimes de traumatisme et leurs familles, les écoles, les lieux de travail et les communautés. En effet, dans "*Resilience across cultures*"<sup>9</sup>, un article de 2008, il considère la famille, la culture et la communauté comme des éléments fondamentaux du processus de résilience.
- Et deuxièmement les différentes recherches menées en Haïti après le séisme du 12 janvier 2010 sur le traumatisme et les effets de la culture sur le processus de résilience des sujets. Les résultats de ces recherches ont montré que le soutien social, l'école, la famille, la foi et la pratique religieuse peuvent être de potentiels tuteurs de résilience. En effet, dans un article « Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Social Support Among Children and Adolescents After the 2010 Haitian Earthquake » de (Derivois, D. et al, 2014)<sup>10</sup>, qui porte sur une recherche menée auprès d'enfants et adolescents victimes du séisme du 12 janvier 2010 en Haïti, le renforcement du soutien social a été désigné comme un facteur majeur de résilience chez les jeunes.

Cette recherche va donc s'articuler autour de ces deux dimensions du processus de résilience : la place de la famille et la culture ; et le rôle du soutien psychosocial et l'exercice d'une activité socioéconomique. En effet, nous voulons montrer en quoi les

---

<sup>9</sup> Ungar M., Resilience across Cultures, *The British Journal of Social Work*, Volume 38, Issue 2, 1 February 2008, Pages 218–235, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>.

<sup>10</sup> Derivois D., Cénat Jude Mary, Événement sismique et séismes du monde interne ? : le cas d'un préadolescent Haïtien. *Evolution Psychiatrique*, 79 (4): 2014 ; 643–653. <http://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.09.001>.

référentiels culturels peuvent impacter ces deux éléments fondamentaux du processus de résilience des sujets amputés.

Les premiers éléments de réflexion sur ce sujet de recherche remontent au séisme du 12 janvier 2010 en Haïti. En effet, dans le cadre de mes interventions comme psychologue bénévole sur un camp à Pax Villa (une entreprise funéraire) à Port-au-Prince, j'ai rencontré un jeune homme amputé de son bras droit. Dans cet espace, sur la cour de cette entreprise qui symbolise la mort, j'ai eu à recevoir des sujets en quête de vie. La preuve que la mort ne s'oppose pas à la vie comme dit P. Charlier<sup>11</sup>.

Dans le contexte du séisme, avec des cadavres un peu partout et des blessés qui se comptent par milliers, les gens ont eu recours à la prière ou la pratique religieuse pour faire face à cette épreuve. Pourquoi la prière et la pratique religieuse ? Quels sont les effets de ces référentiels culturels (la prière et la pratique religieuse) sur les ressources psychiques des sujets pour faire face à cet événement traumatique ? Tout un ensemble de questions comme ça surgissent. Il faut dire que dans la culture haïtienne, avec la foi et les pratiques religieuses, les gens ont tendance à faire appel à un être secourable pour surmonter les épreuves. Ce qui a d'ailleurs été souligné par (Mouchenik & al, 2016), « (...) *les entretiens qualitatifs menés auprès des familles ont mis en relief la foi et la pratique religieuse utilisées comme une forme de symbolisation de l'expérience traumatique générée par la catastrophe.* »<sup>12</sup>

En effet, il est important pour la personne traumatisée d'avoir recours à un fond culturel<sup>13</sup>. Car étant dans l'incapacité de penser et de mettre du sens sur ce qui lui arrive, la personne va utiliser les référentiels culturels comme une sorte d'espace transitionnel qui lui permet d'avoir recours à un système de significations. Cette recherche s'inscrit tout particulièrement dans le courant de pensée de Michael Ungar sur l'approche "résilience et culture". Dans son article de 2008 « Resilience across cultures »<sup>14</sup> il a proposé de considérer que la résilience a des aspects globaux,

---

<sup>11</sup> Charlier P. Anthropologie de la Mort Infectieuse [Anthropology of Infectious Death]. Med Trop Sante Int. 2021 Jun 5;1(2):mtsibulletin.2021.107. French. doi: 10.48327/mtsibulletin.2021.107. PMID: 35586582; PMCID: PMC9022766.

<sup>12</sup> Mouchenik Y, et al. Traumatismes et résiliences chez les enfants de 3 à 6 ans dans trois quartiers de Port-au-Prince après le séisme de 2010 en Haïti. Encéphale (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.04.002>

<sup>13</sup> Kaës R. Dire le traumatisme. In: Doray B, Louzoun C, editors. Les traumatismes dans le psychisme et la culture. Ramonville-Saint-Agne: Erès (ed); 1997. p. 197–213.

<sup>14</sup> Ungar M., Resilience across Cultures, The British Journal of Social Work, Volume 38, Issue 2, 1 February 2008, Pages 218–235, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>.

culturellement et contextuellement spécifiques. Il a donc fait remarquer que dans le contexte où le sujet est confronté à une expérience traumatique, il doit pouvoir compter sur sa famille, sa culture et sa communauté pour arriver à remobiliser ses ressources psychiques pour faire face à l'épreuve.

C'est donc pour cela que cette recherche s'articule autour des enjeux des ressources culturelles sur le sens, les représentations de la perte et le processus de résilience des personnes amputées pour faire face à cette expérience traumatique.

Cette recherche va donc examiner en détail les liens entre le traumatisme de l'amputation d'un membre, la résilience et les ressources culturelles. Nous allons analyser les influences des ressources culturelles sur la perception de l'amputation, l'acceptation de soi, l'adaptation physique et psychologique et la réintégration sociale des personnes amputés de membre. A l'aide de la compréhension de ces mécanismes, nous pourrons identifier les référentiels culturels qui sont susceptibles de favoriser la résilience et la reconstruction de la vie après une amputation.

Cette recherche est cruciale car elle contribuera à une meilleure compréhension des besoins particuliers des personnes amputées de membre et à la création d'interventions et de programmes de soutien adaptés à leur situation et leur représentation de cette expérience particulièrement éprouvante. Les résultats de cette recherche permettront d'améliorer la qualité de vie des personnes amputées et favoriser leur résilience face à cette expérience traumatique en intégrant les ressources culturelles dans les approches de rééducation et de réadaptation.

Pour mieux élaborer notre travail de recherche nous allons organiser notre revue de littérature en deux temps : premièrement, une revue de littérature générale pour toute la recherche et deuxièmement une revue de littérature spécifique à chaque étude. Pour la revue de littérature générale différents éléments seront pris en compte tels que :

- Le lien de subordination ou d'interdépendance entre le traumatisme et la résilience dans le processus de réflexion de cette recherche. En effet, nous avons abordé cette recherche de la clinique à la théorie. Ce qui correspond très exactement à la porte d'entrée de cette recherche, l'expérience de la clinique de l'extrême après le séisme du 12 janvier 2010 en Haïti. Envahi par cette clinique et face au désarroi de cette population qui venait chercher la vie auprès de nous, nous étions dans l'obligation

d'aller chercher des ressources théoriques pour mieux comprendre la problématique du traumatisme et les mécanismes de prise en charge potentiels. Les ressources théoriques ont eu une fonction de facteurs de protection pour faire face au sentiment d'impuissance qui serait consécutif à l'incompréhension de la souffrance des personnes accueillies.

- La définition et l'évolution du concept de traumatisme. Ce travail sur l'évolution du concept de traumatisme nous permettra de mieux étayer notre réflexion sur objet de recherche.

- Après avoir posé et contextualisé le concept de traumatisme, nous allons aborder la notion de résilience. Pour mieux rendre compte de l'intérêt de cette notion dans le cadre de cette recherche, nous allons commencer par établir une distinction entre ce qu'est la résilience et ce que la résilience n'est pas. Pour pouvoir, dans un second temps, considérer la résilience dans une démarche processuelle à travers ce que nous appelons « *effet roseau* ».

- Cette approche de la résilience préconise de considérer les facteurs de risques en même temps que les facteurs de protection. Puisque toutes les personnes ne disposent pas des mêmes ressources, nous devons donc tenir compte de ces éléments fondamentaux pour renforcer les mécanismes de prise en charge.

- Après avoir posé les bases fondamentales de notre revue de littérature, nous allons entrer dans les spécificités du traumatisme de l'amputation de membre. Sachant que des éléments collatéraux tels que le contexte, les types d'amputations et leurs conséquences peuvent avoir des effets sur le processus de résilience des personnes amputées de membre.

- L'autre aspect incontournable que nous allons aborder en profondeur dans cette recherche concerne la douleur. L'objectif sera d'analyser les effets des ressources culturelles sur les représentations de l'expérience de la douleur chronique. Ce qui nous permettra de passer en revue le phénomène dit de membre. De ce fait, nous allons établir une différence entre les sensations fantômes et les douleurs fantômes qui font partie des douleurs chroniques. Ensuite, nous allons poursuivre notre travail d'articulation théorico-clinique en revenant sur cette interdépendance entre le monde local et le monde global. Puisque la notion de fantôme ne raisonne pas de la même

manière chez toutes les personnes amputées de membre, nous allons faire un grand écart pour mieux comprendre les enjeux de l'amputation de membre et de la douleur du membre fantôme qui ont une portée mondiale. Pour ce qui concerne les personnes amputées de membre en Haïti, le phénomène dit de membre fantôme sera analysé dans ses résonances avec l'histoire de la déportation des africains qui allaient devenir des esclaves sur l'île d'Haïti (Saint Domingue. Quand le membre fantôme fait écho au fantasme du retour au pays des descendants d'esclave de Saint Domingue.

## **Problématique**

Le sens d'une amputation de membre est spécifique d'une personne à l'autre en fonction du contexte, du type de perte et de la différence de leur manière de la vivre. Quels sont les enjeux des ressources culturelles sur le sens, les représentations de la perte et le processus de résilience des sujets amputés pour faire face à cette expérience traumatique ?

## **Hypothèses**

### **Hypothèse 1 :**

*« Les ressources culturelles et les dynamiques de liens familiaux peuvent contribuer au processus de résilience des sujets victimes d'amputation de membre. »*

Les ressources culturelles et les dynamiques de liens familiaux jouent un rôle important dans le processus de résilience des personnes victimes d'amputation de membre. La perte d'un membre peut être traumatisante et bouleversante, mais la culture et la famille peuvent fournir un soutien social, psychologique et émotionnel essentiel pour aider les gens à surmonter cette épreuve.

Les ressources culturelles telles que les croyances, les valeurs, les traditions et les pratiques religieuses peuvent fournir un cadre de compréhension et de mise en sens de l'amputation de membre<sup>15</sup>. Pour aider les personnes à faire face à l'expérience de perte, les ressources culturelles peuvent servir de tuteurs de résilience. Les personnes amputées de membres peuvent trouver des récits inspirants de personnes qui ont

---

<sup>15</sup> Clanet C . L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines . Toulouse : Presses universitaires du Mirail ; 1993.

surmonté des épreuves qui ont une certaine similitude en recherchant des référentiels culturels. Les personnes peuvent avoir recours à des rituels de guérison, à des pratiques de soins et à des ressources spirituelles sur lesquelles elles croient pouvoir compter pour trouver du réconfort et des ressources pour se reconstruire.

Les liens familiaux sont également cruciaux pour la résilience. En aidant la personne amputée à s'adapter à sa nouvelle réalité physique, la famille peut offrir un soutien émotionnel et pratique. Les membres de la famille peuvent encourager, motiver et comprendre, ce qui favorise l'acceptation de la situation et la recherche de solutions. Ils peuvent également aider à surmonter les défis pratiques, tels que l'accès aux services de réadaptation ou l'adaptation du domicile.

Le processus de résilience des personnes amputées de membre peut être renforcé en combinant les ressources culturelles et les liens familiaux. Tout en bénéficiant du soutien et de l'amour de leur famille, elles peuvent puiser dans leurs ressources culturelles pour trouver des énergies et des tuteurs de résilience<sup>16</sup>. Il est crucial de reconnaître et de valoriser ces ressources dans le processus de réadaptation et de soutien des personnes amputées de membre afin de favoriser leur résilience et leur bien-être global.

### **Hypothèse 2 :**

*« L'exercice d'une activité socioprofessionnelle peut participer au processus de résilience des sujets amputés de membre. »*

Le sens et la représentation de la perte d'un membre peuvent être considérablement influencés par l'exercice d'une activité socioprofessionnelle. La perte d'un membre peut entraîner des conséquences psychologiques et émotionnelles importantes, telles que la perte d'estime de soi, la dépression et l'anxiété.

Le sujet a besoin du soutien de sa famille et de son groupe d'appartenance pour mettre en place un processus de résilience. Ce dernier peut également être influencé par l'exercice d'une activité socioprofessionnelle, comme le travail ou l'engagement

---

<sup>16</sup> Braud, M. (2018). Clinique dialogique de l'extrême et attachement narratif : la résilience des maux par les mots. *Le sujet dans la cité*, 2(2), 195-207.  
<https://doi.org/10.3917/lhdlc.009.0195>



dans des activités associatives. Cela peut aider à renforcer la confiance en soi, à restaurer le sentiment de normalité et à favoriser l'intégration sociale. Les gens peuvent trouver un nouveau sens à leur vie et reprendre confiance en leurs capacités en se concentrant sur des objectifs concrets et en se sentant utiles.

***L'objectif principal :***

- Analyser les effets des ressources culturelles sur le processus de résilience des sujets victimes d'amputation de membre.

***Objectifs spécifiques :***

- Évaluer l'écoute et l'utilisation potentielle des ressources culturelles dans le dispositif de prise en charge des sujets amputés de membres.
- Contribuer au renforcement des systèmes de soutien psychologique des personnes amputées de membres et / ou en situation de handicap afin d'assurer leur accessibilité et leur intégration dans la société.

**Plan de la thèse**

La thèse est divisée en trois (3) parties. La première partie porte sur les repères théoriques et méthodologiques. Dans la deuxième partie je présenterai les résultats sous forme de 5 études :

- La première étude (dispositif praticien réutilisé) : « *La dynamique transféro-contre-transférentielle entre clinicien et patient à l'épreuve d'un événement traumatique commun* ». Cette étude présente l'expérience clinique après le séisme du 12 janvier 2010 qui constitue le point de départ de la recherche. Comme une prémonition, dans le dispositif de recherche, l'expérience de l'amputation sera cet événement traumatique en commun.
- La deuxième étude (*dispositif de recherche*) : Les personnes amputées de membre rencontrées au centre Healing Hands for Haïti (HHH). Cette étude porte sur les personnes amputées de membre rencontrées en Haïti. Cet étude fera l'objet d'un article intitulé : « *Grandir après une expérience d'amputation de membre* », publié en septembre 2023 dans la revue *Haïti perspectives*.

- La troisième étude (*dispositif de recherche*) : L'utilisation de la méthode photolangage© dans une perspective de recherche sur les deux terrains Haïti & France. Cette étude porte sur la méthode photolangage© utilisée dans cette recherche dans l'objectif d'apporter une certaine souplesse dans l'abord de cette problématique lourde de sens et de conséquences physiques et psychologiques.
- La quatrième étude (*dispositif de recherche*) : Les personnes amputées de membre rencontrées au centre des Massues de la Croix Rouge française à Lyon. Cette porte sur les personnes amputées de membre (N=12) rencontrées en France.
- La cinquième étude (*dispositif praticien pendant la recherche*) : Dispositif de prise en charge psychodynamique et interculturel.

Cette étude porte sur une expérience clinique dans la prise en charge de la douleur chronique. Lors de cette expérience, nous avons reçu des personnes qui faisaient appel à leurs représentations culturelles pour mettre du sens sur leur douleur. Cette expérience fera l'objet d'un article intitulé : « *L'expérience de la douleur : les représentations culturelles pour donner du sens* », qui est publié en février 2023 dans la revue *Soins pédiatriques et puériculture*. (voir annexes)

La troisième partie sera consacré à une discussion générale, avant la conclusion.

**PREMIÈRE PARTIE :**  
**REPERES THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES.**

Dans cette première partie de la thèse, nous allons présenter les approches théoriques qui ont étayé notre réflexion et les fondements méthodologiques qui ont guidé la réalisation de cette recherche. L'une des premières approches que nous pouvons souligner c'est l'approche de la clinique de la mondialité Derivois D. (2017)<sup>17</sup>. A partir de cette base, cette posture clinique et méthodologique, nous allons considérer les deux piliers théoriques majeurs de notre recherche, à savoir le traumatisme de l'amputation de membre et les ressources culturelles de la résilience. Le traumatisme et la résilience seront présentés dans une certaine hiérarchie, du traumatisme à la résilience. Ensuite, nous présenterons les approches ethnographiques et interculturelles qui ont un sens particulier pour cette recherche réalisée sur deux terrains / deux univers culturels. Et puis, les facteurs de risque et de protection seront pris en compte en même temps pour mieux analyser les enjeux du cadre culturel sur le processus de résilience des personnes amputées de membre. Ces approches et tant d'autres vont constituer le corpus théorique de cette thèse qui a pour objet d'étude les ressources culturelles de la résilience.

---

<sup>17</sup> Derivois, D. (2017). Clinique de la mondialité : Vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.lapla.2017.01>

## CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

*« Tous les modèles théoriques sont incomplets. »*

E. T. HALL, 1976.

*« Je sais que je suis pris et compris dans le monde que je prends pour objet. »*

P. Bourdieu, 2001

### 1.1- La clinique de la mondialité : une posture clinique et méthodologique

Dans son ouvrage : « Clinique de la mondialité : Vivre ensemble avec soi-même vivre ensemble avec les autres », Daniel Derivois, propose un nouveau paradigme, en sciences humaines et sociales en général et en psychologie clinique en particulier. Il est le résultat d'un certain nombre d'années d'expériences professionnelles et de recherches en psychologie clinique en Haïti, en France et ailleurs. C'est un texte articulé autour de ce que l'auteur appelle l'"*épistémologie de la traversée*", qu'il développe depuis un certain temps. Cette traversée est autant géographique, disciplinaire, psychique que conceptuelle, méthodologique et transférentielle.

Selon l'auteur il faut entendre "clinique de la mondialité" comme : *« une disposition d'esprit, une posture dynamique dans laquelle le clinicien – ou n'importe quel professionnel de la relation humaine – se préoccupe de penser le sujet singulier dans le monde et en même temps de repérer et de prendre en compte ce qui relève du mondial dans les moindres expressions (comportement, geste, parole, symptôme, etc.) de ce sujet singulier. Elle vise principalement à amener le « sujet », « patient », « citoyen » à se penser dans le monde en même temps qu'il se pense dans le pays où il vit, dans ses groupes d'appartenance (familles, institutions, etc.), dans la relation interpersonnelle et dans son intimité psychique propre ».*<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Derivois, D. (2017). Clinique de la mondialité : Vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.lapla.2017.01>

C'est une approche qui tente de lier, articuler ou de faire vivre ensemble deux notions ou concepts issus de champs disciplinaires à première vue très éloignés : « clinique » et « mondialité ». Ce travail d'articulation de ces deux concepts s'inspire, du côté clinique, des auteurs tels que : Lagache, Favez-Boutonier, Winnicott, Kaës. Et pour la mondialité, l'auteur s'est principalement inspiré des travaux de Glissant et Bowao.

Le lien entre clinique et mondialité semble être évident parce qu'à travers la clinique nous voyons d'emblée le sujet singulier et dans mondialité nous entendons avant tout le monde dans sa globalité. Cependant, ce sujet singulier évolue dans une dynamique de liens qu'il a commencé à expérimenter d'abord au sein de sa famille. Ce qui présage un sujet groupal développé notamment par René Kaës, et les ouvertures vers un sujet mondial, un groupal mondial développé dans la clinique de la mondialité.

La clinique de la mondialité résulte de l'examen de cette intrication, ce lien d'interdépendance entre l'infiniment petit, le sujet singulier et l'infiniment grand le sujet mondial, le groupal mondial. *« Ainsi, je propose une clinique de la mondialité entendue comme examen de la manière dont les populations dans le monde s'organisent pour être et vivre dans la Cité des Hommes ; il s'agit d'une étude clinique de la manière dont elles se perçoivent, se nomment, se désignent et se différencient les unes des autres. La manière dont elles construisent des identités qui les enferment dans les récits du passé ou les orientent vers l'avenir de l'Humanité »*<sup>19</sup>.

Cette approche, la "clinique de la mondialité" est arrivée à un moment charnière de l'histoire de l'humanité. Avec la crise migratoire, la montée en puissance des extrêmes en politique un peu partout à travers le monde, il fallait ramener une dimension humaniste de la mondialisation occidentalocentrée. Comme Franketienne l'avait souligné à "Le Point" (*une émission de télévision en Haïti*) le 18 Avril 2019, « la "mondialité" implique... la convivialité, le partage et le respect d'autrui ».<sup>20</sup> La mondialité devrait pouvoir ramener des relations humaines plus apaisées. Alors que dans la mondialisation on retrouve plus des rapports plutôt politisés, dominants/dominés, plus conflictuels. La notion de clinique renvoie à "Klinos" dans l'approche d'Hippocrate. Ce qui signifie s'incliner, au chevet du patient en l'occurrence.

---

<sup>19</sup> Ibid

<sup>20</sup> <https://youtu.be/POjjjDhndtI?feature=shared>

Selon l'auteur, Daniel DERIVOIS, le clinicien est appelé à s'incliner au bord du monde. Il est quand même assez manifeste que nous sommes traversés par des éléments du monde. A travers les réseaux sociaux et d'autres moyens nous consommons quasiment toutes les cultures. A la fois par la musique, le cinéma, la mode etc.

Dans ce contexte, peu importe où on est comme clinicien, notre patientèle est, dans une certaine mesure, multiculturelle. D'où la nécessité de se décentrer pour aller vers cet autre qui porte en lui, à travers ses symptômes, ses affects, son comportement et son récit singulier des éléments du monde. Les approches occidentales en psychologie clinique et en psychanalyse sont jugées, à juste titre, d'être ethnocentrées. Les tentatives d'émancipation intellectuelle en Afrique après les indépendances des années 1960 sont jugées aussi pour leur ethnocentrisme. En effet, par la définition d'un paradigme africain des sciences sociales (Amselle 2008)<sup>21</sup> on entend l'idée d'une pensée ethnocentrée également. Un certain ethnocentrisme inversé.

La clinique de la mondialité est donc une posture, une position où le clinicien est appelé à écouter le monde à travers ses patients. Le clinicien n'est pas obligé de partager les croyances et autres formes de représentations du patient pour l'aider à élaborer sa souffrance. Le patient vient chercher une contenance chez le clinicien, une écoute qui lui permet d'élaborer ce qui lui était, jusque-là, inintégré psychiquement.

La clinique de la mondialité repose sur quatre piliers : singularité, totalité, situation, évolution. Ces quatre piliers résultent à la fois des concepts d'appareil psychique groupal, de groupe interne et de groupalité psychique proposé par Kaës, la définition de la psychologie clinique de Daniel Lagache (1949) : « *l'étude de la personne totale en situation* »<sup>22</sup>, et la définition de la psychologie clinique de Favez-Boutonier (1959) qui complète la définition de Lagache : « *l'étude d'une personnalité singulière dans la totalité de sa situation et de son évolution* »<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> Amselle, J.-L. (2008). *L'occident décroché : Enquête sur les postcolonialismes*. Paris : Stock.

<sup>22</sup> Lagache, D. (1949). *L'unité de la psychologie : psychologie expérimentale et psychologie clinique*. Paris. Presse universitaires de France.

<sup>23</sup> Favez-Boutonier, J. (1959). *La psychologie clinique : objet, méthode, problèmes*. Paris : Les cours de la Sorbonne.

Dans la posture de la clinique de la mondialité il est nécessaire de prendre le sujet en même temps dans sa singularité et son appartenance à la groupalité mondiale. Écouter le sujet dans sa globalité, c'est-à-dire en prenant en compte tous les aspects affectifs, sociaux, cognitifs, culturels et environnementaux qui participent à sa situation totale. Accueillir le sujet en tenant compte des enjeux du cadre et du contexte de la rencontre qui ne mobilisent pas les mêmes affects d'un sujet à l'autre. Et au-delà de l'espace-temps, il est nécessaire de toujours considérer le sujet dans une dynamique d'évolution.

La dimension méthodologique de la "clinique de la mondialité" qui nous a accompagné tout long de cette recherche s'articule autour de trois principaux points :

### *1- Une manière d'écouter*

Quand le sujet, le patient présente un élément qui lui appartient, il parle aussi des éléments qui appartiennent à ses origines familiales et culturelles, mais aussi et surtout des éléments *du* monde : le sien et le monde global.

### *2- Une manière de prendre le monde comme objet d'étude*

Il y a tout un débat sur les concepts de mondialité et de mondialisation. Pour Édouard Glissant, note D. Derivois (2017), la mondialité est une alternative à la mondialisation. Alors que Boawo<sup>24</sup> pense que la mondialité doit accompagner la mondialisation. Comme ça on évite la logique frontale pour mieux articuler les choses. En effet, toujours selon Boawo, il y a une discontinuité épistémologique entre mondialisation et modalité. On ne pense pas les choses de la même manière mais il y a une continuité conceptuelle. Puisqu'il s'agit du même monde pensé différemment. En prenant le monde pour objet, c'est l'humanité elle-même qui est prise pour objet.

### *3. Une manière de se penser dans ce monde-là*

Cette posture, qui nous emmène à penser les processus et transformations identitaires dans ce monde-là, s'articule autour de quatre questions fondamentales : Qui suis-je ?

---

<sup>24</sup> BOWAO, C. Z. (2004). La mondialité entre histoire et avenir. Paris. Paari



Où suis-je ? *Quand* suis-je ? *Où* en suis-je ? Tout un processus psychique pour accueillir l'héritage identitaire, pour se définir, se rendre présent à soi-même, à l'autre, se rendre présent au monde<sup>25</sup>. Ce qui pose la question de *l'être ensemble avec les autres*, mais surtout *l'être ensemble avec soi-même*. Ces questions sont centrales d'une manière générale mais aussi dans le cas de l'amputation de membre en particulier. En effet, être amputé appelle à sans cesse se redéfinir tout en tenant compte de divers « fantômes » qui nous hantent.

---

<sup>25</sup> Derivois, D. (2021). *Séismes identitaires, trajectoires de résilience. Une clinique de la mondialité*. Chronique sociale.

## 1.2- Du traumatisme à la résilience

Cette recherche découle d'une expérience clinique réalisée en Haïti après le séisme du 12 janvier 2010. Nous étions au contact et à l'écoute d'une population éprouvée par un trauma qui a déstabilisé tout un pays. Dans cette situation extrême où la nation est blessée dans les profondeurs de ses entrailles, comment envisager la résilience ? Et quelle résilience ?

La conceptualisation de la résilience que nous entendions dans les médias ne correspondait pas du tout à la réalité. Cette résilience véhiculait plus un certain gel des affects<sup>26</sup>. La représentation que nous pouvions entendre de la résilience du peuple haïtien pouvait se définir « *comme la capacité de supporter et d'encaisser les épreuves sans se soucier* ». Sauf que cette idée sous-entend surtout une dépression collective. Au-delà de la représentation de cette "résilience" dans sa globalité, il faut surtout chercher à déterminer ce qu'il y avait de résilient dans la réaction du peuple haïtien face à ce trauma collectif (le séisme). Nous y reviendrons un peu plus loin. Prenons d'abord en compte le concept de traumatisme qui sera le point de départ de cette recherche.

## 1.3- Définition et évolution du concept de traumatisme

En psychopathologie clinique, le concept de traumatisme fait référence à des événements ou à des expériences qui sont extrêmement stressants et qui dépassent la capacité d'adaptation normale d'un individu. Ces événements peuvent inclure des accidents graves, des agressions sexuelles, des abus physiques ou émotionnels, des expériences d'amputation de membre, des catastrophes naturelles, des guerres, etc. Ils provoquent souvent des réactions de détresse significative.

Le concept de traumatisme a beaucoup évolué et s'est développé au fil du temps avec la diversité des pratiques et des recherches en psychologie clinique. Toutefois il faut retenir que l'une des premières utilisations notables de ce concept clé en psychologie clinique remonte au début du 20<sup>e</sup> siècle. Sigmund Freud, le fondateur de la psychanalyse, a joué un rôle fondamental dans l'introduction de ce concept.

---

<sup>26</sup> Ciccone, A., Ferrant A. (2009), *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris, Dunod, 249 p.

Avec Josef Breuer, Freud a écrit les *Études sur l'hystérie* en 1895, où ils ont exploré des cas de patientes souffrant d'hystérie. À travers ces études ils ont découvert que certains symptômes étaient liés à des expériences traumatiques passées<sup>27</sup>. Ces dernières sont en particulier de nature sexuelle. C'est donc à partir de cette observation que Freud allait développer sa théorie sur la sexualité infantile en mettant l'accent sur l'impact des expériences traumatiques sur le développement psychologique.

Freud va élaborer sa théorie sur le complexe d'œdipe, un peu plus tard au cours de sa carrière, en mettant en évidence comment des conflits non résolus dans l'enfance pouvaient avoir des conséquences durables sur la psyché adulte. Les idées de Freud sur le traumatisme constituent donc l'une des premières incursions dans l'exploration des expériences traumatisantes en psychopathologie. Et depuis, le concept de traumatisme s'est considérablement développé et diversifié.

Dans l'évolution du concept de traumatisme à travers le temps, cinq aspects clés sont à prendre en compte :

1- Le traumatisme physique : initialement le traumatisme était principalement associé à des blessures physiques graves, le concept va évoluer au fil du temps. Au cours des dernières décennies, la compréhension du traumatisme s'est élargie pour inclure des expériences psychologiques graves.

2- Le traumatisme psychologique : Les nombreuses avancées dans la compréhension des réponses au stress ont conduit à la reconnaissance des effets durables des expériences psychologiquement traumatisantes, comme le syndrome de stress post-traumatique (SSPT)<sup>28</sup>.

Le traumatisme psychologique est une blessure émotionnelle profonde qui peut survenir à la suite d'un événement traumatisant. Il peut être causé par des expériences telles que des abus physiques, sexuels ou émotionnels, des accidents graves, des

---

<sup>27</sup> Freud, S. et Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie, précédées de Communication préliminaire (1893)*. Paris : PUF. (Traduction française, 1953.)

<sup>28</sup> Simon, P. Y., & Rousseau, P. F. (2017). Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders with the Alpha-1 Adrenergic Antagonist Prazosin. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(3), 186–198. <https://doi.org/10.1177/0706743716659275>

catastrophes naturelles, des actes de violence, des pertes importantes telle que l'amputation de membre ou d'autres situations traumatisantes<sup>29</sup>.

Les symptômes du traumatisme psychologique peuvent varier d'une personne à l'autre, mais ils peuvent inclure des flashbacks, des cauchemars, de l'anxiété, de la dépression, de l'irritabilité, de l'isolement social, des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation et une diminution de l'estime de soi. Ces symptômes peuvent interférer avec la vie quotidienne et le bien-être général de la personne.

3- Complexité du traumatisme : Le concept de traumatisme complexe<sup>30</sup> a émergé pour décrire les expériences traumatiques chroniques, telles que les abus d'enfance répétés, qui peuvent avoir des effets profonds sur le développement psychologique.

4- Effets sur la santé mentale : On comprend mieux maintenant que le traumatisme peut entraîner divers troubles de la santé mentale, tels que la dépression, l'anxiété, les troubles dissociatifs, et d'autres, en plus du SSPT.

5- Approches thérapeutiques : L'évolution du concept a également influencé les approches thérapeutiques, avec un accent accru sur la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de réduction du stress, la thérapie de régulation émotionnelle, la thérapie psychodynamique et d'autres méthodes pour aider les survivants à intégrer psychologiquement leur expérience traumatisante.

Toutes ces évolutions du concept de traumatisme en psychopathologie clinique ont permis d'englober une gamme plus large d'expériences traumatisantes et a contribué à une meilleure compréhension et prise en charge des personnes affectées par de tels événements.

Nous pouvons retracer l'évolution du concept de traumatisme en cinq grande périodes :

---

<sup>29</sup> Moran, E. G. (1994). [Review of Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-From Domestic Abuse to Political Terror, by J. L. Herman]. *Gender and Society*, 8(1), 136–138. <http://www.jstor.org/stable/190079>

<sup>30</sup> Josse, É. (2017). Chapitre 21. Le traumatisme complexe. Dans : , C. Tarquinio, M. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane-Coste, J. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmermann (Dir), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp. 235-244). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tarqu.2017.01.0235>

1. Première Guerre mondiale (1914 – 1918) : Les premières observations du traumatisme psychologique massif ont été faites pendant la Première Guerre mondiale, lorsque le trouble de stress post-traumatique (TSPT) a été identifié chez les soldats exposés aux horreurs du champ de bataille<sup>31</sup>.
2. Seconde Guerre mondiale (1939 – 1945) : La Seconde Guerre mondiale a renforcé la compréhension du TSPT, conduisant à l'identification de symptômes spécifiques tels que les flashbacks et les cauchemars<sup>32</sup>.
3. Années 1970 : Le concept de traumatisme complexe a émergé, reconnaissant que des traumatismes répétés ou prolongés, tels que les abus d'enfance, pouvaient avoir des effets psychologiques graves.
4. Années 1980 : Le TSPT a été reconnu comme un trouble distinct dans le DSM-III (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)<sup>33\_34</sup>.
5. Années 2000 : L'approche de la psychotraumatologie s'est développée pour mieux comprendre les réponses individuelles aux traumatismes et les interventions thérapeutiques efficaces<sup>35</sup>.

Pour approfondir notre réflexion sur le traumatisme de l'amputation de membre, nous allons nous étayer, entre autres, de la théorie psychanalytique pour définir le concept du traumatisme psychique.

En 1920, Freud allait redéfinir le traumatisme après l'abandon de sa « neurotica » et tout le cheminement théorique qui s'en est suivi<sup>36</sup>. Dans « Au-delà du principe de

---

<sup>31</sup> Cochet, F. (2014). Les traumatismes de 14-18. Dans : Jean-Vincent Holeindre éd., *La guerre: Des origines à nos jours* (pp. 175-180). Auxerre: Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.testo.2014.01.0175>

<sup>32</sup> Boursier, J. (2012). Guerre, traumatisme et récit. *Cliniques méditerranéennes*, 86, 219-228. <https://doi.org/10.3917/cm.086.0219>

<sup>33</sup> American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

<sup>34</sup> Auxéméry, Y. (2013). L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *L'information psychiatrique*, 89, 641-649. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1104>

<sup>35</sup> Dellucci, H. (2014). Psychotraumatologie centrée compétences. *Thérapie Familiale*, 35, 193-226. <https://doi.org/10.3917/tf.142.0193>

<sup>36</sup> Thierry Bokanowski, « Le concept de traumatisme en psychanalyse », *Sillages critiques* [En ligne], 19 | 2015, mis en ligne le 15 juillet 2015, consulté le 14 juin 2023. URL :

plaisir »<sup>37</sup> le traumatisme est caractérisé par un excès d'excitation. Le traumatisme résulte donc d'un défaut du pare-excitation qui se retrouve en incapacité d'empêcher le débordement de cette excitation qui va engendrer une effraction psychique<sup>38</sup>.

Pour définir le concept de traumatisme tel qu'il est utilisé en psychopathologie clinique, nous devons établir une différence entre trauma et traumatisme. Il y a une tendance à les confondre alors qu'ils ne sont pas exactement la même chose. Même s'ils sont deux éléments interdépendants qui appartiennent à un même processus. Le trauma appartient au passé et le traumatisme appartient au présent.

Le trauma est avant tout un événement, "une amputation" pour ce qui concerne notre recherche. Un événement réel qui existe dans le temps et dans l'espace. Toujours dans la perspective de notre recherche, une amputation qui a été réalisée à un temps T, une date précise, et dans un lieu spécifique en fonction du contexte de l'amputation. Ça peut être une amputation réalisée dans un centre hospitalier, pour une amputation médicale, ou une amputation traumatique dans le cadre d'un accident par exemple. De ce fait, le stress qui va produire la réaction de survie et/ou l'hypervigilance chez la victime vient de l'extérieur. La définition étymologique grecque de la notion de trauma, une effraction ou *une blessure*, correspond bien à cette représentation de l'expérience traumatique. Le traumatisme, comme mentionné plus haut, se situe dans l'après-coup du trauma. L'état physiologique de stress qui envahit le sujet est d'origine interne. Le système nerveux de la victime reste en état d'alerte au-delà du trauma. Bremner, J. Douglas (2014) définit le traumatisme comme une « épidémie invisible »<sup>39</sup>. Le traumatisme met la victime dans une incapacité de penser et de mettre du sens sur ce qui lui est arrivé. Ce qui est d'autant plus difficile avec le traumatisme, ce sont les reviviscences, le fait que les souvenirs de l'expérience douloureuse peuvent resurgir à n'importe quel moment. Il suffit qu'un autre événement ou un autre stimulus

---

<http://journals.openedition.org/sillagescritiques/4153> ; DOI :

<https://doi.org/10.4000/sillagescritiques.4153>

<sup>37</sup> Freud, S. (1920), Au-delà du principe de plaisir, *OCF.P*, XV, Paris, P.U.F., p.273-338. DOI : [10.3917/puf.freud.2013.01](https://doi.org/10.3917/puf.freud.2013.01)

<sup>38</sup> Roussillon R. (2000), Traumatismes et liaisons primaires non-symboliques, in « Traumatismes », *Actualités psychosomatiques*, 2000, 3, GeorG (Association Genevoise de Psychosomatique AGPSO).

<sup>39</sup> Bremner, J. D., & Reed, L. (2014). *You can't just snap out of it : The real path to recovery from psychological trauma : introducing the START NOW program*. Laughing Cow Books.

vienne faire écho aux affects de l'événement initial. Ce qui est plus évident encore avec les amputations de membre. Puisque le moignon du membre amputé rappelle continuellement les circonstances de l'événement traumatique. Des personnes amputées rencontrées après le séisme du 14 août 2021 en Haïti disent avoir vécu ce nouveau séisme avec la même charge émotionnelle que le premier (12 janvier 2010). D'autant plus que pour certaines d'entre elles ce n'est qu'à l'occasion de ce nouveau séisme qu'elles ont expérimenté les sensations de la terre qui tremble. Puisque le 12 janvier 2010, sous les décombres étant, elles n'ont pas eu le temps de comprendre ce qui s'est passé.

Le type et le contexte de l'événement peuvent avoir des effets sur le potentiel traumatique de l'effraction. Une amputation de membre reste un véritable choc qui porte atteinte à l'intégrité du corps. Les amputations traumatiques, c'est-à-dire, non préparées ou consécutives à un accident de la route par exemple sont aussi choquantes que celles réalisées dans un cadre médicalisé. Et même si le patient a été préparé, la découverte du moignon d'amputation reste un véritable choc. Car il s'agit d'être confronté à la fois, à la réalité de la perte d'un membre et accepter de vivre le reste de sa vie avec un corps mutilé, handicapé ou réduit dans sa validité. Le patient se trouve déchiré entre la sidération, les effets et les représentations de ce qui lui est arrivé.

Selon Ferenczi, S., le traumatisme est un : « *Choc inattendu, non préparé et écrasant, qui agit comme un anesthésique, le traumatisme a des effets destructeurs. Pour lui survivre, le psychisme développe des stratégies. L'une des plus intéressantes est le dédoublement : une partie de la personne continue de vivre et de se développer, tandis qu'une autre partie subsiste, apparemment détruite, mais prête à se réactiver à la première occasion...* »<sup>40</sup>

Si l'amputation de membre est avant tout une blessure physique, elle est également une blessure psychique. Car toute souffrance physique est susceptible d'entraîner une souffrance psychique<sup>41</sup>. Puisque la psyché et le soma évoluent dans une dynamique d'interdépendance. À partir des travaux du Dr H. Beecher chirurgien des troupes

---

<sup>40</sup> Ferenczi, S. (2006). Le traumatisme (Éd. de poche). Payot & Rivages.

<sup>41</sup> Urtubey L. (1994), Le travail du contre-transfert. La revue française de psychanalyse. 59, p. 1271-1372.

américaines en Europe lors de la 2e guerre mondiale et les travaux de David Moris D. B. nous comprenons qu'il n'y a pas de dichotomie entre l'esprit et le corps. « *La douleur mentale peut être ressentie physiquement et la douleur physique peut être ressentie mentalement. Le corps et l'esprit sont des systèmes intégrés* »<sup>42</sup>.

Un choc, une blessure ou un trauma reste une expérience personnelle que seul l'éprouvé détient la meilleure définition. Un même événement peut avoir une valeur traumatique pour certains et pas d'autres. Puisque chaque personne vit et se représente un événement en fonction de ses ressources psychiques. À cet effet, Crocq L. souligne que « *le caractère traumatique du choc dépend de la violence de l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit. Il serait plutôt préférable de parler d'événement potentiellement traumatogène* »<sup>43</sup>.

Le trauma peut être considéré comme un choc inhabituel, un phénomène qui vient bouleverser et effracter le psychisme, dans un contexte où le sujet vit un événement qui implique une menace de mort, une altération de l'intégrité physique et psychique tel que par exemple, une agression individuelle, un accident grave, une séquestration, un attentat ou une catastrophe naturelle, une amputation de membre, etc. Au-delà de l'acte, c'est le sens qui va lui être attribué qui traumatise puisqu'après avoir subi l'acte, le psychisme se trouve dans une quête de sens. C'est pourquoi Freud<sup>44</sup> soulignait que l'hystérique souffre de réminiscence. Ce qui va faire traumatisme, c'est le rapport que le sujet va établir entre ses souvenirs et ses représentations de l'événement. Si on souffre de réminiscence, des souvenirs de l'événement traumatique, on guérit en se souvenant. C'est-à-dire, qu'on doit se permettre de se souvenir de ce qui est arrivé pour mieux le traiter. En effet, le refoulement ne supprime pas les souvenirs, pour les intégrer psychiquement et passer à autre chose, il faut se donner les moyens de les élaborer. Selon Nassikas K., « *C'est donc de l'intérieur de l'organisme que se situe, pour l'essentiel, l'agent traumatisant. L'agent extérieur n'est qu'occasionnel. Il n'y a pas de traumatisme sans une complicité active du sujet traumatisé qui, en même temps qu'il cède devant l'excitation, construit contre elle des mécanismes de défense qui dépassent leur objet en devenant, en eux-mêmes, source de souffrance et, de nouvelles motions traumatiques* »<sup>45</sup>. Une amputation de membre reste un bouleversement

---

<sup>42</sup> Kuttner, L. (2010). A child in pain: What health professionals can do to help. Bancyfelin: Crown House Publishing, p. 1

<sup>43</sup> Crocq, L. (1999). Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob, 1999.

<sup>44</sup> Freud, S. (1909). Cinq leçons sur la psychanalyse, Paris, Payot, 1992,9-68.

<sup>45</sup> Nassikas, K. (2004). Le trauma entre création et destruction, Paris, L'Harmattan.



terrible, mais chaque sujet amputé vit cette expérience individuellement. Chaque sujet lui accorde un sens et se représente cette expérience douloureuse en fonction de ses ressources psychiques et de ses référentiels culturels.

## 1.4- La résilience

Les trois facettes de la résilience selon les auteurs sont : récupération, résistance et reconfiguration. Ils utilisent l'analogie d'un arbre à l'épreuve du vent pour présenter le processus. Cette analogie rappelle bien « le chêne et le roseau » une fable de la Fontaine. Quand le vent souffle fort, il existe deux principaux modes de réactions des arbres : les plus faibles se plient pour s'adapter au vent autrement ils seront brisés. Après le passage du vent, ils reprennent leur état vertical d'origine. Les plus forts résistent au vent dans la limite de ce qu'ils peuvent supporter comme pression du vent. Quand la force du vent dépasse leur niveau de résistance, ils se brisent ou se font arracher du sol.

### 1.4.1- Récupération

Cette capacité que possèdent certains arbres pour se plier pendant le passage du vent et reprendre leur état vertical d'origine après, résulte de leur élasticité. Cette dernière est un facteur important du processus de résilience. Mais il ne résume pas à lui tout seul, la résilience. Cette représentation de la résilience, *rebondir plus haut après le choc*, était très populaire au cours des années 2000 dans le monde francophone. La résilience a été définie comme la « *capacité à réussir, à vivre et se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative* »<sup>46</sup>.

Selon cette approche, une personne résiliente doit pouvoir reprendre son niveau de fonctionnement normal lorsque le facteur de stress passe. C'est ce qui était considéré comme le modèle d'adaptation "normatif" en psychologie dans les années 50, notamment à travers la littérature sur le stress précoce (Selye, 1956)<sup>47</sup>. L'adaptation optimale était décrite comme un processus d'homéostasie ou le retour à l'état

---

<sup>46</sup> Cyrulnik, B. (1999). Un merveilleux malheur. Paris : Odile Jacob, p.8.

<sup>47</sup> Selye, H. (1956). The stress of life. New York: McGraw-Hill

d'origine, c'est-à-dire l'état d'avant l'événement stressant. Pour Bonanno (2004)<sup>48</sup> ce processus n'est pas de la résilience mais une « récupération ». Contrairement à Bonanno, d'autres chercheurs soutiennent que les personnes qui ne peuvent pas rebondir comme décrite plus haut ne sont pas résilientes (Garmezy, 1991<sup>49</sup> ; Lazarus, 1993<sup>50</sup> ; Masten & Reed, 2002<sup>51</sup>). Ce qui semble alimenter le débat c'est la rapidité avec laquelle les personnes doivent revenir à un fonctionnement normal ou meilleur qu'avant, pour mériter le titre résilient. Si pour Bonanno, être résilient semble rimer avec le rétablissement immédiat voire l'absence de toute réaction négative après une épreuve ou un événement traumatique. En revanche, les autres considèrent que même les personnes qui tardent à reprendre un fonctionnement normal sont résilientes par rapport aux personnes qui ne se rétablissent jamais. Nous reviendrons sur ce débat quand nous allons voir ce qu'est la résilience et ce que la résilience n'est pas.

#### 1.4.2- Résistance

La deuxième facette de la résilience ou la deuxième forme de résilience selon cette approche est la résistance. Ce qui est analogue à la deuxième catégorie d'arbre, ceux qui sont très fort pour résister au vent violent. Nous retrouvons cette dimension de la résilience dans la conceptualisation de Bonanno (2004)<sup>52</sup>. Il soutient que les personnes qui présentent un fonctionnement normal avant, pendant et après un facteur de stress - même longtemps après un facteur de stress - font preuve de résilience. Beaucoup de psychologues sont en désaccord avec cette conceptualisation de la résilience. En effet, Wortman et Silver (1989)<sup>53</sup> ont noté dans leur article fameux sur les « mythes de l'adaptation », le fait que ce type de réponse humaine aux facteurs de stress ne cadre pas avec les théories psychologiques ou les attentes culturelles dominantes, il suscite la suspicion. Cette approche de la résilience alimente une

---

<sup>48</sup> Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28

<sup>49</sup> Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments *Pediatric Annals*, 20(9), 459-460, 463-456.

<sup>50</sup> Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology* 44, 1-21.

<sup>51</sup> Masten, A. S. & Reed, M.J. (2002). Resilience in development. In C R. Synder & S. J. Lopez. (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press

<sup>52</sup> Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28

<sup>53</sup> Wortman, B. & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.

tendance à « pathologiser » ce type de réponse aux facteurs de risques, même si cela peut s'avérer normal et sain chez certains (Bonanno, 2004<sup>54</sup> ; Wortman & Silver, 1989<sup>55</sup>).

### 1.4.3- Reconfiguration

Cette troisième facette de la résilience désignée sous l'appellation de reconfiguration reflète bien la description de Walsh de la résilience. Selon lui, la résilience est la « *capacité à rebondir à l'adversité renforcée et plus ingénieuse* » (Walsh, 1998)<sup>56</sup>. Il ne s'agit pas seulement de s'adapter et se plier lorsque le vent souffle, puis de reprendre sa forme originelle, au lieu de cela, il change de forme. Après la reconfiguration, l'arbre peut s'adapter aux vents dominants, il peut devenir plus résistant aussi à la rupture lors des futures tempêtes de vent. Cette conceptualisation de la résilience rend compte aussi du fait qu'une expérience traumatisante élaborée et bien intégrée psychiquement peut renforcer le sujet. Ce qui rejoint dans une certaine mesure les perspectives évolutives de la conception de la résilience qui peut être entendue comme une adaptation réussie à un environnement changeant (Cicchetti & Cohen, 1995)<sup>57</sup>.

La reconfiguration se distingue de la résistance et la récupération. Puisque la reconfiguration implique des transformations importantes qui ne se limitent pas seulement au maintien ou au retour à un fonctionnement normal. Retenons tout de même que la reconfiguration peut entraîner des changements qui peuvent être à la fois positifs et négatifs. Prenons le cas d'une personne qui a eu un accident de voiture, autant que cette expérience peut renforcer sa vigilance et améliorer ses compétences à la conduite, l'expérience peut également provoquer une hypervigilance voire une peur de conduire. Ce qui nous emmène à questionner ce qu'est la résilience et ce que la résilience n'est pas.

---

<sup>54</sup> Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28

<sup>55</sup> Wortman, . B. & Siver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinica Psychology*, 57(3), 349-357.

<sup>56</sup> Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.

<sup>57</sup> Cicchetti, D., & Cohen, D. (1995). *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation* New York: John Wiley & Sons

## 1.5- Définition de la résilience

Avant même de nous attaquer à la définition de la résilience, il faut replacer le concept « résilience » dans une perspective chronologique. Le mot résilience est emprunté de l'anglais « *resilience* » et utilisé dans la langue française depuis 1911. Pour mieux comprendre le sens de la notion résilience tel qu'elle est utilisée en psychologie il faut revenir aux origines, du latin *resiliens*. Le concept résilience vient de « RESALIRE <sup>58</sup>» qui peut se traduire par "*reculer pour mieux sauter*"<sup>59</sup>. Puisque le préfixe « RE » se traduit par "en arrière" et « SALIRE » par "*sauter, bondir*". *Resalire* vient du participe présent du verbe latin *resilire* qui signifie "*rebondir, reculer*". Le mot a d'abord été utilisé en physique vers 1824<sup>60</sup>, dans le sens de *l'élasticité* pour désigner un métal qui a la capacité de revenir à sa forme originale après compression ; après avoir été plier, déformer pour reprendre notre métaphore de *l'effet roseau*.

Le mot de résilience va faire son entrée dans le vocabulaire scientifique à partir d'une étude scientifique réalisée par la psychologue américaine Emmy Werner à partir de 1955 sur l'île d'Hawaï<sup>61</sup>. Cette étude portait sur une population d'enfants qui ont vécu dans une situation de grande précarité, multiples handicaps, malades mentaux dans la famille etc. Emmy Werner a pu constater que 30% de ces enfants ont pu réussir, c'est-à-dire, avoir un métier stable et fonder une famille. Pour mettre du sens sur ce constat extraordinaire, elle utilise le mot de résilience qui existait déjà dans le langage courant des Américains. Une qualité particulière que possèdent ces enfants qui leur permettent de s'en sortir en dépit de l'adversité. Cette idée se marie bien avec le modèle américain qui privilégie la réussite individuelle. L'inconvénient dans cette approche qui considère la résilience comme qualité engendre une certaine inégalité. Parce que certains auront cette qualité et d'autres ne l'auront pas.

---

<sup>58</sup> Jean Dubois, Henri Mitterand, et Albert Dauzat, Dictionnaire d'étymologie, Larousse références (Paris: Larousse, 2004), 663.

<sup>59</sup> Tisseron, S. (2021). Résiliences : comment s'y retrouver ? Dans : éd., *La Résilience* (pp. 3-8). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

<sup>60</sup> Thomas Tredgold et Eaton Hodgkinson, Practical Essay on the Strength of Cast Iron and Other Metals: Containing Practical Rules, Tables, and Examples, Founded on a Series of Experiments; with an Extensive Table of the Properties of Materials (London, J. Weale, 1860), 60, <http://archive.org/details/practicalessayon00tredrich>.

<sup>61</sup> Tomkiewicz, S. (2005). L'émergence du concept. Dans : Fondation pour l'enfance éd., *La résilience : le réalisme de l'espérance* (pp. 45-66). Toulouse:Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.fonda.2005.01.0045>

D'autres chercheurs, notamment Norman Garmezy, vont penser la résilience en termes de processus, c'est-à-dire que tout le monde peut être accompagné à devenir résilient. Norman Garmezy considère que la résilience est un processus qui se construit à partir de ressources ordinaires<sup>62</sup>. Ce que Anne Masten conceptualise à travers l'idée de la *"magie ordinaire de la résilience"*<sup>63</sup>.

Cette conceptualisation de la résilience comme un processus, va bien servir le champ du développement personnel où chaque individu est appelé à développer sa propre résilience.

Le concept va continuer d'évoluer, d'autres chercheurs encore vont concevoir la résilience comme une force. Non seulement l'idée de la force sous-entend que la résilience a besoin d'être encouragée, accompagnée, elle met surtout l'accent sur la prévention.

L'autre évolution importante est le fait de considérer la résilience aussi comme propriété collective. Nous pouvons parler désormais de la résilience d'un groupe, d'une société etc. D'autant plus que cette idée permet d'envisager que la résilience collective peut encourager la résilience individuelle. Ce qui nous amène à penser la résilience en prenant en compte en même temps les facteurs de protection qui préservent les sujets des facteurs de risque.

Michael Rutter qui est considéré comme le père de la résilience a apporté une définition qui a bien approfondie le sens de ce concept très dynamique. *"La résilience se réalise au cours du temps selon une combinaison hasardeuse entre les attributs de l'enfant et le contexte familial, social et culturel"*<sup>64</sup>. Nous y reviendrons un peu plus loin parce que cette définition de la résilience va bien étayer notre réflexion sur la dynamique *"résilience et culture"*.

---

<sup>62</sup> Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatr'*. 56(1), 127-136

<sup>63</sup> Masten, A. S. & Reed, M.J. (2002). Resilience in development. In C R. Synder & S. J. Lopez. (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press

<sup>64</sup> Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.

## 1.6- Les facteurs de protection

### *Définition des facteurs de protection*

Nous pouvons définir les *facteurs de protection* comme des attributs, des compétences, des forces ou des ressources, qui permettent d'éviter le développement des conditions de santé indésirables, ou que ces dernières ne s'aggravent chez les individus, pour améliorer leur capacité d'adaptation. Une bonne qualité de sommeil peut prévenir par exemple, chez les individus, des symptômes de troubles de l'humeur, tels que l'anxiété et la dépression.

Comme nous l'avons vu plus haut, la résilience est un processus multidimensionnel qui concerne les personnes à la fois dans leur individualité, dans leurs liens familiaux et leurs liens avec leurs groupes d'appartenance, la communauté et/ou la société. Selon Rutter, « *elle se réalise au cours du temps, selon des combinaisons hasardeuses entre les attributs de l'enfant et le contexte familial, social et culturel* »<sup>65</sup>. La résilience est donc un processus où s'articule les ressources propres à chaque sphère du sujet, ontologique, micro et macro sociaux. De ce fait, nous allons considérer les facteurs de protection selon un schéma tridimensionnel :

### 1.6.1- Des facteurs de protection individuelle

A partir de nos résultats de recherche, et notamment les résultats de l'échelle de résilience utilisée dans cette recherche, nous pouvons relever ces différents facteurs de protection individuelle :

- Habilités de résolution de problèmes
- Autonomie
- Capacités de distanciation face à un environnement perturbé
- Compétences sociales
- Empathie
- Altruisme
- Sociabilité, popularité
- Perception d'une relation positive avec un adulte

---

<sup>65</sup> Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nüchterlein, & S. Weintraub (Éds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (1re éd., p. 181-214). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511752872.013>.

### **1.6.2- Des facteurs de protection familiale**

Pour les facteurs de protection familiale, toujours en fonction de notre population d'étude, nous pouvons citer ces caractéristiques :

- La qualité du lien avec les parents
- Le lien avec les autres membres de la fratrie
- Espace physique suffisant
- Spiritualité, croyance, foi
- Discipline éducative
- Qualité de la communication
- Interactions chaleureuses et positives
- Support et affection

### **1.6.3- Des facteurs de protection sociale et/ou communautaire**

Nous avons pu relever ces facteurs de protection sociale et communautaire :

- Le lien avec les pairs
- Le soutien de la communauté sociale : école, quartier...
- Le soutien de la communauté religieuse ou idéologique
- Le support de la société et l'étayage des référentiels culturels
- Les liens de solidarités
- Les attentes élevées
- L'implication active
- Les valeurs d'entraide et de tolérance sociales
- La diversité des supports et des ressources sociales

### **1.6.4- Les facteurs de risque**

Les *facteurs de risque* peuvent être définis comme des attributs qui favorisent le développement ou l'aggravation de conditions indésirables. Des éléments tels que les comportements oppositionnels, le conflit familial et l'isolement social constituent des facteurs de risque. Ces derniers peuvent augmenter le risque de développer des symptômes de troubles de l'humeur ou de comportements mésadaptés comme la consommation de drogues et d'alcool.

Selon Garmezy<sup>66</sup>, les facteurs de risque ou de vulnérabilités rendent complexifiée l'adaptation et les apprentissages chez les jeunes. Fortin et Bigras qualifient les facteurs de risque comme « *un événement ou une condition organique ou environnementale qui augmente la possibilité pour l'enfant de développer des problèmes émotifs ou de comportement* »<sup>67</sup>. Theis les regroupe en deux parties<sup>68</sup> :

- Les facteurs de risque associés aux caractéristiques de l'enfant tels qu'un QI faible, un tempérament difficile, une prématurité, un handicap...
- Les facteurs de risque relatifs à l'environnement externe marqué par des conditions difficiles telles qu'une situation familiale perturbée, des facteurs sociaux environnementaux défavorables, des menaces vitales pour l'enfant comme la guerre, la confrontation directe à un attentat, un déplacement forcé etc.

#### **1.6.5- Tableau 1 : Facteurs de protection universels**

Il est important de noter que les facteurs de protection du Tableau 1 ont été observés dans différentes disciplines et cultures ; toutefois, ils ne reflètent pas des pratiques de protection uniques fondées sur la culture. Les influences protectrices fondées sur la culture doivent être prises en compte, et les facteurs de protection communs énumérés dans le Tableau 1 peuvent être adaptés au contexte culturel si nécessaire<sup>69</sup>.

---

<sup>66</sup> Garmezy, N. (1985). « Stress Resistant Children : The Search for Protective Factors. », in *Recent Research in Developmental Psychopathology.*, par James Eric Stevenson, Pergamon Press, A Book Supplement to the Journal of Child Psychology and Psychiatry, n° 4 (pp. 213-233). Oxford : Pergame.

<sup>67</sup> Fortin, L., & Bigras, M. (2000). La résilience des enfants : Facteurs de risque, de protection et modèles théoriques : Bien-être subjectif et facteurs de protection. *Pratiques Psychologiques*, 49-63.

<sup>68</sup> Theis, A. (2006). « Approche psychodynamique de la résilience. Étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil. », *Université Nancy 2*, p.16-17.

<sup>69</sup> Alliance pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire, Identifier et classer les facteurs de risque et de protection : Un guide succinct (2021), Celina Jensen.



## Facteurs de protection universels

1. Prise en charge dans les premières années de la vie par des tuteurs cohérents, dévoués et attentifs
2. Capacité à établir et à maintenir des relations enrichissantes avec au moins une autre personne tout au long de la vie
3. Capacité à réguler les émotions
4. Possibilités de développer la capacité de résolution de problèmes, d'apprentissage et d'adaptation
5. Possibilités d'acquérir des compétences et des connaissances en croissance séquentielle en fonction des exigences de la culture
6. Accès à une éducation formelle et non formelle efficace
7. Possibilités adaptées à l'âge de contribuer au bien-être de la famille et de la communauté
8. Un sentiment d'estime de soi et d'auto-efficacité
9. Capacité à donner/trouver un sens à la vie
10. Possibilités d'exercer une capacité croissante d'action et de jugement dans le contexte culturel
11. Participation à la culture, aux rituels et aux systèmes de croyance communautaires, conduisant à un sentiment d'appartenance
12. Espoir, foi et optimisme

### ***1.6.6- Tableau 2 : Facteurs de risque universels***

On observe également des concordances remarquables dans les facteurs de risque liés à des effets néfastes pour les enfants. Ceux-ci peuvent être considérés comme des facteurs de risque « universels » ou communs. À l'instar des facteurs de protection, la liste du Tableau 2 constitue un point de départ utile pour identifier les facteurs de risque spécifiques au contexte<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup> Ibid.

## Facteurs de risque universels

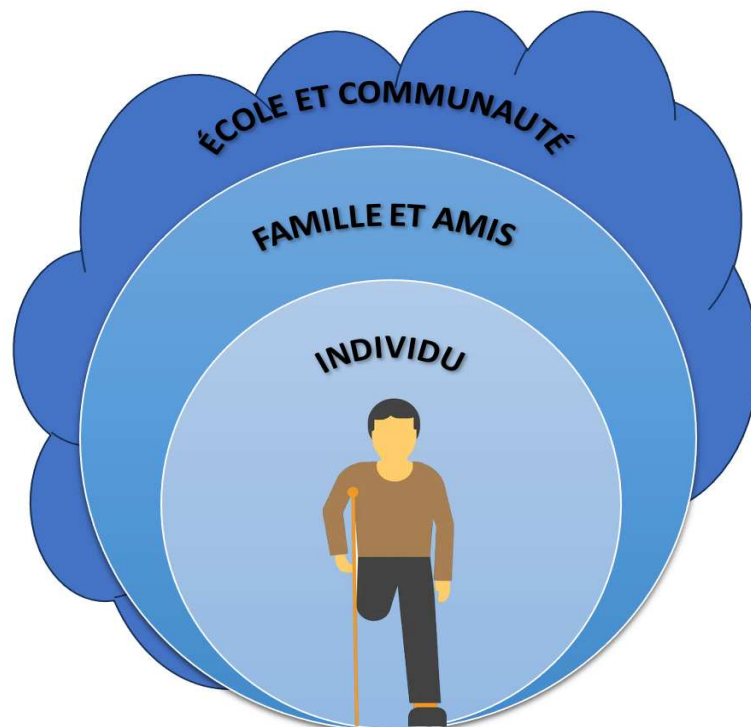
1. Naissance prématurée, anomalies congénitales, faible poids à la naissance ou exposition prénatale ou postnatale à des toxines environnementales
2. Absence de prise en charge par au moins un tuteur cohérent et attentif au cours des premières années de la vie
3. Perte ou manque d'opportunités de développer la capacité de résolution de problèmes, d'apprentissage et d'adaptation
4. Perte ou absence d'opportunités d'acquérir des compétences et des connaissances en croissance séquentielle selon les exigences de la culture
5. Besoins fondamentaux non satisfaits (tels qu'un accès limité à une alimentation adéquate, à un abri, à de l'eau potable, à des vêtements adaptés au climat et à des soins médicaux)<sup>11</sup>
6. Séparation familiale, temporaire ou permanente, due au décès ou à l'incapacité de poursuivre la prise en charge de la part d'un ou plusieurs parents ou des principaux tuteurs (par exemple, à la suite d'un déplacement forcé, d'une incarcération, d'une déportation, d'un conflit armé, de privations ou de persécutions extrêmes, d'une blessure ou d'une maladie physique ou mentale)
7. Exposition à la violence structurelle, sociale ou interpersonnelle (y compris le racisme, la discrimination et la marginalisation liées à la caste ou à l'ethnie, la discrimination basée sur le genre, la violence parrainée par l'État, la violence communautaire, la violence familiale ou entre partenaires intimes, ou les abus physiques, sexuels ou émotionnels)
8. Absence ou perte d'accès à une éducation formelle et non formelle efficace
9. Perte des liens communautaires
10. Normes sociales ou de genre néfastes
11. Absence ou non-application des cadres juridiques et normatifs destinés à protéger les enfants contre les abus, la négligence, l'exploitation et la violence
12. Déplacement résultant d'une migration forcée ou de la perte du domicile

Il est essentiel de penser la résilience en prenant en compte en même temps, les facteurs de protection et de risque qui sont tous les deux incontournable pour cultiver la résilience. Comme Amira Karray et Daniel Derivois l'ont formulé dans un article de *The Conversation* paru en 2020 : « *plus les populations vivent dans des environnements sécurisés, moins la résilience est mise en avant pour penser leurs*

*stratégies mobilisées en cas de grandes difficultés. Plus le contexte est précaire, plus la résilience est mise en relief »<sup>71</sup>.*

La résilience peut être définie comme, une capacité, une force ou un processus qui permet de faire face à l'adversité. Cette définition de la résilience sous-entend que les individus utilisent à la fois des ressources internes et externes dont ils disposent (facteurs de protection) pour surmonter les difficultés, l'adversité (facteurs de risque).

Cette illustration montre bien les trois dimensions des facteurs de protection qui protègent l'individu des facteurs de risque.



### **1.7- Le traumatisme de l'amputation de membre**

Cette formulation, cet intertitre sous-entend que nous prenons le parti pris de considérer l'amputation de membre d'emblée comme un traumatisme. Alors que, le traumatisme, tel que mentionné plus haut, se situe dans l'après coup de l'événement ou du trauma. Mais en regard de notre population d'étude nous pouvons parler de

---

<sup>71</sup> Karay A. et Derivois D. (2020), Quelle résilience pour quels modèles de société ? <https://theconversation.com/fr>

traumatisme de l'amputation de membre. D'autant plus que l'irréversibilité de la perte, le changement brutal apporté au corps de la victime et le rappel quotidien de l'événement à travers le moignon en font une expérience traumatique à bien des égards.

La décision de réaliser une amputation de membre est toujours complexe, surtout qu'il s'agit d'enlever défensivement une partie ou tout un membre. Dans les circonstances d'une catastrophe naturelle, la décision d'amputer une victime peut s'avérer être une condition de survie. Dans ces genres de contextes la décision d'amputer le patient est prise en urgence, et dans l'Idéal par un chirurgien expérimenté [S. Rigal 2012]<sup>72</sup>. Mais quel que soit les causes, le contexte ou le type d'amputation, une telle expérience entraîne des conséquences physiques et psychologiques [Panyi LK, Lábadi B. 2015]<sup>73</sup>. Puisque l'irréversibilité de la perte d'une partie de son corps fait de l'amputation de membre une expérience qui change la vie du sujet à jamais. Le contexte et le type d'amputation peuvent impacter le sens et les représentations de la perte, mais une amputation de membre reste une expérience traumatique. Même si les victimes vivent différemment cette expérience de perte d'une partie de leur corps, en fonction de leurs ressources psychiques et culturelles, une amputation de membre entraîne un véritable travail de deuil et de symbolisation<sup>74</sup>.

En termes de conséquences physiques nous pouvons considérer le déséquilibre physique qu'entraîne une amputation de membre et d'un autre côté, il faut souligner que les conséquences physiques peuvent varier selon le type d'amputation. En effet, les patients victimes d'une amputation au niveau du genou ont une meilleure qualité de vie que les patients amputés au-dessus du genou. Dans la mesure du possible, il est préférable de réaliser des amputations qui laissent un membre résiduel plus long<sup>75</sup>.

---

<sup>72</sup> Rigal, S.. (2012). Extremity amputation: How to face challenging problems in a precarious environment. *International orthopaedics*. 36. 1989-93. 10.1007/s00264-012-1548-z.

<sup>73</sup> Panyi LK, Lábadi B. [[Psychological adjustment following lower limb amputation](#)]. *Orv Hetil*. 2015 Sep 27;156(39):1563-8. doi: 10.1556/650.2015.30257. Review. Hungarian. PubMed PMID: 26550913.

<sup>74</sup> Forducey, P.G., Ruwe, W. D., Kaur, W. D. (2006). Psychological consequences of amputation. In Carroll, K. & Edelstein, J. E. *Prosthetics and patient management: a comprehensive clinical approach*. U.S.A: Slack incorporated, 2006, pp. 65-75.

<sup>75</sup> Penn-Barwell, J. G. (2011). Outcomes in lower limb amputation following trauma: a systematic review and meta-analysis. *Injury*, 42(12), 1474-1479.

Pour ce qui concerne les conséquences psychologiques nous pouvons retenir deux grandes catégories : 1- les conséquences de l'amputation sur les représentations personnelles et socioculturelles de l'image du corps de la personne amputée. Et 2- les sensations et douleurs du membre fantôme.

### **1.8- Les représentations de l'image du corps**

Il y a une différence entre le schéma corporel et l'image du corps. La notion de schéma corporel est apparue vers le début du XXème siècle. Elle a été proposée par Bonnier et reprise par Head en opposition à la notion de cénesthésie. Cette dernière a été utilisée pour parler de la représentation du corps<sup>76</sup>.

D'un point de vue socioculturel, les sujets victimes d'amputation de membre sont représentés comme étant des *personnes handicapées* ou invalides dans le contexte occidental (Ville, I. 2002)<sup>77</sup>. Car avec la perte d'un membre vient réduire les capacités physiques du sujet, il ne pourra donc plus fournir le même rendement dans la chaîne de production. Puisque dans ce cadre culturel ou règne la survalorisation des commodités matériels, la production à grande échelle et la consommation à outrance ont beaucoup d'effets sur les représentations de la personne humaine. Car, chaque individu est susceptible d'être : une force de travail, de production, de création de richesse ou un simple consommateur à la charge de la société. Le sujet amputé peut être considéré comme un poids pour sa famille et la société. Dans l'esprit de la loi de 2005<sup>78</sup>, il est préconisé de parler de personnes porteuses de handicap ou personnes vivant avec un handicap au lieu de parler de personnes handicapées. Cette initiative vise un changement de paradigme riche de sens mais la représentation discriminante du handicap persiste encore.

Dans le cadre culturel africain et/ou chez les afro-descendants, la personne porteuse de handicap peut être représentée comme une personnalité singulière. Puisque dans

---

<sup>76</sup> Morin C. (2014), Schema corporel, image du corps, image spéculaire. Neurologie et psychanalyse, Paris, Toulouse.

<sup>77</sup> Ravaut, J.-F., Letourmy, A., & Ville, I. (2002). Les méthodes de délimitation de la population handicapée : L'approche de l'enquête de l'Insee Vie quotidienne et santé: Population, Vol. 57(3), 541-565. <https://doi.org/10.3917/popu.203.0541>

<sup>78</sup> LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

leurs référentiels culturels, l'homme est né esprit avant de devenir un être humain<sup>79</sup>. Le corps est le lieu de manifestation de l'énergie de vie qui décide de venir faire l'expérience de la vie. Le corps peut être considéré comme lieu de cristallisation de la maladie, de la souffrance et de la douleur<sup>80</sup>. Mais avec la mondialisation qui vise une certaine occidentalisation du monde, avec les médias et toutes les influences culturelles, les personnes amputées et/ou porteuses de handicap sont susceptibles d'être victimes de représentations discriminatoires un peu partout à travers le monde.

## **1.9- Les sensations et douleurs du membre fantôme**

La première description des douleurs fantômes a été faite vers les années 1545 par Ambroise Paré chirurgien français. La notion de "membre fantôme" a été proposée par Silas Weir Mitchell en 1871, mais la nomenclature médicale actuelle préfère utiliser la notion d'"hallucinoïde". La notion fantôme fait référence aux revenants qui viennent hanter les maisons, comme ses sensations ou douleurs qui peuvent surgir à tout moment. Quand nous parlons du membre fantôme il y a deux éléments à prendre en compte :

### **1.9.1- Les sensations fantômes**

Elles consistent en une prise de conscience du membre ou d'une partie du membre amputé. Il ne s'agit pas de douleur mais d'une prise de conscience de sa forme, sa position et même ses mouvements. Ces sensations sont bien réelles et présentes chez tous les sujets amputés et se manifestent chez certains sujets justes après l'atténuation de l'effet de l'anesthésie, et chez d'autres quelques jours après l'opération. Elles se modifient avec le temps, voire même disparaissent chez certains sujets particulièrement chez les jeunes et les adolescents qui se trouvent alors en pleine période de croissance. Mais pour certains sujets, ses sensations persistent durant des années et ne s'arrêtent jamais.

---

<sup>79</sup> Surgy, A. D. (1975). Le « culte des ancêtres » en pays evhé. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, 1, 105-128. <https://doi.org/10.4000/span.205>

<sup>80</sup> Moukouta, C.S. (2005). *Maladie mentale : itinéraires thérapeutiques au Congo*. Paris : Paari

### 1.9.2- Les douleurs fantômes

Ce sont des douleurs transférées à un membre ou à une partie d'un membre amputé. Elles font partie de ce qu'on appelle les douleurs neurochimiques ou encore neurogènes. Elles y occupent une place spéciale, car elles trouvent au même rang des douleurs inflammatoires et des dysfonctionnements qui font partie du groupe des douleurs chroniques.

Pour mieux comprendre le phénomène du membre fantôme, le Dr Max Ortiz propose l'hypothèse d'une « intrication stochastique ». Selon cette dernière, après une amputation de membre, les circuits neuronaux qui s'occupaient du membre amputé perdent leur rôle. À la suite de ce déséquilibre, les circuits neuronaux liés au membre manquant vont s'associer à d'autres réseaux de neurones, notamment celui qui est responsable de la perception de la douleur<sup>81</sup>. Cette nouvelle approche vise une meilleure compréhension de la douleur du membre fantôme et surtout des traitements mieux adaptés pour soulager les patients touchés.

Les douleurs fantômes autant que les autres douleurs neuropathiques ont trois origines possibles : les lésions du système nerveux central ou périphérique, les prédispositions génétiques et l'influence des facteurs psychosociaux.

Chez certains patients amputés de membres les sensations fantômes surviennent tout de suite après l'amputation alors que chez certains autres patients les sensations et/ou douleurs fantômes surviennent beaucoup de temps après l'amputation. Si quasiment tous les patients amputés de membre ont des sensations fantômes, entre 30 à 85 % d'entre eux ont des douleurs fantômes [Limakatso, Katleho et al. 2019<sup>82</sup> ; Ahmed A. et al.2017]<sup>83</sup>.

---

<sup>81</sup> Ortiz-Catalan M (2018) The Stochastic Entanglement and Phantom Motor Execution Hypotheses: A Theoretical Framework for the Origin and Treatment of Phantom Limb Pain. *Front. Neurol.* 9:748. doi: 10.3389/fneur.2018.00748

<sup>82</sup> Limakatso, K., Bedwell, G. J., Madden, V. J., & Parker, R. (2019). The prevalence of phantom limb pain and associated risk factors in people with amputations : A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 8(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0938-8>

<sup>83</sup> Ahmed, A., Bhatnagar, S., Mishra, S., Khurana, D., Joshi, S., & Ahmad, S. (2017). Prevalence of phantom limb pain, stump pain, and phantom limb sensation among the amputated cancer patients in India : A prospective, observational study. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), 24. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.197944>

Il faut cependant souligner que la prévalence de douleurs fantômes chez les personnes amputées n'est pas claire. C'est peut-être à cause de rapports contradictoires dans la littérature [Limakatso, Katleho et al. 2019]<sup>84</sup>. En effets, si certaines études ont indiqué une prévalence qui s'élève à 85% [Sherman RA, Sherman CJ. 1983<sup>85</sup> ; Parkes CM. 1973<sup>86</sup>], il y a une étude qui a signalé une prévalence de 33% [Ahmed A. et al.2017]<sup>87</sup>. Il est donc évident que les rapports sur la prévalence de douleurs fantômes sont déconcertants. Nous pouvons essayer d'expliquer cette divergence à la fois par la variation des périodes au cours desquelles les études ont été réalisées, les pays dans lesquels les études ont été menées et les processus de recrutement mis en œuvre lors de la collecte de données épidémiologiques [Maimela E. et al. 2016]<sup>88</sup>.

Les récentes recherches en neuro sciences démontrent que notre cerveau reste, tout au long de notre vie, éminemment plastique et modulable. Ce qui nous permet de nous ajuster continuellement aux différents états de notre existence. L'affectation, ou l'éclatement de l'intégrité corporelle, affecte et brise la cohérence des mécanismes liés à la plasticité cérébrale. Chantal Junker-Tschopp a publié un article autour d'une approche, qu'elle pratique en Haïti depuis le séisme du 12 janvier 2010, pour la prise en charge des sujets amputés qui ont des douleurs fantômes. En effet, au-delà de l'affectation du schéma corporel, l'amputation entraîne une certaine désorganisation, un point de rupture temporel que le corps ne peut intégrer. Par la technique de la boîte à miroir elle a essayé de provoquer une certaine illusion pour apprendre au corps à intégrer la perte. Dans cet article de 2013 elle a dit : « *En le trompant, en l'illusionnant grâce à la vision. La démarche utilisée vise l'annulation de cette illusion qu'est le membre fantôme, en la combattant par une autre illusion, une illusion spéculaire !* »<sup>89</sup>

---

<sup>84</sup> Ibid

<sup>85</sup> Sherman, R. A., & Sherman, C. J. (1983). Prevalence and characteristics of chronic phantom limb pain among American veterans. Results of a trial survey. *American Journal of Physical Medicine*, 62(5), 227-238.

<sup>86</sup> Parkes, C. M. (1973). Factors determining the persistence of phantom pain in the amputee. *Journal of Psychosomatic Research*, 17(2), 97-108. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(73\)90010-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(73)90010-X)

<sup>87</sup> Ibid

<sup>88</sup> Maimela, E., Alberts, M., Modjadji, S. E. P., Choma, S. S. R., Dikotope, S. A., Ntuli, T. S., & Van Geertruyden, J.-P. (2016). The Prevalence and Determinants of Chronic Non-Communicable Disease Risk Factors amongst Adults in the Dikgale Health Demographic and Surveillance System (HDSS) Site, Limpopo Province of South Africa. *PLOS ONE*, 11(2), e0147926. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147926>

<sup>89</sup> Junker-Tschopp, C. (2012). Corps amputé, corps appareillé : comment reconstruire et réinvestir ce corps malmené dans son unité? Schéma corporel et perspectives neuro-psychomotrices. *Les Entretiens de Psychomotricité*. Bichat, 47-53



## **1.10- Situation des personnes amputées en Haïti et dispositif d'aide**

Certains immeubles construits après le séisme du 12 janvier 2010 commencent à être plus ou moins adaptés mais le problème d'accessibilité des personnes vivant avec un handicap reste un véritable problème de santé publique. La situation des personnes amputées de membre est donc très difficile en Haïti. Une expérience d'amputation est particulièrement complexe dans ce contexte ou en termes de représentations socio-culturelles, les personnes amputées et/ou handicapées sont considérées comme bon à rien, un poids pour la société et voire une honte pour leur famille. Qualifiées péjorativement de « *kokobe* » insulte créole signifiant « bon à rien, sous-homme », elles sont obligées de supporter le regard et les commentaires négatifs de ceux qui ont peu de bienveillance pour elles. En termes d'accessibilité, les logements et les transports en commun n'étant pas adaptés aux personnes en situation de handicap, elles ont beaucoup de difficulté à se déplacer et travailler pour pouvoir subvenir à leurs besoins. De ce fait, certaines sont obligées de faire la manche pour pouvoir se nourrir. Ainsi elles sont discriminées et considérées comme des mendiants, des rejetées de la société qui suscitent de la pitié.

Healing Hands for Haïti (HHH) est l'une des organisations non gouvernementales qui travaillent de concert avec le secrétaire d'état pour l'intégration des personnes handicapées en Haïti. Healing Hands for Haïti est une institution qui participe à l'accompagnement de ces milliers de personnes victimes du séisme du 12 janvier en Haïti. Elle a mis en place un dispositif d'accompagnement des personnes amputées de membre. Ces dernières sont accompagnées à la fois en termes de rééducation et de réadaptation, mais surtout au niveau de l'appareillage. Parce que le centre de rééducation de HHH est également doté d'un atelier de fabrication de prothèse.

Entre 4000 à 7000 personnes amputées ont été recensées parmi les victimes du séisme du 12 Janvier 2010 en Haïti [Cénat J. M., 2018]. Le nombre de personnes porteuses de handicap a considérablement augmenté dans le pays, et le problème d'accessibilité devient de plus en plus manifeste.

## **1.11- Le traumatisme de l'amputation de membre et les effets du contexte sur le processus de résilience du sujet**

Chaque sujet victime d'amputation de membre vit cette expérience de perte d'une partie de son corps à sa manière et en fonction de ses ressources psychiques.

D'autant plus que le contexte et les conditions dans lesquelles la personne s'est fait amputer peuvent impacter les stratégies ou le processus de résilience. Différentes recherches (Cénat & Derivois, 2014b<sup>90</sup>; Derivois et al, 2014a<sup>91</sup>, 2014b<sup>92</sup> ; Cadichon & Derivois D., 2016<sup>93</sup>) montrent une certaine corrélation entre les conditions socioéconomiques et les stratégies que les sujets sont susceptibles de développer dans les situations traumatisantes. Ces recherches indiquent que plus les conditions sont difficiles, plus les sujets sont susceptibles d'inventer des stratégies d'adaptation paradoxales.

En effet, (Cyrulnik B., 2012) souligne qu'il faut différencier l'épreuve du traumatisme<sup>94</sup>. Puisque le traumatisme, concept fondamental de la théorie freudienne, désigne l'empreinte ou la trace qu'un événement particulier peut laisser dans le psychisme des sujets. C'est-à-dire une expérience ou un événement qui crée un vide, un état d'hébétément, une incapacité de penser ou de mettre du sens et d'inscrire l'événement ou l'expérience en question dans la psyché.

Même quand Freud n'a jamais relié explicitement le traumatisme au narcissisme, il a tout de même établi un certain lien entre eux. Dans l'Introduction à la psychanalyse (1916) il a dit : « *Et même, le terme traumatisme n'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie* »<sup>95</sup>. Ce qui laisse comprendre qu'avec ce débordement du moi l'équilibre narcissique ne tient plus. On pourrait dire

---

<sup>90</sup>Cénat J. M. & Derivois D. (2014b) Long-term outcomes among child and adolescent survivors of the 2010 Haitian earthquake. *Anxiety and Depression*, 32, 57–63.

Cénat J. M. & Derivois D. (2014a) Psychometric properties of the Creole Haitian version of the Resilience Scale amongst child and adolescent survivors of the 2010 earthquake. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 388–395.

<sup>91</sup> Derivois D., Cénat J. M. & Mérisier G. G. (2014a) Multi-natural disasters in Gonaïves Haïti: long-term outcomes among child and adolescents and social support. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 16, 292–297.

<sup>92</sup> Derivois D., Mérisier G. G., Cénat J. M., et al (2014b) Symptoms of posttraumatic stress disorder and social support among children and adolescents after the 2010 Haitian earthquake. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 19, 202–212.

<sup>93</sup> Cadichon J. M. & Derivois D. (2016) Vulnérabilité et résilience des élèves haïtiens dans le contexte post séisme en Haïti. [Vulnerability and resilience of Haitian students in the post-earthquake context in Haiti.] 57ème congrès annuel de la Société Française de Psychologie, 5–7 September 2016. Paris, France.

<sup>94</sup> CYRULNIK B. (2012), *Sauve-toi, la vie t'appelle*, Odile Jacob.

<sup>95</sup> Freud, S. (1916-1917), *Introduction à la psychanalyse*, trad. franç., Paris, Payot, 1992.

que le traumatisme provoqué par l'amputation, est dans une certaine mesure une blessure narcissique. Car, l'amputation vient affecter et porter atteinte à l'intégrité du corps. Or quand on perd une partie de son corps, on perd les qualités et les représentations de celle-ci. Cette partie perdue devient fantasmatique parce qu'au-delà de l'absence, elle continue d'exister à travers le rapport que le sujet va établir avec elle. Et c'est ce rapport qui va témoigner d'une éventuelle blessure narcissique.

Pour mener cette recherche de compréhension des processus psychiques des sujets ayant fait l'expérience d'amputation de membre, différentes approches théoriques susceptibles d'éclairer nos réflexions vont être utilisées. Dans un premier temps, la théorie du traumatisme psychique sera considérée, de l'approche freudienne jusqu'aux évolutions de ce concept fondamental de la clinique psychanalytique. Mais puisque cette recherche s'inscrit dans la continuité des travaux sur le traumatisme et la résilience réalisés en Haïti après le séisme du 12 janvier 2010, les données de ces recherches seront largement exploitées. Étant donné qu'il est question d'amputation, d'altération du corps, la théorie de l'image inconsciente du corps de Françoise Dolto (1984)<sup>96</sup> sont incontournables à cette recherche. Car, pour comprendre les enjeux de cette expérience dans la vie des sujets, il faut tenir compte des représentations de ces derniers de leurs corps mutilés.

Puisqu'il s'agit d'une expérience douloureuse et vue qu'on est dans le cadre d'une clinique de l'extrême, les invariants de l'expérience d'amputation de membre vont être analysés dans leurs effets sur le processus de résilience des victimes. De ce fait, dans cette analyse des différents tuteurs potentiels de résilience, l'approche de (Derivois D., 2012) sur les tuteurs de résilience invisibles<sup>97</sup> va fortement contribuer aux analyses. Car en fonction du cadre culturel haïtien où la foi et la pratique religieuse sont très présentes, les tuteurs de résiliences invisibles ont une place assez visible dans le système de représentation des gens. À côté de ces approches déjà citées et d'autres qui viendront compléter la réflexion, la dimension ethnopsychologique de l'expérience de perte est incontournable dans cette recherche. Puisque les ressources culturelles peuvent influencer le sens et les représentations de l'expérience de perte.

---

<sup>96</sup> DOLTO, F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil.

<sup>97</sup> Derivois D. (2012) L'hypothèse d'une résilience de l'Esprit et des esprits en Haïti. [Reflection about Resilience of Spirit and of religious spirits in Haiti.] Sciences croisées, 11, 1-9. <http://sciences-croisees.com/N11/Derivois.pdf>.

## 1.12- Les types d'amputation et leurs conséquences

Il est évident qu'une amputation de membre qui consiste en l'ablation d'un membre supérieur ou inférieur change la vie de la victime. Mais d'un point de vue physiologique, les membres résiduels plus courts exercent une plus grande pression que les membres résiduels plus longs. Ce qui entraîne donc un débat pour savoir s'il est préférable d'amputer les sujets au-dessus du genou qu'en dessous du genou. L'autre élément qui pourrait s'ajouter à ce débat concerne l'ajustement de la prothèse en vue d'une potentielle réadaptation du sujet.

Pour essayer de résoudre cette question une étude a été menée par (Penn-Barwell JG. 2011)<sup>98</sup> qui a collecté et regroupé systématiquement les données publiées et non publiées sur le sujet. En effet, cette recherche exhaustive des bases de données comme Medline, Embase et Recal a été réalisée dans l'objectif d'analyser les résultats des études (N=27) menées auprès des patients victimes d'amputation des membres inférieurs (N=3105). Cette recherche a été donc portée que sur les amputations des membres inférieurs. De ce fait, les auteurs des études publiées sur les 10 dernières années ont été contactés pour les détails non publiés. Ils ont regroupé les patients en quatre groupes selon la taille d'amputation : amputation sous le genou (N=1855), amputation du genou (N=104), amputation au-dessus du genou (N=888) et amputation bilatérale (N=258). Pour la mesure de la qualité de vie de courte durée, le score de composante physique (SCP) était la principale mesure du résultat et des éléments comme la douleur, l'emploi, la capacité de marcher 500 m et la proportion de temps pendant laquelle la prothèse est portée constituaient les résultats secondaires.

Cette étude montre les impacts d'une amputation de membre à différents niveaux sur la vie des patients. Les résultats montrent que les patients avec une amputation du genou ont une meilleure qualité de vie que les patients atteints d'une amputation au-dessus du genou. Et en fonction de ces résultats, il est donc préférable de soutenir la stratégie chirurgicale qui consiste à maintenir une longueur maximale du membre résiduel et à réaliser de préférence une amputation du genou qu'une amputation au-dessus du genou dans la mesure du possible. Ces invariants de l'expérience

---

<sup>98</sup> Penn-Barwell, J. G. (2011). Outcomes in lower limb amputation following trauma: a systematic review and meta-analysis. *Injury*, 42(12), 1474-1479.

d'amputation de membre doivent être prises en compte parce qu'ils peuvent potentiellement impacter le vécu de l'expérience de perte.

### 1.13- L'expérience d'amputation de membre et la culture

La culture joue un rôle crucial en psychologie clinique<sup>99</sup>. Elle influence la manière dont les individus perçoivent, comprennent et expriment leurs émotions, leurs expériences et leurs troubles mentaux. La diversité culturelle des personnes doit être prise en compte pour mieux adapter le dispositif de soins. La prise en charge des personnes doit donc être pensée dans une perspective de décentration. Les professionnels ne sont pas obligés de partager ou d'adhérer aux croyances, aux valeurs et aux pratiques des personnes qu'ils accompagnent. L'essentiel c'est de se décentrer pour donner aux personnes la possibilité de se représenter, de mettre du sens sur leur expérience traumatisante selon leur mode de significations. L'approche interculturelle peut être essentielle quand nous accompagnons des personnes de diverses origines culturelles, pour assurer des évaluations et des suivis thérapeutiques adaptés.

Quand nous parlons de culture, il y a comme une tendance à faire référence à la pratique religieuse, des rituels etc. Alors que la culture est plus large et englobe beaucoup plus d'éléments. La notion de culture dans les sciences humaines a évolué avec le temps et englobe diverses perspectives et définitions. Voici une brève évolution de cette notion :

1. Culture comme expression artistique et intellectuelle : au prime abord, la culture était souvent liée à des expressions artistiques, intellectuelles et historiques. Cela inclut la musique, la littérature, les arts visuels, la philosophie, etc<sup>100</sup>.
2. Culture comme ensemble de valeurs et de croyances : Au fur et à mesure que les sciences sociales se sont développées, la culture a été perçue comme un ensemble de valeurs, de croyances, de normes et de pratiques partagées par un groupe ou une

---

<sup>99</sup> Coyer, G. (2020). L'usage clinique de la notion de culture. *Psychologie clinique et projective*, 27, 13-33. <https://doi.org/10.3917/pcp.027.0013>

<sup>100</sup> Graber, C. B. (2006). The New UNESCO Convention on Cultural Diversity : A Counterbalance to the WTO?1. *Journal of International Economic Law*, 9(3), 553-574. <https://doi.org/10.1093/jiel/jgl018>

société. Cette perspective met l'accent sur la manière dont la culture influence le comportement et les interactions sociales<sup>101</sup>.

3. Culture comme identité et diversité : Dans les dernières décennies, la notion de culture a évolué pour mettre en avant l'identité culturelle et la diversité. Les chercheurs ont pris en compte la multiculturalité et la manière dont les individus naviguent entre différentes cultures, en mettant l'accent sur l'intersectionnalité des identités culturelles (par exemple, genre, race, classe)<sup>102</sup>.

4. Culture comme processus dynamique : De nos jours, la culture est considérée comme un processus dynamique en constante évolution. Elle est influencée par les interactions, la mondialisation, la technologie et d'autres facteurs qui modifient continuellement les pratiques culturelles<sup>103</sup>.

Somme toute, la notion de culture dans les sciences humaines a évolué de la simple expression artistique à une perspective plus complexe qui englobe les valeurs, l'identité, la diversité et des processus dynamiques. Cette évolution reflète la manière dont les chercheurs et les sociétés ont pris conscience de la complexité de la culture et de son rôle central dans la compréhension des êtres humains et de leur société. Cette définition de la culture selon l'Unesco étaye bien notre réflexion : « *La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances* »<sup>104</sup>.

De ce fait, quand nous parlons de culture nous entendons des modes de représentations ou des modèles explicatifs sur diverses expériences humaines. Les sujets, les groupes

---

<sup>101</sup> Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I. & Vas, A. (2018). Chapitre 31. Edgard Schein. Dans : , D. Autissier, I. Vandangeon-Derumez & A. Vas (Dir), *Conduite du changement : concepts clés: 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs* (pp. 305-312). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2018.01.0305>

<sup>102</sup> Nowicki, J. (2008). La diversité culturelle comme élément d'identité nationale : le cas de l'europe médiane. *Hermès, La Revue*, 51, 101-105. <https://doi.org/10.4267/2042/24182>

<sup>103</sup> Vinsonneau, G. (2002). Le développement des notions de culture et d'identité : un itinéraire ambigu. *Carrefours de l'éducation*, 14, 2-20. <https://doi.org/10.3917/cdle.014.0002>

<sup>104</sup> UNESCO (1982). Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982.

et les sociétés se représentent les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement de leurs maladies selon un système de savoirs véhiculé par leurs cultures<sup>105-106</sup>.

Le concept de cadre culturel<sup>107</sup> était important à prendre en compte dans la perspective de cette recherche qui a été réalisée sur deux terrains Haïti/France. Le cadre culturel fait référence à l'ensemble des éléments culturels qui influencent la manière dont les individus perçoivent le monde et interagissent avec lui. Il englobe les valeurs, les croyances, les normes, les traditions, la langue, l'histoire et d'autres aspects culturels qui façonnent les comportements et les attitudes des personnes au sein d'une société donnée. Pour comprendre la diversité culturelle et les différences interculturelles dans le monde nous devons nous appuyer sur la notion de cadre culturel.

Une expérience comme l'amputation de membre peut être profondément influencée par le cadre culturel de la personne. Les attitudes envers l'amputation, les soins médicaux, la réadaptation et la perception de la personne amputée varient d'une culture à l'autre. Voici quelques exemples de la manière dont le cadre culturel peut impacter la représentation de l'amputation de membre :

1. Perceptions de la santé : Les croyances spécifiques sur la santé et la maladie véhiculées par certaines cultures peuvent affecter la manière de considérer une amputation<sup>108</sup>. Une amputation peut être considérée ou représentée comme le résultat de causes surnaturelles ou spirituelles dans certaines cultures. Une adolescente de 14 ans rencontrée en Haïti nous disait avec conviction que son amputation a des origines surnaturelles.

2. Stigmatisation : D'une culture à l'autre les attitudes envers les personnes amputées peuvent varier. Dans certaines cultures, il peut y avoir une tendance à stigmatiser les personnes qui perdent un membre, tandis que d'autres cultures peuvent avoir des

---

<sup>105</sup> Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2014). Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé (2e éd). Dunod.

<sup>106</sup> André F. (2023), L'expérience de la douleur : les représentations culturelles pour donner du sens, SOINS PÉDIATRIE-PUÉRICULTURE - no 330

<sup>107</sup> Balthazar, L. (2022). Chapitre 3. Le cadre culturel: Le style national. Dans : Charles-Philippe David éd., *La politique étrangère des États-Unis: Fondements, acteurs, formulation* (pp. 99-131). Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.david.2022.01.0099>

<sup>108</sup> Ait Ameer, A., Benhemouda, M., & Belaid, A. (2019). Maladie mentale : Quand les croyances familiales entravent le soin. *French Journal of Psychiatry*, 1, S159.

<https://doi.org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.439>

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590241519309390>)

perceptions plus inclusives et positives. En Haïti les personnes amputées et/ou en situation de handicap subissent beaucoup de stigmatisations comme témoignent beaucoup de personnes rencontrées.

3. Accessibilité aux soins de santé : L'accès aux soins de santé et à la réadaptation après une amputation peut être influencé par des facteurs culturels. Dans la mesure où la quête de soin peut dépendre de la représentation de la personne de sa maladie ou son handicap<sup>109</sup>. L'une des personnes rencontrées en Haïti par exemple, avait demandé l'autorisation d'aller jeuner une semaine avant de commencer le processus d'appareillage et de réadaptation. Les professionnels ont accepté vraiment qu'elle aille jeuner une semaine. Et puis, après sa semaine de jeûne elle est revenue prête à investir le dispositif de prise en charge. Elle a été la première à savoir marcher avec la prothèse sans trop de difficultés. Dans le cas de cette personne sa croyance a été utilisée comme tuteur de résilience<sup>110</sup>, mais pour d'autres la croyance pouvait empêcher aussi l'adhésion de la personne à l'appareillage. Puisque la représentation du corps sacralisé qui est véhiculée dans certaines pratiques religieuses pouvait contrarier l'acceptation de l'ajout d'un appareil, qui peut être considéré comme un corps étranger, au corps sacré, temple de la divinité<sup>111</sup> ou de l'esprit. Dans la démarche de cette personne qui a demandé d'aller jeuner, nous pouvons entendre aussi le besoin d'avoir l'accord de Dieu avant d'intervenir sur son corps.

4. Rôles sociaux : Selon les cultures, les attentes et les rôles sociaux des personnes amputées peuvent être différents. Dans certains cadres socioculturels, par exemple en Haïti, les personnes en situation de handicap ont une représentation péjorative « kokobe » et on s'attend plus à les voir faire faire la manche au coin de la rue. De ce fait, quand une personne porteuse de handicap arrive à faire des études et avoir un poste et une fonction comme professionnelle, c'est très valorisant. D'où la nécessité de continuer d'œuvrer pour l'intégration des personnes en situation de handicap. Et puis, si dans certaines cultures ils vont mettre beaucoup l'accent sur la collectivité et

---

<sup>109</sup> Bénony, H. & Bioy, A. (2012). 4. Les représentations de la maladie. Dans : Antoine Bioy éd., *L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin: En 58 notions* (pp. 19-24). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2012.01.0019>

<sup>110</sup> Braud, M. (2018). Clinique dialogique de l'extrême et attachement narratif : la résilience des maux par les mots. *Le sujet dans la cité*, 2(2), 195-207.

<https://doi.org/10.3917/lstdlc.009.0195>

<sup>111</sup> 1 corinthiens 6 : 19, Bible



la famille pour aider la personne amputée, d'autres peuvent valoriser l'autonomie et/ou l'individualité. C'est d'ailleurs tout l'intérêt de ses structures en France qui accompagnent des personnes en situation de handicap à garder une certaine autonomie.

Il est important de reconnaître l'impact du cadre culturel sur la représentation de l'amputation de membre pour fournir des soins de santé et un accompagnement psychologique adaptés à chaque individu. Les professionnels de la santé doivent être sensibles aux différences culturelles et se décentrer pour écouter les valeurs et les croyances des personnes pour leur offrir un accompagnement global qui répond mieux à leur besoin.

#### **1.14- La notion de fantôme et ses résonances culturelles**

Par culture, nous entendons des modes de représentations ou des modèles explicatifs sur diverses expériences humaines. Les sujets, les groupes et les sociétés se représentent les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement de leurs maladies selon un système de savoirs véhiculé par leurs cultures<sup>112</sup>. Comme a fait remarquer Cedraschi C. (2003)<sup>113</sup> les sujets douloureux ne mettent pas le même sens et les mêmes valeurs sur leurs expériences douloureuses. Cette diversité de sens est déterminée par les orientations collectives spécifiques aux milieux de vie des sujets.

Il faut souligner que la description de ces sensations et douleurs, et l'utilisation de la notion de fantôme pour sa mise en sens sont d'origine occidentale. Ambroise Paré et Silas Weir Mitchell ont fait appel à un modèle explicatif, fantôme, qui correspond à leur cadre culturel. Même si à travers la popularisation de la fête d'Halloween la notion « fantôme » tend à devenir une référence mondialisée, en revanche, elle n'a pas la même résonance dans toutes les cultures. C'est pour cela que nous proposons de considérer le membre fantôme comme analyseur de l'université psychique. En effet, il s'agit du même phénomène vécu par les personnes amputées de membre des quatre coins de la planète Terre, mais représenté avec des modalités diverses.

---

<sup>112</sup> Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2014). Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé (2e éd). Dunod.

<sup>113</sup> Cedraschi C. (2003). Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique. Dans J. Wrobel, Aspect psychologique de la douleur chronique Paris, 2003, pp. 106-118.

Pour une meilleure prise en charge des patients confrontés à ces expériences extrêmes, le dispositif doit manifester une certaine souplesse. Le clinicien a besoin de se mettre à l'écoute du patient qui doit se sentir suffisamment contenu et accompagné jusqu'à donner libre cours à ses représentations de son expérience. Et c'est en ayant cette possibilité de se faire une copie de l'expérience traumatique que le patient pourra subjectiver.

Betty âgée de 38 ans a été amputée de sa jambe droite. Elle est prise en charge au centre Healing Hands for Haïti (HHH) depuis son amputation dans la perspective de son appareillage. Après la première rencontre avec l'orthoprothésiste et la prise de mesure pour la fabrication de sa prothèse, elle a demandé une semaine pour aller jeûner. En effet, elle est chrétienne pratiquante. Les professionnels du centre ont accepté très rapidement sachant que le jeûne et la prière sont des pratiques très prisées en Haïti. Elle est partie jeûner une semaine comme elle l'a demandé. Et puis quand elle est revenue, elle était la première à savoir marcher avec la prothèse.

Au-delà de l'effort et l'assiduité à effectuer les exercices avec l'orthoprothésiste, cette semaine a contribué aussi au résultat. Le jeûne a été utilisé dans ce cadre-là comme tuteur de résilience. Jeuner peut vouloir dire qu'elle avait besoin de l'approbation de son Dieu pour accepter d'ajouter un corps étranger, la prothèse, à son corps sacralisé. Puisque dans la Bible, le livre sacré du christianisme, le corps du chrétien est considéré comme le temple du saint esprit<sup>114</sup>. Cette utilisation du jeune comme tuteur de résilience participe aussi au processus de subjectivation. Car, en ayant la conviction que Dieu l'a autorisé à utiliser cette prothèse pour retrouver une certaine validité, elle peut, par la même occasion, mieux intégrer psychiquement cette expérience potentiellement traumatique.

Mr HM, 68 ans a été amputé de sa jambe gauche après un accident en scooter. Il s'est divorcé de son épouse, la mère de ses deux filles parce qu'il a voulu assumer tout seul les conséquences de son amputation. Ingénieur de profession, il a dû se reconvertir parce qu'il ne pouvait pas continuer de travailler comme avant avec une prothèse. Il a

---

<sup>114</sup> Rigal, S.. (2012). Extremity amputation: How to face challenging problems in a precarious environment. *International orthopaedics*. 36. 1989-93. 10.1007/s00264-012-1548-z.

repris ses études pour devenir psychologue avec une spécialisation en TCC. Tout en assumant seul, les conséquences de cette perte de sa jambe, il s'est orienté vers un métier, une pratique professionnelle qui l'aidera à mettre du sens sur son expérience traumatique. Il a su utiliser les études de psychologie pour mettre en récit cette lourde perte et se réappropriier son corps autrement.

Alors que Betty a utilisé sa croyance comme tuteur de résilience, Rigaud a utilisé des études et un métier pour mettre du sens sur son expérience. Le corps éprouvé doit être réapproprié, réinvestit et habité autrement.

### **1.15- Le processus d'acceptation d'une amputation**

Dans le cadre de ce travail nous allons tenir compte des cinq étapes du modèle de Kubler-Rosse<sup>115</sup>, entre l'annonce ou la découverte de l'amputation et son acceptation :

- **le déni** « non, ce n'est pas à moi que cela arrive ! ». « C'est un mauvais rêve, je vais bientôt me réveiller ! ». Le patient venant d'être amputé ne peut accepter la réalité, mais cette étape est généralement de courte durée. Car, le moignon de l'amputation témoigne de l'évidence de ce qui est arrivé, de la partie amputée.

- **L'agressivité et la révolte** « pourquoi moi ? », « C'est la faute de... ». Dans de telle circonstance la personne va chercher un bouc émissaire pour porter la faute. Car, elle ne peut pas porter le fardeau de la culpabilité en plus de ce qui lui est arrivé. Cette étape participe aussi dans la quête de sens de ce qui lui est arrivé.

- **Le marchandage** « D'accord puisque je n'ai pas le choix ; mais il m'est impossible d'accepter tout ce que l'on me dit être nécessaire. Je ferai uniquement ce que j'estime indispensable ». C'est aussi une tentative de donner du sens à l'expérience d'amputation. C'est une manière d'aborder la souffrance psychologique de l'amputation.

- **La dépression** : Il ne s'agit pas de la dépression dans le sens classique du terme, mais dans le sens de lâcher la pression. Car, au fur et à mesure, si la personne est

---

<sup>115</sup> Kubler-Rosse E. (2010), la mort est une question vitale. Paris : Albin Michel, 240 pages.

accompagnée dans ce processus de deuil, elle va commencer à relativiser et la pression va s'atténuer.

- **L'acceptation** : c'est la dernière étape, à ce niveau la personne est arrivée à donner du sens à son amputation et à sa vie.



## **METHODOLOGIE GENERALE**



## CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE GENERALE

*« Quand une impression te frappe, ne la laisse pas te désarçonner. Dis-lui juste : Attends un peu, fais voir qui tu es et ce que tu représentes. Laisse-moi te tester. »*

Épictète

*« Le chercheur est le premier objet de la recherche. »*  
J. BARUS-MICHEL, 1986

Dans la réalisation de cette recherche nous avons utilisé une *méthodologie qualitative* en articulant *dispositif praticien et dispositif de recherche*. Le dispositif praticien se situe à deux niveaux dans le processus de recherche : dispositif praticien avant la recherche et dispositif praticien pendant la recherche.

D'abord au point de départ à partir de l'expérience clinique du contexte post-séisme. En effet, puisque les premiers questionnements sur la problématique de cette recherche remontent à une expérience clinique, il était nécessaire de prendre en compte cette expérience là comme prémisses de ce travail de recherche. Ce *dispositif praticien avant la recherche* où j'avais rencontré le jeune Kenol amputé de son bras fait donc partie du dispositif général de cette recherche. Une professeure à l'Université Lumière Lyon 2 m'avait conseillé de réaliser un travail sur cette expérience clinique. Au cours de ma pratique je suis de plus en plus convaincu qu'une pratique clinique s'accompagne très régulièrement d'un processus de recherche. Comme le précise R. Roussillon :

*« La recherche sur les pratiques cliniques et à partir des pratiques cliniques paraît de plus en plus incontournable. Je suis persuadé qu'elle est appelée à se développer de plus en plus, qu'elle est même en partie une des conditions de la survie de la pratique clinique qui sera de plus en plus confrontée à la nécessité de sa formalisation et de son évaluation. (...) Il y a une correspondance essentielle entre l'intervention praticienne et l'hypothèse de recherche, l'intervention praticienne est toujours, doit toujours être considérée comme une hypothèse de travail (...). C'est pourquoi je pense qu'il n'y a pas*



*de pratique qui ne s'accompagne d'une recherche, que la pratique ne se conçoit bien que comme pratique d'une forme de recherche. »<sup>116</sup>*

Et puis, *dispositif praticien pendant la recherche*, notamment au cours de ma pratique clinique, à la fois à l'Association *Ahuefa*, dans l'accompagnement psychologique des familles de toutes origines culturelles qui ont des enfants placés à l'ASE et au Centre de la douleur de l'hôpital Armand Trousseau. Dans le cadre de ces pratiques cliniques j'ai pu expérimenter les effets et la véritable fonction du soutien de la famille au processus de résilience. Et puis, j'ai pu comprendre aussi que les gens pouvaient avoir besoin de faire appel à leurs représentations culturelles pour mettre du sens sur leurs expériences. J'ai publié un article en lien à la cinquième étude qui porte sur l'importance de ces représentations culturelles.

Le *dispositif de recherche* s'articule autour de deux approches méthodologiques : approche ethnographique et approche interculturelle. Et deux méthodes de collecte des données : Entretien clinique de recherche (ECR) et la méthode du photolangage©.

## **2.1- Méthodologie qualitative**

La méthodologie qualitative se concentre sur une compréhension profonde des expériences, des perceptions, de représentations et des modes de significations des individus, contrairement aux méthodes quantitatives qui se concentrent sur la mesure et l'analyse des données numériques.

La méthodologie qualitative en psychologie clinique est basée sur trois principes fondamentaux :

- a). Une compréhension approfondie de l'objet d'étude : La méthodologie qualitative vise principalement à comprendre les expériences subjectives des sujets en se concentrant sur les aspects comportementaux, cognitifs et émotionnels.
- b). La méthodologie qualitative met l'accent sur la compréhension du contexte dans lequel les individus vivent et interagissent, en tenant compte des influences sociales, culturelles et environnementales.

---

<sup>116</sup> Roussillon R. (2012). *Manuel de pratique clinique en psychologie et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

c). Construction de sens : Cette méthode met l'accent sur les processus de construction de sens et de narration pour explorer la manière dont les sujets donnent du sens à leurs expériences et les mettent en récits.

## **2.2- Techniques de recherche qualitative en psychologie clinique :**

Les chercheurs peuvent avoir recours à diverses techniques de recherches qualitatives, notamment les entretiens cliniques de recherches (ECR) que nous avons utilisé dans notre recherche. Il s'agit d'entretiens semi-directifs qui permettent aux chercheurs de recueillir des données riches et détaillées en posant des questions ouvertes tout en laissant aux participants la possibilité de s'exprimer librement.

L'observation est une technique très largement utilisé dans la recherche en psychologie clinique. Nous avons utilisé l'observation participante dans cette recherche, en suivant l'approche ethnographique présentée plus haut. Cette technique nous a permis d'être immergé dans le contexte de recherche, et simplifier notre double rôle chercheur de la recherche. Puisqu'ayant vécu une amputation comme les sujets, dans les séances de photolangage et les entretiens cliniques de recherches, il y avait comme un sentiment d'être entre nous (*témoin/victimes du même événement traumatique*).

Avant d'aller sur le terrain, j'appréhendais parce que je ne voulais pas que mon expérience personnelle d'amputation prenne trop de place dans le dispositif de recherche et impacter l'orientation des entretiens. Mais considérant que « le chercheur est le premier objet de sa recherche » selon Barus Michel, et puis, comme je ne peux pas cacher mon index j'ai abordé le terrain sans en faire un sujet. Et de fait, mon index a très rarement été mentionné dans les entretiens et les séances de photolangage©.

Le photolangage© a été utilisé dans cette recherche dans une perspective de recherche comme méthode de collecte des données. Pour l'analyse des données, nous avons utilisé la méthode d'analyse de contenu qui consiste à examiner et à catégoriser les données recueillies afin d'identifier les thèmes, les raisons et les significations émergents.

### **2.3- L'utilisation de la méthodologie qualitative dans cette recherche était motivée par les trois principales raisons suivantes :**

1. La profondeur et la richesse des données : grâce à la méthodologie qualitative, il est possible d'obtenir des données complètes et détaillées, ce qui permet une compréhension approfondie des expériences individuelles.

2. La Flexibilité : Cette flexibilité de la méthode qualitative nous a permis d'articuler dispositif praticien et dispositif de recherche sans trop grande difficultés. La méthode qualitative permet de s'adapter aux besoins et aux spécificités de chaque sujet en offrant une flexibilité dans la collecte et l'analyse des données.

3. La découverte de nouvelles perspectives : En explorant de nouvelles perspectives et en formulant de nouvelles hypothèses, la méthodologie qualitative contribue à l'avancement des connaissances dans le domaine de la psychologie clinique.

Tout compte fait, la méthodologie qualitative était essentielle à cette recherche car elle a permis de mieux comprendre les expériences individuelles des participants et d'ouvrir de nouvelles perspectives. Nous avons pu recueillir des données riches et détaillées en utilisant des méthodes de collecte des données telles que les entretiens semi-directifs, la méthode photolangage©, des observations participantes et l'analyse de contenu. La finalité de cette recherche est de contribuer à l'amélioration de la pratique clinique et à l'avancement des connaissances sur la dynamique résilience et culture. Pour garder une certaine cohérence, nous avons utilisé une grille qui a servi à la fois pour l'organisation des entretiens semi-directifs et l'analyse des contenus du discours.

## 2.4- Deux approches méthodologiques : approche ethnographique<sup>117</sup> et approche interculturelle

### 2.4.1- L'approche ethnographique

Pourquoi une approche ethnographique dans cette recherche ?

L'approche ethnographique est généralement utilisée en psychologie clinique dans l'objectif d'une compréhension globale des individus. Mais compte tenu de notre objet de recherche « *les ressources culturelles de la résilience* » une présentation plus élaborée de cette approche était nécessaire.

L'approche ethnographique est une méthode de recherche qualitative utilisée dans la recherche en psychologie clinique pour comprendre les individus dans leur contexte culturel et social. Elle s'appuie sur les principes de l'anthropologie et de la sociologie pour explorer les expériences subjectives et les interactions sociales qui affectent la santé mentale des individus. La psychologie clinique utilise l'approche ethnographique pour mettre en évidence les différences culturelles dans la manière dont les sujets ressentent et vivent leurs expériences<sup>118</sup>. Dans cette partie de la recherche nous allons examiner les fondements de l'approche ethnographique en psychologie clinique, ainsi que ses contributions dans une recherche clinique.

#### Les fondements de l'approche ethnographique :

L'anthropologue Clifford Geertz, qui a développé le concept de "description dense"<sup>119</sup> pour comprendre les significations culturelles des comportements humains, est à l'origine de l'approche ethnographique en psychologie clinique. Cette méthode estime que la compréhension des individus dépend de leur contexte culturel et social<sup>120</sup>. Elle met l'accent sur l'importance de l'observation, de l'immersion sur le terrain et de l'interprétation des données recueillies par les participants. C'est précisément pour ces raisons que cette approche était nécessaire dans ma recherche

---

<sup>117</sup> Diop Sall, F. (2018). Chapitre 8. La méthode ethnographique. Dans : Françoise Chevalier éd., *Les méthodes de recherche du DBA*(pp. 140-157). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0140>

<sup>118</sup> AGAR, M. (1982). Toward an ethnographic language, *American Anthropologist*, vol. 84, p. 779-795.

<sup>119</sup> GEERTZ C. (1998), « La description dense : vers une théorie interprétative de la culture », *Enquête*, n°6, p. 73-105.

<sup>120</sup> Geertz, C. (1974). *The interpretation of culture*, Basic Books, New York.

sur les ressources culturelles de la résilience pour faire face au traumatisme de l'amputation de membre. Tout au long de la recherche, notamment lors des séances de photolangage© j'étais à la fois clinicien chercheur et objet – témoin/victime. Une véritable expérimentation de l'anthropologie réciproque<sup>121</sup>. Je prenais le temps d'observer les sujets, participants aux groupes qui m'observais également. Ils regardaient mon index et ils étaient attentifs à la manière dont j'allais raconter mon expérience d'amputation.

### **Les méthodes de collecte de données utilisées dans l'approche ethnographique :**

L'approche ethnographique en psychologie clinique permet aux chercheurs de collecter des données à l'aide d'observations directes, d'entretiens semi-structurés, de journaux de terrain et de documents culturels. Les chercheurs peuvent se familiariser avec les pratiques culturelles et les interactions sociales des individus étudiés en les observant dans leur environnement quotidien. Les entretiens semi-structurés permettent d'approfondir les expériences subjectives des participants et de collecter des informations sur leur contexte de vie. Pour compléter ces données le chercheur peut avoir recours à des documents culturels et des journaux de terrain où il peut trouver des informations supplémentaires sur la culture et milieu social.

### **Les contributions de l'approche ethnographique à la recherche clinique :**

L'approche ethnographique en psychologie clinique peut contribuer à différents niveaux du dispositif de recherche clinique. D'abord, il permet de comprendre les facteurs sociaux et culturels qui peuvent participer à la représentation de l'objet d'étude, ce qui peut aider le clinicien chercheur à adapter ses outils et ses interventions aux contextes culturels des sujets. Le clinicien chercheur pourra mieux comprendre les expériences des sujets et proposer des dispositifs de prise en charge plus adaptés en comprenant les normes, les valeurs et les croyances véhiculées dans culture donnée.

De plus, l'approche ethnographique dans une recherche en psychologie clinique favorise une approche holistique de l'objet d'étude. Puisque cette approche considère

---

<sup>121</sup> Le Pichon, A., Sow, M. et Eco, U. (2011). Le renversement du ciel. Parcours d'anthropologie réciproque : Paris : CNRS Editions.

que l'environnement social et culturel d'une personne a un impact sur elle, et qu'il faut prendre ces impacts pour une analyse globale de la problématique.

#### **2.4.2- L'approche interculturelle**

En psychologie clinique, l'approche interculturelle prend en compte l'importance des différences culturelles dans la compréhension des modalités d'expression de la souffrance psychique et la prise en charge des problèmes de santé mentale. Elle met l'accent sur l'importance de considérer les contextes culturels, sociaux et historiques dans lesquels les individus vivent. Ce qui rejoint d'ailleurs les ingrédients des quatre piliers de la clinique mondialité citée plus haut.

Cette méthode reconnaît que les normes, les valeurs, les croyances et les pratiques varient d'une culture à l'autre, et que ces différences peuvent influencer la manière dont les sujets perçoivent et expriment leurs symptômes, ainsi que leurs attentes en matière de prise en charge. Par conséquent, les psychologues cliniciens qui utilisent cette approche cherchent à comprendre ces différences culturelles et à les appliquer autant que faire se peut dans leurs dispositifs de prise en charge.

Cette approche interculturelle dans notre recherche est avant tout inspirée des travaux du psychiatre haïtien Louis Mars qui, confronté aux de la culture sur la maladie mentale, allait poser les fondements, de l'ethnopsychiatrie une discipline qui cherche lier la psychiatrie et l'ethnologie pour prendre en charge le sujet dans sa globalité.

*« Dès mes premiers contacts avec les malades mentaux d'origine africaine dans les hôpitaux étrangers et chez nous, j'ai souligné le rôle important de la culture dans les maladies mentales : une attitude clinique dédaignée à cette époque dans la communauté scientifique internationale et je me suis attelé à la tâche ingrate et difficile de le prouver dans mes travaux et dans mon enseignement à l'étranger et en Haïti malgré l'absence de tout appui financier de l'État.*

*J'ai essayé obstinément et délibérément d'ouvrir une fenêtre dans le monde clos de la psychiatrie occidentale par mes essais de souder cette discipline*

*médicale à l'ethnologie sous le nom d'ethnopsychiatrie. Le premier ouvrage de cette nouvelle discipline a paru dans le "Bulletin de l'Association Médicale Haïtienne", novembre 1953, n° 2, vol. VI, sous le titre de "Introduction à l'ethnopsychiatrie". La création de ce terme a été rendue publique en France dans "La Semaine des Hôpitaux de Paris du 19 décembre 1954 et au cours d'un séminaire par le professeur Georges Devereux à l'École Pratique des Hautes Études (Paris). La communauté scientifique internationale s'est intéressée à mes recherches et elle m'a confié en 1955 la présidence de la Société Internationale d'Ethnologie Normale et Pathologique et nommé membre de plusieurs sociétés savantes de l'Europe et des États-Unis ».*<sup>122</sup>

Cette approche interculturelle s'inspire également des travaux Georges Devereux, notamment son approche complémentariste<sup>123</sup>. J'ai appris à me décentrer à travers la psychothérapie d'un indien des plaines<sup>124</sup> où Devereux montre bien la pertinence de la décentration dans la rencontre et l'échange entre deux cultures. En effet, quand le clinicien s'incline vraiment pour être chevet du patient, dans l'idée première de la notion de clinique telle qu'elle a été pensée par Hippocrate, il peut devenir sujet et retrouver le pouvoir de la parole et de la pensée. Se décentrer sous-entend qu'il faut accompagner le sujet à développer son pouvoir d'agir<sup>125</sup> et sa capacité de penser et symboliser.

Et puis, la clinique de la mondialité a fortement inspiré l'approche interculturelle de cette recherche. A partir de la clinique de la mondialité<sup>126</sup>, j'ai appris à me recentrer pour mieux me décentrer. Puisque quand on est bien ancré dans son histoire on peut

---

<sup>122</sup> Price Mars, L. (1986). Note biographique de Louis Price Mars ". Bulletin du Bureau national d'ethnologie, 1 et 2. Port-au-Prince, Haïti. Dans un article intitulé "Autour de la genèse de l'ethnopsychiatrie" (Le Nouvelliste, 30 juillet-1<sup>er</sup> août 1993), Louis Mars parle de sa collaboration avec Devereux G. (qui a enseigné la sociologie en Haïti) et avec d'autres chercheurs pour avoir amplifié la diffusion et le développement de ce mouvement d'idées en Europe et ailleurs. J'ai repris ces réflexions de l'ouvrage de Derivois (2017).

<sup>123</sup> Devereux G. (1980). De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris : Flammarion.

<sup>124</sup> Devereux, G. (1951). Psychothérapie d'un Indien des Plaines. Paris : Fayard, 2016

<sup>125</sup> Le Bossé, Y. (2004). Vous avez dit "empowerment" ? De "l'habilitation" au "Pouvoir d'Agir" vers une définition plus circonscrite de la notion d'empowerment.. Nouvelles Pratiques Sociales, 16 (2).

<sup>126</sup> Derivois, D. (2017). Clinique de la mondialité : Vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

<https://doi.org/10.3917/dbu.lapla.2017.01>

mieux s'approprier de son héritage identitaire, l'élaborer et en faire une force, un tuteur de résilience.

Cette approche ethnographique m'a permis de prendre en compte les systèmes de valeurs, les coutumes, us et mœurs des populations de mes deux terrains de recherche (Haïti et France) afin de mieux analyser les enjeux des ressources culturelles sur le processus de résilience des sujets. Et puis, l'approche interculturelle était nécessaire pour éviter toute comparaison superficielle entre les deux univers culturels et pour ne pas chercher à analyser les modes de signification d'une population en miroir de l'autre. De ce fait, la notion *d'universel latéral* de Maurice Merleau-Ponty a bien étayé notre approche interculturelle. « Il y a une seconde voie vers l'universel : non plus l'universel de surplomb d'une méthode strictement objective, mais comme l'universel latéral dont nous faisons l'expérience ethnologique, incessante mise à l'épreuve de soi par l'autre et de l'autre par soi.»<sup>127</sup> La posture de décentration était essentielle pour mettre en parallèle les deux cultures tout en essayant de garder une certaine neutralité. Sachant que la particularité de cette recherche sur deux terrains où nous avons vécu exige une considération soutenue des postures éthique et émique. D'autant plus que la dynamique transféro-contre-transférentielle à l'œuvre sur ces deux terrains de recherches et dans toutes les rencontres prenait des proportions toutes particulières. Puisque notre expérience d'amputation, même s'il ne s'agit que d'une phalange, pouvait avoir des résonances au vécu et à la représentation de la perte chez les sujets rencontrés.

Et puis, pour étudier la problématique de l'amputation de membre à la fois dans sa composante individuelle et collective. Le sujet singulier est en même temps pris dans son microcosme et son appartenance à un groupe, une société et le monde global. D'où la nécessité d'analyser les effets du lien familial, du groupe d'appartenance et des ressources culturelles qui sont inscrites dans la vision du monde de toute une société. Ce qui reflète bien les dynamiques de liens, intrasubjectif, intersubjectif et trans-subjectif, dont parle René Kaes<sup>128</sup>.

---

<sup>127</sup> Merleau-Ponty, M. (1960). « De Mauss à Claude Lévi Strauss », Signes, Paris, Gallimard, p. 75.

<sup>128</sup> Kaës, R. (2014). Métapsychologie des espaces psychiques coordonnés. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 62(1), 7-23.



## **2.5- Deux méthodes de collecte des données : entretien clinique de recherche et photolangage©**

Nous avons utilisé les entretiens cliniques de recherches parce qu'ils mettent l'accent sur la dimension subjective de la problématique à étudier. En effet, la conduite d'entretiens cliniques de recherches<sup>129</sup> sous-entend qu'il faut s'incliner, se mettre à la hauteur du sujet ou à son chevet, pour lui donner la possibilité de mettre en récit son expérience comme il l'a vécue et comme il est capable de la raconter avec ses propres mots.

Le photolangage© a surtout été utilisé au début de la recherche comme une médiation qui devait nous permettre d'éviter d'aborder la problématique de manière frontale. Et puis, il s'est avéré que le photolangage© pouvait être utilisé dans un dispositif de recherche comme une véritable méthode de recherche.

## **2.6- Terrains de recherche et techniques de collecte des données**

La recherche a été réalisée sur deux terrains : Haïti et la France et de ce fait dans deux univers culturels différents. En Haïti nous rencontrés les sujets dans deux lieux : *Healing Hands for Haïti* (HHH) qui est un centre de rééducation et de réadaptation pour les personnes amputées de membre. Dans ce centre j'ai réalisé des entretiens cliniques de recherches (ECR). Et puis, le deuxième lieu où j'ai rencontré des sujets amputés de membre est le *Bureau du Secrétaire d'État pour l'Intégration des personnes Handicapées* (BSEIPH). Dans ce lieu, j'ai surtout utilisé la méthode photolangage© et l'observation participante. En effet, dans une séance de photolangage© les professionnels qui animent la séance participent comme tous les autres participants.

Et puis, en France, j'ai rencontré les sujets amputés de membre au *Centre Médico-chirurgicale de Réadaptation des Massues de la Croix Rouge française* à Lyon. Dans ce centre nous avons réalisé à la fois les entretiens cliniques de recherches et la méthode photolangage©. La flexibilité de la méthode qualitative nous a permis de

---

<sup>129</sup> Chahraoui, K. (2021). Chapitre 11. L'entretien clinique de recherche. Dans : Antoine Bioy éd., *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 179-196). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0179>

garder le fil conducteur de la recherche en dépit des différences des deux terrains de recherche.

## **2.7- Échantillon de la population des deux terrains de recherche**

Pour ce qui concerne l'échantillon des deux populations de recherche, nous avons rencontré au total : (N=32) personnes (adolescents et adultes) amputées de membre. En Haïti nous avons rencontré (N=20) dont 10 qui ont participé aux groupes de photolangage©. Et puis, en France nous avons rencontré (N=12) personnes (adultes seulement) amputées de membre. Sur les 12 personnes rencontrées, 10 ont participé aux séances de photolangage© et ont répondu à l'entretien clinique de recherche. Et donc, seulement 2 des 12 personnes n'ont répondu seulement qu'à l'entretien clinique de recherche.

## **2.8- Critères d'inclusion et d'exclusion**

### **Critères d'inclusion:**

- Amputation d'un membre
- Douleur du membre fantôme > 3 mois (IASP<sup>130</sup>)
- Age >14 ans
- Affilié à la sécurité sociale (sujets rencontrés en France)

### **Critères d'exclusion:**

- Pathologie psychiatrique
- Maladie évolutive (ex: neurodégénérative)
- Participation à une autre étude (en cours)

## **2.9- Méthode d'analyse des données**

Pour analyser les données collectées, nous avons utilisé la méthode d'analyse de contenu du discours. Pour l'analyse des données de nos entretiens nous avons

---

<sup>130</sup> International Association For the Study of Pain (IASP)

dégager des thématiques qui sont utilisées dans la grille d'entretien et d'analyse des données.

## **2.10- Grille d'entretiens et d'analyse de contenu du discours**

- Le contexte et l'ancienneté de l'amputation
- Le vécu de l'amputation
- Les changements entraînés par l'amputation
- Les conséquences de la perte du ou des membres
- Le regard d'eux-mêmes et le regard des autres
- Les représentations socio-culturelles de l'amputation
- Les sensations et douleurs du membre fantôme
- Le processus d'acceptation de l'amputation de membre
- Le support de la famille et du groupe d'appartenance
- Les enjeux des ressources culturelles sur le processus de résilience
- Effets des études et activités socioprofessionnelles sur le processus de résilience

**DEUXIEME PARTIE :  
RESULTATS PAR ETUDES**



## ***Résultats par étude***

Dans les chapitres qui vont suivre, nous allons présenter les résultats de la recherche qui s'organisent sous forme d'études. Ces résultats ont été obtenus à partir d'une approche méthodologique articulée autour de trois principaux axes :

- Dispositif praticien avant la recherche - réutilisé
- Dispositif praticien pendant la recherche
- Dispositif de recherche

Les résultats seront présentés en 5 études :

PREMIERE ETUDE (dispositif praticien réutilisé) : « *La dynamique transféro-contre-transférentielle entre clinicien et patient à l'épreuve d'un événement traumatique commun* ». Cette étude a fait l'objet d'un article publié à la revue *Anales Médico Psychologiques* en Mars 2024.

DEUXIEME ETUDE (*dispositif de recherche*) : Les personnes amputées de membre rencontrées au centre Healing Hands for Haïti (HHH). Un article issu de cette étude intitulé : « Grandir après une expérience d'amputation de membre » a été publié en septembre 2023 dans la revue *Haïti perspectives*. (Voir Annexe)

TROISIEME ETUDE (*dispositif de recherche*) : Les personnes amputées de membre rencontrées au centre des Massues de la Croix Rouge française à Lyon

QUATRIEME ETUDE (*dispositif de recherche*) : L'utilisation de la méthode photolangage© dans une perspective de recherche sur les deux terrains France et Haïti

CINQUIEME ETUDE (*dispositif praticien pendant la recherche*) : L'expérience de la douleur : les représentations culturelles pour donner du sens. Vers un dispositif de prise en charge psychodynamique et interculturelle. Cette étude a donné lieu à un article intitulé : "*L'expérience de la douleur : les représentations culturelles pour donner du sens*", paru dans la revue *Soins pédiatrique et puériculture* no 330, Janvier-février 2023.

Ces études ne sont pas présentées dans la chronologie de leur réalisation. Je fais le choix de les présenter en partant du dispositif praticien réutilisé vers un dispositif praticien pendant la recherche en passant par les dispositifs de recherche.

**CHAPITRE 3 : « LA DYNAMIQUE TRANSFERO-CONTRE-  
TRANSFERENTIELLE ENTRE CLINICIEN ET PATIENT A L'EPREUVE  
D'UN EVENEMENT TRAUMATIQUE COMMUN ». ÉTUDE 1<sup>131</sup> :**

*« Ce qui est demandé à l'analyste, c'est plus que ses  
capacités affectives et son empathie, en fait c'est son  
fonctionnement mental ; c'est ici que le contretransfert  
reçoit sa signification la plus étendue. »*

*André Green (1990)*

---

<sup>131</sup> André, F. (2024). La dynamique transféro-contre-transférentielle entre clinicien et patient à l'épreuve d'un événement traumatique commun, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, ISSN 0003-4487, <https://doi.org/10.1016/j.j.amp.2024.01.017>.  
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000344872400057X>)



## Résumé

Cet article porte sur la dynamique transféro-contre-transférentielle entre clinicien et patient dans le contexte où ils ont vécu un même événement traumatique. Ce travail prend en compte une expérience clinique menée en Haïti sur un camp de fortune après le séisme du 12 janvier 2010. Il s'agit d'une analyse d'après-coup d'un dispositif de prise en charge psychologique des victimes du séisme qui vivaient sur le camp de Pax Villa. La population prise en charge était composée de femmes, hommes, jeunes ; familles et enfants. Deux vignettes cliniques ont été retenues pour analyser le rôle fondamental du transfert et du contre-transfert dans la relation thérapeutique dans ce contexte traumatique. Cette expérience nous a permis de comprendre que le fait que le clinicien ait été témoin et victime du même événement traumatique peut contribuer au soubassement de la relation de confiance et du processus thérapeutique. Nous avons compris aussi que la relation transfert contre-transfert dans ce cadre particulier se déroule entre similitude et distance. Pour limiter les effets néfastes des affects du patient qui font écho chez le clinicien, le travail d'élaboration du contre-transfert du clinicien est indispensable.

*Mots-clés : traumatisme – transfert – contre-transfert – résilience – prise en charge psychologique*

Title: « **The transference-countertransference dynamics between clinician and patient put to the test of a common traumatic event.** »

## **Abstract**

This article focuses on the transference-countertransference dynamic between clinicians and patients in the context where they experienced the same traumatic event. This paper takes into account a clinical experiment carried out in a makeshift camp in Haiti after the earthquake of January 12, 2010. It is a post-coup analysis of a program of psychological treatment for earthquake victims living in the Pax Villa camp. The population under care included women, men, young people, families, and children. Two clinical vignettes were selected for an analysis of the fundamental role of transference and countertransference in the therapeutic relationship in this traumatic context. This experience enabled us to understand that the fact that the clinician has witnessed and experienced the same traumatic event can contribute to the underpinning of the trusting relationship and the therapeutic process. We also understood that the transference countertransference relationship in this setting takes place between similarity and distance. To limit the harmful impact of the patient's emotional responses that are simultaneously echoed by the clinician, it is essential to work out the clinician's countertransference.

**Keywords:** *trauma – transference – counter-transference – resilience – psychological care*

## **Introduction**

Cet article découle d'une expérience clinique réalisée en Haïti, sur un camp de fortune après le séisme du 12 janvier 2010.

L'un des principaux objectifs de cet article était d'analyser la méthode utilisée par le clinicien pour remobiliser ses ressources psychiques pour intervenir dans ce contexte où il a vécu le même événement traumatique. Et surtout, comment arrive-t-il à développer de la disponibilité psychique pour accompagner et contenir ces personnes porteuses de souvenirs et de récits qui font écho à sa propre expérience de l'événement traumatique ? Nous avons souhaité analyser également le cheminement de cette expérience clinique : de la prise de conscience du séisme, la mise en place d'un dispositif de prise en charge psychologique sur un camp de fortune, la rédaction d'un

journal personnel de l'expérience traumatique, jusqu'au temps de son élaboration. Comme l'a souligné à juste titre R. Roussillon [27] : « Le temps où ça se passe n'est pas le temps où ça se met en forme, ou ça commence à se signifier, du moins celui où le sujet peut commencer à s'emparer de ce que ça signifie pour lui. » Il nous paraissait indispensable de réaliser ce travail d'élaboration de cette pratique clinique quand nous avons compris qu'il s'agissait d'une situation particulière. La spécificité du travail du clinicien est de n'avoir pas vécu la même expérience du patient, ce qui lui permet de garder une bonne distance et la neutralité bienveillante [14]. La particularité de cette expérience clinique est le fait que le clinicien a été témoin et victime du même événement traumatique. L'analyse de cette pratique clinique s'avérait donc nécessaire pour essayer de comprendre les stratégies conscientes et surtout inconscientes mises en place par l'aidant occupant à la fois le rôle de témoin et celui de victime. Le besoin de rédiger cet article est advenu dans le contexte de la pandémie du coronavirus COVID-19 où un facteur majeur a fait écho au vécu de l'expérience post-séisme. Le fait d'être pris entre la vie et la mort. Lorsque l'on assistait au nombre croissant de morts annoncées régulièrement dans les journaux, on pouvait avoir le sentiment d'être nous-même un survivant dans l'attente d'une mise à mort. À la demande de nouvelles, la réponse « jusque-là ça va », exprimait bien le sentiment d'insécurité et d'incertitude qui nous portait ou que nous portions tous et toutes.

Dans ces contextes qui mettent en évidence la vulnérabilité de l'être humain, notre capacité de contenance et d'élaboration psychologique est mise à mal. Le clinicien se retrouve tiraillé dans un double rôle, aidant et vulnérable. Quand on a vu des soignants qui ont été infectés par le coronavirus au chevet ou au contact de leurs patients et ceux qui mouraient, quelle contenance ? Quel étayage ? Comment être aidant dans ce contexte où il faut être au chevet d'un peuple et/ou d'un monde traumatisé [13] ? Quelle disponibilité psychique pour garantir une bonne relation transfert contre-transfert et une potentielle neutralité bienveillante ?

Après le séisme du 12 janvier 2010 en Haïti qui a fait environ 222 000 morts et 300 000 blessés [35], les survivants ont manifesté un élan de solidarité pour venir en aide aux victimes. Dans ce cadre-là, tous les professionnels de psychologie : praticiens de longue durée et jeunes diplômés de psychologie étaient au chevet de tout un peuple éprouvé par un trauma sans précédent dans son histoire récente. Depuis

l'indépendance d' Haïti, le 1er janvier 1804, deux principaux tremblements de terre ont été enregistrés : un fort tremblement de terre qui a secoué le pays le 7 mai 1842, dont le célèbre écrivain haïtien Démesvar Delorme fut l'un des témoins [11]. Il y a eu d'autres secousses en 1887, mais le séisme de 1904 fut le tout dernier séisme majeur enregistré avant celui de 2010 [11]. Ce séisme de 1904, l'année de la commémoration du centenaire de l'Indépendance d'Haïti, a ravagé la ville du Cap-Haïtien et causé un grand nombre de dégâts dans le nord du pays.

Après le séisme de 2010 qui nous a rappelé que l'île était assise sur des failles sismiques, un second tremblement de terre de magnitude 7,2 sur l'échelle de Richter est venu secouer le grand Sud d'Haïti le 14 août 2021. Là encore, il s'agit d'une date historique qui rappelle une grande cérémonie de vaudou qui avait pour vocation de rassembler les esclaves vers la guerre de l'Indépendance [20]. C'est pour cela d'ailleurs que cette cérémonie vaudouesque est considérée en Haïti comme l'acte fondateur de la révolution haïtienne.

Après ce second cataclysme, il nous a paru nécessaire de rendre compte de cette expérience clinique menée dans le contexte traumatique du séisme de 2010. Une situation au bord de l'impensable, sollicitant la créativité du clinicien, afin de s'adapter ou tout au moins d'essayer de s'approprier ce cadre thérapeutique inédit d'une « clinique de l'extrême » [4,23]. Par clinique de l'extrême, nous entendons des champs cliniques tels que le traumatisme, le handicap, les maladies somatiques, les soins palliatifs, les traumatismes de guerres, l'amputation, etc., une clinique prenant en compte ces situations extrêmes qui interrogent notre humanité, notre vulnérabilité et les limites de ce qui est pensable, supportable, acceptable, partageable et symbolisable par l'être humain [23]. L'utilisation de la notion d'extrême ou situations extrêmes remonte à une publication [4] de B. Bettelheim (1960/1972) où il évoqua son expérience des camps de concentration [3]. Dans ces situations extrêmes telles que l'extermination des Amérindiens, la traite négrière et l'esclavage, les camps de concentration, le génocide rwandais, le génocide arménien, etc., les victimes sont confrontées de manière brutale au risque de la mort et/ou à la mort imminente, à la perte de la dignité et à la déshumanisation.

*« Dans la situation extrême, il y a confrontation non seulement à la mort, mais à la cruauté, à la volonté de détruire, d'humilier, de rabaisser l'humain, de défaire les liens sociaux. Le sujet est plongé dans un monde privé de sens. Tout devient incertain, il n'est plus possible d'être dans une temporalité, de faire des projets, de penser au lendemain, l'homme est réduit à l'état de bête traquée, ne pouvant vivre que l'instant présent, survivre s'il le peut, heure par heure, sans pouvoir être sûr d'être vivant l'instant d'après. Pour ceux qui ont vécu un génocide, la pensée est, pour un temps, mise hors-jeu. Une telle expérience produit des effets de déréalisation, voire de dépersonnalisation, elle conduit parfois à la folie » [3].*

## **2. Le cadre dans un cadre particulier**

La question du cadre était au premier plan dans cette expérience clinique. Dans ce contexte traumatique, il fallait élaborer un cadre qui soit suffisamment contenant et étayant pour accompagner les victimes à y mettre du sens. Dans le contexte post-séisme, le dispositif devait être aménagé en fonction d'un certain nombre d'éléments, en particulier la sécurité. Puisque les patients ne pouvaient aucunement supporter l'idée d'être dans un espace fermé, un dispositif en plein air, sous un arbre, était donc l'idéal. C'est un cadre qui correspond à ce que J. Bleger entend quand il dit que le cadre doit être stable, sécurisant et représenter donc une sécurité de base pour les patients [5]. L'approche de Winnicott correspond parfaitement à ce contexte. Il a défini le *setting* comme « la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif » [39]. Dans ce cas de figure, nous pouvons joindre le cadre au dispositif en suivant l'approche de J. Bleger [5] avec un cadre à deux feuillets : le cadre interne du clinicien et le cadre externe du dispositif établi, le cadre interne étant constitué du fondement théorique et méthodologique du clinicien. Et le cadre externe où le dispositif établi découle directement de l'appartenance théorique du clinicien. Le cadre en question s'articule autour des deux principales règles générales de la clinique d'inspiration psychanalytique : la règle de la libre association et la règle d'abstinence. Le patient est là pour dire tout ce qui lui vient à l'esprit, comme ça lui vient. Le clinicien doit s'abstenir de juger le patient, de lui dicter une pensée ou un comportement.

### 3. Une expérience traumatique en partage

Afin d'analyser et de mieux comprendre cette expérience clinique, nous nous sommes étayés, entre autres, de la théorie psychanalytique pour définir le concept du traumatisme psychique.

En 1920, Freud allait redéfinir le traumatisme après l'abandon de sa « neurotica » et tout le cheminement théorique qui s'en est suivi [6]. Dans Au-delà du principe de plaisir [17], le traumatisme est caractérisé par un excès d'excitation. Le traumatisme résulte donc d'un défaut du pare-excitation qui se retrouve en incapacité d'empêcher le débordement de cette excitation qui va engendrer une effraction psychique [28].

Nous devons distinguer le trauma du traumatisme. Si le trauma concerne un événement vécu, se définit dans une durée et appartient au passé, le traumatisme arrive dans l'après-coup du trauma et appartient au présent. Le traumatisme a quelques similitudes avec le trouble de stress post-traumatique, il est consécutif du trauma.

Le stress qui va produire la réaction de survie et/ou l'hypervigilance chez la victime vient de l'extérieur. La définition étiologique grecque de la notion de trauma, une effraction ou une blessure, correspond bien à cette représentation de l'expérience traumatique. Le traumatisme, comme mentionné plus haut, se situe dans l'après-coup du trauma. L'état physiologique de stress qui envahit le sujet est d'origine interne. Le système nerveux de la victime reste en état d'alerte au-delà du trauma. J.D. Bremner définit le traumatisme comme une « épidémie invisible » [9]. Le traumatisme met la victime dans une incapacité de penser et de mettre du sens sur ce qui lui est arrivé. Ce qui est d'autant plus difficile avec le traumatisme, ce sont les reviviscences, le fait que les souvenirs de l'expérience douloureuse peuvent resurgir à n'importe quel moment. Il suffit qu'un autre événement ou un autre stimulus vienne faire écho aux affects de l'événement initial, ce qui est plus évident encore avec les amputations de membre, puisque le moignon du membre amputé rappelle continuellement les circonstances de l'événement traumatique. Des personnes amputées rencontrées après le séisme du 14 août 2021 disent avoir vécu ce nouveau séisme avec la même charge émotionnelle que le premier (12 janvier 2010). D'autant plus que pour certaines d'entre elles, ce n'est qu'à l'occasion de ce nouveau séisme qu'elles ont expérimenté les sensations de la

Terre qui tremble. Puisque le 12 janvier 2010, étant sous les décombres, elles n'ont pas eu le temps de comprendre ce qui s'est passé.

Le type et le contexte de l'événement peuvent avoir des effets sur le potentiel traumatique de l'effraction. Une amputation de membre reste un véritable choc qui porte atteinte à l'intégrité du corps. Les amputations traumatiques, c'est-à-dire non préparées ou consécutives à un accident de la route par exemple, sont aussi choquantes que celles réalisées dans un cadre médicalisé. Et même si le patient a été préparé, la découverte du moignon d'amputation reste un véritable choc. Car il s'agit d'être confronté à la fois à la réalité de la perte d'un membre et accepter de vivre le reste de sa vie avec un corps mutilé, handicapé ou réduit dans sa validité. Le patient se trouve déchiré entre la sidération, les effets et les représentations de ce qui lui est arrivé.

Selon S. Ferenczi, le traumatisme est un « choc inattendu, non préparé et écrasant, qui agit comme un anesthésique, le traumatisme a des effets destructeurs. Pour lui survivre, le psychisme développe des stratégies. L'une des plus intéressantes est le dédoublement : une partie de la personne continue de vivre et de se développer, tandis qu'une autre partie subsiste, apparemment détruite, mais prête à se réactiver à la première occasion... » [16].

Si l'amputation de membre est avant tout une blessure physique, elle est également une blessure psychique. Car toute souffrance physique est susceptible d'entraîner une souffrance psychique [37], puisque la psyché et le soma évoluent dans une dynamique d'interdépendance. À partir des travaux du Dr H. Beecher, chirurgien des troupes américaines en Europe lors de la Seconde Guerre mondiale, et de ceux de D.B. Moris, nous comprenons qu'il n'y a pas de dichotomie entre l'esprit et le corps. « La douleur mentale peut être ressentie physiquement et la douleur physique peut être ressentie mentalement. Le corps et l'esprit sont des systèmes intégrés » [24].

Un choc, une blessure ou un trauma restent une expérience personnelle dont seul l'éprouvé détient la meilleure définition. Un même événement peut avoir une valeur traumatique pour certains et pas pour d'autres, puisque chaque personne vit et se représente un événement en fonction de ses ressources psychiques. À cet effet, L. Crocq souligne que « le caractère traumatique du choc dépend de la violence de

l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit. Il serait plutôt préférable de parler d'événement potentiellement traumatogène » [12].

Le trauma peut être considéré comme un choc inhabituel, un phénomène qui vient bouleverser et effracter le psychisme, dans un contexte où le sujet vit un événement qui implique une menace de mort, une altération de l'intégrité physique et psychique telle que, par exemple, une agression individuelle, un accident grave, une séquestration, un attentat ou une catastrophe, une amputation d'un membre, etc. Au-delà de l'acte, c'est le sens qui va lui être attribué qui traumatise puisqu'après avoir subi l'acte, le psychisme se trouve dans une quête de sens. C'est pourquoi Freud [19] soulignait que l'hystérique souffre de réminiscence. Ce qui va faire traumatisme, c'est le rapport que le sujet va établir entre ses souvenirs et ses représentations de l'événement. Si on souffre de réminiscence, des souvenirs de l'événement traumatique, on guérit en se souvenant. C'est-à-dire qu'on doit se permettre de se souvenir de ce qui est arrivé pour mieux le traiter.

### **3.1. La relation thérapeutique clinicien/patient après une crise majeure**

L'appel à l'aide des patients peut éveiller chez le clinicien le sentiment de pouvoir être aidant. Mais être aidant, dans de telles circonstances, requiert une certaine disponibilité psychique parce qu'il s'agira de mettre son cadre interne et/ou sa psyché au service des patients. De ce fait, la demande d'aide des patients peut amener le clinicien à remobiliser ses ressources psychiques et son cadre interne pour être aidant. Il peut être amené à prendre une certaine distance avec ses propres affects afin de se mettre à la disposition d'autrui. Pour prendre ce recul, cette distance, le clinicien a besoin de faire une certaine auto-évaluation de son degré d'affectation et de sa capacité d'écoute et de contenance du discours traumatique des personnes affectées.

Ce séisme était tellement inattendu et les pertes en vies humaines tellement significatives, que les survivants avaient tendance à se demander s'ils étaient réellement vivants, ou s'il restait du vivant en eux : « Comment se fait-il que nous ne soyons pas morts ? » se demandent certains, considérant le nombre conséquent de morts. Ces mots ont également pu être entendus dans le contexte de la crise sanitaire. Deux ans après, certains peuvent se demander comment il se fait qu'ils ne soient pas victimes comme les centaines de milliers de personnes qui ont été infectées par la



COVID-19 et celles qui en sont mortes. D'autant plus que ces situations inédites nous concernent tous et toutes sans exception.

Par ailleurs, la population haïtienne était tiraillée entre la vie et la mort, dans la mesure où, d'un côté, vous observez des personnes qui pleurent leurs morts alors que d'autres manifestent leur joie d'être en vie, ou d'avoir retrouvé un membre de leur famille qu'elles croyaient mort. Pourquoi certaines meurent et d'autres sont épargnées ? Certains survivants se demandaient pourquoi ils n'étaient pas morts, non pas parce qu'ils auraient préféré l'être, mais il s'agissait d'une manière de questionner cette nouvelle existence. Nous évoquons cette « nouvelle existence », parce que ce jour du 12 janvier 2010 a été considéré par les survivants comme la date de leur nouvelle naissance. Ceux qui sont sains et saufs ont pensé à la nouvelle orientation de leur vie et ceux qui perdent un être cher ou qui sont sévèrement affectés vont devoir vivre différemment. Les victimes recherchaient du sens à leur survie, accordant parfois une explication spirituelle ou religieuse : « Si l'on vit, il doit y avoir une raison », ils pensaient à « une malédiction de Dieu ». Dans la culture haïtienne, certains suivent des cultes aux Laos (esprits dans le vaudou haïtien), et l'Église protestante a véhiculé l'idée selon laquelle Haïti souffre à cause du sacrifice d'un porc égorgé lors de la cérémonie du bois caïman le 14 août 1791. En revanche, ces mêmes interrogations peuvent aussi servir de tuteurs de résilience [8] pour les survivants. Pour faire face au trauma, certains sujets ont fait appel à leurs ressources culturelles et leur foi en Dieu. Cela témoigne bien de la décision du gouvernement de l'époque qui a décrété trois journées de jeûne sur toute l'étendue du territoire après le séisme. La notion de survivance correspond parfaitement à ce contexte. Avec autant de cadavres à enterrer et autant de morts à pleurer, qu'est-ce qu'il restait de vivant en eux ? Et comment arrivent-ils à développer un processus d'appropriation subjective [29] après le sentiment de morcellement que laisse un tel trauma ?

### **3.2. La dynamique transfert contre-transfert**

La dynamique transféro-contre-transférentielle est inhérente à toute rencontre clinique. Dans toute rencontre clinique, il s'agit d'un échange entre deux psychés. Le patient transfère des états émotionnels non élaborés, amenant le clinicien à analyser son contre-transfert dans l'après-coup de la séance pour mieux accompagner le patient.

Le clinicien doit prendre en compte aussi la réflexivité [30] du patient. Il faut souligner que le bon déroulement de cette dynamique relationnelle clinicien-patient doit s'effectuer dans un cadre analytique, cité plus haut, élaboré en conséquence.

La rencontre clinique se fait dans une démarche de co-associativité. Dans cette perspective, nous allons présenter deux concepts clés, transfert et contre-transfert. Le concept du transfert est difficile à définir parce qu'il est abordé de différentes manières selon les auteurs. Dès le début, la problématique du transfert a interpellé Freud. Et il n'a jamais cessé de souligner à quel point la survenue du transfert était étrange, et cela a permis de reconnaître dans d'autres situations l'action du transfert, comme fondement même de la relation psychothérapeutique. Comme l'ont souligné Laplanche et Pontalis [25], si à l'origine le transfert n'était pour Freud qu'un déplacement de l'affect d'une représentation à une autre – le recours à une imago qui vient réactualiser la relation objectale – il en fera par la suite l'élément essentiel de l'analyse et de la cure. En effet, selon S. Freud [18], « le transfert, aussi bien dans sa forme positive que négative, entre au service de la résistance, mais entre les mains du médecin, il devient le plus puissant des instruments thérapeutiques et il joue un rôle qui peut à peine être surestimé dans la dynamique du processus de guérison ».

Laplanche et Pontalis [25] définissent le contre-transfert comme l'« ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci ».

Le « contre » désigne à la fois l'opposition et l'accompagnement : « Contre aussi, mais au sens d'avec et de proche. Non pas en face, mais en phase, comme le contre-chant face au chant, comme la contredanse, mais aussi le contrepied. » En fonction de ce que le patient « dépose » chez le clinicien, selon que ce transfert est positif ou négatif, le clinicien va être traversé par des affects et avoir une réaction en lien à cet état non élaboré dont il devient le contenant. Le contre-transfert étant inconscient, ce n'est que dans l'après-coup de la rencontre clinique que le clinicien pourra prendre conscience de son contre-transfert. Ce dernier doit être élaboré par le clinicien pour garantir la bonne continuation de la relation thérapeutique.

Le contre-transfert désigne donc la réaction du clinicien en fonction de la projection du patient. Tout comme dans le transfert, le contretransfert du clinicien s'appuie sur son vécu relationnel antérieur. C'est-à-dire que l'on peut parler de contre-transfert positif ou négatif en fonction du type de relation d'objet.

Winnicott [38] souligne la nécessité de prendre conscience de ses propres émotions en vue de mieux comprendre la dynamique transféro-contre-transférentielle, cela afin d'éviter les jeux d'emprise de la relation ou la similitude des éléments traumatiques. L'essence de la dynamique de cette relation s'articule autour de la dualité transfert contre-transfert. De ce fait, l'élément essentiel du travail thérapeutique se trouve dans l'autoanalyse du clinicien des processus contre-transférentiels. Le contre-transfert a, autant que le rêve et le transfert, un contenu manifeste et un contenu latent. Devereux [14] souligne que « le contre-transfert est la donnée la plus cruciale de toute science du comportement ». Le clinicien doit analyser son contre-transfert dans l'après-coup de la séance pour rendre conscient le contenu latent dissimulé par le contenu manifeste et mieux accompagner le patient dans l'élaboration de sa souffrance psychique.

### **3.3. Au chevet d'une population avec un récit qui vous parle**

Jeune licencié en psychologie, je me suis retrouvé au pied levé dans une pratique clinique dans un contexte extrême. Il s'agissait d'accompagner psychologiquement des personnes qui ont vécu un événement traumatique récent et nouveau dans leur quotidien de vie. Ils ont tout perdu en l'espace de quelques secondes : biens matériels et immatériels ; proches, membres de leurs familles, etc. L'écoute d'une personne en souffrance et en détresse ne laisse personne indifférente. D'autant plus qu'écouter une personne en détresse en lien avec un événement traumatique que vous partagez présente un contexte particulier.

Le côté particulier de cette situation clinique se situe notamment dans la temporalité. Car on peut avoir été victime d'un événement traumatique à un certain moment de sa vie et avoir à accompagner des victimes d'un pareil événement dans un autre contexte. Mais dans le cadre de cette expérience, il était question d'accompagner

des victimes tout en étant aussi témoin et victime du même événement, au même moment et dans le même environnement social.

L'un des principaux aspects du questionnement de cet article portait sur la remobilisation des ressources psychiques du clinicien pour intervenir dans ce contexte où il a été témoin et victime du même événement traumatique [21]. Et comment arrive-t-il à développer de la disponibilité psychique pour accompagner et contenir ces sujets porteurs de souvenirs et de récits qui font écho aux siens ? J. Beaussan [2] souligne en effet qu'« être un professionnel de la psychologie au cœur d'une ville qui subit un tremblement de terre signifie être à la fois victime, témoin, sujet en même temps que l'on reste l'aidant, le psychologue ». Ce qui met en évidence le double rôle du clinicien victime/aidant dont nous étions investis dans ce contexte particulier. Nous devons nous assurer au quotidien : d'un endroit pour dormir en sécurité tous les soirs, parce qu'il y avait encore des répliques ; de la sécurité et du bien-être de nos proches ; et surtout nous assurer de notre disponibilité psychique pour être à l'écoute des victimes à accueillir et être aidant.

Nous mettons le point ici sur le travail d'analyse du clinicien de son contre-transfert dans les circonstances d'un événement traumatique collectif qu'il partage avec ses patients. Puisque sa capacité de contenance et le maintien de sa neutralité bienveillante dépendent aussi de l'analyse de son contre-transfert, il est question de comprendre comment le clinicien peut faire preuve d'écoute clinique et d'une posture de neutralité bienveillante, lorsque le récit du patient fait écho à son propre vécu. Et comment peut-il arriver à différencier les éléments transférentiels des données contre-transférentielles pour analyser son contretransfert et accompagner le patient à remobiliser ses ressources psychiques, pour transformer l'expérience traumatique en expérience intégrable psychiquement. Nous interrogeons également l'état d'empathie dans cette clinique où trop s'identifier au patient est à la fois fragilisant pour le clinicien et contre-productif au processus thérapeutique. Le risque d'identification projective [26] est assez élevé, dans la mesure où le clinicien peut être pris dans l'emprise des affects suscités par la relation, étant lui aussi porteur d'affects empreints d'une certaine similitude. L'enjeu majeur pour le clinicien est de garder une bonne distance, rester empathique et éviter de tomber dans la sympathie. Dans une telle

situation où la mort côtoie la vie en permanence, le clinicien doit arriver à remobiliser de l'énergie psychique pour aider le patient à remobiliser l'énergie de vie qui lui reste.

#### **4. Méthode**

L'expérience a été menée sur un camp de fortune établi dans les jardins de Pax Villa, une entreprise funéraire. Pax Villa se situe aux environs de l'aéroport international Toussaint Louverture.

Les gens sont reçus sous un arbre, deux chaises en face-à-face, un espace assez éloigné des tentes en bâche pour garder tout de même une certaine confidentialité. Ce dispositif était très significatif dans la mesure où l'espace fermé était générateur de sentiments d'insécurité en considérant toutes les personnes mortes sous les décombres. Alors, cet espace dégagé en plein air a été priorisé pour garantir un certain sentiment de sécurité.

##### **4.1. Le dispositif de prise en charge psychologique des victimes du séisme du 12 janvier 2010**

Dans le contexte du chaos qui régnait à Port-au-Prince après le séisme du 12 janvier 2010, les besoins étaient multiples. Pour mieux conduire une intervention, il fallait bien élaborer le type de dispositif à mettre en place et tenant compte du public ciblé. Il s'agissait d'une population particulière, composée d'adultes, de familles, de jeunes et d'enfants victimes du séisme qui habitaient le camp de Pax Villa. Le cadre d'accompagnement a donc été établi selon deux modalités : un suivi sur le long terme pour des gens qui vivaient sur le camp de Pax Villa. Et un suivi ponctuel pour ceux qui venaient d'autres camps.

Pour le suivi sur le long terme, les sujets ont été choisis en fonction de trois critères :

les enfants qui habitaient le camp de Pax Villa étaient prioritaires. – D'une part, pour leur offrir un espace où ils peuvent exprimer leurs affects et, d'autre part, dans une démarche de protection de l'enfance, puisque dans le contexte de crise, les enfants sont considérés comme vulnérables, d'autant plus que des cas de trafic d'enfants ont été endigués in extremis après le séisme de janvier 2010 [22] ;

habiter le camp de Pax Villa. – Les personnes qui habitaient le camp de Pax Villa étaient prioritaires parce qu’elles pouvaient mieux s’organiser pour venir aux rendez-vous. Et puis, dans un autre sens, le contexte exigeait une adaptation du cadre. Le clinicien s’est déplacé pour aller rencontrer le patient dans son environnement immédiat ;

avoir perdu un proche ou être sévèrement affecté par le séisme. – Dans la situation de crise et/ou de chaos qui régnait à Port-au-Prince, les personnes considérées comme étant les plus touchées étaient de fait prioritaires.

## **4.2. Type de traumatisme**

Les personnes rencontrées lors de cette expérience clinique peuvent être catégorisées comme étant victimes de traumatisme de type I, selon la classification de Lenore Terr [34]. Cette dernière définit le traumatisme de type I quand le traumatisme est causé par un événement unique, qui avait un début et une fin et donc limité dans le temps. Ce qui correspond très justement au contexte de notre expérience clinique.

En fonction de l’événement traumatique, nous pouvons décliner deux principaux types de traumatismes chez les personnes rencontrées.

### **4.2.1. Le traumatisme de choc**

Nous parlons de traumatisme de choc lorsque la personne a été confrontée au réel de la mort, soit à travers une menace de mort, un événement qui semble précipiter l’imminence de sa mort et/ou le décès tragique d’un proche. Les personnes reçues dans le cadre de cette expérience clinique ont été confrontées à des chocs traumatiques tels que : Amputation traumatique ; Perte du conjoint mort sous les décombres ; Perte de tous les membres de sa famille engloutis sous les décombres de la maison familiale.

### **4.2.2. Le traumatisme émotionnel**

Ce qui définit un traumatisme émotionnel, c’est avant tout la violation du confort psychologique que provoque l’événement traumatisant. Ce dernier engendre

une incapacité de représentation et de mise en sens chez la victime. Les principaux traumatismes émotionnels relevés chez les personnes rencontrées sont les suivants :

- deuil pathologique ;
- trouble de stress post-traumatique ;
- dépression ;
- troubles dissociatifs.

## **5. Le dispositif de prise en charge utilisé**

Le dispositif de prise en charge utilisé :

avec les adultes et les adolescents, une moyenne de six séances de consultations, de type psychodynamique, a été proposée par personne ;

avec les enfants, l'équipe a mis en place des séances de psychodrames, de jeux, de dessins libres et de chants, deux fois par semaine ;

des observations cliniques ont été réalisées pendant les psychodrames, les jeux, les dessins libres et les chants des enfants.

Le dispositif a été choisi en fonction du contexte et du cadre de réalisation de cet exercice de prise en charge psychologique en temps de crise.

Le chant et le psychodrame ont été choisis parce qu'ils paraissaient adaptés au contexte. Le chant a une signification toute particulière en Haïti. Le chant est partout dans la culture haïtienne. Le chant sert de tuteur de résilience [8] dans la mesure où, à travers le chant, les gens arrivent à exprimer des maux qui seraient plus complexes à mettre en mots autrement. Par « tuteur de résilience », nous entendons tout ce qui peut servir de support au processus de résilience tels que : le soutien de sa famille ou de son groupe d'appartenance, la pratique d'une activité sportive ou toute autre activité socioprofessionnelle, le théâtre, le chant et tout autre objet culturel et littéraire, etc. Le chant est aussi un média de co-associativité [29]. Certains chants traditionnels qui portent sur le vivre-ensemble, l'entraide, la collaboration et la force de l'union sont d'ailleurs porteurs de sens pour le peuple haïtien. Après le séisme, nous avons par exemple observé que les gens ont beaucoup écouté les chansons de Beken [31], un artiste haïtien amputé d'une jambe. Il avait produit un album, une dizaine d'années

après son amputation, pour mettre des mots, des mélodies et du sens sur son expérience traumatique. Tenant compte du cadre culturel haïtien, le chant des enfants a été utilisé dans le but d'accompagner le travail d'élaboration psychique des adultes de cet événement traumatique. Les jeux, les psychodrames et les chants des enfants se réalisaient sous l'observation attentive des adultes. Pendant que l'équipe organisait les jeux, les psychodrames et accompagnait les enfants dans les chants, nous observions également les réactions des adultes. Nous avons pu comprendre, à travers leurs réactions et ce qu'ils ont pu nous en dire, combien ils étaient touchés par les chants et les jeux des enfants.

Les consultations psychodynamiques ont permis aux patients d'associer sur des éléments spécifiques de leur vécu du séisme qui sont susceptibles d'être révélateurs de charges traumatiques significatives. Nous avons reçu en entretien des personnes avec des expériences traumatiques plus douloureuses les unes que les autres, avec des cicatrices qui seront portées le reste de leur vie. Au tout début, nous nous sommes demandé si nous aurions la capacité de contenir tout ce qui nous sera déposé. Dans l'après-coup de l'expérience clinique, nous nous sommes rendu compte aussi que la mise en place du dispositif de prise en charge était assimilable à une réaction traumatique. Nous étions, en effet, habité par un certain sentiment de responsabilité et avons ressenti comme une obligation de venir en aide aux victimes. Cela nous semble avoir participé, dans ce cadre particulier, au processus de résilience du témoin, victime et aidant que nous étions.

## **6. Résultats**

Sur la durée, cinq mois, du dispositif de prise en charge psychologique des personnes victimes du séisme, nous avons pu accompagner 242 personnes au total, dont 124 adultes, 68 adolescents et 50 enfants (Tableaux 1 et 2).

En raison du grand nombre de personnes reçues, deux vignettes cliniques ont été retenues pour illustrer notre analyse : Mme Paulette, 40 ans, et Kénol, un jeune homme de 20 ans.



**Tableau 1***Tableau récapitulatif des suivis sur le long terme*

Sexe / Âge	Adultes 18 – 65 ans	Adolescents 14 – 18 ans	Enfants 4 – 14 ans
F	8	5	18
H	6	3	12
Total	14	8	30
<b>Total</b>	<b>52 personnes</b>		

**Tableau 2***Tableau récapitulatif des suivis ponctuels*

Sexe / Âge	Adultes 18 – 65 ans	Adolescents 14 – 18 ans	Enfants 4 – 14 ans
F	67	36	13
H	43	24	7
Total	110	60	20
<b>Total</b>	<b>190 personnes</b>		

## 6.1. Vignettes cliniques

### 6.1.1. Mme Paulette, 40 ans

Mme Paulette est une femme d'une quarantaine d'années, de confession chrétienne et femme au foyer. Elle est mère d'un garçon de 5 ans et d'une fille de 7 ans. Elle a perdu son mari pendant le séisme du 12 janvier 2010 en Haïti. L'immeuble s'est effondré et il est mort sous les décombres. Lors du séisme, elle était accompagnée d'une amie. Elles avaient des Bibles en main et des livres de chants religieux (chants d'espérance) car elles revenaient d'une réunion de prières. Elle trouve, dit-elle, auprès

de ses amies un soutien pour faire face aux épreuves. Elle décrit son groupe d'amies comme des « combattantes de genoux », des femmes qui prient ensemble à l'aide de chants et de psaumes réconfortants. Il faut dire alors que la religion est très présente et prisée en Haïti. Elle vient spontanément vers moi, orientée par un système de référencement de l'équipe de l'association communautaire sur la structure d'accompagnement du camp. Quand elle est arrivée, nous nous sommes présentés, et puis elle a commencé directement à parler.

Elle me dit pour commencer : « La vie n'a plus aucun sens pour moi, je suis perdue, je me sens déchirée, déboussolée, hm. J'ai besoin de votre aide. On me dit que je dois voir un psychologue. C'est pour cette raison que je suis là. Pour que vous puissiez m'aider. Parce que sans le secours de la prière et le support de ces servantes du Seigneur, je serais déjà folle. » Dans ce contexte, il faut, dans un premier temps, accompagner le sujet à élaborer sa propre demande d'accompagnement thérapeutique. Car, comme on peut l'entendre dans ses premiers mots, « on me dit d'aller voir un psychologue », la demande ne lui appartient pas encore. Il faut donc l'aider à s'approprier de sa propre demande.

« – La prière vous a beaucoup aidée ? – Oh ! Oui, docteur, la prière est une force pour moi. Franchement, n'était-ce pas la prière, je ne sais vraiment pas ce que j'aurais fait ? »

Elle m'a appelé docteur, car assez souvent, on appelle les psychologues docteurs aussi en Haïti, car les Haïtiens ont souvent tendance à prendre les gens qui soignent pour des médecins.

« Mwen 2 bra balan nan peyi lavi chè sa a/J'ai les mains vides dans ce pays où la vie est si chère. Je ne travaille pas, c'est lui qui répond au besoin de la famille. On a deux enfants. Un garçon et une fille. » Elle n'est pas encore capable de considérer son mari au passé. (C'est lui qui répond aux besoins de la famille.) « Vous vous imaginez ? Comment est-ce que je vais nourrir ces deux enfants ? Comment est-ce que je vais pouvoir payer leur scolarité, si l'école va rouvrir dans ce pays ? » Elle exprime son sentiment d'incertitude en référence à la situation de précarité qui en résulte, car elle se sent incapable de répondre aux besoins de ses enfants. « La vie est finie pour moi et mes enfants "pitit gason m"/mon fils. » Cette interpellation « mon fils » a réveillé tout un tas de souvenirs dans notre esprit. Nous avons pensé à une famille, le

père de famille était un très bon ami, nous étions très proches de cette famille. Ce père de famille est mort asphyxié, coincé entre deux murs.

Nous avons reçu des patients avec des cas très douloureux, très difficiles, mais nous étions envahi, sidéré et bouleversé à l'écoute de cette femme/cette mère à travers laquelle nous pouvions voir la nôtre. L'écouter dans sa douleur a renforcé chez nous une envie de l'aider. Pourquoi elle ? Pourquoi doit-elle endurer tout cela ? Beaucoup de questions et un désir d'apporter des réponses concrètes et toutes faites.

Ce qui témoigne du sentiment d'impuissance qu'on peut ressentir face à de telles expériences traumatiques. Elle a une manière de nous regarder comme si elle nous suppliait, cherchait notre bonne grâce et attendait une solution miracle. Nous nous sommes senti interpellé, comme si elle avait frappé à notre porte pour solliciter une aide que nous devrions pouvoir lui donner. Nous étions obligé de mesurer nos mots pour ne pas la décevoir et lui faire du tort, soit avec une parole ou une question au mauvais moment, à la mauvaise place. Elle a dit : « Moi, je ne crois pas que mon mari soit vraiment mort. Je pense qu'il est parmi les blessés qui sont emmenés en République dominicaine pour des interventions chirurgicales urgentes. »

Ce mécanisme de déni qui est bien manifeste dans le discours de Mme Paulette peut s'expliquer par son état de sidération après cette perte qu'elle a du mal à mettre en sens. Nous lui avons demandé si elle n'a pas de nouvelles, soit d'un de ses collègues de travail qui est sorti vivant du drame ou d'autres personnes qui se trouvaient aux environs de son lieu de travail. Elle nous a répondu qu'on lui a dit oui, qu'il est bien mort dans l'immeuble, que son corps a été trouvé et qu'il a été jeté parmi tant d'autres dans une fosse commune. Elle a dit : « Je sais que Dieu sait faire des miracles, il peut me ramener mon mari bien vivant. » Le mécanisme de déni revient, avec cette fois, le support de la religiosité. Nous allions lui demander : « Quand ils vous ont dit qu'il a été vu, qu'il est vraiment mort et qu'il a été jeté dans une fosse commune avec tous les autres morts, vous l'aviez cru ? » Mais nous nous sommes dit que, « jeté dans la fosse commune » serait trop dur pour elle à entendre venant du psychologue qui est là pour l'accompagner à mettre du sens sur son expérience douloureuse, sachant que les rituels funéraires ont une grande importance dans la culture haïtienne. Nous nous sommes dit que c'était mieux de lui épargner cette question qui aurait été comme un choc de plus

pour elle. La question a été reformulée ainsi : « Quand ils vous ont dit qu'il a été vu et qu'il est réellement mort, vous aviez accepté ? » Elle a dit : « Oui, ils me l'ont dit, mais je ne peux pas accepter qu'il soit mort. » Sa réponse à la relance du psychologue met bien en lumière le mécanisme de déni que nous retrouvons souvent dans le discours de Mme Paulette dans les premières séances. Surtout avec son incapacité à se projeter dans un avenir sans son mari. Elle a répété une énième fois : « Qu'est-ce que je vais faire sans lui, avec les deux enfants à m'occuper ? » Et puis elle s'est autorisée à pleurer, bien qu'elle se soit montrée quand même assez courageuse et forte. Une force qui s'exprime aussi à travers son adhésion au travail d'élaboration psychique et sa capacité à suivre ce processus de symbolisation d'un trauma aussi récent. Comme si le contexte d'urgence avait provoqué chez elle l'urgence de la mise en sens de son expérience traumatique, puisque nous savons pertinemment que le propre du traumatisme est de créer un vide, une incapacité de penser et de mettre en récit l'expérience douloureuse que le patient a vécue. Dans ces contextes de cliniques, de l'extrême [23] où le temps semble figé, suspendu, la temporalité psychique aussi se retrouve fortement bouleversée. Quand tout un pays est en deuil, ton deuil privé et familial devient comme insignifiant, ombré par le deuil collectif qui prend de force toute la place.

Il fallait commencer par l'accompagner à considérer la nécessité du travail de deuil à réaliser. Et puis dans un second temps, l'accompagner à élaborer sa propre demande de suivi thérapeutique, qui doit englober aussi le processus de deuil. Après quatre séances, elle est arrivée à accepter que son mari n'allait plus revenir. Elle nous a dit qu'elle a accepté et que c'était la volonté de Dieu. Elle a gardé l'espoir que ce dernier va lui montrer quoi faire pour répondre aux besoins de ses enfants. Ce recours au spirituel participe au processus d'appropriation subjective de l'expérience traumatique, notamment à travers cette recherche de causalité qu'on retrouve dans l'idée que ce serait la volonté de Dieu. Elle nous a dit qu'elle essayait de tenir le coup : « Rester à pleurer tous les jours ne va pas me ramener mon mari qui était tout pour moi après Dieu. »

Elle est arrivée à considérer son mari au passé. Ce n'est pas encore le deuil, mais cela fait partie du processus, elle est au niveau de l'acceptation de la mort de son mari comme un fait. Quoiqu'elle en parle avec des mots lourds de sens et

traumatogènes : « C'est comme si on m'avait coupé les deux bras. Mais je ne peux pas rester à pleurer, car je peux rendre mes enfants plus tristes encore. Je dois assumer mes responsabilités de mère. » Elle arrive à se raccrocher à son rôle de mère de famille, ce qui lui donne un but pour l'avenir. Et à travers la notion de « responsabilité », on peut entendre aussi qu'elle commence à reconnaître qu'elle va devoir assumer seule les besoins de ses enfants.

Ces éléments du récit de Mme Paulette, notamment son mécanisme de déni dont témoignait son incapacité à parler de son mari au passé, nous permettent de comprendre que son processus de deuil n'en était qu'au début. Nous pouvons comprendre aussi qu'elle pourra s'appuyer sur ses amies et leurs réunions de prière comme supports d'étayage. En effet, comme l'a très bien démontré Michael Ungar [36] dans ses travaux de recherche, le processus de résilience s'articule autour d'un triptyque de facteurs de protection comprenant : les ressources du sujet, le soutien affectif de l'entourage familial et les ressources psychosociales (groupe d'appartenance et la communauté).

### **6.1.2. Kénol 20 ans**

Un jeune homme d'une vingtaine d'années. Il a perdu son bras droit. Le bâtiment de son université s'est effondré, une poutre est tombée sur son bras droit qu'ils ont dû couper pour le sortir de là. Car, s'il était resté plus longtemps, le bras se serait infecté et son pronostic vital aurait été engagé. Il me dit que cette expérience est très douloureuse. Qu'il a tendance à rester seul, parce qu'il se sent incomplet et différent des autres amis qui ont leurs deux bras. Il reste à distance pour écouter leurs blagues. Il n'ose pas avancer parce qu'il se sent incompatible avec le groupe. La notion incompatible exprime son sentiment d'étrangeté en comparaison à ses amis qui ont leurs quatre membres. Quand ses amis viennent le voir, il se sent très triste au bout d'un certain moment, parce que rencontrer ses amis lui fait revivre les souvenirs du bon vieux temps. Quand il avait ses deux bras comme eux. Et ce rappel lui fait penser à son avenir avec un seul bras.

Nous lui avons demandé comment il se projette dans l'avenir ? Il a dit : « Je me sens déconnecté de la vie sociale parce que je ne crois pas que je pourrai reprendre mes études, vu que je n'ai plus mon bras droit. »

Tout ce qu'il disait passait par ce bras droit qu'il a perdu, comme si sa vie, ses connaissances, ses valeurs, bref tout ce qu'il est et tout ce qu'il a serait résumé à ce bras droit. Dans ses mots, nous pouvons entendre toute sa difficulté à accepter la perte. Et surtout, dans ce cas précis, il s'agit de la perte d'une partie de son corps et donc une perte manifeste avec des conséquences à la fois physiques et psychologiques. Dans sa représentation de son image du corps, nous pouvons entendre qu'il a vécu cette perte comme une diminution de son corps et surtout un terrible coup porté à son narcissisme.

Nous pouvons entendre aussi les conséquences de sa représentation de la perte de son bras sur sa relation aux autres. Il s'isole parce qu'il ne se sent pas compatible à eux. Une certaine intériorisation de la représentation sociale péjorative (kokobe) des personnes porteuses de handicap en Haïti est assez manifeste dans les mots de Kénol.

Ce qui nous a laissé comprendre dès la première consultation qu'il aura besoin d'être accompagné à élaborer sa représentation de la perte de son bras. Et puis dans un second temps, l'accompagner à mettre en place un processus de résilience. Ce dernier prendra donc en compte les facteurs de protection, ses ressources psychiques et culturelles, le support de ses proches, son groupe d'appartenance et d'autres tuteurs de résilience qui pourront participer à son processus de résilience.

Il nous a paru essentiel de prendre en compte un symbolisme important pour lui, « écrire ». Il s'agit d'un élément sensible qu'il fallait aborder avec attention. Car le fait d'apprendre à écrire avec sa main gauche a une dimension régressive qui vient raviver sa souffrance. La formulation apprendre à utiliser la main gauche pour écrire a été privilégiée pour inscrire ce symbolisme important pour lui dans une démarche de transformation. Sur le coup, il a essayé d'écrire son nom avec sa main gauche. Il l'a écrit très difficilement et il est très peu lisible. Il a pleuré à ce moment-là. Des pleurs qui expriment la souffrance que lui renvoient la représentation sociale du handicap en Haïti et ce sentiment de régression au début de la scolarité. Il a dit qu'il se sent très mal, car il n'arrive même pas à écrire son nom. Ce qui laisse entendre aussi son

sentiment d'être limité, d'être devenu incompetent. Il a dit : « J'étais à l'université, voilà maintenant, je dois recommencer à apprendre à écrire. Je dois repartir à zéro. Si c'était ma main gauche, ç'aurait été toujours très douloureux, mais ce serait très différent, car j'aurais pu écrire et continuer d'être fonctionnel intellectuellement parlant. Voilà qu'aujourd'hui, je ne peux même pas écrire mon nom. »

Nous pouvons entendre la notion d'identité à travers cette représentation qu'il se fait de son expérience d'amputation. On peut entendre une réactualisation de ce qu'il est devenu avec un bras en moins. Et avec la représentation péjorative des personnes handicapées dans la société haïtienne, on peut comprendre aussi que cette expérience d'amputation renvoie à une atteinte narcissique.

Il a insisté sur son incapacité à écrire, ne serait-ce que son nom. Nous lui avons fait cette relance pour creuser un peu : « – Cela doit être dur pour vous à accepter ? – Mettez-vous à ma place, comment vous vous sentiriez aujourd'hui avec un seul bras ? Regardez, vous êtes en pleine forme, même pas une égratignure. » On peut entendre une certaine agressivité dans cette réponse. Une agressivité qu'il faut mettre en relief à ce qu'il doit endurer, d'autant plus que l'expérience traumatique est assez récente. Comme pour le dire avec d'autres mots, c'est évident qu'il est dur d'accepter. En disant « mettez-vous à ma place », nous pouvons comprendre que l'autre devient le miroir de ses propres limites.

À ce moment, nous avons repensé à l'expérience de l'événement. Nous étions couché, endormi chez nous. Et si la maison n'avait pas résisté aux secousses, qu'est-ce qui serait arrivé ? Nous serions peut-être mort ou nous aurions pu être grièvement blessé ? À bien comprendre sa réaction, nous avons compris qu'il a essayé de questionner quelque chose d'extérieur à l'événement, au choc. Pourquoi ça m'arrive ? Pourquoi moi ?

Il nous a fait penser aussi à un ami qui est mort à son université. Il était avec sa sœur à la même université, ils étaient dans la même salle de cours, ils faisaient des études de génie civil. La sœur est restée sans bouger et elle est sortie saine et sauve de l'immeuble après les secousses. Lui, il a essayé de se sauver en sautant par la fenêtre, mais il a été rattrapé par une poutre de l'étage supérieur qui lui est tombé dessus. À un

certain moment, à l'écoute du récit de Kénol, nous pouvons nous dire : il a perdu seulement un bras, mais il y a d'éminents professeurs d'université qui sont morts et jetés dans la fosse commune. Ils auraient peut-être préféré être en vie, même comme un tronc, amputés des quatre membres. Car en Haïti, les gens disent, « pito nou lèd nou la/l'essentiel, c'est d'être vivant ». Comme si le collectif qui était très audible dans ce contexte d'urgence, l'imaginaire du peuple tout entier, résonnait en nous. Et puis dans un sursaut de subjectivation, nous nous sommes dit, mais non, c'est de sa souffrance qu'il s'agit. Il a besoin d'être écouté et compris dans sa souffrance et ses représentations de ce qui lui est arrivé. Il s'agit de son espace à lui, il a besoin d'être accompagné à élaborer son expérience personnelle.

« – C'est dur pour vous de vous imaginer vivre avec un seul bras ? lui avons-nous demandé. – C'est très dur, j'évite de penser aux études. Quelquefois, je me sens comme soulagé de voir qu'il sera très difficile que l'école et l'université reprennent. Parce que j'imagine que mes collègues vont me dépasser. Parce que moi, je ne pourrai plus continuer. » Ce qui peut être entendu comme une attitude égoïste, égocentrique.

Mais d'un autre côté, ses mots laissent entendre sa difficulté à se projeter avec un corps diminué et surtout réduit dans ses capacités à poursuivre son projet professionnel.

Ces mots nous ont fait penser à notre mémoire de licence de psychologie. Et surtout notre rêve de devenir psychologue qui allait être retardé ou prendre plus de temps à se réaliser.

Nous lui avons dit : « – Vous ne pensez pas que vous arriverez à écrire avec votre main gauche et à continuer vos études ? – Je ne crois pas que je pourrai recommencer à écrire comme avant, c'est tellement difficile. » Il s'agit d'un sentiment de rupture que nous retrouvons dans le contexte d'une expérience traumatique. La personne se retrouve comme coupée en deux, le temps d'avant et le temps d'après. « Je me sens moche, nul, bon à rien, handicapé. » Ce qui manifeste une atteinte narcissique. Qui renvoie aussi à la notion créole « kokobe », une représentation péjorative de la société haïtienne des personnes porteuses de handicap.



Nous avons eu le sentiment d'être traversé par de la tristesse. Comme si nous portions en nous une partie de sa tristesse. Ce qui correspond au concept de traumatisme vicariant [7].

Il a accepté d'essayer encore une fois d'écrire son nom avec sa main gauche. Son écriture s'est améliorée très légèrement. Nous avons bien valorisé cette amélioration et lui avons suggéré de continuer de s'exercer à écrire avec la main gauche chez lui. Il a accepté et nous promet qu'il va continuer de s'exercer. Ce qui nous laisse comprendre qu'il approuve l'exercice qui était difficile la première fois. Réécrire son nom signifie aussi symboliquement se reconstruire, intégrer psychiquement cette expérience douloureuse. Il nous dit : « Je me suis senti compris et c'était bien qu'un jeune comme moi m'encourage à avancer et à croire dans l'avenir. » Nous pouvons entendre son mécanisme d'identification à travers ses mots, « jeune comme moi ». La dynamique du lien thérapeutique mise en place et l'écoute empathique dont il a bénéficié participent au changement qui est manifeste chez lui. Cela nous a encouragé, nous avons senti que notre travail était apprécié et valorisé.

## **7. Discussion**

### **7.1. Ce qui traumatise au-delà du choc**

Comme Ferenczi [16] l'a dit, ce qui provoque le traumatisme à côté du trauma, du choc, ce sont les représentations par le sujet de ce qui est arrivé. Dans le cas des patients rencontrés dans cette expérience clinique, nous pouvons remarquer qu'ils ont pleuré à la fois la perte et les représentations qu'ils se font de cette perte.

Mme Paulette a perdu son mari, elle pleure la mort de cet être cher, le père de ses enfants, mais elle pleure aussi et surtout ce que cette perte va entraîner dans sa vie et celle de ses deux enfants comme changement. Considérant que le défunt a été, d'un point de vue économique, le personnage central de la famille.

Pour Kénol, perdre un bras qu'ils ont dû lui couper sous ses yeux sans anesthésie et aucune préparation, est un choc terrible, une douleur atroce. Mais quand, au-delà de la douleur physique, il dira qu'il se sent inférieur à ses amis et pense qu'il

ne pourra plus continuer ses études universitaires, ne pouvant écrire ne serait-ce que son nom avec sa main gauche, nous pouvons nous demander si la douleur psychique n'est pas plus terrible que la douleur physique ?

Car comme on dit en Haïti : « Bay kou bliye, pote mak sonje/On peut oublier les coups, mais les cicatrices, on s'en souviendra toujours. » Mme Paulette se souviendra longtemps de son mari. D'autant plus qu'il a été jeté dans la fosse commune et qu'elle n'a pas pu lui offrir des funérailles dignes de ce nom pour tout ce qu'il représentait dans sa vie.

Dès qu'elle se trouvera dans la difficulté de répondre aux besoins de ses enfants, elle pourra se souvenir de son mari qui se chargeait de tout. Sans une élaboration de cette expérience traumatique, ses pleurs ne cesseront pas. Même quand on peut ne plus la voir pleurer, mais au plus profond d'elle, elle va continuer à souffrir. La mémoire traumatique peut continuer de resurgir longtemps après le trauma. Comme l'a souligné Salmona : « La mémoire traumatique est donc une mémoire émotionnelle enkystée, une mémoire "fantôme" en faisant revivre à l'identique, avec le même effroi et la même détresse, les événements violents, les émotions et les sensations qui y sont rattachées, comme une machine à remonter le temps. Elle "explose" aussitôt qu'une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles ne se reproduisent. Elle sera comme une "bombe à retardement" susceptible d'exploser souvent des mois, voire de nombreuses années, après les violences » [32, p. 69–87].

Pour élaborer les effets de ce trauma, la personne a besoin d'être accompagnée à mettre en place un processus de résilience. Face au traumatisme, le psychisme se trouve déchiré. Une partie essaie de recoller les morceaux en s'appuyant sur des éléments vivants. Et c'est sur cette base que la personne peut entamer un processus créateur. Dans la mesure où elle pourra se servir de ces éléments vivants, des ressources psychiques qui peuvent être remobilisées avec l'étayage de tuteurs de résilience [8]. Ce qui correspond aux expériences de Mme Paulette et de Kénoï. Mme Paulette exprime bien ce sentiment d'effondrement et de déchirure. Elle avait beaucoup de difficulté à s'imaginer ou se projeter sans son mari qui « était tout pour elle » d'après son récit. Elle parle du temps d'avant et l'après-coup du trauma. Au cours du travail thérapeutique, elle a pu remobiliser des fonctions comme la maternité,

la parentalité et surtout sa responsabilité de maman qui sont autant d'éléments vivants et de ressources psychiques nécessaires au processus de résilience.

Kénoï disait d'emblée que la vie était finie pour lui. Il a exprimé un sentiment d'être coupé en deux, avec une régression voire un arrêt brutal dans son parcours académique et son projet professionnel, autant qu'il a exprimé un sentiment d'être coupé du reste de la communauté à cause de son amputation, son invalidité et son désormais statut de « kokobe/handicapé ». La réussite académique, qui était son but ultime, constitue donc un élément vivant indispensable pour son processus de résilience. Apprendre à écrire avec sa main gauche est devenue une étape importante, un objectif à court terme pour atteindre son but ultime, le diplôme universitaire.

## **7.2. Quand le sujet vient chercher la vie chez le clinicien**

Dès le début du récit de Mme Paulette, quand elle parle de ses amies, des « combattantes de genoux » dit-elle, nous pouvons déjà sentir que sa croyance en Dieu est un élément sur lequel elle pourra s'appuyer pour affronter le traumatisme. Nous pouvons alors questionner les croyances religieuses qui peuvent servir de tuteur de résilience.

Nous pouvons définir la résilience comme la capacité d'un individu à mobiliser ses ressources psychiques et culturelles en s'appuyant sur sa famille et sa communauté pour surmonter une expérience traumatique. Qu'il s'agisse d'un individu ou d'un groupe, les facteurs de protection tels que la famille, les ressources psychiques et culturelles, la communauté, etc., participent au processus de résilience. Au-delà de la capacité qui concernerait seulement une catégorie de personnes, la résilience doit être considérée surtout dans une démarche processuelle. Une personne peut donc être accompagnée à mettre en place un processus de résilience.

La résilience est assimilable au « mapou ». Le mapou, appelé scientifiquement *Ceiba pentandra*, est un arbre majestueux qui peut atteindre jusqu'à 70 m de hauteur en Afrique [33]. Il est l'équivalent du baobab d'Afrique dans sa représentation symbolique. Il est résistant à la sécheresse et aux embruns. Il est appelé aussi l'arbre de rempart. Les premiers habitants de l'île de Haïti, les Taïnos, considéraient le mapou

comme un arbre sacré. Le mapou demeure comme l'arbre de référence du patrimoine naturel et culturel de Haïti. Il correspond parfaitement à l'image de la résilience. Il plonge ses racines profondément dans le sol, comme pour se préparer à affronter les intempéries. Grâce à la profondeur de ses racines et son tronc imposant, il arrive à résister à la sécheresse, aux embruns et intempéries. Comme le baobab, même s'il est coupé, abattu, il va repousser par le biais de ses racines. Ce qui lui procure donc son côté endémique. Ce qui fait écho à la déclaration de Toussaint Louverture, précurseur de l'indépendance d'Haïti, au moment de sa déportation vers le fort de Joux dans le Jura : « En me renversant, on n'a abattu à Saint-Domingue que le tronc de l'arbre de la liberté, mais il repoussera, car ses racines sont profondes et nombreuses » [10].

Quand la personne a subi un choc, une épreuve, un trauma, comme le mapou, en fonction de toutes ses ressources, elle peut résister, supporter et même s'il peut finir par se briser, il va pouvoir puiser dans ses racines de l'énergie régénérative pour repousser. Pour se relever, la personne doit pouvoir s'appuyer sur ses ressources psychoculturelles et l'étayage familial et social. En ce sens, la spiritualité peut servir de tuteur de résilience, car à l'image du mapou, elle permet à la personne de se replacer au centre de son histoire dans cet équilibre entre l'infiniment grand et l'infiniment petit. Pour cela, la personne doit être accompagnée à mettre du sens sur ses représentations culturelles pour mieux les utiliser comme levier thérapeutique [1].

*Mme Paulette était venue chercher la vie chez le clinicien.*

En l'écoutant, nous avons le sentiment qu'elle semble avoir perdu une partie de son corps, une partie d'elle-même, à travers la perte de son mari. Car dans son discours, nous pouvons comprendre que son mari comptait beaucoup pour elle. Puisqu'elle ne travaillait pas, c'est son mari qui prenait tout en charge sur le plan financier. « Se li ki te tout mwen aprè Bondye/il était tout pour moi après Dieu », dit-elle. Dorénavant, elle a besoin d'apprendre à exister par elle-même, à trouver des ressources pour tenir le coup et tout assumer seule. Dans cette perspective, nous devons chercher à comprendre comment sa croyance en Dieu pourra lui servir de tuteur de résilience [8]. Parce qu'elle ne doit pas rester passive dans l'attente d'un miracle divin, mais s'appuyer sur sa confiance en Dieu comme une force ou une énergie positive qui est susceptible d'encourager sa résilience. D'autant que dans sa manière de tout déposer chez nous, avec un certain sentiment de soulagement, elle

semble nous considérer comme un contenant qu'elle a trouvé pour se décharger. Dans les fins de séance, elle faisait un soupir de soulagement (hmm...), une expression que nous retrouvons généralement quand une personne vient de déposer une charge très lourde qu'elle a portée longtemps.

### ***7.3. La relation thérapeutique***

Les différents éléments analysés dans cet article permettent de comprendre que la relation thérapeutique entre clinicien et patient victime d'un même événement traumatique s'organise autour des données contre-transférentielles. Pour avoir vécu l'événement autant que lui, le patient suppose une meilleure compréhension du clinicien de sa souffrance. En effet, n'ayant pas à associer seulement sur des images du récit du patient, il l'écoute dans une similitude et dans une distance, parce qu'ils ont vécu le même événement, mais avec des particularités différentes en fonction de leur compréhension de ce qui est arrivé, de leur degré d'affectation et de leur capacité à le symboliser. Nous avons pu voir aussi que le fait d'avoir vécu le même événement peut être un avantage, dans la mesure où le clinicien peut aider le patient à mettre des mots plus appropriés sur son expérience, ayant pu mettre des mots sur son expérience personnelle.

À côté de l'analyse de nos différentes rencontres cliniques, nous avons pu rencontrer d'autres collègues, psychologues témoins et victimes du séisme qui ont accompagné des patients traumatisés. À travers ces analyses et ces entretiens, nous avons compris que le fait que le clinicien a lui aussi été victime du même événement traumatique peut constituer un avantage. Car son expérience peut favoriser la rencontre clinique et l'établissement de la relation thérapeutique. Puisque dans le contexte de l'urgence et l'immédiateté de l'événement, le patient peut se sentir mieux compris par un clinicien qui a lui aussi été témoin et victime de l'événement qui le traumatise.

Mais il faut dire aussi que le vécu du clinicien du même événement traumatique que le patient peut constituer également un désavantage puisqu'il est amené à associer sur des affects qui lui renvoient sa propre expérience avec une charge émotionnelle massive. À travers les deux vignettes cliniques de cet article, par exemple, nous

pouvons comprendre que le psychologue a dû fournir un énorme effort pour rester disponible psychiquement à l'écoute des patients. En effet, plusieurs éléments des récits des patients ont fait écho à ses expériences personnelles. Le psychologue devait continuellement observer des temps de silence pour souffler et évacuer un trop-plein d'émotions.

Pour continuer de tenir et d'être aidant, nous avons mis en place des exercices dont nous avons compris le sens et leur symbolisme dans l'après-coup de l'expérience. Dès la première séance de consultation sur le camp, nous prenions régulièrement une douche d'eau tiède en rentrant. Nous sommes resté longtemps sous la douche. Nous avons compris, dans l'après-coup, que cette douche semblait symboliser un besoin d'être lavé, d'être nettoyé de toutes les souffrances dont nous étions le réceptacle toute la journée. Après cette longue douche d'eau tiède, nous avons l'habitude de nous allonger sur le dos, sur un tapis de sport tout en essayant de faire le vide dans notre esprit. Dans cette recherche de contact avec le sol, nous pouvons retrouver comme un besoin d'être porté, materné dans le sens du holding de Winnicott [40], par un support stable et solide. Et puis tous les soirs, nous allions marcher dans un espace dégagé où il y avait des arbres et de la verdure. Le temps de cette balade, nous en profitions pour penser et repasser la journée dans notre esprit, comme pour nous faire une copie de notre journée de consultations. Ces balades prenaient de jour en jour la forme d'une autoanalyse. Nous avons compris dans l'après-coup que ces exercices étaient indispensables à notre propre élaboration de l'expérience traumatique, mais surtout pour continuer d'accompagner les personnes qui venaient chercher la vie chez nous.

## **8. Conclusion**

Nous avons mis du temps avant de nous engager dans cet exercice d'écriture sur cette expérience clinique. Cette dernière était riche mais difficile aussi. Nous avons dû apprendre à devenir aidant dans l'urgence d'une clinique de l'extrême [4,23]. À partir de l'analyse d'après-coup de notre expérience clinique après le séisme du 12 janvier 2010, nous avons pu relever deux enjeux majeurs du contre-transfert dans de tels contextes :

comme a fait remarquer P. Fédida [15], le contre-transfert a une fonction de pare-excitation, notamment parce qu'il est à concevoir comme un mécanisme de défense pour le psychisme du clinicien. Car il lui permet de se protéger pendant les rencontres cliniques et d'assurer le bon déroulement du processus analytique et favoriser la rencontre clinique. Le contre-transfert procure à l'analyste une certaine protection contre l'irruption, assez souvent violente, des affects du patient et de ses propres affects. Comme a souligné Uturbey [37], le contre-transfert protège l'analyste contre des épreuves qu'il n'a pas à revivre à la place du patient ;

l'autre enjeu du contre-transfert est qu'il aide l'analyste à comprendre l'inconscient du patient et à interpréter son récit pour rendre explicite l'implicite caché derrière les éléments manifestes.

Nous avons pu voir aussi que la dynamique transféro-contre-transférentielle se déroule entre similitude et distance dans ce contexte d'un événement traumatique vécu en commun. Parce qu'au-delà des éléments du discours du patient qui font écho au vécu du clinicien de l'expérience traumatique, ce dernier peut arriver à garder une certaine distance en s'appuyant sur son cadre interne. Dans le cas de Kénol, notre cadre interne nous a aidé à nous décentrer pour prendre en compte seulement son récit, sans nous laisser influencer par le contexte de l'urgence et la résonance du collectif. Nous devions nous concentrer sur sa perte à lui et l'accompagner à l'élaborer.

Le psychologue a été investi par Mme Paulette et Kénol comme un tuteur de résilience. Son écoute et sa neutralité bienveillante leur ont permis de mettre du sens sur leur expérience traumatique et de mettre en place leur processus de résilience. Ils ont eu besoin de cet espace d'élaboration pour intégrer psychiquement l'expérience traumatique et en faire une partie de leur histoire et non un trou, un vide, un fossé entre deux temps (avant/après) de leur vie.

Pendant le processus de rédaction de l'article, nous avons pu comprendre aussi que le fait d'avoir pris le large, le fait de partir deux semaines dans une autre ville, après le séisme, loin de Port-au-Prince, nous a aidé à garder une certaine distance et d'être contenant. Et puis après certaines séances, nous avons commencé à échanger avec d'autres collègues, jeunes diplômés de psychologie, dans une démarche d'intervision. Ces échanges et les témoignages d'autres psychologues qui sont

intervenues après le séisme nous ont permis de comprendre que notre intervention faisait fonction de tuteur de résilience [8], une tentative d'appropriation subjective [27] de l'expérience traumatique. Comme si nous devions intervenir, participer à l'accompagnement psychologique de cette population traumatisée pour subjectiver.

### **Déclaration de liens d'intérêts**

Aucun liens d'intérêts

### **Remerciements**

Nous tenons à remercier Open Society Foundation qui a financé notre recherche sur le traumatisme de l'amputation de membre. Numéro du financement IN2019-53898. Ce financement nous a permis aussi de poursuivre d'autres travaux dont la rédaction de cet article qui constitue l'une des études de notre recherche. Nous remercions également toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cet article.



## Références

1. Andre F. L'expérience de la douleur : les représentations culturelles pour donner du sens. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 2022;8085(330):1–46. 10.1016/j.spp.2022.12.005.[ISSN 1259-4792].
2. Beaussan J. Le psychologue au cœur du séisme. *Perspectives Psy* 2014;53:124–8.
3. Bertrand M. Trois défis pour la psychanalyse. Clinique, théorie, psychothérapie. Paris: Dunod; 2004.
4. Bettelheim B. Le cœur conscient. Paris: Laffont; 1972 [Publication originale 1960].
5. Bleger J. Psychanalyse du cadre psychanalytique. In: Anzieu D, Kaës R, editors. Crise, rupture et dépassement. Paris: Dunod; 1979 [ISBN 2-04-011595-1. Texte en ligne].
6. Bokanowski T. Le concept de traumatisme en psychanalyse. *Sillages critiques* [En ligne], 19. 2015 [mis en ligne le 15 juillet 2015, consulté le 14 juin 2023. URL: <http://journals.openedition.org/sillagescritiques/4153> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/sillagescritiques.4153>].
7. Bourgault R. Le traumatisme vicariant. Aide-mémoire de psychotraumatologie. Paris: Dunod; 2008.
8. Braud M. Clinique dialogique de l'extrême et attachement narratif : la résilience des maux par les mots. *Sujet Cite* 2018;2:195–207. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.009.0195>.
9. Bremner, J. D., & Reed, L. *You can't just snap out of it : The real path to recovery from psychological trauma : introducing the START NOW program*. Laughing Cow Books; 2014.
10. Cauna J. de. Mémoires du général Toussaint Louverture, commentés par SaintRémy, réédition critique, préface et notes. Guitalens-L'Albarède: La Girandole; 2009.
11. Clorméus L.A. Brève bibliographie sur les séismes en Haïti. In: Hurbon L, editor. Catastrophes et environnement : Haïti, séisme du 12 janvier 2010. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales; 2014. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.7359>].
12. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.

13. Derivois D. Clinique de la mondialité : vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres. Louvain-La-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2017 [<https://doi.org/10.3917/dbu.lapla.2017.01>].
14. Devereux G. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement ; tr. fr. Paris: Champs essais; 2012 [1980].
15. Fédida P. L'angoisse dans le contre-transfert ou l'inquiétante étrangeté du transfert. *Topique* 1988;41:49–66.
16. Ferenczi S. Le traumatisme. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1934.
17. Freud S. Au-delà du principe de plaisir, OCF.P, XV. Paris: PUF; 1920. p. 273–338 [DOI: 10.3917/puf.freud.2013.01].
18. Freud S. «Psychanalyse» und «Libido theorie», 1923, G.W., XIII. Trad. fr. *Psychanalyse et théorie de la libido*. In: in Résultats, Idées, Problèmes. Paris, PUF; 1985.
19. Freud S. Cinq leçons sur la psychanalyse. Paris: Payot; 1992. p. 9–68 [1909].
20. Gainot B. La révolte des esclaves d'août 1791 à Saint-Domingue. Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe [en ligne], ISSN 2677-6588, mis en ligne le 23/02/ 21, consulté le 07/05/2023. Permalien: <https://ehne.fr/fr/node/21484>.
21. Inoue T, Vercoutter A. Vivre le séisme et ses suites : psychothérapeute et « victime moi aussi ». *Ebisu* 1999;21:93–8 <https://doi.org/10.3406/ebisu.1999.1635>. [Le Japon des séismes].
22. [https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2010/02/10/haiti-de-l-adoptionau-traffic\\_1303709\\_3222.html](https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2010/02/10/haiti-de-l-adoptionau-traffic_1303709_3222.html).
23. Korff-Sausse S. Les cliniques de l'extrême. *Chimères* 2016;88:54–69. <https://doi.org/10.3917/chime.088.0054>.
24. Kuttner L. A child in pain: what health professionals can do to help. Bancyfelin: Crown House Publishing; 2010. p. 1.
25. Laplanche J, Pontalis J.B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: PUF; 2002 [1967].
26. Rouchy J. Transfert et identification projective. In: Rouchy J, editor. *Le groupe, espace analytique : clinique et théorie*. Toulouse: Érès; 2008. p. 177–202 [2008].
27. Roussillon R. Processus de symbolisation et niveaux d'appropriation subjective. 2000. <https://reneroussillon.com/le-travail-de-symbolisation-2>.

28. Roussillon R. Traumatismes et liaisons primaires non-symboliques. Traumatismes. Actualités psychosomatiques; 2000. p. 3 [GeorG (Association Genevoise de Psychosomatique AGPSO)].
29. Roussillon R. Le processus de symbolisation et ses étapes. Matière à symbolisation. Lonay: Delachaux et Niestlé; 2000.
30. Roussillon R. Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité. Paris: Dunod; 2009 [https://doi.org/10.3917/dunod.rous.2009.01].
31. Roussillon R. L'associativité, Libres cahiers pour la psychanalyse. 2009 [no 20]. https://www.rfi.fr/fr/culture/20100603-2-beken.
32. Salmona M. La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. Cah Justice 2018;1:69–87. https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0069.
33. Tareau M.A, Greene A, Odonne G, Davy D. Ceiba pentandra (Malvaceae) and associated species: spiritual keystone species of the neotropics. Botany 2021 https://doi.org/10.1139/cjb-2021-0099. [lire en ligne].
34. Terr L.C. Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry 1991; 148:10–20. https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10.
35. UNDP. 2010 report. New York: UNDP; 2010.
36. Ungar M. Resilience across cultures. Br J Soc Work 2008;38:218–35. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343.
37. Urtubey L. Le travail du contre-transfert. Rev Fr Psychanal 1994;59:1271–372.
38. Winnicott D.W. La haine dans le contre-transfert. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1947.
39. Winnicott D.W. La tendance antisociale ; trad. fr. In: Winnicott D.W, editor. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969 [1956].
40. Winnicott D.W. La mère suffisamment bonne. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 2008.



**CHAPITRE 4 : LES PERSONNES AMPUTEES DE MEMBRE  
RENCONTREES AU CENTRE HEALING HANDS FOR HAÏTI (HHH).  
ÉTUDE 2<sup>132</sup> :**

*« Ce n'est pas le chemin qui est difficile, c'est  
le difficile qui est le chemin. »*

*Sören Kierkegaard*

---

<sup>132</sup> Cette étude sera publiée sous forme d'article.

## 4.1. DONNEES GENERALES

### Résumé

*Introduction* – La deuxième étude (*dispositif de recherche*) : Cette étude porte sur les personnes amputées de membre rencontrées en Haïti. De cette étude est issu un article intitulé : « *Grandir après une expérience d’amputation de membre* » [1], publié en septembre 2023 dans la revue *Haïti perspectives*. L’objectif de cette étude était d’évaluer les enjeux des ressources culturelles sur le processus de résilience des sujets amputés de membre.

*Méthode* – Pour réaliser cette étude nous avons utilisé l’entretien clinique de recherche comme méthode. Étant déjà dans un cadre où ils ont l’habitude de parler de leur expérience d’amputation, ces sujets étaient plus aptes à répondre aux entretiens cliniques de recherche. S’ils ont manifesté une envie de participer aux entretiens et une certaine facilité à parler de leur expérience, le besoin d’un véritable travail d’élaboration de leur expérience traumatique était assez manifeste. Nous avons mené des entretiens semi-directifs avec le support d’une grille d’entretien pour garder un fil conducteur et une certaine cohérence dans la collecte des données des deux terrains de recherche.

*Résultats* – Nous avons rencontrés (N=20) sujets à Port-au-Prince – au centre de rééducation et de réadaptation, Healing Hands For Haïti (HHH). Les données collectées sont présentées dans un tableau récapitulatif élaboré en tenant compte des thématiques de la grille d’entretien et d’analyse des données.

*Analyse* – L’analyse de contenu du discours a également été utilisée pour analyser les données. Autant que pour les sujets de la première étude, deux constantes étaient aussi présentes dans les discours de ces sujets : 1- *mobilisation des croyances* et 2- *le soutien de la famille et du groupe d’appartenance*.

*Discussion* – Dans la discussion nous passons en revue le traumatisme, la situation des personnes amputées de membre en France et les effets du soutien de la famille et du groupe d’appartenance sur le processus de résilience des sujets.

**Mots clés : Traumatisme – amputation de membre – dispositif de prise en charge – soutien de la famille – processus de résilience**

*Abstract*

*Introduction* – The second study (research device): This study focuses on limb amputees encountered in Haiti. An article entitled "Growing up after a limb amputation experience" is the result of this study. published in September 2023 in the journal Haiti perspectives. The aim of this study was to assess the impact of cultural resources on the resilience of limb amputees.

*Method* – To carry out this study, we used the clinical research interview method. Being already in a setting where they are used to talking about their amputation experience, these subjects were more apt to respond to clinical research interviews. While they showed a willingness to take part in the interviews and a certain ease in talking about their experience, the need for a real process of elaboration of their traumatic experience was quite clear. We conducted semi-structured interviews with the support of an interview grid to maintain a common thread and a degree of consistency in the collection of data from the two research fields.

*Results* – We interviewed (N=20) subjects in Port-au-Prince - at the Healing Hands for Haiti (HHH) rehabilitation center. The data collected are presented in a summary table drawn up considering the themes of the interview and data analysis grid.

*Analysis* – Discourse content analysis was also used to analyze the data. As with the subjects in the first study, two constants were also present in the discourse of these subjects: 1- mobilization of beliefs and 2- support from family and home group.

*Discussion* - In the discussion we review the trauma, the situation of limb amputees in France and the effects of family and home group support on the subjects' resilience process.

*Key words: Trauma - limb amputation - care system - family support - resilience process*

## Introduction

La deuxième étude (*dispositif de recherche*) : Cette étude porte sur les personnes amputées de membre rencontrées en Haïti. De cette étude est issu un article intitulé : « *Grandir après une expérience d'amputation de membre* » [1], publié en septembre 2023 dans la revue *Haïti perspectives*. L'objectif de cette étude était d'évaluer les enjeux des ressources culturelles sur le processus de résilience des sujets amputés de membre. En effet, lors de ma toute première expérience clinique, dans le contexte post-séisme en Haïti, j'ai reçu en consultation des sujets ébranlés, lourdement affectés par un choc inattendu. Dans le contexte de cette clinique de l'extrême [2], j'ai été frappé par cet appel, cette référence systématique des sujets aux ressources culturelles pour faire au trauma. Ce constat va entraîner un questionnement sur la nécessité de faire appel aux représentations culturelles quand le sujet a vécu un événement traumatique. L'une des hypothèses plausibles serait de dire que dans l'urgence du choc traumatique le sujet ira puiser des ressources psychiques et culturelles dans les profondeurs de sa construction identitaire. La religion, la croyance, la foi encore moins la pratique religieuse sont de moins en présentes en occident, mais à chaque événement traumatique nous pouvons voir circuler un hashtag « Pray for Paris, London, New York... ». Ce qui laisse entendre que les occidentaux ont besoin de faire appel à leurs ressources culturelles, leur fondement judéo-chrétienne pour faire face à l'événement traumatique.

### *Le traumatisme psychique*

Selon la définition étymologique grecque, le trauma se définit comme une effraction ou une blessure. Pour faire face à cet événement, ce choc, cette blessure le sujet va mobiliser ses ressources psychiques et culturelles. De ce fait, tous les sujets ne vont pas réagir de la même manière face à un événement traumatique. Le parcours du trauma vers le traumatisme ne sera donc pas le même pour tous les sujets même s'ils ont été confrontés au même événement traumatique. Comme Crocq L. l'a souligné : « *le caractère traumatique du choc dépend de la violence de l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit. Il serait plutôt préférable de parler d'événement potentiellement traumatogène* » [3].

Le traumatisme se situe donc dans l'après-coup du trauma qui découle du choc, de l'événement qui a provoqué l'effraction ou la blessure. Si le trauma dépend de



l'événement extérieur, le traumatisme lui est d'origine interne. C'est le système nerveux de la victime qui reste en alerte dans l'après-coup du trauma. C'est pour cela que Bremner, J. Douglas (2014) a défini le traumatisme comme une « épidémie invisible » [4]. Le traumatisme met la victime dans une incapacité de penser et de mettre du sens sur ce qui lui est arrivé. Ce qui est d'autant plus difficile avec le traumatisme, ce sont les reviviscences, le fait que les souvenirs de l'expérience douloureuse peuvent resurgir à n'importe quel moment. Il suffit qu'un autre événement ou un autre stimulus vienne faire écho aux affects de l'événement initial. Ce qui est plus évident encore avec les amputations de membre. Puisque le moignon du membre amputé rappelle continuellement les circonstances de l'événement traumatique.

Ferenczi, S., définit le traumatisme comme un : « *Choc inattendu, non préparé et écrasant, qui agit comme un anesthésique, le traumatisme a des effets destructeurs. Pour lui survivre, le psychisme développe des stratégies. L'une des plus intéressantes est le dédoublement : une partie de la personne continue de vivre et de se développer, tandis qu'une autre partie subsiste, apparemment détruite, mais prête à se réactiver à la première occasion...* » [5]

La victime a, de ce fait, besoin d'être accompagné dans l'élaboration de ce traumatisme. En l'accompagnant il pourra se faire une copie de cet événement qui avait provoqué un état de sidération chez lui. Il pourra par la même occasion intégrer cet événement psychiquement qui fera désormais partie de son histoire.

### ***La résilience***

Cette démarche d'accompagnement de la victime de l'événement traumatique nous permet d'enchaîner le processus, du traumatisme à la résilience.

La notion de résilience fait très souvent penser à une capacité d'accepter des épreuves. Ou une force, un super pouvoir qui permet de s'en sortir du traumatisme. Le gros problème de cette approche c'est que la résilience serait réservée à certains sujets et pas à d'autres. Je préfère l'approche de Norman Garmezy qui a pensé la résilience en termes de processus. Selon cette approche tout le monde peut être accompagné à devenir résilient. Et selon Norman Garmezy la résilience est un processus qui se construit à partir de ressources ordinaires [6]. Ce que Anne Masten conceptualise à travers l'idée de la "*magie ordinaire de la résilience* » [7].

L'autre approche qui correspond mieux à ma réflexion dans cette recherche est celle de Michael Rutter qui est considéré comme le père de la résilience. Selon lui *"La résilience se réalise au cours du temps selon une combinaison hasardeuse entre les attributs de l'enfant et le contexte familial, social et culturel"* [8]. Sa définition a bien approfondi le sens de ce concept très dynamique. Cette définition de la résilience va bien étayer notre réflexion sur la dynamique *"résilience et culture"*.

#### *La situation des sujets amputés de membre en Haïti*

Nous avons considéré délibérément l'amputation de membre comme un traumatisme parce que peu importe les circonstances qui y conduisent une amputation aura des conséquences physiques et psychologiques sur la victime. Et puis, puisqu'il s'agit de l'ablation d'une partie du corps du sujet, cette perte irréversible d'un membre exige un véritable travail de deuil et de symbolisation. Avec le moignon qui rappelle continuellement la perte, le sujet a constamment besoin de faire des remaniements psychiques. D'autant plus quand le sujet a été amputé jeune. Il doit se réapproprier son corps mutilé à chaque grande étape de sa vie.

#### *Situation des personnes amputées en Haïti*

La situation des personnes amputées de membre est particulièrement difficile en Haïti. Une personne amputée et/ou handicapée est considérée comme un bon à rien, un poids pour la société voire une honte pour sa famille. Les personnes en situation de handicap sont qualifiées de manière péjorative comme « *kokobe* » insulte en créole haïtien qui signifie « *bon à rien, sous-homme* ». Les personnes en situation de handicap sont donc obligées de supporter le regard et les commentaires négatifs de ceux qui ont peu de bienveillance pour elles. Les logements et les transports en commun ne sont pas adaptés aux personnes en situation de handicap, elles ont beaucoup de difficulté à se déplacer et travailler pour pouvoir subvenir à leurs besoins. Certaines personnes en situation de handicap sont obligées de faire la manche pour pouvoir se nourrir. Ce qui va occasionner beaucoup de discriminations et de stigmatisations. Les personnes en situation de handicap sont très souvent considérées comme des mendiants, des rejetées de la société qui suscitent de la pitié.

Le séisme du 12 Janvier 2010 en Haïti a entraîné entre 4000 à 7000 personnes amputées parmi les victimes [9], le nombre de personnes en situation de handicap a considérablement augmenté dans le pays, et le problème d'accessibilité devient de plus en plus évident. Certains immeubles publics construits après le séisme sont plus ou moins adaptés mais le problème d'accessibilité des personnes vivant avec un handicap reste un véritable défi de santé publique en Haïti.

Face à ce défi majeur l'état haïtien avait promulgué une loi le 13 mars 2012 sur l'intégration des personnes en situation de handicap en Haïti<sup>133</sup>. Suivant les directives de cette loi, l'État a mis en place le Bureau du Secrétariat d'État pour l'intégration des personnes handicapées (BESIPH). Cette institution a pour objectif de promouvoir de meilleures conditions de vie pour les personnes en situation de handicap, d'accompagner ces dernières dans leur intégration pleine et entière dans toutes les sphères de la société haïtienne. C'est une très jeune institution mais qui, suivant les témoignages des usagers, fait beaucoup d'efforts pour garantir un mieux-être aux personnes en situation de handicap en Haïti. Les usagers se sentent ainsi écoutés et témoignent du bienfait de la dynamique groupale qui résonne avec certains éléments de la culture haïtienne. C'est un bon début mais le problème des personnes en situation de handicap en Haïti reste un véritable chantier.

### **Méthode**

Nous avons utilisé l'entretien clinique de recherche comme méthode dans cette étude sur le traumatisme de l'amputation de membre. Puisque les sujets étaient déjà dans un cadre où ils ont l'habitude de parler de leur expérience d'amputation, ces sujets étaient plus aptes à répondre aux entretiens cliniques de recherche. Ils ont manifesté une envie de participer aux entretiens et une certaine facilité à parler de leur expérience, le besoin d'un véritable travail d'élaboration de leur expérience traumatique était assez manifeste. Nous avons mené des entretiens semi-directifs avec le support d'une grille d'entretien pour garder un fil conducteur et une certaine cohérence dans la collecte des données des deux terrains de recherche.

---

<sup>133</sup> « loi portant sur l'intégration des personnes handicapées », publié dans le journal officiel d'Haïti (Le Moniteur, no 79, 21 mai 2012).

## **Résultats**

### *Données démographiques des personnes amputées de membre rencontrées en Haïti :*

Nous avons rencontré (N=20) sujets âgés de 14 à 60 ans à Port-au-Prince – au centre de rééducation et de réadaptation, Healing Hands For Haïti (HHH). Sur le total de (N=20) sujets rencontrés, (N=8) femmes qui représentent 40% et (N=12) hommes qui représentent (N=60%) de la population de recherche.

Pour ce qui concerne le type d'amputation : (N=75%) de ces personnes ont été amputées de membre inférieur, (N=20%) ont été amputées de membre supérieur et (N=5%) ont été amputées d'un membre supérieur et d'un membre inférieur.

Pour les causes d'amputation : (N=80%) d'amputations traumatiques et (N=20%) d'amputation médicales.

Au niveau de l'ancienneté de l'amputation avant notre rencontre de recherche : en Haïti l'ancienneté des amputations allait de 1 mois à 28 ans.

<i>Tableau récapitulatif de l'analyse des données collectées en Haïti</i>		
<b>Type amputation</b>	<b>Total/20</b>	<b>Pourcentage</b>
Membre supérieur (Bras gauche - Bras droit)	4	20%
Membre inférieur (Jambe gauche - jambe droite)	15	75%
Membres supérieur et inférieur (bras et jambe)	1	5%
<b>Causes/contexte</b>	<b>Total/20</b>	<b>Pourcentage</b>
Amputation traumatique (Séisme - Accident de la route – Électrocution)	16	80%
Amputation médicale (Malformation congénitale – Diabète - Autres maladies - Erreur médicale)	4	20%
<b>Activités socioprofessionnelles</b>	<b>Total/20</b>	<b>Pourcentage</b>
Études	6	30%
Travail	13	65%
Retraite	0	0%
Activités associatives	1	5%
<b>Ancienneté amputation</b>	<b>Total/20</b>	<b>Pourcentage</b>
Très récente (0 à 12 mois)	4	20%
Récente (1 an à 5 ans)	8	40%
Ancienne (5 ans à 10 ans)	3	15%
Très ancienne (10 ans à 40 ans)	5	25%
<b>Expérience amputation</b>	<b>Total/20</b>	<b>Pourcentage</b>
Pas très mal	1	5%
Mal	1	5%
Très mal	18	90%
<b>Membre fantôme</b>	<b>Total/20</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleurs fantômes	11	55%
Sensations fantômes	6	30%
Pas de douleurs fantômes	3	15%
<b>Conséquences amputation et changement provoquer</b>	<b>Total/20</b>	<b>Pourcentage</b>
Conséquences psychologiques (Baisse estime de soi – Blessure narcissique)		
Changement du quotidien (arrêt de travail – change de métier)	20	100%
Pas beaucoup de conséquences psychologiques		
Pas de changement du quotidien	0	0%
<b>Le regard des autres</b>	<b>Total/20</b>	<b>Pourcentage</b>
Appréhende le regard des autres	1	5%
Victime du regard méprisant des autres	18	90%
Ne se préoccupe pas du regard des autres	1	5%
<b>Soutien famille et groupe d'appartenance</b>	<b>Total/20</b>	<b>Pourcentage</b>
A le soutien de sa famille	19	95%
N'a pas le soutien de sa famille	1	5%
<b>Ressources culturelles</b>	<b>Total/20</b>	<b>Pourcentage</b>
Spiritualité (Croyance – foi – Pratique religieuse)	18	90%
Études & Littérature (Musique – cinéma – lecture – écriture)	2	10%
Autres (valeur du travail – amitié)	0	0%

### ***Vignette clinique de Madame Eliane 43 ans***

Mme Eliane a 43 ans, elle a perdu ses deux jambes lors du séisme du 12 janvier 2010. Elle était enseignante dans une école hôtelière. Ce 12 janvier, elle était en salle à l'école quand tout d'un coup la terre s'est mise à trembler. L'immeuble s'est effondré et ses deux jambes sont restées coincées sous une poutre en béton.

*« J'entendais à côté dans l'autre pièce, des étudiantes de l'école qui m'appellent : madame, madame ! Au secours ! Mais je ne pouvais rien faire pour elles. D'ailleurs, moi aussi j'avais besoin d'être secourue. Et puis à un certain moment je ne les entendais plus, car elles étaient déjà mortes. Ne les ayant plus entendues, j'ai compris qu'elles étaient mortes et j'ai commencé à paniquer et avoir très peur. La douleur était tellement atroce, que je me suis senti comme sous anesthésie, je ne ressentais plus mes jambes. Là je me suis dit, même si je serais sortie vivante, je vais perdre mes deux jambes. Je me disais alors au fond de moi, si je suis encore en vie c'est parce que Dieu m'aime beaucoup. Au fait, je suis catholique, mais je ne fais pas le signe de la croix. A partir de ce moment-là j'ai commencé à prier, à parler à Dieu dans mon cœur. Je l'ai remercié pour tout ce qu'il a fait pour moi tout au long de ma vie et je lui ai demandé de me donner un signe pour m'assurer que je n'allais pas mourir. Je me suis préparé à mourir dans les bras de Jésus. Parce que je ne croyais plus que je pouvais sortir vivante, n'ayant eu aucun signe de secours. Alors que je parlais à Dieu, je lui demandais que sa volonté soit faite et j'insistais pour qu'il me donne un signe. Je me suis endormi et j'ai fait un rêve. J'ai vu un personnage vêtu de blanc, au visage rayonnant qui s'est apparu à moi. Il me dit : tu vas sortir de là, mais tu vas perdre tes jambes. Si ceux qui viendront te sauver essaient de passer par le plafond de l'appartement d'en dessous vous allez tous mourir. Ils doivent passer par le toit de l'immeuble. Il y a sous ton dos 3 lattes de bois 2X4. Quand on va te sortir de là, celui qui est au milieu va se casser par le milieu et c'est là que ta souffrance va commencer ».*

Il faut dire que personne ne voulait l'aider à sortir sous les décombres. Dès que les gens regardaient l'immeuble, ils disaient que personne ne pouvait y échapper. Et si on essaie

d'aider quelqu'un à sortir là-dedans, on va tous mourir parce que cet immeuble ne tardera pas à s'effondrer entièrement.

*« Quand je me suis réveillée je m'inquiétais beaucoup d'autant plus que les autres qui étaient à côté de moi étaient déjà mortes. Tout d'un coup j'ai entendu une personne qui m'appelait, au-dehors "Mme Eliane, Mme Eliane, je sais que vous êtes là, je suis venue vous aider à sortir de là. Je suis celui auquel vous avez donné de l'argent un jour pour acheter à manger". En effet, un jour il y avait un monsieur qui était venu à mon bureau, il m'avait demandé de l'argent pour pouvoir acheter à manger". Mais la personne était bizarre et ne m'inspirait pas confiance. J'avais pensé qu'il pouvait être un cambrioleur. J'avais peur et je priais dans mon cœur pour que quelqu'un d'autre vienne au bureau et comme ça je me sentirais plus en sécurité. Et comme je l'avais souhaité, quelqu'un était venu vraiment. J'ai tiré le tiroir du bureau et je lui ai donné 50 gourdes (moins d'1 euro). Et puis il me dit : "merci infiniment pour ce que vous faites pour moi. Je vais acheter du pain et une boisson pour mon fils et moi". Quand j'ai entendu qu'il avait un fils, je lui ai donné 100 Gourdes (l'équivalent de 1 euros) de plus. Il m'a remercié et est parti. Je ne l'avais jamais revu jusqu'à ce jour. Et c'était donc, ce Mr qui était venu m'aider à sortir sous les décombres par reconnaissance de ce que j'avais fait pour lui. Cette séquence de mon expérience me fait penser à un verset biblique. 2 Corinthiens 9V6: « Sachez-le, celui qui sème peu moissonnera peu, et celui qui sème abondamment moissonnera abondamment ». C'était pour moi un signe qui m'a donné la confirmation que Dieu a répondu à ma prière. J'avais compris alors que ce Mr qui était venu me demander de l'argent n'était pas venu par hasard. Il a été cherché d'autres personnes pour l'aider à me sortir sous les décombres. Alors qu'ils ont commencé à faire des manœuvres, quand je les ai entendus dire qu'ils vont passer par le plafond de l'appartement d'en dessous, je leur ai dit non. Si vous passez par le plafond nous allons tous mourir. Il faut passer par le toit de l'immeuble. Le Mr m'a demandé pourquoi j'ai dit cela, je lui ai répondu que j'ai fait un rêve et le personnage que j'ai vu dans mon rêve me disait que vous devez passer par le toit. Je leur avais raconté le rêve, le Mr qui a dirigé les opérations m'a dit : je vais vérifier, s'il y a 3 lattes de bois 2X4 sous votre dos comme vous l'avez vu dans votre rêve, si oui, nous allons faire tout ce que vous dites. Quand il a regardé sous mon dos, il*

*les voyait vraiment et celui qui était au milieu est cassé par le milieu. Et puis, ils ont accepté tout ce que je leur disais et ils ont passé par le toit vraiment pour me sauver. Et comme le personnage me l'avait dit dans le rêve, au moment où l'on a commencé les manœuvres pour m'aider à sortir sous les décombres, j'ai senti une douleur indescriptible. »*

Elle avait vu un médecin trois jours après le séisme. Ses deux jambes étaient déjà infectées, elle a dû être amputée. Après l'amputation de la deuxième jambe, elle est restée 5 jours en état d'inconscience. Quand elle s'est réveillée et qu'elle ne voyait pas ses jambes, elle a commencé à pleurer, à faire beaucoup de bruit, un véritable scandale à l'hôpital. Elle a demandé au chirurgien de lui rendre ses jambes. Elle a beaucoup pleuré avant de se rappeler qu'on lui avait dit dans le rêve qu'elle allait perdre ses deux jambes.

Quelques semaines après les amputations de ses deux jambes, elle s'est fait larguer par son mari, qui ne pouvait pas supporter de vivre avec une personne handicapée, comme il lui a dit. Elle a beaucoup souffert de cette humiliation, elle a pleuré jours et nuits pendant plusieurs semaines. Finalement elle s'est appropriée, dit-elle, d'un message qui avait été adressé à David après que ce dernier avait perdu un de ses enfants. Dieu lui avait demandé de cesser de pleurer. Elle a donc cessé de pleurer en s'appuyant sur cet appel qui a été fait au roi David. A partir de ce moment, elle a commencé à faire des activités génératrices de revenus et a commencé à répondre aux besoins de ses enfants toute seule. Elle a trouvé du travail par son dévouement et sa fougue et fait partie des tout meilleurs employés de l'institution où elle travaille. Elle m'a raconté une expérience, qui n'était-ce sa force de caractère aurait été très dure à supporter.

*« Je me souviens d'une fois, je sortais du supermarché et puis il y avait un monsieur qui était accompagné d'une dame sa cousine ou sa sœur je ne sais pas trop et puis le monsieur a dit : regarde une très belle femme si seulement je pouvais l'avoir. Et puis sa cousine ou sa sœur qui était à côté de lui répond, mais tu n'as pas vu que c'est une personne handicapée (kokobe) ? Qu'est-ce que tu vas faire avec une personne handicapée (kokobe) ? Avant ça aurait été terrible pour moi d'entendre une telle phrase, une telle considération, un tel jugement de valeur. Mais ça ne m'a pas dérangé, ça ne m'a pas choqué, je me suis retourné, j'ai regardé la dame et lui ai dit : écoutez, vous êtes plus handicapée que moi, parce que moi je n'ai pas de jambes, mais je considère tout le monde comme des personnes à part entière. Je traite tout le monde avec*



*respect et je donne à chacun la valeur qu'il mérite. Je ne suis pas quelqu'un qui va rabaisser une personne. Mais vous-même vous n'avez pas un handicap physique, mais votre handicap est pire encore parce qu'il est dans votre tête, dans votre esprit. Parce que vous n'arrivez pas à accepter les autres qui sont à côté de vous. Ce n'est pas parce que je suis handicapée que je ne peux pas être aimée, que je ne peux pas être respectée, que je ne peux pas être admirée, au contraire je mérite d'être aimée et d'être respectée comme tout le monde. Ma chère, c'est vous-même qui êtes handicapée ».*

La perte devait être difficile, lui ai-je demandé. Elle m'a répondu :

*« Oui, mais j'ai appris à l'accepter. Au début, c'était difficile, mais j'ai compris que Dieu fait tout pour un but. Et comme il a dit à l'apôtre Paul "ma grâce te suffit". Quand je considère le nombre de morts pendant le séisme. Quand je considère que je suis la seule survivante de l'immeuble où j'étais, être encore en vie est une grâce. Je n'ai pas de jambes mais je suis restée moi-même avec tous mes projets et mes rêves. »*

Pour contextualiser le cadre de cette rencontre avec Mme Eliane, je suis parti en Haïti pour la réalisation de ma recherche au centre de rééducation et de réadaptation pour des personnes amputées de membres Healing Hands For Haïti (HHH). Il se trouve qu'elle travaillait comme réceptionniste dans cette institution-là. En effet, elle s'était présentée un beau jour dans cette institution dans l'objectif de trouver du travail parce qu'elle ne voulait pas rester à demander de l'aide ou être assistée le reste de sa vie. Elle avait rencontré la directrice et l'a convaincu par sa détermination à travailler pour répondre dignement aux besoins de ses enfants.

Dès qu'elle avait appris qu'il y avait un psychologue qui réalise une recherche sur l'amputation de membre dans l'institution, elle avait demandé à être reçue en consultation. Et lors de notre première rencontre, elle est arrivée avec un besoin débordant d'élaboration de son expérience d'amputation qu'elle n'avait pas encore eu la chance d'aborder dans un cadre clinique.

J'ai commencé par poser le cadre en lui expliquant le but de ma présence comme psychologue chercheur dans cette institution, et l'objectif de ma recherche. Et puis je lui ai dit que nous allions parler de son expérience si et seulement si elle était disposée à en parler. Car, n'étant pas là pour une durée indéterminée, je ne pouvais pas me projeter dans un processus thérapeutique avec elle. C'est-à-dire que mon travail a une visée de recherche et non thérapeutique. Et puis je lui ai dit, si vous en êtes capable

d'en parler, pouvez-vous me parler de ce qui vous est arrivé et comment avez-vous vécu cette expérience ? Elle a commencé par me raconter où elle était au moment du séisme, ce qu'elle faisait et comment elle a vécu cet événement qui a changé sa vie à jamais. Et c'est à ce moment-là qu'elle m'a raconté ce rêve qu'elle avait fait sous les décombres.

D'un point de vue clinique, la première chose qui saute aux yeux dans le récit de son rêve, c'est déjà cette tentative de subjectivation qui se manifeste à travers ce rêve où ce personnage vient lui expliquer comment ça va se passer pour elle. Comme si dans l'ici et maintenant de la situation traumatique elle était arrivée par ce rêve à se représenter ce qui est en train de lui arriver et ce qui adviendra après. Maintenant pour aborder ce rêve, nous devons tenir compte du rapport du sujet aux rêves et à son rêve et comment il l'interprète. Et à partir de ces éléments-là nous pouvons arriver à comprendre la dynamique psychique du sujet en lien aux matériaux du rêve. Parce que ce qui nous intéresse dans le cadre de ce travail où nous analysons les enjeux des ressources culturelles de la résilience, ce sont les représentations du sujet de son rêve et de son expérience traumatique. Sachant que ces représentations découlent d'un cadre culturel où le sujet a intériorisé un ensemble de référentiels culturels sans se poser de question. Ce qui correspond très exactement à ce que JC ROUCHY nomme incorporât culturel [10]. L'idée c'est de voir comment les idées religieuses intériorisées par Mme Eliane viennent se manifester dans son rêve. Il faut dire que dans la culture haïtienne la croyance en Dieu et les systèmes de croyances, aux saints, aux loas (esprits dans le vaudou) prennent beaucoup de place dans les représentations des gens des événements de leur vie. Ce qui détermine un rapport particulier au rêve qui est considéré comme une révélation dans la logique chrétienne. D'ailleurs les chrétiens invétérés ont tendances à dire que contrairement aux non croyants qui rêvent, eux ils ont des révélations de Dieu. De ce point de vue-là, le rêve serait la révélation d'un message de Dieu au sujet. Pour Mme Éliane, ce personnage vêtu de blanc au visage rayonnant c'est Dieu qui est venu lui expliquer comment elle va sortir sous les décombres. Car, ce personnage qu'elle me dit avoir vu dans son rêve correspond plus ou moins à la description qui est faite de Dieu dans la Bible. Ce qui renvoie directement à sa demande d'un signe de la part de Dieu dans sa prière juste avant de s'en dormir sous le poids de ses douleurs. Nous comprenons tout de suite qu'il s'agit d'un miracle pour elle. Car elle a demandé à Dieu de lui donner un signe qu'elle n'allait pas mourir sous les décombres et elle l'a eu tout de suite. Et c'est là toute l'empreinte de ses

croyances dans les matériaux de ce rêve. Quand toute sa vie on est bercé dans le discours religieux qui te fait croire que quand il n'y a plus d'espoir Dieu peut venir tout changer, dans cette situation où elle ne pouvait imaginer d'autres solutions qu'un miracle, c'est quand même normal de rêver ce personnage dit tout-puissant. Puisque le rêve c'est la réalisation d'un désir nous dit Freud. Comme l'enfant démuné en l'absence de son père et qui en a besoin dans les moments les plus urgents de sa vie. Le croyant développe une relation de dépendance à Dieu qui viendrait remplacer ce père étayant et contenant de l'enfant. Dans l'avenir d'une illusion Freud écrit :

*« Ainsi se trouve créé un trésor de représentations nées du besoin de rendre supportable la détresse humaine, édifié avec le matériel fourni par les souvenirs de détresse de la propre enfance et de celle du genre humain. Ce fonds protège l'homme dans deux directions, contre les dangers de la nature et du destin et contre les dommages de la société humaine. » [11]*

L'autre élément qui a attiré notre attention dans ce rêve, ce sont ces lattes de bois 2X4 sous son dos dont celle du milieu est cassée au milieu. Au regard de ce qui est arrivé et tenant compte du fait qu'elle a ses deux jambes sous la poutre en béton, nous pourrions lier cet élément manifeste (le bois cassé) à sa représentation d'elle-même sans ses jambes. Puisque comme le personnage l'a dit, c'est là que commence sa douleur. Car, comme on dit en Haïti avec tous ses membres, la vie n'est pas facile, sans ses deux jambes elle va vivre l'enfer. D'ailleurs quand nous considérons la manière dont elle s'est fait larguer par son mari à cause de son handicap, cela témoigne bien la blessure narcissique que représente le fait d'être porteuse de handicap dans une société où elle est stigmatisée et traitée de « kokobe » une moins que rien, un rejeté de la société.

Après avoir écouté le rêve, il y a un élément qui attire tout de suite l'attention. Ce monsieur auquel elle avait donné un peu d'argent à un certain moment et qui est réapparu dans sa vie juste au moment où elle avait besoin d'aide. Elle nous dit qu'après l'événement, elle a compris que ce monsieur n'était pas venu par hasard lui demander de l'argent ce jour-là. Elle se le représente limite comme un ange. Et pense qu'elle a eu droit à cette intervention miraculeuse, selon ses dires, parce qu'elle a été bienveillante au moment où ce monsieur était dans le besoin.

Nous pouvons comprendre à travers le cas de Mme Éliane que le cadre culturel peut avoir beaucoup d'effets sur notre appropriation subjective d'une expérience

traumatisante. Dans la mesure où la personne peut s'appuyer sur des éléments qui peuvent être, soit un verset biblique, un chant ou un proverbe, qui l'aident à donner un sens à ce qui lui est arrivé. Car, comme Freud le dit dans l'avenir d'une illusion, « *La religion satisfait un des désirs les plus urgents de l'humanité, le désir d'être secourus, d'être sauvé quand on fait face à un danger.* » [11]

Freud a donc établi un lien entre le croyant et l'enfant qui se sentirait abandonner. C'est pour cela qu'il nous semble que plus le croyant est dans le besoin d'être secouru, plus il est enclin à s'accrocher aux idées religieuses. Puisque comme nous dit Freud, la religion apporte une véritable consolation, pas au niveau social comme nous le retrouvons dans l'approche de Max sur la religion, parce qu'elle propose l'idée que lorsque nous n'entendons personne nous répondre, et même lorsque nous sommes confrontés à un deuil, il existe un autre, un grand autre, qui est dit tout-puissant, qui est là, qui est présent pour nous protéger. Nous retrouvons donc un besoin d'amour, de protection, mais aussi une aide secourable dans notre difficulté à accepter la mort. De là où elle était sous les décombres, il est compréhensible qu'elle fasse appel à Dieu pour lui venir en aide. Car, le fait de pouvoir s'accrocher à l'idée qu'il est capable de le délivrer dans sa situation, si telle est sa volonté, lui procure une certaine assurance qui est réconfortante et qui lui permet de respirer. A travers ce rêve nous voyons comment l'incorporât culturel, les idées religieuses intériorisées par cette patiente viennent influencer ces représentations de chaque symbole de son rêve et donner un sens à son expérience. Pour René Kaës (1998): « *La culture c'est l'ensemble des dispositifs de représentation symbolique dispensateurs de sens et d'identité, et à ce titre organisateur de la permanence d'un ensemble humain, de ces processus de transmission et de transformation.* » [12]

En reprenant ce cas clinique dans le cadre de cette recherche, pleins d'éléments nous sont revenus sur notre rapport épistémologique au cadre culturel de la patiente. Car, étant haïtien et ayant grandi dans la même culture, quand nous l'avons entendu raconter son rêve, dans cette assurance qu'il s'agit d'un miracle parce que tout ce qu'elle a vu s'est réalisé, nous avons entendu à travers son récit les représentations que la grande majorité de personnes que nous avons côtoyé toute notre vie pourraient avoir dans de pareils circonstances. Il y a d'ailleurs des gens qui sont connus comme ayant "la tête claire" c'est-à-dire quand ils rêvent de quelque chose, ça se réalise comme ils l'ont vu. Le rêve a attiré notre attention tout de suite mais, nous avons mis plus de trois

mois avant de pouvoir l'analyser. Ce temps d'attente, que nous n'avons pas décidé, avant d'arriver à pouvoir analyser ce rêve a un sens. Et cette réaction contre-transférentielle, nous l'avons analysée dans l'après coup de cette rencontre clinique. Et nous avons compris que c'est comme si nous avions besoin d'avoir du temps pour être sûr que nous puissions avoir assez de reculs pour analyser ce rêve sans être dans une certaine identification projective à ses représentations. Puisque quand il y a trop d'éléments communs entre l'analyste et le sujet, la distance nécessaire et la neutralité bienveillante peuvent être mises à mal. Au-delà de son courage et de cette capacité à raconter une telle expérience sans s'effondrer, même s'il y avait beaucoup d'affects, nous avons entendu le poids de son traumatisme dans son acharnement à nous raconter l'expérience dans les moindres détails. Par cette expérience clinique nous avons compris qu'il faut être à l'écoute de l'autre tout en prenant compte du cadre culturel dont il est porteur.

### **Analyse**

L'analyse de contenu du discours a également été utilisée pour analyser les données. Autant que pour les sujets de la première étude, deux constantes étaient aussi présentes dans les discours de ces sujets : *1- mobilisation des croyances et 2- le soutien de la famille et du groupe d'appartenance.*

L'expérience de Mme Eliane manifeste parfaitement cette mobilisation des croyances pour faire face au traumatisme. Même si tous les sujets n'ont pas eu le même niveau de croyance, de foi ou de pratique, mais ils partagent un élément en commun, l'assurance que Dieu peut faire des miracles.

Les données témoignent bien de l'omniprésence des croyances chez les sujets haïtiens et l'importance du soutien de la famille et du groupe d'appartenance. En effet, un total de 90% des sujets disent avoir recours à la spiritualité comme tuteurs de résilience. Et puis, 95% des sujets ont bénéficié du soutien de leur famille et leur groupe d'appartenance.

Nous avons relevé une plus forte proportion d'amputation traumatique en Haïti, (N=80%). Ce fort pourcentage s'explique à la fois parce que les sujets sont plus jeunes

et surtout parce 30% des sujets rencontrés en Haïti ont été amputés à cause du séisme du 12 janvier 2010.

## **Discussion**

Dans la discussion nous allons passer en revue le traumatisme, la situation des personnes amputées de membre en Haïti et les effets du soutien de la famille et du groupe d'appartenance sur le processus de résilience des sujets.

Si nous reprenons la définition du traumatisme selon l'étymologie grecque, une *effraction*, une *blessure*, l'amputation de membre correspond parfaitement à cette définition au sens figuré comme au sens propre. Puisque l'amputation de membre est à la fois une blessure physique et une blessure psychique. Au-delà de la définition de Bremner, J. Douglas (2014) une « épidémie invisible » [5], dans le contexte d'une amputation l'interne et l'externe se rejoignent. L'événement de la perte, l'accident et/ou l'opération, est d'origine externe et puis la représentation et le sens qui seront associés à cette perte seront interne et vont continuer de maintenir le système nerveux de la victime en état d'alerte. Cependant le moignon du membre amputé va extérioriser l'épidémie invisible à travers ce témoin bien visible de l'expérience traumatique. Dans ce contexte le sujet a besoin d'être accompagné à subjectiver, à transformer cette expérience qui a transformé son corps pour se réapproprier de ce corps dans une perspective de retournement passif-actif.

### ***La résilience***

La résilience doit être pensée et représentée comme un processus et non une capacité d'accepter les épreuves. Puisque la résilience ne sous-entend pas un gel des affects ni une suppression du traumatisme, il ne s'agit pas une force, un super pouvoir qui permet de s'en sortir du traumatisme. Autrement, il y aurait une inégalité ou une certaine injustice, puisque certains l'auraient et d'autres ne l'auraient pas. C'est justement pour cela que l'approche de Norman Garmezy qui a pensé la résilience en termes de processus correspond mieux à mon travail de recherche. Puisque selon l'approche de Norman Garmezy tout le monde peut devenir résilient à condition d'être accompagné. Car selon Norman Garmezy la résilience est un processus qui se construit à partir de ressources ordinaires [6]. Ce que Anne Masten conceptualise à travers l'idée de la "*magie ordinaire de la résilience*" [7].

L'autre approche très intéressante est celle de Michael Rutter qui est considéré comme le père de la résilience. Selon Rutter *"La résilience se réalise au cours du temps selon une combinaison hasardeuse entre les attributs de l'enfant et le contexte familial, social et culturel"* [8]. Sa définition a redynamisé le sens du concept de résilience. La considération de la dimension socioculturelle de la résilience a bien étayé toutes les réflexions sur la dynamique *"résilience et culture"*.

#### *La situation des sujets amputés de membre en Haïti*

La situation des personnes vivant avec handicap en Haïti reste un défi de santé publique. Puisque les transports et les logements ne sont pas adaptés au besoin de ces personnes. L'état et la société devraient fournir des efforts pour s'adapter aux besoins de ces personnes, alors que ce sont elles-mêmes qui doivent chercher ou inventer seules des stratégies d'intégration.

#### *Les ressources culturelles de la résilience*

Comme les résultats l'ont bien démontré, les sujets rencontrés en Haïti utilisent beaucoup la spiritualité, la croyance, la foi et la pratique religieuse comme ressources culturelles. Comme nous l'avons vu dans la vignette clinique de Mme Eliane, la croyance en Dieu est incontournable. Même quand la personne ne pratique pas forcément une religion, la croyance en Dieu est quand présente.

### **Conclusion**

Dans ce travail nous avons choisi délibérément de considérer l'amputation de membre comme un traumatisme. Puisqu'au-delà du choc qui va bouleverser l'esprit du sujet le moignon va rester comme un témoin pour raviver le traumatisme. C'est donc pour cela que le sujet a besoin d'être accompagné à développer un processus de résilience. Le sujet n'a pas besoin d'avoir une capacité extraordinaire que d'autres n'ont pas. En effet, selon Norman Garmezy la résilience est un processus qui se construit à partir de ressources ordinaires [6]. Ce que Anne Masten conceptualise à travers l'idée de la *"magie ordinaire de la résilience"* [7]. Le sujet a donc besoin d'être accompagné à mobiliser ses propres ressources qu'elles soient psychiques ou culturelles pour subjectiver, pour symboliser l'expérience de perte.

## Bibliographie

- [1] André F. (2023), Grandir après une expérience d'amputation de membre, Haïti Perspectives, vol. 8 • n° 1 • Printemps 2023
- [2] Korff-Sausse, S. (2016). Les cliniques de l'extrême. Chimères, 88, 54-69.  
<https://doi.org/10.3917/chime.088.0054>
- [3] Crocq, L. (1999). Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob, 1999.
- [4] Ferenczi, S. (1934). Le traumatisme. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- [5] Bremner, D. (2014). *You Can't Just Snap Out of It: The Real Path to Recovery from Psychological Trauma*. Laughing Cow Books.
- [6] Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatr'*. 56(1), 127-136
- [7] Masten, A. S.. & Reed, M.J. (2002). Resilience in development. In C R. Synder & S. J. Lopez. (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press
- [8] Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- [9] Cénat, J., Derivois, D. et Karray, A. (2017). Psychopathologie de la mort et de la survivance en Haïti : Le séisme et la culture comme analyseurs. *Psychothérapies*, 1(1), 7-17. [En ligne], <https://doi.org/10.3917/psys.171.0007>.
- [10] ROUCHY J.C (2008), Le groupe, espace analytique, *clinique et théorie*, Paris, Eres.
- [11] Freud, S. (2011). L'Avenir d'une illusion, VI, 1927, trad. Bernard Lortholary, (Points Seuil).
- [12] Kaës R. (1998), « Une différence de troisième type. Différence culturelle et souffrances de l'identité », in Kaës R., Ruiz-Correa O.-B. et collab., *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod





#### 4.1. GRANDIR APRES UNE EXPERIENCE D'AMPUTATION DE MEMBRE<sup>134</sup>

##### *Résumé*

Peut-on grandir après une épreuve comme l'amputation de membre ?

Une amputation de membre est, avant tout, présentée comme une perte d'une partie du corps. Mais dans une démarche où l'ÊTRE prime sur l'AVOIR, une amputation de membre peut être vécue ou représentée comme une expérience de transformation et non comme une perte. En effet, si dans la logique de l'*avoir* alimentée par le système capitaliste on parle de perte, dans la logique de l'*être*, dans ce trait d'union entre l'infiniment grand et l'infiniment petit, on va préférer parler de transformation.

À côté des 222 000 morts, le séisme du 12 janvier 2010 a laissé entre 4 000 et 7 000 personnes amputées de membres [1]. Dans un pays où les personnes porteuses de handicap sont considérées comme bonnes à rien, et péjorativement appelées « kokobe », perdre un membre est une lourde épreuve. Là où les personnes dites valides ont du mal à s'en sortir, on n'ose même pas imaginer le sort des personnes amputées de membre et/ou handicapées. Dans ce contexte où tout semble être joué d'avance, certains ont su trouver des ressources pour recréer la vie.

À partir des expériences de sujets amputés de membre après le séisme du 12 janvier 2010, nous allons analyser le processus d'élaboration de la perte pour en faire une expérience de transformation.

**Mots clés :** *amputation de membre ; handicap ; traumatisme ; processus d'élaboration ; résilience.*

---

<sup>134</sup> Article paru dans la revue Haïti Perspectives, vol. 8 • no 1 • Printemps 2023

## ***Abstract***

Can you grow up after an ordeal like limb amputation?

A limb amputation is, above all, presented as the loss of a body part. But in an approach where BEING takes precedence over HAVING, a limb amputation can be experienced or represented as an experience of transformation rather than loss. Indeed, while the logic of having, fueled by the capitalist system, speaks of loss, the logic of being, in this hyphen between the infinitely large and the infinitely small, prefers to speak of transformation.

In addition to the 222,000 dead, the earthquake of January 12, 2010 left between 4,000 and 7,000 people with amputated limbs [1]. In a country where people with disabilities are considered good for nothing, and pejoratively referred to as "kokobe", losing a limb is a heavy ordeal. Where so-called able-bodied people have a hard time coping, we dare not even imagine the fate of people with amputated limbs and/or disabilities. Against this backdrop of seemingly foregone conclusions, some people have found the resources to recreate life.

Based on the experiences of limb amputees after the earthquake of January 12, 2010, we will analyze the process of elaborating loss into an experience of transformation.

***Key words: limb amputation; disability; trauma; elaboration process; resilience.***

## ***Introduction***

Une amputation de membre est souvent représentée comme une expérience de perte, puisqu'il s'agit de l'ablation d'une partie d'un membre ou d'un membre entier. Les expériences de personnes victimes d'amputation de membre rencontrées dans le cadre de notre recherche nous permettent d'analyser l'amputation de membre comme une expérience de transformation. Cette approche nous amène donc à penser le sujet dans une dynamique. Dans cet article, nous allons analyser le processus d'appropriation subjective [2] de l'expérience de l'amputation de membre. Il est nécessaire ici de spécifier « amputation de membre », puisque le moignon témoigne du manque d'une partie du corps, contrairement à l'ablation d'un rein, qui est un autre type d'amputation. L'amputation de membre est une expérience particulière dans la mesure où, au-delà des conséquences physiques, elle entraîne des conséquences psychologiques plutôt significatives [3]. Le moignon attire le regard et mobilise des réactions qui peuvent impacter le vécu du sujet et la représentation qu'il se fait de son expérience d'amputation.

Le propre du traumatisme psychique est d'empêcher le sujet de penser, de laisser un vide et une incapacité d'inscrire l'événement dans son histoire [4, 5]. Pour surmonter le déséquilibre psychique engendré par l'événement traumatique, le sujet a besoin de mettre en place un processus de résilience [6, 7]. Ce dernier va lui permettre de remobiliser ses ressources psychiques pour arriver à subjectiver. Afin d'analyser le processus de résilience que le sujet met en place pour surmonter l'expérience d'amputation de membre, nous allons tenir compte de plusieurs aspects qui sont susceptibles d'exercer une certaine influence. Il faudra prendre en compte différentes approches pour mieux aborder les divers aspects de la problématique de l'amputation de membre. Nous allons donc, dans un premier temps, aborder l'amputation de membre comme une affectation à la fois du schéma corporel et de l'image du corps [8, 9]. Dans un deuxième temps, nous allons aborder le processus de résilience mis en place par le sujet victime d'une amputation de membre. L'autre aspect qui sera pris en compte dans ce cadre-là concerne les référentiels culturels et leurs potentiels effets sur le processus de résilience du sujet victime d'amputation de membre [10]. En effet, cette recherche prend en compte le contexte socioculturel haïtien où les croyances aux esprits et la foi en Dieu font office de tuteur de résilience [10].

Les deux principaux objectifs de cet article sont d'abord de décrire le processus de résilience engagé dans l'appropriation subjective de l'expérience d'amputation de membre, et ensuite d'analyser les effets potentiels des référentiels culturels sur le processus de résilience des victimes d'amputation de membre.

### ***L'amputation de membre : entre le schéma corporel et l'image du corps***

Retenons d'entrée de jeu que le vécu et la représentation d'une expérience d'amputation de membre varient d'une personne à l'autre puisque les sujets ne se représentent pas les événements ou les expériences de la même manière [11]. On peut considérer l'amputation de membre comme une expérience, parce que c'est un événement qui survient au cours de l'histoire d'une personne et qui peut changer sa vie pour le meilleur ou pour le pire, en fonction, bien sûr, des représentations du changement apporté au schéma corporel. Nous utilisons le concept de « schéma corporel » pour désigner le corps physique. Car, selon Françoise DOLTO [12], le schéma corporel est ce que tout être humain né dans les conditions normales doit avoir, alors que l'image du corps est la manière dont chacun habite son corps, ou les représentations que chacun se fait de son propre corps. Il faut dire aussi que le psychanalyste autrichien Paul Schilder fut l'un des premiers auteurs à travailler autour du concept d'« image du corps ». Il a utilisé ce concept pour articuler la réalité biologique du corps propre avec sa réalité érogène et fantasmatique, tout en lui donnant des fondements psychanalytiques. Cette notion tire son origine du schéma corporel. Il le définit ainsi : « *L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations nous sont données [en provenance de toutes les parties du corps]. Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps*<sup>[1]</sup>. »

Dans cette approche de Schilder, il est question de l'image consciente du corps, car il s'agit des sensations qui proviennent des parties du corps. Tandis que dans l'approche de Françoise Dolto, il s'agit de la représentation psychique qu'on se fait de son corps peu importe qu'il soit valide ou invalide. C'est une représentation fantasmatique de son corps au-delà du schéma corporel. Cela entre en résonance avec les sensations du

membre fantôme dans la mesure où il s'agit des représentations psychiques du corps idéalisé et intériorisé. Car, tout comme la sensation de la montre sur le membre amputé que le patient peut avoir, alors que le membre n'existe plus, l'image inconsciente du corps est en fait la mémoire d'un ensemble d'images enfouies dans l'inconscient du patient.

La question qui survient alors, c'est de savoir si tout changement apporté au schéma corporel influe directement sur l'image du corps. Puisque l'amputation affecte directement et avant tout le schéma corporel, quelles seraient les conséquences de ce changement sur l'image du corps de la personne concernée ? Les représentations du sujet de la perte peuvent déterminer son rapport au membre perdu. On peut alors se demander si l'impact sur l'image du corps ne dépendrait pas du sens ou des représentations de l'amputation de membre dans la vie du sujet.

Si le schéma corporel ou l'architecture corporelle sont les mêmes pour tout être humain né dans les conditions normales, l'image du corps ou les représentations du corps varient d'une personne à l'autre, et dans une certaine mesure, d'une culture à l'autre. Pour ce qui concerne cette recherche, nous allons considérer les représentations du corps dans la culture haïtienne, fortement influencée par les croyances religieuses. Avec la forte influence du christianisme sur cette culture, on peut relever une dimension sacralisée dans la représentation du corps. En effet, selon la Bible, le texte de référence du christianisme, le corps est le temple du Saint-Esprit. C'est à partir de cette approche que l'amputation peut avoir deux formes de représentations pour le patient haïtien qui croit que son corps est le temple du Saint-Esprit :

1) Une malédiction de Dieu. Car il est dit dans la Bible que si le sujet détruit le temple en le profanant, Dieu le détruira aussi. Dans le vaudou aussi le corps a une représentation sacralisée, puisque selon les croyances vaudouesques, l'homme est né esprit et devient un être vivant. Si ce corps qui sert de monture (cheval) à l'esprit (loa) est affecté, c'est d'une certaine manière parce qu'il y a un déséquilibre entre les forces de la nature, la communauté des vivants et le monde des ancêtres. C'est d'ailleurs pour cela que dans les rituels du vaudou le prêtre utilise les forces de la nature (feuilles, eau, terre et feu), la communauté (les participants au rituel qui chantent et dansent) et l'invocation des ancêtres pour ramener l'équilibre et la guérison.

2) La perte d'une partie pour sauver le reste. Il est dit dans la Bible que si c'est ton bras qui t'empêche de servir Dieu, mieux vaut perdre ce bras pour avoir la vie éternelle. De ce fait, les représentations que les sujets se font de leur amputation peuvent être considérées comme des tentatives d'appropriation subjective du nouveau corps (amputé, mutilé, appareillé...), puisque la symbolisation et l'appropriation subjective passent par cette quête de sens et d'explication de ce qui est arrivé. Ces représentations participent donc au processus de mise en sens de l'expérience d'amputation de membre.

Tout comme Freud l'avait formulé dès 1895, « *[l] 'hystérique souffre de réminiscences* <sup>[2]</sup> ». Autrement dit, la personne amputée souffre du non-approprié de son expérience d'amputation. Comme l'a fait remarquer Roussillon, si « on souffre de réminiscences », la théorie de soin psychique proposée par la psychanalyse qu'on pourrait en déduire serait : « On guérit en se souvenant <sup>[3]</sup>. » De manière plus raffinée, on pourrait dire : « *On s'offre du non-approprié de l'histoire* » ; il s'agit à la fois de ce que l'on n'a pas pu s'approprier et de ce qui n'était pas approprié aux besoins psychiques de la personne. Et la théorie du soin qu'on pourrait en déduire serait alors : « *On guérit en symbolisant et en s'appropriant subjectivement, en introjectant l'expérience subjective en souffrance.* » Pour symboliser et/ou s'approprier son expérience d'amputation de membre, le sujet doit pouvoir se représenter cette expérience et se la raconter de manière à arriver à y donner du sens.

Une amputation de membre peut entraîner une transformation de l'être. En effet, avec le changement apporté au corps et surtout à la validité physique du sujet, une amputation de membre peut provoquer un investissement massif dans d'autres atouts non exploités jusque-là.

Paul, 29 ans, rencontré dans le cadre de cette recherche, est devenu orthoprothésiste après l'amputation de sa jambe droite. Il se sert souvent de son expérience d'amputation de membre pour mieux accompagner les patients appareillés et les aider à se servir de leur prothèse pour améliorer leur quotidien.

### ***Le traumatisme de l'expérience d'amputation de membre***

Avant d'aborder le traumatisme de l'expérience d'amputation de membre, établissons une différence entre trauma et traumatisme. Le trauma est un événement réel qui existe

dans le temps et dans l'espace. Et donc, l'origine du stress qui va produire la réaction de survie chez la victime est externe. Cela correspond parfaitement à la définition étiologique grecque de la notion de trauma, *effraction* ou *blessure*. Pour sa part, le traumatisme, qui a quelques similitudes avec le stress post-traumatique, est une conséquence du trauma. Il s'agit en effet d'un état physiologique de stress d'origine interne. Le système nerveux de la victime est maintenu en état d'alerte au-delà du trauma. De ce fait, le traumatisme se situe dans l'après-coup du trauma. Bremner définit le traumatisme comme une épidémie invisible [13].

Cet événement qui, par sa brutalité, rend difficile pour la psyché de trouver une réponse adéquate peut continuer à garder la victime en état d'alerte, puisque les souvenirs de l'expérience douloureuse peuvent resurgir à n'importe quel moment, si un autre événement ou un autre stimulus fait écho à l'événement traumatique initial. Dans le contexte de cette clinique, il y a le moignon qui rappelle continuellement le membre amputé.

Quand on considère les amputés d'après le séisme en Haïti, par exemple, ils ont des interrogations auxquelles ils ont du mal à trouver des réponses satisfaisantes, telles que : *Pourquoi ça m'arrive ? Comment vais-je vivre après ? Pourquoi ne suis-je pas mort à la place ? Pourquoi Dieu a-t-il permis que ça m'arrive ? Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter un tel sort ?* De telles interrogations pourraient rendre plus difficile le traumatisme de l'amputation comme elles pourraient être des tentatives de représentation et d'appropriation subjective de l'expérience traumatique. Car l'acceptation et l'appropriation passent par la subjectivation du traumatisme.

Si le type d'événement a des effets sur le potentiel traumatique de l'effraction, une amputation de membre reste un véritable choc. Les amputations traumatiques choquent autant que celles réalisées dans un cadre médicalisé. Même si le patient a été préparé, la découverte du moignon d'amputation reste un véritable choc. Car il est confronté à la fois à la réalité de la perte d'un membre et à la réalité de devoir vivre le reste de sa vie avec un corps mutilé, handicapé ou réduit dans sa validité. Le patient se trouve déchiré entre le choc/coup, les effets et les représentations de ce qui lui est arrivé.



Ferenczi considère le traumatisme ainsi : « *Choc inattendu, non préparé et écrasant, qui agit comme un anesthésique, le traumatisme a des effets destructeurs. Pour lui survivre, le psychisme développe des stratégies. L'une des plus intéressantes est le dédoublement : une partie de la personne continue de vivre et de se développer, tandis qu'une autre partie subsiste, apparemment détruite, mais prête à se réactiver à la première occasion* <sup>[4]</sup>. »

Si l'amputation de membre est avant tout une blessure physique, elle est également une blessure psychique. Car toute souffrance physique entraîne une souffrance psychique [3], puisque la psyché et le soma évoluent dans une dynamique d'interdépendance. Mais il faut dire aussi que si nous sommes tous sujets à subir des chocs ou des blessures, nous ne les vivons pas de la même manière. Ainsi, un même événement peut en traumatiser certains et pas d'autres. Tout dépend de la disposition psychologique et des ressources psychiques du sujet/victime. À cet effet, selon Crocq, « *le caractère traumatique du choc dépend de la violence de l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit* <sup>[5]</sup> ». Il serait plutôt préférable de parler d'événement « potentiellement traumatogène ».

Le trauma peut être considéré comme un choc inhabituel, un phénomène qui vient bouleverser et effracter le psychisme, dans un contexte où la personne vit un événement qui implique une menace de mort, une altération de l'intégrité physique et psychique, par exemple une agression individuelle, un accident grave, une séquestration, un attentat ou une catastrophe, une amputation d'un membre, etc. Selon Dumet, « *[t]raumatisme signifie à la fois action d'un agent perturbateur et réaction psychique de l'individu à celle-ci* <sup>[6]</sup> ». Car ce n'est pas l'acte en soi qui traumatise, mais le sens qui va lui être attribué. Après avoir subi l'acte, le psychisme se trouve dans une quête de sens. C'est pour cela que Freud disait que l'hystérique souffre de réminiscences. C'est en fait le rapport que le sujet va établir entre ce qui est arrivé, ses souvenirs et ses représentations de l'événement qui va faire traumatisme. Si on souffre de réminiscences, de souvenirs de l'événement traumatique, on guérit en se souvenant. C'est-à-dire qu'on doit se permettre de se souvenir de ce qui est arrivé pour mieux le traiter. Car on n'oublie pas en refoulant, mais en traitant les souvenirs pour pouvoir passer à autre chose. Selon Nassikas, « *[c]'est donc de l'intérieur de l'organisme que se situe, pour l'essentiel, l'agent traumatisant. L'agent extérieur n'est qu'occasionnel. Il n'y a pas de traumatisme sans une complicité active du traumatisé qui, en même*

*temps qu'il cède devant l'excitation, construit contre elle des mécanismes de défense qui dépassent leur objet en devenant, en eux-mêmes, source de souffrance et, de nouvelles motions traumatiques*<sup>[7]</sup> ». Une amputation de membre est un choc terrible en soi, mais elle n'a pas le même sens pour tout le monde. Chacun lui accorde un sens en fonction de ses ressources psychiques et de ses référentiels culturels.

### ***L'expérience d'amputation de membre dans le contexte socioéconomique d'Haïti***

Certains immeubles publics construits après le séisme du 12 janvier 2010 commencent à être plus ou moins adaptés, mais le problème d'accessibilité des personnes vivant avec un handicap reste un véritable problème de santé publique. La situation des personnes amputées de membre est donc très difficile en Haïti. Une expérience d'amputation est particulièrement complexe dans ce contexte ou en termes de représentations socioculturelles, les personnes amputées et/ou handicapées sont considérées comme bonnes à rien, un poids pour la société, voire une honte pour leur famille. Qualifiées péjorativement de « kokobe », insulte créole signifiant « bon à rien, sous-homme », elles sont obligées de supporter le regard et les commentaires négatifs de ceux qui ont peu de bienveillance envers elles. En matière d'accessibilité, les logements et les transports en commun n'étant pas adaptés aux personnes en situation de handicap, elles ont beaucoup de difficulté à se déplacer et à travailler pour subvenir à leurs besoins. De ce fait, certaines sont obligées de faire la manche pour pouvoir se nourrir.

Au regard de l'accompagnement, Healing Hands for Haïti (HHH), où j'ai réalisé cette recherche, est l'une des organisations non gouvernementales qui travaillent de concert avec le Secrétariat d'État pour l'intégration des personnes handicapées en Haïti. HHH contribue de manière significative à l'accompagnement des personnes amputées en Haïti. Elle a mis en place un dispositif d'accompagnement pour ces dernières, à la fois sur les plans de la rééducation et de la réadaptation, mais surtout sur celui de l'appareillage. Parce que le centre de rééducation de HHH est également doté d'un atelier de fabrication de prothèses.

### ***Le processus de résilience des victimes d'amputation de membre***

Nous allons d'abord prendre en compte les référentiels culturels qui peuvent participer au processus de résilience. La notion de référentiels culturels regroupe « *l'ensemble des représentations que les êtres humains font de la pensée, de leurs rapports à la nature et de leurs rapports entre eux. Certains par exemple se représentent dans l'esprit les rapports à la nature comme une relation avec des êtres supérieurs qui ont un pouvoir sur la nature. Il s'agit alors de se concilier avec des êtres supérieurs qui ont un pouvoir sur la nature* <sup>[8]</sup> ». Dans le contexte d'une expérience traumatique comme l'amputation de membre, ces référentiels culturels peuvent concerner tout ce que le sujet va utiliser comme support ou objet d'étayage. On peut retrouver des proverbes, des chants et danses ou toutes les productions folkloriques, des versets bibliques, la prière, la foi ou les pratiques religieuses et/ou spirituelles de manière générale, dans les référentiels culturels haïtiens.

Le processus de résilience peut être représenté en trois temps, qui vont du vécu de l'expérience traumatique jusqu'à sa potentielle acceptation :

- 1) le temps du choc, qui est brutal et déstabilisant ;
- 2) le temps de la représentation, qui demande au sujet de remobiliser toutes ses ressources psychiques pour tenir le coup, supporter et essayer de donner du sens à l'événement vécu ;
- 3) le temps de l'acceptation ou de l'appropriation subjective de l'événement après qu'il a été représenté et symbolisé. Cela correspond à ce que j'appelle « l'effet roseau ». En effet, le temps où ça se passe n'est pas celui où ça peut se mettre en forme et où ça peut commencer à se signifier [2].

Dans le contexte d'une expérience d'amputation, pour subjectiver la perte, le sujet doit d'abord reconnaître que le membre est perdu, nommer ce qui est perdu, pour arriver à le représenter. La subjectivation de l'expérience d'amputation de membre suppose dans un premier temps la représentation de ce qui est perdu (qu'est-ce que j'ai perdu ?) ; puis l'action de nommer ce qui est perdu (un bras, une jambe, etc.) et ce qui est perdu avec le membre en question (les effets de la perte). Car, quand on perd un objet, d'autant plus quand il s'agit d'un membre/d'une partie de son corps, on perd les qualités, les représentations, l'utilité de ce qui est perdu. Dans un second temps, il faut

donner un sens à ce qui est perdu. (Pourquoi est-ce que j'ai perdu ce membre ?) En effet, chacun vit et se représente une perte, quelle qu'elle soit, à sa manière avec ses ressources psychiques.

### ***Le processus d'appropriation subjective de l'expérience de l'amputation de membre***

Le processus d'appropriation subjective de l'expérience de l'amputation de membre passe par différentes étapes que nous pouvons regrouper en deux temps ou sous-processus : l'appropriation personnelle et la figurabilité de la perte.

#### ***L'appropriation personnelle***

##### ***a) Reconnaître et nommer l'objet perdu***

Pour subjectiver une perte, il faut d'abord reconnaître que l'on a perdu quelque chose et il faut pouvoir nommer ce qui est perdu, sinon, c'est le déni. Le choc de l'événement (l'amputation) crée un vide, un trou chez le sujet, il n'arrive pas à l'inscrire dans sa psyché. Louis Crocq désigne ce premier temps du trauma par le concept de sidération [14]. Dans un second temps, 24 à 48 h après l'amputation, le sujet commence à se questionner sur l'événement. « Pourquoi moi ? Pourquoi est-ce que ça m'arrive ? ». C'est impensable, indescriptible, l'appareil psychique est comme déchiré, effracter par cet événement inattendu qui vient mettre à mal l'équilibre psychique. Dans un troisième temps, le sujet commence à comprendre que c'est bien réel et qu'il a perdu une partie de son corps. C'est dur pour lui de l'admettre, mais il s'agit bien de la perte définitive d'un membre. À ce stade, le sujet va devoir nommer le membre perdu (un bras, une jambe, un doigt, etc.). Sachant que quand on perd un membre, on perd aussi les qualités de ce dernier, le sujet va commencer à se représenter tout ce qu'il a perdu à travers ce membre qu'il n'aura plus. C'est ce qui rend particulière cette perte, parce que le sujet perd à la fois l'objet (le membre) et ses qualités. Pendant un certain temps, le sujet va souffrir à la fois de l'acte d'amputation, qui est une expérience douloureuse, et de la perte de la valeur, de l'utilité, des effets et des représentations du membre perdu.

Certains sujets amputés de membre ressentent une douleur au niveau du membre amputé, comme si le membre était encore là. Plusieurs recherches ont montré qu'en dépit de l'amputation du membre, le cerveau continue d'envoyer des signaux vers ce membre. Comme si le cerveau ne pouvait pas reconnaître que le membre n'est plus là.

Nous pouvons comprendre aussi le phénomène du membre fantôme en considérant que l'appareil psychique se représente la perte du membre amputé à travers une présence fictive pour tenter de symboliser son absence. La notion de transitionnalité de Winnicott recouvrirait dans une certaine mesure la réalité du membre fantôme, car selon Winnicott, la transitionnalité est une aire intermédiaire qui donne la possibilité d'accepter la frustration de l'absence [15]. En effet, suivant cette approche, cet objet créé n'est ni une hallucination ni un objet réel. Une patiente m'a déjà dit : « *Je sais ressentir comme une crampe au niveau des orteils de ma jambe amputée.* » Quand le sujet amputé parle de son expérience de douleurs fantômes, on a l'impression d'être en ballonnement entre le réel et l'imaginaire. « Comme une crampe » voudrait dire que ce n'est pas une crampe réelle, vu que le membre n'est plus là. Mais la patiente a eu une vraie sensation de crampe et elle a situé la sensation « aux orteils ». Et c'est là aussi que se trouve toute la problématique du membre fantôme. Le membre en question n'est plus là en chair et en os, mais le cerveau considère qu'il l'est. Et de fait, la sensation est bien réelle. Dans un autre sens, cela sous-entend que l'appareil psychique tente d'enregistrer l'absence physique du membre à travers une présence fictive, d'où la création d'un membre fantôme.

### ***b) La figurabilité de la perte***

Aux questions « Qu'est-ce que j'ai perdu ? » et « Pourquoi moi ? », le sujet va essayer de trouver une explication causale. Avec la croyance, le sujet a tendance à représenter son épreuve comme une malédiction de Dieu. Cette dernière peut générer un sentiment de culpabilité, mais qui peut participer aussi au processus de mise en sens ou de mise en récit de l'expérience de perte. Ce travail d'élaboration d'un récit de ce qui est arrivé est indispensable à l'appropriation subjective de l'expérience. Selon Boris Cyrulnik : « *La fabrication d'un récit de soi remplit le vide provoqué par la souffrance. On bricole une image, on donne cohérence aux événements, on répare une injuste blessure et un récit permet la réconciliation avec le monde extérieur*<sup>[9]</sup>. » Et c'est là que le sujet

a besoin de notre écoute et de notre accompagnement pour élaborer cette expérience qui l'empêche de penser.

Dans son récit, madame Eliane a référé à une expérience de David, un personnage biblique auquel elle s'est identifiée. En effet, dans l'épreuve, David se lamentait et pleurait beaucoup sur les malheurs qui s'abattaient sur son royaume et sa propre famille. C'est dans ces circonstances que Dieu a fait un appel à David et lui a demandé de *cesser de pleurer*. Elle s'est approprié cet appel qui a été fait à David et y a trouvé la force de cesser de pleurer. Cette démarche d'appropriation subjective est en lien étroit avec les référentiels culturels, en particulier la foi et la croyance dans la Bible dans ce cas précis. Madame Eliane avait besoin de s'appuyer sur ses ressources culturelles pour affronter cette expérience traumatique et arriver à l'intégrer psychiquement. Elle m'a dit : « *Tout comme Dieu avait demandé à David de cesser de pleurer, j'ai cessé de pleurer.* » Elle s'est servie de l'expérience de David pour trouver du courage et des ressources afin de penser l'expérience et tenter de la symboliser.

Quand elle s'est souvenue de ce monsieur à qui elle avait donné un peu d'argent pour acheter à manger pour son fils et lui, ce monsieur qui était venu l'aider sous les décombres, elle m'a dit : « *Cette séquence de mon expérience me fait penser à un verset biblique. Un passage stipulant que "ce qu'un homme aura semé, il le moissonnera sûrement".* » Cela signifie pour elle qu'elle a été sauvée de sous les décombres parce qu'elle avait fait un bien qui lui aurait valu cette récompense.

Les sujets faisant face à de telles expériences « extrêmes » ont tendance à avoir des questionnements et une attitude victimaires. « Pourquoi est-ce que c'est à moi que cela arrive ? Pourquoi est-ce que les autres sont sains et saufs alors que moi, je dois vivre avec des manques ? Je suis maudit, Dieu m'oublie, il m'abandonne. »

Il y a aussi une quête de sens dans cette manière d'aborder l'expérience. Car le sujet a besoin d'avoir des réponses à ces questions pour comprendre ce qui lui est arrivé et pour pouvoir donner du sens à cette expérience douloureuse.

### ***S'appuyer sur des étayages familiaux, groupaux et socioculturels***

Pour faire face à la charge émotionnelle de l'expérience de l'amputation, le sujet a besoin de s'appuyer sur des groupes d'appartenance. En effet, le regard et les réactions

de la famille et de la société peuvent impacter le processus de mise en sens et, par conséquent, le processus d'appropriation. Des réactions comme « Tu es devenu un légume » et « Je ne pourrai pas te regarder souffrir comme ça » ont des impacts très significatifs sur le sujet qui doit vivre le reste de sa vie avec cette perte irrémédiable. Comme on a pu le remarquer avec madame Eliane, le sujet a besoin de s'appuyer sur un autre pour affronter l'expérience. Elle a dû faire appel à un tiers dans son rêve pour dire ce qui allait se passer, ce qui devait être fait. Parce qu'elle n'était pas encore en mesure d'être le sujet de sa réflexion sous les décombres. Elle a dit qu'elle a vu un personnage qui serait Dieu pour elle et qui lui a tout raconté. Comme l'a fait remarquer Ciccone : « *On ne peut comprendre, symboliser, représenter qu'avec l'aide d'un autre, d'abord au-dehors de soi, puis intériorisé, mis au-dedans de soi, constitué comme un objet interne. Le subjectif se fonde sur l'altérité*<sup>[10]</sup>. » Dieu viendrait en continuité au rôle de son objet interne. Il y aurait alors un autre caché derrière Dieu dans ce rêve. Un personnage secourable qui vient lui expliquer comment elle va sortir de sous les décombres. Pour essayer de comprendre quel autre, quel personnage compte autant pour elle et pourrait être représenté à travers le personnage de son rêve, je lui ai demandé auquel de ses parents elle ressemble le plus et duquel elle aurait hérité son dynamisme et sa force de caractère. Elle m'a dit : « *C'est mon père. D'ailleurs ma mère était très faible. Et j'étais très proche de mon père*<sup>[11]</sup>. » Ce qui témoigne de son niveau de symbolisation, c'est qu'elle raconte son expérience comme s'il s'agissait d'une histoire, d'un roman qu'elle aurait lu. En écoutant son récit, j'ai eu comme l'impression de regarder un film. Elle narre cette expérience avec une telle cohérence, une telle facilité qu'on a l'impression qu'elle ne parle pas d'elle-même. Bien qu'il n'y ait pas de symbolisation totale, elle arrive, comme l'a fait remarquer Roussillon [2], à se donner une copie de ce qui s'est passé. Elle arrive à mettre en récit cette expérience éprouvante, à se l'approprier et à en faire une force. Sous la poutre, déjà, elle était arrivée à être le sujet de son expérience à travers cet autre qui, dans son rêve, analysait et prenait des initiatives pour affronter la situation. C'est d'ailleurs elle-même qui a dirigé le processus de sauvetage sur la base du rêve qu'elle avait fait.

### **Conclusion**

Une amputation de membre est une expérience extrêmement éprouvante. À la découverte du moignon d'amputation, l'un des principaux éléments qui reviennent au sujet amputé est l'irréversibilité du changement apporté à son corps. Il sera dès lors

nécessaire d'accompagner le sujet afin qu'il élabore sa représentation de cette ablation d'une partie de son corps. Si pour certains cette amputation est nécessaire à la survie, dans le contexte d'un diabète ou d'une infection au staphylocoque doré par exemple, pour d'autres, il s'agit d'une perte qui change la vie à jamais. C'est donc dans ce sens qu'il est essentiel de prendre en compte le type d'amputation et le contexte dans le dispositif de prise en charge. Les récits de différents sujets rencontrés dans le cadre de ce travail de recherche ont montré qu'une expérience d'amputation pouvait être pensée comme une expérience de transformation. En effet, certains sujets estiment qu'ils arrivent à explorer la meilleure version d'eux-mêmes après leur amputation de membre. Paul, par exemple, est devenu orthoprothésiste, se sent utile et épanoui dans son métier où il participe à aider les victimes à se réapproprier leur corps. Nous pouvons de ce fait considérer qu'avec l'amputation, le corps peut aussi changer dans le sens du gain. Car assez souvent, une amputation ouvre de merveilleux horizons dans le cheminement de l'histoire de certaines personnes amputées. Il faut surtout tenir compte d'un élément important dans l'expérience de Paul. Il ne réussit pas dans ce métier parce qu'il a été amputé, mais parce qu'il a pu s'approprier subjectivement son amputation pour en faire une expérience de transformation. Ce qui correspond très exactement à la notion de résilience qu'on peut résumer comme étant la capacité à redevenir sujet après l'épreuve.



## Bibliographie

- [1] Cénat, J., Derivois, D. et Karray, A. (2017). Psychopathologie de la mort et de la survivance en Haïti : Le séisme et la culture comme analyseurs. *Psychothérapies*, 1(1), 7-17. [En ligne], <https://doi.org/10.3917/psys.171.0007>.
- [2] Roussillon, R. (2000). Le processus de symbolisation et ses étapes. Dans *Matière à symbolisation*. Lonay : Delachaux et Niestlé.
- [3] Panyi, L. K. et Lábadi, B. (2015). Psychological adjustment following lower limb amputation. *Orv Hetil*, 156(39), 1563-1568. [En ligne], doi : 10.1556/650.2015.30257.
- [4] Romano, H. (2013). Prise en charge médico-psychologique immédiate des enfants et adolescents exposés à un événement traumatique. *Cliniques*, 1(1), 166-182. [En ligne], <https://doi.org/10.3917/clini.005.0166>.
- [5] Ferenczi, S. (1934). *Le traumatisme*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- [6] Derivois, D. (2012). L'hypothèse d'une résilience de l'Esprit et des esprits en Haïti. *Sciences Croisées*, 1(11), 1-9.
- [7] Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *The British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. [En ligne], <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>.
- [8] Fisher, K. et Hanspal, R. S. (1998). Body image and patients with amputation: does the prosthesis maintain the balance? *Int J Rehabil Res*, 21(4), 355-363.
- [9] Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. International Universities Press. (Traduction française : *L'image du corps*. Paris : Gallimard, 1968.)
- [10] Kaës, R. (1997). Dire le traumatisme. Dans B. Doray et C. Louzoun (dir.). *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 197-213.
- [11] Vermeiren, E. (2009). Les événements traumatogènes. *Stress et Trauma*, 9(4), 214-217.
- [12] Dolto, F. (1984) ***L'Image inconsciente du corps***, Paris, Seuil.
- [13] Bremner, D. (2014). *You Can't Just Snap Out of It: The Real Path to Recovery from Psychological Trauma*. Laughing Cow Books.
- [14] Crocq, L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
- [15] Winnicott, D. W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. [16] Dans D. W. Winnicott (1983). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : petite Bibliothèque Payot, p. 109-125.



**CHAPITRE 5 : LES PERSONNES AMPUTEES DE MEMBRE  
RENCONTREES AU CENTRE DES MASSUES DE LA CROIX ROUGE  
FRANÇAISE A LYON. ÉTUDE 3 :**

*« Ablation, un mot qui rime avec punition, agression, mutilation,  
amputation, démolition. Guérison, aussi, peut-être. »*

*La tresse (2017) de Laetitia Colombani*

*« Les peuples reprennent leur dignité à la hache, car c'est à la  
hache qu'elle leur a été amputée. »*

*Le voyage d'Octavio (2015) de Miguel Bonnefoy*

## 5.1 DONNEES GENERALES

La troisième étude (*dispositif de recherche*) : Cette étude porte sur les personnes amputées de membre (N=12) rencontrées en France.

### Résumé

*Introduction* – La troisième étude (*dispositif de recherche*) : Cette étude porte sur les personnes amputées de membre rencontrées en France. L'objectif de cette étude était d'évaluer les enjeux des ressources culturelles sur le processus de résilience des sujets amputés de membre.

*Méthode* – L'étude a été réalisée au centre des Massues de la Croix Française à Lyon où nous avons rencontrés (N=12) sujets amputés de membre. Les données collectées sont présentées dans un tableau récapitulatif élaboré en tenant compte des thématiques de la grille d'entretiens et d'analyse des données. L'analyse de contenu du discours a également été utilisée pour analyser les données.

*Résultats* : Nous avons rencontré (N=12) personnes au centre des Massues de la Croix Rouge française à Lyon. Selon les résultats de cette recherche nous pouvons retenir deux constantes : 1- le soutien de la famille et du groupe d'appartenance et 2- l'importance d'un dispositif de prise en charge de qualité.

*Analyse*. – Pour analyser les données, nous avons utilisé la méthode de l'analyse de contenu du discours. En regard des données collectées, nous pouvons voir d'emblée que le soutien de la famille et/ou du groupe d'appartenance est un pilier majeur du processus de résilience des sujets rencontrés en France. L'autre pilier que nous pouvons considérer est le dispositif de prise en charge des personnes amputées de membre. Parce que dans les entretiens et lors de la séance de photolangage© les sujets rencontrés ont beaucoup mentionné l'importance d'une prise en charge de qualité.

*Discussion* – Dans la discussion nous passons en revue le traumatisme, la situation des personnes amputées de membre en France et les effets du soutien de la famille et du groupe d'appartenance sur le processus de résilience des sujets.

**Mots clés** : *Traumatisme – amputation de membre – dispositif de prise en charge – soutien de la famille – processus de résilience*

## ***Abstract***

*Introduction* – The third study (research device): This study focuses on limb amputees encountered in France. The aim of this study was to assess the impact of cultural resources on the resilience process of limb amputees.

*Method* - The study was carried out at the Massues center of the Croix Française in Lyon, where we interviewed (N=12) limb amputees. The data collected are presented in a summary table drawn up considering the themes of the interview and data analysis grid. Discourse content analysis was also used to analyze the data.

*Results*: We met (N=12) people at the Massues center of the French Red Cross in Lyon. According to the results of this research, we can identify two constants: 1- the support of the family and the group to which they belong, and 2- the importance of a quality care system.

*Analysis*. - To analyze the data, we used the discourse content analysis method. Looking at the data collected, we can see immediately that the support of the family and/or the group to which they belong is a major pillar in the resilience process of the subjects we met in France. The other pillar we can consider is the care system for limb amputees. Because in the interviews and during the photolangage© session, the subjects we met often mentioned the importance of quality care.

*Discussion* - In the discussion we review trauma, the situation of limb amputees in France and the effects of family and home group support on the subjects' resilience process.

***Key words: Trauma - limb amputation - care system - family support - resilience process***

## **Introduction**

La troisième étude (*dispositif de recherche*) : Cette étude porte sur les personnes amputées de membre rencontrées en France. L'objectif de cette étude était d'évaluer les enjeux des ressources culturelles sur le processus de résilience des sujets amputés de membre.

Le premier entretien réalisé en France contrastait beaucoup avec mes entretiens en Haïti. Le sujet me dit, d'entrer de jeu, qu'il avait accepté très rapidement d'être amputé et a négocié deux mois pour avoir le temps de fermer son entreprise. Nous avons là un premier élément déjà qui donne quelques éclairages. En effet, il s'agit d'une amputation médicale avec un suivi pré et post opératoire. Même si comme toute amputation il s'agira d'une expérience douloureuse qui va changer la vie du sujet, mais il a eu un peu de temps pour se préparer, à la fois en termes de réaménagement de son cadre de vie, mais surtout une certaine préparation psychologique. D'autant plus que son amputation avait pour vocation de lui épargner la vie. Parce qu'autrement la maladie génétique qui a provoqué l'infection qui a gangrené le pied aurait entraîné sa mort. C'est une donnée qui fait une grosse différence parce que 80% des sujets rencontrés en Haïti ont subi une amputation traumatique.

### ***Le traumatisme psychique***

Une amputation est un choc terrible, une perte irréversible qui entraîne des conséquences physiques et psychologiques [1]. En effet, une amputation se définit comme l'ablation d'un membre ou d'une partie d'un membre [2]. Considérant l'irréversibilité de la perte provoquée par l'amputation de membre, nous avons décidé délibérément de considérer l'amputation de membre comme un traumatisme. Même si selon Crocq L. : « *le caractère traumatique du choc dépend de la violence de l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit. Il serait plutôt préférable de parler d'événement potentiellement traumatogène* » [3]. En effet, selon la définition étymologique grecque, le trauma se définit comme une effraction ou une blessure. Pour surmonter cet événement, ce choc, cette blessure le sujet va mobiliser ses ressources psychiques et culturelles. De ce fait, n'ayant pas les mêmes ressources tous les sujets ne vont pas réagir de la même manière face à un événement traumatique. Le parcours du trauma vers le traumatisme ne sera donc pas le même pour tous les sujets même s'ils ont été confrontés au même événement traumatique. Puisque chaque sujet

va vivre et se représenter l'événement traumatique en fonction de ses ressources psychiques et culturelles.

Si le trauma consiste en un événement spécifique qui a un début et une fin, donc limité dans le temps et dans l'espace, le traumatisme lui se situe dans l'après-coup du trauma. De ce fait, le trauma c'est le choc, l'événement qui a provoqué l'effraction ou la blessure. Le trauma dépend donc de l'événement extérieur, alors que le traumatisme est d'origine interne. C'est le système nerveux de la victime qui reste en alerte dans l'après-coup du trauma. C'est pour cela que Bremner, J. Douglas (2014) a défini le traumatisme comme une « épidémie invisible » [4]. Le traumatisme provoque la sidération, il met la victime dans une incapacité de penser et de mettre du sens sur ce qui lui est arrivé. Ce qui est d'autant plus difficile avec le traumatisme, ce sont les reviviscences. Les souvenirs de l'expérience traumatique peuvent resurgir à n'importe quel moment. Il suffit qu'un autre événement vienne faire écho aux affects de l'événement initial pour déclencher la mémoire traumatique. Ce qui est plus évident encore avec les amputations de membre. Puisque le moignon du membre amputé rappelle continuellement les circonstances de l'événement traumatique.

Ferenczi, S., définit le traumatisme comme un : « *Choc inattendu, non préparé et écrasant, qui agit comme un anesthésique, le traumatisme a des effets destructeurs. Pour lui survivre, le psychisme développe des stratégies. L'une des plus intéressantes est le dédoublement : une partie de la personne continue de vivre et de se développer, tandis qu'une autre partie subsiste, apparemment détruite, mais prête à se réactiver à la première occasion...* » [5]

Il faudra donc accompagner la victime à élaborer ce traumatisme afin qu'il puisse arriver à se faire une copie de cet événement qui était jusque-là inintégrable psychiquement.

### ***La résilience***

Dans cette perspective nous devons considérer ces deux notions/concepts dans une dynamique qui va du traumatisme à la résilience.

La notion de résilience fait très souvent penser à une capacité d'accepter des épreuves. Ou une force, un super pouvoir qui permet de s'en sortir du traumatisme. Là où cette approche pose problème c'est que cette résilience-là serait réservée à certains sujets et

pas à d'autres. De ce fait, l'approche de Norman Garmezy qui a pensé la résilience en termes de processus est préférable. Selon cette approche tout le monde peut devenir résilient s'ils sont accompagnés. Et selon Norman Garmezy la résilience est un processus qui se construit à partir de ressources ordinaires [6]. Ce que Anne Masten présente à travers ce qu'elle appelle la *"magie ordinaire de la résilience"* [7].

Cette approche de la résilience qu'il faut considérer comme processus avec différentes dimensions, notamment familiale, sociale et culturelle correspond mieux à ma réflexion dans cette recherche. En effet, Michael Rutter qui est considéré comme le père de la résilience a proposé cette définition de la résilience : *"La résilience se réalise au cours du temps selon une combinaison hasardeuse entre les attributs de l'enfant et le contexte familial, social et culturel"* [8]. Cette définition de la résilience a bien contribué à une meilleure compréhension du concept de résilience. Cette définition de la résilience va bien étayer notre réflexion sur la dynamique *"résilience et culture"*.

### ***Situation des personnes amputées en France***

Nous pouvons relever divers facteurs protecteurs, quand nous considérons de la situation des personnes amputées en France, notamment l'accessibilité aux soins de santé, le soutien social et les possibilités d'intégration. En France, le système de santé est généralement bien développé et propose des services de réadaptation et de prothèses aux personnes qui ont subi des amputations.

En France, les personnes amputées de membre peuvent bénéficier de soins médicaux spécialisés, de prothèses adaptées à leurs besoins et de programmes de rééducation pour les aider à retrouver leur autonomie. Pour aider les personnes amputées à se rétablir et à s'adapter à leur nouvelle vie, les hôpitaux et les centres de réadaptation offrent des services de haute qualité.

Il est important de noter que chaque personne amputée peut avoir des besoins uniques et que l'accès aux soins peut varier en fonction de la région et des ressources disponibles. Les prothèses de haute technologie qui sont coûteuses peuvent ne pas être



accessibles à certaines personnes amputées. Mais toutes amputées peuvent bénéficier d'une prothèse de bonne qualité.

En matière d'intégration sociale, la France a des lois et des politiques pour favoriser l'égalité des chances et combattre la discrimination [9]. Même s'il reste quelques défis encore à relever, pour garantir une pleine inclusion des personnes amputées dans tous les aspects de la société, tels que l'emploi, l'éducation et les activités de loisirs.

Les associations de personnes amputées comme ADEPA jouent un rôle important en France en fournissant un soutien moral, des conseils pratiques et des ressources aux personnes amputées et à leurs familles. Ces associations aident les gens à devenir plus conscients des droits des personnes amputées.

*Méthode* – Dans la perspective du parallèle entre les deux terrains de recherche nous avons utilisé également l'entretien clinique de recherche comme méthode. Le point commun entre les deux institutions où j'ai mené les entretiens est que les personnes sont déjà dans un cadre de prise en charge paramédicale. De ce fait, l'entretien clinique de recherche était adapté au contexte. Les sujets ont été recruté par une infirmière cadre du centre, ils ont accepté volontiers de répondre aux entretiens. Pour mener les entretiens semi-directifs nous avons utilisé la même grille d'entretien pour garder le fil conducteur de la recherche et une certaine cohérence dans la collecte dans les données. – L'étude a été réalisée au centre des Massues de la Croix Française à Lyon où nous avons rencontrés (N=12) sujets. Les données collectées sont présentées dans un tableau récapitulatif élaboré en tenant compte des thématiques de la grille d'entretien et d'analyse des données. L'analyse de contenu du discours a également été utilisée pour analyser les données. Les deux constantes que nous pouvons retenir pour les sujets rencontrés en France sont : *1- le soutien de la famille et 2- l'importance d'un dispositif de prise en charge de qualité.*

*Résultats* : Selon les résultats de notre recherche seulement 8% des sujets rencontrés ont utilisé les études comme tuteur de résilience. Le travail a été utilisé comme tuteur de résilience chez seulement 17% des sujets. 67% des sujets rencontrés sont des retraités. 8% des sujets utilisent une activité associative comme tuteur de résilience.

La spiritualité a été utilisée comme ressources culturelles de la résilience chez un total de 25% des sujets. Les liens familiaux participent au processus de résilience de 75% des sujets.

Toutes les données collectées sont représentées dans le tableau récapitulatif ci-dessous. Ce tableau est élaboré suivant les thématiques de la grille d'entretien et d'analyse des données.

<b>Tableau récapitulatif de l'analyse des données collectées en France</b>		
<b>Type amputation</b>	<b>Total/12</b>	<b>Pourcentage</b>
Membre supérieur (Bras gauche - Bras droit)	0	0%
Membre inférieur (Jambe gauche - jambe droite)	12	100%
Membres supérieur et inférieur (bras et jambe)	0	0%
<b>Causes/contexte</b>	<b>Total/12</b>	<b>Pourcentage</b>
Amputation traumatique (Séisme - Accident de la route – Électrocution)	2	17%
Amputation médicale (Malformation congénitale – Diabète - Autres maladies - Erreur médicale)	10	83%
<b>Activités socioprofessionnelles</b>	<b>Total/12</b>	<b>Pourcentage</b>
Études	1	8%
Travail	2	17%
Retraite	8	67%
Activités associatives	1	8%
<b>Ancienneté amputation</b>	<b>Total/12</b>	<b>Pourcentage</b>
Très récente (0 à 12 mois)	5	42%
Récente (1 an à 5 ans)	5	42%
Ancienne (5 ans à 10 ans)	1	8%
Très ancienne (10 ans à 40 ans)	1	8%
<b>Expérience amputation</b>	<b>Total/12</b>	<b>Pourcentage</b>
Bien	4	33%
Mal	2	17%
Très mal	6	50%
<b>Membre fantôme</b>	<b>Total/12</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleurs fantômes	1	8%
Sensations fantômes	9	75%
Pas de douleurs fantômes	2	17%
<b>Conséquences amputation et changement provoquer</b>	<b>Total/12</b>	<b>Pourcentage</b>
Conséquences psychologiques (Baisse estime de soi – Blessure narcissique)		
Changement du quotidien (arrêt de travail – change de métier)	8	67%
Pas beaucoup de conséquences psychologiques		
Pas de changement du quotidien	4	33%
<b>Le regard des autres</b>	<b>Total/12</b>	<b>Pourcentage</b>
Appréhende le regard des autres	1	8%
Victime du regard méprisant des autres	2	17%
Ne se préoccupe pas du regard des autres	9	75%
<b>Soutien famille et groupe d'appartenance</b>	<b>Total/12</b>	<b>Pourcentage</b>
A le soutien de sa famille	9	75%
N'a pas le soutien de sa famille	3	25%
<b>Ressources culturelles</b>	<b>Total/12</b>	<b>Pourcentage</b>
Spiritualité (Croyance – foi – Pratique religieuse)	3	25%
Littérature (Musique – cinéma – lecture – écriture)	4	33%
Autres (valeur du travail – amitié)	5	42%

### ***Vignette Clinique Mr B***

L1 : Maintenant, si nous revenons à la culture, quand on dit culture les gens ont tendance à voir le cultuel avant le culturel. Alors que moi ce qui m'intéresse au-delà du cultuel, le culte pour ceux qui sont dans le cultuel d'accord, mais moi le culturel je le prends plus large. Pour vous, qu'est-ce que vous utilisez comme matériel culturel pour vous aider à faire face à cette expérience-là ?

L2 : *rien !!!* (de manière appuyée, comme s'il fallait bien l'exprimer).

L1 : la lecture, le cinéma, la musique

*L2 : cinéma, j'y vais jamais, rien, je lis oui, je lis des romans policiers dont j'ai une tablette mais... je regarde la télé, je regarde les nouvelles, beaucoup les nouvelles, sinon rien, et puis je travaille beaucoup sur ordinateur avec mon association, je m'occupe aussi de mon frère, avec mon frère on a un autre frère qui est en train de perdre totalement la mémoire donc là, ben on, on l'aide dans la vie de tous les jours. Donc là je vais y aller maintenant, passer la journée avec lui pour, pour ses papiers. Donc non, rien. Je dirais que je survis.*

L1 : OK

L2 : *chaque jour.*

L1 : Moi, je considère que votre travail avec l'association ADEPA ou d'autres activités comme ça comme un élément culturel. Dans la mesure où c'est un élément que nous retrouvons dans la culture occidentale. Le fait de représenter d'autres personnes, parler en leurs noms et les défendre quand il faut. C'est un élément que nous retrouvons aussi comme une valeur de la démocratie, la représentativité.

L2 : *oui.*

L1 : Moi je pense que c'est un élément culturel. Comment est-ce que vous le comprenez ?

*L2 : Alors pourquoi je suis allé à ADEPA parce que ça m'intéressait, c'était de me frotter à d'autres amputés. D'autres amputés ça permet de voir comment ils vivent leur vie ainsi de suite. Et c'est passionnant dans ADEPA, c'est que vous recevez un coup de téléphone d'une personne qui va être amputée où qui est amputée, et là on a eh..., notre seul objectif, c'est de l'écouter. De l'écouter, de dire que vous êtes amputée, que vous vivez toujours et que l'amputation n'est pas une fin en soi. Et l'écouter bien souvent, permet à la personne, ben, je dirais pas de s'apaiser, ce serait un mot trop fort, mais de retrouver un calme en elle*

*ou en lui et puis de poser des questions sur lesquelles alors, nous ne savons pas tout. Mais le grand principe à ADEPA : "j'ai quelqu'un qui me demande, je ne sais pas, je sais qu'il y a une autre personne qui sait. C'est super ça. Et donc c'est une chaîne de richesse.*

L1 : C'est une chaîne d'aide et de support.

L2 : *voilà, absolument, je me souviens, du cas d'un homme qui a eu un incident, il a perdu une jambe, amputation tibiale. Il se réveille plus de jambes. Et donc je savais qu'il y avait à ADEPA une personne qui avait eu le même type d'accident qui s'était réveillé sans jambe. Je les ai mis en contact. Et donc au moins les gens parlent de choses qu'ils connaissent.* L1 : exactement, c'est très utile,

L2 : *très important. Je dirais que moi, je ne suis pas, j'ai mon amputation, c'est c'est, elle est comme ça, il faut que je trouve une personne qui soit comme ceci, bon, je dis aussi beaucoup aux gens que la vie s'arrête pas, on peut conduire, donc là ils sont très étonnés. J'ai dit bien sûr, on peut conduire.*

Il insiste encore et encore pour affirmer qu'il n'utilise aucune ressources culturelles. Mais par contre le soutien de la famille est bien manifeste. Malgré son grand âge et son amputation il continue de s'occuper de son frère. Le groupe d'appartenance est également un élément important pour les sujets amputés de membre rencontrés en France. M. B nous qu'il est allé à ADEPA pour côtoyer d'autres personnes amputées. Pour lui l'association : « *C'est une chaîne d'aide et de support* ».

*Analyse.* – Pour analyser les données, nous avons utilisé la méthode de l'analyse de contenu du discours. En regard des données collectées, nous pouvons voir d'emblée que le soutien de la famille et/ou du groupe d'appartenance est un pilier majeur du processus de résilience des sujets rencontrés en France. L'autre pilier que nous pouvons considérer est le dispositif de prise en charge des personnes amputées de membre. Parce que dans les entretiens et lors de la séance de photolangage© les sujets rencontrés ont beaucoup mentionné l'importance d'une prise en charge de qualité.

*Pour les personnes amputées de membre rencontrées en France :*

(N=12) personnes âgées de 49 à 88 ans : (N=3) femmes qui représentent 25% et (N=9) hommes qui représentent (N=75%) de la population de recherche.

Pour ce concerne le type d'amputation : (N=100%) de ces personnes ont été amputées de membre inférieur.

Pour les causes d'amputation : (N=17%) d'amputations traumatiques et (N=83%) d'amputations médicales.

Au niveau de l'ancienneté de l'amputation suivant nos données de recherche : en France l'ancienneté des amputations va de 2 mois à 37 ans.

Au niveau des conséquences psychologiques de l'amputation de membre, nous avons relevé une grande différence entre les sujets haïtiens (N=100%) et les sujets français (N=67%). Cette différence peut s'expliquer suivant trois éléments clés :

- 1- Puisqu'il s'agit de (N=83%) d'amputations médicales, les sujets français ont eu le temps de se préparer à être amputés. D'ailleurs certains des sujets français ont eux-mêmes demandé d'être amputés pour soulager des douleurs qui résultent d'autres comorbidités.
- 2- Les sujets français ayant été amputé à un âge très élevé, l'amputation n'a pas provoqué beaucoup de changements dans leur vie.
- 3- Ils sont mieux accompagnés et bénéficient de services de soins de meilleures qualités que les sujets haïtiens.

## **Discussion**

Dans la discussion nous discuterons du traumatisme, de la situation des personnes amputées de membre en France et les effets du soutien de la famille et du groupe d'appartenance sur le processus de résilience des sujets amputés de membre.

Si nous revenons à la définition du traumatisme selon l'étymologie grecque, une *effraction*, une *blessure*, l'amputation de membre correspond parfaitement à cette définition au sens figuré comme au sens propre. Dans la mesure où l'amputation de membre est à la fois une blessure physique et psychique. Bremner, J. Douglas (2014) a défini le traumatisme comme une « épidémie invisible » [4], dans le contexte d'une amputation l'interne et l'externe se rejoignent. Cette ablation, cet événement qui sera à l'origine de la perte, l'accident et/ou l'opération, est d'origine externe, mais la représentation et le sens qui seront associés à cette perte seront interne et vont continuer de maintenir le système nerveux de la victime en état d'alerte. De plus, le

moignon du membre amputé va extérioriser l'épidémie invisible à travers ce témoin bien visible de l'expérience traumatique. Dans ce contexte le sujet a besoin d'être accompagné à subjectiver, à symboliser pour arriver à s'approprier subjectivement [10] de cette expérience traumatique.

### ***La résilience***

La résilience doit être pensée et représentée comme un processus et non une capacité d'accepter les épreuves. Puisque la résilience ne sous-entend pas un gel des affects [11] ni une suppression du traumatisme, il ne s'agit pas d'une force, un super pouvoir qui permet de s'en sortir du traumatisme. Autrement, il y aurait une inégalité ou une certaine injustice, puisque certains l'auraient et d'autres ne l'auraient pas. C'est justement pour cela que l'approche de Norman Garmezy qui a pensé la résilience en termes de processus correspond mieux à mon travail de recherche. Puisque selon l'approche de Norman Garmezy tout le monde peut devenir résilient à condition d'être accompagné. Car selon Norman Garmezy la résilience est un processus qui se construit à partir de ressources ordinaires [6]. Ce que Anne Masten conceptualise à travers l'idée de la "*magie ordinaire de la résilience*" [7].

L'autre approche très intéressante est celle de Michael Rutter qui est considéré comme le père de la résilience. Selon Rutter "*La résilience se réalise au cours du temps selon une combinaison hasardeuse entre les attributs de l'enfant et le contexte familial, social et culturel* » [8]. Sa définition a redynamisé le sens du concept de résilience. La considération de la dimension socioculturelle de la résilience a bien étayé toutes les réflexions sur la dynamique "*résilience et culture*".

### ***Situation des personnes amputées en France***

Quand nous considérons la situation des personnes amputées de membre en France, nous pouvons relever divers facteurs protecteurs, notamment l'accessibilité aux soins de santé, le soutien social et les possibilités d'intégration. Le système de santé est bien développé et propose des services de réadaptation et d'appareillage aux personnes qui ont subi des amputations de membre.

Les personnes amputées de membre peuvent bénéficier de soins médicaux spécialisés, de prothèses adaptées à leurs besoins et des programmes de rééducation pour les aider à retrouver leur autonomie. Pour aider les personnes amputées à se rétablir et à s'adapter à leur nouvelle vie, les hôpitaux et les centres de réadaptation offrent des services de haute qualité.

Il est important de noter que chaque personne amputée peut avoir des besoins uniques et que l'accès aux soins peut varier en fonction de la région et des ressources disponibles. Les prothèses de haute technologie qui sont coûteuses peuvent ne pas être accessibles à certaines personnes amputées. Mais toutes les personnes amputées peuvent bénéficier d'une prothèse de bonne qualité.

En matière d'intégration sociale, la France a des lois et des politiques pour favoriser l'égalité des chances et combattre la discrimination [9]. Même s'il reste quelques défis encore à relever, pour garantir une pleine inclusion des personnes amputées dans tous les aspects de la société, tels que l'emploi, l'éducation et les activités de loisirs.

Les associations de personnes amputées comme ADEPA jouent un rôle important en France en fournissant un soutien moral, des conseils pratiques et des ressources aux personnes amputées et à leurs familles. Ces associations aident les gens à devenir plus conscients des droits des personnes amputées.

#### *Les ressources culturelles de la résilience*

Comme les résultats l'ont bien démontré, les sujets rencontrés en France n'utilisent pas la spiritualité, la foi et la pratique religieuse comme ressources culturelles contrairement aux sujets amputés de membre en Haïti. Comme nous l'avions vu dans la vignette clinique de M. B, la foi n'a jamais fait partie de son processus de résilience. Alors que le soutien de la famille et du groupe d'appartenance est bien manifeste. Son activité associative témoigne de son besoin d'être avec d'autres personnes amputées, pour partager et accompagner d'autres personnes qui ont besoin de soutien et de conseil.



## Conclusion

Cette étude portait sur les personnes amputées de membre rencontrées en France. Les différentes thématiques d'analyses utilisées témoignent bien pourquoi les sujets français mettent beaucoup d'accents sur la nécessité d'avoir des services de qualité. Ils n'ont donc pas besoin de se référer à Dieu pour adresser des problèmes pour lesquels des structures de prises en charge existent.

Dans ce travail nous avons choisi délibérément de considérer l'amputation de membre comme un traumatisme. Puisqu'au-delà du choc qui va bouleverser l'esprit du sujet le moignon va rester comme un témoin pour raviver le traumatisme. C'est donc pour cela que le sujet a besoin d'être accompagné à développer un processus de résilience. Le sujet n'a pas besoin d'avoir une capacité extraordinaire que d'autres n'ont pas. En effet, selon Norman Garmezy la résilience est un processus qui se construit à partir de ressources ordinaires [6]. Ce que Anne Masten conceptualise à travers l'idée de la *"magie ordinaire de la résilience"* [7]. Le sujet a donc besoin d'être accompagné à mobiliser ses propres ressources qu'elles soient psychiques ou culturelles pour subjectiver, pour symboliser l'expérience de perte.

Les données collectées nous permettent d'affirmer qu'une amputation de membre est une véritable expérience traumatique. Même si l'âge des sujets et les types d'amputation peuvent impacter la représentation de la perte.

## Bibliographie

- [1] Panyi, L. K. et Lábadi, B. (2015). Psychological adjustment following lower limb amputation. *Orv Hetil*, 156(39), 1563-1568. [En ligne], doi : 10.1556/650.2015.30257.
- [2] Dewi, M., Gwilym, B. L., Coxon, A. H., Carradice, D., & Bosanquet, D. C. (2023). Surgical Techniques for Performing a Through-Knee Amputation: A Systematic Review and Development of an Operative Descriptive System. *Annals of vascular surgery*, 93, 428–436. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2022.12.089>
- [3] Crocq, L. (1999). Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob.
- [4] Bremner, D. (2014). *You Can't Just Snap Out of It: The Real Path to Recovery from Psychological Trauma*. Laughing Cow Books.
- [5] Ferenczi, S. (1934). Le traumatisme. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- [6] Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatr'*. 56(1), 127-136
- [7] Masten, A. S.. & Reed, M.J. (2002). Resilience in development. In C R. Synder & S. J. Lopez. (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press
- [8] Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- [9] Assante, V. (2004). Évolution législative de 1975 à 2004: Regard critique. *Gérontologie et société*, 27(110), 75-93. <https://doi.org/10.3917/gs.110.0075>
- [10] Roussillon, R. (2000). Le processus de symbolisation et ses étapes. In: Chouvier B , editor. *Matière à symbolisation*. Lonay (Suisse) : Delachaux et Niestlé.
- [11] A. Ciccone, A. Ferrant (2009), *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris, Dunod,

**CHAPITRE 6 : L'UTILISATION DE LA METHODE PHOTOLANGAGE©  
DANS UNE PERSPECTIVE DE RECHERCHE SUR LES DEUX TERRAINS  
HAÏTI & FRANCE. ÉTUDE 4<sup>135</sup>**

*« Quand une impression te frappe, ne la laisse pas te  
désarçonner. Dis-lui juste : Attends un peu, fais voir qui  
tu es et ce que tu représentes. Laisse-moi te tester. »*

Épictète

La quatrième étude (*dispositif de recherche*) : Cette étude porte sur la méthode photolangage© utilisée dans cette recherche dans l'objectif d'apporter une certaine souplesse dans l'abord de cette problématique lourde de sens et de conséquences physiques et psychologiques

---

<sup>135</sup> Cette étude sera soumise sous forme d'article à une revue scientifique.

## Résumé

*Introduction.* – Ce travail porte sur l'utilisation de la méthode du photolangage© auprès des personnes amputées de membre. L'objectif était d'analyser la pertinence de l'utilisation du photolangage© dans une démarche de recherche et d'accompagnement de personnes amputées de membre.

*Méthode.* – Le travail a été réalisé avec deux groupes de (N=10) personnes amputées de membre en Haïti et en France. Pour le groupe d'Haïti les participants étaient âgés de 23 à 60 ans, et pour le groupe en France, les participants étaient âgés 41 à 88 ans. Ces deux groupes de personnes ont été rencontrés autour du dispositif de médiation photolangage©. Ces deux groupes de photolangage© ont été coanimé par le psychologue chercheur et un travailleur social au bureau du secrétaire d'état pour l'intégration des personnes handicapées (BSEIPH) en Haïti, et par le psychologue chercheur et une infirmière au centre des Massues de la Croix Rouge française à Lyon en France. Deux séances ont été réalisées avec ces deux groupes personnes.

*Résultats.* – Le travail a mis en lumière un véritable investissement du dispositif de photolangage© qui a entraîné une mobilisation des croyances spirituelles en Haïti et l'enjeux majeur du dispositif de prise en charge médicale en France. Les membres du groupe en Haïti ont systématiquement mis en avant leur croyance en Dieu en établissant régulièrement des liens entre les images des photos choisies et des éléments de leur foi. Les études et les activités socioprofessionnelles ont été également mis en évidence comme étant de potentiels tuteurs de résilience. Les membres du groupe en France parlent beaucoup de la nécessité d'être bien pris en charge pour continuer de vivre en autonomie.

*Analyse.* – Pour l'analyse des données nous avons utilisé la méthode de l'analyse de contenus du discours.

*Discussion.* – Les différentes associations d'idées des membres des deux groupes témoignent des bienfaits qu'ils ont pu en tirer de cet espace d'échange et de co-construction de sens. Surtout qu'il s'agit de parler de différentes images qui ont chacune un sens particulier pour chacun, mais qui par association des représentations produiront un récit commun sur une problématique qui concerne tout le groupe. Les séances de photolangage© ont permis à chacun de se représenter son expérience à travers celles des autres. A travers ce dispositif thérapeutique les participants ont compris également toute l'importance d'un travail de suivi psychologiques,

notamment quand ont été éprouvé par une expérience aussi difficile répertorié dans le champ de la clinique de l'extrême<sup>136</sup>.

***Mots clés : photolangage©, traumatisme, amputation de membre, ressources culturelles, processus de résilience.***

### ***Abstract***

*Introduction.* - This work deals with the use of the photolangage© method with limb amputees. The aim was to analyze the relevance of using photolangage© in a research and support process for limb amputees.

*Method.* - Work was carried out with two groups of (N=10) limb amputees in Haiti and France. For the group in Haiti, the participants were aged between 23 and 60, and for the group in France, the participants were aged between 41 and 88. These two groups of people met around the photolangage© mediation device. These two photolangage© groups were co-facilitated by the research psychologist and a social worker at the Office of the Secretary of State for the Integration of People with Disabilities (BSEIPH) in Haiti, and by the research psychologist and a nurse at the Massues center of the French Red Cross in Lyon, France. Two sessions were carried out with these two groups of people. *Results.* - The work revealed a real investment in the photolangage© device, which led to a mobilization of spiritual beliefs in Haiti and a major challenge for the medical care system in France. Group members in Haiti systematically emphasized their belief in God, regularly establishing links between the images in the chosen photos and elements of their faith. Studies and socio-professional activities were also highlighted as potential tutors of resilience. Group members in France talk a lot about the need to be well taken care of to continue living independently.

*Analysis.* - We used discourse content analysis to analyze the data.

*Discussion.* - The various associations of ideas made by members of both groups testify to the benefits they were able to derive from this space for exchange and co-construction of meaning. Particularly since it involves talking about different images,

---

<sup>136</sup> Korff-Sausse, S. (2016). Les cliniques de l'extrême. Chimères, 88, 54-69.  
<https://doi.org/10.3917/chime.088.0054>

each with a particular meaning for each person, but which, by associating representations, will produce a common narrative on a problem that concerns the whole group. The photolangage© sessions enabled each participant to represent his or her own experience through those of others. Through this therapeutic device, the participants also understood the importance of psychological follow-up work, especially when they have been tested by such a difficult experience listed in the field of the extreme clinic.

***Key words: photolangage©, trauma, limb amputation, cultural resources, resilience process.***

## **Introduction**

Quelles que soient les circonstances qui y conduisent, l'amputation de membre confronte les personnes concernées à un véritable travail psychique de deuil et de symbolisation [1]. Que cet événement soit accidentel, chirurgical ou lié à une catastrophe naturelle, il constitue une source de traumatismes [2-3] incitant les personnes amputées à mobiliser des ressources non seulement personnelles mais aussi collectives, qui relèvent de leur environnement culturel [4-5]. L'amputation de membre peut être considérée comme une expérience potentiellement traumatique. En effet, chacun vit cette expérience en fonction des conséquences de la perte sur sa vie quotidienne et surtout ses ressources psychiques. Ces dernières sont constituées de tout ce que nous acquérons par les transmissions psychiques conscientes et inconscientes [6] à l'œuvre dans toutes les familles articulées sur un cadre culturel [7] donné. Le sujet doit pouvoir s'appuyer sur des référentiels culturels [8] en vue de mettre en place un processus de résilience lui permettant d'affronter l'expérience traumatique.

### ***Situation des personnes amputées en Haïti et dispositif d'aide***

En Haïti, la situation des personnes amputées est particulièrement difficile. Au niveau des représentations socio-culturelles, une personne amputée et/ou handicapée est considérée comme un bon à rien, un poids pour la société voire une honte pour sa famille. Qualifiées de manière péjorative de « *kokobe* » insulte créole signifiant « *bon à rien, sous-homme* », elles sont obligées de supporter le regard et les commentaires négatifs de ceux qui ont peu de bienveillance pour elles. Sur le plan pratique, les logements et les transports en commun n'étant pas adaptés aux personnes en situation de handicap, elles ont beaucoup de difficulté à se déplacer et travailler pour pouvoir subvenir à leurs besoins. De ce fait, certaines sont obligées de faire la manche pour pouvoir se nourrir. Ainsi elles sont discriminées et considérées comme des mendiants, des rejetées de la société qui suscitent de la pitié.

Suite au séisme du 12 Janvier 2010 en Haïti ayant entraîné entre 4000 à 7000 personnes amputées parmi les victimes [9], le nombre de personnes porteuses de handicap a considérablement augmenté dans le pays, et le problème d'accessibilité devient de plus en plus manifeste. Certains immeubles construits après le séisme commencent à être

plus ou moins adaptés mais le problème d'accessibilité des personnes vivant avec un handicap reste un véritable défi de santé publique.

Pour venir en aide à ces personnes, l'État a mis en place le Bureau du Secrétariat d'État pour l'intégration des personnes handicapées (BESIPH). Cette institution a été créée à partir d'une loi promulguée le 13 mars 2012 qui porte sur l'intégration des personnes handicapées<sup>137</sup>. Elle a pour objectif de promouvoir de meilleures conditions de vie pour les personnes en situation de handicap, d'accompagner ces dernières dans leur intégration pleine et entière dans toutes les sphères de la société haïtienne. C'est une très jeune institution mais qui, suivant les témoignages des usagers, fait beaucoup d'efforts pour garantir un mieux-être aux personnes en situation de handicap en Haïti. Les usagers se sentent ainsi contenus par une dynamique groupale qui résonne avec certains éléments de la culture haïtienne.

### ***Situation des personnes amputées en France***

Nous pouvons relever divers facteurs protecteurs, quand nous considérons la situation des personnes amputées en France, notamment l'accessibilité aux soins de santé, le soutien social et les possibilités d'intégration. En France, le système de santé est généralement bien développé et propose des services de réadaptation et de prothèses aux personnes qui ont subi des amputations.

En France, les personnes amputées de membre peuvent bénéficier de soins médicaux spécialisés, de prothèses adaptées à leurs besoins et de programmes de rééducation pour les aider à retrouver leur autonomie. Pour aider les personnes amputées à se rétablir et à s'adapter à leur nouvelle vie, les hôpitaux et les centres de réadaptation offrent des services de haute qualité.

Il est important de noter que chaque personne amputée peut avoir des besoins uniques et que l'accès aux soins peut varier en fonction de la région et des ressources disponibles. Les prothèses de haute technologie qui sont coûteuses peuvent ne pas être

---

<sup>137</sup> « loi portant sur l'intégration des personnes handicapées », publié dans le journal officiel d'Haïti (Le Moniteur, no 79, 21 mai 2012).



accessibles à certaines personnes amputées. Mais toutes amputées peuvent bénéficier d'une prothèse de bonne qualité.

En matière d'intégration sociale, la France a des lois et des politiques pour favoriser l'égalité des chances et combattre la discrimination<sup>138</sup>. Même s'il reste quelques défis encore à relever, pour garantir une pleine inclusion des personnes amputées dans tous les aspects de la société, tels que l'emploi, l'éducation et les activités de loisirs.

Les associations de personnes amputées comme ADEPA jouent un rôle important en France en fournissant un soutien moral, des conseils pratiques et des ressources aux personnes amputées et à leurs familles. Ces associations aident les gens à devenir plus conscients des droits des personnes amputées.

### ***Le groupe photolangage© comme support d'élaboration***

Dans le cadre d'une recherche sur le traumatisme de l'amputation, nous avons proposé un dispositif groupal, le Photolangage©, pour accompagner le processus d'élaboration des personnes de leur problématique avec le support de la co-associativité de cette médiation. Cette méthode souvent utilisée dans les groupes peut être appliquée à différentes problématiques. C'est à la fois une technique et une méthode dans la mesure où on peut utiliser les photographies comme une technique dans des groupes pour libérer la parole et comme méthode avec le groupe qui est porteur de la fonction de contenance et de caisse de résonance [10]. Avec la photographie comme médiation qui offre un véritable support à la parole, la méthode du photolangage© offre aux participants un cadre qui est à la fois contenant et transformateur [11]. Car le photolangage© favorise une expression personnelle autour d'une photographie et dans le cadre d'un groupe bien spécifique autour d'un thème donné.

Le photolangage© comme médiation amenant le sujet à parler d'une photographie tout en mobilisant ses affects nous a paru pertinent dans ce contexte de recherche sur le traumatisme de l'amputation de membre. Comme les autres groupes à médiation, ce dispositif a trois fonctions qui correspondent à celles d'un cadre analytique [12] : *la*

---

<sup>138</sup> Assante, V. (2004). Évolution législative de 1975 à 2004: Regard critique. *Gérontologie et société*, 27(110), 75-93. <https://doi.org/10.3917/gs.110.0075>

*fonction contenante*, pour mieux amener le sujet à déposer sa souffrance avec toute la charge émotionnelle que ça peut impliquer ; *la fonction limitative*, qui implique le fait que les séances soient cadrées, rythmées, limitées dans le temps et une reconnaissance de l'espace, du réel et du symbolique ; et *la fonction symboligène* qui régule les interdits, en particulier l'interdit de juger l'autre sur ses représentations. Comme Vacheret C. [13] l'a souligné, les groupes à médiations sont de véritables espaces de transformations qui s'articulent autour de la fonction contenante, la fonction conteneur et la fonction de production imaginaire. Le groupe est donc un espace où ce qu'on vient déposer est pensé et élaboré. Puisque chaque membre du groupe est amené à associer sur les représentations de chacun sur sa photo, il fonctionne comme « un appareil à penser » [14].

## **METHODE**

Ce travail sur l'utilisation du photolangage© dans une démarche de recherche et d'accompagnement de personnes amputées de membre a été réalisé sur deux terrains : 1- au Bureau du Secrétaire d'État pour l'Intégration des Personnes Handicapées (BSEIPH) aux Gonaïves où 10 personnes amputées ont participé à un groupe de Photolangage© coanimé par le psychologue chercheur et un travailleur social ; 2- au centre des Massues de la Croix Rouge française à Lyon en France où 10 personnes amputées ont participé à un groupe de photolangage© coanimé par le psychologue chercheur et une infirmière. Les participants du groupe en Haïti ont été recrutés par le travailleur social ; les participants du groupe en France ont été recrutés par l'infirmière. Ces participants ont donné leur consentement éclairé en signant un formulaire de consentement.

Les données ont été recueillies à l'aide du photolangage© qui est une médiation utilisée dans les groupes pour faciliter la parole et offrir une contenance et un espace d'élaboration des problématiques des participants/membres du groupe. Il nous a paru nécessaire de mettre en place un dispositif de photolangage© pour faciliter la parole afin de mieux les aider dans leur processus d'élaboration de leur expérience traumatique. Parce qu'il n'est pas toujours aisé de mettre des mots sur une expérience traumatique comme l'amputation de membre et revenir d'une manière générale sur cette expérience qui a changé définitivement sa vie.

Le photolangage© a été utilisé dans l'objectif de faciliter l'élaboration de l'expérience d'amputation et s'est révélé pertinent dans cette recherche où l'essentiel était d'analyser les associations des participants pour mieux comprendre les enjeux des référentiels culturels sur les processus psychiques des personnes ayant fait l'expérience de l'amputation de membre.

Après un entretien unique permettant de recueillir quelques éléments d'anamnèse, seulement deux séances d'une durée de 1h30 espacées de 3 jours ont pu être réalisées pour des contraintes de temps et de disponibilité des membres du groupe. Les participants avaient pour consigne de choisir une photo qui exprime le mieux selon eux l'espoir pour la première séance et la combativité pour la deuxième séance. Pour analyser les données de recherche un ensemble d'éléments ont été pris en compte :

***Liste des éléments pris en compte dans l'analyse de contenus du discours***

- Le contexte et l'ancienneté de l'amputation
- Le vécu de l'amputation
- Les changements entraînés par l'amputation
- Les conséquences de la perte du ou des membres
- Le regard d'eux-mêmes et le regard des autres
- Les représentations socio-culturelles de l'amputation
- Les sensations et douleurs du membre fantôme
- Le processus d'acceptation de l'amputation de membre
- Le support de la famille et du groupe d'appartenance
- Les enjeux des ressources culturelles sur le processus de résilience
- Effets des études et activités socioprofessionnelles sur le processus de résilience

## RESULTATS

### *1- Résultats du groupe d'Haïti*

Nous présentons ici un tableau récapitulatif des causes et types d'amputations des participants ainsi que des effets de cette expérience sur la vie quotidienne. Nous mettrons ensuite en évidence trois constantes relatives à l'investissement du dispositif, la mobilisation des croyances et des activités académiques et professionnelles. Deux (ou trois) vignettes cliniques viendront compléter.

*Tableau récapitulatif des causes, ancienneté et types d'amputations des participants du groupe de photolangage© en Haïti*

Participants	Sexe	Age	Type d'amputation	Ancienneté de l'amputation	Cause d'amputation
<i>P1</i>	F	<i>41</i>	Jambe droite	5 ans	Séisme de 2010 en Haïti
<i>P2</i>	F	<i>60</i>	Bras gauche	5 ans	Séisme de 2010 en Haïti
<i>P3</i>	M	<i>42</i>	Jambe droite	5 ans	Séisme de 2010 en Haïti
<i>P4</i>	M	<i>49</i>	Jambe gauche	18 ans	Accident de la route.
<i>P5</i>	M	41	Jambe gauche	2 ans	Accident de la route
<i>P 6</i>	M	27	Deux bras	6 mois	Électrocution
<i>P 7</i>	<i>M</i>	<i>46</i>	Bras gauche	3 ans	Électrocution
<i>P 8</i>	F	31	Deux jambes	28 ans	Malformation congénitale.
<i>P 9</i>	F	57	Jambe gauche	6 ans	Le Diabète
<i>P 10</i>	F	<i>32</i>	Jambe droite	23 ans	Maladie depuis 9 ans

## **Deux constantes : mobilisation des croyances et investissement des études et activités socioprofessionnelles**

Le dispositif ou le cadre de ce groupe photolangage© a mobilisé les croyances spirituelles des membres. Ils ont, chacun à leur manière, essayé d'établir un lien entre l'image de leur photo et des éléments de leur croyance en Dieu. Sur une image où les gens affichaient de grands sourires et paraissaient être heureux, la personne qui avait choisi cette photo nous dit qu'elle ne sait si les gens sur l'image sont des croyants, mais ils semblent être en joie parce que Dieu nous promet un endroit où il n'y aura plus de maladie et des personnes handicapées. Certains disent qu'ils arrivent à tenir et à continuer d'aller de l'avant parce qu'ils ont la foi en Dieu. Les différentes associations des membres du groupe sur les photos laissent entendre que les croyances et les pratiques religieuses sont utilisées comme tuteurs de résilience [15].

Dans un autre registre, les études et les activités socioprofessionnelles sont investies comme de véritables leviers thérapeutiques qui aident à supporter le traumatisme. Une jeune fille de 23 ans qui a été amputée de ses deux jambes depuis ses 3 ans affirme que le fait d'avoir eu la chance de faire des études et d'avoir un boulot est à côté de la foi un élément majeur qui l'avait aidé à accepter son traumatisme. En effet, elle avait choisi une photo où on voit un homme assis dans un fauteuil roulant et qui semble donner des indications comme un ingénieur sur un chantier. Elle a dit que cette photo représente l'espoir selon elle parce que le fauteuil lui permet de pouvoir se déplacer et de pouvoir exercer un métier comme tout le monde.

### **Vignettes cliniques**

**Aline** est née avec une malformation au niveau des jambes, elle s'est fait amputer de ses deux jambes à l'âge de 3 ans. Elle a refusé d'aller à l'école parce qu'elle avait beaucoup de mal à vivre sa différence d'avec les enfants dits normaux de la classe et de toute l'école. Sa mère l'encourageait au fur et à mesure et elle avait pu s'adapter plus ou moins. Elle a eu son bac, elle a fait une formation pour être secrétaire et elle avait trouvé un emploi juste après sa formation.

Elle a choisi une photo avec une personne dans un fauteuil roulant. Pour justifier son choix elle a dit :

*« J'ai choisi cette photo (un monsieur avec casque blanc<sup>139</sup>assis sur son fauteuil roulant) car en dépit de son handicap il ne dit pas que la vie est finie pour lui. Il travaille, il doit être ingénieur ou quelque chose comme ça, il explique à un autre ce qu'il doit faire. Ce qui nous montre que même si nous avons un handicap on peut être utile à la société dans certaines activités. On ne doit pas se retirer de la société à cause de son handicap. Mais on doit affronter la vie comme elle vient. Nous devons nous approprier de la vie. Si à chaque obstacle tu estimes être incapable d'avancer, tu ne vas jamais rien réaliser, tu vas rester dans la même position. Une personne porteuse de handicap peut tout faire ».*

D'autres membres du groupe réagissent pour dire que la vie n'est pas finie. Il faut dire aussi qu'avec la foi et les croyances spirituelles qui ont beaucoup de place dans culture haïtienne, les gens utilisent régulièrement des proverbes comme : « tout tan tèt pa koupe w' espere met chapo / tant qu'il y a la vie il y a de l'espoir ». Même si la foi l'aide à supporter la souffrance de la perte de ses jambes, le fait d'avoir pu faire des études et de travailler comme professionnelle l'a beaucoup aidé à surmonter le traumatisme de l'amputation de ses membres. Car comme les travaux de (Ungar M. 2008) et (Daniel D. et all 2014) l'ont démontré, l'école, la famille, la foi et la pratique religieuse peuvent être des tuteurs potentiels de résilience [4-5].

**Manise**, 60 ans est victime du séisme de 2010 en Haïti. Elle était dans une maison qui s'est effondrée et un gros morceau de béton a écrasé sa jambe gauche. Elle doit s'occuper de ses six enfants seuls parce qu'elle n'a plus de mari. Elle est détaillante, elle achète à crédit chez un grossiste, revend sa marchandise pour avoir des bénéfices et paie le grossiste. De ce fait, elle est obligée de se déplacer régulièrement. Elle a eu la chance d'avoir une prothèse, mais elle déambule tout de même avec difficulté.

Elle avait choisi une photo où on voit un petit groupe qui travaille sur un document. L'un écrivait alors que les autres affichaient un grand sourire. Elle a choisi cette photo, dit-elle parce que les gens sur la photo sont heureux. Elle nous dit que c'est bien d'être

---

<sup>139</sup> Selon le code couleur des casques de chantier, il serait ingénieur, architecte, superviseur ou contremaître.

heureux comme ça. Elle était quand même assez pensive. On comprend aussi qu'elle n'a pas une vie facile. Car elle doit s'occuper de six enfants alors qu'elle n'a qu'une seule jambe.

**Raymond**, 49 ans, a été amputé de sa jambe droite après un accident de la route. Il a choisi une photo avec des gens qui souriaient. Il dit avoir choisi cette photo parce ces personnes sont optimistes et ça correspond à sa foi en Dieu.

*« Moi, cette année, ça fait 18 ans, 7 juillet 1997. Je revenais de St Marc sur un scooter, quand je suis arrivé vers Fresneau (une zone non loin de Saint-Marc) j'ai vu trois voitures qui arrivent de Port-au-Prince. Pris en sandwich entre les trois voitures j'ai essayé de sortir de la route, je suis tombé sur la jambe qui s'est écrasée contre le tronc d'un arbre. Après la perte de ma jambe j'ai eu beaucoup de problèmes. Je draguais une jeune femme, j'avais rendez-vous avec elle, je n'ai même pas pensé à ma mère qui avait un cancer, ni à ma jambe, mais à elle. Et pourtant elle n'est jamais venue me voir. Au fait, je suis croyant il y a un frère de mon église qui m'a apporté une brochure où j'ai trouvé un verset biblique, Proverbes 18.14 "L'esprit de l'homme peut endurer la maladie, mais l'esprit abattu, qui le relèvera ? ", cette parole m'a beaucoup aidé. J'ai pu surmonter la douleur et tout va mieux depuis. J'essaie tout le temps d'encourager les autres dans leurs peines. Quand je vais au centre de réadaptation j'essaie d'aider les autres à apprendre à marcher avec la prothèse et j'en profite pour leur parler du royaume de Dieu. J'aime bien aider, encourager les autres parce que ça m'aide aussi. Comme dit la Bible "celui qui arrose sera arrosé aussi". »*

A côté de son activité de petit détaillant il est prêcheur d'évangile. Dans ce groupe de photolangage© il était l'un des membres qui mettaient plus en avant les croyances et les pratiques religieuses comme tuteurs de résilience. Selon eux le fait d'avoir la foi ça peut aider à supporter la perte du membre. En effet, comme Kaës [15] l'a souligné il est important pour la personne traumatisée d'avoir recours à un fond culturel. Car, étant dans l'incapacité de penser et de mettre du sens sur ce qui lui arrive, la personne va utiliser les référentiels culturels comme une sorte d'espace transitionnel qui lui permet d'avoir recours à un système de significations. Devant la violence de certains événements traumatiques comme des catastrophes naturelles et l'incapacité des

victimes à leur donner un sens, cet appel à l'au-delà en quête d'un support viendrait manifester un vide de sens et une incapacité de représentation et de contenance [17].

**Tableau récapitulatif des causes, ancienneté et types d'amputations des participants du groupe de photolangage© en France**

Participants	Sexe	Age	Type d'amputation	Ancienneté de l'amputation	Cause d'amputation
P1	F	72	Jambe gauche et droite	1 an et 9 mois	Amputation médicale, abcès infection à l'orteil
P2	M	52	Jambe droite	9 mois	Accident d'ULM
P3	M	49	Jambe droite	4 mois	Erreur médicale
P4	F	58	Jambe droite	2 mois	Vaisseaux bouchés, plus d'oxygène au niveau des orteils
P5	F	85	Jambe gauche	1 an et 6 mois	Amputation médicale, diabète
P6	M	55	Jambe gauche	3 ans	Maladie du sang, manque de vitamine K, 3 amputations au niveau de la même jambe
P7	M	60	Jambe droite	6 mois	Diabète et 1 escarre
P8	M	65	Jambe droite	37 ans	Accident
P9	M	61	Jambe gauche	9 mois	Amputation médicale, problème sanguin à cause de la cigarette
P10	M	73	Jambe droite	2 ans	Amputation médicale, diabète



## **Deux constantes : le soutien de la famille et du groupe d'appartenance et le dispositif de prise en charge médicale**

Chez les participants du groupe de photolangage© en France, nous pouvons relever deux constantes : le soutien de la famille et du groupe d'appartenance et le dispositif de prise en charge médicale. Le dispositif de photolangage© a mobilisé chez les participants l'importance du soutien de l'accompagnement. Contrairement aux participants haïtiens qui vont chercher des éléments à associer à la spiritualité, les participants français vont chercher des ressources dans leur environnement immédiat. Les participants du groupe de photolangage© en France ont beaucoup utilisé des photos qui mettent en avant les valeurs de la solidarité, l'intérêt d'être en équipe. Ils ont beaucoup mentionné la qualité du travail du centre des Massues. Ce qui laisse entendre que les services sociaux ont une place prépondérante dans le processus de résilience des personnes amputées de membre en France. Contrairement aux participants haïtiens qui utilisent leur croyance comme tuteur de résilience, les participants français s'appuient beaucoup sur les structures de prise en charge médicales comme tuteur de résilience [15].

Les participants français ne mettent pas beaucoup en avant les études et les activités socioprofessionnelles. La différence des tranches d'âge des deux populations de recherche l'explique très bien. En effet, environ 80% des participants français sont déjà retraités, ils ne s'appuient plus sur une activité socioprofessionnelle comme ressource pour surmonter une expérience douloureuse. Pour l'un des participants, Mr HM qui est amputé depuis 37 ans, les études ont été un véritable tuteur de résilience. Il s'est réorienté, il a fait des études de psychologie TCC, et il a travaillé plus d'une vingtaine d'années comme psychologue en thérapie cognitivo-comportementale. Ces études et ce métier ont redonné du sens à sa vie. « *Quand je suis arrivé à la fac, il y avait une grande bibliothèque, je me suis régalé, j'ai fait tous les rayons, enfin tout ce qui était psycho* ». Les études de psychologie ont été comme une révélation pour lui.

Mme G, 85 ans, était très touchée par la séance de photolangage©. En effet, n'étant pas soutenue par ses frères et sœurs, la solidarité et la bienveillance manifesté par le groupe ont ravivé le manque de ses proches. D'autant plus qu'elle a grandi dans une famille nombreuse, une fratrie de 16 enfants. Ses parents ont perdu deux enfants, il en reste donc 14. Elle vit son isolement de ses frères et sœurs avec beaucoup

d'amertumes. Elle pense qu'ils ont peut-être honte d'elle parce qu'elle est amputée. Elle était en pleur quand elle parlait de sa photo dans le groupe. Le groupe l'a beaucoup soutenu, elle était très contente de cette expérience de groupe.

## **DISCUSSION**

La méthode du photolangage© n'est pas encore bien connue en Haïti. Cependant, le groupe a rapidement investi le dispositif et c'était une belle expérience clinique. Certains membres du groupe ont pris leur photo dans les bras « comme un bébé ». Certains ont même voulu garder leur photo après la séance parce qu'elle entrait en résonance avec leur vécu. Comme s'il fallait bercer cet objet qui offre la possibilité de parler de ses affects les plus profonds par le biais d'une image porteuse de sens et de représentations, qui aide à mettre du sens sur des expériences et des représentations difficiles à intégrer psychiquement.

Les participants en France ont répondu très positivement à l'invitation de participer au groupe de photolangage©. Ils ont très bien investi le dispositif et ont choisi des photos qui étaient en résonance l'une avec l'autre. Ils ont globalement choisi des photos qui mettent en avant les valeurs de la solidarité et du groupe.

Si l'idée d'utiliser le photolangage© était de faciliter la parole aux personnes amputées de membre rencontrées afin d'évaluer leur traumatisme et de réfléchir sur un dispositif d'accompagnement pour elles, le groupe a été investi comme un espace thérapeutique. Certains membres des deux groupes ont même exprimé une grande satisfaction d'avoir pu participer aux groupes, parce qu'ils n'ont jamais eu la chance d'aborder leur expérience traumatique dans un cadre clinique de ce genre. Certains disent qu'ils n'auraient raté cette occasion pour rien au monde. Parce que ça fait du bien de parler de leur problématique et surtout de pouvoir rencontrer d'autres personnes amputées de membre avec lesquelles elles ont pu échanger sur cette expérience de perte qui leur est commune dans une certaine mesure. Ils ont également été contents d'avoir pu rencontrer un psychologue dans un tel cadre pour parler de leur problématique.

La méthode du photolangage© s'est révélée très pertinente dans une démarche de recherche. Car, elle a permis aux personnes amputées de membre de mettre des mots sur leurs maux et de pouvoir se raconter cette expérience de perte qui a changé leur

vie à jamais. Le fait qu'il s'agissait d'un espace de co-associativité ou de co-construction de sens, les sujets ont pu écouter et associer sur différentes représentations du traumatisme de l'amputation de membre et diverses tentatives d'appropriation subjective de l'expérience de perte.

Une amputation de membre consiste en l'ablation d'une partie ou de tout un membre [18]. Elle entraîne donc des conséquences à la fois physiques et psychologiques. Car à côté de la réduction de la mobilité de la personne, elle entraîne ce qu'on appelle des sensations et des douleurs fantômes.

La littérature permet de distinguer deux aspects du phénomène dit de membre fantôme : *les sensations fantômes* qui consistent en une prise de conscience du membre ou d'une partie du membre amputé. Il ne s'agit pas de douleur mais d'une prise de conscience de sa forme, sa position et même ses mouvements ; et *les douleurs fantômes*, douleurs transférées à un membre ou à une partie d'un membre amputé. Elles font partie de ce qu'on appelle les douleurs neurochimiques ou encore neurogènes. Elles y occupent une place spéciale, car elles se trouvent au même rang des douleurs inflammatoires et de dysfonctionnement qui font partie du groupe des douleurs chroniques. Les douleurs fantômes autant que les autres douleurs neuropathiques ont trois origines possibles : les lésions du système nerveux central ou périphérique, les prédispositions génétiques et l'influence des facteurs psychosociaux [19].

Chez certains patients amputés de membres les sensations fantômes surviennent toute suite après l'amputation alors que chez certains autres patients les sensations et/ou douleurs fantômes surviennent beaucoup plus de temps après l'amputation. Si quasiment tous les patients amputés de membre ont des sensations fantômes, 70 % d'entre eux ressentent des douleurs fantômes [20].

C'est pour cela d'ailleurs que dans le passé, les patients qui disaient ressentir des sensations et/ou des douleurs fantômes étaient considérés comme des fous. Car, la notion de "fantôme" témoigne du paradoxe des sensations ou douleurs. En effet, le patient continue d'avoir des sensations et/ou des douleurs au niveau du membre amputé, alors que ce dernier n'existe plus.

En Haïti, parler de « fantôme » réactive des angoisses très archaïques au niveau collectif. Car, ça renvoie à la fois aux ancêtres décédés dans la cale du bateau négrier pendant la traversée des océans de l’Afrique vers Haïti, et aux 222.000 morts du séisme du 12 janvier 2010. Au-delà du deuil d’un membre que la personne amputée est appelée à faire, Haïti tout entière doit faire le deuil de ses centaines de milliers de fils et de filles disparus dans des conditions catastrophiques. Ce qui correspond justement à ce que Derivois D. [20] appelle « syndrome de l’amputation ». Dans ce contexte la personne aura besoin d’être soutenue par sa famille, son milieu social ou son groupe d’appartenance pour mieux faire face à l’expérience traumatique.

## **CONCLUSION**

La médiation du photolangage© a été utilisée dans cette étude avec l’objectif d’éviter d’aborder le traumatisme de l’amputation de membre de manière frontale. Malgré le fait que le photolangage© soit inconnu des sujets rencontrés, l’investissement du dispositif était facile et rapide. Ce qui pourrait témoigner de la pertinence du photolangage© à la fois dans le champ de la clinique de l’extrême et dans un dispositif de recherche. Au-delà de ses enjeux sur la mise en récit des membres des deux groupes de leur expérience d’amputation de membre, le photolangage© a permis aussi la remobilisation des ressources psychiques et culturelles des sujets dans la mise en place de leur processus de résilience. Cette expérience a donc permis d’évaluer les effets potentiels de la famille, de la foi et la pratique religieuse, du soutien social, des services sociaux, des structures de prise en charge médicales et surtout du groupe d’appartenance sur le processus de résilience des personnes ayant vécu une expérience traumatique comme l’amputation de membre. Il a également participé dans l’évaluation du traumatisme de l’amputation de membre et d’un potentiel dispositif d’accompagnement des personnes amputées.

## Bibliographie

- [1] Forducey, P.G., Ruwe, W. D., Kaur, W. D. (2006). Psychological consequences of amputation. In Carroll, K. & Edelstein, J. E. *Prosthetics and patient management: a comprehensive clinical approach*. U.S.A: Slack incorporated, 2006, pp. 65-75.
- [3] Roussillon R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Bulletin de la Société Psychanalytique de Montréal*, 14(2), 2002 ; 31-42.
- [4] Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
- [5] Derivois, D., & Cénat, J. M. (2014). Événement sismique et séismes du monde interne : Le cas d'un préadolescent Haïtien. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(4), 643-653. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.09.001>
- [6] Ciccone, A. (2012). *La transmission psychique inconsciente*. Paris: Dunod. doi: 10.3917/dunod.cicco.2012.02.
- [7] Balthazar, L. (2008). Chapitre 2 / Le cadre culturel : le style national. Dans : Louis Balthazar éd., *La politique étrangère des États-Unis* (pp. 55-93). Paris: Presses de Sciences Po.
- [8] Théodore, C. (2014). 17. Problèmes experts posés en situation interculturelle. Dans : Gérard Lopez éd., *L'expertise pénale psychologique et psychiatrique : En 32 notions* (pp. 208-228). Paris: Dunod. doi: 10.3917/dunod.lopez.2014.01.0208.
- [9] Cénat, J. M. (2018). *Traumas et résilience : Leçons du tremblement de terre de 2010 en Haïti*. Hermann Presses de l'Université Laval.
- [10] Kaës, R. (2010). *La parole et le lien: Associativité et travail psychique dans les groupes*. Paris: Dunod. doi: 10.3917/dunod.kaes.2010.01.
- [11] Chapelier, J. & Roffat, D. (2011). *Groupe, contenance et créativité*. Toulouse, France: ERES. doi: 10.3917/eres.chape.2011.01.
- [12] Caillot, J.-P. (1982). *Thérapie familiale psychanalytique et paradoxalité*. Clancier-Guénaud.
- [13] Vacheret, C. (2010). « Le photolangage, une médiation thérapeutique un bref historique des théories groupales », *Le Carnet PSY*, vol. 141, no. 1, pp. 39-42.
- [14] Bion, W. R. (2014). *Recherches sur les petits groupes* (9e éd., 6e tirage). PUF.
- [15] Kaës, R. (1997). Dire le traumatisme. In: Doray B, Louzoun C, editors. *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*. Ramonville-Saint-Agne: Erès (ed); p. 197–213.

- [16] Derivois, D., Brolles, L., Ampidu Clorméus, L., & Bonnaire, C. (2014). Le conflit de croyances dans les psychés familiale et individuelle haïtiennes après le séisme du 12 janvier 2010 : Une étude clinique interdisciplinaire. *Le Divan familial*, N° 32(1), 123-137. <https://doi.org/10.3917/difa.032.0123>
- [17] HUG (2016). Chirurgie de l'amputation des membres inférieurs : Des réponses à vos questions.
- [18] Junker-Tschopp, C. (2012). Corps amputé, corps appareillé : comment reconstruire et réinvestir ce corps malmené dans son unité? Schéma corporel et perspectives neuro-psychomotrices. *Les Entretiens de Psychomotricité*. Bichat, 47-53
- [19] RAMACHANDRAN V.S. et HIRSTEIN W. (1998), The perception of phantom limbs, The D. O. Hebb lecture, *Brain*, 121(9), 1603–1630.
- [20] Derivois D. (2012). L'hypothèse d'une résilience de l'Esprit et des esprits en Haïti. [Reflection about Resilience of Spirit and of religious spirits in Haiti.] *Sciences croisées*, 11, 1–9. <http://sciences-croisees>.

**CHAPITRE 7 : L'EXPERIENCE DE LA DOULEUR : LES  
REPRESENTATIONS CULTURELLES POUR DONNER DU SENS. VERS  
UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE PSYCHODYNAMIQUE ET  
INTERCULTURELLE. ÉTUDE 5<sup>140</sup>**

*« Il n'y a pas de handicap, il n'y a que des  
différences ; le seul handicap que je connaisse relève  
du fait de ne pas accueillir l'autre tel qu'il est. »*

Jean Pierre Brouillaud

La cinquième étude (*dispositif praticien pendant la recherche*) : Cette étude porte sur une expérience clinique dans la prise en charge de la douleur chronique. Lors de cette expérience, nous avons reçu des patients d'origine culturelles diverses. Certains faisaient appel à leurs représentations culturelles pour mettre du sens sur leur douleur.

L'objectif principal de ce dispositif de prise en charge psychodynamique et interculturelle est d'offrir un espace d'élaboration psychique adapté et à l'écoute des personnes confrontées à une expérience extrême comme l'amputation de membre. Ce dispositif s'inscrit dans la lignée de l'ethnopsychiatrie pensée par Louis Mars et l'approche complémentariste de Georges Devereux qui est dans l'affiliation de l'ethnopsychiatrie telle que pensée et élaborée par Louis Mars<sup>141</sup>.

Ce dispositif thérapeutique va combiner des ingrédients à la fois des théories psychodynamiques et interculturelles. Mais il s'appuiera notamment sur l'approche de la clinique de la mondialité pour prendre le sujet singulier comme sujet total. Ce dispositif cherchera à comprendre et à traiter les problématiques psychologiques en tenant compte des représentations culturelles des personnes à prendre en charge. Ce dispositif sera ouvert pour accueillir et travailler avec des personnes de toutes origines culturelles. Ce dispositif sera ancré dans les valeurs de l'universalité psychique. De ce

---

<sup>140</sup> Cette étude a donné lieu à un article paru dans la revue Soins pédiatrique et puériculture no 330, Janvier-février 2023.

<sup>141</sup> Henri Ellenberger, *Ethno-psychiatrie*, Lyon, ENS Éditions, coll. « Sociétés, espaces, temps », 2017, 245 p., Édition critique d'Emmanuel Delile, ISBN : 978-2-84788-931-4.

fait, les enjeux des ressources culturelles sur la personnalité et le fonctionnement psychique des patients seront prises en compte dans ce dispositif.

Sachant que les normes, les valeurs, les croyances et les pratiques culturelles peuvent avoir des impacts significatifs sur la manière dont les personnes perçoivent et réagissent à leur environnement, ce dispositif donnera la possibilité aux personnes d'exprimer leurs représentations culturelles. Ce dispositif s'inscrit dans les modalités de la clinique au sens premier du terme, *klinos*, s'incliner. Aller vers l'autre pour lui donner la possibilité de mettre des mots et du sens sur son expérience. Ce dispositif sera à l'écoute des transmissions psychiques conscientes et inconscientes, pour inscrire le travail thérapeutique dans une démarche où l'histoire de la personne sera prise en compte.

Il tient également compte des différences culturelles et/ou la manière dont la culture se donne à voir à travers les modalités d'expressions des symptômes. Il ne s'agira en aucun cas de considérer qu'il faudra une clinique spécifique pour des personnes issues d'autres origines culturelles. Mais surtout, préconiser une posture de décentration pour accorder à toutes les personnes la possibilité de mettre leurs expériences en récit avec leurs propres mots et leurs propres référentiels.

En résumé, ce dispositif psychodynamique et interculturel est une approche thérapeutique qui intègre à la fois les concepts psychodynamiques, interculturels et des ingrédients de la clinique de la mondialité pour mieux comprendre et traiter les problématiques psychologiques tout en restant le modèle épistémologique de la psychopathologie clinique.



## L'EXPERIENCE DE LA DOULEUR : LES REPRESENTATIONS CULTURELLES POUR DONNER DU SENS<sup>142</sup>

### *Résumé*

Le centre de la douleur de l'hôpital Armand-Trousseau, situé à Paris, reçoit des enfants et des adolescents pour une prise en charge pluridisciplinaire de leurs douleurs. De toutes origines culturelles, ces jeunes sont porteurs de diverses représentations de la souffrance. Il ne s'agit pas ici de mettre en évidence des différences de culture au niveau du vécu sensoriel de la douleur, mais d'analyser les représentations de l'expérience de la douleur chronique. Pour ce faire, nous nous appuyons sur le cas clinique de Kayla, âgée de 15 ans.

Mots clés – *douleur chronique ; prise en charge ; psycho-anthropologie ; religion ; représentation culturelle ; système de significations*

### *Abstract*

The experience of pain: cultural representations to give meaning. The pain center of the Armand-Trousseau hospital in Paris receives children and adolescents for a multidisciplinary management of their pain. From all cultural backgrounds, these young people have different representations of suffering. The aim here is not to highlight cultural differences in the sensory experience of pain, but to analyze the representations of the experience of chronic pain. To do this, we will use the clinical case of Kayla, aged 15.

Keywords – *chronic pain ; cultural representation ; management ; meaning system ; psycho-anthropology ; religion*

D'origine culturelle et d'âge divers, les jeunes pris en charge par l'équipe multidisciplinaire [1] du centre de la douleur de l'hôpital Armand-Trousseau, à Paris, sont porteurs de différentes perceptions de la douleur. Des représentations culturelles qui se donnent à voir à travers le sens qu'ils accordent à leurs maux.

---

<sup>142</sup> André F. (2023), L'expérience de la douleur : les représentations culturelles pour donner du sens, SOINS PÉDIATRIE-PUÉRICULTURE - no 330

Nous avons reçu Kayla<sup>143</sup>, une adolescente d'origine malienne âgée de 15 ans, en consultation de binôme médecin- psychologue [2]. Avant de se rendre au centre de la douleur, elle a été suivie pendant environ un an pour des céphalées chroniques, des douleurs articulaires aux genoux et des douleurs dorsales par le médecin d'une autre structure. Elle est l'unique enfant du couple parental, qui s'est séparé alors qu'elle était âgée de 2 ans. Du côté maternel, elle est la petite dernière : sa mère a deux autres enfants issus d'une précédente union. Kayla vit depuis ses 2 ans au sein de cette famille monoparentale avec sa mère, sa demi-sœur âgée de 25 ans et son demi-frère âgé de 20 ans. Sa mère a eu un autre fils, décédé de tuberculose au pays. Une information qui nous a éclairés quant aux inquiétudes exprimées par la mère au sujet de l'état de santé de Kayla. Du côté de son père, qu'elle voit les week-ends et pendant les vacances, l'adolescente a un demi-frère décédé et une demi-sœur âgée de 5 ans, qu'elle ne connaît pas.

### ***Évaluation des douleurs***

Lors de la première consultation en binôme, le médecin prend bien soin d'évaluer ses douleurs avec Kayla afin d'établir un diagnostic différentiel qui permettra de mieux adapter son traitement médicamenteux et sa prise en charge globale. Par cette dernière, nous entendons une approche biopsychosociale [3]. Autrement dit, la douleur est abordée dans le cadre d'une démarche où les approches pharmacologique, psychologique et sociale participent activement à la mise en œuvre d'une évaluation pertinente et d'une prise en charge appropriée du patient douloureux. Pour l'aspect psychologique, Kayla indique ne pas avoir bénéficié de suivi spécifique, mais précise avoir rencontré différents psychologues au cours de ses hospitalisations. Nous préconisons alors une prise en charge psychologique, vis-à-vis de laquelle l'adolescente commence par se montrer assez réticente. Finalement, nos échanges l'amènent à en comprendre le sens et l'intérêt.

### ***Les céphalées***

Kayla décrit deux types de maux de tête, récurrents depuis le mois de novembre 2020. D'une part, elle évoque des douleurs qui semblent correspondre à des céphalées de

---

<sup>143</sup>Le prénom et d'autres éléments d'informations relatifs à la patiente ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

tension ; elle les évalue à 5/10, précise qu'elles ne l'empêchent pas de poursuivre ses activités et que leur fréquence est de deux à trois fois par semaine. D'autre part, elle mentionne des migraines plus intenses, qu'elle estime à 10/10 et qui l'obligent à arrêter ses activités, à s'allonger dans le noir et à prendre un traitement de fond. Ces maux de tête là surviennent également de deux à trois fois par semaine.

### ***Les douleurs dorsales***

Kayla décrit des douleurs lombaires et des hanches permanentes. Elle est suivie par un chirurgien orthopédiste. Elle prend seulement du paracétamol en guise de traitement. Elle participe à des séances de kinésithérapie une fois par semaine, en alternance avec le travail mené sur ses genoux.

### ***Les douleurs aux genoux***

Ses douleurs de genoux sont bilatérales, péri-rotuliennes à la course ou en appui majoritaire sur un des deux pieds ou de type valgus forcé. Le chirurgien orthopédiste a diagnostiqué un syndrome fémoro-patellaire, sans nécessité chirurgicale. Kayla se soigne avec du paracétamol et assiste à des séances de kinésithérapie une fois par semaine.

Sa mère nous dit être inquiète, principalement en raison des malaises de sa fille, qu'elle estime trop peu explorés. Un électro encéphalogramme aurait été fait, ne révélant aucune anomalie. Selon Kayla et sa mère, l'adolescente n'a jamais bénéficié d'une consultation cardiaque.

La scolarité de la jeune fille s'avère fortement impactée par ses douleurs, notamment à cause des absences dues à ses rendez-vous médicaux, ses séances de kinésithérapie intensive, ses nombreuses hospitalisations, etc. Elle explique avoir rencontré quelques difficultés avec certains professeurs ou élèves. Elle décrit un contexte de harcèlement verbal, donnant l'exemple de propos violents émis par une camarade au sujet de sa maladie.

### ***Diagnostic***

Kayla souffre de migraines chroniques avec céphalées de tension fréquentes dans un contexte de maladie pulmonaire chronique post-infectieuse. L'adolescente a l'habitude de prendre des médicaments de manière quotidienne. Le médecin de la douleur lui explique que migraines et céphalées de tension ne sont pas identiques. Il

l'invite à arrêter la prise de paracétamol pour ses céphalées de tension, car cela n'est pas recommandé et peut les aggraver par un phénomène d'abus médicamenteux. L'équipe indique ensuite à la jeune fille qu'il existe des liens entre le stress, les tensions, les émotions et les douleurs. Les facteurs psycho-émotionnels se révèlent d'ailleurs au premier plan dans la fréquence actuelle de ses douleurs persistantes, et requièrent une prise en charge globale.

Compte tenu de la complexité de la situation et de l'éloignement géographique, nous proposons à Kayla de la revoir au cours d'une hospitalisation de jour (HDJ), afin de procéder à une évaluation globale. Cette HDJ devait aussi nous permettre de réévaluer la situation depuis le retour au domicile et de suggérer à la jeune fille une consultation de neurostimulation électrique transcutanée<sup>144</sup> avec une infirmière douleur ainsi qu'une consultation avec un psychologue.

### ***Hospitalisation de jour***

Kayla est hospitalisée comme prévu. Nous la rencontrons à deux reprises pendant cette période. Lors de nos échanges, nous revenons avec l'adolescente sur l'histoire de ses douleurs, évoquant ses maux de tête apparus il y a un an, dans les suites d'un malaise vagal. Ce dernier aurait été provoqué par une baisse de la tension artérielle, selon Kayla. Pour expliquer la survenue de ce malaise vagal, elle dit : « *Il y a beaucoup de problèmes de tension artérielle dans ma famille. Ma mère est hypertendue, elle s'est fait opérer une dizaine de fois, elle a des problèmes de cœur et des douleurs dans le dos.* » Sa manière d'amener ses problèmes de santé et ceux de sa mère peut donner l'impression qu'elle n'est pas vraiment concernée ou qu'elle n'y accorde pas beaucoup d'importance.

Un peu plus loin dans la conversation, nous lui demandons si elle s'inquiète pour son état de santé et celui de sa mère, ce à quoi elle répond : « *Dans mes croyances, on sait que tout est écrit, ça ne sert à rien de s'inquiéter.* » À travers ce système de significations qu'elle utilise pour tenter de mettre du sens sur son expérience, nous retrouvons une intrication du culturel et du cultuel. Elle n'a pas employé les termes "dans ma religion", ce qui renverrait à sa représentation en tant que musulmane, mais "dans mes croyances", soit un cadre plus large que la religion. D'ailleurs, il est

---

<sup>144</sup> La neurostimulation électrique transcutanée est une technique d'analgésie non médicamenteuse utilisée dans la prise en charge des douleurs chroniques.

intéressant de noter que même quand la religion participe énormément à la culture, celle-ci s'adapte également à l'univers culturel au sein duquel elle est pratiquée.

### ***Évaluation de la douleur***

Au cours des premières consultations en binôme médecin-psychologue, le médecin prend systématiquement le temps d'évaluer les douleurs avec le patient : il est essentiel de tenir compte de son estimation. Leora Kuttner, psychologue clinicienne spécialisée dans la gestion de la douleur de l'enfant, explique : « *Par définition, la douleur est une sensation nocive qui a toujours un impact émotionnel. Les enfants et les adolescents sont les experts de leur expérience lorsqu'on communique avec eux et qu'on évalue leur douleur. C'est là un principe fondamental de la prise en charge de la douleur des enfants. Lorsqu'ils disent qu'ils ont mal, il faut les croire.* » [3]

Si la douleur aiguë possède une fonction protectrice, la douleur chronique est la conséquence d'un dysfonctionnement du système de la douleur [3]. D'où la nécessité d'une prise en charge globale. Car quand la douleur se chronicise, elle retentit sur d'autres sphères de la vie du patient. Chez les enfants et les adolescents, elle entraîne souvent de l'absentéisme scolaire et des répercussions sur la vie sociale. Dans le cas de Kayla, la douleur a eu un réel impact sur sa scolarité. Au-delà de l'incompréhension de certains camarades et professeurs, des moqueries de quelques élèves, etc., ses multiples rendez-vous médicaux et hospitalisations lui ont fait manquer des cours. Ses notes ont eu tendance à baisser, ce qui a contribué à saper son moral.

En effet, il n'existe pas de dichotomie entre la douleur mentale et la douleur physique [2]. Un des tout premiers médecins à avoir remis en question la séparation entre le corps et l'esprit, Henry K. Beecher, était un chirurgien bostonien qui a accompagné les troupes américaines en Europe lors de la Seconde Guerre mondiale : « *Le corps et l'esprit sont des systèmes intégrés.* » [4]

Les parties du corps sont représentées dans différentes zones du cerveau, ce qui crée un système, un mode de fonctionnement corps-esprit en interdépendance. « Les signaux douloureux voyagent dans le système limbique, la partie du cerveau la plus impliquée dans les émotions et la motivation. » [3]

### *Analyse*

Nous retrouvons les ressources culturelles de Kayla dans sa manière d'évoquer ses problèmes de santé, mais surtout lorsqu'elle a eu recours à ses croyances pour justifier le fait qu'elle n'a pas à s'inquiéter parce que « tout est écrit ». Cela peut être assimilé à du fatalisme, comme si la jeune fille avait besoin de tout lâcher pour continuer à vivre, à défaut d'exister. Il est également possible de voir dans ces propos l'adoption d'une position passive. Comme si Kayla n'était qu'un objet pensé et non un objet pensant. Comme si on pensait à travers elle par le biais d'une culture, d'une religion et de croyances.

Le fait qu'elle soit née après les décès d'un demi-frère du côté paternel et d'un autre demi-frère du côté maternel a son importance. Ses douleurs chroniques sont indéniablement une source d'angoisse pour ses parents. Dans la mesure où nous n'avons jamais pu rencontrer son père, nous ne pouvons toutefois prendre en compte que notre impression du vécu de la mère. Elle nous l'a dit très clairement : « Je m'inquiète pour sa santé, pour son avenir. » La situation est d'autant plus délicate que la place de Kayla dans les deux lignées familiales semble correspondre à l'idée d'un enfant de remplacement [5]. Il s'agit d'une réalité complexe analysée par Carl Gustav Jung, lui-même né après deux bébés mort-nés et un autre enfant décédé à l'âge de 5 ans.

Après la perte d'un tout-petit, les parents ont tendance à vouloir tout de suite en concevoir un autre, qui sera désigné et investi comme remplaçant du défunt. Parfois, ce bébé porte un prénom rappelant l'être aimé perdu. Pour ne pas souffrir de l'ombre du remplacé et s'émanciper de cette identification à un mort, cet enfant aura besoin de mener un véritable travail d'appropriation subjective [6]. Dans la continuité de son accompagnement thérapeutique par un psychologue libéral résidant à proximité de son lieu de vie, Kayla pourra prendre le temps d'effectuer ce travail de subjectivation.

### *Les représentations culturelles de la douleur*

L'International Association for the Study of Pain a mis l'accent sur une double dimension – sensorielle et émotionnelle – de la douleur, en la définissant comme : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle* » [7]. Il est ainsi possible

de considérer la douleur comme une expérience subjective avec une intrication de diverses variables, notamment la culture [8]. Dans l'abord et la prise en charge de la douleur, quatre composantes – sensori-discriminative, émotionnelle, cognitive et comportementale – doivent être prises en compte. Indissociables, elles participent à la perception, au vécu et aux représentations. Une composante culturelle regroupe les manières de penser, de sentir et d'agir, les croyances et les systèmes de significations propres à un groupe donné [9, 10]. La difficulté est qu'il n'existe pas de définition de la culture faisant l'unanimité. Bien qu'elle constitue une caractéristique universelle, la culture renferme des particularités susceptibles de varier d'un peuple à l'autre, d'une société à l'autre et d'un groupe d'individus à l'autre.

Partons de la définition de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture qui nous permettra d'explorer ensuite des spécificités psycho-anthropologiques plus en lien avec notre réflexion. *« La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. »* [11] La culture est donc transversale et touche à de nombreuses disciplines scientifiques. De ce fait, elle peut prendre des proportions polysémiques. Nous allons étayer notre analyse à l'aide de l'approche psycho-anthropologique. Cette dernière insiste sur le fait que la culture demeure un ensemble de systèmes de significations à l'œuvre dans une société ou un groupe, véhiculé par transmission et participant à différencier un groupe d'un autre [12].

En fonction de son système de significations, acquis par transmissions psychiques conscientes et inconscientes [13], le patient va se représenter son expérience douloureuse selon des modalités plus ou moins formalisées par son groupe d'appartenance. Par culture, nous entendons ici des modes de représentations ou des modèles explicatifs de multiples expériences humaines. Les sujets, les groupes et les sociétés envisagent les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement de leurs maladies d'après un système de savoirs véhiculé par leur(s) culture(s) [14]. Comme le remarque la psychologue Christine Cedraschi, les sujets douloureux n'appliquent pas

le même sens et les mêmes valeurs à leurs expériences [15]. Une diversité déterminée par les orientations collectives spécifiques à leur milieu de vie.

### ***Les représentations de la douleur dans les trois grandes religions monothéistes***

Nous retrouvons des représentations socioculturelles de la douleur dans les trois grandes religions monothéistes : le judaïsme, l'islam et le christianisme [16]. Dans chacune d'elles, la douleur, ou la souffrance, revêt deux dimensions principales.

D'une part, la douleur est censée être la conséquence du péché, originel en l'occurrence. Elle devient par là même une donnée de la condition humaine. La personne en souffrance est donc habilitée à se lamenter, à gémir, à se révolter. Mais elle doit implorer le pardon et la clémence de la divinité en vue d'être soulagée, si telle est la volonté de Dieu. Dans la deuxième épître aux Corinthiens, Paul de Tarse mentionne la présence d'une écharde lui procurant une douleur chronique, au sujet de laquelle il a prié Dieu de l'aider. *« Trois fois j'ai prié le Seigneur de l'éloigner de moi, et il m'a dit : Ma grâce te suffit, car ma puissance s'accomplit dans la faiblesse. Je me glorifierai donc bien plus volontiers de mes faiblesses, afin que la puissance de Christ repose sur moi. »* [17]

D'autre part, la souffrance du juste demeure une énigme insaisissable. Toutefois, selon les traditions religieuses, ceux qui passent par des épreuves deviennent les préférés de leur dieu. Les épreuves sont, en effet, censées fortifier le caractère de l'éprouvé. Dans les trois grandes religions monothéistes, la souffrance, la douleur ou les épreuves constituent des bienfaits de Dieu. Chez une partie des sujets d'origine afro-caribéenne se retrouve un syncrétisme [18,19] ou un défaut de symbolisation de la double appartenance culturelle et cultuelle. Ce déficit de symbolisation résulte de causes lointaines et récentes. Il s'agit d'une des conséquences de la contrainte d'adhésion au christianisme imposée par la colonisation en Afrique et aux Antilles, mais aussi de la propagation du protestantisme. Lorsque le christianisme a été institué en religion d'État obligatoire, les habitants ont dû prier un dieu qui ne correspondait pas à leur imaginaire ou à leur manière de se représenter la divinité. Cela a engendré des stratégies de résistance afin de contourner l'obligation d'adorer ce dieu : ils ont fait semblant de rendre un culte au dieu du colon mais, au fond de leur cœur, c'est celui



issu de leur représentation qu'ils vénéraient. La double appartenance culturelle et culturelle serait donc le résultat de cette stratégie de survie face à cette domination.

### ***L'arbre de confiance***

À l'occasion des consultations au centre de la douleur, nous avons été amenés à développer un outil que nous appelons désormais l'arbre de confiance. Il s'agit pour le patient de noter les prénoms des personnes en qui il a le plus confiance. Dans la mesure où il fait appel à des mouvements progrédients et régrédients [20], cet outil endosse une double fonction : il nous sert à la fois de porte d'entrée et de sortie lors d'une rencontre clinique.

En tant que porte d'entrée, il est susceptible de faire émerger des éléments inconscients autant qu'il invite à mettre du sens sur des aspects du quotidien. Le patient a besoin d'aller chercher les personnes sur lesquelles il a pu compter dans le passé et celles qui lui offrent un support indéniable dans le présent (ou lui en procureraient un si une épreuve se présentait). Souvent, un peu de temps est nécessaire au soigné avant qu'il ne parvienne à constituer son groupe de confiance. Certains n'y arrivent d'ailleurs pas quand d'autres y font uniquement figurer les membres de leur famille ou leurs amis.

Cet outil offre également une porte de sortie. Il oblige en effet le patient à effectuer un choix. Plus précisément, en faisant appel à un travail de subjectivation, il le met dans une position de sujet. Il devient le centre, ou le point de départ, de l'élaboration de son groupe de confiance. Quelques personnes inscrivent même leur nom au milieu de l'arbre. Cet arbre nous a aidés à aborder de nombreux thèmes, la notion de confiance en soi permettant de faire émerger maints souvenirs chez le patient. Puis, il s'agit pour lui de se poser une question fondamentale : en qui puis-je avoir confiance ? L'intérêt de cette porte de sortie est d'amener le soigné à se projeter et à identifier des personnes-ressources. Et de nous donner la possibilité de circonscrire notre intervention dans la prise en charge globale et d'orienter le patient vers un psychologue de ville, qui se chargera de son suivi psychothérapeutique.

### ***Conclusion***

La rencontre clinique avec Kayla permet de comprendre deux choses : l'expérience de la douleur mobilise généralement toute une dynamique familiale et les ressources

culturelles convoquées par le patient doivent être prises en compte pour mettre du sens sur une expérience douloureuse, qui déborde ses ressources psychiques. Quand le sujet ne parvient pas à trouver de réponses à ses inquiétudes, il est susceptible de se tourner vers le système de significations partagé par son groupe d'appartenance. Kayla a ainsi eu recours à ses croyances pour tenter de s'approprier subjectivement [6] cette expérience de douleur chronique qui met son corps à l'épreuve. L'utilisation de l'arbre de confiance, comme objet de médiation dans cette clinique de douleur, se révèle judicieuse dans le cadre de la recherche d'une porte d'entrée pour aborder une situation complexe. Mais aussi lorsque les professionnels cherchent des pistes afin d'accompagner le patient à identifier des facteurs de protection.

### ***Références bibliographiques***

- [1] Truelle PE, Bouchart C, Paugam M, Oderda L. Quand la douleur devient complexe, retour d'expérience d'une équipe douleur. *Soins Pédiatr Pueric* 2022;43(324) : 27–33.
- [2] Tourniaire B, Reiter F. La consultation douleur en binôme : corps et psyché indissociables. *Arch Pédiatr* 2012; 19 ( 6 Suppl 1 ). H272-3.
- [3] Kuttner L. A child in pain: what health professionals can do to help. Bancyfelin (Royaume-Uni): Crown House Publishing; 2010.
- [4] Beecher HK. Pain in men wounded in battle. *Anesth Analg* 1947; 26 (1): 21.
- [5] Schellinski K. Né enfant de remplacement : qui suis-je ? *Cahiers jungiens de psychanalyse* 2015;141(1) : 119 – 43.
- [6] Roussillon R. Le processus de symbolisation et ses étapes. In: Chouvier B , editor. Matière à symbolisation. Lonay (Suisse) : Delachaux et Niestlé ; 2000.
- [7] Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020; 161 (9) : 1976 – 82.
- [8] Lebreuilly R, Sakkour S, Lebreuilly J. L'influence de la culture dans l'expression verbale de la douleur : étude comparative entre des patients cancéreux français et syriens. *Rev Int Soins Palliatifs* 2012 ; 27 (4) : 125 – 9.
- [9] Troadec B. Psychologie culturelle. Le développement cognitif est-il culturel ? Paris : Belin ; 2007. p. 23.
- [10] Camilleri C, Cohen-Emerique M. Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel. Paris : L'Harmattan ; 1989. p. 27.

- [11] Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture. Conférence mondiale sur les politiques culturelles. Mexico City; 26 juillet-6 août 1982. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000052505\\_fre](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000052505_fre).
- [12] Clanet C. L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines. Toulouse : Presses universitaires du Mirail ; 1993
- [13] Ciccone A. La transmission psychique inconsciente. 2e éd. Paris : Dunod ; 2012.
- [14] Fischer GN, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. 2e éd. Paris : Dunod ; 2014.
- [15] Cedraschi C. Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique. In: Wrobel J, Allaz AF, editors. Aspect psychologique de la douleur chronique. Rueil-Malmaison : Institut Ursa de la douleur ; 2003 . p. 106 – 18.
- [16] Samama B. Approche socioculturelle de la douleur. L'Aide-soignante 2000 ; 14 ( 21–22 ) : 9 – 12.
- [17] Deuxième épître aux Corinthiens 12:9. La Bible. Paris: Éditions Colbot; 2002.
- [18] Hurbon L. Religions et générations aux Caraïbes. Sens-Dessous 2007 ; 2 ( 2 ) : 44 – 57.
- [19] Boespflug F. Le syncrétisme et les syncrétismes. Périls imaginaires, faits d'histoire, problèmes en cours . Rev Sci Philos Theol 2006 ; 90 ( 2 ) : 273 – 95.
- [20] Widlöcher D, Perier A, Georgieff N . Penser et travailler psychanalytiquement avec son patient. In: Widlöcher D, Perier A, Georgieff N, editors. Conversations psychanalytiques avec Daniel Widlöcher. Paris : Odile Jacob ; 2017. p. 27 – 71.



## **CHAPITRE 8 : SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES RESULTATS DES DEUX TERRAINS DE RECHERCHE**

Les données collectées permettent d'affirmer que ces deux populations se différencient sur divers aspects, mais il faut retenir que toutes ces différences sont à analyser en regard du contexte de la grande majorité des amputations de membre en Haïti. En effet, une large partie des personnes amputées de membre rencontrées en Haïti ont été amputées dans le contexte du séisme du 12 janvier 2010 qui venait rajouter d'autres difficultés à la longue liste des contraintes et défis auxquels font face les personnes porteuses de handicap en Haïti.

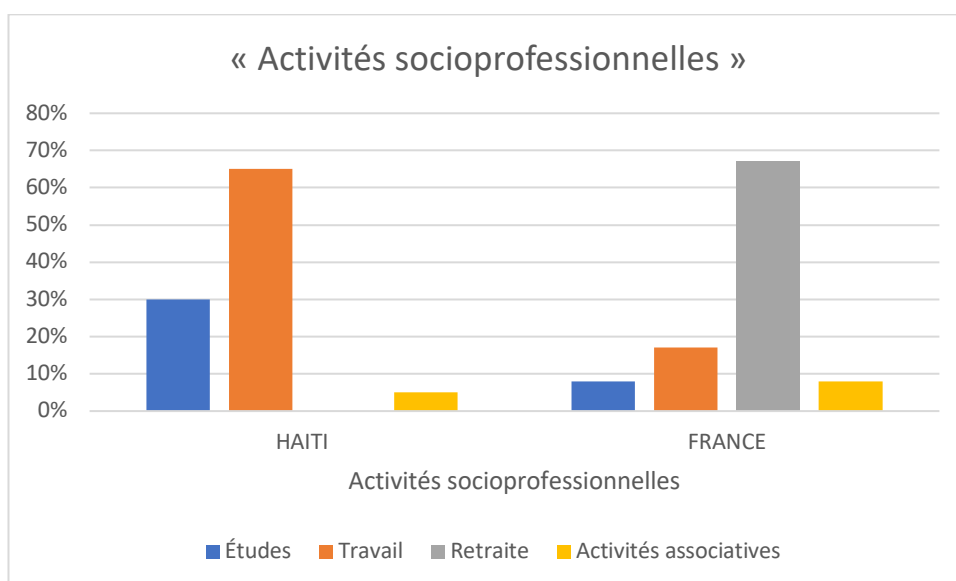
### *Les thématiques de la grille d'entretien et d'analyses des données*

Pour une meilleure analyse des données et une meilleure prise en compte des enjeux des ressources culturelles sur le processus de résilience des personnes amputées de membre nous avons retenus dix (10) thématiques d'analyses :

- 1- Les types amputation*
- 2- Les causes et contextes d'amputation*
- 3- Les impacts des activités socioprofessionnelles sur le processus de résilience*
- 4- L'ancienneté de l'amputation et ses effets*
- 5- Le vécu de l'expérience d'amputation*
- 6- Le membre fantôme*
- 7- Les conséquences psychologiques de l'amputation et le changement provoqué dans la vie de la personne*
- 8- Le regard des autres*
- 9- Le soutien de la famille et du groupe d'appartenance*
- 10- Les impacts des ressources culturelles sur le processus de résilience des personnes amputées de membre*

Nous avons retenu trois thématiques spécifiques qui ont des effets directs sur le processus de résilience des personnes amputées de membre :

- 1- Les activités socioprofessionnelles
- 2- Le soutien de la famille et du groupe d'appartenance
- 3- Les ressources culturelles



Pour ce concerne les activités socioprofessionnelles :

Pour 30% des sujets haïtiens les études ont eu une fonction de tuteur de résilience.

Alors que seulement 8% des sujets français ont utilisé les études comme tuteur de résilience.

Un total de 65% des sujets haïtiens utilisent le travail comme tuteur de résilience.

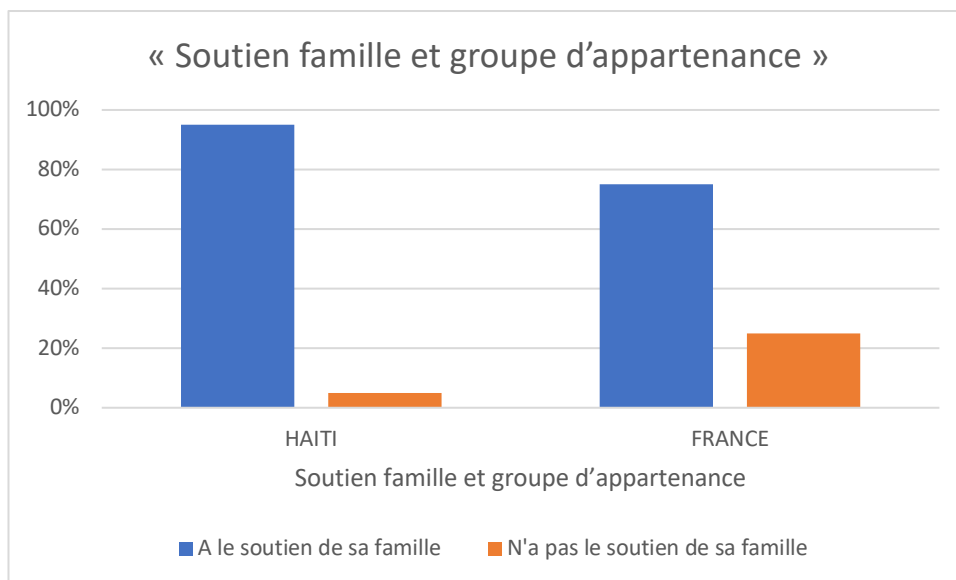
Pour les sujets français seulement 17% peuvent compter sur leur travail comme tuteur de résilience.

0% des sujets haïtiens sont à la retraite contre 67% des sujets français.

Seulement 5% des sujets haïtiens utilisent une activité associative comme tuteur de résilience contre 8% des sujets français.

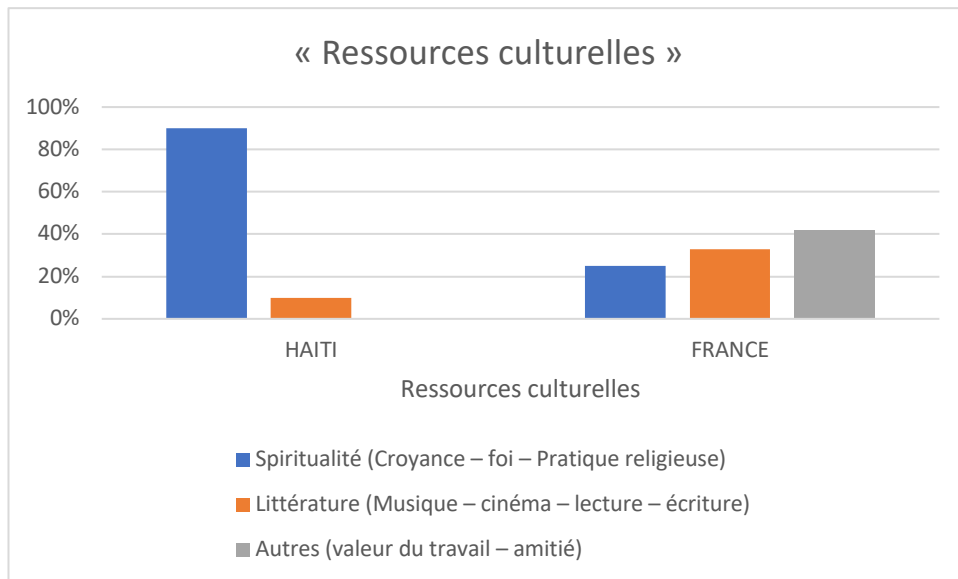
Ces différences qui peuvent être très manifeste pour des variables comme les études, le travail et la retraite s'expliquent notamment par la différence d'âge des deux populations et l'ancienneté de l'amputation. En effet, les sujets haïtiens sont âgés de 14 à 60 ans et ont été amputé relativement très jeune. De ce fait, ils ont dû traverser les grandes étapes de leur vie avec cette expérience qui leur exige beaucoup d'aménagements et des remaniements psychiques. Alors que les sujets français sont

âgés de 49 à 88 ans et ont été, pour la grande majorité, amputé très tardivement. Pour la plupart ils ont déjà été retraité au moment de leur amputation.



En termes de soutien de la famille et du groupe d'appartenance :

Un total de 95% des sujets haïtiens ont pu compter sur le soutien de la famille et du groupe d'appartenance contre 75% des sujets. En regard de ces résultats, il est évident que le soutien de la famille et du groupe d'appartenance a une grande influence sur processus de résilience des sujets amputés de membre rencontrés dans le cadre de cette recherche. La différence entre des deux populations peut s'expliquer à partir des modalités socio-économiques des deux sociétés. En effet, en Haïti une personne en situation de handicap aura beaucoup plus de difficulté à vivre en autonomie contrairement à la France où les personnes en situation de handicap peuvent tout à fait vivre en autonomie. Il existe des structures qui leur permette d'avoir des aides qui facilitent leur vie au quotidien.



Au niveau des ressources culturelles :

Un total de 90% des sujets utilisent la spiritualité comme tuteur de résilience contre 25% des sujets français.

Un total de 10% des sujets haïtiens utilisent la littérature comme tuteur de résilience contre 33% des sujets français.

Pour les sujets haïtiens rencontrés 0% mettent en avant la valeur du travail et l'amitié comme ressources culturelles contre 42% des sujets français.

Les différences sont visiblement marquées entre les deux populations en termes de ressources culturelles. Ces différences sont évidentes parce que nous avons deux univers culturels où les modes de significations ne sont pas les mêmes. La spiritualité, la croyance, la foi et les pratiques religieuses sont très prisées en Haïti alors qu'en France il y a de moins en moins de personnes qui ont la foi et encore moins qui ont une pratique religieuse. De ce fait, ils vont faire appel à d'autres référentiels culturels comme la littérature et autre.

Ces résultats nous permettent surtout de confirmer que les personnes ont tout de même besoin d'avoir recours à des ressources culturelles pour faire face à une expérience traumatique.

### ***Modalité des facteurs de protection***

- Les personnes amputées rencontrées en Haïti ont plus tendance à mettre en avant des facteurs de protection individuelle étayés par les facteurs de protection familiale. Elles



ont systématiquement exprimé leur sentiment de déception face à l'absence de protection sociale tout en réitérant leur combativité. Parce qu'elles ont bien intégré le fait de ne pas pouvoir compter sur l'état pour obtenir de meilleures conditions de vie. D'où l'omniprésence de la spiritualité comme facteur de protection.

Les personnes amputées en France mettent plus en avant des facteurs de protection sociale. Elles étaient plus dans la revendication de meilleures conditions et de plus en plus de protection sociale. Parce qu'elles savent qu'elles ont le droit d'exiger de l'état des services auxquels elles ont droit. De ce fait, elles ne vont pas chercher auprès d'un Dieu ce que l'état a le devoir de leur fournir. Ce qui laisse entendre qu'un état fort et des services sociaux de qualités peuvent remplacer le Dieu que les Haïtiens appellent pour palier à l'absence de l'état et des services sociaux de qualité. Quoique la spiritualité est censée aller au-delà d'une quête de réponse à des demandes de satisfaction de besoins matériels.

## **TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION GÉNÉRALE**

## Discussion générale

Cette partie de la thèse est constituée d'un seul chapitre, la discussion générale de la recherche. Dans les lignes qui vont suivre, nous allons revenir sur des aspects fondamentaux de la recherche, des concepts et des idées qui m'ont accompagné tout au long du processus de recherche. Avant de poser les jalons de cette recherche j'étais happé par les mouvements transféro/contre-transférentiels. Puisque dans mes rencontres déjà avec les personnes accueillies dans les jardins de l'entreprise funéraire Pax Villa, après le séisme du 12 janvier 2010, ces mouvements teintés d'un certain sentiment d'être entre nous (*témoin/victimes du même événement*) étaient déjà à l'œuvre. Avant même d'avoir le temps de penser les facteurs de risque en même temps que les facteurs de protection, les ressources culturelles occupaient d'emblée une place privilégiée. La question de l'angle d'attaque de notre objet de recherche pouvait aisément se poser n'était-ce la dimension particulière de la problématique de l'amputation de membre. Puisque dans ce lien paradoxal entre traumatisme et résilience dans le contexte haïtien, il n'est pas toujours aisé de savoir par quel bout commencer. Si le traumatisme est censé précéder la résilience dans une causalité logique, dans le contexte haïtien encore plus dans le contexte post-séisme on pouvait avoir l'impression que la résilience prépare au trauma, à la catastrophe. Il y avait ce petit refrain populaire « mete m anba dekonb / mettez-moi sous les décombres » qui voulait exprimer que les gens n'ont plus peur du tremblement de terre. On peut l'entendre aussi dans le sens qu'ils sont prêts à affronter d'autres catastrophes. Et des catastrophes, ils en ont eu à profusion.

## CHAPITRE 9 : UNE ILLUSION RECONFORTANTE POUR DONNER DU SENS AU DRAME

*« ... l'homme de croyance et de piété est éminemment protégé contre le danger de certaines affections névrotiques ; l'adoption de la névrose universelle le dispense de la tâche de former une névrose personnelle. »*

Freud s. (1927)

Face à l'assurance des gens leurs croyances, quand nous nous repensons à *l'avenir d'une illusion* de Freud nous pouvons nous demander si cette illusion ne peut avoir une véritable fonction réconfortante pour ces croyants. Tout dépendra, bien évidemment, de la définition associée à la notion de réconfort. En effet, comme dit Freud :

*« Les représentations religieuses, qui se donnent pour des dogmes, ne sont pas des précipités d'expériences ni des résultats d'une pensée, ce sont des illusions, des accomplissements des désirs les plus anciens, les plus forts, les plus urgents de l'humanité ; le secret de leur force est la force de ces désirs. Nous savons déjà que c'est l'effrayante impression de désarroi chez l'enfant qui a suscité le désir de protection – protection par l'amour – qu'a comblé le père, et que c'est la notion de la persistance de ce désarroi tout au long de la vie qui a fait se raccrocher à l'existence d'un Père – mais désormais plus puissant. »<sup>145</sup>*

Devant l'absence des services de l'état, la population fait appel à Dieu pour demander de l'aide. Sans surprise (N=90%) des sujets rencontrés en Haïti utilisent la spiritualité (croyance, foi et pratique religieuse) pour faire face au traumatisme de l'amputation de membre. De ce fait, la différence est assez manifeste entre les deux populations d'étude. Les sujets français (N=25%) qui disent avoir une croyance en Dieu ne sont pas pratiquant et ne font aucune référence à Dieu pour faire face au traumatisme de

---

<sup>145</sup> Freud, *L'Avenir d'une illusion*, IX, 1927, trad. B. Lortholary, (Points Seuil, 2011), p.106-107

l'amputation de membre. Ils parlent des services de soin, soit par reconnaissance de la qualité de la prise en charge ou pour exiger encore mieux.

### **9.1- Les mouvements transféro/contre-transférentiels**

J'avais comme l'impression que les sujets manifestaient une certaine complicité quand ils me parlaient de leur expérience d'amputation. Comme s'ils pouvaient se dire que je dois pouvoir comprendre leur expérience. A côté de ce sentiment d'être entre nous que je pouvais ressentir la posture et la mise en récit des sujets, certains restaient dans leur discours victimaire, notamment ceux qui sont amputés suite à une erreur médicale selon eux. Ils ont besoin de ce combat pour exprimer leur souffrance et tenter d'y mettre du sens. En effet, comme le note Derivois D. (2017) : « *Les mouvements transféro/contre-transférentiels sont imprévisibles. La souffrance psychique ainsi que les voies de son élaboration peuvent utiliser tous les canaux psychiques à tous les niveaux pour s'exprimer.* »<sup>146</sup>

Si lors de certains entretiens je m'écoutais en tant qu'haïtien à l'écoute d'un sujet français avec une problématique qui prend des proportions particulières dans un cadre particulier, à d'autres j'écoutais comme un clinicien de la mondialité. Parce que je pouvais identifier ici et là des éléments qui font écho chez d'autres sujets que j'ai rencontrés en Haïti. Je pouvais alors mieux comprendre que le clinicien n'a pas de fonction prédéfinie dans cette dynamique transféro/contre-transférentielle. Le sujet attribue une fonction au clinicien en fonction de ce dont il est traversé, ou ce que le clinicien lui renvoie dans l'ici et maintenant de la rencontre clinique.

### **9.2- Facteurs de protection sociale / Résilience collective**

Deux concepts cruciaux dans le domaine du bien-être et de la santé mentale sont la résilience collective et les facteurs de protection sociale. Les éléments qui favorisent la résilience et la capacité d'adaptation des individus et des communautés face aux défis et aux stress sont appelés facteurs de protection sociale. La capacité d'une

---

<sup>146</sup> Derivois, D. (2017). Clinique de la mondialité : Vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.lapla.2017.01>

communauté ou d'une société à surmonter une crise ou un traumatisme collectif est appelée résilience collective<sup>147</sup>.

Les facteurs qui peuvent contribuer à la protection sociale peuvent inclure :

1. Les relations sociales : des liens étroits avec la famille, les amis, les voisins et la communauté peuvent offrir un soutien émotionnel, des ressources pratiques et un sentiment d'appartenance.
- 2- Les réseaux de soutien : avoir accès aux services de santé mentale, aux services sociaux, aux groupes de soutien et aux ressources communautaires peut aider à faire face aux difficultés et à renforcer la résilience.
3. Les compétences sociales et émotionnelles : la capacité à communiquer efficacement, à résoudre les conflits, à gérer le stress et à contrôler ses émotions peut aider à faire face aux défis et à maintenir une bonne santé mentale.
- 4- Les ressources économiques : un niveau de vie adéquat, un emploi, une éducation et des opportunités économiques peuvent contribuer à la stabilité financière et réduire le stress lié aux problèmes économiques.
  
- 5- Les politiques sociales peuvent renforcer la résilience collective en réduisant les inégalités et en favorisant le bien-être de tous en favorisant l'égalité, la justice sociale, l'accès aux soins de santé et à l'éducation.

Lorsque ces facteurs de protection sociale sont présents au niveau de la communauté ou de la société dans son ensemble, la résilience collective se développe. Elle concerne la capacité des gens à s'aider mutuellement, à se rassembler pour faire face aux défis et à se reconstruire après une crise.

En résumé, les concepts de résilience collective et de facteurs de protection sociale sont cruciaux pour encourager le bien-être et la santé mentale. Ils mettent l'accent sur l'importance des relations sociales, des réseaux de soutien, des compétences sociales

---

<sup>147</sup>Christine Karmann et Annemarie Dinvaut, « Résilience collective, apprentissages, enseignement », *Hommes & migrations* [En ligne], 1339 | 2022, mis en ligne le 06 janvier 2025, consulté le 26 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/14559> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.14559>

et émotionnelles, des ressources économiques et des politiques sociales pour renforcer la résilience individuelle et collective face aux défis et aux traumatismes.

### **9.3- Facteurs de protection individuelle / Résilience de l'esprit**

Les éléments de protection individuelle jouent un rôle dans le développement de la résilience de l'esprit<sup>148</sup>. Bien que ces exemples puissent varier d'un individu à l'autre, voici quelques exemples courants :

1. La confiance en soi : croire en ses propres capacités et avoir une estime de soi positive peuvent aider à faire face aux difficultés et à surmonter les obstacles.
  
- 2- La résilience de l'esprit peut être améliorée grâce à la capacité d'analyser les situations, de trouver des solutions et de prendre des décisions réfléchies.
  
3. Le soutien social : En période de stress, avoir des relations positives et solides avec les autres peut fournir un soutien émotionnel et pratique.
  
4. L'optimisme réaliste : développer une attitude positive et réaliste face aux épreuves peut aider à maintenir une perspective équilibrée et à affronter les défis avec plus de sérénité.
  
- 5- La résilience de l'esprit peut être améliorée en s'adaptant aux changements et en trouvant de nouvelles façons de gérer les situations.
  
6. La gestion du stress : Apprendre des techniques de relaxation, de méditation ou de gestion du stress peut aider à faire face aux difficultés et à maintenir un équilibre émotionnel.

Il est important de noter que la résilience de l'esprit est un processus dynamique qui peut varier en fonction des circonstances et des expériences de vie de chaque individu.

---

<sup>148</sup> Derivois D. (2012) L'hypothèse d'une résilience de l'Esprit et des esprits en Haïti. [Reflection about Resilience of Spirit and of religious spirits in Haiti.] Sciences croisées, 11, 1–9. <http://sciences-croisees.com/N11/Derivois.pdf>.

#### 9.4- L'effet roseau

Les trois facettes de la résilience, décrites par Lawrence G. Calhoun & Richard G. Tedeschi. (2014)<sup>149</sup> correspondent à ce que nous avons nommé "*effet roseau*". Cette référence à cet arbre qui a un symbolisme particulier dans la culture haïtienne découle d'un refrain de la musique traditionnelle d'Haïti « Nou se wozo, ou mèt tande n pliye nou pa p janm kase / *Nous sommes le roseau, nous pouvons nous plier, mais jamais se briser* ». La résilience est assimilable à ce que nous appelons "*effet roseau*". Quand nous subissons un choc, une épreuve, un trauma, comme le roseau, nous pouvons nous plier, résister et rebondir après l'épreuve. C'est-à-dire qu'il y a trois éléments à prendre en compte : premièrement, sous le coup du choc, se plier comme le roseau. Deuxièmement, résister au choc, ne pas se laisser effondrer. Et troisièmement, trouver les ressources nécessaires pour rebondir après le choc. Le roseau rebondit grâce à son élasticité. Pour rebondir, nous devons pouvoir nous appuyer sur nos ressources psychiques. Ces dernières résultent de l'élaboration de tout ce que nous héritons de nos parents et ancêtres et de nos expériences personnelles. Ce processus psychique que nous appelons "*effet roseau*" se met en place à partir de notre manière d'élaborer tout ce qui nous est transmis par nos parents et nos grands-parents en articulation avec nos expériences personnelles. Car comme disait Goethe : « *Ce que tu as hérité de tes pères, acquiers-le, afin de le posséder* »<sup>150</sup>. Nous entendons donc par effet roseau, un processus en trois étapes, qui vont du vécu de l'expérience traumatique jusqu'à sa potentielle acceptation :

- 1) le temps du choc, qui est brutal et déstabilisant ;
- 2) le temps de la représentation, qui demande à la personne de remobiliser toutes ses ressources psychiques pour tenir le coup, supporter et essayer de donner du sens à l'événement vécu ;
- 3) le temps de l'acceptation ou de l'appropriation subjective de l'événement après qu'il a été représenté et symbolisé. Comme Roussillon l'a formulé : « *le temps où ça se*

---

<sup>149</sup> Lawrence G. Calhoun, Richard G. Tedeschi. (2014). Handbook of Posttraumatic Growth (1st ed.). Taylor and Francis. Retrieved from <https://www.perlego.com/book/1549610/handbook-of-posttraumatic-growth-research-and-practice-pdf> (Original work published 2014)

<sup>150</sup> GOETHE: *Faust II* – acte I – « Galerie sombre » (v. 6173 – 6306), *op. cit.*, pp. 271-276.



*« passe n'est pas celui où ça peut se mettre en forme et où ça peut commencer à se signifier »<sup>151</sup>.*

## **9.5- Les ressources culturelles de la résilience**

L'identité individuelle et collective est fortement influencée par les ressources culturelles. Par ressources culturelles nous entendons une variété de manifestations à la fois artistiques, intellectuelles et sociales qui reflètent les valeurs, les croyances et les traditions d'une société donnée. Pour ce qui concerne notre recherche, nous mettons l'emphase sur les enjeux de ressources culturelles sur le processus de résilience des sujets amputés de membre. Par ressources culturelles nous entendons tous les supports en matière d'arts visuels, de musique, danse, théâtre et toutes autres créations littéraires que les sujets peuvent utiliser comme moyens d'expression de leurs émotions, leurs idées et pensées et surtout leurs expériences personnelles. En effet, Selon Csikszentmihalyi (1996), participer à des activités artistiques peut favoriser un état de « flux », où l'individu est complètement absorbé par l'activité et éprouve un sentiment de plénitude et de satisfaction.<sup>152</sup>

Les ressources culturelles participent à la cohésion de la société et l'identité collective. Les ressources culturelles jouent un rôle important dans la cohésion sociale et la construction de l'identité collective. Étant donné qu'elles permettent aux individus de se connecter avec leur héritage culturel, de partager des valeurs communes et de renforcer le sentiment d'appartenance à une communauté, elles leur permettent de se sentir plus à la maison. Selon Durkheim (1893), les pratiques culturelles et les rituels collectifs contribuent à la solidarité sociale et renforcent les liens sociaux.<sup>153</sup>

Les ressources culturelles ont également un effet positif sur le bien-être et le développement personnel des individus. Participer à des activités culturelles telles que des ateliers de lecture et d'écriture, la pratique d'un instrument de musique ou la visite d'expositions artistiques, favorise l'épanouissement personnel, la réflexion critique et

---

<sup>151</sup> Roussillon, R. (2000). Le processus de symbolisation et ses étapes. Dans *Matière à symbolisation*. Lonay : Delachaux et Niestlé.

<sup>152</sup> Csikszentmihalyi, M. (1996). *Créativité : Flux et la psychologie de la découverte et de l'invention*. Perennial Harper.

<sup>153</sup> Durkheim, É. (1893). En ce qui concerne la division du travail social. Félix Alcan

la stimulation intellectuelle. Selon Diener et Seligman (2004), participer à des activités culturelles peut procurer une satisfaction et un certain niveau de bien-être psychologique<sup>154</sup>.

En fonction du cadre culturel où ils évoluent les individus vont utiliser des ressources culturelles qui vont avoir du sens pour eux et sur lesquelles ils pourront s'appuyer pour mettre du sens sur leurs expériences traumatiques. Contrairement aux sujets rencontrés en France, les sujets rencontrés en Haïti utilisent beaucoup de ressources culturelles d'ordres spirituelles. Ils utilisent la croyance en Dieu, la pratique religieuse et autres comme ressources pour renforcer leur processus de résilience.

### **9.6- Le photolangage comme support d'élaboration**

Le photolangage© est un outil de communication et d'expression. Il s'agit d'utiliser des images pour encourager les discussions, les réflexions ou les échanges entre les participants.

Le principe du photolangage© est que les images peuvent provoquer des émotions, des souvenirs et des associations d'idées chez les gens. La créativité et l'expression des participants peuvent être stimulées en utilisant des photographies choisies avec soin.

Les participants sont invités à choisir une ou plusieurs photographies qui les interpellent ou qui représentent mieux pour eux une thématique donnée lors d'une séance de photolangage©. Ils sont ensuite invités à exprimer leurs sentiments, leurs émotions ou leurs pensées concernant les images choisies.

Le photolangage© peut être utilisé dans de nombreux contextes, tels que la formation, la thérapie, l'animation de groupe ou même le travail. La communication, la prise de parole, la réflexion individuelle et collective, ainsi que la créativité sont toutes stimulées par cette méthode.

---

<sup>154</sup> Diener, E. et Seligman, M. E. (2004). Outre les fonds : vers une économie de bien-être. Science psychologique dans l'intérêt public, 5(1), 1-31.

En résumé, le photolangage© est un puissant outil pour favoriser l'élaboration de discours et de réflexions en utilisant des photographies comme support. La créativité et l'expression des participants sont stimulées grâce à cela, tout en favorisant la communication et les échanges au sein d'un groupe<sup>155</sup>.

### **9.7- Les effets du cadre culturel sur la représentation de l'expérience d'amputation de membre**

Face à l'incapacité de maîtriser les divers phénomènes qui les entourent, et la détresse de leur impuissance face à la maladie et la mort, les humains éprouvent très souvent le besoin d'avoir une interprétation, une explication et une réponse. La notion de culture dans son sens profond correspond parfaitement à cet état de fait. Puisque nous pouvons considérer la culture comme une construction psychologique<sup>156</sup>. La notion de culture peut se définir comme des modes de représentations ou des modèles explicatifs sur diverses expériences humaines. Les sujets, les groupes et les sociétés se représentent les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement de leurs maladies selon un système de savoirs véhiculé par leurs cultures<sup>157</sup>. Comme a fait remarquer Cedraschi C. (2003)<sup>158</sup> les gens ne mettent pas le même sens et les mêmes valeurs sur leurs expériences traumatisantes et autres. Cette diversité de sens est déterminée par les représentations collectives spécifiques aux milieux de vie des personnes. Même si la réalité de l'environnement monde est beaucoup plus nuancée que ça, il y a comme une tendance à établir une certaine dichotomie entre deux grands systèmes de représentations : d'un côté nous retrouvons un monde dit moderne voire hypermoderne avec un système de pensées articulé sur le discours scientifique et de l'autre côté un monde considéré comme traditionnel avec un système de pensées élaboré autour du cultuel, des mythes, des croyances bref, du religieux. Les idées religieuses, par exemple, attribuent à Dieu des caractéristiques qui correspondent au complexe paternel<sup>159</sup>. Tout comme l'enfant qui a l'assurance que son père est suffisamment

---

<sup>155</sup> Vacheret C., « Le photolangage, une médiation thérapeutique un bref historique des théories groupales », *Le Carnet PSY*, vol. 141, no. 1, 2010, pp. 39-42.

<sup>156</sup> Matsumoto, D. (2000). *Culture and psychology: People around the world* (2nd ed.). Wadsworth/Thomson Learning.

<sup>157</sup> Fischer GN, Tarquinio, C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Paris : Dunod, 2006.

<sup>158</sup> Cedraschi C. Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique. Dans J. Wrobel, Aspect psychologique de la douleur chronique Paris, 2003, pp. 106-118.

<sup>159</sup> Bruno, P. (2019). Le complexe paternel. Le masque et la toile. Dans : Pierre Bruno éd., *La différence freudienne* (pp. 379-388). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bruno.2019.01.0379>

grand et fort pour répondre à ses besoins. Ceux qui croient en un Dieu ont l'assurance qu'il peut répondre à leurs questions et résoudre leurs problèmes. Toutes les sociétés ont leur système de représentation des choses. Certaines vont compter sur la toute-puissance des sciences et des technologies de pointe et d'autres vont faire appel à un Dieu qui est considéré comme tout-puissant et détient toutes les réponses et les solutions.

Ce qui nous amène à aborder le concept de cadre culturel qui est constitué de représentations culturelles et des objets culturels. Les individus ont donc chacun une manière de se représenter leurs expériences quelles qu'elles soient en fonction de leur cadre culturel. Car, chaque cadre culturel renferme un système de représentations collectives des choses, comme mentionné plus haut en d'autres termes. Pour ce qui concerne les représentations collectives, nous retrouvons les visions du monde qui varient d'un cadre culturel à un autre. Car dans les visions du monde nous avons, d'un côté, les croyances, les systèmes de croyances, les idées religieuses et les idéologies. Et de l'autre côté nous avons les objets culturels qui regroupent les mythes, les légendes, les épopées, les objets relationnels etc.

Il est important de souligner que l'individu intériorise le cadre culturel où il évolue par incorporation ou par introjection<sup>160</sup>. En nous appuyant sur les données collectées à l'aide des entretiens cliniques réalisés dans les deux cadres culturels, nous allons analyser les enjeux du cadre culturel sur la manière dont les personnes mettent du sens sur leur expérience d'amputation de membre. Car, au-delà du fait que les croyances en une divinité ou les idées religieuses peuvent être illusoire, nous avons trouvé qu'il était nécessaire d'écouter les représentations des personnes de ce qui leur arrive. Puisque ce qui nous intéresse en tant qu'analyste ce n'est pas la croyance des personnes mais leur processus de pensée et leur mode de représentation de leurs expériences.

En effet, le cadre culturel a, entre autres, une fonction de protection face à la détresse psychique (*Hilflosigkeit*)<sup>161</sup>. Puisque la personne a toujours besoin de mettre du sens

---

<sup>160</sup> Rouchy, J. (2001). *La psychanalyse avec Nicolas Abraham et Maria Torok*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.rouch.2001.01>

<sup>161</sup> Schniewind, A. (2013). La détresse dans l'œuvre freudienne : une figure de dépression originaire. Dans : Catherine Chabert éd., *Narcissisme et dépression: Traité de psychopathologie de l'adulte*(pp. 223-270). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chabe.2013.01.0223>

sur ses expériences pour mieux se les approprier subjectivement, en tant que clinicien nous devons être à l'écoute de ses représentations. Les deux éléments fondamentaux qu'il faudra considérer concernent l'abord de ces représentations et leur fonction dans le cadre du travail analytique. L'autre élément important à prendre en compte c'est de savoir s'il faut considérer les représentations du sujet comme des choses en représentations ou des représentations de choses ? Nous allons nous appuyer sur des vignettes cliniques de personnes amputées de membre rencontrées dans les cadres culturels, Haïti - France, pour analyser les effets du cadre culturel sur la représentation des personnes de leur expérience.

Dans la vignette clinique de Mme Eliane par exemple, quand elle nous a raconté son rêve, nous avons eu l'impression de l'entendre nous raconter une histoire, un roman ou un film. Devant l'atrocité de son expérience et le courage dont elle montre en racontant son expérience particulière il faut reconnaître le risque d'être pris de fascination. D'où la nécessité d'avoir assez de recul pour mieux être à l'écoute de son contre-transfert dans l'analyse de cette clinique de l'extrême<sup>162</sup>.

### **9.8- Quand le membre fantôme fait écho au fantasme du retour au pays des descendants d'esclave de St Domingue**

Dans le contexte de cette recherche nous avons été emmenés à faire ce lien-là entre le phénomène du membre fantôme et la déportation des africains qui allaient devenir des esclavages en Amérique. Parce qu'il existe un certain fantasme du retour au pays qu'on peut retrouver des deux côtés, en Afrique et en Haïti.

Les premières réflexions sur le phénomène du membre fantôme remontent à notre rencontre après le séisme du 12 janvier 2010 avec un jeune étudiant en Haïti amputé de son bras droit. Quand il nous a parlé de ce phénomène là nous avons donc été amené à chercher les données qui existent sur ce phénomène. Comme mentionné plus haut, la toute première description de ce phénomène nous la devons à Amboise Paré un

---

<sup>162</sup> Korff-Sausse, S. (2016). Les cliniques de l'extrême. Chimères, 88, 54-69.  
<https://doi.org/10.3917/chime.088.0054>

chirurgien français en 1545<sup>163</sup>. Il prenait en charge des personnes amputées. A partir de son travail auprès de ce public, il a émis l'hypothèse d'un mécanisme cérébral qui serait à l'origine de la douleur du membre fantôme. Mais la notion de fantôme a été apportée en 1874 par Silas Weir Mitchell un médecin neurologue américain originaire de Philadelphie<sup>164</sup>. Il a été chargé des maladies et traumatismes nerveux lors de la guerre de Sécession aux États-Unis d'Amérique. Fantôme parce que le phénomène s'apparente à la réalité du revenant. Le membre fantôme c'est comme un revenant parce que le membre n'est plus là, alors que la personne a vraiment des sensations et même de la douleur au niveau de ce membre qui n'est plus là. Les douleurs fantôme font donc référence à des douleurs transférées à un membre ou à une partie d'un membre amputé. Elles font partie des douleurs neurochimiques ou encore nitrogènes. Elles y occupent une place spéciale, car elles se situent au même rang des douleurs inflammatoires et de dysfonctionnement qui font partie du groupe des douleurs chroniques. Pour mieux comprendre le phénomène du membre fantôme, le Dr Max Ortiz propose l'hypothèse d'une « intrication stochastique ». Selon cette dernière, après une amputation de membre, les circuits neuronaux qui s'occupaient du membre amputé perdent leur rôle. À la suite de ce déséquilibre, les circuits neuronaux liés au membre manquant vont s'associer à d'autres réseaux de neurones, notamment celui qui est responsable de la perception de la douleur<sup>165</sup>. Cette nouvelle approche vise une meilleure compréhension de la douleur du membre fantôme et surtout des traitements mieux adaptés pour soulager les patients touchés.

La représentation de la notion de fantôme va nous entraîner aussi à établir un lien avec le déséquilibre provoqué par la déportation des africains vers l'Amérique. Ces africains arrachés de leur terre mère, amputés de leur famille pour venir travailler comme esclave à St Domingue font écho au phénomène du membre fantôme. Dans la mesure où il en résulte un fantasme de retour des deux côtés.

---

<sup>163</sup> Splavski, B., Rotim, K., Boop, F. A., Gienapp, A. J., & Arnautović, K. I. (2020). Ambroise Paré : His Contribution to the Future Advancement of Neurosurgery and the Hardships of His Times Affecting His Life and Brilliant Career. *World Neurosurgery*, 134, 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.10.187>

<sup>164</sup> Weir-Mitchell S. 1874, Des lésions des nerfs et de leurs conséquences. Dastre.

<sup>165</sup> Ortiz-Catalan M (2018) The Stochastic Entanglement and Phantom Motor Execution Hypotheses: A Theoretical Framework for the Origin and Treatment of Phantom Limb Pain. *Front. Neurol.* 9:748. doi: 10.3389/fneur.2018.00748

Sachant que l'amputation de membre consiste en l'ablation d'une partie ou de tout le membre, la déportation de ces 700 000 africains environs entre le 18<sup>e</sup> et le 19<sup>e</sup> siècle vers l'Amérique peut être considéré comme une véritable amputation. Parce que toutes ces personnes ont été coupé de leur pays, leur terre patrie, leur structure familiale vers un voyage sans retour. Ce qui va alimenter ce fantasme du retour chez les Haïtiens et chez la famille africaine qui a subi cette amputation traumatique du père, de l'oncle, du frère et de quelques sœurs pour multiplier la main d'œuvre gratuite dans la colonie.

Il y a même un petit refrain qui existe jusqu'à maintenant en Haïti « si peyi m pat lwen, si peyi m pat lwen, si peyi m pat lwen, mwen tap tounen nan peyi mwen / Si mon pays n'était pas loin, Si mon pays n'était pas loin, Si mon pays n'était pas loin, j'allais retourner dans mon pays ». Dis comme ça, on pourrait leur dire, qu'ils peuvent y retourner sans trop de difficulté et assez rapidement en avion. Mais il ne s'agit pas d'une référence à un pays spécifique d'Afrique, il s'agit d'une représentation fantasmagorique du pays d'origine des ancêtres. De ce fait, tout en ayant un fort sentiment d'appartenance vis-à-vis d'Haïti, leur butin de guerre<sup>166</sup>, tout étant très attaché à son pays, sa patrie, sa Haïti chérie, les Haïtiens sont comme en transit, de passage. C'est peut-être ce qui explique la raison pour laquelle ils arrivent plus facilement à réussir à l'extérieur. Peut-être que cette terre est devenue pour ce peuple comme une caisse de résonance de ces multiples traumatismes non élaborés.

Ce fantasme du retour existe également en Afrique mais avec d'autres proportions. Si pour les Haïtiens le fantasme c'est de retourner au pays des ancêtres pour les africains il s'agirait plutôt du retour des ancêtres qui sont partis en Amérique. Parce qu'ils ont gardé comme une lueur d'espoir d'un éventuel retour un jour ou l'autre. Alors que depuis l'embarcation déjà et les conditions de la traversé, ils étaient sûrs et certains qu'ils ne reviendraient pas ou du moins qu'ils ne pouvaient plus revenir vivant. Et pourtant, ils ont gardé une certaine attente désespérer d'un retour pourtant improbable. Il existe même une divinité en Afrique pour honorer la mémoire des ancêtres arrachés d'Afrique pour en faire des esclaves en Amérique. Cette divinité s'appelle HEBIOSO

---

<sup>166</sup> Mestaoui, L. (2017). Le « butin de guerre » camusien, de Kateb Yacine à Kamel Daoud. *Babel*, 36, 143-159. <https://doi.org/10.4000/babel.5002>

en Mina du Togo et HEVIOSO chez les Yorubas du Bénin. C'est le dieu du ciel, du tonnerre, de la foudre et de la pluie ; on l'appelle aussi le dieu de la fécondité<sup>167</sup>.

### 9.9- Le « syndrome de l'amputation »

La notion de fantôme a une résonance particulière en Haïti. Puisque parler de fantôme peut faire écho avec toutes les vagues d'extermination de population décimée en Haïti à partir de l'arrivée de Christophe Colomb. Ce dernier était censé amené la civilisation à travers le christianisme. Une religion qui est omniprésente dans les référentiels culturels des personnes amputées interviewées.

Entre l'arrivée de Christophe Colomb dans les Caraïbes en 1492 et l'année 1600 – soit les cent premières années de la colonisation de l'Amérique – on estime que les colons européens ont causé la mort d'environ 56 millions d'autochtones<sup>168</sup>. Ce qui en fait beaucoup de fantôme à accueillir.

Haïti doit donc faire le deuil de ces milliers d'autochtones qui sont décimés avec cette civilisation, le christianisme que Christophe Colomb a emmené. Haïti doit faire le deuil d'environ 20 000 ressortissants tués en République Dominicaine sous le gouvernement de Trujillo. Les ressent événements en lien à la construction d'un canal à la *rivière massacre* resonnent avec ce génocide, connu sous le nom de « massacre du Persil »<sup>169</sup>. Et plus récemment les 222 000 morts<sup>170</sup> du séisme de 2010 ont augmenté considérablement le nombre de ses enfants dont Haïti doit faire le deuil ou le nombre de fantôme qui viendront suinter les placards. Au-delà du deuil d'un membre que la personne amputée est appelée à faire, Haïti tout entière doit faire le deuil de ses centaines de milliers de fils et de filles disparus dans des conditions catastrophiques. Ce qui correspond justement au « syndrome de l'amputation » selon Derivois D. (2012). « *J'appelle syndrome de l'amputation en Haïti cet ensemble de symptômes collectifs et individuels relatifs au manque à être et au manque dans l'être en Haïti. Il est notamment caractérisé par des deuils collectifs « congelés », la douleur psychique*

---

<sup>167</sup> Charlier, P. (2020). Combien sont les dieux ?. Dans : , P. Charlier, *Vaudou: L'homme, la nature et les dieux Bénin* (pp. 50-68). Paris: Plon.

<sup>168</sup> Slate.fr

<sup>169</sup> <https://www.mediapart.fr/studio/portfolios/photographe/pierre-michel-jean-k2d>

<sup>170</sup> [4] (UNDP), U. N. D. P. (2010) : 2010 report. New York.



*du membre fantôme, la difficulté à habiter et l'autodénigrement. Faisant du collectif des amputés de l'humanité, il offre par l'absence du membre fantôme des possibilités de récréation de soi »<sup>171</sup>.*

### **9.10- Clinique de la mondialité un paradigme clinique qui traverse les univers culturels**

Le principal apport clinique de cette recherche c'est le fait d'utiliser la dynamique de la résilience comme analyseur de la problématique de l'amputation de membre, une clinique de l'extrême. La thématique « résilience et culture » est très développée en Amérique du Nord, notamment au Canada avec les travaux de Michael Ungar. Nous avons jugé nécessaire d'inscrire notre travail de recherche dans cette perspective *résilience et culture* tout en nous étayant du paradigme de la clinique de la mondialité. En effet, dans le cadre cette recherche réalisée sur deux terrains, deux univers culturels différents, il était nécessaire de nous appuyer sur un paradigme méthodologique et clinique qui nous permettrait de faire le lien entre ces deux mondes, ces deux univers culturels. D'autant plus qu'il y a d'autres mondes, d'autres univers derrière ces mondes portés par des sujets singuliers/pluriels.

Tout au long de cette recherche, j'étais constamment entre deux postures, deux espaces géographiques et deux rôles : en France j'étais le psychologue haïtien qui étudie et réfléchit sur une problématique universelle avec des sujets français qui ont une vision du monde que j'apprends petit à petit à m'approprier. En Haïti, j'étais le psychologue qui habite en France qui vit en Europe, en Occident qui a changé de cadre culturel, qui ne pense plus tout à fait comme les sujets haïtiens rencontrés autour d'une problématique universelle, globale, mondiale mais pensé et représentée avec des modalités différentes selon l'espace-temps. Dans les séances de photolangage© j'étais membre du groupe de participants, *amputé comme tous les autres*. D'où le sentiment d'être entre nous (témoins victimes du même événement traumatique). Les entretiens cliniques de recherche m'ont ramené à chaque fois à la base, l'expérience clinique post séisme, sur la cour de Pax Villa le lieu où l'on venait chercher la vie dans les jardins d'une entreprise funéraire. Comme quoi, la mort ne s'oppose vraiment pas à la vie.

---

<sup>171</sup> Derivois D., L'hypothèse d'une résilience de l'Esprit et des esprits en Haïti. *Sciences Croisées*, 1 (11) ; 2012, 1-9.

Quand je peinais à trouver le bon angle d'attaque pour rédiger cette thèse, Barus-Michel m'a apporté la réponse, la bonne réponse : « le chercheur, premier objet de sa recherche »<sup>172</sup>. Après le séisme, j'étais témoin/victime parce que j'étais là, j'ai vécu les mêmes secousses que mes patients. Dans les groupes de photolangage© et dans les entretiens cliniques de recherche *j'étais aussi témoin/victime parce que j'ai vécu l'amputation dans ma chair aussi*. Quand les sujets me parlent de sensations et de douleurs fantômes, je sais ce que c'est parce que je l'ai vécu aussi.

Le « Où en suis-je ? » dans les questions fondamentales de la posture (*clinique de la mondialité*) qui consiste à se penser dans le monde me parle beaucoup. Parce que je devais constamment penser ma place et mon rôle tout au long de la recherche. J'ai compris finalement que je n'aurai jamais une place assignée. En attendant, je vais essayer de rester au chaud et continuer de jongler avec les quatre questions fondamentales : Qui suis-je ? Où suis-je ? *Quand* suis-je ? *Où* en suis-je ?<sup>173</sup>. Le paradigme de la clinique de la mondialité m'a permis de m'interroger sur mes membres fantômes, physiquement, historiquement, intellectuellement, humainement.

### **9.11- Limites de la recherche**

Cette recherche a des limites parce que la population de recherche n'est pas suffisamment large pour permettre de généraliser les résultats. Et puis, la disparité entre les tranches d'âge des deux populations a engendré des biais qui méritent d'être pris en compte dans la poursuite de cette recherche à l'avenir.

---

<sup>172</sup> Barus-Michel J. (1982). Le chercheur, premier objet de la recherche, *Bulletin de psychologie*, Tome XXXIX, n°377.

<sup>173</sup> Derivois, D. (2021). *Séismes identitaires, trajectoires de résilience. Une clinique de la mondialité*. Chronique sociale.



## CONCLUSION GÉNÉRALE

*« Il ne suffit pas de savoir, il faut aussi appliquer.  
Il ne suffit pas de vouloir, il faut aussi le faire. »*

Johann Wolfgang von Goethe

Nous avons considéré une amputation de membre comme une expérience traumatique dans la mesure où elle entraîne des conséquences physiques et surtout psychologiques. Même si ces conséquences peuvent varier d'une personne à une autre, une amputation exige un véritable travail de deuil et de symbolisation. En effet, à la découverte du moignon d'amputation, l'un des principaux éléments qui reviennent au sujet amputé est l'irréversibilité du changement apporté à son corps. Il sera dès lors nécessaire d'accompagner le sujet à élaborer sa représentation de cette ablation d'une partie de son corps.

Une amputation peut être nécessaire à la survie, dans le contexte d'un diabète ou d'une infection au staphylocoque doré par exemple. Mais pour d'autres sujets, ou dans d'autres contextes il s'agit d'une perte qui change la vie à jamais. C'est donc dans ce sens qu'il est essentiel de prendre en compte le type d'amputation et le contexte dans le dispositif de prise en charge. Les récits de différents sujets rencontrés dans le cadre de ce travail de recherche ont montré qu'une expérience d'amputation de membre pouvait être pensée comme une expérience de transformation.

En effet, certains sujets estiment qu'ils arrivent à explorer la meilleure version d'eux-mêmes après leur amputation de membre. Paul rencontré en Haïti, par exemple, est devenu orthoprothésiste, se sent utile et épanoui dans son métier où il participe à aider d'autres sujets amputés à se réapproprier de leur corps. Nous pouvons de ce fait considérer qu'avec l'amputation, le corps peut aussi changer dans le sens du gain. Car assez souvent, une amputation ouvre de merveilleux horizons dans le cheminement de l'histoire de certaines personnes amputées. Il faut surtout tenir compte d'un élément important dans l'expérience de Paul. Il ne réussit pas dans ce métier parce qu'il a été amputé, mais parce qu'il a pu s'approprier subjectivement de son amputation pour en faire une expérience de transformation. Nous pouvons également prendre l'exemple

de Mr HM rencontré en France qui est devenu psychologue quelques années après l'amputation de sa jambe. Il est content d'avoir pu suivre ses études et pratiquer ce métier qui a redonné du sens à sa vie. Cette recherche nous a permis de redécouvrir la notion de résilience qu'il ne faut pas considérer seulement comme une capacité à affronter les épreuves. Mais surtout comme un processus pour lequel la personne peut avoir besoin d'être accompagnée. Il faudra accompagner la personne à redevenir sujet après l'épreuve.

Au décours d'une amputation de membre, quasiment tous les sujets font l'expérience des sensations fantôme et 30 à 80 % vont avoir des douleurs du membre fantôme<sup>174/175</sup>. Grâce aux dernières recherches des neurosciences, des médicaments de plus en plus efficaces, et des techniques de TCC, les douleurs du membre fantôme sont de mieux en mieux soignées. En revanche, le tableau clinique psychotraumatique peut complexifier la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur. Nous devons, de ce fait, nous décentrer pour mieux élaborer des dispositifs de prise en charge susceptibles d'accompagner les patients à mobiliser des ressources psychiques et culturelles pour affronter leurs expériences traumatiques.

À partir de l'analyse d'après-coup de cette expérience clinique après le séisme du 12 janvier 2010, j'ai pu relever deux enjeux majeurs du contre-transfert dans de tels contextes :

- Selon Fédida P.<sup>176</sup>, le contre-transfert a une fonction de pare-excitation, notamment parce qu'il est à concevoir comme un mécanisme de défense pour le psychisme du clinicien. Car il lui permet de se protéger pendant les rencontres cliniques et d'assurer le bon déroulement du processus analytique et favoriser la rencontre clinique. Le contre-transfert procure à l'analyste une certaine protection contre l'irruption, assez souvent violente, des affects du patient et de ses propres affects. Comme a souligné

---

<sup>174</sup> Limakatso, Katleho et al. "The prevalence of phantom limb pain and associated risk factors in people with amputations: a systematic review protocol." *Systematic reviews* vol. 8,1 17. 10 Jan. 2019, doi:10.1186/s13643-018-0938-8

<sup>175</sup> Ahmed A, Bhatnagar S, Mishra S, Khurana D, Joshi S, Ahmad SM. Prevalence of phantom limb pain, stump pain, and phantom limb sensation among the amputated cancer patients in India: a prospective, observational study. *Indian J Palliat Care*. 2017;23(1):24. doi: 10.4103/0973-1075.197944. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

<sup>176</sup> Fédida P. (1988), L'angoisse dans le contre-transfert ou l'inquiétante étrangeté du transfert, *Topique*, 41, 49-66.

Urtubey<sup>177</sup>, le contre-transfert protège l'analyste contre des épreuves qu'il n'a pas à revivre à la place du patient.

- L'autre enjeu du contre-transfert est qu'il aide l'analyste à comprendre l'inconscient du patient et à interpréter son récit pour rendre explicite, l'implicite caché derrière les éléments manifestes.

Nous avons pu voir aussi que la dynamique transféro-contre-transférentielle se déroule entre similitude et distance dans ce contexte d'un événement traumatique vécu en commun. Parce qu'au-delà des éléments du discours du patient qui font écho au vécu du clinicien de l'expérience traumatique, ce dernier peut arriver à garder une certaine distance en s'appuyant sur son cadre interne. Dans le cas de Kenol, notre cadre interne nous a aidé à nous décentrer pour prendre en compte seulement son récit sans nous laisser influencer par le contexte de l'urgence et la résonance du collectif. Nous devons nous concentrer sur sa perte à lui et l'accompagner à l'élaborer.

Le psychologue a été investi par Mme Paulette et Kenol comme un tuteur de résilience. Son écoute et sa neutralité bienveillante leur ont permis de mettre du sens sur leur expérience traumatique et de mettre en place leur processus de résilience. Ils ont eu besoin de cet espace d'élaboration pour intégrer psychiquement l'expérience traumatique et en faire une partie de leur histoire et non un trou, un vide un fossé entre deux temps (avant/après) de leur vie.

Pendant le processus de rédaction de cette thèse, nous avons pu comprendre aussi pourquoi nous avons mis du temps avant de revenir sur les entretiens pour les analyser. Tous les entretiens ont été traités quelques mois après leur réalisation. Dans l'après coup du processus de recherche, nous avons retenu trois principales raisons : 1- pour prendre du recul ; 2- pour essayer de nous dégager du dispositif praticien vers le dispositif de recherche ; et 3- pour essayer de prendre conscience de notre contre-transfert. Puisqu'ayant vécu une expérience d'amputation comme eux, je voulais, autant que faire se peut, éviter que les échos de leurs affects aux miens viennent influencer l'orientations de mes analyses. Même si comme a dit Barus-Michel : « le

---

<sup>177</sup> Urtubey L. (1994), Le travail du contre-transfert. La revue française de psychanalyse. 59, p. 1271-1372.

chercheur, premier objet de sa recherche »<sup>178</sup>. Et puis, dans ce contexte nous avons repensé à l'expérience poste séisme. Nous avons mis du temps avant de nous engager dans l'élaboration et/ou la rédaction de l'expérience clinique post séisme. Cette expérience était riche mais difficile aussi. Nous avons dû apprendre à devenir aidant dans l'urgence d'une clinique de l'extrême<sup>179/180</sup>. Nous avons pu comprendre que le fait d'avoir pris le large, le fait de partir deux semaines dans une autre ville, après le séisme, loin de Port-au-Prince nous a aidé à garder une certaine distance et d'être contenant. Et puis au bout de certaines séances, nous avons commencé à échanger avec d'autres collègues, jeunes diplômé de psychologie, dans une démarche d'intervision. Ces échanges et les témoignages d'autres psychologues qui sont intervenus après le séisme nous ont permis de comprendre que notre intervention faisait fonction de tuteur résilience<sup>181</sup>. Une tentative d'appropriation subjective<sup>182</sup> de l'expérience traumatique. Comme si nous devions intervenir, participer à l'accompagnement psychologique de cette population traumatisée pour subjectiver.

Les données de cette recherche nous permettent de confirmer que les ressources culturelles peuvent influencer le processus de résilience des sujets victime d'amputation de membre. En effet, quand nous considérons la culture comme étant des modes de significations et de représentations de phénomènes de la vie, il est évident que les sujets vont se représenter leur expérience en fonction de ce que leur culture leur a fourni comme modes de significations. Tout en nuancant que l'intrication du local et du global nous demande d'être à l'écoute des éléments du monde à travers le discours du sujet singulier que nous avons en face. De ce fait, il faut considérer le sujet, comme un sujet singulier/pluriel.<sup>183</sup>

---

<sup>178</sup> Barus-Michel J. (1982). Le chercheur, premier objet de la recherche, *Bulletin de psychologie*, Tome XXXIX, n°377.

<sup>179</sup> Bettelheim, B. (1972). *Le cœur conscient*. Paris : Laffont. (Publication originale 1960).

<sup>180</sup> Korff-Sausse, S. (2016). Les cliniques de l'extrême. *Chimères*, 88, 54-61 <https://doi.org/10.3917/chime.088.0054>

<sup>181</sup> Braud, M. (2018). Clinique dialogique de l'extrême et attachement narratif : la résilience des maux par les mots. *Le sujet dans la cité*, 2(2), 195-207. <https://doi.org/10.3917/lstdlc.009.0195>

<sup>182</sup> Roussillon, R. (2000). Processus de symbolisation et niveaux d'appropriation subjective.

<sup>183</sup> Kaës, R. (2013). Un singulier pluriel. Dans :, R. Kaës, *Un singulier pluriel: La psychanalyse à l'épreuve du groupe* (pp. 245-252). Paris: Dunod.

## BIBLIOGRAPHIE GENERALE

1. Agar, M. H. (1982). Toward an Ethnographic Language. *American Anthropologist*, 84(4), 779-795. <https://doi.org/10.1525/aa.1982.84.4.02a00030>
2. Ahmed, A., Bhatnagar, S., Mishra, S., Khurana, D., Joshi, S., & Ahmad, S. (2017). Prevalence of phantom limb pain, stump pain, and phantom limb sensation among the amputated cancer patients in India: A prospective, observational study. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), 24. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.197944>
3. Ait Ameer, A., Benhemouda, M., & Belaid, A. (2019). Maladie mentale : Quand les croyances familiales entravent le soin. *French Journal of Psychiatry*, 1, S159. <https://doi.org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.439>
4. André, F. (2024). La dynamique transféro-contre-transférentielle entre clinicien et patient à l'épreuve d'un événement traumatique commun, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, ISSN 0003-4487, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.01.017>.  
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000344872400057X>)
5. André, F. (2023). L'expérience de la douleur : Les représentations culturelles pour donner du sens. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 44(330), 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2022.12.005>
6. André F. (2023). Grandir après une expérience d'amputation de membre, *Haïti Perspectives*, vol. 8 • n° 1 • Printemps 2023
7. Assante, V. (2004). Évolution législative de 1975 à 2004 : Regard critique. *Gérontologie et société*, 27 / n° 110(3), 75-93. <https://doi.org/10.3917/gs.110.0075>
8. Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., Vas, A., & Johnson, K. (2018). Chapitre 31. Edgard Schein: In *Conduite du changement : Concepts clés* (p. 305-312). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2018.01.0305>
9. Auxéméry, Y. (2013). L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction: L'information psychiatrique, *Volume 89(8)*, 641-649. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1104>
10. Balthazar, L. (2022). Chapitre 3. Le cadre culturel : Le style national. In *La politique étrangère des États-Unis* (p. 99-131). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.david.2022.01.0099>



11. Barus-Michel, J. (1986). Le chercheur, premier objet de la recherche. *Bulletin de psychologie*, 39(377), 801-804. <https://doi.org/10.3406/bupsy.1986.12818>
12. Béja, J.-P. (2008). Amselle, Jean-Loup. – L'Occident décroché. Enquête sur les postcolonialismes. *Cahiers d'études africaines*, 48(191), 610-612. <https://doi.org/10.4000/etudesafriaines.13262>
13. Bénony, H., & Bioy, A. (2012). Les représentations de la maladie: In *L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin* (p. 19-24). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2012.01.0019>
14. Bettelheim, B. (1980). *Le Coeur conscient : Comment garder son autonomie et parvenir à l'accomplissement de soi dans une civilisation de masse*. Laffont.
15. Bion, W. R. (2014). *Recherches sur les petits groupes* (9e éd., 6e tirage). PUF.
16. Bokanowski, T. (2015). Le concept de traumatisme en psychanalyse. *Sillages critiques*, 19. <https://doi.org/10.4000/sillagescritiques.4153>
17. Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience : Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
18. Boursier, J.-Y. (2012). Guerre, traumatisme et récit: Cliniques méditerranéennes, n° 86(2), 219-228. <https://doi.org/10.3917/cm.086.0219>
19. Bowao, C. Z. (2004). *La mondialité entre histoire et avenir*. Éd. Paari.
20. Braud, M. (2018). Clinique dialogique de l'extrême et attachement narratif : La résilience des maux par les mots: Le sujet dans la cité, N° 9(2), 195-207. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.009.0195>
21. Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress : Effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 445-461. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/jbremner>
22. Bremner, J. D., & Reed, L. (2014). *You can't just snap out of it : The real path to recovery from psychological trauma : introducing the START NOW program*. Laughing Cow Books.
23. Brun, A. (2014). René Roussillon Dispositif praticien et dispositif de recherche», in *Manuel de pratique clinique*, Masson, 2012 ,213-231: In 40 commentaires de textes en psychologie clinique (p. 371-379). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chagn.2014.02.0371>

24. Bruno, P. (2019). Le complexe paternel. Le masque et la toile: In *La différence freudienne* (p. 379-388). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bruno.2019.01.0379>
25. Cadichon, J. M. & Derivois, D. (2016). Vulnérabilité et résilience des élèves haïtiens dans le contexte post séisme en Haïti. [Vulnerability and resilience of Haitian students in the post-earthquake context in Haiti.] 57ème congrès annuel de la Société Française de Psychologie, 5–7 September 2016. Paris, France.
26. Caillot, J.-P. (1982). *Thérapie familiale psychanalytique et paradoxalité*. Clancier-Guénaud.
27. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Éds.). (2014). *Handbook of posttraumatic growth : Research and practice*. Psychology Press.
28. Cedraschi C. (2003). Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique. Dans J. Wrobel, *Aspect psychologique de la douleur chronique* Paris, 2003, pp. 106-118.
29. Cénat, J. M. (2018). *Traumas et résilience : Leçons du tremblement de terre de 2010 en Haïti*. Hermann Presses de l'Université Laval.
30. Cénat, J. M., & Derivois, D. (2014). Psychometric properties of the Creole Haitian version of the Resilience Scale amongst child and adolescent survivors of the 2010 earthquake. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 388-395. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.09.008>
31. Cénat, J. M., & Derivois, D. (2015). LONG-TERM OUTCOMES AMONG CHILD AND ADOLESCENT SURVIVORS OF THE 2010 HAITIAN EARTHQUAKE : PTSD and Depression Following the 2010 Haiti Earthquake. *Depression and Anxiety*, 32(1), 57-63. <https://doi.org/10.1002/da.22275>
32. Chahraoui, K. (2021). Chapitre 11. L'entretien clinique de recherche: In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 179-196). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0179>
33. Charlier, P. (2020). *Vaudou : L'homme, la nature et les dieux Bénin*. Plon.
34. Charlier, P. (2021). Anthropologie de la mort infectieuse. *Médecine Tropicale et Santé Internationale - Bulletin*, 2021: Anthropologie médicale/Medical anthropology. <https://doi.org/10.48327/MTSIBULLETIN.2021.107>
35. Cicchetti, D. (2015). Development and Psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éds.), *Developmental Psychopathology* (1re éd., p. 1-23). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470939383.ch1>

36. Ciccone, A. (2012). La transmission psychique inconsciente. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.cicco.2012.02>
37. Ciccone, A. (2023). Honte, culpabilité et traumatisme. Dunod.
38. Clanet, C. (1993). L'interculturel : Introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines (2e éd. rev. et augm). Presses universitaires du Mirail.
39. Cochet, F. (2014). Les traumatismes de 14-18: In La guerre (p. 175-180). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.testo.2014.01.0175>
40. Coyer, G. (2020). L'usage clinique de la notion de culture: Psychologie clinique et projective, n° 27(1), 13-33. <https://doi.org/10.3917/pcp.027.0013>
41. Crocq, L. (2018). XIV. Les traumatismes psychiques de guerre: In Guerre et Psychologie (p. 183-201). Hermann. <https://doi.org/10.3917/herm.baech.2018.01.0183>
42. Csikszentmihalyi, M. (2013). Creativity : The psychology of discovery and invention (First Harper Perennial Modern Classics edition). Harper Perennial.
43. Cyrulnik, B. (1999). Un merveilleux malheur. O. Jacob.
44. Cyrulnik, B. (2012). Sauve-toi, la vie t'appelle. Odile Jacob.
45. Dellucci, H. (2014). Psychotraumatologie centrée compétences: Thérapie Familiale, Vol. 35(2), 193-226. <https://doi.org/10.3917/tf.142.0193>
46. Derivois D. (2012). L'hypothèse d'une résilience de l'Esprit et des esprits en Haïti. [Reflection about Resilience of Spirit and of religious spirits in Haiti.] Sciences croisées, 11, 1-9. <http://sciences-croisees>.
47. Derivois, D. (2014). Multi-Natural Disasters in Gonaives Haiti : Long-term Outcomes among Child and Adolescents and Social Support. International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, 16(2). <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000115>
48. Derivois, D. (2017). Clinique de la mondialité. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.lapla.2017.01>
49. Derivois, D. (2021). *Séismes identitaires, trajectoires de résilience. Une clinique de la mondialité*. Chronique sociale.
50. Derivois, D., & Cénat, J. M. (2014). Événement sismique et séismes du monde interne : Le cas d'un préadolescent Haïtien. L'Évolution Psychiatrique, 79(4), 643-653. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.09.001>

51. Derivois, D., Mérisier, G. G., Cénat, J.-M., & Castelot, V. (2014). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Social Support Among Children and Adolescents After the 2010 Haitian Earthquake. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 202-212. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.789759>
52. Devereux G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
53. Devereux, G. (1951). *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*. Paris : Fayard, 2016
54. Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond Money : Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x>
55. Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Seuil.
56. Dubois, J., Mitterand, H., & Dauzat, A. (2013). *Dictionnaire étymologique & historique du français*. Larousse.
57. DUMET N., BROYER G. (sous dir. de) (2002), *Avoir ou être un corps ?*, Limonest, L'interdisciplinaire.
58. Durkheim, É., Hulak, F., & Sintomer, Y. (2020). *Sociologie politique*. PUF.
59. Ellenberger, H.-F., & Delille, E. (2017a). *Ethno-psychiatrie : Édition critique annotée*. ENS éditions.
60. Émile Nau, E. (1884). *Histoire des caciques d'Haïti*, Paris, Gustave Guérin et Cie éditeurs.
61. Favez-Boutonier, J. (1959). *La psychologie clinique : objet, méthode, problèmes*. Paris : Les cours de la Sorbonne.
62. Fédida P. (1988), *L'angoisse dans le contre-transfert ou l'inquiétante étrangeté du transfert*, *Topique*, 41, 49-66.
63. Ferenczi, S. (2006). *Le traumatisme (Éd. de poche)*. Payot & Rivages.
64. Fernandez, L., & Pardinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique: Recherche en soins infirmiers, N° 84(1), 41-51. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>
65. Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé (2e éd)*. Dunod.
66. Forducey, P.G., Ruwe, W. D., Kaur, W. D. (2006). Psychological consequences of amputation. In Carroll, K. & Edelstein, J. E. *Prosthetics and patient*

- management: a comprehensive clinical approach . U.S.A: Slack incorporated, 2006, pp. 65-75.
67. Fortin, L., & Bigras, M. (2000). La résilience des enfants : Facteurs de risque, de protection et modèles théoriques : Bien-être subjectif et facteurs de protection. *Pratiques Psychologiques*, 49-63.
  68. Freud, S. (2013a). Au-delà du principe de plaisir. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.freud.2013.01>
  69. Freud, S. (1909). Cinq leçons sur la psychanalyse, Paris, Payot, 1992,9-68.
  70. Freud, S. (1916-1917). *Introduction à la psychanalyse*, trad. franç., Paris, Payot, 1992.
  71. Freud, S. (1927). *L'Avenir d'une illusion, IX*, trad. B. Lortholary, (Points Seuil, 2011), p.106-107
  72. Freud, S. et Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie, précédées de Communication préliminaire (1893)*. Paris: PUF. (Traduction française, 1953.)
  73. Furtos, J. (2009). De la précarité à l'auto-exclusion : Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup' : 8 avril 2009. Éditions Rue d'Ulm.
  74. Gallagher, P., & MacLachlan, M. (2000). Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthetics & Orthotics International*, 24(3), 196-204. <https://doi.org/10.1080/03093640008726548>
  75. Garmezy, N. (1985). « Stress Resistant Children : The Search for Protective Factors. », in *Recent Research in Developmental Psychopathology.*, par James Eric Stevenson, Pergamon Press, A Book Supplement to the Journal of Child Psychology and Psychiatry, n° 4 (pp. 213-233). Oxford : Pergame.
  76. Garmezy, N. (1991). Resilience in Children's Adaptation to Negative Life Events and Stressed Environments. *Pediatric Annals*, 20(9), 459-466. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-19910901-05>
  77. Garmezy, N. (1993). Children in Poverty : Resilience Despite Risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136. <https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024627>
  78. Geertz, C. (1998). La description dense : Vers une théorie interprétative de la culture. *Enquête*, 6, 73-105. <https://doi.org/10.4000/enquete.1443>
  79. Geertz, C. (2009). *The interpretation of cultures : Selected essays (Repr.)*. Basic Books.
  80. Goethe : *Faust II* – acte I – « Galerie sombre » (v. 6173 – 6306), *op. cit.*, pp. 271-276.

81. Graber, C. B. (2006). The New UNESCO Convention on Cultural Diversity : A Counterbalance to the WTO?1. *Journal of International Economic Law*, 9(3), 553-574. <https://doi.org/10.1093/jiel/jgl018>
82. Green, A. (1990). *La Folie privée*, Paris, Gallimard, p. 74
83. Guze, S. B. (1995). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). *American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1228-1228. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
84. Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery : The aftermath of violence ; from domestic abuse to political terror* (2015 edition). Basic Books.
85. Houtart, F. et Remy, A. (1997). *Les référents culturels à Port-au-Prince : Études des mentalités face aux réalités économiques, sociales et politiques*. CRESFED.
86. Josse, É. (2017). Chapitre 21. Le traumatisme complexe: In *Pratique de la psychothérapie EMDR* (p. 235-244). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tarqu.2017.01.0235>
87. Junker-Tschopp, C. (2012). Corps amputé, corps appareillé : comment reconstruire et réinvestir ce corps malmené dans son unité? Schéma corporel et perspectives neuro-psychomotrices. *Les Entretiens de Psychomotricité*. Bichat, 47-53
88. Kaës R. (1998), « Une différence de troisième type. Différence culturelle et souffrances de l'identité », in Kaës R., Ruiz-Correa O.-B. et collab., *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod
89. Kaës, R. (1997). Dire le traumatisme. In: Doray B, Louzoun C, editors. *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*. Ramonville-Saint-Agne: Erès (ed); 1997. p. 197–213.
90. Kaës, R. (2010). *La parole et le lien*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.kaes.2010.01>
91. Kaës, R. (2014). Métapsychologie des espaces psychiques coordonnés: *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 62(1), 7-23. <https://doi.org/10.3917/rppg.062.0007>
92. Karray, A. et Derivois, D. (2020). Quelle résilience pour quels modèles de société ? <https://theconversation.com/fr>
93. Karmann, C., & Dinvaut, A. (2022). Résilience collective, apprentissages, enseignement. *Hommes & migrations*, 1339, 71-78. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.14559>

94. Korff-Sausse, S. (2016). Les cliniques de l'extrême: Chimères, N° 88(1), 54-69.  
<https://doi.org/10.3917/chime.088.0054>
95. Kuttner, L. (2010). A child in pain: What health professionals can do to help. Bancyfelin: Crown House Publishing, p. 1
96. Kübler-Ross, E., & Bianu, Z. (2019). La mort est une question vitale : L'accompagnement des mourants pour changer la vie (Nouvelle éd). Albin Michel.
97. Lagache, D. (1949). L'unité de la psychologie : psychologie expérimentale et psychologie clinique. Paris. Presse universitaires de France.
98. Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). Vocabulaire de la psychanalyse (5. ed). Pr. Univ. de France.
99. Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions : A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-22.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
100. Le Pichon, A., Sow, M., & Eco, U. (2011). Le renversement du ciel : Parcours d'anthropologie réciproque. CNRS.
101. Limakatso, K., Bedwell, G. J., Madden, V. J., & Parker, R. (2019). The prevalence of phantom limb pain and associated risk factors in people with amputations : A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 8(1), 17.  
<https://doi.org/10.1186/s13643-018-0938-8>
102. Maimela, E., Alberts, M., Modjadji, S. E. P., Choma, S. S. R., Dikotope, S. A., Ntuli, T. S., & Van Geertruyden, J.-P. (2016). The Prevalence and Determinants of Chronic Non-Communicable Disease Risk Factors amongst Adults in the Dikgale Health Demographic and Surveillance System (HDSS) Site, Limpopo Province of South Africa. *PLOS ONE*, 11(2), e0147926.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147926>
103. Masselin-Dubois, A. (2016). Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et Mindfulness, un modèle de flexibilité psychologique pour la douleur chronique. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 17(5), 233-251.  
<https://doi.org/10.1016/j.douler.2016.08.003>
104. Masselin-Dubois, A., Enert-Barbero, N., & Gazagne, A. (2022). Adaptation des pratiques psychologiques en clinique de la douleur durant la pandémie de la COVID-19. *Pratiques Psychologiques*, 28(2), 59-79.  
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2022.01.001>

105. Masten, AS et Reed, MJ (2002). Résilience dans le développement. Dans CR Snyder et SJ Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 117-131). New York : Presses universitaires d'Oxford.
106. Matsumoto, D. (2000). *Culture and psychology : People around the world* (Second ed). Wadsworth.
107. Matsumoto, D. R. (2000). *Culture and psychology : People around the world* (2. ed). Wadsworth.
108. Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and Self-Stigma in Addiction. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(2), 275-286. <https://doi.org/10.1007/s11673-017-9784-y>
109. Merleau-Ponty, M. (1960). « De Mauss à Claude Lévi Strauss », *Signes*, Paris, Gallimard, p. 75.
110. Mestaoui, L. (2017). Le « butin de guerre » camusien, de Kateb Yacine à Kamel Daoud. *Babel*, 36, 143-159. <https://doi.org/10.4000/babel.5002>
111. Mitchell, S. W. (1874). *Des Lésions des Nerfs et de leurs Conséquences*. Trad par M. Dastre, Masson et Cie., Paris, <http://www.cfdrm.fr>.
112. Morin, C. (2013). Schéma corporel, image du corps, image spéculaire : Neurologie et psychanalyse. Érès éd.
113. Mouchenik, Y., Dauriac-Le Masson, V., Marquer, C., Marty-Chevreuril, A., Georges, R., Derivois, D., & Moro, M.-R. (2017). Traumatismes et résiliences chez les enfants de 3 à 6ans dans trois quartiers de Port-au-Prince après le séisme de 2010 en Haïti. *L'Encéphale*, 43(1), 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.04.002>
114. Moukouta, C. S. (2004). *Maladie mentale : Représentations, itinéraires thérapeutiques au Congo*. Paari.
115. Nassikas, K. (2004). *Le trauma entre création et destruction*. l'Harmattan.
116. Nowicki, J. (2008). La diversité culturelle comme élément d'identité nationale : Le cas de l'europe médiane. *Hermès*, n° 51(2), 101. <https://doi.org/10.4267/2042/24182>
117. Ortiz-Catalan, M. (2018). The Stochastic Entanglement and Phantom Motor Execution Hypotheses : A Theoretical Framework for the Origin and Treatment of Phantom Limb Pain. *Frontiers in Neurology*, 9, 748. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00748>



118. Panyi L. K., & Lábadi B. (2015). Pszichológiai alkalmazkodás alsóvégtag-  
amputációt követően. Kvantitatív és kvalitatív kutatási eredmények. Orvosi  
Hetilap, 156(39), 1563-1568. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30257>
119. Parkes, C. M. (1973). Factors determining the persistence of phantom pain in the  
amputee. *Journal of Psychosomatic Research*, 17(2), 97-108.  
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(73\)90010-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(73)90010-X)
120. Penn-Barwell, J. G. (2011). Outcomes in lower limb amputation following  
trauma : A systematic review and meta-analysis. *Injury*, 42(12), 1474-1479.  
<https://doi.org/10.1016/j.injury.2011.07.005>
121. Ramachandran, V. S., & Hirstein, W. (1998). The perception of phantom limbs.  
The D. O. Hebb lecture. *Brain: A Journal of Neurology*, 121 ( Pt 9), 1603-1630.  
<https://doi.org/10.1093/brain/121.9.1603>
122. Ravaud, J.-F., Letourmy, A., & Ville, I. (2002). Les méthodes de délimitation de  
la population handicapée : L'approche de l'enquête de l'Insee Vie quotidienne  
et santé: *Population*, Vol. 57(3), 541-565.  
<https://doi.org/10.3917/popu.203.0541>
123. Rigal, S. (2012). Extremity amputation : How to face challenging problems in a  
precarious environment. *International Orthopaedics*, 36(10), 1989-1993.  
<https://doi.org/10.1007/s00264-012-1548-z>
124. Rouchy, J. C. (Éd.). (2001). *La psychanalyse avec Nicolas Abraham et Maria  
Torok*. Erès.
125. Rouchy, J.-C. (2007). *Le groupe, espace analytique : Clinique et théorie* (2ème  
éd. revue et augmentée, préfacée). Éd. Erès.
126. Roussillon, R. (2000a). "Traumatismes et liaisons primaires non symboliques",  
*Actualités psychosomatiques*, Association Genevoise de Psychosomatique  
(AGEPSO), N°3.
127. Roussillon, R. (2000b). Le processus de symbolisation et ses étapes. Dans  
*Matière à symbolisation*. Lonay : Delachaux et Niestlé. [https://www.mediations-  
aquatiques.com/articles/article-le-processus-de-symbolisation.pdf](https://www.mediations-aquatiques.com/articles/article-le-processus-de-symbolisation.pdf).
128. Roussillon, R. (2000c). Processus de symbolisation et niveaux d'appropriation  
subjective. <https://reneroussillon.com/le-travail-de-symbolisation-2>.
129. Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J.  
Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nüchterlein, & S. Weintraub (Éds.), *Risk  
and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (1re éd., p.

181-214). Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511752872.013>

130. Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings : Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
131. Schniewind, A. (2013). La détresse dans l'œuvre freudienne : Une figure de dépression originaire. In C. Chabert, *Narcissisme et dépression* (p. 223). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chabe.2013.01.0223>
132. Schrier, E., Geertzen, J. H. B., Scheper, J., & Dijkstra, P. U. (2019). Psychosocial factors associated with poor outcomes after amputation for complex regional pain syndrome type-I. *PLOS ONE*, 14(3), e0213589. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213589>
133. Segond, L. (1978). *La Sainte Bible (Nouv. version Segond révisée)*. Alliance Biblique Universelle.
134. Selye, H. (1984). *The stress of life* (Rev. ed). McGraw-Hill.
135. Séminaire interuniversitaire sur la clinique du handicap (Éd.). (2007). *Cliniques du sujet handicapé : Actualité des pratiques et des recherches*. Érès.
136. Sherman, R. A., & Sherman, C. J. (1983). Prevalence and characteristics of chronic phantom limb pain among American veterans. Results of a trial survey. *American Journal of Physical Medicine*, 62(5), 227-238.
137. Simon, P. Y. R., & Rousseau, P.-F. (2017). Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders with the Alpha-1 Adrenergic Antagonist Prazosin : A Review of Outcome Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(3), 186-198. <https://doi.org/10.1177/0706743716659275>
138. Spire, A. (2009). *La résilience : Entretien avec Boris Cyrulnik*. le Bord de l'eau.
139. Splavski, B., Rotim, K., Boop, F. A., Gienapp, A. J., & Arnautović, K. I. (2020). Ambroise Paré : His Contribution to the Future Advancement of Neurosurgery and the Hardships of His Times Affecting His Life and Brilliant Career. *World Neurosurgery*, 134, 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.10.187>
140. Surgy, A. D. (1975). Le « culte des ancêtres » en pays evhé. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, 1, 105-128. <https://doi.org/10.4000/span.205>
141. Theis, A. (2006). « Approche psychodynamique de la résilience. Étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil. », *Université Nancy 2*, p.16-17.

142. The real wealth of nations : Pathways to human development (20th anniversary ed). (2010). United Nations Development Programme.
143. Tisseron, S. (2021). La résilience (7e éd. mise à jour). Que-sais-je ?
144. Tomkiewicz, S. (2005). L'émergence du concept. Dans : Fondation pour l'enfance éd., *La résilience : le réalisme de l'esérance* (pp. 45-66). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.fonda.2005.01.0045>
145. Tredgold, T. (2014). Practical essay on the strength of cast iron and other metals : Containing practical rules, tables, and examples, founded on a series of experiments, with an extensive table of the properties of materials. Volume 1 (E. Hodgkinson, Éd.). Cambridge University Press.
146. UNESCO (1982). Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982.
147. Ungar, M. (2006a). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
148. Ungar, M. (2006b). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
149. Urtubey, L. (1994). Le travail du contre-transfert. *La revue française de psychanalyse*. 59, p. 1271-1372.
150. Vacheret, C. (2010). « Le photolangage, une médiation thérapeutique un bref historique des théories groupales », *Le Carnet PSY*, vol. 141, no. 1, pp. 39-42.
151. Vermeer, Hans J. (1983a) 'Translation theory and linguistics', in Pauli Roinila, Ritva Orfanos, and Sonja Tirkkonen-Condit (eds) *Näkökohtia kääntämisen tutkimuksesta*. Joensuu (= Joensuun kokeakoulu, kielten osaston ulkaisuja 10), 1-10.
152. Ville, I. (2002). Identité, représentations sociales et handicap. Déficiences motrices et situations de handicap, 47-52, Consulté à l'adresse : [http://accueilpourtous.org/IMG/pdf/identite\\_representations.pdf](http://accueilpourtous.org/IMG/pdf/identite_representations.pdf).
153. Vinsonneau, G. (2002). Le développement des notions de culture et d'identité : Un itinéraire ambigu: Carrefours de l'éducation, n° 14(2), 2-20. <https://doi.org/10.3917/cdle.014.0002>
154. Vivier-Vacheret, C. (2010). Le photolangage, une médiation thérapeutique un bref historique des théories groupales: *Le Carnet PSY*, n° 141(1), 39-42. <https://doi.org/10.3917/lcp.141.0039>

155. Walsh, F. (2017). *Strengthening family resilience* (Third edition. Paperback edition). The Guilford Press.
156. Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.349>

## ANNEXES

### 1- Tableaux récapitulatif des résultats

Les tableaux ci-dessous présentent un récapitulatif des données collectées sur les deux terrains de recherche. Les données présentées dans ces quatre tableaux correspondent aux indicateurs d'analyse de la recherche.

**Tableau 1**

<b>Tableau récapitulatif des données démographiques - Haïti</b>					
<b>#</b>	<b>Sexe</b>	<b>Âge</b>	<b>Type amputation</b>	<b>Causes/contexte</b>	<b>Activités socioprofessionnelles</b>
1	F	31	Jambe droite	Séisme de 2010	Gestionnaire / comptable
2	F	60	Bras gauche	Séisme de 2010	Détaillante (revendeuse)
3	F	41	Jambe gauche	Séisme de 2010	Comptable
4	H	42	Jambe droite	Séisme de 2010	Ouvrier du bâtiment (maçonnerie)
5	H	28	Jambe gauche	Séisme de 2010	Orthoprothésiste
6	F	36	Bras droit et jambe droite	Séisme de 2010	Technicienne laboratoire médicale
7	H	49	Jambe gauche	Accident de la route	Prédicateur (protestant)
8	H	41	Jambe gauche	Accident de la route	Chauffeur de Taxi (motocyclette)
9	H	54	Jambe droite	Accident de la route	Commerce
10	F	46	Jambe gauche	Accident de la route	Commerce
11	H	20	Bras droit	Séisme de 2010	Étudiant
12	H	17	Jambe droit	Accident de la route	Élève
13	H	39	Jambe gauche	Accident moto-cross – sport extrême	Entrepreneur
14	H	27	Deux bras	Électrocution	Ouvrier du bâtiment (maçonnerie)
15	H	46	Bras gauche	Électrocution	Électricien
16	H	28	Jambe droite	Électrocution	Musicien
17	F	31	Deux jambes	Malformation congénitale.	Secrétaire
18	F	14	Deux jambes	Maladie	Élève
19	F	57	Jambe gauche	Le Diabète	Détaillante (revendeuse)
20	H	32	Jambe droite	Maladie depuis 9 ans	Couturier

**Tableau 2**

Tableau récapitulatif des données collectées en Haïti							
#	Ancienneté amputation	Expérience amputation	Membre fantôme	Conséquences amputation et changement provoquer	Le regard des autres	Support famille et groupe d'appartenance	Ressources culturelles
1	5 ans	Elle ne pouvait pas accepter son amputation. Elle a fini par l'accepter grâce à sa foi et son travail selon elle. A chaque fois qu'elle a une dispute avec son copain elle l'associe à son amputation.	Elle a des douleurs fantômes.	Conséquences psychologiques : son amputation a été une véritable blessure narcissique. Elle évite certains endroits parce qu'elle a peur. Son amputation provoque une hypervigilance.	Elle est victime du regard méprisant des autres	Elle a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
2	5 ans	Elle a très mal vécu son amputation. Elle a deux enfants, elle souffre beaucoup parce qu'elle ne peut plus poursuivre ses activités habituelles.	Elle a des douleurs fantômes.	Conséquences psychologiques : elle est stigmatisée à cause de son amputation. Changement au niveau de ses activités socio-économiques.	Elle est victime du regard méprisant des autres	Elle a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
3	5 ans	C'était une expérience très difficile pour elle, d'autant plus qu'elle a perdu son mari professeur d'université pendant le séisme. Elle 4 enfants, l'ainé a du mal à l'accepter avec son amputation. Elle souffre beaucoup de ce rejet de fils aîné. Elle a beaucoup de mal à se regarder dans la glace. Son image du corps ou sa représentation de son corps est très affectée.	Elle a des douleurs fantôme.	Conséquences psychologiques : elle s'isole parce qu'elle appréhende le regard des autres. Elle n'assume pas son corps déformé à cause de son amputation. Elle ne s' imagine pas dans une position intime avec un homme à cause de son amputation. Elle considère qu'elle a vécu une double amputation parce qu'elle a perdu son mari le même jour. Changement dans son quotidien elle fait de moins en moins de choses. Elle a pris du poids parce qu'elle ne fait plus de sport. Elle n'est pas capable d'aller à la salle de sport parce qu'elle	Elle est victime du regard méprisant des autres	Elle a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse

				n'assume pas son corps.			
4	5 ans	C'est une expérience très difficile pour lui parce qu'il a le sentiment qu'il n'est plus comme avant, car il se trouve dans la difficulté de continuer normalement ses activités quotidiennes. Il était maçon, vu qu'il n'a qu'une seule jambe, il trouve très rarement du travail, surtout qu'il travaille à l'intérim.	Il a des douleurs fantômes	Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. L'amputation a provoqué beaucoup de changements dans sa pratique professionnelle.	Il est victime du regard méprisant des autres	Il a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
5	5 ans	Au début, il avait un peu de mal à accepter ce qui lui est arrivé, mais il finit par trouver cette formation d'orthoprothésiste qui l'a beaucoup aidé à accepter son amputation. Il adore son travail et il est épanoui dans ce qu'il fait chaque jour. Et puis il s'appuie beaucoup sur sa foi en Dieu.	Il a des sensations fantômes	Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Son amputation a changé son orientation professionnelle. Il est devenu orthoprothésiste, un métier qui a eu beaucoup d'effets positifs sur sa représentation de son expérience traumatique.	Il est victime du regard méprisant des autres, mais son travail l'a beaucoup valorisé	Il a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
6	11 ans	Elle a très mal vécu son amputation traumatique. D'autant plus que lors du séisme elle a perdu sa sœur, sa nièce et son fiancé dans l'appartement avec elle. C'était une expérience très dure mais elle arrive à réaliser beaucoup de choses, elle joue pour l'équipe de foot féminine amputée d'Haïti, elle a une page Facebook où elle prodigue des conseils pour aider d'autres personnes à remonter leur moral.	Elle a des sensations fantômes.	Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Son copain l'avait quitté, il s'est marié à son insu. Son amputation a provoqué beaucoup de changements dans son quotidien. Elle a dû arrêter de faire des choses qu'elle faisait avant son amputation.	Elle est victime du regard méprisant des autres	Elle a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse

7	18 ans	Après son amputation il a pensé à une femme qu'il courtisait, mais cette femme ne lui a jamais rendu visite et ce fut une déception pour lui. Il dit qu'il avait trouvé un verset Biblique qui l'avait aidé à surmonter l'expérience. « L'esprit d'un homme peut endurer sa maladie ; mais l'esprit abattu, qui peut le supporter ? (Proverbes 18 :14) ». Pour lui le fait de prêcher l'évangile et d'essayer de redonner l'espoir aux autres l'aide à supporter son amputation. "celui qui arrose se trouve arroser aussi" dit-il.	Il n'a plus de douleurs fantômes	Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Il s'est senti diminuer. Une jeune femme qu'il avait essayé de draguer l'a humilié à cause de son amputation. Son amputation a provoqué beaucoup de changements dans son quotidien. Il a dû faire du changer de métier. Et il a renforcé sa pratique religieuse pour devenir prédicateur.	Il est victime du regard méprisant des autres	Il a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
8	2 ans	Il a très mal vécu son amputation. Il conduisait une moto quand il a été fauché par une voiture. Depuis cette perte de sa jambe gauche, il ne peut plus rien faire et se trouve dans cette incapacité à reprendre ses activités habituelles.	Il a des sensations fantômes	Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Son amputation a beaucoup changé son quotidien, il a dû arrêter son activité économique. Il se trouve dans une certaine précarité provoquée par son amputation.	Il est victime du regard méprisant des autres	Il a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
9	7 ans	Il a beaucoup souffert de son amputation. Il avait beaucoup de mal à supporter le regard des autres. Il a dû prendre de la distance de ses enfants, pour leur épargner la représentation péjorative de la personne amputée. Il est devenu très pratiquant du protestantisme (église chrétienne) pour mieux supporter son traumatisme. Il est confiant qu'il va retrouver sa jambe amputée au ciel (avec sa foi, il est confiant qu'il ira au ciel avec Jésus).	Il n'a plus de douleurs fantômes, mais les sensations fantômes demeurent	Conséquences psychologiques : son amputation a eu beaucoup d'impacts sur son estime de soi. Il s'est isolé même de ses proches à cause de la stigmatisation des personnes porteuses de handicap en Haïti. Son amputation a eu beaucoup de changements sur son quotidien, il était obligé de faire du commerce pour essayer de répondre à ses besoins.	Il est victime du regard méprisant des autres	Il a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse



10	11 ans	Elle vit très mal la perte de sa jambe. Elle subit le regard méprisant des gens dans la rue. Tout en étant certaine de l'irréversibilité de la perte de sa jambe, elle reste convaincue qu'il ira au ciel avec un corps entier. C'est cette foi en Dieu qu'elle utilise comme tuteur de résilience pour accepter son amputation.	Elle a des sensations fantômes.	Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Elle s'est sentie diminuer. Son amputation a provoqué beaucoup de changements dans son quotidien. Elle fait du commerce mais comme elle ne peut pas être active à cause de son amputation, elle ne gagne pas bien sa vie.	Elle est victime du regard méprisant des autres	Elle a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
11	1 mois	Il très mal vécu son amputation. Il disait que la vie est pour lui parce qu'il ne pourra pas continuer ses études. Il pensait qu'il n'avait plus sa place auprès de ses amis. Il a pleuré parce qu'il n'arrivait pas à écrire son nom avec sa main gauche.	Il avait des sensations fantômes	Conséquences psychologiques : Son amputation a été une véritable blessure narcissique, il se sent diminuer, il cherche à s'isoler. Son amputation va provoquer beaucoup de changements dans sa vie. Il doit désormais apprendre à écrire avec la main gauche.	Il appréhende le regard des autres.	Il a le soutien de sa famille.	Études - Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
12	1 mois	Son amputation traumatique a été très difficile pour lui. Il a grandi dans une famille chrétienne, il a la foi en Dieu et prie beaucoup. Il a dit : « les choses cachées sont à Dieu, il peut arriver que je revienne normale ». Au-delà de la foi et la prière, il utilise aussi l'écriture comme tuteur de résilience.	Il n'a pas encore de douleurs fantômes	Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Il a très peu d'amis. Il s'isole, il s'est réfugié dans la prière et l'écriture/la littérature pour surmonter son amputation.	Il est victime du regard méprisant des autres	Il a le soutien de sa famille	Études - Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
13	5 mois	Il a très mal vécu son amputation. Il a un sentiment d'injustice et victimaire parce que son amputation est la conséquence d'une erreur médicale selon lui. Du fait de son niveau socioéconomique et comme il se déplace régulièrement en voiture, il dit ne pas être affecté par le regard des gens. Mais son profond sentiment de rejet est dû	Il a des douleurs fantômes	Conséquences psychologiques : Son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. C'est une véritable blessure narcissique pour lui. D'autant plus que sa femme l'a quitté à cause de son amputation. Il a discours victimaire envers le personnel médical. Son amputation n'a pas beaucoup changé son	Il ne se préoccupe pas du regard méprisant des autres	Sa femme l'a quitté après son amputation.	Spiritualité / Croyance

		au fait que sa femme l'a abandonné après son amputation.		activité professionnelle. Son entreprise continue de fonctionner comme avant.			
14	6 mois	Il a très mal vécu son amputation Il est ouvrier du bâtiment, spécialiste de la maçonnerie, il travaillait dans une construction. Alors qu'il montait un chainage, le fer a été électrisé par un câble traversé par une haute tension et puis ses deux bras ont été électrocutés.	Il a des douleurs fantômes	Conséquences psychologiques : Son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Il s'est senti diminuer. Son amputation de ses deux bras a complètement changé son activité professionnelle. Il ne peut plus travailler comme maçon.	Il n'est pas victime du regard méprisant des autres grâce à sa condition socioéconomique	Il a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
15	3 ans	Il est électricien, pendant qu'il faisait un raccordement de réseau électrique pour un particulier, son bras gauche a été électrocuté. Il était aussi mécanicien, maintenant qu'il ne peut plus poursuivre ses activités professionnelles, il fait du commerce. Sa femme a trouvé du travail après son amputation et c'est elle qui répond au besoin du foyer.	Il a des douleurs fantômes	Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Son amputation a provoqué un changement total dans son activité professionnelle. Il était électricien, maintenant il fait du commerce.	Il est victime du regard méprisant des autres	Il a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
16	8 ans	Il souffre beaucoup de la représentation péjorative des personnes amputées et/ou porteuses de Handicap en Haïti. Les parents de sa copine le traite de kokobe (sous hommes / moins que rien).	Il a des douleurs fantômes	Conséquences psychologiques : Son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Son amputation a provoqué beaucoup de changement dans son quotidien, notamment le regard des gens sur lui.	Il est victime du regard méprisant des autres	Il a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
17	28 ans	Elle est née avec une malformation au niveau des jambes, elle s'est fait amputé de ses deux jambes à l'âge de 3 ans. Elle a refusé d'aller à l'école parce qu'elle avait beaucoup de mal à vivre sa différence des enfants normaux de la classe et de toute l'école. Sa mère	Elle a des douleurs fantômes.	Conséquences psychologiques : Son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Comme elle était amputée très jeune, elle a dû supporter pendant longtemps le regard méprisant de ses camarades à l'école. Son	Elle est victime du regard méprisant des autres	Elle a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse

		l'encourageait au fur et à mesure et elle avait pu s'adapter plus ou moins. Elle a eu son bac, elle a fait une formation pour être secrétaire et elle avait trouvé un emploi juste après sa formation.		amputation n'a pas changé son quotidien parce qu'elle a grandi avec ce corps mutilé.			
18	3 ans	Elle le vit très mal. Elle est persuadée que son amputation a des origines mystiques. Elle pense que les garçons ne vont jamais s'intéresser à elle. Elle s'investit beaucoup dans sa scolarité. Comme elle est prise en charge par une congrégation religieuse, elle pense qu'elle va devenir religieuse dans le cas où elle n'arrive pas à se mettre en couple.	Elle a des douleurs fantômes.	Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Elles se dévalorise, elle pense que les garçons ne viendront jamais vers elle. Son amputation a surtout changé son environnement de vie. Ses parents ont dû la confier à une congrégation de bonnes sœurs pour la prendre en charge.	Elle est victime du regard méprisant des autres	Elle a le soutien de sa famille. Mais elle est prise en charge par une congrégation de bonnes sœurs catholique	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse
19	6 ans	Elle est diabétique, sa jambe avait été infectée, elle a dû être amputée d'urgence, sinon elle aurait pu mourir. Après son amputation son mari est devenu très indifférent vis-à-vis d'elle et ne prends même plus soin d'elle et de leur dernier enfant. En fait, elle avait 7 enfants, six sont morts, elle ne lui reste qu'un seul enfant, une petite de 8 ans. Elle était toujours avec elle au cours des séances. Cette fille représente tout ce qui lui reste. Car elle ne peut plus compter sur son mari. Pour elle cette amputation, est comme une dernière couche qui vient renforcer les différents traumatismes de sa vie.	Elle a des douleurs fantômes.	Conséquences psychologiques : son amputation est une véritable blessure narcissique pour elle. Son amputation a provoqué beaucoup de changements dans sa vie, surtout ses activités professionnelles. Elle fait du commerce mais elle n'arrive pas à répondre à ses besoins du quotidien.	Elle est victime du regard méprisant des autres	Elle a le soutien de sa famille	Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse

20	23 ans	<p>Il a commencé à avoir des douleurs au niveau de sa jambe droite depuis l'âge de 9 ans. Après 7 opérations sans succès dans cette jambe. Il a dû être amputé de la jambe qui était gravement infectée. Il était couturier, mais après l'amputation il était obligé d'arrêter la couture parce qu'il ne pouvait plus faire trop d'effort. Quand il reste assis pendant longtemps, il a de graves douleurs au dos. Du coup, il ne pouvait plus pratiquer la couture, il vit désormais à la merci de ses proches.</p>	<p>Il a des sensations fantômes.</p>	<p>Conséquences psychologiques : Son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Son amputation a provoqué énormément de changement dans sa vie. Il a dû arrêter la couture parce qu'il ne pouvait plus faire trop d'effort.</p>	<p>Il est victime du regard méprisant des autres</p>	<p>Il a le soutien de sa famille</p>	<p>Spiritualité / Croyance / foi / pratique religieuse</p>
----	--------	--	--------------------------------------	---	--	--------------------------------------	--

**Tableau 3**

<b>Tableau récapitulatif des données démographiques - France</b>					
<b>#</b>	<b>Sexe</b>	<b>Âge</b>	<b>Type amputation</b>	<b>Causes/contexte</b>	<b>Activités socioprofessionnelles</b>
1	F	72	Deux jambes	Infection engendrée par un abcès mal soigné	Retraitée
2	H	52	Tibia droit	Accident d'ULM	Travail à l'usine
3	H	49	Tibia gauche	Erreur médicale	Nettoyage
4	F	58	Jambe gauche	Infection, les vaisseaux étaient bouchés	Sans emploi
5	F	85	Tibia gauche	Infection causée par une chute en voiture depuis plusieurs années	Retraitée
6	H	55	Tibia gauche	Maladie du sang, manque de vitamine K	Auto-entrepreneur couverture d'étanchéité sur les toits
7	H	60	Tibia droit	Diabète et un escarre	Retraité, ancien rugbyman
8	H	65	Jambe droite	Accident à moto, fauché par une voiture	Psychologue (TCC) retraité
9	H	61	Jambe droite	Problème sanguin et fumer	Retraité
10	H	73	La jambe gauche, la droite sera amputée aussi	Diabète	Retraité
11	H	88	Jambe droite	Diabète	Retraité
12	H	77	Tibia droit	Maladie neurologique héréditaire + le diabète	Retraité/bénévole

Tableau 4

Tableau récapitulatif des données collectées en France							
#	Ancienneté amputation	Expérience amputation	Membre fantôme	Conséquences amputation et changement provoquer	Le regard des autres	Support famille et groupe d'appartenance	Ressources culturelles
1	21 mois	<p>Elle avait beaucoup plus de mal à accepter l'amputation de la jambe droite après la jambe gauche qui a été amputée quelques mois avant. Après son deuxième amputation elle pleurait beaucoup dans son lit pour éviter que les gens entendent qu'elle pleure. Maintenant elle arrive à accepter la perte de ses deux jambes, même si elle aurait préféré avoir au moins une jambe. Elle appréhende le fait de sortir dans la rue, elle pense qu'elle va prendre des taxis pour se déplacer.</p>	Elle a des sensations fantômes	<p>Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi, elle pleurait beaucoup. Son amputation a beaucoup changé son quotidien, elle ne sort presque plus, elle reste à la maison.</p>	Elle appréhende le regard des autres	<p>Elle a le soutien de sa famille, même si elle habite loin des proches, ils continuent de prendre régulièrement de ses nouvelles par téléphone, et ils viennent quelques fois.</p>	<p>Croyante, non pratiquante. Elle utilise la lecture (sciences fictions) et la musique (variété française et musique classique). Elle adore écouter le vent, ça la détend.</p>

2	9 mois	<p>C'est une expérience très dure parce qu'il se sent diminuer. Sa plus grande préoccupation c'est de pouvoir remonter à l'échelle. Il en a besoin pour son travail et pour s'occuper de ses oiseaux. Il mène plusieurs combats à la fois : pour garder son poste, contre son assurance vie pour recevoir les indemnités etc. Au niveau moral il souffre beaucoup de son amputation. Il a même des idées suicidaires. Il s'est même demandé pourquoi ils sont venus le chercher après son accident. Il a un suivi psychologique et il peut compter sur l'accompagnement de sa femme.</p>	Il a des sensations fantômes	<p>Conséquences psychologiques : son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Il se sent diminuer, il se voit comme quelqu'un qui aura toujours besoin d'aide. Il a même pensé à se suicider. Son amputation va beaucoup changer son quotidien, il pense qu'il aura beaucoup de difficultés à s'occuper de ses oiseaux parce qu'il doit monter à l'échelle. Il est déjà préoccupé par la reprise de son travail à cause de son amputation</p>	Il ne se préoccupe pas du regard des autres	Il a le soutien de sa famille, notamment sa femme qui l'a toujours soutenu depuis le début, et puis il voit une psychologue.	Non croyant, s'occuper de ses oiseaux est un véritable tuteur de résilience dans sa vie.
3	4 mois	<p>Il vit son expérience d'amputation avec un sentiment victimaire. Il est très en colère contre le médecin qui serait responsable de l'erreur médicale qui a entraîné son amputation.</p>	Il a des sensations fantômes	<p>Conséquences psychologiques : Son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Son amputation va changer son quotidien et son activité professionnelle. Parce qu'il aura beaucoup de difficultés à continuer son travail dans le nettoyage à cause de son amputation.</p>	Ne se préoccupe pas du regard des autres	Il n'a pas beaucoup de soutien de sa famille	Croyant non pratiquant, Il a dit que c'est son caractère fort qui l'aide à tenir.
4	2 mois	<p>Elle a très mal vécu son amputation. Elle avait même pensé à prendre tous les cachets qu'on lui a donné pour la douleur d'un seul coup pour se suicider. Mais elle a pu relativiser en arrivant au centre des MASSUES en voyant d'autres personnes amputées même des jeunes.</p>	Elle a des douleurs fantômes	<p>Conséquences psychologiques : Son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Elle a déjà pensé au suicide, elle a tenté de prendre tous ses cachets pour se suicider. Son amputation va beaucoup changer son quotidien. Elle veut changer de logement pour en avoir un qui soit adapté.</p>	Elle n'a pas encore le temps d'être touchée par le regard des autres	Elle a le soutien de sa famille, mais elle habite loin de sa famille	Spiritualité / croyance / foi

5	18 mois	C'était très difficile au début. Elle a beaucoup souffert du regard méprisant et méchant des gens dans la rue.	Elle a des sensations fantômes	Conséquences psychologiques : Son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Elle est isolée, ses frères et sœurs ne viennent pas la voir et l'invitent pas chez eux. Son amputation a provoqué beaucoup de changements dans quotidien. Elle a beaucoup de difficultés pour aller faire ses courses.	Elle a été victime du regard méprisant des autres	Elle n'a pas le soutien de sa famille	Spiritualité/croyance/foi/pratique religieuse
6	3 ans	Il est resté à la maison, il est retourné habiter chez sa mère parce qu'elle habite une maison, il y a un petit jardin. Ça a tout changé dans sa vie. Il a dû arrêter de travailler, il ne fait plus rien, sauf aller au centre-ville pour aller faire quelques courses, acheter du pain etc. Au début il n'acceptait pas de perdre sa jambe, d'arrêter de travailler etc. La nuit il ne dort pas parce qu'il est inactif. Maintenant, il a bien accepté son amputation mais il souffre du regard méprisant des gens.	Il a des sensations fantômes	Conséquences psychologiques : Son amputation a beaucoup affecté son estime de soi. Il se sent diminuer. Son amputation a tout changé dans sa vie. Il a arrêté de travailler parce qu'il ne pouvait pratiquer son métier.	Il est touché par le regard méprisant des autres	Il a le soutien de sa famille, notamment sa mère qui l'a hébergé après son amputation	Spiritualité / croyance / foi
7	6 mois	Il a bien vécu son amputation parce que c'est lui-même qui l'avait demandé. Il en avait marre.	Il a des sensations fantômes	Pas vraiment de conséquences psychologiques parce qu'il avait lui-même demandé d'être amputé parce qu'il en avait marre de ses douleurs. Son amputation n'a pas provoqué beaucoup de changements dans sa vie. Il continue de voir ses amis comme avant, il est bien entouré de ses amis et sa famille.	Il ne se préoccupe pas du regard des autres	Il a le soutien de sa famille	Non croyant, l'esprit d'équipe, le fait d'être entouré de ses amis, de ses proches. Le sport, la pétanque, le rugby.



8	37 ans	Il le vit bien, il a bien accepté son amputation. Il a changé de métier pour devenir psychologue (TCC). Il est bien content de tout ce qu'il a pu réaliser avec son nouveau métier. Il a dit qu'il a la chance d'être résilient.	Il n'a plus de douleurs fantômes	Son amputation n'a pas beaucoup de conséquences psychologiques sur lui. Il l'a bien vécu, il a dit qu'il a la chance d'être résilient. Son amputation a eu un changement majeur dans sa vie, notamment son activité professionnelle. Il a changé de métier pour devenir psychologue (TCC). Ce métier l'a beaucoup aidé à se représenter positivement son expérience d'amputation de membre.	Il n'est pas préoccupé par le regard des autres même s'il ne se balade pas en pantalon court. Même s'il va à la plage	Il a le soutien de sa famille	Non croyant, il utilise la lecture et sa pratique professionnelle comme ressources
9	9 mois	Il aurait préféré une amputation tibiale pour être mieux appareillé. Au début c'était très dure, mais il a fini par l'accepter. Ça a eu des conséquences sur sa vie au quotidien parce qu'il est tout seul chez lui.	Il a des sensations fantômes	Conséquences psychologiques : son amputation a été une véritable blessure narcissique. Elle a provoqué beaucoup de changements dans sa vie. D'autant plus qu'il vit tout seul.	Il ne se préoccupe pas du regard des autres	Il n'a pas le soutien de sa famille au quotidien parce qu'il vit tout seul.	Non croyant, il écoute de la musique et il aime regarder les émissions de cuisine
10	2 ans	Il a très bien vécu son amputation. C'est lui-même qui l'avait demandé parce qu'il n'en pouvait plus. Il a dit qu'il a toujours le moral. Le matin quand il se lève il ouvre ses fenêtres en grand hiver comme été, il chante, il est heureux.	Il a des sensations fantômes	Son amputation n'a pas beaucoup de conséquences psychologiques sur lui. Il l'a bien vécu, parce qu'il avait lui-même demandé d'être amputé. Il a dit qu'il a toujours le moral. Son amputation n'a pas changé grand-chose dans sa vie. Il continue d'être heureux et profite du beau temps.	Il ne se préoccupe pas du regard des autres	Il a le soutien de sa famille	Non croyant, il aime écouter de la musique et il a des amis qui viennent le voir régulièrement.

11	1 an	Il a très mal vécu son amputation, d'autant plus qu'il avait perdu sa femme quelque temps avant d'être amputé. Il a perdu son deuxième fils aussi quelques mois après le décès de sa femme. Il a eu envie de mourir en même temps que sa femme.	Il a des sensations fantômes	Conséquences psychologiques : son amputation a été très difficile à vivre, c'était un grand choc. Son amputation ne change pas beaucoup de chose de son quotidien.	Il ne se préoccupe pas du regard des autres	Il a le soutien de sa famille, notamment son fils qui prend régulièrement des nouvelles et qui vient le voir très souvent.	Non croyant, le travail a beaucoup compté dans sa vie, la valeur du travail est un véritable tuteur de résilience pour lui.
12	10 ans	Il a bien vécu son amputation parce qu'il avait pris la décision d'être amputé très rapidement après le diagnostic du spécialiste. La difficulté pour lui c'était l'humilité, le fait d'accepter d'être aidé. Parce qu'il disait non par fierté quand lui proposait de l'aide.	Il n'a plus de douleurs fantômes	Son amputation n'a pas beaucoup de conséquences psychologiques sur lui vraiment. Il l'a bien vécu, il a eu le temps de se préparer. Son amputation a beaucoup changé son quotidien, surtout son activité professionnelle. Il a été obligé de fermer son entreprise après son amputation.	Il ne se préoccupe pas du regard des autres	Il a le soutien de sa famille	Non croyant, son activité associative est un vrai support pour lui, et puis il fait de la plongée sous-marine. A côté de ces activités-là, la lecture et le cinéma sont autant de ressources culturelles qu'il utilise.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ

Je, soussigné \_\_\_\_\_ déclare accepter, librement, et de façon éclairer, de participer comme sujet à l'étude intitulée : « ..... ».

Sous la direction de :

Promoteur : Université de Bourgogne Franche-Comté.

Investigateur principal :

But de l'étude :

Engagement du participant : Je m'engage à participer à cette recherche et accorde mon consentement.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-médicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ en 2 exemplaires

Signatures :

**Le participant**

**L'investigateur principal**

Provided for non-commercial research and education use.  
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

prise en charge

# L'expérience de la douleur : les représentations culturelles pour donner du sens

FRESNER ANDRÉ

Psychologue clinicien,  
psychothérapeute,  
doctorant en psychologie et  
psychopathologie clinique

Laboratoire de psychologie :  
dynamiques relationnelles  
et processus identitaires,  
université de Bourgogne  
Franche-Comté, Maison de  
l'université, Esplanade Érasme,  
21078 Dijon cedex, France

■ Le centre de la douleur de l'hôpital Armand-Trousseau, situé à Paris, reçoit des enfants et des adolescents pour une prise en charge pluridisciplinaire de leurs douleurs ■ De toutes origines culturelles, ces jeunes sont porteurs de diverses représentations de la souffrance ■ Il ne s'agit pas ici de mettre en évidence des différences de culture au niveau du vécu sensoriel de la douleur, mais d'analyser les représentations de l'expérience de la douleur chronique ■ Pour ce faire, nous nous appuyons sur le cas clinique de Kayla, âgée de 15 ans.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – douleur chronique ; prise en charge ; psycho-anthropologie ; religion ; représentation culturelle ; système de significations

**The experience of pain: cultural representations to give meaning.** The pain center of the Armand-Trousseau hospital in Paris receives children and adolescents for a multidisciplinary management of their pain. From all cultural backgrounds, these young people have different representations of suffering. The aim here is not to highlight cultural differences in the sensory experience of pain, but to analyze the representations of the experience of chronic pain. To do this, we will use the clinical case of Kayla, aged 15.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – chronic pain; cultural representation; management; meaning system; psycho-anthropology; religion

**D'**origine culturelle et d'âge divers, les jeunes pris en charge par l'équipe multidisciplinaire [1] du centre de la douleur de l'hôpital Armand-Trousseau, à Paris, sont porteurs de différentes perceptions de la douleur. Des représentations culturelles qui se donnent à voir à travers le sens qu'ils accordent à leurs maux.

Nous avons reçu Kayla<sup>1</sup>, une adolescente d'origine malienne âgée de 15 ans, en consultation de binôme médecin-psychologue [2]. Avant de se rendre au centre de la douleur, elle a été suivie pendant environ un an pour des céphalées chroniques, des douleurs articulaires aux genoux et des douleurs dorsales par le médecin d'une autre structure. Elle est l'unique enfant du couple parental, qui s'est séparé alors qu'elle était âgée de 2 ans. Du côté maternel, elle est la petite dernière : sa mère a deux autres enfants issus d'une précédente union. Kayla vit depuis ses 2 ans au sein de cette famille monoparentale avec sa mère, sa demi-sœur âgée de 25 ans et son demi-frère âgé de 20 ans. Sa mère a eu un autre fils, décédé de tuberculose au pays. Une information qui nous a

éclairés quant aux inquiétudes exprimées par la mère au sujet de l'état de santé de Kayla. Du côté de son père, qu'elle voit les week-ends et pendant les vacances, l'adolescente a un demi-frère décédé et une demi-sœur âgée de 5 ans, qu'elle ne connaît pas.

## ÉVALUATION DES DOULEURS

Lors de la première consultation en binôme, le médecin prend bien soin d'évaluer ses douleurs avec Kayla afin d'établir un diagnostic différentiel qui permettra de mieux adapter son traitement médicamenteux et sa prise en charge globale. Par cette dernière, nous entendons une approche biopsychosociale [3]. Autrement dit, la douleur est abordée dans le cadre d'une démarche où les approches pharmacologique, psychologique et sociale participent activement à la mise en œuvre d'une évaluation pertinente et d'une prise en charge appropriée du patient douloureux. Pour l'aspect psychologique, Kayla indique ne pas avoir bénéficié de suivi spécifique, mais précise

## NOTES

<sup>1</sup> Le prénom et d'autres éléments d'informations relatifs à la patiente ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

<sup>2</sup> La neurostimulation électrique transcutanée est une technique d'analgésie non médicamenteuse utilisée dans la prise en charge des douleurs chroniques.

Adresse e-mail :  
fresner.andre@orange.fr  
(F. André).

## Traductions somatiques en contexte transculturel

avoir rencontré différents psychologues au cours de ses hospitalisations. Nous préconisons alors une prise en charge psychologique, vis-à-vis de laquelle l'adolescente commence par se montrer assez réticente. Finalement, nos échanges l'amènent à en comprendre le sens et l'intérêt.

### Les céphalées

Kayla décrit deux types de maux de tête, récurrents depuis le mois de novembre 2020. D'une part, elle évoque des douleurs qui semblent correspondre à des céphalées de tension ; elle les évalue à 5/10, précise qu'elles ne l'empêchent pas de poursuivre ses activités et que leur fréquence est de deux à trois fois par semaine. D'autre part, elle mentionne des migraines plus intenses, qu'elle estime à 10/10 et qui l'obligent à arrêter ses activités, à s'allonger dans le noir et à prendre un traitement de fond. Ces maux de tête là surviennent également de deux à trois fois par semaine.

### Les douleurs dorsales

Kayla décrit des douleurs lombaires et des hanches permanentes. Elle est suivie par un chirurgien orthopédiste. Elle prend seulement du paracétamol en guise de traitement. Elle participe à des séances de kinésithérapie une fois par semaine, en alternance avec le travail mené sur ses genoux.

### Les douleurs aux genoux

Ses douleurs de genoux sont bilatérales, périrotuliennes à la course ou en appui majoritaire sur un des deux pieds ou de type valgus forcé. Le chirurgien orthopédiste a diagnostiqué un syndrome fémoro-patellaire, sans nécessité chirurgicale. Kayla se soigne avec du paracétamol et assiste à des séances de kinésithérapie une fois par semaine.

Sa mère nous dit être inquiète, principalement en raison des malaises de sa fille, qu'elle estime trop peu explorés. Un électroencéphalogramme aurait été fait, ne révélant aucune anomalie. Selon Kayla et sa mère, l'adolescente n'a jamais bénéficié d'une consultation cardiaque.

La scolarité de la jeune fille s'avère fortement impactée par ses douleurs, notamment à cause des absences dues à ses rendez-vous médicaux, ses séances de kinésithérapie intensive, ses nombreuses hospitalisations, etc. Elle explique avoir rencontré quelques difficultés avec certains professeurs ou élèves. Elle décrit un contexte de harcèlement verbal, donnant l'exemple de propos violents émis par une camarade au sujet de sa maladie.

## DIAGNOSTIC

Kayla souffre de migraines chroniques avec céphalées de tension fréquentes dans un contexte de maladie pulmonaire chronique post-infectieuse.

### ■ L'adolescente a l'habitude de prendre des médicaments de manière quotidienne.

Le médecin de la douleur lui explique que migraines et céphalées de tension ne sont pas identiques. Il l'invite à arrêter la prise de paracétamol pour ses céphalées de tension, car cela n'est pas recommandé et peut les aggraver par un phénomène d'abus médicamenteux. L'équipe indique ensuite à la jeune fille qu'il existe des liens entre le stress, les tensions, les émotions et les douleurs. Les facteurs psycho-émotionnels se révèlent d'ailleurs au premier plan dans la fréquence actuelle de ses douleurs persistantes, et requièrent une prise en charge globale.

■ **Compte tenu de la complexité de la situation et de l'éloignement géographique**, nous proposons à Kayla de la revoir au cours d'une hospitalisation de jour (HDJ), afin de procéder à une évaluation globale. Cette HDJ devait aussi nous permettre de réévaluer la situation depuis le retour au domicile et de suggérer à la jeune fille une consultation de neurostimulation électrique transcutanée<sup>2</sup> avec une infirmière douleur ainsi qu'une consultation avec un psychologue.

## HOSPITALISATION DE JOUR

Kayla est hospitalisée comme prévu. Nous la rencontrons à deux reprises pendant cette période.

### ■ Lors de nos échanges, nous revenons avec l'adolescente sur l'histoire de ses douleurs,

évoquant ses maux de tête apparus il y a un an, dans les suites d'un malaise vagal. Ce dernier aurait été provoqué par une baisse de la tension artérielle, selon Kayla. Pour expliquer la survenue de ce malaise vagal, elle dit : « *Il y a beaucoup de problèmes de tension artérielle dans ma famille. Ma mère est hypertendue, elle s'est fait opérer une dizaine de fois, elle a des problèmes de cœur et des douleurs dans le dos.* » Sa manière d'amener ses problèmes de santé et ceux de sa mère peut donner l'impression qu'elle n'est pas vraiment concernée ou qu'elle n'y accorde pas beaucoup d'importance.

### ■ Un peu plus loin dans la conversation, nous lui demandons si elle s'inquiète pour son état de santé

et celui de sa mère, ce à quoi elle répond : « *Dans mes croyances, on sait que tout est écrit, ça ne sert à rien de s'inquiéter.* » À travers ce système de significations qu'elle utilise pour





© C. Moreau/Elsevier Masson SAS

tenter de mettre du sens sur son expérience, nous retrouvons une intrication du culturel et du cultuel. Elle n'a pas employé les termes "dans ma religion", ce qui renverrait à sa représentation en tant que musulmane, mais "dans mes croyances", soit un cadre plus large que la religion. D'ailleurs, il est intéressant de noter que même quand la religion participe énormément à la culture, celle-ci s'adapte également à l'univers culturel au sein duquel elle est pratiquée.

### ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Au cours des premières consultations en binôme médecin-psychologue, le médecin prend systématiquement le temps d'évaluer les douleurs avec le patient : il est essentiel de tenir compte de son estimation. Leora Kuttner, psychologue clinicienne spécialisée dans la gestion de la douleur de l'enfant, explique : « Par définition, la douleur est une sensation nocive qui a toujours un impact émotionnel. Les enfants et les adolescents sont les experts de leur expérience lorsqu'on communique avec eux et qu'on évalue leur douleur. C'est là un principe fondamental de la prise en charge de la douleur des enfants. Lorsqu'ils disent qu'ils ont mal, il faut les croire. » [3]

■ **Si la douleur aiguë possède une fonction protectrice**, la douleur chronique est la conséquence d'un dysfonctionnement du système de

la douleur [3]. D'où la nécessité d'une prise en charge globale. Car quand la douleur se chronicise, elle retentit sur d'autres sphères de la vie du patient. Chez les enfants et les adolescents, elle entraîne souvent de l'absentéisme scolaire et des répercussions sur la vie sociale. Dans le cas de Kayla, la douleur a eu un réel impact sur sa scolarité. Au-delà de l'incompréhension de certains camarades et professeurs, des moqueries de quelques élèves, etc., ses multiples rendez-vous médicaux et hospitalisations lui ont fait manquer des cours. Ses notes ont eu tendance à baisser, ce qui a contribué à saper son moral.

■ **En effet, il n'existe pas de dichotomie entre la douleur mentale et la douleur physique** [2].

Un des tout premiers médecins à avoir remis en question la séparation entre le corps et l'esprit, Henry K. Beecher, était un chirurgien bostonien qui a accompagné les troupes américaines en Europe lors de la Seconde Guerre mondiale : « *Le corps et l'esprit sont des systèmes intégrés.* » [4] Les parties du corps sont représentées dans différentes zones du cerveau, ce qui crée un système, un mode de fonctionnement corps-esprit en interdépendance. « *Les signaux douloureux voyagent dans le système limbique, la partie du cerveau la plus impliquée dans les émotions et la motivation.* » [3]

### ANALYSE

Nous retrouvons les ressources culturelles de Kayla dans sa manière d'évoquer ses problèmes de santé, mais surtout lorsqu'elle a eu recours à ses croyances pour justifier le fait qu'elle n'a pas à s'inquiéter parce que « *tout est écrit* ». Cela peut être assimilé à du fatalisme, comme si la jeune fille avait besoin de tout lâcher pour continuer à vivre, à défaut d'exister. Il est également possible de voir dans ces propos l'adoption d'une position passive. Comme si Kayla n'était qu'un objet pensé et non un objet pensant. Comme si on pensait à travers elle par le biais d'une culture, d'une religion et de croyances.

■ **Le fait qu'elle soit née après les décès d'un demi-frère du côté paternel** et d'un autre demi-frère du côté maternel a son importance. Ses douleurs chroniques sont indéniablement une source d'angoisse pour ses parents. Dans la mesure où nous n'avons jamais pu rencontrer son père, nous ne pouvons toutefois prendre en compte que notre impression du vécu de la mère. Elle nous l'a dit très clairement : « *Je m'inquiète pour sa santé, pour son avenir.* » La situation est d'autant plus délicate que la place de Kayla dans les deux

## Traductions somatiques en contexte transculturel

lignées familiales semble correspondre à l'idée d'un enfant de remplacement [5]. Il s'agit d'une réalité complexe analysée par Carl Gustav Jung, lui-même né après deux bébés mort-nés et un autre enfant décédé à l'âge de 5 ans.

■ **Après la perte d'un tout-petit, les parents ont tendance à vouloir tout de suite en concevoir un autre**, qui sera désigné et investi comme remplaçant du défunt. Parfois, ce bébé porte un prénom rappelant l'être aimé perdu. Pour ne pas souffrir de l'ombre du remplacé et s'émanciper de cette identification à un mort, cet enfant aura besoin de mener un véritable travail d'appropriation subjective [6]. Dans la continuité de son accompagnement thérapeutique par un psychologue libéral résidant à proximité de son lieu de vie, Kayla pourra prendre le temps d'effectuer ce travail de subjectivation.

### Les représentations culturelles de la douleur

L'International Association for the Study of Pain a mis l'accent sur une double dimension – sensorielle et émotionnelle – de la douleur, en la définissant comme : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle* » [7].

■ **Il est ainsi possible de considérer la douleur comme une expérience subjective** avec une intrication de diverses variables, notamment la culture [8]. Dans l'abord et la prise en charge de la douleur, quatre composantes – sensorielle, discriminative, émotionnelle, cognitive et comportementale – doivent être prises en compte. Indissociables, elles participent à la perception, au vécu et aux représentations. Une composante culturelle regroupe les manières de penser, de sentir et d'agir, les croyances et les systèmes de significations propres à un groupe donné [9,10]. La difficulté est qu'il n'existe pas de définition de la culture faisant l'unanimité. Bien qu'elle constitue une caractéristique universelle, la culture renferme des particularités susceptibles de varier d'un peuple à l'autre, d'une société à l'autre et d'un groupe d'individus à l'autre.

■ **Partons de la définition de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture** qui nous permettra d'explorer ensuite des spécificités psycho-anthropologiques plus en lien avec notre réflexion. « *La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie,*

*les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.* » [11]

La culture est donc transversale et touche à de nombreuses disciplines scientifiques. De ce fait, elle peut prendre des proportions polysémiques. Nous allons étayer notre analyse à l'aide de l'approche psycho-anthropologique. Cette dernière insiste sur le fait que la culture demeure un ensemble de systèmes de significations à l'œuvre dans une société ou un groupe, véhiculé par transmission et participant à différencier un groupe d'un autre [12].

■ **En fonction de son système de significations**, acquis par transmissions psychiques conscientes et inconscientes [13], le patient va se représenter son expérience douloureuse selon des modalités plus ou moins formalisées par son groupe d'appartenance. Par culture, nous entendons ici des modes de représentations ou des modèles explicatifs de multiples expériences humaines. Les sujets, les groupes et les sociétés envisagent les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement de leurs maladies d'après un système de savoirs véhiculé par leur(s) culture(s) [14]. Comme le remarque la psychologue Christine Cedraschi, les sujets douloureux n'appliquent pas le même sens et les mêmes valeurs à leurs expériences [15]. Une diversité déterminée par les orientations collectives spécifiques à leur milieu de vie.

### Les représentations de la douleur dans les trois grandes religions monothéistes

Nous retrouvons des représentations socio-culturelles de la douleur dans les trois grandes religions monothéistes : le judaïsme, l'islam et le christianisme [16]. Dans chacune d'elles, la douleur, ou la souffrance, revêt deux dimensions principales.

■ **D'une part, la douleur est censée être la conséquence du péché**, originel en l'occurrence. Elle devient par là même une donnée de la condition humaine. La personne en souffrance est donc habilitée à se lamenter, à gémir, à se révolter. Mais elle doit implorer le pardon et la clémence de la divinité en vue d'être soulagée, si telle est la volonté de Dieu. Dans la deuxième épître aux Corinthiens, Paul de Tarse mentionne la présence d'une écharde lui procurant une douleur chronique, au sujet de laquelle il a prié Dieu de l'aider. « *Trois fois j'ai prié le Seigneur de l'éloigner de moi, et il m'a dit : Ma grâce te suffit, car ma puissance s'accomplit dans la faiblesse. Je me glorifierai donc bien*

### RÉFÉRENCES

- [1] Truelle PE, Bouchart C, Paugam M, Oderada L. Quand la douleur devient complexe, retour d'expérience d'une équipe douleur. *Soins Pédiatr Pueric* 2022;43(324):27-33.
- [2] Tourniaire B, Reiter F. La consultation douleur en binôme : corps et psyché indissociables. *Arch Pédiatr* 2012;19(6 Suppl 1). H272-3.
- [3] Kuttner L. A child in pain: what health professionals can do to help. Bancyfelin (Royaume-Uni): Crown House Publishing; 2010.
- [4] Beecher HK. Pain in men wounded in battle. *Anesth Analg* 1947;26(1):21.
- [5] Schellinski K. Né enfant de remplacement : qui suis-je ? *Cahiers jungiens de psychanalyse* 2015;141(1):19-43.
- [6] Roussillon R. Le processus de symbolisation et ses étapes. In: Chouvier B, editor. *Matière à symbolisation*. Lonay (Suisse): Delachaux et Niestlé; 2000.
- [7] Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020;161(9):1976-82.
- [8] Lebreuilly R, Sakkour S, Lebreuilly J. L'influence de la culture dans l'expression verbale de la douleur: étude comparative entre des patients cancéreux français et syriens. *Rev Int Soins Palliatifs* 2012;27(4):125-9.
- [9] Troadec B. Psychologie culturelle. Le développement cognitif est-il culturel ? Paris: Belin; 2007. p. 23.
- [10] Camilleri C, Cohen-Emerique M. Chocs de cultures: concepts et enjeux pratiques de l'interculturel. Paris: L'Harmattan; 1989. p. 27.
- [11] Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture. Conférence mondiale sur les politiques culturelles. Mexico City; 26 juillet-6 août 1982. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000052505\\_fre](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000052505_fre).
- [12] Claret C. L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines. Toulouse: Presses universitaires du Mirail; 1993.



## RÉFÉRENCES

- [13] Ciccone A. La transmission psychique inconsciente. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Dunod; 2012.
- [14] Fischer GN, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Dunod; 2014.
- [15] Cedraschi C. Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique. In: Wrobel J, Allaz AF, editors. Aspect psychologique de la douleur chronique. Rueil-Malmaison: Institut Upsa de la douleur; 2003. p. 106–18.
- [16] Samama B. Approche socioculturelle de la douleur. L'Aide-soignante 2000;14(21–22):9–12.
- [17] Deuxième épître aux Corinthiens 12:9. La Bible. Paris: Éditions Colbot; 2002.
- [18] Hurbon L. Religions et générations aux Caraïbes. Sens-Dessous 2007;2(2):44–57.
- [19] Böespflug F. Le syncrétisme et les syncrétismes. Périls imaginaires, faits d'histoire, problèmes en cours. Rev Sci Philos Theol 2006;90(2):273–95.
- [20] Widlöcher D, Perier A, Georgieff N. Penser et travailler psychanalytiquement avec son patient. In: Widlöcher D, Perier A, Georgieff N, editors. Conversations psychanalytiques avec Daniel Widlöcher. Paris: Odile Jacob; 2017. p. 27–71.

*plus volontiers de mes faiblesses, afin que la puissance de Christ repose sur moi.* » [17]

■ **D'autre part, la souffrance du juste demeure une énigme insaisissable.** Toutefois, selon les traditions religieuses, ceux qui passent par des épreuves deviennent les préférés de leur dieu. Les épreuves sont, en effet, censées fortifier le caractère de l'éprouvé. Dans les trois grandes religions monothéistes, la souffrance, la douleur ou les épreuves constituent des bienfaits de Dieu.

■ **Chez une partie des sujets d'origine afro-caribéenne se retrouve un syncrétisme** [18,19] ou un défaut de symbolisation de la double appartenance culturelle et culturelle. Ce déficit de symbolisation résulte de causes lointaines et récentes. Il s'agit d'une des conséquences de la contrainte d'adhésion au christianisme imposée par la colonisation en Afrique et aux Antilles, mais aussi de la propagation du protestantisme. Lorsque le christianisme a été institué en religion d'État obligatoire, les habitants ont dû prier un dieu qui ne correspondait pas à leur imaginaire ou à leur manière de se représenter la divinité. Cela a engendré des stratégies de résistance afin de contourner l'obligation d'adorer ce dieu : ils ont fait semblant de rendre un culte au dieu du colon mais, au fond de leur cœur, c'est celui issu de leur représentation qu'ils vénéraient. La double appartenance culturelle et culturelle serait donc le résultat de cette stratégie de survie face à cette domination.

## L'arbre de confiance

À l'occasion des consultations au centre de la douleur, nous avons été amenés à développer un outil que nous appelons désormais l'arbre de confiance. Il s'agit pour le patient de noter les prénoms des personnes en qui il a le plus confiance. Dans la mesure où il fait appel à des mouvements progrédients et régrédients [20], cet outil endosse une double fonction : il nous sert à la fois de porte d'entrée et de sortie lors d'une rencontre clinique.

■ **En tant que porte d'entrée, il est susceptible de faire émerger des éléments inconscients** autant qu'il invite à mettre du sens sur des aspects du quotidien. Le patient a besoin d'aller chercher les personnes sur lesquelles il a pu compter dans le passé et celles qui lui offrent un support indéniable dans le présent (ou lui en procureraient

un si une épreuve se présentait). Souvent, un peu de temps est nécessaire au soigné avant qu'il ne parvienne à constituer son groupe de confiance. Certains n'y arrivent d'ailleurs pas quand d'autres y font uniquement figurer les membres de leur famille ou leurs amis.

■ **Cet outil offre également une porte de sortie.** Il oblige en effet le patient à effectuer un choix. Plus précisément, en faisant appel à un travail de subjectivation, il le met dans une position de sujet. Il devient le centre, ou le point de départ, de l'élaboration de son groupe de confiance. Quelques personnes inscrivent même leur nom au milieu de l'arbre. Cet arbre nous a aidés à aborder de nombreux thèmes, la notion de confiance en soi permettant de faire émerger maints sou-

venirs chez le patient. Puis, il s'agit pour lui de se poser une question fondamentale : en qui puis-je avoir confiance ? L'intérêt de cette porte de sortie est d'amener le soigné à se projeter et à identifier des personnes-ressources. Et de nous donner la possibilité de circonscrire notre

intervention dans la prise en charge globale et d'orienter le patient vers un psychologue de ville, qui se chargera de son suivi psychothérapeutique.

## CONCLUSION

La rencontre clinique avec Kayla permet de comprendre deux choses : l'expérience de la douleur mobilise généralement toute une dynamique familiale et les ressources culturelles convoquées par le patient doivent être prises en compte pour mettre du sens sur une expérience douloureuse, qui déborde ses ressources psychiques. Quand le sujet ne parvient pas à trouver de réponses à ses inquiétudes, il est susceptible de se tourner vers le système de significations partagé par son groupe d'appartenance. Kayla a ainsi eu recours à ses croyances pour tenter de s'approprier subjectivement [6] cette expérience de douleur chronique qui met son corps à l'épreuve. L'utilisation de l'arbre de confiance, comme objet de médiation dans cette clinique de douleur, se révèle judicieuse dans le cadre de la recherche d'une porte d'entrée pour aborder une situation complexe. Mais aussi lorsque les professionnels cherchent des pistes afin d'accompagner le patient à identifier des facteurs de protection. ■

*Déclaration de liens d'intérêts*  
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

# Grandir après une expérience d'amputation de membre

Fresner ANDRE

Laboratoire Psy-DREPI, Université de Bourgogne Franche-Comté

**Résumé:** *Peut-on grandir après une épreuve comme l'amputation de membre ?*

*Une amputation de membre est, avant tout, présentée comme une perte d'une partie du corps. Mais dans une démarche où l'ÊTRE prime sur l'AVOIR, une amputation de membre peut être vécue ou représentée comme une expérience de transformation et non comme une perte. En effet, si dans la logique de l'avoir alimentée par le système capitaliste on parle de perte, dans la logique de l'être, dans ce trait d'union entre l'infiniment grand et l'infiniment petit, on va préférer parler de transformation.*

*À côté des 222 000 morts, le séisme du 12 janvier 2010 a laissé entre 4 000 et 7 000 personnes amputées de membres [1]. Dans un pays où les personnes porteuses*

*de handicap sont considérées comme bonnes à rien, et péjorativement appelées «kokobe», perdre un membre est une lourde épreuve. Là où les personnes dites valides ont du mal à s'en sortir, on n'ose même pas imaginer le sort des personnes amputées de membre et/ou handicapées. Dans ce contexte où tout semble être joué d'avance, certains ont su trouver des ressources pour recréer la vie.*

*À partir des expériences de sujets amputés de membre après le séisme du 12 janvier 2010, nous allons analyser le processus d'élaboration de la perte pour en faire une expérience de transformation.*



## 1. INTRODUCTION

Une amputation de membre est souvent représentée comme une expérience de perte, puisqu'il s'agit de l'ablation d'une partie d'un membre ou d'un membre entier. Les expériences de personnes victimes d'amputation de membre rencontrées dans le cadre de notre recherche nous permettent d'analyser l'amputation de membre comme une expérience de transformation. Cette approche nous amène donc à penser le sujet dans une dynamique. Dans cet article, nous allons analyser le processus d'appropriation subjective [2] de l'expérience de l'amputation de membre. Il est nécessaire ici de spécifier «amputation de membre», puisque le moignon témoigne du manque d'une partie du corps, contrairement à l'ablation d'un rein, qui est un autre type d'amputation. L'amputation de membre est une expérience particulière dans la mesure où, au-delà des conséquences physiques, elle entraîne des conséquences psychologiques plutôt significatives [3]. Le moignon attire le regard et mobilise des réactions qui peuvent impacter le vécu du sujet et la représentation qu'il se fait de son expérience d'amputation.

Le propre du traumatisme psychique est d'empêcher le sujet de penser, de laisser un vide et une incapacité d'inscrire l'événement dans son histoire [4, 5]. Pour surmonter le déséquilibre psychique engendré par l'événement traumatique, le sujet a besoin de mettre en place un processus de résilience [6, 7]. Ce dernier va lui permettre de remobiliser ses ressources psychiques pour arriver à subjectiver. Afin d'analyser le processus de résilience que le sujet met en place pour surmonter l'expérience d'amputation de membre, nous allons tenir compte de plusieurs aspects qui sont susceptibles d'exercer une certaine influence. Il faudra prendre en compte différentes approches pour mieux aborder les divers aspects de la problématique de l'amputation de membre. Nous allons donc, dans un premier temps, aborder l'amputation de membre comme une affectation à la fois du schéma corporel et de l'image du corps [8, 9]. Dans un deuxième temps, nous allons aborder le processus de résilience mis en place

par le sujet victime d'une amputation de membre. L'autre aspect qui sera pris en compte dans ce cadre-là concerne les référentiels culturels et leurs potentiels effets sur le processus de résilience du sujet victime d'amputation de membre [10]. En effet, cette recherche prend en compte le contexte socioculturel haïtien où les croyances aux esprits et la foi en Dieu font office de tuteur de résilience [10].

Les deux principaux objectifs de cet article sont d'abord de décrire le processus de résilience engagé dans l'appropriation subjective de l'expérience d'amputation de membre, et ensuite d'analyser les effets potentiels des référentiels culturels sur le processus de résilience des victimes d'amputation de membre.

## 2. L'AMPUTATION DE MEMBRE : ENTRE LE SCHÉMA CORPOREL ET L'IMAGE DU CORPS

Retenons d'entrée de jeu que le vécu et la représentation d'une expérience d'amputation de membre varient d'une personne à l'autre puisque les sujets ne se représentent pas les événements ou les expériences de la même manière [11]. On peut considérer l'amputation de membre comme une expérience, parce que c'est un événement qui survient au cours de l'histoire d'une personne et qui peut changer sa vie pour le meilleur ou pour le pire, en fonction, bien sûr, des représentations du changement apporté au schéma corporel. Nous utilisons le concept de «schéma corporel» pour désigner le corps physique. Car, selon Françoise DOLTO [12], le schéma corporel est ce que tout être humain né dans les conditions normales doit avoir, alors que l'image du corps est la manière dont chacun habite son corps, ou les représentations que chacun se fait de son propre corps. Il faut dire aussi que le psychanalyste autrichien Paul Schilder fut l'un des premiers auteurs à travailler autour du concept d'«image du corps». Il a utilisé ce concept pour articuler la réalité biologique du corps propre avec sa réalité érogène et fantasmatique, tout en lui donnant des fondements psychanalytiques. Cette notion

tire son origine du schéma corporel. Il le définit ainsi : « *L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations nous sont données [en provenance de toutes les parties du corps]. Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps*<sup>1</sup>. »

Dans cette approche de Schilder, il est question de l'image consciente du corps, car il s'agit des sensations qui proviennent des parties du corps. Tandis que dans l'approche de Françoise Dolto, il s'agit de la représentation psychique qu'on se fait de son corps peu importe qu'il soit valide ou invalide. C'est une représentation fantasmatique de son corps au-delà du schéma corporel. Cela entre en résonance avec les sensations du membre fantôme dans la mesure où il s'agit des représentations psychiques du corps idéalisé et intériorisé. Car, tout comme la sensation de la montre sur le membre amputé que le patient peut avoir, alors que le membre n'existe plus, l'image inconsciente du corps est en fait la mémoire d'un ensemble d'images enfouies dans l'inconscient du patient.

La question qui survient alors, c'est de savoir si tout changement apporté au schéma corporel influe directement sur l'image du corps. Puisque l'amputation affecte directement et avant tout le schéma corporel, quelles seraient les conséquences de ce changement sur l'image du corps de la personne concernée? Les représentations du sujet de la perte peuvent déterminer son rapport au membre perdu. On peut alors se demander si l'impact sur l'image du corps ne dépendrait pas du sens ou des représentations de l'amputation de membre dans la vie du sujet.

Si le schéma corporel ou l'architecture corporelle sont les mêmes pour tout être humain né dans les conditions normales, l'image du corps ou les représentations du corps varient d'une personne à l'autre, et dans une certaine mesure, d'une culture à l'autre. Pour ce qui concerne cette recherche, nous allons considérer les représentations du corps dans la culture haïtienne, fortement influencée par les croyances religieuses. Avec la forte influence du christianisme sur cette culture, on peut relever une dimension sacralisée dans la représentation du corps. En effet, selon la Bible, le texte de référence du christianisme, le corps est le temple du Saint-Esprit. C'est à partir de cette approche que l'amputation peut avoir deux formes de représentations pour le patient haïtien qui croit que son corps est le temple du Saint-Esprit :

- 1) Une malédiction de Dieu. Car il est dit dans la Bible que si le sujet détruit le temple en le profanant, Dieu le détruira aussi. Dans le vaudou aussi le corps a une représentation sacralisée, puisque selon les croyances vaudouesques, l'homme est né esprit et devient un être vivant. Si ce corps qui sert de monture (cheval) à l'esprit (loa) est affecté, c'est d'une certaine manière parce qu'il y a un déséquilibre entre les forces de la nature, la communauté des vivants et le monde des ancêtres. C'est d'ailleurs pour cela que dans les rituels du vaudou le prêtre utilise les forces de la nature (feuilles, eau, terre et feu), la communauté (les participants au rituel qui chantent et dansent) et l'invocation des ancêtres pour ramener l'équilibre et la guérison.
- 2) La perte d'une partie pour sauver le reste. Il est dit dans la Bible que si c'est ton bras qui t'empêche de servir Dieu, mieux vaut

perdre ce bras pour avoir la vie éternelle. De ce fait, les représentations que les sujets se font de leur amputation peuvent être considérées comme des tentatives d'appropriation subjective du nouveau corps (amputé, mutilé, appareillé...), puisque la symbolisation et l'appropriation subjective passent par cette quête de sens et d'explication de ce qui est arrivé. Ces représentations participent donc au processus de mise en sens de l'expérience d'amputation de membre.

Tout comme Freud l'avait formulé dès 1895, « *[l'hystérique souffre de réminiscences*<sup>2</sup> ». Autrement dit, la personne amputée souffre du non-approprié de son expérience d'amputation. Comme l'a fait remarquer Roussillon, si « *on souffre de réminiscences* », la théorie de soin psychique proposée par la psychanalyse qu'on pourrait en déduire serait : « *On guérit en se souvenant*<sup>3</sup>. » De manière plus raffinée, on pourrait dire : « On s'offre du non-approprié de l'histoire » ; il s'agit à la fois de ce que l'on n'a pas pu s'approprier et de ce qui n'était pas approprié aux besoins psychiques de la personne. Et la théorie du soin qu'on pourrait en déduire serait alors : « On guérit en symbolisant et en s'appropriant subjectivement, en introjectant l'expérience subjective en souffrance. » Pour symboliser et/ou s'approprier son expérience d'amputation de membre, le sujet doit pouvoir se représenter cette expérience et se la raconter de manière à arriver à y donner du sens.

Une amputation de membre peut entraîner une transformation de l'être. En effet, avec le changement apporté au corps et surtout à la validité physique du sujet, une amputation de membre peut provoquer un investissement massif dans d'autres atouts non exploités jusque-là.

Paul, 29 ans, rencontré dans le cadre de cette recherche, est devenu orthoprothésiste après l'amputation de sa jambe droite. Il se sert souvent de son expérience d'amputation de membre pour mieux accompagner les patients appareillés et les aider à se servir de leur prothèse pour améliorer leur quotidien.

### 3. LE TRAUMATISME DE L'EXPÉRIENCE D'AMPUTATION DE MEMBRE

Avant d'aborder le traumatisme de l'expérience d'amputation de membre, établissons une différence entre trauma et traumatisme. Le trauma est un événement réel qui existe dans le temps et dans l'espace. Et donc, l'origine du stress qui va produire la réaction de survie chez la victime est externe. Cela correspond parfaitement à la définition étiologique grecque de la notion de trauma, *effraction* ou *blessure*. Pour sa part, le traumatisme, qui a quelques similitudes avec le stress post-traumatique, est une conséquence du trauma. Il s'agit en effet d'un état physiologique de stress d'origine interne. Le système nerveux de la victime est maintenu en état d'alerte au-delà du trauma. De ce fait, le traumatisme se situe dans l'après-coup du trauma. Bremner définit le traumatisme comme une épidémie invisible [13].

Cet événement qui, par sa brutalité, rend difficile pour la psyché de trouver une réponse adéquate peut continuer à garder la victime en état d'alerte, puisque les souvenirs de l'expérience douloureuse

1. Schilder, P. (1950). The image and appearance of the human body. International Universities Press.

2. Freud, S. et Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie, précédées de Communication préliminaire (1893)*. Paris : PUF. (Traduction française, 1953.)

3. Roussillon, R. (2000). Le processus de symbolisation et ses étapes. Dans *Matière à symbolisation*. Lonay : Delachaux et Niestlé.



peuvent resurgir à n'importe quel moment, si un autre événement ou un autre stimulus fait écho à l'événement traumatique initial. Dans le contexte de cette clinique, il y a le moignon qui rappelle continuellement le membre amputé.

Quand on considère les amputés d'après le séisme en Haïti, par exemple, ils ont des interrogations auxquelles ils ont du mal à trouver des réponses satisfaisantes, telles que : *Pourquoi ça m'arrive? Comment vais-je vivre après? Pourquoi ne suis-je pas mort à la place? Pourquoi Dieu a-t-il permis que ça m'arrive? Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter un tel sort?* De telles interrogations pourraient rendre plus difficile le traumatisme de l'amputation comme elles pourraient être des tentatives de représentation et d'appropriation subjective de l'expérience traumatique. Car l'acceptation et l'appropriation passent par la subjectivation du traumatisme.

Si le type d'événement a des effets sur le potentiel traumatique de l'effraction, une amputation de membre reste un véritable choc. Les amputations traumatiques choquent autant que celles réalisées dans un cadre médicalisé. Même si le patient a été préparé, la découverte du moignon d'amputation reste un véritable choc. Car il est confronté à la fois à la réalité de la perte d'un membre et à la réalité de devoir vivre le reste de sa vie avec un corps mutilé, handicapé ou réduit dans sa validité. Le patient se trouve déchiré entre le choc/coup, les effets et les représentations de ce qui lui est arrivé.

Ferenczi considère le traumatisme ainsi : *« Choc inattendu, non préparé et écrasant, qui agit comme un anesthésique, le traumatisme a des effets destructeurs. Pour lui survivre, le psychisme développe des stratégies. L'une des plus intéressantes est le dédoublement : une partie de la personne continue de vivre et de se développer, tandis qu'une autre partie subsiste, apparemment détruite, mais prête à se réactiver à la première occasion<sup>4</sup>. »*

Si l'amputation de membre est avant tout une blessure physique, elle est également une blessure psychique. Car toute souffrance physique entraîne une souffrance psychique [3], puisque la psyché et le soma évoluent dans une dynamique d'interdépendance. Mais il faut dire aussi que si nous sommes tous sujets à subir des chocs ou des blessures, nous ne les vivons pas de la même manière. Ainsi, un même événement peut en traumatiser certains et pas d'autres. Tout dépend de la disposition psychologique et des ressources psychiques du sujet/victime. À cet effet, selon Crocq, « le caractère traumatique du choc dépend de la violence de l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit<sup>5</sup> ». Il serait plutôt préférable de parler d'événement « potentiellement traumatogène ».

Le trauma peut être considéré comme un choc inhabituel, un phénomène qui vient bouleverser et effracter le psychisme, dans un contexte où la personne vit un événement qui implique une menace de mort, une altération de l'intégrité physique et psychique, par exemple une agression individuelle, un accident grave, une séquestration, un attentat ou une catastrophe, une amputation d'un membre, etc. Selon Dumet, « [t]raumatisme signifie à la fois action d'un agent perturbateur et réaction psychique de l'individu à celle-ci<sup>6</sup> ». Car ce n'est pas l'acte en soi qui traumatise, mais le sens qui va lui être attribué.

Après avoir subi l'acte, le psychisme se trouve dans une quête de sens. C'est pour cela que Freud disait que l'hystérique souffre de réminiscences. C'est en fait le rapport que le sujet va établir entre ce qui est arrivé, ses souvenirs et ses représentations de l'événement qui va faire traumatisme. Si on souffre de réminiscences, de souvenirs de l'événement traumatique, on guérit en se souvenant. C'est-à-dire qu'on doit se permettre de se souvenir de ce qui est arrivé pour mieux le traiter. Car on n'oublie pas en refoulant, mais en traitant les souvenirs pour pouvoir passer à autre chose. Selon Nassikas, « [c]est donc de l'intérieur de l'organisme que se situe, pour l'essentiel, l'agent traumatisant. L'agent extérieur n'est qu'occasionnel. Il n'y a pas de traumatisme sans une complicité active du traumatisé qui, en même temps qu'il cède devant l'excitation, construit contre elle des mécanismes de défense qui dépassent leur objet en devenant, en eux-mêmes, source de souffrance et, de nouvelles motions traumatiques<sup>7</sup> ». Une amputation de membre est un choc terrible en soi, mais elle n'a pas le même sens pour tout le monde. Chacun lui accorde un sens en fonction de ses ressources psychiques et de ses référentiels culturels.

#### 4. L'EXPÉRIENCE D'AMPUTATION DE MEMBRE DANS LE CONTEXTE SOCIOÉCONOMIQUE D'HAÏTI

Certains immeubles publics construits après le séisme du 12 janvier 2010 commencent à être plus ou moins adaptés, mais le problème d'accessibilité des personnes vivant avec un handicap reste un véritable problème de santé publique. La situation des personnes amputées de membre est donc très difficile en Haïti. Une expérience d'amputation est particulièrement complexe dans ce contexte ou en termes de représentations socioculturelles, les personnes amputées et/ou handicapées sont considérées comme bonnes à rien, un poids pour la société, voire une honte pour leur famille. Qualifiées péjorativement de « kokobe », insulte créole signifiant « bon à rien, sous-homme », elles sont obligées de supporter le regard et les commentaires négatifs de ceux qui ont peu de bienveillance envers elles. En matière d'accessibilité, les logements et les transports en commun n'étant pas adaptés aux personnes en situation de handicap, elles ont beaucoup de difficulté à se déplacer et à travailler pour subvenir à leurs besoins. De ce fait, certaines sont obligées de faire la manche pour pouvoir se nourrir.

Au regard de l'accompagnement, Healing Hands for Haïti (HHH), où j'ai réalisé cette recherche, est l'une des organisations non gouvernementales qui travaillent de concert avec le Secrétariat d'État pour l'intégration des personnes handicapées en Haïti. HHH contribue de manière significative à l'accompagnement des personnes amputées en Haïti. Elle a mis en place un dispositif d'accompagnement pour ces dernières, à la fois sur les plans de la rééducation et de la réadaptation, mais surtout sur celui de l'appareillage. Parce que le centre de rééducation de HHH est également doté d'un atelier de fabrication de prothèses.

4. Ferenczi, S. (1982). Réflexions sur le traumatisme. Dans *Le traumatisme*. Paris : Payot, p. 34.

5. Crocq, L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.

6. Dumet, N. et Broyer, G. (dir.). (2002). *Avoir ou être un corps ?* Limonest : L'interdisciplinaire.

7. Nassikas, K. (2004). *Le trauma entre création et destruction*. Paris : L'Harmattan.

## 5. LE PROCESSUS DE RÉSILIENCE DES VICTIMES D'AMPUTATION DE MEMBRE

Nous allons d'abord prendre en compte les référentiels culturels qui peuvent participer au processus de résilience. La notion de référentiels culturels regroupe « *l'ensemble des représentations que les êtres humains font de la pensée, de leurs rapports à la nature et de leurs rapports entre eux. Certains par exemple se représentent dans l'esprit les rapports à la nature comme une relation avec des êtres supérieurs qui ont un pouvoir sur la nature. Il s'agit alors de se concilier avec des êtres supérieurs qui ont un pouvoir sur la nature*<sup>8</sup> ». Dans le contexte d'une expérience traumatique comme l'amputation de membre, ces référentiels culturels peuvent concerner tout ce que le sujet va utiliser comme support ou objet d'étayage. On peut retrouver des proverbes, des chants et danses ou toutes les productions folkloriques, des versets bibliques, la prière, la foi ou les pratiques religieuses et/ou spirituelles de manière générale, dans les référentiels culturels haïtiens.

Le processus de résilience peut être représenté en trois temps, qui vont du vécu de l'expérience traumatique jusqu'à sa potentielle acceptation :

- 1) le temps du choc, qui est brutal et déstabilisant ;
- 2) le temps de la représentation, qui demande au sujet de remobiliser toutes ses ressources psychiques pour tenir le coup, supporter et essayer de donner du sens à l'événement vécu ;
- 3) le temps de l'acceptation ou de l'appropriation subjective de l'événement après qu'il a été représenté et symbolisé. Cela correspond à ce que j'appelle « l'effet roseau ». En effet, le temps où ça se passe n'est pas celui où ça peut se mettre en forme et où ça peut commencer à se signifier [2].

Dans le contexte d'une expérience d'amputation, pour subjectiver la perte, le sujet doit d'abord reconnaître que le membre est perdu, nommer ce qui est perdu, pour arriver à le représenter. La subjectivation de l'expérience d'amputation de membre suppose dans un premier temps la représentation de ce qui est perdu (qu'est-ce que j'ai perdu ?) ; puis l'action de nommer ce qui est perdu (un bras, une jambe, etc.) et ce qui est perdu avec le membre en question (les effets de la perte). Car, quand on perd un objet, d'autant plus quand il s'agit d'un membre/d'une partie de son corps, on perd les qualités, les représentations, l'utilité de ce qui est perdu. Dans un second temps, il faut donner un sens à ce qui est perdu. (Pourquoi est-ce que j'ai perdu ce membre ?) En effet, chacun vit et se représente une perte, quelle qu'elle soit, à sa manière avec ses ressources psychiques.

## 6. LE PROCESSUS D'APPROPRIATION SUBJECTIVE DE L'EXPÉRIENCE DE L'AMPUTATION

Le processus d'appropriation subjective de l'expérience de l'amputation de membre passe par différentes étapes que nous pouvons regrouper en deux temps ou sous-processus : l'appropriation personnelle et la figurabilité de la perte.

8. Houtart, F. et Remy, A. (1997). *Les référents culturels à Port-au-Prince : Études des mentalités face aux réalités économiques, sociales et politiques*. CRESFED.

## 6.1 L'appropriation personnelle

### a) Reconnaître et nommer l'objet perdu

Pour subjectiver une perte, il faut d'abord reconnaître que l'on a perdu quelque chose et il faut pouvoir nommer ce qui est perdu, sinon, c'est le déni. Le choc de l'événement (l'amputation) crée un vide, un trou chez le sujet, il n'arrive pas à l'inscrire dans sa psyché. Louis Crocq désigne ce premier temps du trauma par le concept de sidération [14]. Dans un second temps, 24 à 48 h après l'amputation, le sujet commence à se questionner sur l'événement. « Pourquoi moi ? Pourquoi est-ce que ça m'arrive ? » C'est impensable, indescriptible, l'appareil psychique est comme déchiré, effracté par cet événement inattendu qui vient d'un seul coup mettre à mal l'équilibre psychique. Dans un troisième temps, le sujet commence à comprendre que c'est bien réel et qu'il a perdu une partie de son corps. C'est dur pour lui de l'admettre, mais il s'agit bien de la perte définitive d'un membre. À ce stade, le sujet va devoir nommer le membre perdu (un bras, une jambe, un doigt, etc.). Sachant que quand on perd un membre, on perd aussi les qualités de ce dernier, le sujet va commencer à se représenter tout ce qu'il a perdu à travers ce membre qu'il n'aura plus. C'est ce qui rend particulière cette perte, parce que le sujet perd à la fois l'objet (le membre) et ses qualités. Pendant un certain temps, le sujet va souffrir à la fois de l'acte d'amputation, qui est une expérience douloureuse, et de la perte de la valeur, de l'utilité, des effets et des représentations du membre perdu.

Certains sujets amputés de membre ressentent une douleur au niveau du membre amputé, comme si le membre était encore là. Plusieurs recherches ont montré qu'en dépit de l'amputation du membre, le cerveau continue d'envoyer des signaux vers ce membre. Comme si le cerveau ne pouvait pas reconnaître que le membre n'est plus là.

On peut aussi comprendre le phénomène du membre fantôme en considérant que l'appareil psychique se représente la perte du membre amputé à travers une présence fictive pour tenter de symboliser son absence. La notion de transitionnalité de Winnicott recouvrirait dans une certaine mesure la réalité du membre fantôme, car selon Winnicott, la transitionnalité est une aire intermédiaire qui donne la possibilité d'accepter la frustration de l'absence [15]. En effet, suivant cette approche, cet objet créé n'est ni une hallucination ni un objet réel. Une patiente m'a déjà dit : « *Je sais ressentir comme une crampe au niveau des orteils de ma jambe amputée.* » Quand le sujet amputé parle de son expérience de douleurs fantômes, on a l'impression d'être en ballonnement entre le réel et l'imaginaire. « Comme une crampe » voudrait dire que ce n'est pas une crampe réelle, vu que le membre n'est plus là. Mais la patiente a eu une vraie sensation de crampe et elle a situé la sensation « aux orteils ». Et c'est là aussi que se trouve toute la problématique du membre fantôme. Le membre en question n'est plus là en chair et en os, mais le cerveau considère qu'il l'est. Et de fait, la sensation est bien réelle. Dans un autre sens, cela sous-entend que l'appareil psychique tente d'enregistrer l'absence physique du membre à travers une présence fictive, d'où la création d'un membre fantôme.

### b) La figurabilité de la perte

Aux questions « Qu'est-ce que j'ai perdu ? » et « Pourquoi moi ? », le sujet va essayer de trouver une explication causale. Avec la croyance, le sujet a tendance à représenter son épreuve comme une malédiction de Dieu. Cette dernière peut générer un sentiment de culpabilité,

mais qui peut participer aussi au processus de mise en sens ou de mise en récit de l'expérience de perte. Ce travail d'élaboration d'un récit de ce qui est arrivé est indispensable à l'appropriation subjective de l'expérience. Selon Boris Cyrulnik : «*La fabrication d'un récit de soi remplit le vide provoqué par la souffrance. On bricole une image, on donne cohérence aux événements, on répare une injuste blessure et un récit permet la réconciliation avec le monde extérieur*<sup>9</sup>. » Et c'est là que le sujet a besoin de notre écoute et de notre accompagnement pour élaborer cette expérience qui l'empêche de penser.

Dans son récit, madame Eliane a référé à une expérience de David, un personnage biblique auquel elle s'est identifiée. En effet, dans l'épreuve, David se lamentait et pleurait beaucoup sur les malheurs qui s'abattaient sur son royaume et sa propre famille. C'est dans ces circonstances que Dieu a fait un appel à David et lui a demandé de cesser de pleurer. Elle s'est approprié cet appel qui a été fait à David et y a trouvé la force de *cesser de pleurer*. Cette démarche d'appropriation subjective est en lien étroit avec les référentiels culturels, en particulier la foi et la croyance dans la Bible dans ce cas précis. Madame Eliane avait besoin de s'appuyer sur ses ressources culturelles pour affronter cette expérience traumatique et arriver à l'intégrer psychiquement. Elle m'a dit : «*Tout comme Dieu avait demandé à David de cesser de pleurer, j'ai cessé de pleurer.* » Elle s'est servie de l'expérience de David pour trouver du courage et des ressources afin de penser l'expérience et tenter de la symboliser.

Quand elle s'est souvenue de ce monsieur à qui elle avait donné un peu d'argent pour acheter à manger pour son fils et lui, ce monsieur qui était venu l'aider sous les décombres, elle m'a dit : «*Cette séquence de mon expérience me fait penser à un verset biblique. Un passage stipulant que "ce qu'un homme aura semé, il le moissonnera sûrement"*. » Cela signifie pour elle qu'elle a été sauvée de sous les décombres parce qu'elle avait fait un bien qui lui aurait valu cette récompense.

Les sujets faisant face à de telles expériences «extrêmes» ont tendance à avoir des questionnements et une attitude victimaires. «Pourquoi est-ce que c'est à moi que cela arrive? Pourquoi est-ce que les autres sont sains et saufs alors que moi, je dois vivre avec des manques? Je suis maudit, Dieu m'oublie, il m'abandonne.»

Il y a aussi une quête de sens dans cette manière d'aborder l'expérience. Car le sujet a besoin d'avoir des réponses à ces questions pour comprendre ce qui lui est arrivé et pour pouvoir donner du sens à cette expérience douloureuse.

## 6.2 S'appuyer sur des étayages familiaux, groupaux et socioculturels

Pour faire face à la charge émotionnelle de l'expérience de l'amputation, le sujet a besoin de s'appuyer sur des groupes d'appartenance. En effet, le regard et les réactions de la famille et de la société peuvent impacter le processus de mise en sens et, par conséquent, le processus d'appropriation. Des réactions comme «Tu es devenu un légume» ou «Je ne pourrai pas te regarder souffrir comme ça» ont des impacts très significatifs sur le sujet qui doit vivre le reste de sa vie avec cette perte irrémédiable. Comme on a pu le remarquer avec madame

Eliane, le sujet a besoin de s'appuyer sur un autre pour affronter l'expérience. Elle a dû faire appel à un tiers dans son rêve pour dire ce qui allait se passer, ce qui devait être fait. Parce qu'elle n'était pas encore en mesure d'être le sujet de sa réflexion sous les décombres. Elle a dit qu'elle a vu un personnage qui serait Dieu pour elle et qui lui a tout raconté. Comme l'a fait remarquer Ciccone : «*On ne peut comprendre, symboliser, représenter qu'avec l'aide d'un autre, d'abord au-dehors de soi, puis intériorisé, mis au-dedans de soi, constitué comme un objet interne. Le subjectif se fonde sur l'altérité*<sup>10</sup>. » Dieu viendrait en continuité au rôle de son objet interne. Il y aurait alors un autre caché derrière Dieu dans ce rêve. Un personnage secourable qui vient lui expliquer comment elle va sortir de sous les décombres. Pour essayer de comprendre quel autre, quel personnage compte autant pour elle et pourrait être représenté à travers le personnage de son rêve, je lui ai demandé auquel de ses parents elle ressemble le plus et duquel elle aurait hérité son dynamisme et sa force de caractère. Elle m'a dit : «*C'est mon père. D'ailleurs ma mère était très faible. Et j'étais très proche de mon père*<sup>11</sup>. » Ce qui témoigne de son niveau de symbolisation, c'est qu'elle raconte son expérience comme s'il s'agissait d'une histoire, d'un roman qu'elle aurait lu. En écoutant son récit, j'ai eu comme l'impression de regarder un film. Elle narre cette expérience avec une telle cohérence, une telle facilité qu'on a l'impression qu'elle ne parle pas d'elle-même. Bien qu'il n'y ait pas de symbolisation totale, elle arrive, comme l'a fait remarquer Roussillon [2], à se donner une copie de ce qui s'est passé. Elle arrive à mettre en récit cette expérience éprouvante, à se l'approprier et à en faire une force. Sous la poutre, déjà, elle était arrivée à être le sujet de son expérience à travers cet autre qui, dans son rêve, analysait et prenait des initiatives pour affronter la situation. C'est d'ailleurs elle-même qui a dirigé le processus de sauvetage sur la base du rêve qu'elle avait fait.

## 7. CONCLUSION

Une amputation de membre est une expérience extrêmement éprouvante. À la découverte du moignon d'amputation, l'un des principaux éléments qui reviennent au sujet amputé est l'irréversibilité du changement apporté à son corps. Il sera dès lors nécessaire d'accompagner le sujet afin qu'il élabore sa représentation de cette ablation d'une partie de son corps. Si pour certains cette amputation est nécessaire à la survie, dans le contexte d'un diabète ou d'une infection au staphylocoque doré par exemple, pour d'autres, il s'agit d'une perte qui change la vie à jamais. C'est donc dans ce sens qu'il est essentiel de prendre en compte le type d'amputation et le contexte dans le dispositif de prise en charge. Les récits de différents sujets rencontrés dans le cadre de ce travail de recherche ont montré qu'une expérience d'amputation pouvait être pensée comme une expérience de transformation. En effet, certains sujets estiment qu'ils arrivent à explorer la meilleure version d'eux-mêmes après leur amputation de membre. Paul, par exemple, est devenu orthoprothésiste, se sent utile et épanoui dans son métier où il participe à aider les victimes à se réapproprier leur corps. Nous pouvons de ce fait considérer qu'avec l'amputation, le corps peut aussi

9. Martin, N., Spire A. et Vincent, F. (2009), *La Résilience. Entretien avec Boris Cyrulnik*, Le Bord de l'eau, Bordeaux.

10. Ciccone, A. et al. (2010). *Cliniques du sujet handicapé. Actualités des pratiques et des recherches*. Toulouse : Érès.

11. Madame Eliane

changer dans le sens du gain. Car assez souvent, une amputation ouvre de merveilleux horizons dans le cheminement de l'histoire de certaines personnes amputées. Il faut surtout tenir compte d'un élément important dans l'expérience de Paul. Il ne réussit pas dans ce métier parce qu'il a été amputé, mais parce qu'il a pu s'approprier subjectivement son amputation pour en faire une expérience de transformation. Ce qui correspond très exactement à la notion de résilience qu'on peut résumer comme étant la capacité à redevenir sujet après l'épreuve. ■

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 Cénat, J., Derivois, D. et Karray, A. (2017). Psychopathologie de la mort et de la survivance en Haïti : Le séisme et la culture comme analyseurs. *Psychothérapies*, 1(1), 7-17. [En ligne], <https://doi.org/10.3917/psys.171.0007>.
- 2 Roussillon, R. (2000). Le processus de symbolisation et ses étapes. Dans *Matière à symbolisation*. Lona: Delachaux et Niestlé.
- 3 Panyi, L. K. et Lábadi, B. (2015). Psychological adjustment following lower limb amputation. *Orv Hetil*, 156(39), 1563-1568. [En ligne], doi: 10.1556/650.2015.30257.
- 4 Romano, H. (2013). Prise en charge médico-psychologique immédiate des enfants et adolescents exposés à un événement traumatique. *Cliniques*, 1(1), 166-182. [En ligne], <https://doi.org/10.3917/clini.005.0166>.
- 5 Ferenczi, S. (1934). *Le traumatisme*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- 6 Derivois, D. (2012). L'hypothèse d'une résilience de l'Esprit et des esprits en Haïti. *Sciences Croisées*, 1(11), 1-9.
- 7 Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *The British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. [En ligne], <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>.
- 8 Fisher, K. et Hanspal, R. S. (1998). Body image and patients with amputation: does the prosthesis maintain the balance? *Int J Rehabil Res*, 21(4), 355-363.
- 9 Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. International Universities Press. (Traduction française: L'image du corps. Paris: Gallimard, 1968.)
- 10 Kaës, R. (1997). Dire le traumatisme. Dans B. Doray et C. Louzoun (dir.), *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*. Ramonville-Saint-Agne: Erès, 197-213.
- 11 Vermeiren, E. (2009). Les événements traumatogènes. *Stress et Trauma*, 9(4), 214-217.
- 12 Dolto, F. (1984) *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.
- 13 Bremner, J. D. (2014). *The Real Path to Recovery From Psychological Trauma*.
- 14 Crocq, L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
- 15 Winnicott, D. W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans D. W. Winnicott (1983). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : petite Bibliothèque Payot, p. 109-125.







Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Article original

## La dynamique transféro-contre-transférentielle entre clinicien et patient à l'épreuve d'un événement traumatique commun

*The transference-countertransference dynamics between clinician and patient put to the test of a shared traumatic event*

Fresner André

Laboratoire Psy-DREPI (dynamiques relationnelles et processus identitaires), université de Bourgogne-Franche-Comté, Dijon, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :  
Reçu le 24 juillet 2023  
Accepté le 9 janvier 2024

Mots clés :  
Transfert  
Contre-transfert  
Relation thérapeutique  
Prise en charge psychologique  
Traumatisme psychique  
Résilience  
Tremblement de terre

Keywords:  
Transference  
Countertransference  
Therapeutic relationship  
Psychological support  
Psychological trauma  
Resilience  
Earthquake

### RÉSUMÉ

Cet article porte sur la dynamique transféro-contre-transférentielle entre clinicien et patient dans le contexte où ils ont vécu un même événement traumatique. Ce travail prend en compte une expérience clinique menée en Haïti sur un camp de fortune après le séisme du 12 janvier 2010. Il s'agit d'une analyse d'après-coup d'un dispositif de prise en charge psychologique des victimes du séisme qui vivaient sur le camp de Pax Villa. La population prise en charge était composée de femmes, hommes, jeunes ; familles et enfants. Deux vignettes cliniques ont été retenues pour analyser le rôle fondamental du transfert et du contre-transfert dans la relation thérapeutique dans ce contexte traumatique. Cette expérience nous a permis de comprendre que le fait que le clinicien ait été témoin et victime du même événement traumatique peut contribuer au soubassement de la relation de confiance et du processus thérapeutique. Nous avons compris aussi que la relation transfert contre-transfert dans ce cadre particulier se déroule entre similitude et distance. Pour limiter les effets néfastes des affects du patient qui font écho chez le clinicien, le travail d'élaboration du contre-transfert du clinicien est indispensable.

© 2024 L'Auteur(s). Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

### ABSTRACT

This article focuses on the transference-countertransference dynamic between clinicians and patients in the context where they experienced the same traumatic event. This paper takes into account a clinical experiment carried out in a makeshift camp in Haiti after the earthquake of January 12, 2010. It is a post-coup analysis of a program of psychological treatment for earthquake victims living in the Pax Villa camp. The population under care included women, men, young people, families, and children. Two clinical vignettes were selected for an analysis of the fundamental role of transference and countertransference in the therapeutic relationship in this traumatic context. This experience enabled us to understand that the fact that the clinician has witnessed and experienced the same traumatic event can contribute to the underpinning of the trusting relationship and the therapeutic process. We also understood that the transference countertransference relationship in this setting takes place between similarity and distance. To limit the harmful impact of the patient's emotional responses that are simultaneously echoed by the clinician, it is essential to work out the clinician's countertransference.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## 1. Introduction

Cet article découle d'une expérience clinique réalisée en Haïti, sur un camp de fortune, après le séisme du 12 janvier 2010. L'un

des principaux objectifs de cet article était d'analyser la méthode utilisée par le clinicien pour remobiliser ses ressources psychiques pour intervenir dans ce contexte où il a vécu le même événement traumatique. Et surtout, comment arrive-t-il à développer de la disponibilité psychique pour accompagner et contenir ces personnes porteuses de souvenirs et de récits qui font écho à sa propre expérience de l'événement traumatique ? Nous avons

Adresses e-mail : [fresnerandre@gmail.com](mailto:fresnerandre@gmail.com), [andrefresner16@yahoo.fr](mailto:andrefresner16@yahoo.fr)

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.01.017>

0003-4487/© 2024 L'Auteur(s). Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



souhaité analyser également le cheminement de cette expérience clinique : de la prise de conscience du séisme, la mise en place d'un dispositif de prise en charge psychologique sur un camp de fortune, la rédaction d'un journal personnel de l'expérience traumatique, jusqu'au temps de son élaboration. Comme l'a souligné à juste titre R. Roussillon [27] : « Le temps ou ça se passe n'est pas le temps ou ça se met en forme, ou ça commence à se signifier, du moins celui où le sujet peut commencer à s'emparer de ce que ça signifie pour lui. » Il nous paraissait indispensable de réaliser ce travail d'élaboration de cette pratique clinique quand nous avons compris qu'il s'agissait d'une situation particulière. La spécificité du travail du clinicien est de n'avoir pas vécu la même expérience du patient, ce qui lui permet de garder une bonne distance et la neutralité bienveillante [14]. La particularité de cette expérience clinique est le fait que le clinicien a été témoin et victime du même événement traumatique. L'analyse de cette pratique clinique s'avérait donc nécessaire pour essayer de comprendre les stratégies conscientes et surtout inconscientes mises en place par l'aidant occupant à la fois le rôle de témoin et celui de victime. Le besoin de rédiger cet article est advenu dans le contexte de la pandémie du coronavirus COVID-19 où un facteur majeur a fait écho au vécu de l'expérience post-séisme. Le fait d'être pris entre la vie et la mort. Lorsque l'on assistait au nombre croissant de morts annoncées régulièrement dans les journaux, on pouvait avoir le sentiment d'être nous-même un survivant dans l'attente d'une mise à mort. À la demande de nouvelles, la réponse « jusque-là ça va », exprimait bien le sentiment d'insécurité et d'incertitude qui nous portait ou que nous portions tous et toutes.

Dans ces contextes qui mettent en évidence la vulnérabilité de l'être humain, notre capacité de contenance et d'élaboration psychologique est mise à mal. Le clinicien se retrouve tiraillé dans un double rôle, aidant et vulnérable. Quand on a vu des soignants qui ont été infectés par le coronavirus au chevet ou au contact de leurs patients et ceux qui mouraient, quelle contenance ? Quel étayage ? Comment être aidant dans ce contexte où il faut être au chevet d'un peuple et/ou d'un monde traumatisé [13] ? Quelle disponibilité psychique pour garantir une bonne relation transfert contre-transfert et une potentielle neutralité bienveillante ?

Après le séisme du 12 janvier 2010 en Haïti qui a fait environ 222 000 morts et 300 000 blessés [35], les survivants ont manifesté un élan de solidarité pour venir en aide aux victimes. Dans ce cadre-là, tous les professionnels de psychologie, praticiens de longue durée et jeunes diplômés de psychologie, étaient au chevet de tout un peuple éprouvé par un trauma sans précédent dans son histoire récente. Depuis l'indépendance d'Haïti, le 1<sup>er</sup> janvier 1804, deux principaux tremblements de terre ont été enregistrés : un fort tremblement de terre qui a secoué le pays le 7 mai 1842, dont le célèbre écrivain haïtien Démesvar Delorme fut l'un des témoins [11]. Il y a eu d'autres secousses en 1887, mais le séisme de 1904 fut le tout dernier séisme majeur enregistré avant celui de 2010 [11]. Ce séisme de 1904, l'année de la commémoration du centenaire de l'Indépendance d'Haïti, a ravagé la ville du Cap-Haïtien et causé un grand nombre de dégâts dans le nord du pays.

Après le séisme de 2010 qui nous a rappelé que l'île était assise sur des failles sismiques, un second tremblement de terre de magnitude 7,2 sur l'échelle de Richter est venu secouer le grand Sud d'Haïti le 14 août 2021. Là encore, il s'agit d'une date historique qui rappelle une grande cérémonie de vaudou qui avait pour vocation de rassembler les esclaves vers la guerre de l'Indépendance [20]. C'est pour cela d'ailleurs que cette cérémonie vaudouesque est considérée en Haïti comme l'acte fondateur de la révolution haïtienne.

Après ce second cataclysme, il nous a paru nécessaire de rendre compte de cette expérience clinique menée dans le contexte traumatique du séisme de 2010. Une situation au bord de l'impensable, sollicitant la créativité du clinicien, afin de s'adapter

ou tout au moins d'essayer de s'approprier ce cadre thérapeutique inédit d'une « clinique de l'extrême » [4,23]. Par clinique de l'extrême, nous entendons des champs cliniques tels que le traumatisme, le handicap, les maladies somatiques, les soins palliatifs, les traumas de guerres, l'amputation, etc., une clinique prenant en compte ces situations extrêmes qui interrogent notre humanité, notre vulnérabilité et les limites de ce qui est pensable, supportable, acceptable, partageable et symbolisable par l'être humain [23]. L'utilisation de la notion d'extrême ou situations extrêmes remonte à une publication [4] de B. Bettelheim (1960/1972) où il évoqua son expérience des camps de concentration [3]. Dans ces situations extrêmes telles que l'extermination des Amérindiens, la traite négrière et l'esclavage, les camps de concentration, le génocide rwandais, le génocide arménien, etc., les victimes sont confrontées de manière brutale au risque de la mort et/ou à la mort imminente, à la perte de la dignité et à la déshumanisation.

« Dans la situation extrême, il y a confrontation non seulement à la mort, mais à la cruauté, à la volonté de détruire, d'humilier, de rabaisser l'humain, de défaire les liens sociaux. Le sujet est plongé dans un monde privé de sens. Tout devient incertain, il n'est plus possible d'être dans une temporalité, de faire des projets, de penser au lendemain, l'homme est réduit à l'état de bête traquée, ne pouvant vivre que l'instant présent, survivre s'il le peut, heure par heure, sans pouvoir être sûr d'être vivant l'instant d'après. Pour ceux qui ont vécu un génocide, la pensée est, pour un temps, mise hors-jeu. Une telle expérience produit des effets de déréalisation, voire de dépersonnalisation, elle conduit parfois à la folie » [3].

## 2. Le cadre dans un cadre particulier

La question du cadre était au premier plan dans cette expérience clinique. Dans ce contexte traumatique, il fallait élaborer un cadre qui soit suffisamment contenant et étayant pour accompagner les victimes à y mettre du sens. Dans le contexte post-séisme, le dispositif devait être aménagé en fonction d'un certain nombre d'éléments, en particulier la sécurité. Puisque les patients ne pouvaient aucunement supporter l'idée d'être dans un espace fermé, un dispositif en plein air, sous un arbre, était donc l'idéal. C'est un cadre qui correspond à ce que J. Bleger entend quand il dit que le cadre doit être stable, sécurisant et représenter donc une sécurité de base pour les patients [5]. L'approche de Winnicott correspond parfaitement à ce contexte. Il a défini le *setting* comme « la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif » [39]. Dans ce cas de figure, nous pouvons joindre le cadre au dispositif en suivant l'approche de J. Bleger [5] avec un cadre à deux feuillets : le cadre interne du clinicien et le cadre externe du dispositif établi, le cadre interne étant constitué du fondement théorique et méthodologique du clinicien. Et le cadre externe où le dispositif établi découle directement de l'appartenance théorique du clinicien. Le cadre en question s'articule autour des deux principales règles générales de la clinique d'inspiration psychanalytique : la règle de la libre association et la règle d'abstinence. Le patient est là pour dire tout ce qui lui vient à l'esprit, comme ça lui vient. Le clinicien doit s'abstenir de juger le patient, de lui dicter une pensée ou un comportement.

## 3. Une expérience traumatique en partage

Afin d'analyser et de mieux comprendre cette expérience clinique, nous nous sommes étayés, entre autres, de la théorie psychanalytique pour définir le concept du traumatisme psychique.

En 1920, Freud allait redéfinir le traumatisme après l'abandon de sa « neurotica » et tout le cheminement théorique qui s'en est

suivi [6]. Dans *Au-delà du principe de plaisir* [17], le traumatisme est caractérisé par un excès d'excitation. Le traumatisme résulte donc d'un défaut du pare-excitation qui se retrouve en incapacité d'empêcher le débordement de cette excitation qui va engendrer une effraction psychique [28].

Nous devons distinguer le trauma du traumatisme. Si le trauma concerne un événement vécu, se définit dans une durée et appartient au passé, le traumatisme arrive dans l'après-coup du trauma et appartient au présent. Le traumatisme a quelques similitudes avec le trouble de stress post-traumatique, il est consécutif du trauma.

Le stress qui va produire la réaction de survie et/ou l'hyper-vigilance chez la victime vient de l'extérieur. La définition étymologique grecque de la notion de trauma, une effraction ou une blessure, correspond bien à cette représentation de l'expérience traumatique. Le traumatisme, comme mentionné plus haut, se situe dans l'après-coup du trauma. L'état physiologique de stress qui envahit le sujet est d'origine interne. Le système nerveux de la victime reste en état d'alerte au-delà du trauma. J.D. Bremner définit le traumatisme comme une « épidémie invisible » [9]. Le traumatisme met la victime dans une incapacité de penser et de mettre du sens sur ce qui lui est arrivé. Ce qui est d'autant plus difficile avec le traumatisme, ce sont les reviviscences, le fait que les souvenirs de l'expérience douloureuse peuvent resurgir à n'importe quel moment. Il suffit qu'un autre événement ou un autre stimulus vienne faire écho aux affects de l'événement initial, ce qui est plus évident encore avec les amputations de membre, puisque le moignon du membre amputé rappelle continuellement les circonstances de l'événement traumatique. Des personnes amputées rencontrées après le séisme du 14 août 2021 disent avoir vécu ce nouveau séisme avec la même charge émotionnelle que le premier (12 janvier 2010). D'autant plus que pour certaines d'entre elles, ce n'est qu'à l'occasion de ce nouveau séisme qu'elles ont expérimenté les sensations de la Terre qui tremble. Puisque le 12 janvier 2010, étant sous les décombres, elles n'ont pas eu le temps de comprendre ce qui s'est passé.

Le type et le contexte de l'événement peuvent avoir des effets sur le potentiel traumatique de l'effraction. Une amputation de membre reste un véritable choc qui porte atteinte à l'intégrité du corps. Les amputations traumatiques, c'est-à-dire non préparées ou consécutives à un accident de la route par exemple, sont aussi choquantes que celles réalisées dans un cadre médicalisé. Et même si le patient a été préparé, la découverte du moignon d'amputation reste un véritable choc. Car il s'agit d'être confronté à la fois à la réalité de la perte d'un membre et accepter de vivre le reste de sa vie avec un corps mutilé, handicapé ou réduit dans sa validité. Le patient se trouve déchiré entre la sidération, les effets et les représentations de ce qui lui est arrivé.

Selon S. Ferenczi, le traumatisme est un « choc inattendu, non préparé et écrasant, qui agit comme un anesthésique, le traumatisme a des effets destructeurs. Pour lui survivre, le psychisme développe des stratégies. L'une des plus intéressantes est le dédoublement : une partie de la personne continue de vivre et de se développer, tandis qu'une autre partie subsiste, apparemment détruite, mais prête à se réactiver à la première occasion... » [16].

Si l'amputation de membre est avant tout une blessure physique, elle est également une blessure psychique. Car toute souffrance physique est susceptible d'entraîner une souffrance psychique [37], puisque la psyché et le soma évoluent dans une dynamique d'interdépendance. À partir des travaux du Dr H. Beecher, chirurgien des troupes américaines en Europe lors de la Seconde Guerre mondiale, et de ceux de D.B. Moris, nous comprenons qu'il n'y a pas de dichotomie entre l'esprit et le corps. « La douleur mentale peut être ressentie physiquement et la

douleur physique peut être ressentie mentalement. Le corps et l'esprit sont des systèmes intégrés » [24].

Un choc, une blessure ou un trauma restent une expérience personnelle dont seul l'éprouvé détient la meilleure définition. Un même événement peut avoir une valeur traumatique pour certains et pas pour d'autres, puisque chaque personne vit et se représente un événement en fonction de ses ressources psychiques. À cet effet, L. Crocq souligne que « le caractère traumatique du choc dépend de la violence de l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit. Il serait plutôt préférable de parler d'événement potentiellement traumatogène » [12].

Le trauma peut être considéré comme un choc inhabituel, un phénomène qui vient bouleverser et effracter le psychisme, dans un contexte où le sujet vit un événement qui implique une menace de mort, une altération de l'intégrité physique et psychique telle que, par exemple, une agression individuelle, un accident grave, une séquestration, un attentat ou une catastrophe, une amputation d'un membre, etc. Au-delà de l'acte, c'est le sens qui va lui être attribué qui traumatise puisqu'après avoir subi l'acte, le psychisme se trouve dans une quête de sens. C'est pourquoi Freud [19] soulignait que l'hystérique souffre de réminiscence. Ce qui va faire traumatisme, c'est le rapport que le sujet va établir entre ses souvenirs et ses représentations de l'événement. Si on souffre de réminiscence, des souvenirs de l'événement traumatique, on guérit en se souvenant. C'est-à-dire qu'on doit se permettre de se souvenir de ce qui est arrivé pour mieux le traiter.

### 3.1. La relation thérapeutique clinicien/patient après une crise majeure

L'appel à l'aide des patients peut éveiller chez le clinicien le sentiment de pouvoir être aidant. Mais être aidant, dans de telles circonstances, requiert une certaine disponibilité psychique parce qu'il s'agira de mettre son cadre interne et/ou sa psyché au service des patients. De ce fait, la demande d'aide des patients peut amener le clinicien à remobiliser ses ressources psychiques et son cadre interne pour être aidant. Il peut être amené à prendre une certaine distance avec ses propres affects afin de se mettre à la disposition d'autrui. Pour prendre ce recul, cette distance, le clinicien a besoin de faire une certaine auto-évaluation de son degré d'affectation et de sa capacité d'écoute et de contenance du discours traumatique des personnes affectées.

Ce séisme était tellement inattendu et les pertes en vies humaines tellement significatives, que les survivants avaient tendance à se demander s'ils étaient réellement vivants, ou s'il restait du vivant en eux : « Comment se fait-il que nous ne soyons pas morts ? » se demandent certains, considérant le nombre conséquent de morts. Ces mots ont également pu être entendus dans le contexte de la crise sanitaire. Deux ans après, certains peuvent se demander comment il se fait qu'ils ne soient pas victimes comme les centaines de milliers de personnes qui ont été infectées par la COVID-19 et celles qui en sont mortes. D'autant plus que ces situations inédites nous concernent tous et toutes sans exception.

Par ailleurs, la population haïtienne était tirillée entre la vie et la mort, dans la mesure où, d'un côté, vous observez des personnes qui pleurent leurs morts alors que d'autres manifestent leur joie d'être en vie, ou d'avoir retrouvé un membre de leur famille qu'elles croyaient mort. Pourquoi certaines meurent et d'autres sont épargnées ? Certains survivants se demandaient pourquoi ils n'étaient pas morts, non pas parce qu'ils auraient préféré l'être, mais il s'agissait d'une manière de questionner cette nouvelle existence. Nous évoquons cette « nouvelle existence », parce que ce jour du 12 janvier 2010 a été considéré par les survivants comme la date de leur nouvelle naissance. Ceux qui sont sains et saufs ont

pensé à la nouvelle orientation de leur vie et ceux qui perdent un être cher ou qui sont sévèrement affectés vont devoir vivre différemment. Les victimes recherchaient du sens à leur survie, accordant parfois une explication spirituelle ou religieuse : « Si l'on vit, il doit y avoir une raison », ils pensaient à « une malédiction de Dieu ». Dans la culture haïtienne, certains suivent des cultes aux Laos (esprits dans le vaudou haïtien), et l'Église protestante a véhiculé l'idée selon laquelle Haïti souffre à cause du sacrifice d'un porc égorgé lors de la cérémonie du bois caïman le 14 août 1791. En revanche, ces mêmes interrogations peuvent aussi servir de tuteurs de résilience [8] pour les survivants. Pour faire face au trauma, certains sujets ont fait appel à leurs ressources culturelles et leur foi en Dieu. Cela témoigne bien de la décision du gouvernement de l'époque qui a décrété trois journées de jeûne sur toute l'étendue du territoire après le séisme. La notion de survivance correspond parfaitement à ce contexte. Avec autant de cadavres à enterrer et autant de morts à pleurer, qu'est-ce qu'il restait de vivant en eux ? Et comment arrivent-ils à développer un processus d'appropriation subjective [29] après le sentiment de morcellement que laisse un tel trauma ?

### 3.2. La dynamique transfert contre-transfert

La dynamique transféro-contre-transférentielle est inhérente à toute rencontre clinique. Dans toute rencontre clinique, il s'agit d'un échange entre deux psychés. Le patient transfère des états émotionnels non élaborés, amenant le clinicien à analyser son contre-transfert dans l'après-coup de la séance pour mieux accompagner le patient. Le clinicien doit prendre en compte aussi la réflexivité [30] du patient. Il faut souligner que le bon déroulement de cette dynamique relationnelle clinicien-patient doit s'effectuer dans un cadre analytique, cité plus haut, élaboré en conséquence.

La rencontre clinique se fait dans une démarche de co-associativité. Dans cette perspective, nous allons présenter deux concepts clés, transfert et contre-transfert. Le concept du transfert est difficile à définir parce qu'il est abordé de différentes manières selon les auteurs. Dès le début, la problématique du transfert a interpellé Freud. Et il n'a jamais cessé de souligner à quel point la survenue du transfert était étrange, et cela a permis de reconnaître dans d'autres situations l'action du transfert, comme fondement même de la relation psychothérapeutique. Comme l'ont souligné Laplanche et Pontalis [25], si à l'origine le transfert n'était pour Freud qu'un déplacement de l'affect d'une représentation à une autre – le recours à une imago qui vient réactualiser la relation objectale – il en fera par la suite l'élément essentiel de l'analyse et de la cure. En effet, selon S. Freud [18], « le transfert, aussi bien dans sa forme positive que négative, entre au service de la résistance, mais entre les mains du médecin, il devient le plus puissant des instruments thérapeutiques et il joue un rôle qui peut à peine être surestimé dans la dynamique du processus de guérison ».

Laplanche et Pontalis [25] définissent le contre-transfert comme l'« ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci ».

Le « contre » désigne à la fois l'opposition et l'accompagnement : « Contre aussi, mais au sens d'avec et de proche. Non pas en face, mais en phase, comme le contre-chant face au chant, comme la contredanse, mais aussi le contrepied. » En fonction de ce que le patient « dépose » chez le clinicien, selon que ce transfert est positif ou négatif, le clinicien va être traversé par des affects et avoir une réaction en lien à cet état non élaboré dont il devient le contenant. Le contre-transfert étant inconscient, ce n'est que dans l'après-coup de la rencontre clinique que le clinicien pourra prendre conscience de son contre-transfert. Ce dernier doit être élaboré par

le clinicien pour garantir la bonne continuation de la relation thérapeutique.

Le contre-transfert désigne donc la réaction du clinicien en fonction de la projection du patient. Tout comme dans le transfert, le contre-transfert du clinicien s'appuie sur son vécu relationnel antérieur. C'est-à-dire que l'on peut parler de contre-transfert positif ou négatif en fonction du type de relation d'objet.

Winnicott [38] souligne la nécessité de prendre conscience de ses propres émotions en vue de mieux comprendre la dynamique transféro-contre-transférentielle, cela afin d'éviter les jeux d'emprise de la relation ou la similitude des éléments traumatiques. L'essence de la dynamique de cette relation s'articule autour de la dualité transfert contre-transfert. De ce fait, l'élément essentiel du travail thérapeutique se trouve dans l'autoanalyse du clinicien des processus contre-transférentiels. Le contre-transfert a, autant que le rêve et le transfert, un contenu manifeste et un contenu latent. Devereux [14] souligne que « le contre-transfert est la donnée la plus cruciale de toute science du comportement ». Le clinicien doit analyser son contre-transfert dans l'après-coup de la séance pour rendre conscient le contenu latent dissimulé par le contenu manifeste et mieux accompagner le patient dans l'élaboration de sa souffrance psychique.

### 3.3. Au chevet d'une population avec un récit qui vous parle

Jeune licencié en psychologie, je me suis retrouvé au pied levé dans une pratique clinique dans un contexte extrême. Il s'agissait d'accompagner psychologiquement des personnes qui ont vécu un événement traumatique récent et nouveau dans leur quotidien de vie. Ils ont tout perdu en l'espace de quelques secondes : biens matériels et immatériels ; proches, membres de leurs familles, etc. L'écoute d'une personne en souffrance et en détresse ne laisse personne indifférente. D'autant plus qu'écouter une personne en détresse en lien avec un événement traumatique que vous partagez présente un contexte particulier.

Le côté particulier de cette situation clinique se situe notamment dans la temporalité. Car on peut avoir été victime d'un événement traumatique à un certain moment de sa vie et avoir à accompagner des victimes d'un pareil événement dans un autre contexte. Mais dans le cadre de cette expérience, il était question d'accompagner des victimes tout en étant aussi témoin et victime du même événement, au même moment et dans le même environnement social.

L'un des principaux aspects du questionnement de cet article portait sur la remobilisation des ressources psychiques du clinicien pour intervenir dans ce contexte où il a été témoin et victime du même événement traumatique [21]. Et comment arrive-t-il à développer de la disponibilité psychique pour accompagner et contenir ces sujets porteurs de souvenirs et de récits qui font écho aux siens ? J. Beaussan [2] souligne en effet qu'« être un professionnel de la psychologie au cœur d'une ville qui subit un tremblement de terre signifie être à la fois victime, témoin, sujet en même temps que l'on reste l'aidant, le psychologue ». Ce qui met en évidence le double rôle du clinicien victime/aidant dont nous étions investis dans ce contexte particulier. Nous devions nous assurer au quotidien : d'un endroit pour dormir en sécurité tous les soirs, parce qu'il y avait encore des répliques ; de la sécurité et du bien-être de nos proches ; et surtout nous assurer de notre disponibilité psychique pour être à l'écoute des victimes à accueillir et être aidant.

Nous mettons le point ici sur le travail d'analyse du clinicien de son contre-transfert dans les circonstances d'un événement traumatique collectif qu'il partage avec ses patients. Puisque sa capacité de contenance et le maintien de sa neutralité bienveillante dépendent aussi de l'analyse de son contre-transfert, il est question

de comprendre comment le clinicien peut faire preuve d'écoute clinique et d'une posture de neutralité bienveillante, lorsque le récit du patient fait écho à son propre vécu. Et comment peut-il arriver à différencier les éléments transférentiels des données contre-transférentielles pour analyser son contre-transfert et accompagner le patient à remobiliser ses ressources psychiques, pour transformer l'expérience traumatique en expérience intégrable psychiquement. Nous interrogeons également l'état d'empathie dans cette clinique où trop s'identifier au patient est à la fois fragilisant pour le clinicien et contre-productif au processus thérapeutique. Le risque d'identification projective [26] est assez élevé, dans la mesure où le clinicien peut être pris dans l'emprise des affects suscités par la relation, étant lui aussi porteur d'affects empreints d'une certaine similitude. L'enjeu majeur pour le clinicien est de garder une bonne distance, rester empathique et éviter de tomber dans la sympathie. Dans une telle situation où la mort côtoie la vie en permanence, le clinicien doit arriver à remobiliser de l'énergie psychique pour aider le patient à remobiliser l'énergie de vie qui lui reste.

#### 4. Méthode

L'expérience a été menée sur un camp de fortune établi dans les jardins de Pax Villa, une entreprise funéraire. Pax Villa se situe aux environs de l'aéroport international Toussaint Louverture.

Les gens sont reçus sous un arbre, deux chaises en face-à-face, un espace assez éloigné des tentes en bâche pour garder tout de même une certaine confidentialité. Ce dispositif était très significatif dans la mesure où l'espace fermé était générateur de sentiments d'insécurité en considérant toutes les personnes mortes sous les décombres. Alors, cet espace dégagé en plein air a été priorisé pour garantir un certain sentiment de sécurité.

##### 4.1. Le dispositif de prise en charge psychologique des victimes du séisme du 12 janvier 2010

Dans le contexte du chaos qui régnait à Port-au-Prince après le séisme du 12 janvier 2010, les besoins étaient multiples. Pour mieux conduire une intervention, il fallait bien élaborer le type de dispositif à mettre en place et tenant compte du public ciblé. Il s'agissait d'une population particulière, composée d'adultes, de familles, de jeunes et d'enfants victimes du séisme qui habitaient le camp de Pax Villa. Le cadre d'accompagnement a donc été établi selon deux modalités : un suivi sur le long terme pour des gens qui vivaient sur le camp de Pax Villa. Et un suivi ponctuel pour ceux qui venaient d'autres camps.

Pour le suivi sur le long terme, les sujets ont été choisis en fonction de trois critères :

- les enfants qui habitaient le camp de Pax Villa étaient prioritaires. – D'une part, pour leur offrir un espace où ils peuvent exprimer leurs affects et, d'autre part, dans une démarche de protection de l'enfance, puisque dans le contexte de crise, les enfants sont considérés comme vulnérables, d'autant plus que des cas de trafic d'enfants ont été endigués in extremis après le séisme de janvier 2010 [22] ;
- habiter le camp de Pax Villa. – Les personnes qui habitaient le camp de Pax Villa étaient prioritaires parce qu'elles pouvaient mieux s'organiser pour venir aux rendez-vous. Et puis, dans un autre sens, le contexte exigeait une adaptation du cadre. Le clinicien s'est déplacé pour aller rencontrer le patient dans son environnement immédiat ;
- avoir perdu un proche ou être sévèrement affecté par le séisme. – Dans la situation de crise et/ou de chaos qui régnait

à Port-au-Prince, les personnes considérées comme étant les plus touchées étaient de fait prioritaires.

##### 4.2. Type de traumatisme

Les personnes rencontrées lors de cette expérience clinique peuvent être catégorisées comme étant victimes de traumatisme de type I, selon la classification de Lenore Terr [34]. Cette dernière définit le traumatisme de type I quand le traumatisme est causé par un événement unique, qui avait un début et une fin et donc limité dans le temps. Ce qui correspond très justement au contexte de notre expérience clinique.

En fonction de l'événement traumatique, nous pouvons décliner deux principaux types de traumatismes chez les personnes rencontrées.

###### 4.2.1. Le traumatisme de choc

Nous parlons de traumatisme de choc lorsque la personne a été confrontée au réel de la mort, soit à travers une menace de mort, un événement qui semble précipiter l'imminence de sa mort et/ou le décès tragique d'un proche. Les personnes reçues dans le cadre de cette expérience clinique ont été confrontées à des chocs traumatiques tels que : Amputation traumatique ; Perte du conjoint mort sous les décombres ; Perte de tous les membres de sa famille engloutis sous les décombres de la maison familiale.

###### 4.2.2. Le traumatisme émotionnel

Ce qui définit un traumatisme émotionnel, c'est avant tout la violation du confort psychologique que provoque l'événement traumatisant. Ce dernier engendre une incapacité de représentation et de mise en sens chez la victime. Les principaux traumatismes émotionnels relevés chez les personnes rencontrées sont les suivants :

- deuil pathologique ;
- trouble de stress post-traumatique ;
- dépression ;
- troubles dissociatifs.

#### 5. Le dispositif de prise en charge utilisé

Le dispositif de prise en charge utilisé :

- avec les adultes et les adolescents, une moyenne de six séances de consultations, de type psychodynamique, a été proposée par personne ;
- avec les enfants, l'équipe a mis en place des séances de psychodrames, de jeux, de dessins libres et de chants, deux fois par semaine ;
- des observations cliniques ont été réalisées pendant les psychodrames, les jeux, les dessins libres et les chants des enfants.

Le dispositif a été choisi en fonction du contexte et du cadre de réalisation de cet exercice de prise en charge psychologique en temps de crise.

Le chant et le psychodrame ont été choisis parce qu'ils paraissaient adaptés au contexte. Le chant a une signification toute particulière en Haïti. Le chant est partout dans la culture haïtienne. Le chant sert de tuteur de résilience [8] dans la mesure où, à travers le chant, les gens arrivent à exprimer des maux qui seraient plus complexes à mettre en mots autrement. Par « tuteur de résilience », nous entendons tout ce qui peut servir de support



au processus de résilience tels que : le soutien de sa famille ou de son groupe d'appartenance, la pratique d'une activité sportive ou toute autre activité socioprofessionnelle, le théâtre, le chant et tout autre objet culturel et littéraire, etc. Le chant est aussi un média de co-associativité [29]. Certains chants traditionnels qui portent sur le vivre-ensemble, l'entraide, la collaboration et la force de l'union sont d'ailleurs porteurs de sens pour le peuple haïtien. Après le séisme, nous avons par exemple observé que les gens ont beaucoup écouté les chansons de Beken [31], un artiste haïtien amputé d'une jambe. Il avait produit un album, une dizaine d'années après son amputation, pour mettre des mots, des mélodies et du sens sur son expérience traumatique. Tenant compte du cadre culturel haïtien, le chant des enfants a été utilisé dans le but d'accompagner le travail d'élaboration psychique des adultes de cet événement traumatique. Les jeux, les psychodrames et les chants des enfants se réalisaient sous l'observation attentive des adultes. Pendant que l'équipe organisait les jeux, les psychodrames et accompagnait les enfants dans les chants, nous observions également les réactions des adultes. Nous avons pu comprendre, à travers leurs réactions et ce qu'ils ont pu nous en dire, combien ils étaient touchés par les chants et les jeux des enfants.

Les consultations psychodynamiques ont permis aux patients d'associer sur des éléments spécifiques de leur vécu du séisme qui sont susceptibles d'être révélateurs de charges traumatiques significatives. Nous avons reçu en entretien des personnes avec des expériences traumatiques plus douloureuses les unes que les autres, avec des cicatrices qui seront portées le reste de leur vie. Au tout début, nous nous sommes demandé si nous aurions la capacité de contenir tout ce qui nous sera déposé. Dans l'après-coup de l'expérience clinique, nous nous sommes rendu compte aussi que la mise en place du dispositif de prise en charge était assimilable à une réaction traumatique. Nous étions, en effet, habité par un certain sentiment de responsabilité et avons ressenti comme une obligation de venir en aide aux victimes. Cela nous semble avoir participé, dans ce cadre particulier, au processus de résilience du témoin, victime et aidant que nous étions.

## 6. Résultats

Sur la durée, cinq mois, du dispositif de prise en charge psychologique des personnes victimes du séisme, nous avons pu accompagner 242 personnes au total, dont 124 adultes, 68 adolescents et 50 enfants (Tableaux 1 et 2).

En raison du grand nombre de personnes reçues, deux vignettes cliniques ont été retenues pour illustrer notre analyse : Mme Paulette, 40 ans, et Kéno, un jeune homme de 20 ans.

### 6.1. Vignettes cliniques

#### 6.1.1. Mme Paulette, 40 ans

Mme Paulette est une femme d'une quarantaine d'années, de confession chrétienne et femme au foyer. Elle est mère d'un garçon de 5 ans et d'une fille de 7 ans. Elle a perdu son mari pendant le séisme du 12 janvier 2010 en Haïti. L'immeuble s'est effondré et il est mort sous les décombres. Lors du séisme, elle était accompagnée d'une amie. Elles avaient des Bibles en main et des livres de chants religieux (chants d'espérance) car elles revenaient d'une réunion de prières. Elle trouve, dit-elle, auprès de ses amies un soutien pour faire face aux épreuves. Elle décrit son groupe d'amies comme des « combattantes de genoux », des femmes qui prient ensemble à l'aide de chants et de psaumes réconfortants. Il faut dire alors que la religion est très présente et prisée en Haïti. Elle vient spontanément vers moi, orientée par un système de référencement de l'équipe de l'association communautaire sur la structure d'accompagnement du camp. Quand elle est arrivée,

**Tableau 1**

Tableau récapitulatif des suivis sur le long terme.

Sexe	Âge		
	Adultes 18-65 ans	Adolescents 14-18 ans	Enfants 4-14 ans
F	8	5	18
H	6	3	12
Total	14	8	30
Total	52 personnes		

F : femme ; H : homme.

**Tableau 2**

Tableau récapitulatif des suivis ponctuels.

Sexe	Âge		
	Adultes 18-65 ans	Adolescents 14-18 ans	Enfants 4-14 ans
F	67	36	13
H	43	24	7
Total	110	60	20
Total	190 personnes		

F : femme ; H : homme.

nous nous sommes présentés, et puis elle a commencé directement à parler.

Elle me dit pour commencer : « La vie n'a plus aucun sens pour moi, je suis perdue, je me sens déchirée, déboussolée, hm. J'ai besoin de votre aide. On me dit que je dois voir un psychologue. C'est pour cette raison que je suis là. Pour que vous puissiez m'aider. Parce que sans le secours de la prière et le support de ces servantes du Seigneur, je serais déjà folle. » Dans ce contexte, il faut, dans un premier temps, accompagner le sujet à élaborer sa propre demande d'accompagnement thérapeutique. Car, comme on peut l'entendre dans ses premiers mots, « on me dit d'aller voir un psychologue », la demande ne lui appartient pas encore. Il faut donc l'aider à s'approprier de sa propre demande.

« - La prière vous a beaucoup aidée ? - Oh ! Oui, docteur, la prière est une force pour moi. Franchement, n'était-ce pas la prière, je ne sais vraiment pas ce que j'aurais fait ? »

Elle m'a appelé docteur, car assez souvent, on appelle les psychologues docteurs aussi en Haïti, car les Haïtiens ont souvent tendance à prendre les gens qui soignent pour des médecins.

« Mwen 2 bra balan nan peyi lavi chè sa a/J'ai les mains vides dans ce pays où la vie est si chère. Je ne travaille pas, c'est lui qui répond aux besoins de la famille. On a deux enfants. Un garçon et une fille. » Elle n'est pas encore capable de considérer son mari au passé. (C'est lui qui répond aux besoins de la famille.) « Vous vous imaginez ? Comment est-ce que je vais nourrir ces deux enfants ? Comment est-ce que je vais pouvoir payer leur scolarité, si l'école va rouvrir dans ce pays ? » Elle exprime son sentiment d'incertitude en référence à la situation de précarité qui en résulte, car elle se sent incapable de répondre aux besoins de ses enfants. « La vie est finie pour moi et mes enfants "pitit gason m"/mon fils. » Cette interpellation « mon fils » a réveillé tout un tas de souvenirs dans notre esprit. Nous avons pensé à une famille, le père de famille était un très bon ami, nous étions très proches de cette famille. Ce père de famille est mort asphyxié, coincé entre deux murs.

Nous avons reçu des patients avec des cas très douloureux, très difficiles, mais nous étions envahi, sidéré et bouleversé à l'écoute de cette femme/cette mère à travers laquelle nous pouvions voir la nôtre. L'écouter dans sa douleur a renforcé chez nous une envie de l'aider. Pourquoi elle ? Pourquoi doit-elle endurer tout cela ? Beaucoup de questions et un désir d'apporter des réponses concrètes et toutes faites. Ce qui témoigne du sentiment d'impuissance qu'on peut ressentir face à de telles expériences traumatiques. Elle a une manière de nous regarder comme si elle nous suppliait, cherchait notre bonne grâce et attendait une

solution miracle. Nous nous sommes senti interpellé, comme si elle avait frappé à notre porte pour solliciter une aide que nous devrions pouvoir lui donner. Nous étions obligé de mesurer nos mots pour ne pas la décevoir et lui faire du tort, soit avec une parole ou une question au mauvais moment, à la mauvaise place. Elle a dit : « Moi, je ne crois pas que mon mari soit vraiment mort. Je pense qu'il est parmi les blessés qui sont emmenés en République dominicaine pour des interventions chirurgicales urgentes. »

Ce mécanisme de déni qui est bien manifeste dans le discours de Mme Paulette peut s'expliquer par son état de sidération après cette perte qu'elle a du mal à mettre en sens. Nous lui avons demandé si elle n'a pas de nouvelles, soit d'un de ses collègues de travail qui est sorti vivant du drame ou d'autres personnes qui se trouvaient aux environs de son lieu de travail. Elle nous a répondu qu'on lui a dit oui, qu'il est bien mort dans l'immeuble, que son corps a été trouvé et qu'il a été jeté parmi tant d'autres dans une fosse commune. Elle a dit : « Je sais que Dieu sait faire des miracles, il peut me ramener mon mari bien vivant. » Le mécanisme de déni revient, avec cette fois, le support de la religiosité. Nous allions lui demander : « Quand ils vous ont dit qu'il a été vu, qu'il est vraiment mort et qu'il a été jeté dans une fosse commune avec tous les autres morts, vous l'aviez cru ? » Mais nous nous sommes dit que, « jeté dans la fosse commune » serait trop dur pour elle à entendre venant du psychologue qui est là pour l'accompagner à mettre du sens sur son expérience douloureuse, sachant que les rituels funéraires ont une grande importance dans la culture haïtienne. Nous nous sommes dit que c'était mieux de lui épargner cette question qui aurait été comme un choc de plus pour elle. La question a été reformulée ainsi : « Quand ils vous ont dit qu'il a été vu et qu'il est réellement mort, vous aviez accepté ? » Elle a dit : « Oui, ils me l'ont dit, mais je ne peux pas accepter qu'il soit mort. » Sa réponse à la relance du psychologue met bien en lumière le mécanisme de déni que nous retrouvons souvent dans le discours de Mme Paulette dans les premières séances. Surtout avec son incapacité à se projeter dans un avenir sans son mari. Elle a répété une énième fois : « Qu'est-ce que je vais faire sans lui, avec les deux enfants à m'occuper ? » Et puis elle s'est autorisée à pleurer, bien qu'elle se soit montrée quand même assez courageuse et forte. Une force qui s'exprime aussi à travers son adhésion au travail d'élaboration psychique et sa capacité à suivre ce processus de symbolisation d'un trauma aussi récent. Comme si le contexte d'urgence avait provoqué chez elle l'urgence de la mise en sens de son expérience traumatique, puisque nous savons pertinemment que le propre du traumatisme est de créer un vide, une incapacité de penser et de mettre en récit l'expérience douloureuse que le patient a vécue. Dans ces contextes de cliniques, de l'extrême [23] où le temps semble figé, suspendu, la temporalité psychique aussi se retrouve fortement bouleversée. Quand tout un pays est en deuil, ton deuil privé et familial devient comme insignifiant, ombré par le deuil collectif qui prend de force toute la place.

Il fallait commencer par l'accompagner à considérer la nécessité du travail de deuil à réaliser. Et puis dans un second temps, l'accompagner à élaborer sa propre demande de suivi thérapeutique, qui doit englober aussi le processus de deuil. Après quatre séances, elle est arrivée à accepter que son mari n'allait plus revenir. Elle nous a dit qu'elle a accepté et que c'était la volonté de Dieu. Elle a gardé l'espoir que ce dernier va lui montrer quoi faire pour répondre aux besoins de ses enfants. Ce recours au spirituel participe au processus d'appropriation subjective de l'expérience traumatique, notamment à travers cette recherche de causalité qu'on retrouve dans l'idée que ce serait la volonté de Dieu. Elle nous a dit qu'elle essayait de tenir le coup : « Rester à pleurer tous les jours ne va pas me ramener mon mari qui était tout pour moi après Dieu. »

Elle est arrivée à considérer son mari au passé. Ce n'est pas encore le deuil, mais cela fait partie du processus, elle est au niveau

de l'acceptation de la mort de son mari comme un fait. Quoiqu'elle en parle avec des mots lourds de sens et traumatogènes : « C'est comme si on m'avait coupé les deux bras. Mais je ne peux pas rester à pleurer, car je peux rendre mes enfants plus tristes encore. Je dois assumer mes responsabilités de mère. » Elle arrive à se raccrocher à son rôle de mère de famille, ce qui lui donne un but pour l'avenir. Et à travers la notion de « responsabilité », on peut entendre aussi qu'elle commence à reconnaître qu'elle va devoir assumer seule les besoins de ses enfants.

Ces éléments du récit de Mme Paulette, notamment son mécanisme de déni dont témoignait son incapacité à parler de son mari au passé, nous permettent de comprendre que son processus de deuil n'en était qu'au début. Nous pouvons comprendre aussi qu'elle pourra s'appuyer sur ses amies et leurs réunions de prière comme supports d'étayage. En effet, comme l'a très bien démontré Michael Ungar [36] dans ses travaux de recherche, le processus de résilience s'articule autour d'un triptyque de facteurs de protection comprenant : les ressources du sujet, le soutien affectif de l'entourage familial et les ressources psychosociales (groupe d'appartenance et la communauté).

#### 6.1.2. Kéno 20 ans

Un jeune homme d'une vingtaine d'années. Il a perdu son bras droit. Le bâtiment de son université s'est effondré, une poutre est tombée sur son bras droit qu'ils ont dû couper pour le sortir de là. Car, s'il était resté plus longtemps, le bras se serait infecté et son pronostic vital aurait été engagé. Il me dit que cette expérience est très douloureuse. Qu'il a tendance à rester seul, parce qu'il se sent incomplet et différent des autres amis qui ont leurs deux bras. Il reste à distance pour écouter leurs blagues. Il n'ose pas avancer parce qu'il se sent incompatible avec le groupe. La notion d'incompatible exprime son sentiment d'étrangeté en comparaison à ses amis qui ont leurs quatre membres. Quand ses amis viennent le voir, il se sent très triste au bout d'un certain moment, parce que rencontrer ses amis lui fait revivre les souvenirs du bon vieux temps. Quand il avait ses deux bras comme eux. Et ce rappel lui fait penser à son avenir avec un seul bras.

Nous lui avons demandé comment il se projette dans l'avenir ? Il a dit : « Je me sens déconnecté de la vie sociale parce que je ne crois pas que je pourrai reprendre mes études, vu que je n'ai plus mon bras droit. »

Tout ce qu'il disait passait par ce bras droit qu'il a perdu, comme si sa vie, ses connaissances, ses valeurs, bref tout ce qu'il est et tout ce qu'il a serait résumé à ce bras droit. Dans ses mots, nous pouvons entendre toute sa difficulté à accepter la perte. Et surtout, dans ce cas précis, il s'agit de la perte d'une partie de son corps et donc une perte manifeste avec des conséquences à la fois physiques et psychologiques. Dans sa représentation de son image du corps, nous pouvons entendre qu'il a vécu cette perte comme une diminution de son corps et surtout un terrible coup porté à son narcissisme.

Nous pouvons entendre aussi les conséquences de sa représentation de la perte de son bras sur sa relation aux autres. Il s'isole parce qu'il ne se sent pas compatible à eux. Une certaine intériorisation de la représentation sociale péjorative (kokobe) des personnes porteuses de handicap en Haïti est assez manifeste dans les mots de Kéno.

Ce qui nous a laissé comprendre dès la première consultation qu'il aura besoin d'être accompagné à élaborer sa représentation de la perte de son bras. Et puis dans un second temps, l'accompagner à mettre en place un processus de résilience. Ce dernier prendra donc en compte les facteurs de protection, ses ressources psychiques et culturelles, le support de ses proches, son groupe d'appartenance et d'autres tuteurs de résilience qui pourront participer à son processus de résilience.

Il nous a paru essentiel de prendre en compte un symbolisme important pour lui, « écrire ». Il s'agit d'un élément sensible qu'il fallait aborder avec attention. Car le fait d'apprendre à écrire avec sa main gauche a une dimension régressive qui vient raviver sa souffrance. La formulation apprendre à utiliser la main gauche pour écrire a été privilégiée pour inscrire ce symbolisme important pour lui dans une démarche de transformation. Sur le coup, il a essayé d'écrire son nom avec sa main gauche. Il l'a écrit très difficilement et il est très peu lisible. Il a pleuré à ce moment-là. Des pleurs qui expriment la souffrance que lui renvoient la représentation sociale du handicap en Haïti et ce sentiment de régression au début de la scolarité. Il a dit qu'il se sent très mal, car il n'arrive même pas à écrire son nom. Ce qui laisse entendre aussi son sentiment d'être limité, d'être devenu incompetent. Il a dit : « J'étais à l'université, voilà, maintenant, je dois recommencer à apprendre à écrire. Je dois repartir à zéro. Si c'était ma main gauche, ça aurait été toujours très douloureux, mais ce serait très différent, car j'aurais pu écrire et continuer d'être fonctionnel intellectuellement parlant. Voilà qu'aujourd'hui, je ne peux même pas écrire mon nom. »

Nous pouvons entendre la notion d'identité à travers cette représentation qu'il se fait de son expérience d'amputation. On peut entendre une réactualisation de ce qu'il est devenu avec un bras en moins. Et avec la représentation péjorative des personnes handicapées dans la société haïtienne, on peut comprendre aussi que cette expérience d'amputation renvoie à une atteinte narcissique.

Il a insisté sur son incapacité à écrire, ne serait-ce que son nom. Nous lui avons fait cette relance pour creuser un peu : « – Cela doit être dur pour vous à accepter ? – Mettez-vous à ma place, comment vous vous sentiriez aujourd'hui avec un seul bras ? Regardez, vous êtes en pleine forme, même pas une égratignure. » On peut entendre une certaine agressivité dans cette réponse. Une agressivité qu'il faut mettre en relief à ce qu'il doit endurer, d'autant plus que l'expérience traumatique est assez récente. Comme pour le dire avec d'autres mots, c'est évident qu'il est dur d'accepter. En disant « mettez-vous à ma place », nous pouvons comprendre que l'autre devient le miroir de ses propres limites.

À ce moment, nous avons repensé à l'expérience de l'événement. Nous étions couchés, endormis chez nous. Et si la maison n'avait pas résisté aux secousses, qu'est-ce qui serait arrivé ? Nous serions peut-être mort ou nous aurions pu être grièvement blessé ? À bien comprendre sa réaction, nous avons compris qu'il a essayé de questionner quelque chose d'extérieur à l'événement, au choc. Pourquoi ça m'arrive ? Pourquoi moi ?

Il nous a fait penser aussi à un ami qui est mort à son université. Il était avec sa sœur à la même université, ils étaient dans la même salle de cours, ils faisaient des études de génie civil. La sœur est restée sans bouger et elle est sortie saine et sauve de l'immeuble après les secousses. Lui, il a essayé de se sauver en sautant par la fenêtre, mais il a été rattrapé par une poutre de l'étage supérieur qui lui est tombé dessus. À un certain moment, à l'écoute du récit de Kéno, nous pouvons nous dire : il a perdu seulement un bras, mais il y a d'éminents professeurs d'université qui sont morts et jetés dans la fosse commune. Ils auraient peut-être préféré être en vie, même comme un tronc, amputés des quatre membres. Car en Haïti, les gens disent, « pito nou lèd nou la/l'essentiel, c'est d'être vivant ». Comme si le collectif qui était très audible dans ce contexte d'urgence, l'imaginaire du peuple tout entier, résonnait en nous. Et puis dans un sursaut de subjectivation, nous nous sommes dit, mais non, c'est de sa souffrance qu'il s'agit. Il a besoin d'être écouté et compris dans sa souffrance et ses représentations de ce qui lui est arrivé. Il s'agit de son espace à lui, il a besoin d'être accompagné à élaborer son expérience personnelle.

« – C'est dur pour vous de vous imaginer vivre avec un seul bras ? lui avons-nous demandé. – C'est très dur, j'évite de penser

aux études. Quelquefois, je me sens comme soulagé de voir qu'il sera très difficile que l'école et l'université reprennent. Parce que j'imagine que mes collègues vont me dépasser. Parce que moi, je ne pourrai plus continuer. » Ce qui peut être entendu comme une attitude égoïste, égocentrique. Mais d'un autre côté, ses mots laissent entendre sa difficulté à se projeter avec un corps diminué et surtout réduit dans ses capacités à poursuivre son projet professionnel.

Ces mots nous ont fait penser à notre mémoire de licence de psychologie. Et surtout notre rêve de devenir psychologue qui allait être retardé ou prendre plus de temps à se réaliser.

Nous lui avons dit : « – Vous ne pensez pas que vous arriverez à écrire avec votre main gauche et à continuer vos études ? – Je ne crois pas que je pourrai recommencer à écrire comme avant, c'est tellement difficile. » Il s'agit d'un sentiment de rupture que nous retrouvons dans le contexte d'une expérience traumatique. La personne se retrouve comme coupée en deux, le temps d'avant et le temps d'après. « Je me sens moche, nul, bon à rien, handicapé. » Ce qui manifeste une atteinte narcissique. Qui renvoie aussi à la notion créole « kokobe », une représentation péjorative de la société haïtienne des personnes porteuses de handicap.

Nous avons eu le sentiment d'être traversé par de la tristesse. Comme si nous portions en nous une partie de sa tristesse. Ce qui correspond au concept de traumatisme vicariant [7].

Il a accepté d'essayer encore une fois d'écrire son nom avec sa main gauche. Son écriture s'est améliorée très légèrement. Nous avons bien valorisé cette amélioration et lui avons suggéré de continuer de s'exercer à écrire avec la main gauche chez lui. Il a accepté et nous promet qu'il va continuer de s'exercer. Ce qui nous laisse comprendre qu'il approuve l'exercice qui était difficile la première fois. Réécrire son nom signifie aussi symboliquement se reconstruire, intégrer psychiquement cette expérience douloureuse. Il nous dit : « Je me suis senti compris et c'était bien qu'un jeune comme moi m'encourage à avancer et à croire dans l'avenir. » Nous pouvons entendre son mécanisme d'identification à travers ses mots, « jeune comme moi ». La dynamique du lien thérapeutique mise en place et l'écoute empathique dont il a bénéficié participent au changement qui est manifeste chez lui. Cela nous a encouragé, nous avons senti que notre travail était apprécié et valorisé.

## 7. Discussion

### 7.1. Ce qui traumatise au-delà du choc

Comme Ferenczi [16] l'a dit, ce qui provoque le traumatisme à côté du trauma, du choc, ce sont les représentations par le sujet de ce qui est arrivé. Dans le cas des patients rencontrés dans cette expérience clinique, nous pouvons remarquer qu'ils ont pleuré à la fois la perte et les représentations qu'ils se font de cette perte.

Mme Paulette a perdu son mari, elle pleure la mort de cet être cher, le père de ses enfants, mais elle pleure aussi et surtout ce que cette perte va entraîner dans sa vie et celle de ses deux enfants comme changement. Considérant que le défunt a été, d'un point de vue économique, le personnage central de la famille.

Pour Kéno, perdre un bras qu'ils ont dû lui couper sous ses yeux sans anesthésie et aucune préparation, est un choc terrible, une douleur atroce. Mais quand, au-delà de la douleur physique, il dira qu'il se sent inférieur à ses amis et pense qu'il ne pourra plus continuer ses études universitaires, ne pouvant écrire ne serait-ce que son nom avec sa main gauche, nous pouvons nous demander si la douleur psychique n'est pas plus terrible que la douleur physique ?

Car comme on dit en Haïti : « Bay kou bliye, pote mak sonje/On peut oublier les coups, mais les cicatrices, on s'en souviendra

toujours. » Mme Paulette se souviendra longtemps de son mari. D'autant plus qu'il a été jeté dans la fosse commune et qu'elle n'a pas pu lui offrir des funérailles dignes de ce nom pour tout ce qu'il représentait dans sa vie.

Dès qu'elle se trouvera dans la difficulté de répondre aux besoins de ses enfants, elle pourra se souvenir de son mari qui se chargeait de tout. Sans une élaboration de cette expérience traumatique, ses pleurs ne cesseront pas. Même quand on peut ne plus la voir pleurer, mais au plus profond d'elle, elle va continuer à souffrir. La mémoire traumatique peut continuer de resurgir longtemps après le trauma. Comme l'a souligné Salmona : « La mémoire traumatique est donc une mémoire émotionnelle enkystée, une mémoire "fantôme" en faisant revivre à l'identique, avec le même effroi et la même détresse, les événements violents, les émotions et les sensations qui y sont rattachées, comme une machine à remonter le temps. Elle "explose" aussitôt qu'une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles ne se reproduisent. Elle sera comme une "bombe à retardement" susceptible d'exploser souvent des mois, voire de nombreuses années, après les violences » [32, p. 69-87].

Pour élaborer les effets de ce trauma, la personne a besoin d'être accompagnée à mettre en place un processus de résilience. Face au traumatisme, le psychisme se trouve déchiré. Une partie essaie de recoller les morceaux en s'appuyant sur des éléments vivants. Et c'est sur cette base que la personne peut entamer un processus créateur. Dans la mesure où elle pourra se servir de ces éléments vivants, des ressources psychiques qui peuvent être remobilisées avec l'étayage de tuteurs de résilience [8]. Ce qui correspond aux expériences de Mme Paulette et de Kéno. Mme Paulette exprime bien ce sentiment d'effondrement et de déchirure. Elle avait beaucoup de difficulté à s'imaginer ou se projeter sans son mari qui « était tout pour elle » d'après son récit. Elle parle du temps d'avant et l'après-coup du trauma. Au cours du travail thérapeutique, elle a pu remobiliser des fonctions comme la maternité, la parentalité et surtout sa responsabilité de maman qui sont autant d'éléments vivants et de ressources psychiques nécessaires au processus de résilience.

Kéno disait d'emblée que la vie était finie pour lui. Il a exprimé un sentiment d'être coupé en deux, avec une régression voire un arrêt brutal dans son parcours académique et son projet professionnel, autant qu'il a exprimé un sentiment d'être coupé du reste de la communauté à cause de son amputation, son invalidité et son désormais statut de « kokobe/handicapé ». La réussite académique, qui était son but ultime, constitue donc un élément vivant indispensable pour son processus de résilience. Apprendre à écrire avec sa main gauche est devenue une étape importante, un objectif à court terme pour atteindre son but ultime, le diplôme universitaire.

## 7.2. Quand le sujet vient chercher la vie chez le clinicien

Dès le début du récit de Mme Paulette, quand elle parle de ses amies, des « combattantes de genoux » dit-elle, nous pouvons déjà sentir que sa croyance en Dieu est un élément sur lequel elle pourra s'appuyer pour affronter le traumatisme. Nous pouvons alors questionner les croyances religieuses qui peuvent servir de tuteur de résilience.

Nous pouvons définir la résilience comme la capacité d'un individu à mobiliser ses ressources psychiques et culturelles en s'appuyant sur sa famille et sa communauté pour surmonter une expérience traumatique. Qu'il s'agisse d'un individu ou d'un groupe, les facteurs de protection tels que la famille, les ressources psychiques et culturelles, la communauté, etc., participent au processus de résilience. Au-delà de la capacité qui concernerait seulement une catégorie de personnes, la résilience doit être considérée surtout dans une démarche processuelle. Une personne

peut donc être accompagnée à mettre en place un processus de résilience.

La résilience est assimilable au « mapou ». Le mapou, appelé scientifiquement Ceiba pentandra, est un arbre majestueux qui peut atteindre jusqu'à 70 m de hauteur en Afrique [33]. Il est l'équivalent du baobab d'Afrique dans sa représentation symbolique. Il est résistant à la sécheresse et aux embruns. Il est appelé aussi l'arbre de rempart. Les premiers habitants de l'île de Haïti, les Taïnos, considéraient le mapou comme un arbre sacré. Le mapou demeure comme l'arbre de référence du patrimoine naturel et culturel de Haïti. Il correspond parfaitement à l'image de la résilience. Il plonge ses racines profondément dans le sol, comme pour se préparer à affronter les intempéries. Grâce à la profondeur de ses racines et son tronc imposant, il arrive à résister à la sécheresse, aux embruns et intempéries. Comme le baobab, même s'il est coupé, abattu, il va repousser par le biais de ses racines. Ce qui lui procure donc son côté endémique. Ce qui fait écho à la déclaration de Toussaint Louverture, précurseur de l'indépendance d'Haïti, au moment de sa déportation vers le fort de Joux dans le Jura : « En me renversant, on n'a abattu à Saint-Domingue que le tronc de l'arbre de la liberté, mais il repoussera, car ses racines sont profondes et nombreuses » [10].

Quand la personne a subi un choc, une épreuve, un trauma, comme le mapou, en fonction de toutes ses ressources, elle peut résister, supporter et même s'il peut finir par se briser, il va pouvoir puiser dans ses racines de l'énergie régénérative pour repousser. Pour se relever, la personne doit pouvoir s'appuyer sur ses ressources psychoculturelles et l'étayage familial et social. En ce sens, la spiritualité peut servir de tuteur de résilience, car à l'image du mapou, elle permet à la personne de se replacer au centre de son histoire dans cet équilibre entre l'infiniment grand et l'infiniment petit. Pour cela, la personne doit être accompagnée à mettre du sens sur ses représentations culturelles pour mieux les utiliser comme levier thérapeutique [1].

Mme Paulette était venue chercher la vie chez le clinicien.

En l'écoutant, nous avons le sentiment qu'elle semble avoir perdu une partie de son corps, une partie d'elle-même, à travers la perte de son mari. Car dans son discours, nous pouvons comprendre que son mari comptait beaucoup pour elle. Puisqu'elle ne travaillait pas, c'est son mari qui prenait tout en charge sur le plan financier. « Se li ki te tout mwen aprè Bondye/il était tout pour moi après Dieu », dit-elle. Dorénavant, elle a besoin d'apprendre à exister par elle-même, à trouver des ressources pour tenir le coup et tout assumer seule. Dans cette perspective, nous devons chercher à comprendre comment sa croyance en Dieu pourra lui servir de tuteur de résilience [8]. Parce qu'elle ne doit pas rester passive dans l'attente d'un miracle divin, mais s'appuyer sur sa confiance en Dieu comme une force ou une énergie positive qui est susceptible d'encourager sa résilience. D'autant que dans sa manière de tout déposer chez nous, avec un certain sentiment de soulagement, elle semble nous considérer comme un contenant qu'elle a trouvé pour se décharger. Dans les fins de séance, elle faisait un soupir de soulagement (hmm...), une expression que nous retrouvons généralement quand une personne vient de déposer une charge très lourde qu'elle a portée longtemps.

## 7.3. La relation thérapeutique

Les différents éléments analysés dans cet article permettent de comprendre que la relation thérapeutique entre clinicien et patient victime d'un même événement traumatique s'organise autour des données contre-transférentielles. Pour avoir vécu l'événement autant que lui, le patient suppose une meilleure compréhension du clinicien de sa souffrance. En effet, n'ayant pas à associer seulement sur des imagos du récit du patient, il l'écoute dans une similitude et dans une distance, parce qu'ils ont vécu le même



événement, mais avec des particularités différentes en fonction de leur compréhension de ce qui est arrivé, de leur degré d'affectation et de leur capacité à le symboliser. Nous avons pu voir aussi que le fait d'avoir vécu le même événement peut être un avantage, dans la mesure où le clinicien peut aider le patient à mettre des mots plus appropriés sur son expérience, ayant pu mettre des mots sur son expérience personnelle.

À côté de l'analyse de nos différentes rencontres cliniques, nous avons pu rencontrer d'autres collègues, psychologues témoins et victimes du séisme qui ont accompagné des patients traumatisés. À travers ces analyses et ces entretiens, nous avons compris que le fait que le clinicien a lui aussi été victime du même événement traumatique peut constituer un avantage. Car son expérience peut favoriser la rencontre clinique et l'établissement de la relation thérapeutique. Puisque dans le contexte de l'urgence et l'immédiateté de l'événement, le patient peut se sentir mieux compris par un clinicien qui a lui aussi été témoin et victime de l'événement qui le traumatise.

Mais il faut dire aussi que le vécu du clinicien du même événement traumatique que le patient peut constituer également un désavantage puisqu'il est amené à associer sur des affects qui lui renvoient sa propre expérience avec une charge émotionnelle massive. À travers les deux vignettes cliniques de cet article, par exemple, nous pouvons comprendre que le psychologue a dû fournir un énorme effort pour rester disponible psychologiquement à l'écoute des patients. En effet, plusieurs éléments des récits des patients ont fait écho à ses expériences personnelles. Le psychologue devait continuellement observer des temps de silence pour souffler et évacuer un trop-plein d'émotions.

Pour continuer de tenir et d'être aidant, nous avons mis en place des exercices dont nous avons compris le sens et leur symbolisme dans l'après-coup de l'expérience. Dès la première séance de consultation sur le camp, nous prenions régulièrement une douche d'eau tiède en rentrant. Nous sommes resté longtemps sous la douche. Nous avons compris, dans l'après-coup, que cette douche semblait symboliser un besoin d'être lavé, d'être nettoyé de toutes les souffrances dont nous étions le réceptacle toute la journée. Après cette longue douche d'eau tiède, nous avons l'habitude de nous allonger sur le dos, sur un tapis de sport tout en essayant de faire le vide dans notre esprit. Dans cette recherche de contact avec le sol, nous pouvons retrouver comme un besoin d'être porté, materné, dans le sens du holding de Winnicott [40], par un support stable et solide. Et puis tous les soirs, nous allions marcher dans un espace dégagé où il y avait des arbres et de la verdure. Le temps de cette balade, nous en profitons pour penser et repasser la journée dans notre esprit, comme pour nous faire une copie de notre journée de consultations. Ces balades prenaient de jour en jour la forme d'une autoanalyse. Nous avons compris dans l'après-coup que ces exercices étaient indispensables à notre propre élaboration de l'expérience traumatique, mais surtout pour continuer d'accompagner les personnes qui venaient chercher la vie chez nous.

## 8. Conclusion

Nous avons mis du temps avant de nous engager dans cet exercice d'écriture sur cette expérience clinique. Cette dernière était riche mais difficile aussi. Nous avons dû apprendre à devenir aidant dans l'urgence d'une clinique de l'extrême [4,23]. À partir de l'analyse d'après-coup de notre expérience clinique après le séisme du 12 janvier 2010, nous avons pu relever deux enjeux majeurs du contre-transfert dans de tels contextes :

- comme l'a fait remarquer P. Férida [15], le contre-transfert a une fonction de pare-excitation, notamment parce qu'il est à concevoir comme un mécanisme de défense pour le psychisme

du clinicien. Car il lui permet de se protéger pendant les rencontres cliniques et d'assurer le bon déroulement du processus analytique et favoriser la rencontre clinique. Le contre-transfert procure à l'analyste une certaine protection contre l'irruption, assez souvent violente, des affects du patient et de ses propres affects. Comme a souligné Uturbey [37], le contre-transfert protège l'analyste contre des épreuves qu'il n'a pas à revivre à la place du patient ;

- l'autre enjeu du contre-transfert est qu'il aide l'analyste à comprendre l'inconscient du patient et à interpréter son récit pour rendre explicite l'implicite caché derrière les éléments manifestes.

Nous avons pu voir aussi que la dynamique transféro-contre-transférentielle se déroule entre similitude et distance dans ce contexte d'un événement traumatique vécu en commun. Parce qu'au-delà des éléments du discours du patient qui font écho au vécu du clinicien de l'expérience traumatique, ce dernier peut arriver à garder une certaine distance en s'appuyant sur son cadre interne. Dans le cas de Kénol, notre cadre interne nous a aidé à nous décentrer pour prendre en compte seulement son récit, sans nous laisser influencer par le contexte de l'urgence et la résonance du collectif. Nous devons nous concentrer sur sa perte à lui et l'accompagner à l'élaborer.

Le psychologue a été investi par Mme Paulette et Kénol comme un tuteur de résilience. Son écoute et sa neutralité bienveillante leur ont permis de mettre du sens sur leur expérience traumatique et de mettre en place leur processus de résilience. Ils ont eu besoin de cet espace d'élaboration pour intégrer psychiquement l'expérience traumatique et en faire une partie de leur histoire et non un trou, un vide, un fossé entre deux temps (avant/après) de leur vie.

Pendant le processus de rédaction de l'article, nous avons pu comprendre aussi que le fait d'avoir pris le large, le fait de partir deux semaines dans une autre ville, après le séisme, loin de Port-au-Prince, nous a aidé à garder une certaine distance et d'être contenant. Et puis après certaines séances, nous avons commencé à échanger avec d'autres collègues, jeunes diplômés de psychologie, dans une démarche d'intervision. Ces échanges et les témoignages d'autres psychologues qui sont intervenus après le séisme nous ont permis de comprendre que notre intervention faisait fonction de tuteur de résilience [8], une tentative d'appropriation subjective [27] de l'expérience traumatique. Comme si nous devions intervenir, participer à l'accompagnement psychologique de cette population traumatisée pour subjectiver.

## Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Remerciements

Nous tenons à remercier Open Society Foundation qui a financé notre recherche sur le traumatisme de l'amputation de membre. Numéro du financement IN2019-53898. Ce financement nous a permis aussi de poursuivre d'autres travaux dont la rédaction de cet article qui constitue l'une des études de notre recherche. Nous remercions également toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cet article.

## Références

- [1] Andre F. L'expérience de la douleur : les représentations culturelles pour donner du sens. *Soins Pédiatrie/Puériculture* 2022;8085(330):1-46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.spp.2022.12.005> [ISSN 1259-4792].
- [2] Beaussan J. Le psychologue au cœur du séisme. *Perspectives Psy* 2014;53:124-8.

- [3] Bertrand M. *Trois défis pour la psychanalyse. Clinique, théorie, psychothérapie*. Paris: Dunod; 2004.
- [4] Bettelheim B. *Le cœur conscient*. Paris: Laffont; 1972 [Publication originale 1960].
- [5] Bleger J. *Psychanalyse du cadre psychanalytique*. In: Anzieu D, Kaës R, editors. *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod; 1979 [ISBN 2-04-011595-1. Texte en ligne].
- [6] Bokanowski T. *Le concept de traumatisme en psychanalyse. Sillages critiques* [En ligne], 19; 2015 [mis en ligne le 15 juillet 2015, consulté le 14 juin 2023]. URL: <http://journals.openedition.org/sillagescritiques/4153> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/sillagescritiques.4153>].
- [7] Bourgault R. *Le traumatisme vicariant*. In: *Aide-mémoire de psychotraumatologie*. Paris: Dunod; 2008.
- [8] Braud M. *Clinique dialogique de l'extrême et attachement narratif : la résilience des maux par les mots*. Sujet Cite 2018;2:195-207. <http://dx.doi.org/10.3917/lsdlc.009.0195>.
- [9] Bremner D. *You Can't Just Snap Out of It :The real path to recovery from psychological trauma*. Laughing Cow Books; 2023.
- [10] Cauna J de. *Mémoires du général Toussaint Louverture, commentés par Saint-Rémy, réédition critique, préface et notes*. Guitalens-L'Albarède: La Girandole; 2009.
- [11] Clorméus LA. *Brève bibliographie sur les séismes en Haïti*. In: Hurbon L, editor. *Catastrophes et environnement : Haïti, séisme du 12 janvier 2010*. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales; 2014, <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.7359>].
- [12] Crocq L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [13] Derivois D. *Clinique de la mondialité : vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2017 [<https://doi.org/10.3917/dbu.lapla.2017.01>].
- [14] Devereux G. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement ; tr. fr.* Paris: Champs essais; 2012 [1980].
- [15] Férida P. *L'angoisse dans le contre-transfert ou l'inquiétante étrangeté du transfert*. *Topique* 1988;41:49-66.
- [16] Ferenczi S. *Le traumatisme*. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1934.
- [17] Freud S. *Au-delà du principe de plaisir, OCF.P, XV*. Paris: PUF; 1920. p. 273-338 [DOI: 10.3917/puf.freud.2013.01].
- [18] Freud S. «Psychanalyse» und «Libido theorie», 1923, G.W., XIII. Trad. fr. *Psychanalyse et théorie de la libido*. In: in *Résultats, Idées, Problèmes*. Paris: PUF; 1985.
- [19] Freud S. *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris: Payot; 1992. p. 9-68 [1909].
- [20] Gainot B. *La révolte des esclaves d'août 1791 à Saint-Domingue*. *Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe* [en ligne], ISSN 2677-6588, mis en ligne le 23/02/21, consulté le 07/05/2023. Permalien: <https://ehne.fr/fr/node/21484>.
- [21] Inoue T, Vercoutter A. *Vivre le séisme et ses suites : psychothérapeute et « victime moi aussi »*. *Ebisu* 1999;21:93-8. <http://dx.doi.org/10.3406/ebisu.1999.1635> [Le Japon des séismes].
- [22] [https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2010/02/10/haïti-de-l-adoption-au-traffic\\_1303709\\_3222.html](https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2010/02/10/haïti-de-l-adoption-au-traffic_1303709_3222.html).
- [23] Korff-Sausse S. *Les cliniques de l'extrême*. *Chimères* 2016;88:54-69. <http://dx.doi.org/10.3917/chime.088.0054>.
- [24] Kuttner L. *A child in pain: what health professionals can do to help*. Bancyfelin: Crown House Publishing; 2010. p. 1.
- [25] Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF; 2002 [1967].
- [26] Rouchy J. *Transfert et identification projective*. In: Rouchy J, editor. *Le groupe, espace analytique : clinique et théorie*. Toulouse: Érès; 2008. p. 177-202 [2008].
- [27] Roussillon R. *Processus de symbolisation et niveaux d'appropriation subjective*; <https://reneroussillon.com/le-travail-de-symbolisation-2>.
- [28] Roussillon R. *Traumatismes et liaisons primaires non-symboliques*. In: *Traumatismes. Actualités psychosomatiques*; 2000. p. 3.
- [29] Roussillon R. *Le processus de symbolisation et ses étapes*. In: *Matière à symbolisation*. Lonay: Delachaux et Niestlé; 2000.
- [30] Roussillon R. *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris: Dunod; 2009 [<https://doi.org/10.3917/dunod.rous.2009.01>].
- [31] Roussillon R. *L'associativité, Libres cahiers pour la psychanalyse*; 2009 [n° 20] <https://www.rfi.fr/fr/culture/20100603-2-beken>.
- [32] Salmona M. *La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma*. *Cah Justice* 2018;1:69-87. <http://dx.doi.org/10.3917/cdlj.1801.0069>.
- [33] Tareau MA, Greene A, Odonne G, Davy D. *Ceiba pentandra (Malvaceae) and associated species: spiritual keystone species of the neotropics*. *Botany* 2021. <http://dx.doi.org/10.1139/cjb-2021-0099> [lire en ligne].
- [34] Terr LC. *Childhood traumas: an outline and overview*. *Am J Psychiatry* 1991;148:10-20. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>.
- [35] UNDP. *2010 report*. New York: UNDP; 2010.
- [36] Ungar M. *Resilience across cultures*. *Br J Soc Work* 2008;38:218-35. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>.
- [37] Urtubey L. *Le travail du contre-transfert*. *Rev Fr Psychanal* 1994;59:1271-372.
- [38] Winnicott DW. *La haine dans le contre-transfert*. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot; 1947.
- [39] Winnicott DW. *La tendance antisociale ; trad. fr.* In: Winnicott DW, editor. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot; 1969 [1956].
- [40] Winnicott DW. *La mère suffisamment bonne*. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 2008.