

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

Option : psychologie clinique

Thème

*Le vécu des manifestations dépressives chez les
diabétiques amputés d'un membre inférieur*

Etude de 05 cas au sein du service médecine interne
CHU de Bejaia

En vue d'obtention du diplôme de Master en psychologie



Réalisé par :

- SAOUD Nesrine
- HAMADACHE Farah

Encadré par :

M^{me} : ABDI Samira

Année Universitaire 2016/2017

«De tous les maux qui affligent l'espèce humaine, il n'en est peut-être pas de plus grand que celui qui nous réduit à la triste nécessité de perdre un membre, afin de conserver la vie.»

PAPAS Anne, WARNET Sylvie.

Remerciements

Je ne remercierais jamais assez mon encadreur de recherche Mme ABDI (épouse SELAMI), pour son aide, ses conseils, ses remarques et ses encouragements.

Un grand merci au personnel médicale et aux patients du CHU Khalil Amrane.

Mes remerciements s'adressent aussi aux jurys qui me font l'honneur d'examiner ce travail.

Mes remerciements vont également à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

Mes parents chéris.

« Merci de m'avoir me supportée pendant tout ce temps ».

Mes deux sœurs que j'adore s Dadou et Malou et leurs deux époux.

Mon frère Mamid et sa fiancée kenza.

Mama Djidja, à Aamou et à sa petite famille (Tata Noria, Sara et Dédé).

Touts mes amis(e) (kakou, Kahnoucha, Katia, Danou, Nadia, Souad, Bahia, Sarah, Mabrouk et Juju.)

Sans oublier mes quatre neveux d'amour

Rostom le beau, Ania la mafia, Razine le bosse et la belle Mayline.

Nesrine.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

Mes parents chéris.

« Merci d'être toujours la pour moi ».

A mon très chère époux YAZID et toute sa famille

A mes très chère frères : ANIS et MAHREZ et mon adorable sœur « CHANEZ »

ainsi que ses petits anges : CELINE et DJABER.

A mon très chère oncle : MOULOUD qui a toujours été la pour moi.

A mes chères amies : KENZA, HASSIBA, SALIMA,

Merci.

Farah.

Sommaire

LISTE DES FIGURES.....	
LISTE DES TABLEAUX.....	

REMERCIEMENTS

DEDICACES

SOMMAIRE

Introduction générale	
-----------------------------	--

LECADRE GENERAL DE LA PROBLEMATIQUE

1-La problématique.....	3
2-Les hypothèses.....	7
3-Définition des concepts.....	8
4-Définition opérationnelle.....	8
5-Le choix du thème.....	9
6-L'objectif de la recherche.....	9

CHAPITRE I : 1-LE DIABETE

Préambule.....	10
1-Définition du Diabète.....	10
2-Les données épidémiologiques.....	10
3-Les types de Diabète.....	11
4-Les Critères diagnostiques.....	12
5-Facteurs de risque	12

6- Les traitements.....	13
6-1-Traitement du diabète.....	13
6-1-2-Traitement antibiothérapie.....	13
6-1-3- Traitement diététique.....	14
6-1-4- Traitement à l'insuline.....	15
6-2-Traitements locaux.....	15
6-2-1-Traitement chirurgicaux.....	15
Synthèse	

2- LE PIED DIABETIQUE :

Préambule.....	16
1-Définition de pied Diabétique.....	16
2-La prévalence.....	16
3- Les facteurs de risques.....	16
3-1-Cause interne.....	17
3-2-Cause externe.....	18
4-Classification du pied diabétique.....	18
Synthèse	

CHAPITRE II : L'AMPUTATION

Préambule.....	20
1-Historique.....	20
2-Définition de l'amputation.....	20
3-Les causes de l'amputation.....	21

3-1-L'accident	21
3-2-Les maladies.....	21
3-3-Les amputations congénitales	22
3-4-Les autres causes	22
4 Les types d'amputation.....	24
5-L'accompagnement du patient amputé	33
5-1-Rééducation.....	33
5-2-Appareillage.....	33
5-2-1-Les différentes prothèses.....	34
5-3-Réadaptation.....	34
6-L'annonce de geste d'amputation	34
7-Douleur de moignon.....	35
8-Définition de membre fantôme.....	35
9-Les conséquences de l'amputation.....	35
9-1-Conséquence physique.....	36
9-2-Conséquence sur la sexualité.....	36
9-3-Conséquence sociale.....	36
9-4-Conséquence psychologique.....	37
10-Le déroulement de l'intervention chirurgicale (amputation).....	37
Synthèse	

CHAPITER III : LE VECU PSYCHOLOGIQUE

Préambule.....	391-
L'image corporelle	
Préambule.....	41
1-Définition de l'image corporelle.....	41
2-Schéma corporelle et image du corps.....	42
3-Modalité de l'image corporelle.....	43
4-Les émotions.....	44
5- Les émotions et tonus.....	45
6-Les canaux des communications corporelles.....	45
7-Effets de l'amputation d'un membre inférieur sur l'image corporelle.....	45
Synthèse	
2-La dépression	
Préambule.....	47
1-Définition de la dépression.....	47
2-Epidémiologie.....	47
3- Les symptômes de la dépression.....	48
4- Les différentes formes de la dépression.....	48
4-1-La dépression majeur « caractérisée ».....	48
4-2-La dépression chronique (Dysthymie).....	50
4-3-La mélancolie.....	50
4-4-Les troubles bipolaires.....	51

5-Critère diagnostique.....	51
6- Les facteurs de la dépression.....	52
6-1-Facteur biologique.....	52
6-2-Facteur lié à l'environnement ou familiale.....	53
6-3-Facteur psychologique.....	53
7-Traitements.....	54
7-1-Traitement médicale.....	54
7-2-Psychothérapie.....	54
7-3-Les thérapies cognitivo-comportementale (TCC).....	54
7-4-La cure analytique.....	55
8-Dépression et pathologie somatique.....	55
9-Dépression et Diabète.....	56
10-Signes et manifestation de dépression chez les amputés.....	57
11- Les souffrances spirituelles.....	57
12-Lien entre dépression et patient amputé.....	58
13-Choc psychologique.....	58
14-Le deuil de la perte de membre amputé.....	59
15-Les processus d'acceptation.....	60
15-1- Définition du processus d'acceptation.....	60

Synthèse

CHAPITRE IV : METHODOLOGUE DE RECHERCHE

Préambule.....	62
1- Présentation du lieu de recherche	62
2-Statistiques des malades admis pour pied diabétique.....	62
3-Méthode de recherche.....	63
4-1- L'entretien clinique	64
4-2- L'entretien semi-directif.....	64
4-3- Etudes de cas.....	65
5- La pré enquête.....	65.
6-Présentation des caractéristiques de l'échantillon d'étude	65
7-Les Tableaux de représentation	67
8-Les outils de recherche	67
8-1-Le guide d'entretien.....	67
8-2-L'échelle d'Hamilton.....	68
8-2-1- Description et application de l'Echelle.....	68
8-2-2- Mode de passation de l'échelle (HDSR).....	68
8-2-3-Cotation de l'échelle (HDSR).....	68
8-2-4-Normes de l'échelle (HDSR).....	69
9-Déroulement de la recherche.....	69
10-Les difficultés rencontrées	69
Synthèse	

CHAPITRE V : L'ANALYSE DES RESULTATS ET LA DISCSSION DES THYPOTYSES

Préambule

1-Présentation des cas et des résultats de l'échelle.....	70
1-1-Le cas de M (M.H).....	70
1-3-Le cas de M (R.N).....	74
1-2-Le cas de M (H.W).....	78
1-4-Le cas de M (D.T).....	81
1-5-Le cas de M (B.M).....	84
2-Discussion des hypothèses.....	87
Conclusion générale.....	

Liste bibliographie

ANNEX : A

ANNEX : B

Liste des figures :

Chapitre II

Figure N° 1 Amputation d'orteil.....	
Figure N° 2: Amputation transtatarsienne	
Figure N° 3 :Amputation de lisfanc	
Figure N° 4 :Amputation de chopart	
Figure N° 5 :Amputation de pied	
Figure N° 6 : Amputation transtibiale (amputation de jambe).....	
Figure N° 7 : Désarticulation de genou (GRITTI).....	

Figure N° 8 : Amputation transfémorale (amputation de cuisse).....

Figure N° 9 : Désarticulation de hanche.....

Liste des tableaux

Chapitre V

Tableau N° 1 : la présentation de l'échantillon selon les informations personnelles

Tableau N° 2 : la présentation de l'échantillon selon leur profession

Tableau N° 3: la présentation de l'échantillon selon l'ancienneté et le type de diabète

Liste des abréviations

Chapitre I

DID : Diabète insulino dépendant

DNID : Diabète non insulino dépendant

Chapitre V

HDRS : l'échelle de dépression de Hamilton Rating Scale

La partie théorique

Introduction générale

Le diabète est une maladie chronique débitante, son incidence, sa prévalence aussi que sa morbi-mortalité en nette augmentation font de lui un lourd fardeau en terme de santé publique.

Il est la première cause des complications cardiovasculaires, la seconde cause des cécités et la troisième cause des amputations des membres inférieurs. **(Batina A, 2010)**

Dans notre recherche nous nous sommes focalisées sur le vécu des manifestations dépressives chez les diabétiques amputés d'un membre inférieur. Nous avons voulu comprendre mieux ce vécu psychologique en identifiant les conséquences physiques et psychologiques ainsi que les facteurs du stress et réticences relatives à l'amputation d'un membre inférieur, amenant le patient amputé parfois jusqu'à la dépression.

Porter atteinte au physique d'une personne est très nuisible pour cette dernière. On comprend aisément que l'être humain tient beaucoup à son corps, à cette entité qui lui appartient, dont il veut la préserver à jamais.

Donc accepter de voir une autre personne nous priver d'un bien, d'un acquis, d'une partie de nous, infime soit-elle, est une chose difficile, tant sur le court terme que sur le long terme. Les séquelles visibles ne peuvent se dissiper et l'impact psychique ne fait et ne fera que s'accroître.

Dans notre recherche nous avons tenté d'étudier le vécu des manifestations dépressives de l'amputation d'un membre inférieur chez les personnes diabétiques. En réalité, L'amputation chez un patient de n'importe quel membre est perçue comme une atteinte à l'intimité de cette personne. Donc « L'amputation d'un membre inférieur chez les personnes diabétiques » entrave directement l'image corporelle de la personne puisqu'elle amène à une perte d'une partie de son corps. La perte de la motricité normale et l'altération de la motricité de la personne engendre un bouleversement qui constitue un réel traumatisme et amène la personne amputée à revoir son image corporelle ainsi qu'à perturber son estime de soi.

« Bien dans sa peau et bien dans sa tête » ne peuvent plus être d'actualité. Un combat entre lui et lui-même sera son nouveau fardeau, afin de comprendre la raison de son mal-être.

D'une image tout faite, bien faite de lui, il passe désormais à un ensemble de questionnements sur son état physique et psychique.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons émis un plan de travail qui comporte une problématique, l'élaborer des hypothèses de la recherche, la raison et les objectifs du choix du thème, ainsi que l'objective de la recherche.

Notre recherche se subdivise en deux parties :

La partie théorique comporte quatre chapitres repartis en deux parties : médicale et psychologique.

- Le premier chapitre porte sur le diabète : (définition, les types, les traitements... Etc.)
- Le deuxième chapitre porte sur le pied diabétique : (définition, les causes, les différents types du pied diabétique)
- La troisième sur l'amputation : (nous avons commencé par la définition, les types d'amputation, l'appareillage.....)
- Et pour finir la quatrième porte sur le vécu psychologique dont nous allons aborder la dépression et l'image du corps.

La partie pratique comporte deux chapitres :

- Le premier est consacré au cadre méthodologique, où nous avons choisi la méthode clinique, on a utilisé un guide d'entretien semi directif et l'échelle de dépression d'Hamilton (HDRS) pour mesurer le degré de dépression des diabétiques amputés.
- Le deuxième est centré sur la présentation, l'analyse, et l'interprétation des résultats et discussion des hypothèses.

Le cadre général de la problématique

Aujourd'hui les maladies chroniques sont très répandues partout dans le monde, certaines sont bénignes (la personne poursuit sa vie sans entraves) et d'autres sont plus hostiles et agressives. Notre thème de recherche est basé sur une maladie métabolique qui parfois impose une modification corporelle des plus démesurées qui est l'amputation d'un membre inférieur chez les personnes diabétiques.

Le diabète est un problème majeur de santé publique à l'échelle planétaire. Son évolution est silencieuse et insidieuse jusqu'à l'apparition de complications lourdes de conséquences tant qu'en termes de morbidité que de mortalité.

D'après des pronostiques émis par l'OMS, en 2011, il y aurait plus de 220 millions de diabétiques dans le monde et leur nombre pourrait bien doubler d'ici 2030. Essentiellement cette augmentation se produira dans les pays en développement et sera dû à l'accroissement démographique, au vieillissement de la population, à des régimes alimentaires déséquilibrés, à l'obésité et à un mode de vie sédentaire. **(OMS, 2011)**

Le diabète sucré est défini par un désordre métabolique d'étiologies diverses caractérisé par la présence d'une hyperglycémie chronique, accompagnée d'une perturbation des métabolismes glucidiques, lipidiques et protéiques, résultant d'un défaut de la sécrétion d'insuline, de son activité ou des deux associées **(Chevenne et al., 2001)**.

En Algérie, le diabète pose un vrai problème de santé publique de par sa prévalence et le poids de ses complications chroniques dominé par les complications cardiovasculaires, le pied diabétique, l'insuffisance rénale chronique et la rétinopathie. **(Guide du diabète, 2015, P 13)**

Nombreuses sont les complications qui atteignent les diabétiques, mais les complications au niveau des pieds sont parmi les plus fréquentes et redoutées. Elles constituent un problème majeur dans tous les pays tant sur le plan médical que socio-économique. **(Boulton et al, 2005)**

Le pied diabétique est défini comme un pied qui présente des lésions allant des simples phlyctènes (petites plaies) aux ulcérations qui peuvent s'infecter et aussi des lésions détruisant les tissus profonds. Et les cas les plus graves peuvent aboutir aux amputations. Toutes ces

lésions sont associées à un désordre neurologique ainsi qu'à une maladie vasculaire du membre inférieur et/ou des complications métaboliques du diabète. **(Chand G et al, 2012)**

De plus, les ulcérations du pied sont les principales causes d'hospitalisation des patients diabétiques et représentent une des principales causes d'amputations des membres. **(Lavigne JP, et al, 2011)**

Le risque de gangrène serait 17 fois plus élevé chez les diabétiques que chez les non diabétiques ; 5 à 15% des diabétiques subiront une amputation au cours de leur vie. **(Sano D et al, 1999; p46)**

Le coût de la prise en charge du pied diabétique est potentiellement élevé. Il représente 10 à 25% de l'ensemble des coûts de la maladie diabétique.

« L'amputation ou perte d'un membre, qu'elle soit partielle ou complète, qu'elle soit traumatique d'emblée ou programmée, est une pratique très ancienne remontant à plusieurs siècles avant J-C. Hippocrate proposait déjà des ligatures contre les hémorragies ainsi que l'amputation en cas de gangrènes ». **(Papas Anne, Warnet Sylvie, 2015)**

L'amputation est donc une pratique qui existait depuis bien longtemps dans le but d'éviter l'agonie pour le malade. Pour certains, ce n'est pas un moyen de guérissant mais plutôt une mutilation, un changement imposé dont ils n'ont pas la possibilité de négocier.

L'amputation se définit comme une opération chirurgicale qui consiste en l'ablation d'un membre, d'un segment de membre ou d'une partie saillante. De nombreuses pathologies ont été identifiées comme étant à l'origine de ces amputations.

Les facteurs à l'origine de l'amputation sont très discutés. Certains reconnaissent à l'amputation des causes absolues et d'autres des causes relatives. Les principales causes de l'amputation sont : Traumatiques, maladies ou d'origine congénitale.

L'amputation est vécue comme un drame humain, quel que soit son niveau. Elle touche douloureusement le malade dans son intégrité physique, psychologique et sociale. Elle bouleverse sa manière de vivre : son activité quotidienne, ses études, son métier, ses relations humaines et même ses loisirs.

«L'amputation crée elle-même un nouvel état pathologique pour lequel aucune guérison n'est à espérer. Le traitement ne peut alors être que palliatif, ne satisfaisant jamais complètement le patient, le laissant souvent dans un état douloureux, face auquel le médecin peut être impuissant. » (**BARDIN M, 1983**)

L'amputation est une modification corporelle, un changement dans l'image du corps et surtout une métamorphose radicale d'un mode de vie. La personne amputée passe de statut de personne « valide » à personne « en situation de handicap ». Elle est dévastatrice pour le malade quel que soit son âge. Ce traumatisme, tant physique que psychique, que le patient subit, le pousse à envisager de nouvelles perspectives de vie à fin de retrouver un équilibre.

L'image de soi est reliée à l'image corporelle. La modification de l'une modifie l'autre, le tout étant vécu par rapport à soi-même et par rapport aux autres avec lesquels on est en relation humaine, affective.»(**Bernard C. 1903**)

« Les réactions des adultes face à des opérations mutilantes sont liés au degré de développement de leur image corporelle, mais certains facteurs provoquent des réactions différentes : âge, sexe, personnalité, cause du changement, valeurs, attentes, origine socioculturelle, niveau de préparation au changement, relation avec l'équipe soignante...»(**Salter M. 1996 p18**).

L'amputation d'un membre inférieur, constitue un chamboulement dans la conception du schéma corporel et dans l'estime de soi.

Ceci explique pourquoi la personne amputée, qui n'a plus son organe initial et qui ne maîtrise pas ses mouvements ressent un grand malaise. La représentation et la pression sociale autour de son incapacité constituent un réel sentiment de dissemblance (d'être différent), qui engendre une crainte de ne plus être accepté par la société. La personne régresse au stade où elle était bébé. Cette régression suscite en elle le besoin d'une assistance afin de pouvoir réaliser certains actes ; ce qui est très frustrant.

Le moignon de l'amputation lui-même est un élément nouveau du corps qu'il faut intégrer. Il y a, au début, un grand sentiment d'être différent, d'être « anormal », voire d'être « mal constitué ». Le moignon d'amputation ne constitue pas une partie « naturelle » et « initiale » du corps, c'est un rajout qui ressasse sans cesse le vécu de cette maladie qui demeure encore présent dans certains cas.

Le vécu de l'amputation n'est pas le même pour tous les patients, mais ils sont tous réunis sous l'aspect nouveau de leurs corps.

Chez les amputés, la question de l'image corporelle est redéfinie. Le corps adulte n'est pas sensé connaître de changement physiologique mis à part celle causée par la vieillesse. Et la simple idée de devoir segmenter une partie du corps n'était envisageable. Songer à se séparer d'une partie de soi est une réalité abstraite qui n'existe que dans l'imagination la concrétiser serait une trahison à la promesse de garder son corps en entier.

L'image corporelle est définie comme : « L'image de notre corps formée dans notre esprit, c'est-à-dire la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes » (**Schilder, 1935**).

“La représentation de la forme du corps qui est influencée par une variété de facteurs historiques, culturels, sociaux, individuels et biologiques, et qui varie dans le temps” (**Slade, 1994**).

Selon certains auteurs, l'image corporelle est reliée à plusieurs éléments dont l'estime de soi, qui à la première altération crée une turbulence dans la perception de notre propre corps. Ce qui nous plonge dans des états de souffrances physiques et psychiques.

La dépression se définit comme : « un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradés. Le sentiment defferriste qui en résulte augmente encore sa mélancolie » (**SILLAMY Nobert, 1999, p : 78**)

Le vécu psychologique des personnes diabétiques amputées englobe grand nombre de variables : l'anxiété, le stress, l'estime de soi, l'image corporelle, la dépression... est c'est ce qui mène à s'interroger sur :

Question de départ :

Quelles sont les manifestations dépressives chez les patients diabétiques amputés ?

Sous question :

- Comment les amputés perçoivent leurs images corporelles ?
- Quel est le degré de dépression chez les personnes amputées ?

Les hypothèses :

- La mutilation du corps des diabétiques amputés d'un membre inférieur, influe sur l'état psychique des patients.
- Le degré de dépression est en rapporte avec le niveau d'amputation.
- Les diabétiques ont un vécu plus au moins instable.

La définition des concepts :

- **Le diabète** est une maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. Cela se traduit par un taux de sucre dans le sang (glycémie) élevé : on parle d'hyperglycémie. (**Petite Larousse de la médecine, 2010, P : 277-278**)

-Le pied diabétique se caractérise par une ulcération ou une destruction du tissu du pied, infecté ou non, due à la neuropathie périphérique. La neuropathie périphérique se définit par : une perte de sensibilité des pieds due à une atteinte des nerfs.(Dr Khalid Seghrouchni, 2011, P : 6)

-L'amputation consiste à enlever une extrémité du corps, normalement par la chirurgie, mais peut parfois être indépendante de la volonté sous forme du résultat d'un traumatisme où le membre est arraché.(Santé médecine.net)

-La dépression est une maladie psychosomatique due à un dérèglement de l'humeur. L'humeur se définit comme la disposition affective et émotionnelle qui conditionne la manière dont nous ressentons les événements qui normalement engendrent de la joie ou de la tristesse.(www.info-depression.fr)

-L'image corporelle se définit par la représentation du corps, par la perception qu'a une personne de son propre corps. Cette perception concerne aussi bien son regard que celui des autres. Une image corporelle positive est très importante pour l'épanouissement et le bonheur.(Dany Bélanger,P :7)

Opérationnalisation des concepts :

-Le diabète : est un trouble de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage des sucres apportés par l'alimentation. Cela se traduit par un taux de glucose dans le sang (encore appelé glycémie) élevé.

-L'amputation : L'amputation consiste à enlever une extrémité du corps, normalement par la chirurgie, mais peut parfois être indépendante de la volonté sous forme du résultat d'un traumatisme où le membre est arraché, dans notre étude il s'agit de l'amputation d'un membre inférieure due au diabète.

-Le vécu psychologique : la manière dont le patient amputé réagit face à cette situation traumatique, comment se fait le processus d'acceptation de cette nouvelle image du corps.

-L'image corporelle : La façon dont les patients perçoivent leurs corps après cette amputation.

-La dépression est une maladie mentale caractérisée par un trouble de l'humeur. Un certain nombre de critères définissent la dépression, comme par exemple : l'humeur triste, une perte d'intérêt, un sentiment de découragement, des troubles du sommeil et de concentration, des perturbations de poids, un ralentissement psychomoteur ou une agitation, dans notre étude c'est le degré de dépression selon l'échelle d'Hamilton.

Les raisons du choix du thème :

Nous avons opté pour ce thème afin de comprendre le vécu psychologique des diabétiques amputés d'un membre inférieur. Nous avons constaté dans nos lectures que cette complication du diabète demeure un problème de la santé publique qui touche des dimensions différentes.

L'importance de ce choix est l'évolution dramatique d'une simple lésion du pied qui engendre la perte ou la mutilation de ce dernier. La différence entre l'amputation due au diabète et l'amputation traumatique est que le diabétique voit son pied se décomposer de jour en jour et cela affecte son état psychique petit à petit, ce qui met en place certaines pathologies.

Objectif de la recherche :

L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence les différents troubles auxquels le patient fera face durant cette expérience douloureuse, pour mieux comprendre le vécu psychologique des diabétiques amputés, en vue d'améliorer leur prise en charge et aussi leur expliquer les différents changements auxquels ils devront faire face.

Chapitre I: diabète

Préambule :

Le diabète est la première maladie non transmissible reconnue en 2006 par les Nations Unies comme une menace pour la santé mondiale aussi grave que les épidémies infectieuses telles que la tuberculose, le SIDA et le paludisme. Il est aujourd'hui un problème majeur de santé publique à l'échelle planétaire par l'augmentation de sa prévalence et constitue une menace économique pour les systèmes de santé due surtout aux complications liées à cette maladie.

1. Définition du diabète :

Le diabète sucré est défini comme une maladie caractérisée par une hyperglycémie pathologique. Lorsqu'il se déclenche, le diabète sucré provoque des symptômes spectaculaires connu depuis la plus haute antiquité. A long terme, ce sont les complications qui font la gravité de la maladie. En pratique on distingue les diabètes insulino-dépendants (diabète type 1) marqués par une carence absolue en insuline et les diabètes non insulino-dépendants (DNID), où la pathogénie est plus complexe. (L.Periemuter et al, P 01)

2. Les données épidémiologiques :

Les chiffres sur la prévalence du diabète en Algérie sont approximatifs, mais tout de même impressionnants. Les estimations varient entre 2,5 et 4 millions de personnes souffrant de cette maladie dans le pays.

Cette pathologie qui atteint de plus en plus les jeunes, peut évoluer parfois de manière sournoise. Les diabétologues estiment qu'un tiers des malades ignorent tout de leur état de santé. L'incidence du diabète est selon l'OMS de l'ordre de 12% parmi la population du Maghreb. Classée, désormais comme pandémie mondiale, le diabète touche plus de 300 millions de personnes dans le monde et autant de pré-diabétiques. Les pronostics ne sont guère rassurants. Ce chiffre devrait augmenter à 500 millions en moins de 20 ans, si aucune mesure n'est prise pour endiguer les causes de la maladie.

Les spécialistes et les associations ne cessent, depuis quelques années, d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les risques de ce mal sur les enfants, en estimant que près de 50% d'entre eux souffrent de diabète.

Elle met particulièrement en garde contre la propagation de cette maladie de type 1 chez des enfants de moins de 15 ans, avec 1600 nouveaux cas an.

L'étude nationale des indications multiples menée par le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, en collaboration avec l'Office national des statistiques et des représentations des Nations unies à Alger, classe quant à elle, la pathologie du diabète en deuxième position, derrière l'hypertension artérielle. Selon ces données, le nombre de personnes atteintes de diabète est en progression.

Elle est passée à 0,3% chez les sujets âgés de moins de 35 ans, à 4,1% chez les 35-59 ans et à 12,5% chez les plus de 60 ans.

L'étude révèle que cette pathologie affecte aussi bien les milieux défavorisés avec 1% des personnes touchées, que les familles aisées avec 3,5%. La région du Centre du pays vient en tête concernant le nombre de diabétiques avec 2,3%, suivie de la région Ouest (2,1%).

(santemag-dz,2015)

3. Les types des diabètes :

Une fois le diabète sucré est confirmé, le problème de sa classification va se poser, l'OMS distingue deux principaux types de diabète insulino-dépendant (DID et le diabète non insulino-dépendant (DNID)

➤ Diabète insulino-dépendant (DID), type 1 :

Le diabète du type 1 est la maladie informatique par excellence. En effet l'ordinateur biologique qu'est le pancréas endocrine est détruit et l'hormone hypoglycémisante, l'insuline, manque. Si on administrait l'insuline exactement comme le fait le pancréas endocrine, il n'y aurait plus de diabète ni de complication du diabète. Or, pour faire ce travail il faudrait que l'esprit humain maîtrise toutes les variables qui commandent la sécrétion d'insuline : apports glucidiques, efforts physiques, agressions diverses et qu'il réagisse en conséquence, c'est-à-dire qu'il injecte la bonne dose d'insuline ou au contraire qu'il la diminue. Cette adaptation idéale est impossible car c'est le diabétique lui-même qui devrait réaliser cet exploit. Or, l'être humain peut pratiquement tout faire sauf devenir machine.

➤ Diabète non insulino-dépendant (DNID), type 2 :

Depuis le début du XIX siècle, il était admis que le diabétique pouvait ne pas mourir dans la mesure où il observait une diététique appropriée. Il fallut cependant attendre Lancereaux pour qu'en 1880 apparaisse clairement la différence entre le diabète maigre d'évolution mortelle et le diabète pléthorique. La classification reste valable de nos jours ; elle

a même été confortée par la mise en évidence au moyen des dosages radio-immunologique que la sécrétion insulinique de base dans le DNID pouvait être normale et même élevée.

(L. Periemuter et al; 2009 P 01et 11)

4. Critères de diagnostique :

Le diagnostic de diabète peut être établi de trois façons différentes, qui, en l'absence d'une hyperglycémie évidente devront être confirmées par une deuxième mesure :

- symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement inexpliqué, somnolence voire coma) et glycémie quelle que soit l'heure³2, 00 g/L

(11,1 mmol/L),

- Glycémie à jeun¹, 26 g/L (7,00 mmol/L),
- glycémie 2 h après une charge de 75 g de glucose lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale³2, 00 g/L (11,1 mmol/L).

(Diagnostic et classification du diabète sucré)

5. Facteurs de risque :

Selon la Fédération international du diabète, des recherches sont encore en cours afin d'établir les facteurs de risque du diabète de type 1. Toutefois, la présence d'une personne atteinte de diabète de type 1 dans la famille augmente le risque d'apparition de la maladie. Des facteurs environnementaux et l'exposition à certaines infections virales ont également été liés au risque de développement du diabète de type 1.

- Divers facteurs de risque ont été associés au diabète de type 2, entre autres

- **L'âge** : Quel que soit la population étudié, la prévalence du diabète de type 2 augmente avec l'âge, l'étude menée entre 1998 et 2000 par (Ricardeau 2000) à montré que la prévalence du diabète croit de manière régulière entre 0 à 79 ans, mais que c'est vraiment à partir de 40 ans que sa prévalence dépasse les normes.

- **Facteur de risque génétique** :

La présence d'un diabète de type 2 dans la famille augmente le risque de survenanu du diabète chez les autres membres de cette famille.

- **L'obésité :**

Le niveau d'obésité est connu depuis de longue date pour être associé à une prévalence augmentée de type 2, la durée de l'obésité est un facteur de risque additionnel à l'obésité.

- **L'activité physique :**

L'activité physique protège la survenue du diabète de type 2 ; l'étude de (Helrich et al, 1991) met en évidence, pour chaque augmentation de 500 kcal de dépense énergétique par semaine une diminution de 10% de risque du diabète type 2. **(Makhlouf.S, 2015, P 19)**

- l'alimentation peu saine ;
- la tension artérielle élevée ;
- l'ethnie ;
- l'intolérance au glucose (IG) ;
- les antécédents de diabète gestationnel ;
- la mauvaise alimentation pendant la grossesse.

6. les traitements :

Ses principes sont une alimentation équilibrée au plan quantitatif et qualitatif. Les recommandations nutritionnelles pour les diabétiques ne diffèrent donc plus de façon fondamentale de celle formulées pour la population générale. Il faut tout simplement veiller à adapter correctement les repas au traitement hypoglycémiant et à l'activité physique.

6-1-Traitement du diabète :

Il faut rééquilibrer la glycémie pour permettre une guérison rapide des plaies plantaires, mais aussi prévenir les récurrences.

Pour le diabète de type 2, le médecin a recours à des traitements oraux hypoglycémiants. Si le diabète n'est pas équilibré il utilise l'insulinothérapie comme pour le type 1. **(Alexander.M, 2002, P : 08)**

6-1-2- Antibiothérapie :

A partir du moment où une plaie commence à présenter une rougeur périphérique ou un œdème, le médecin demande un prélèvement avec un antibiotique, pour éviter l'apparition de l'infection. **(OMS, 2016, P : 52)**

6-1-3- Traitement diététique :

Une diététique fait partie de la prise en charge du malade afin d'aider à la régulation de la glycémie. De plus un patient dénutri ne cicatrise pas bien, il doit suivre un régime hyperprotidique. Durant son séjour à l'hôpital il reçoit une alimentation adaptée et bénéfique d'une éducation des sa sortie. (Alexander.M, 2002, P : 15)

6-1-4-Traitement à l'insuline

L'insuline est une hormone polypeptidique. Actuellement, la plupart des préparations d'insuline sont à base d'insuline humaine biosynthétique obtenue par la technologie de l'ADN recombinant. Elles sont dosées à 100 UI d'insuline / ml et diffèrent par leur rapidité et durée d'action. Les effets indésirables de l'insuline sont :

-**Métaboliques:** l'hypoglycémie induite par une dose trop élevée ou une ingestion calorique inadéquate est la complication la plus fréquente et la plus sérieuse du traitement à l'insuline. Elle doit être évitée le plus possible par une bonne information du patient. Lorsque l'hypoglycémie est sévère, un coma ou la mort peuvent se produire si le patient n'est pas traité avec du glucose

- **Immunologiques** : l'insulinothérapie peut entraîner la formation d'anticorps circulants qui neutralisent une partie de l'insuline injectée mais la résistance immunologique à l'insuline est rare. - locaux : réaction allergiques cutanées et lipodystrophiques aux sites d'injection. (Ndjombi Carine, 2009)

6-2-Traitement locaux :

6-4-1 Traitement chirurgicaux :

Lorsqu'il existe une zone du pied qu'est mal irriguée, le chirurgien tente une revascularisation de celle-ci par un pontage.

En cas de sepsis local rebelle l'antibiothérapie, il réalise des parages de plaies au bloc opération ou des amputations plus ou moins distales, d'orteil, transmétatarienne, lisfranc.....). (Alexandre.M, 2002, P : 10)

De nos jours les chercheurs proposent une greffe de pancréas isolée ou une greffe combinée rein-pancréas aux diabétiques de type 1 arrivés au stade d'insuffisance rénale terminale. **(Dr Jean Claude KISANGANI - 2012).**

Synthèse :

Le diabète est devenu en quelque année une véritable épidémie touchant quelque 422 million de personne dans le monde. Elle est formellement reconnue comme une maladie chronique qui engendre de nombreuses complications et une modification du mode de vie remarquable, dont l'hygiène de vie doit être très minutieuse afin d'éviter des complications cutanées. Pour la régulation de la glycémie, le patient doit suivre un régime hyperprotéique et une alimentation adaptée.

LE PIED DIABÉTIQUE :

Préambule :

Le pied diabétique, est une podologie qui touche les diabétiques. Elle est la plus redoutée à cause du risque d'amputation.

1- définition du pied diabétique :

Le pied diabétique est une pathologie complexe à multiples facettes, intriquant à des degrés divers une atteinte nerveuse, une insuffisance artérielle, des anomalies biomécaniques et une fréquente surinfection

Trop fréquemment, des lésions graves du pied chez les diabétiques, sont constatées en pratique médicale quotidienne. Ces atteintes sont liées à deux groupes de causes :

- a. en rapport avec le diabète lui-même : l'atteinte vasculaire, l'atteinte nerveuse et l'infection ;
- b. en rapport avec l'environnement : le mode de vie, l'hygiène et surtout l'hygiène locale traduite par les soins apportés aux pieds le choix des chaussures, des chaussettes, etc.

En matière de pied, l'évolution des lésions peut être extrêmement rapide, la plus minime lésion pouvant conduire à une amputation transméatarsienne.

Telle est la raison pour laquelle, lors de chaque consultation de routine, le médecin doit examiner les pieds du diabétique. (Martin Buyschaert, P : 237)

2- Prévalence :

- 5 à 10 % des diabétiques seront un jour victimes d'une amputation. On comptabilise environ 10 000 amputations par an due au diabète.
- 50 % de ces amputations pourraient être évitées.
- Il est donc indispensable de rechercher les diabétiques à risque podologique, c'est-à-dire les diabétiques ayant perdu la sensibilité à la douleur au niveau des pieds ou les diabétiques ayant une artérite des membres inférieurs.

Les diabétiques à risque doivent recevoir une éducation podologique spécialisée.

(André Grimaldi et al, P 215)

3- Les facteurs de risque :

Les facteurs de risque sont multiple ;

1-1- Causes internes :

3-1-1- Atteinte vasculaire : elle est liée aux deux phénomènes majeurs qui provoquent un déficit de circulation du pied, s'aggravant progressivement au fil des ans.

- La macroangiopathie, notamment la médiacalcosse, avec calcification de la média et de la limitante élastique interne des artères de moyen et petit calibre (par exemple les artères interdigitales du pied).

-La microangiopathie, atteinte des capillaires, en particulier responsable de la fragilisation cutanée. Elle diminue la capacité des capillaires à maintenir leurs flux constant en réponse aux variations de pression, elle augmente la viscosité sanguine et l'adhésivité plaquettaire, elle diminue la de formabilité des hématies, elle diminue la libération d'oxygène dans les tissue.

3-1-2- Atteinte neurologique :

Au niveau du pied, elle favorise les lésions par le biais de troubles sensitifs et d'une atteinte ostéo-articulaire.

- L'atteinte autonome entraîne une diminution de la sudation, favorisant l'apparition de fissures, de crevasses et facilite l'ouverture de shunts artério-veineux. Il en résulte une ischémie distale relative et une augmentation de la résorption osseuse tarsienne.
- Les troubles sensitifs engagent la sensibilité superficielle (tactile, thermique et douloureuse) et profonde (sens de position des orteils, perturbation des mouvements intrinsèque).
- L'atteinte ostéo-articulaire s'associe a une atteinte musculaire pour entraîner une redistribution des points d'appui du pied.

Ainsi, les déformations du pied sont-elles particulièrement dangereuse : le pied creux et l'avant-pied plat provoquent le développement de maux perforant plantaire au point d'appui anormaux de l'avant pied.

3-1-3- infection :

Ce troisième est responsable, avec les deux premiers, d'un véritable cercle vicieux. L'infection est facilitée par la neuropathie puisqu'une petite lésion locale peut n'être ressentie que tard en raison de diminution des sensibilités. Le trouble circulatoire local diminue le débit

sanguin du territoire infecté. Il affecte non seulement les réactions de défense mais aussi l'arrivée locale des antibiotiques. (Martin Buyschaert, P : 237)

L'infection est aussi favorisée, chez le diabétique, par les altérations de la fonction leucocytaire (diminution du pouvoir bactéricide et phagocytaire) et par l'atteinte de l'immunité cellulaire.

A son tour, l'infection retenti sur les lésions du pied pour en retarder la cicatrisation, voire même pour les aggraver. (Martin Buyschaert, P : 238)

3-2 - Causes externes :

3-2-1- La chaussure :

Elle est responsables d'un nombre important de lésions : parce qu'elle est trop serrée, ou d'une cambrure inadapté, ou porteuse de frictions internes (coutures par exemple). Le pied doit être chaussé de souliers larges changés fréquemment pour éviter la macération. Le médecin, dans ce domaine, doit persuader son patient de sacrifier l'esthétique au fonctionnel. Le fait que le diabétique doit être « a l'aise dans ses baskets » n'est pas simplement une figure de rhétorique !

3-2-2- L'hygiène :

Comme pied du fantassin, le pied du diabétique doit être « l'objet de soins constant ». En claire, cela signifie que le pied doit être :

- Propre : lavé tous les jours avec un savon non irritant,
- Tenu au sec : au besoin par talcage,
- Enveloppé dans des chaussettes en laine ou en coton (pas de nylon) changées quotidiennement,
- Les ongles seront tenus courts et arrondi.

3-2-3- le mode de vie :

Il est évident que toutes les professions imposant une station debout prolongée ou des marches fréquentes favorisent l'apparition de lésions du pied, bien que l'activité physique soit plus favorable qu'une profession sédentaire a l'équilibre du diabète. (Martin Buyschaert, P : 239).

4- Classification du pied diabétique :

Classification de l'infection d'après le consensus international sur le pied diabétique (IWGDF) comprend 4 grades : de 1 à 4 qui correspondent à la classification de l'infection Diseases Society of America (IDSA) :

- Non infecté,
- Infection légère,
- Infection modérée,
- Sepsis sévère. (IDSA)

Synthèse :

Le pied diabétique est une complication fréquente et grave par sa mortalité, sa morbidité et l'handicap qu'il occasionne. Son coût est le plus élevé des complications dégénératives du diabète. La lutte contre ce fardeau repose d'une part sur la prévention par l'éducation des patients et du personnel soignant et le dépistage précoce des lésions, d'autre part sur une prise en charge multidisciplinaire.

Chapitre II:

Le pied diabétique

Préambule :

L'amputation est une opération par la quelle on coupe un membre, une partie du corps humain, soit suite a un accident, ou bien du a la maladie.

L'amputation est souvent le dernier recours, puisque on procède aux différents soins dans le but de sauvegarder l'intégralité corporelle de la personne. Etant en quelque sorte la solution finale, l'amputation est bien souvent vécue comme un échec des soins et une fin de parcours de ses soins

1- Historique :

Les plus vieilles traces d'amputations peuvent être retrouvées sur des peintures rupestres préhistoriques datées de 36 000 ans. Elles montrent des empreintes de mains mutilées (grottes de Pechmerle, de Lascaux, de Chauvet, etc.).

En ces temps reculés, les causes d'amputations étaient : multiples fréquentations d'animaux sauvages, batailles à coups de haches et autres silex, mais également châtiments tranchants prévus par les lois de certaines communautés. (**Anne curelli-2004**).

Avant la chirurgie aseptique l'amputation était considérée comme le seul moyen de sauver la vie en présence d'un traumatisme grave du membre. L'amputation telle qu'elle était pratiquée au début du 17e siècle, une fois le membre scie, les artères étaient ligaturées, le moignon était cautérisé avec la poix.

Avec l'avènement de l'asepsie, et les progrès enregistrés en chirurgie, des techniques d'amputation furent décrites depuis le 18e siècle. Ainsi **en 1748** l'amputation de la **LALOUETTE** fut décrite, elle est synonyme de la désarticulation de la hanche. **En 1780** le premier Hôpital destiné aux malades orthopédiques fût fondé en Suisse. **HIPPOCRATE** célèbre Médecin grec du V siècle avant Jésus Christ utilisait les ligatures contre les hémorragies et proposa l'amputation pour les malades atteints de gangrène. A la fin du XVIII siècle, le plâtre fût introduit par **MATHYSEN A.** Médecin militaire Hollandais et **Van**.

(**Jean Mieret, P22**)

2- définition de l'amputation :

Une amputation est une opération chirurgicale qui consiste à enlever une partie de membre. L'indication médicale est posée lorsque la région touchée ne peut pas être conservée. D'après Le Dictionnaire Larousse l'ENCYCLOPEDIE MEDICALE DE LA

FAMILLE (1991 :92) L'amputation est l'«Ablation chirurgicale d'une partie ou de la totalité d'un membre, habituellement en vue de prévenir une gangrène (nécrose et mort rapide des tissus surinfectés par des germes anaérobies) ou une infection très sévère (par staphylocoques surtout)».

(L'encyclopédie médicale de la famille 1991)

3- Les causes d'amputation :

On divise classiquement les causes principales d'amputation en trois grandes catégories : les causes traumatiques, les causes pathologiques et les amputations congénitales

3-1- Les accidents :

Les accidents représentent environ 20% des amputations.

Les amputations traumatiques sont dues essentiellement à des accidents de la voie publique, des accidents domestiques, ou encore de travail, à des gelures, ou à des brûlures-électrocutions.

En ce qui concerne les accidents de la voie publique, on note qu'il s'agit essentiellement de personnes jeunes, en moto le plus souvent, et que 70% des personnes amputées suite à un accident de la voie publique ne sont pas en tord.

Dans ce cadre traumatique, l'amputation est réalisée dans un contexte d'urgence lorsque les lésions sont irrémédiables et ne permettent pas une conservation du membre. Elle peut être effectuée dans un second temps, si l'on constate que les traitements conservateurs sont voués à l'échec ou s'il survient des complications.

3-2- Les maladies :

Différentes pathologies peuvent être évoquées :

¾ les artérites qui sont des lésions artérielles d'origine inflammatoire ou dégénérative aboutissant à l'épaississement des parois avec parfois la dilatation et ou l'oblitération des vaisseaux. C'est le cas des gangrènes et des ischémies sensitivo-motrices.

Elles représentent la cause la plus fréquente d'amputation tous âges confondus.

Elles sont le plus souvent séniles, ou préséniles mais peuvent survenir plus précocement (tabagisme, maladie de Buerger, etc.).

¾ l'artériosclérose qui est une maladie dégénérative athéromateuse des artères. Dans cette situation, nous retrouvons les patients diabétiques chez lesquels l'évolution est lente sans signes douloureux. En effet, c'est surtout l'atteinte des branches distales des artères des membres inférieurs qui peut conduire à une gangrène ischémique (interruption de l'irrigation sanguine).

Le risque d'amputation chez un diabétique est 15 fois plus élevé.

¾ les cancers par une prolifération anarchique des cellules (tumeurs malignes) qui s'étendent rapidement et ont tendance à se généraliser. On y retrouve les sarcomes et les ostéosarcomes.

Anne Curelli, 2004, P : 96)

3-3- Les amputations congénitales :

Dans un membre, l'aplasie ou absence congénitale de tissu ou d'organe réalise une lésion qui peut être l'équivalent d'une amputation, mais aussi, plus souvent, produire un membre malformé, pourvu d'une extrémité normale ou non. La fréquence est difficile à établir, elle varie en fonction des critères de sévérité des lésions.

Pour **Bardot et Hindermeier** (1981), la fréquence des grandes agénésies des membres semble se situer autour de 10 à 15 cas pour 100 000 naissances. Ces agénésies correspondent à des malformations dues soit à une cause médicale (comme dans les années 1960 avec la tragédie de la thalidomide), soit à une anomalie embryonnaire (une embryopathie).

3-4- Les autres causes :

Pierquin (1982) décrit des causes plus rares d'amputation pathologiques comme les infections telles que le purpura fulminans et de façon plus exceptionnelle la lèpre ou l'actinomyose, ou encore comme les affections neurologiques (spina bifida, agénésies rachidiennes inférieures).

Il faut encore citer les guerres et les mines antipersonnel comme des causes malheureusement encore importantes d'amputation. En effet, malgré la mise en place en 1997 d'une convention signée par 130 pays (en 1999 135 pays) visant à interdire ces armes, en 1998, on dénombrait encore plus de 1200 accidents par les mines antipersonnel au Cambodge.

Certaines amputations peuvent être liées à des convictions religieuses. En effet, encore aujourd'hui, les sanctions pénales prévues par la loi de l'islam, dont les applications concrètes sont très variables selon les pays, prévoient l'amputation de la main des voleurs, et de un ou plusieurs membres pour les rebelles et brigands

Enfin, bien que celles-ci soient relativement rares, il ne faut pas oublier d'évoquer les erreurs médicales comme une cause susceptible d'engendrer une amputation.

4- Les types d'amputation :

- **Amputation d'orteil :**

L'amputation d'un ou plusieurs orteils représente la majorité des amputations partielles du pied. L'absence du premier orteil du patient a déroulé un plat complet.

L'absence des autres orteils impacte de façon plus ou moins importante la stabilité de l'appui au sol. (Jean Martin, 2014, P : 03)



Figure N°1 : Amputation d'orteil

- **Amputation transtatarsienne :**

L'appui du pied au sol se fait principalement par l'intermédiaire du calcaneus (os du talon), de la tête des métatarsiens et des orteils.

L'amputation trans-métatarsienne prive le patient des appuis antérieurs du pied. Pour retrouver un appui à l'avant, le pied résiduel se positionne en **valgus** (vers l'intérieur). La section osseuse des métatarsiens est alors en contact avec le sol, ce qui est source d'inconfort. Pour compenser et décharger cette zone, le patient **marche en varus**, c'est à dire sur le bord externe de son pied.

Sans appareillage, l'amputation trans-métatarsienne se traduit par une marche altérée : le pas postérieur est réduit et les pas sont plus petits

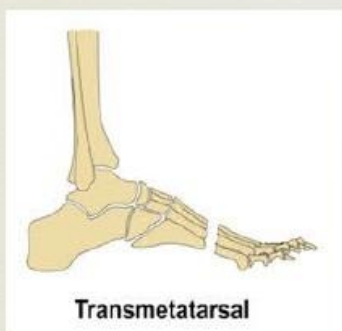
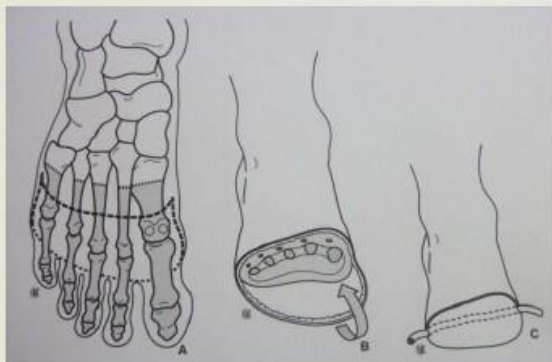


Figure N°2 : Amputation transtatarsienne

- **Amputation de lisfranc :**

L'amputation de lisfranc est une ablation complète des orteils et des métatarsiens la perte d'une partie de l'insertion des muscles releveurs, des péroniers latéraux et de la partie antérieure l'arche plantaire couplée à l'action du triceps (muscle fléchisseur du pied) induit une déformation du pied en verus équin (vers le bas et vers l'extérieure).

Avec une amputation de lisfranc, la marche sans appareillage est limitée à de très petits pas en raison d'une incapacité à dérouler le pas.

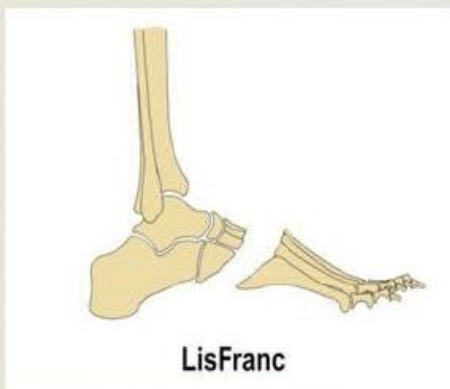


Figure N°3 : Amputation de lisfranc

- **Amputation de chopart :**

L'amputation de chopart consiste en une ablation de la partie a l'avant du talus et calcanéums (pied de l'arrière pied). La perte des insertions des muscles releveurs de pied couplé à l'action du triceps (muscle fléchisseur du pied) crée un déséquilibre et fait basculer l'arrière du pied en équin (vers le bas).

Les calcanéums (os du talon) adopte une position plus verticale et l'appui se fait alors sur l'avant de l'os.

Sans l'appareillage, l'amputation de « chopart » permet d'avoir un appui au sol. Cependant le patient a un déficit de stabilité et une perte de propulsion).

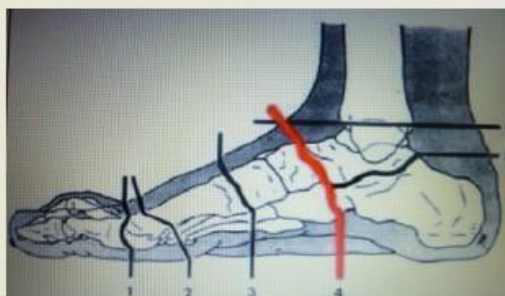
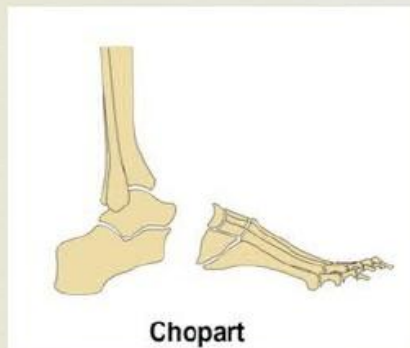


Figure N°4 : Amputation de chopart

- **Amputation de pied :**

Il existe différents types d'amputation, d'une phalange ou d'un orteil à la totalité du pied, en passant par le métatarse.

La prothèse esthétique en silicone est parfois préférée lorsque la nécessité d'une prothèse fonctionnelle n'est pas justifiée.

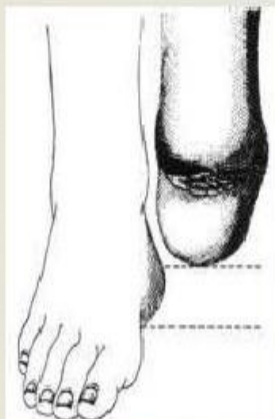


Figure N°5 : Amputation de pied

- **Amputation transtibiale (amputation de jambe) :**

L'amputation débute en-dessous du genou, au niveau du tibia et du péroné.

La prothèse transtibiale comprend une emboîture pour protéger le moignon, un pied prothétique, des adaptateurs ainsi que des éléments de connexion.



Figure N°6 : Amputation transtibiale

- **Désarticulation de genou (GRITTI) :**

L'amputation consiste à séparer l'articulation du genou pour retirer la partie inférieure de la jambe.

La prothèse comprend une emboîture pour protéger le moignon, un genou et un pied prothétiques, des adaptateurs ainsi que des éléments de connexion.

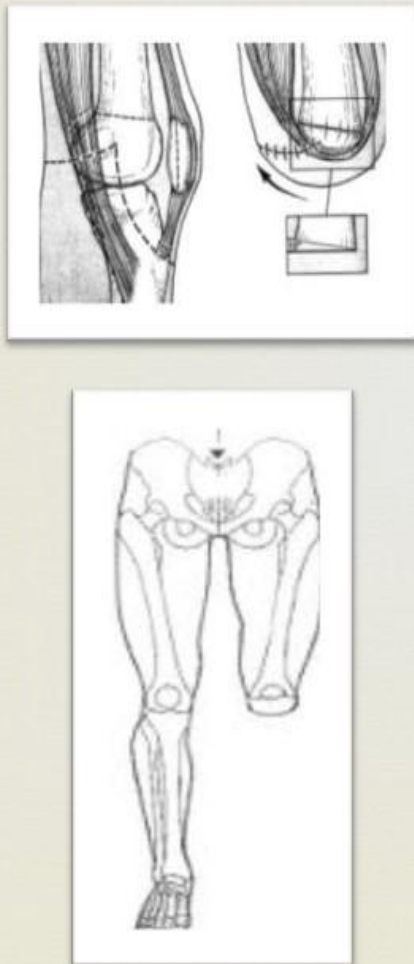


Figure N°7 : Désarticulation de genou (GRITTI)

- **Amputation transfémorale (amputation de cuisse) :**

L'amputation débute à partir du fémur.

La prothèse comprend une emboîture pour protéger le moignon, un genou et un pied prothétiques, des adaptateurs ainsi que des éléments de connexion.



Figure N°8 : Amputation transfémorale

- **Désarticulation de hanche :**

L'amputation s'effectue au niveau de l'articulation de la hanche. Le bassin sera utilisé pour contrôler la prothèse.

La prothèse comprend une emboîture pour protéger la zone du bassin, une articulation prothétique de hanche, de genou et de pied, des adaptateurs ainsi que des éléments de connexion.

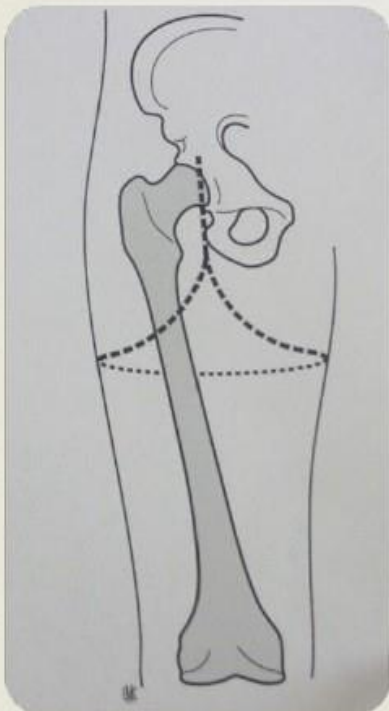


Figure N°9 : Désarticulation de hanche

5-L'accompagnement du patient amputé :

Tout amputé doit bénéficier d'un passage dans un centre de rééducation. Ce passage doit commencer le plus tôt possible après l'amputation, même si la cicatrisation n'est pas encore achevée. Durant son passage, il mène de front sa cicatrisation, sa rééducation, son appareillage, et sa réadaptation.

5-1-Rééducation :

La rééducation ou la kinésithérapie est l'ensemble des moyens à restaurer chez un sujet atteint d'une affection invalidante plus ou moins complètement l'usage de ses facultés. Elle ne concerne que les adolescents, les adultes, et les sujets âgés avec prudence chez les personnes âgées. Elle ne doit pas être intempestive après un traumatisme mais au cas de malformation congénitale, on exerce une rééducation douce pour compenser le déficit.

Elle a pour but :

- ❖ De rendre l'autonomie au meilleur coût.
- ❖ D'apprendre les gestes de la vie quotidienne en relation avec le handicap pour une réadaptions.
- ❖ D'utiliser au mieux les possibilités intrinsèques de chaque patient en l'équipant d'auxiliaires adéquats.
- ❖ La rééducation doit se baser sur le travail musculo articulaire actif, ceci permet une reprise de la marche qui est capital et la lutte contre les douleurs mécaniques et ischémiques en particulier.

5-2- Appareillage:

Le but de l'appareillage et de la prothèse en particulier est de donner au patient handicapé une autonomie par la restauration d'une fonction de déplacement et de geste avec un aspect esthétique le réintégrant dans son schéma corporel le plus proche de la normale
Au niveau du membre inférieur, le but est double : soutenir le poids du corps et permettre le déplacement.(M. BOUDEVILLE et al, 1989)

5-2-1-Les différentes prothèses :

- ✓ Prothèse classique : Ce type de dispositif nécessite la réalisation d'un moignon maigre et conique.
- ✓ Prothèse à adhérence où le moignon réalisé doit être de forme cylindro-conique.
- ✓ Prothèse de contact : Elle réalise un moignon cylindrique ou un moignon avec ostéomyoplastie.(M. BOUDEVILLE et al, 1989)

Il existe des aides techniques comme :

- Des cannes bipodes ou tripodes
- Des béquilles, des fauteuils roulants et des barres d'appui.

5-3- Réadaptation :

C'est l'ensemble des mesures qui en dehors de la rééducation fonctionnelle des handicapés vise le développement de leurs possibilités physiques, psychologiques, et professionnelles, permettant une réintégration dans la vie publique et privée. Cette réadaptation vise à apprendre à l'handicapé de manipuler lui même les objets les plus simples (ménage par excellence).

Elle prépare le patient à reprendre ses activités quotidiennes, artistiques, culturelles, sportives et loisirs.

La quête de l'autonomie du patient permet d'entreprendre une réintégration professionnelle et de surmonter le problème psychologique lié à l'amputation.

(JeanMieret ; p35-37)

6-L'annonce du geste d'amputation :

L'annonce de l'amputation est toute fois choquante pour le patient, dans tous les cas c'est un événement bouleversant. L'amputation se fait généralement après un traitement qui n'en a pas abouti a une guérissant. Le médecin doit alors annoncé l'amputation comme une solution dans le but de mettre fin a l'infection.

Le chirurgien explique le déroulement de l'intervention juste avant l'amputation et le type d'anesthésie qu'ils vont utiliser.

7-Douleur du moignon :

Le DSM4 répertorie la douleur selon deux modes : le premier est rattacher a un trouble médicale général et le deuxième est de classer dans le trouble douloureux au sein des troubles somatiformes. **(Charles-Siegfried Peretti)**

La persistance de la douleur est mal vécue par le patient déjà fragile sur le plan psychologique par l'acte chirurgical. La douleur peut être due à la compression des éléments nerveux ou à un processus inflammatoire et infectieux. Il peut s'agir d'une douleur subjective dite douleur fantôme : qui est la sensation par le patient d'une douleur qui siège sur le segment enlevé du membre.

8-Définition du membre fantôme :

Le premier théoricien qui aurait utilisé l'expression serait un chirurgien du 19 siècle Weir Mitchell, le phénomène du « membre fantôme » survient après que le corps ait été amputé et qui consiste à ressentir la partie du corps que l'on n'a plus. Elle peut ressentir de sensations diverses, comme des fourmillements, des picotements, des chatouillements. Certaines personnes peuvent avoir la sensation que la partie corporelle la plus éloignée se soit rapprochée, comme dans le cas de la sensation d'avoir des doigts au niveau du moignon situé à l'avant bras. **(Isabelle Joly, P33)**

La douleur fantôme, autrement dit le fait de ressentir une douleur sans chair ou celle-ci semble pourtant s'incarner suggère de réinterroger la douleur en posant la question de savoir comment cela est possible de souffrir d'une partie corporelle que l'on a plus. La douleur fantôme est un phénomène étrange, car si le membre amputé n'existe plus, la douleur, quant à elle, est pourtant bien réelle.

Selon le neurologue indien Ramachandran, la douleur du membre fantôme s'explique par la réorganisation des connexions cérébrales qui suit l'amputation. **(Isabelle Joly, P35)**

9-Les conséquences de l'amputation :

«L'amputation crée elle-même un nouvel état pathologique pour lequel aucune guérison n'est à espérer. Le traitement ne peut alors être que palliatif, ne satisfaisant jamais complètement le patient, le laissant souvent dans un état douloureux, face auquel le médecin peut être impuissant.»**(B. Parratte et al).**

9-1-Les conséquences physiques :

L'intervention chirurgicale aboutissant à une amputation d'un membre n'est pas sans conséquences physiologiques qui affectent le psychisme du patient amputé. Or, mis les douleurs qui suivent l'intervention chirurgicale, l'amputation est handicapante, il sera face à une perte d'autonomie, et de motricité. Il doit revoir son mode de vie, abandonner ces habitudes, voir même arrêter de travailler..

9-2-Conséquences sur la sexualité :

L'amputation va également avoir un retentissement physique à plus long terme notamment avec la réduction de l'autonomie qu'elle engendre, mais également en modifiant la sexualité.

En effet, si l'on considère ce qu'affirme Ellis en 1981 « la sexualité est une partie intégrante de chaque personne et elle se compose de la conscience que l'on a de son propre corps comme source de plaisir, de la perception de soi comme être masculin ou féminin ainsi que de la conscience que l'on a d'être, intrinsèquement, un être sexué. », on peut s'attendre à ce qu'une personne amputée ait peur de se montrer à l'autre avec une partie de membre manquant, s'inquiète de la réaction de son partenaire, se pose la question de la possibilité d'avoir à nouveau des rapports sexuels, ...etc.

9-3-Les conséquences sociales :

L'amputation va également avoir des répercussions sur le plan économique et social. En effet, la personne amputée peut vivre une perte d'emploi nécessitant une reconversion professionnelle qui, selon l'âge et l'ancienne profession exercée peut s'avérer difficile.

L'amputation et le handicap qu'elle entraîne nécessite souvent une adaptation de l'habitat avec par exemple, la mise en place dans la salle de bain de barres d'appui permettant un accès facilité à la douche (ou à la baignoire), du véhicule, etc. pouvant ainsi devenir source de désordre financier.

L'amputation peut également entraîner un certain nombre de conséquences indirectes sur le plan social comme des conflits familiaux, un isolement social, le rejet de certaines personnes pouvant en effet conduire la personne amputée à un repli progressif sur soi. (**Anne Curelli, 2004 ;p13**)

9-4-Les conséquences psychologiques :

Sur ce point les retentissements de cette amputation sont brutale, grave autant que la était l'acte chirurgicale lui-même. L'amputation est qualifiée de « choc psychologique », et comme toute perte le patient doit faire « le deuil », il devra donc passer par ces différentes étapes.

Ces quelques concepts vont être détailler dans la partie psychologique.

10- Le déroulement de l'intervention chirurgicale (amputation) :

Avant l'intervention, une consultation avec l'anesthésiste est organisée. Il vous propose le type d'anesthésie le mieux adapté à votre situation, en fonction de votre état de santé, du niveau d'amputation et de vos souhaits.

Le chirurgien vous explique le déroulement de l'intervention juste avant l'amputation.

Le jour de l'opération, votre identité, votre dossier ainsi que le côté à opérer sont vérifiés à plusieurs reprises avant votre départ pour le bloc opératoire.

La durée de l'intervention varie selon le niveau d'amputation. Après avoir enlevé la partie atteinte de votre membre, le chirurgien utilise les muscles et la peau afin de former votre moignon (nom donné au membre résiduel après amputation).

Examens spécifiques En plus de la prise de sang et de la radiographie, d'autres examens sont pratiqués:

- Un bilan angiologique. L'objectif est de déterminer l'oxygénation de votre peau (au moyen de petites ventouses appliquées sur la peau), et donc les possibilités de cicatrisation. Il est indolore et dure environ trente minutes.

- Un examen détaillé des vaisseaux sanguins (scanner, IRM) qui permet de visualiser l'état des artères.

L'intervention dure en général entre 1h30 et 2h. Après l'intervention, vous resterez quelques heures en salle de réveil où vos proches peuvent vous rendre visite avant votre retour dans le service

Synthèse :

Donc l'amputation d'un membre inférieure est pratiquée la plus partie du temps suite a une insuffisance artérielle ou d'un traumatisme, le choix d'un niveau d'amputation a pour objectif d'optimisé les chances de guérison et de la fonctionnalité de membre concerné.

L'amputation est une opération grave, dont le rétablissement du patient s'appuie sur une aide pluridisciplinaire.

Chapitre III:

Le vécu psychologique

Préambule :

Le vécu de l'amputation est à l'origine d'une altération de la qualité de vie avec un retentissement somatique et fonctionnel indéniable. L'amputé bascule dans un nouveau mode de vie, non voulu, avec lequel il doit dorénavant vivre et se projeter. De ce fait, il en résulte une diminution de la mobilité générale, des besoins métaboliques énergétiques accrus et la sensation d'inconfort et de douleur. On dit souvent que l'esprit de l'homme est plus fort que son corps, certes à long terme c'est le cas, car l'acceptation est la phase finale de ce changement physique, mais le chemin est très long et les épreuves que l'amputé va affronter sont et seront rudes. La survenue de douleur (moignon, membres fantômes, lombalgie) est très fréquemment décrite chez un grand nombre des patients amputés ainsi que la survenue habituelle de syndrome dépressif majeurs pour 35 % d'entre eux.

« Le corps est une unité qui ne se segmente que dans la douleur ou dans la souffrance psychique » **ANCET, Pierre, 2010.**

L'humeur de tout un chacun dépend de son état physique, on se sent bien qu'on n'a rien, et on se sent mal quand on a mal, tel est le fonctionnement normal d'un corps sain. L'atteinte à l'unité (le corps) ne peut se faire sans laisser de trace ou pour être bien précis deux traces ; visible (la trace physique) et ressenti (la trace psychique).

L'atteinte à cette unité engendre des variations d'humeurs chez l'amputé, et nous pouvons en citer :

- La peur du regard des autres.
- Le complexe du handicap.
- La dépression à cause de l'impuissance.
- L'agressivité car il se dit que les autres sont la cause de son état.
- L'anxiété de peur de perdre les êtres aimés.
- Le reclus sur lui-même.

Face à ces variables l'amputé pense qu'il est seul et que personne ne prend la peine de comprendre ce qui lui arrive, il se demande comment son entourage fait pour vivre, comme si de rien n'était, comme s'il était entier, car à ses yeux il n'est plus complet, il lui manque quelque chose qu'il ne peut plus avoir.

Parmi les nombreux troubles qui peuvent apparaître chez un diabétique amputé, nous avons choisi la dépression et l'altération de l'image du corps. Nous allons développer chacune à commencer par l'altération de l'image du corps qu'on remarque et qui existe.

Préambule :

L'image du corps est la représentation psychique du corps. Née de la psychanalyse, cette notion est aujourd'hui au centre de la problématique psychomotrice et plus généralement psychothérapeutique. L'image du corps se met en place dès les débuts de la vie, en parallèle au développement somatique. Cette image se trouve figée dans le cadre de certaines maladies psychiatriques. **(Eric W. Pireyre, 2011)**

L'image corporelle se trouve modifiée tout au long de la vie d'un individu, notamment lors de certaines étapes de la vie telle que l'adolescence avec la puberté, la grossesse ou encore la vieillesse. Ces facteurs sont d'origine naturelle, ils sont incontournables.

1- Définition de l'image corporelle :

L'image corporelle se définit par la présentation du corps, par la perception qu'a une personne de son propre corps. Cette perception concerne aussi bien son regard que celui des autres. **(Hélène Chapatte, 2015, p 17)**

L'image corporelle se définit par la représentation du corps, par la perception qu'a une personne de son propre corps. Cette perception concerne aussi bien son regard que celui des autres. Une image corporelle positive est très importante pour l'épanouissement et le bonheur. Elle se construit à partir des sentiments et des valeurs de la personne, des messages transmis par l'entourage et du contexte socioculturel. Elle peut se modifier au fil du temps.

(Sante medecine.net, en ligne)

Nous appellerons image du corps; la configuration globale que forme l'ensemble des représentations, perceptions, sentiments, attitudes, que l'individu a élaboré vis-à-vis de son corps au cours de son existence et ceci à travers diverses expériences ce corps perçu est fréquemment référé à des normes (de beauté, de rôle) et l'image du corps est le plus souvent une représentation évaluative. **(Bernard M, 1995, P : 140)**

Selon **Schilder**, 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 corps nous apparaît à nous-mêmes. **(Schilder, 1968, p. 35)**

Cependant, **Schilder** (1968) pense que l'image du corps et le schéma corporel sont la même chose. Cette confusion met à mal la spécificité de ces deux entités qui, bien qu'intimement liées, sont totalement différentes.

Anzieu (1985) conçoit l'image du corps comme un espace mental de pensée ; « le Moi peau », « une peau pour la pensée »

2- Schéma corporel et image du corps :

Le schéma corporel spécifie l'individu et est relativement le même pour tous. Il fait « appel à l'ensemble des informations cutanées, sensorielles et proprioceptives qui permettent au cortex la représentation spatiale du corps »
(Kortzki, Nelly et al, P : 47-50.)

Dolto fait la distinction entre image du corps et schéma corporel en 1984. « Le schéma corporel réfère le corps actuel à l'expérience immédiate. Il peut être indépendant du langage entendu comme histoire relationnelle du sujet aux autres. Le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace. L'image du corps réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets. ». « C'est grâce à notre image du corps portée par- et croisée à- notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. ». **(Dolto, 1984, p 23)**

❖ Nous pouvons expliquer alors cette relation comme telles :

Le schéma corporel est la représentation que chaque individu se fait de son propre corps, lui permettant de se situer dans l'espace, il permet d'établir les frontières corporelles et de mieux en définir les limites. Tandis que l'image corporelle correspond à la représentation mentale de l'expression du corps. Elle dépend des valeurs esthétiques et sociales et de la perception de chacun.

Cependant, tous deux ne coïncident pas obligatoirement car ils peuvent être altérés indépendamment l'un de l'autre. Il est possible que notre image corporelle s'éloigne de la réalité objective du fait de l'idéalisation de ce qu'on voudrait qu'elle soit. Le psychisme prend alors le dessus sur la perception anatomo-physiologique. **(Salomé Biichle et al, 2015)**

3- Modalités de l'image du corps :

L'image du corps est de nature profondément subjective ; elle est libidinalisée et inconsciente (mais peut devenir consciente sous certaines conditions, de médiation par exemple). Elle est liée aux émotions, à l'érotisation de la sensorialité à la présente du corps en relation.

Dolto détaille ce qu'elle appelle les trois modalités de l'image du corps : image de base, image fonctionnelle et image érogène, « lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution. Elles sont reliées entre elles, à tout moment, maintenues cohésive par ce que nous appellerons : subjective des pulsions de vie qui, sourcées dans l'être biologique, sont continûment tendue par le désir du sujet de communiquer avec un autre sujet, à l'aide d'un objet partiel sensoriellement signifié ». (**E.w.pireyre, P, 39**)

- **L'image de base :**

Première composante de l'image du corps, elle renvoie à une structure permettant de se sentir exister de façon continue.

« L'image de base est ce qui permet au sujet de se ressentir comme une « mêmeté d'être », c'est-à-dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance, en dépit des épreuves qu'il est amené à subir.

C'est de cette « mêmeté », fortement ou ténument pérenne, que vient la notion d'existence.

Le sentiment d'exister d'un être humain vient de cette conviction, sans doute illusoire, de continuité. »

Cette image de base est « fondamentalement « référé à », « constitutive de », ce que j'appelle narcissisme primordial. J'entends par là le narcissisme du sujet en tant que sujet du désir de vivre, préexistant à sa conception. (**Dolto**)

- **L'image fonctionnelle :**

Nasio détaille l'image fonctionnelle comme « l'image du ressenti d'un corps agité et fébrile, tout entier tendu vers la satisfaction des besoins et des désirs. Un corps à l'affût d'objets concrets pour assouvir ses besoins, et à la recherche d'objets imaginaires et symboliques pour satisfaire ses désirs » (**Nasio, 2007**)

Autrement dit, une zone du corps, donc « mue » par le schéma corporel, chargée libidinalement, concrétise le manque. Ce manque provoque le désir. Face à ce phénomène dont le sujet vise à obtenir la résolution, celui-ci, « sthénique », organise son comportement en conséquence.

- **L'image érogène :**

Selon **Dulto** elle est associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalisent plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés, traits et trous, imaginés doués d'intention émissives actives, ou réceptives passives, à but agréable ou désagréable ».

Pour **Nasio** l'image érogène est « l'image d'un corps ressenti comme un orifice livré au plaisir, dont les bords se contractent et se dilatent au rythme alternant de la satisfaction et du manque » **Nasio (2007)**

L'implication de la libido, l'importance de l'autre et du désir du sujet envers ce dernier, les notions d'activité et de passivité, d'émission et de réception ainsi que la notion de plaisir et déplaisir nous autorise à nommer désormais identité sexuée l'image érogène.

L'image du corps est donc, pour **Dulto**, la « synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images : de base, fonctionnelle et érogène, reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce qu'on appelle l'image dynamique.

4- Les émotions :

Les émotions se distinguent des sentiments car elles « se manifestent sur le théâtre du corps ; les sentiments sur celui de l'esprit. ». Les déclenchements d'émotions sont des objets ou des situations, même si certains le font bien plus que d'autres, la réaction émotionnelle peut être faible ou forte et fort heureusement pour nous, elle n'en est pas moins présente. (**Damasio, 2003**)

5- Emotions et tonus :

Toutes les émotions utilisent le corps comme leur théâtre (milieu interne, système viscéral, vestibulaire et musculo-squelettique).

« La variété des réponses émotionnelle est responsable de profonds changements dans le paysage corporel come dans le paysage cérébral. » nous détectons des émotions d'arrière-plan par de subtils détails dans la posture corporelle, la vitesse et le contour des mouvements oculaires, comme dans le degré de contraction des muscles faciaux. Autrement dit, les émotions sont définies par de multiples modifications du profil chimique du corps, ainsi que des modifications de l'état des viscères et du degré de contraction des différents muscles striés du visage de la gorge, du tronc et des membres. (E.w. **pireyre, P : 123**)

Il est donc acquis que le corps dispose de canaux dévolus à la communication et que l'un de ces canaux est le système émotionnel.

6- Les canaux des communications corporelles :

Le psychométricien analyse les canaux utilisés par le patient et y réagit éventuellement verbalement mais aussi en miroir au moyen de son propre corps et de son ressenti émotionnel. C'est ce que l'on appelle l'implication ou l'engagement corporel. A tout instant, des choix doivent être faits par le psychomotricien :

- Par sa façon de se tenir corporellement, dans une position bien particulière, c'est-à-dire par son attitude ;
- En se plaçant dans un endroit de la salle bien déterminé et en changeant de place s'il l'estime nécessaire ;
- Par l'écoute qu'il consacre à toutes les modifications toniques qui surviennent dans son propre corps, qu'elles soient très localisées ou générales ;*
- Par l'attention qu'il porte à ses propres gestes dans leur vitesse, amplitude et précision ;
- Par les mimiques qu'il peut utiliser, volontairement ou non ;
- Par les regards qu'il peut porter sur son patient ou ailleurs.(E.W. **PIREYRE, P : 135**)

7- Effets de l'amputation d'un membre inférieur sur l'image corporelle :

Chilton, affirme que « L'image du corps joue un rôle important dans la compréhension de soi. La nature de la perception que nous avons de nous-mêmes est indissociable de celle que nous avons de notre propre corps. Le corps, partie visible et matérielle de nous même, est au centre de ce qu'une personne perçoit. L'image corporelle est l'expression de la façon

dont un individu, conscient ou inconscient, appréhende son corps, sa taille, sa fonction, son apparence comme un potentiel. (Salter M, 1996)

L'amputation d'un membre inférieur va modifier la marche et les aptitudes physiques du sujet, ce qui peut l'obliger à changer de métier, à reconsidérer ses relations affectives avec ce corps mutilé. Cela pose le problème de la remise en question de l'identité à travers la modification corporelle et l'acceptation d'une nouvelle identité habitant ce corps et se remettant en relation, à partir de là, avec l'environnement affectif et professionnel.

L'amputation constitue un chamboulement dans la conception du schéma corporel et dans l'estime de soi. La présence du moignon d'amputation entrave directement l'image corporelle de la personne puisqu'elle amène à une perte d'une partie de son corps, la perte de la motricité normale, et la création d'un nouveau moyen de locomotion. La personne voit alors son apparence et sa fonction motrice complètement bouleversées, ceci constitue un réel traumatisme et amène au risque élevé de perturbation du concept de soi, à l'altération de l'image corporelle, ainsi qu'à la perturbation de l'estime de soi.

Il y a, au début, un grand sentiment d'être différent, d'être « anormal », voire d'être « mal constitué ». Le moignon d'amputation ne constitue pas une partie « naturelle » et « initiale » du corps, c'est un rajout qui rappelle sans cesse la maladie vécue auparavant ou encore présente

Ceci explique pourquoi la personne amputée, qui n'a plus son organe initial et qui ne maîtrise pas ses mouvements ressent un grand malaise : la représentation et la pression sociale autour de son incapacité constituent un réel sentiment d'être différent, une crainte de ne plus être accepté par la société. La personne régresse au stade où elle était bébé et il a besoin quelqu'un pouvant l'aider dans certains actes, ce qui est très frustrant. (CishahayoBonaventure, P : 40)

Conclusion :

L'altération de l'image du corps joue un rôle sur la représentation de soi et sur le devenir et le quotidien de ces amputés. Ce qui peut développer une dépression chez ces personnes amputés d'un membre inférieur.

Préambule :

La dépression fait partie des maladies mentales les plus rencontrées dans la population et à tous les âges. Elle peut donc toucher l'enfant en bas âge comme la personne âgée. Les symptômes peuvent être parfois très francs ou bien masquée ce qui complique souvent la prise en charge. La dépression est caractérisée par une modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance mentale et du ralentissement psychomoteur.

1- Définition de la dépression :

- La dépression est définie en psychiatrie comme un trouble de l'humeur.

L'humeur est « une disposition affective de base » (**Delay**), qui nous fait « osciller » de la joie la plus extrême à la tristesse la plus douloureuse ».

S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité, désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations, délirantes à thèmes de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (**Dictionnaire, Le petit Larousse de la psychologie, 2013, p203**).

C'est en fait un état d'esprit, qui va influencer sur la manière dont nous allons percevoir et interpréter les événements. Les expressions populaires comme « être de bonne humeur » ou de « mauvaise humeur » traduisent bien cette idée : selon que l'on est d'une humeur, ou d'une autre, on va « prendre les choses » différemment, soit de façon légère et confiante, soit de façon grave et irritante.

2- Epidémiologie :

La dépression une maladie fréquente et sérieuse En raison de la fréquence des maladies dépressives, la connaissance des possibilités de traitement et d'aide est d'une grande importance non seulement pour les médecins de toutes les spécialités, mais aussi pour le grand public. La dépression concerne environ 15 % de la population et touche deux fois plus de femmes (20 %) que d'hommes (10 %). Cela signifie que chacun d'entre nous devrait connaître des personnes concernées au sein de sa famille, de ses proches ou de ses amis.

Malheureusement, la maladie est encore bien trop souvent passée sous silence ou non diagnostiquée. L'une des raisons de cette sous-estimation vient du fait que l'on utilise déjà le terme de, "dépression" dans le langage courant alors qu'il ne s'agit que d'un trouble passager de l'humeur. La dépression peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance jusqu'à un âge avancé. Dans 15 à 20 % des cas, et tout particulièrement lors d'absence de traitement ou lors de traitement insuffisant, la maladie peut devenir chronique. Un deuxième épisode survient dans 50 à 75 % des cas. (AG, Cherstrasse 4, CH-8152 Glattbrugg / Zurich, 2005, version 10 p4)

3-Les symptômes de la dépression :

Une dépression se manifeste par des symptômes variés et différents degrés de gravité. Les symptômes varient considérablement d'une personne à l'autre. Selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM10) :

*Un épisode dépressif est identifié par une tristesse persistante pendant deux semaines au minimum.

*Il est accompagné d'une perte de la joie de vivre, de la motivation et de l'intérêt,

*ainsi que d'une diminution de la capacité de concentration et de la capacité de performance en général. (CIM10)

À cela s'ajoutent des symptômes physicovégétatifs :

- ✓ Tels que troubles du sommeil,
- ✓ Perte d'appétit et de poids ainsi,
- ✓ Des troubles de la pensée face à la situation perçue comme sans issue.
- ✓ La pensée est ralentie et se fixe la plupart du temps sur un seul thème, à savoir pourquoi ça va mal, à quel point la situation actuelle est désespérée et l'avenir sans espoir.

La dépression entraîne un ralentissement :

Dans tous les registres de la vie quotidienne : vie affective, fonctionnement intellectuel, forme physique, mécanismes vitaux et corporels.

4-Les différentes formes de la dépression :

4-1- La dépression majeure « caractérisée » :

La dépression caractérisée, parfois dite « majeure » par un abus de traduction est la dépression par excellence, définie par un ensemble de symptômes bien déterminés. C'est sur un diagnostic précis que se fondent les possibilités thérapeutiques.

- **L'humeur dépressive :**

L'humeur dépressive est une douleur. Elle est parfois si intense qu'elle a pu être comparée aux plus intenses des douleurs physiques. Lorsque cette tristesse s'installe, elle peut s'associer à une hypersensibilité émotionnelle, la réaction à des situations banales apparaît exagérée et disproportionnée. Par la suite cette hypersensibilité peut faire place à l'indifférence.

- **L'anxiété :** L'anxiété est toujours présente. Elle se présente sous forme d'une sensation d'attente d'un danger ou d'une menace, d'un état de tension avec incapacité à se détendre.

Le déprimé ne supporte pas l'agitation autour de lui, le bruit, la lumière. Il déambule, ne peut rester sur place.

- **Le ralentissement :** Le déprimé est ralenti, tant physiquement que mentalement. Ses mouvements sont ralentis, ainsi que sa pensée. Les efforts physiques sont épuisants, la fatigue domine, empêchant tout effort. La mise en train le matin est particulièrement difficile.
- **L'insomnie :** Le sommeil est constamment perturbé dans la dépression, soit sous forme de difficultés d'endormissement, soit sous forme de réveils nocturnes, éventuellement accompagnés de cauchemars.
- **L'amaigrissement :** Le déprimé mange peu, ou même plus du tout mais il peut aussi se montrer boulimique. Le poids varie en conséquence, de l'amaigrissement parfois spectaculaire, à la nette prise de poids.
- **Les troubles sexuels :** Les troubles sexuels sont quasiment constants dans la dépression. L'appétit sexuel est réduit, et une impuissance ou une frigidité peuvent apparaître.
- **Le suicide :** Le suicide est un risque permanent dans la dépression. Ces parfois par le suicide que se révèle une réelle dépression. Contrairement à une opinion bien répandue, le fait qu'un déprimé exprime ses envies suicidaires ne réduit pas le risque de passage à l'acte, bien au contraire. Le risque suicidaire est particulièrement lié à l'importance de l'anxiété. **(Dr Perez Consuelo, P : 23 à 26).**

4-2- La dépression chronique (Dysthymie) :

La notion de dépression chronique est très ancienne, mais est resté longtemps floue et imprécise. On trouve dans cette catégorie des dépressions dites névrotique, caractérisées par un état dépressif modéré associé à des difficultés de personnalité.

La dysthymie est une dépression chronique, qui entretient des rapports avec des difficultés permanentes de la personnalité, comme une névrose. La vie et de l'entourage s'organise autour de la dépression, ce qui exige souvent que tout le contexte soit pris en compte dans les soins.

Et celles de la réalité.

❖ signes essentiels définissent la dysthymie :

1. Le trouble évolue de façon chronique depuis au moins deux ans, ans être consécutif à un épisode caractérisé.
2. Le début est insidieux, et remonte souvent à l'enfance ou l'adolescence.
3. L'évolution peut être continue ou intermittente.
4. Des difficultés de personnalité sont souvent associées.
5. Une vie personnelle stable est souvent conservée. **(DSM-IV, 2003, P : 399)**

4-3-La mélancolie :

La mélancolie a été le premier état dépressif clairement décrit et reconnu, et la première description en a été faite en 1899 par Kraepelin, dans le cadre de la «psychose maniaco-dépressive », actuellement reprise dans le cadre des troubles bipolaires.

La mélancolie est la plus grave des dépressions. Elle entraîne une souffrance psychique considérable, que certains ont comparée aux plus importantes souffrances physique connues. Elle fait souvent partie des troubles bipolaires, dont elle constitue parfois le pôle dépressif. Mais les traitements sont efficaces, bien que souvent une hospitalisation soit nécessaire.

C'est la plus grave des dépressions. Mais, c'est paradoxalement celle qui répond le plus favorablement aux traitements et à la sismothérapie.

- Sa description rejoint celle qui a été faite de la dépression majeure. **(Dr PerezConsuelo, P : 35)**

4-4-Les troubles bipolaires :

On parle de trouble bipolaire lorsqu'une personne présente, de manière répétée, des moments de dépression qui alternent avec des moments d'excitation, plus ou moins marqués. Ce trouble, de plus en plus diagnostiqué, est plus fréquent qu'on le croyait auparavant. Les traitements sont efficaces, quoique un peu contraignants.

❖ Différents troubles bipolaires :

- **Les troubles bipolaires de types 1** : ils sont caractérisés par l'alternance d'épisodes maniaque et dépressif, parfois sévères.
- **Les troubles bipolaires de type 2** : la dépression peut être dans ce cas sévère, mais elle alterne avec un ou des épisodes hypomaniaque.
- **Les troubles bipolaires de types 3** : ce sont des troubles dépressifs, mais les personnes ont dans leur entourage familial directe (ascendants, descendants) des personnes qui ont présenté des épisodes maniaque. On parle également de trouble bipolaire 3 quand une personne déprimée, qui n'a jamais présenté d'épisode maniaque, déclenche un état maniaque ou hypomaniaque sous traitement antidépresseur.
- **Les troubles unipolaires** : on pense actuellement que des personnes qui font des épisodes dépressifs répétés peuvent en réalité présenter un trouble bipolaire, dont l'autre polarité ne s'est jamais révélée. (**La dépression, en savoir plus. chez l'adulte. p 20.**)

5- Critères de diagnostic :

❖ Le DSM décrit les critères diagnostiques de la dépression comme telles :

A- Au moins cinq des symptômes suivantes doivent avoir été présentés un changement par rapport au fonctionnement antérieur : au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N-B : ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée ;
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée ;
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ;

- Insomnie ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours ;
 - Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur) ;
 - Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ;
 - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié (qui peut être délirante) presque tous les jours ;
 - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) ;
 - Pensées de mort récurrente sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B-** Les symptômes ne répondent pas aux critères (l'épisode mixte).
- C-** Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans l'autre domaine important.
- D-** Les symptômes ne sont pas imputable aux effets physiologiques directes d'une substance (ex : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.
- E-** Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire : après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur. (DSM-IV, 2003, P : 411)

6-Les facteurs de la dépression :

6-1-Les facteurs biologiques :

Une des principales théories est que la dépression est provoquée par un déséquilibre de substances naturellement présentes dans le cerveau et la moelle épinière, que l'on appelle les neurotransmetteurs dans le cerveau qui semblent jouer un rôle dans les symptômes de la dépression

La survenue des symptômes de la dépression est liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure.

Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible.

Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques : les neuromédiateurs (également appelés neurotransmetteurs). **(CHRISTOPHE André, 2008, P : 22).**

6-2- Les facteurs liés à l'environnement social ou familial :

Certains événements de la vie très perturbants ou un stress excessif et permanent peuvent favoriser l'apparition d'une dépression. Par exemple, la mort d'un être cher, la perte d'un travail, une rupture affective, des conflits familiaux ou sociaux, une maladie...

Les études montrent une interaction entre événement de vie et fonctionnement psychologique singulier de l'individu. Dans la dépression, un mécanisme élémentaire d'impuissance amènerait l'être humain à une conduite d'inhibition qui empêcherait son adaptation à l'événement de vie. En temps habituel, l'individu aurait trouvé dans son répertoire de comportement une réponse possible à la situation. **(Bartha Christina et al, 1999, P : 316)**

6-3- Les facteurs psychologiques :

Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression : sentiments de perte, conflits moraux, croyances négatives, mauvaise estime de soi (« Je ne peux rien faire de bon », « Je ne vauds rien »...).

Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance (plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expériences associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...), d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels (traumatismes, deuils liés à la perte d'une personne, d'un idéal ou d'une image de soi).

Ainsi certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple « incapable » ou « indigne » de faire certaines choses...), ou n'envisageant que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elle-même. Chez ces personnes, certains événements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, pouvant déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives. **(BriffaultDR Xavier et al, 2007, P :23)**

7-Traitements :

La majorité des dépressions répondent à un traitement par les antidépresseurs, une psychothérapie, ou une combinaison des 2 méthodes de traitement.

7-1-Les médicaments :

Parmi les médicaments les plus couramment employés contre la dépression, on retrouve les ISRS (les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine comme la fluoxétine*, la paroxétine, le citalopram, l'escitalopram), les IRSN (les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline comme la duloxétine, la venlafaxine et la desvenlafaxine), le bupropion, la trazodone, la mirtazapine, les IMAO (les inhibiteurs de la monoamine oxydase comme le moclobémide et la phénelzine) et les antidépresseurs tricycliques (par ex. l'amitriptyline, la doxépine, la nortriptyline). (**Santé chez nous ; en ligne**)

7-2-Les psychothérapies :

Elles reposent sur l'écoute du patient, sur la bienveillance, et sur l'absence de jugement du thérapeute. Elles permettent de gérer la maladie, voire d'en venir à bout, et de réduire les symptômes. Plusieurs séances sont nécessaires, en fonction du patient et de la sévérité de la dépression. Quand on s'engage dans une psychothérapie, la démarche va au-delà des échanges verbaux.

7-3-Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :

Selon le cas, une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut être envisagée, avec ou sans antidépresseurs. L'objectif du thérapeute est d'analyser les situations ou les symptômes qui accompagnent la dépression. Il repère ainsi les pensées et automatismes dévalorisants comme l'anxiété, les phobies. En s'appuyant sur une grille d'analyse, le patient travaille tous les sentiments négatifs qui l'assaillent. Le thérapeute lui fixe des tâches progressives pour voir la situation autrement, et s'en libérer peu à peu.

Au fur et à mesure des séances, le patient cerne de mieux en mieux les problèmes sur lesquels il agit directement. Les TCC permettent des progrès rapides, qui renforcent la personnalité et rendent moins sensibles aux accès dépressifs. (**Psychologie ; en ligne**)

7-4-La cure analytique:

Selon la vision psychanalytique, la dépression est une folie lucide qui confronte les sujets déprimés à la vision d'un monde vide, déshabité de désir ; guérir les amène à revoir ce même monde comme pouvant être bouleversé par le désir.

Ce qui soigne dans la cure analytique découle des transformations du psychisme induites par :

- le processus de la cure analytique,
- et les multiples prises de conscience qu'il implique.

C'est la relation au Moi qui entraîne un soulagement de la souffrance psychique des patients, notamment dépressifs.

Le but de la cure analytique est de retrouver ou de libérer une capacité à aimer et à travailler, deux dimensions qui peuvent être réduites ou absentes à cause de la dépression.

Cette méthode analytique place le patient sur un divan sans intervention du thérapeute.
(Olivier Bouvet, P : 7)

8-Dépression et pathologie somatique :

La dépression est un trouble comorbide d'un certain nombre pathologies médicales d'évolution chronique. Selon l'étude d'Egede, les maladies chroniques le plus souvent associées à une dépression sont :

- L'insuffisance rénale terminale;
- La bronchite chronique obstructive ;
- Les accidents vasculaires cérébraux ;
- Les maladies coronariennes ;
- Le diabète ;
- L'hypertension artérielle ;
- L'insuffisance cardiaque ;

Par ailleurs, plus le nombre de pathologies médicales chroniques augmente, plus la prévalence de la dépression augmente. Lorsque la maladie somatique chronique se complique

d'une dépression, on observe une augmentation du nombre de visites médicale, de passages aux urgences médicales et de jours d'alitement, ainsi qu'une augmentation du handicap fonctionnelle. (Egede L. 2007; 29:409-16.)

La dépression primaire peut être comorbide d'une pathologie somatique. La dépression secondaire survient dans un contexte de pathologie somatiques préexistantes, essentiellement endocrinologiques ou neurologiques, chez un sujet présentant un trouble de la personnalité, un trouble psychiatrique ou dans un contexte de iatrogénie.

Le diagnostic de dépression doit être différencié de celui de trouble de l'adaptation, qui peut évoluer vers un trouble dépressif. Une réaction émotionnelle importante accompagnant une maladie organique peut faire porter le diagnostic d'épisode dépressif majeur par excès.

A l'inverse, il en va de même pour le repérage d'une pathologie organique chez un sujet présentant une dépression. Un symptôme somatique dans un contexte de dépression nécessite la recherche d'une étiologie organique. (Charles-Siegfried Peretti ; avril 2013 ; P132).

Claude Smadja définit la dépression comme une diminution ou perte de pression au sens de tension, tonus de vie, élan vital, forme motrice d'envol découlant du jeu pulsionnel, excitation procurant une « tension vers » un objet virtuel ou déjà figuré. (Claude Smadja, octobre 2003).

9-Dépression et diabète :

Un rapport important a démontré que les personnes atteintes de diabète étaient au moins deux fois plus susceptibles de développer une dépression par rapport aux personnes non atteintes de la condition. (Anderson RJ et al, 2001)

Les recherches les plus récentes sur le diabète et la dépression indiquent que la combinaison de ces deux conditions augmente le risque de développer des complications du diabète, notamment des troubles cardiovasculaires. La dépression peut également avoir un effet considérable sur le contrôle glycémique, la surveillance autonome du diabète et la qualité de vie en général.

Dans certains cas, la dépression clinique réapparaît plus fréquemment, les crises durent plus longtemps et le taux de guérison à long terme est beaucoup plus bas. Un rapport international récent a clairement montré que l'impact sur la qualité de vie était le plus

significatif en cas de coexistence du diabète et de la dépression par rapport à la présence de diabète ou de dépression ou même par rapport à d'autres conditions chroniques.

(Moussavi S et al,2007)

- la détresse psychologique augmente le risque de développer le diabète et/ou ses complications, que le diabète et/ou les complications du diabète augmentent le risque de dépression ou que la présence de ces deux conditions se produise de façon purement fortuite, les conséquences sont lourdes tant pour les personnes atteintes de diabète que pour les prestataires de soins impliqués dans leur prise en charge.

10-Signes et manifestations de dépression chez les amputés:

On remarque les signes classiques d'une dépression s'installer peut de temps après l'intervention chirurgicale, On le constate par son langage, son vocabulaire, son changement de tempérament, son refus ou bien se plaindre de n'en avoir pas assez de soins. Durant les entretiens on ne constate pas de projet d'avenir or mis l'espoir qu'il n'y est plus d'autre infections et qu'ils puissent pouvoir faire une prothèse.

11- La souffrance spirituelle :

Quand l'intervention est grave et mutilante, elle amène bien souvent à s'interroger sur le sens de la vie et à chercher des justifications à la souffrance. Cependant, il n'existe pas de réponses toutes faites à apporter à l'amputé, mais on peut par contre lui témoigner une écoute attentive et empathique qui sera aidante.

Cette souffrance peut être identifiée comme une insécurité psychologique, qui peut amener à une importante réflexion personnelle et ensuite avoir des retentissements sur la vie de tous les jours. Cette rumination morale peut avoir des effets négatifs, la personne ne voit pas l'issue de ses problèmes, fait preuve d'une plus grande anxiété, d'une plus grande appréhension, fait preuve de pessimisme et de doutes, etc. **(Cishahayo Bonaventure ; Octobre 2008)**

Selon **(CapernitoL.J, 1990)**, le patient amputé possède des pensées négatives en rapport avec son existence et se pose une multitude de questions en rapport avec son existence

par exemple : « Qu'ai-je fait pour mériter cela ? », « pourquoi cela m'arrive-t-il ? », « est-ce la volonté de Dieu ? », « comment Dieu peut-il m'aimer et me laisser souffrir quand même ».

12-Lien entre dépression et patient amputés :

L'association entre douleur chronique et troubles psychiatrique est en augmentation, en particulier pour la dépression. (**Tunks ER et al, 2008**)

Une amputation est une atteinte qui touche toute la personne, son mode de penser le monde, son corps, son attitude.

La souffrance morale est une expérience nouvelle, sans commune mesure pour le patient. Le prisme émotionnel qui fait voir les événements est noir. Tout est perçu sous l'aspect de l'échec, de l'impuissance, du désespoir, du médiocre. Son installation est souvent insidieuse : une morosité s'installe sans que l'on en ait encore conscience. La dépression est souvent liée à une perte réelle ou fantasmatique, l'amputation est une perte réelle.

Après une amputation le sujet se retrouve face à une nouvelle image corporelle, ce qu'il lui fait penser à la manière dont il n'en est arrivé à l'amputation, il pensera à tous ce qu'il pouvait faire et qu'il ne puisse pas faire sans l'aide d'une autre personne, la perte d'autonomie est vécu comme un drame.

Cette amputation qui devient aussi réel pour le patient que pour son entourage devient un choc pour les deux pôles.

13-Choc psychologique :

Le choc est défini d'après **Delay J. et PichotP.** (1990. P 290) comme « Toute modification brusque et rapide de l'équilibre nerveux et humoral, constitue un choc ».

. Smeltzer S. et Bare B. (1998. P 274) explique que « le fait de perdre un membre représente toujours un choc pour le patient et sa famille même si ceux-ci ont reçu une préparation psychologique avant l'opération »

L'amputation confronte la personne à l'immense difficulté de faire face au choc psychologique provoqué par l'amputation elle-même, de par l'altération de l'image de soi qu'elle constitue, et aux conséquences qui en découlent c'est à dire une incapacité qui n'est plus récupérable, mais seulement compensable.

La réaction à la perte d'une partie de soi se marque par une sorte de sentiment d'anéantissement ; la diminution d'une partie du potentiel d'activité physique est ressentie, dans un premier temps, du fait de son irréversibilité, comme une atteinte généralisée.

La phrase fréquemment utilisée à la suite d'une amputation est la suivante : « je ne suis plus rien ».

Faute de ne pouvoir conserver la totalité de son corps, le sujet s'estime anéanti. Un travail de deuil sera donc nécessaire afin de reconnaître progressivement que, même privé d'une partie de son corps, le sujet reste une totalité vivante.

On peut se demander pourquoi la perte d'une partie de soi produit cet effet d'extrême dépression, ce sentiment d'effondrement.

Ceci proviendrait du fait que le sujet dépossédé d'une partie de son corps ne se reconnaît plus, l'altération de son image corporelle gagne son être psychique. D'une certaine manière il est privé d'une image de lui-même qui lui apportait satisfaction, il ne peut plus trouver dans le regard porté sur son corps et donc sur lui-même des raisons de s'admirer, de s'aimer.

L'aboutissement de ce travail de deuil de ce que l'on était avant et d'acceptation de ce que l'on est maintenant va ainsi permettre l'élaboration d'une nouvelle image corporelle.

14- Le deuil de la perte d'un membre amputé :

Selon **Elisabeth Kübler-Ross, 1969**, chaque personne passe par différentes étapes du deuil, sans pour autant éprouver ces étapes dans le même ordre car comme dans tout travail psychique il y a des avancées et des reculs.

- « **Le choc** : On l'appelle aussi le stade de la sidération. La personne peut être comme « foudroyée » à la première vue du moignon d'amputation. Ce dernier, qui a pu lors des consultations pré opératoires être imaginée devient alors réel. La personne ne peut pas bien comprendre ce qu'il se passe. En cas d'indication chirurgicale urgente d'une amputation, le patient qui n'a pas pu anticiper et s'apprêter psychologiquement aura un choc beaucoup plus important.
- **Phase du déni** : la personne refuse la gravité de la situation, le rôle du psychologue est de permettre à la personne de verbaliser sa douleur et ses souffrances.
- **Phase de colère** : la personne exprime sa révolte face à ce qui lui a été imposé. Elle peut être agressive face à son entourage, aux professionnels de santé (notamment les

chirurgiens) ou aux autorités divines afin de savoir qui est le responsable de son malheur.

- **Phase de marchandage** : la personne accepte la situation, mais celle-ci tente de gagner du temps en priant pour échapper à la situation.
- Phase de dépression : la personne se replie sur elle, s'inquiète pour ses proches et ne cherche plus à lutter. Prise de conscience de la perte et de la séparation.
- **Phase d'acceptation** : la personne se sent revivre, c'est une période de paix avec soi-même, elle désire aller de l'avant et cela passe bien souvent par l'implication dans la rééducation ».

Ce processus est accompagné de trois périodes permettant d'appréhender l'objet perdu, le surinvestissement, le désinvestissement et le réinvestissement. C'est au frais de ces différents bouleversements affectifs que la personne se libère et s'ouvre les portes de nouvelles perspectives. « Nous ne savons renoncer à rien. Nous ne savons qu'échanger une chose contre une autre » S. Freud. L'appareillage représente donc le réinvestissement de l'objet perdu visant un retour à l'autonomie lorsque l'acceptation est adéquate. Par ailleurs la prothèse marque aussi l'irréversibilité du handicap, ce qui reste difficile.

(L'amputation, vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle. P.10)

15-Le processus d'acceptation :

« L'intégration psychologique d'une nouvelle image corporelle se fait beaucoup plus lentement que le changement subi par le corps ».(**Taillens, Françoise, P : 58-62.**)

15-1-Définition du processus d'acceptation :

L'acceptation se définit par : « action d'accepter, de recevoir, d'agréer quelque chose : consentement, accord : donner son acceptation à un projet. Action d'accepter l'adversité ; soumission, résignation : une attitude passive faite d'acceptation ». (**Larousse, en ligne**)

Selon **Costello**, l'acceptation de l'altération corporelle est acquise lorsque plusieurs signes sont identifiables chez la personne :

« Il faut donner au patient le temps d'accepter l'apparence de la plaie opératoire. Il doit la toucher, l'explorer. Il doit accepter la nécessité d'apprendre à se prodiguer des soins. Il faut, qu'il devienne indépendant et acquiert la maîtrise des soins quotidiens. Il doit reconstruire une

nouvelle image de son corps et si possible y adapter son style de vie ». (SalterMave, 1992, P 287.)

« Identité, image corporelle et estime de soi interviennent dans le processus d'acceptation d'une maladie, d'un handicap ou d'une modification corporelle et agissent aussi dans la participation à la démarche qui mène à la guérison ». (Potter, et al, 2005, P : 80)

Synthèse:

Lorsqu'un patient subit une amputation, des mécanismes de défense se mettent en place. En effet l'aspect brutal et traumatique de l'amputation provoque chez le patient certaines réactions pour se protéger face à ce choc. Celles-ci représentent les mécanismes de défense que nous allons présenter succinctement : le refoulement, la sublimation, l'identification, la projection, la régression, le déni, la dénégation, les formations réactionnelles, le déplacement. Suite à nos entretiens et à nos lectures nous avons pu constater que le déni est le mécanisme de défense qui ressort de façon évidente.

Chapitre IV:

La méthodologie de la recherche

Préambule :

Ce chapitre relatif à la méthodologie de recherche est consacré à la présentation des différentes étapes suivies pour l'élaboration de notre travail, qui permet de guider et de cerner mieux notre thème, répondant en cela à une démarche scientifique reconnue. La méthodologie de recherche est : « un ensemble de méthodes et des techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et guident la démarche scientifique » (M.Angers, 1994, P.58)

1- Présentation de lieu de recherche :

Notre recherche a été effectuée au sein du « **CHU de Khilamrane de Bejaia** » au service de médecine interne. Nous allons procéder à la description des lieux :

Ce service est reparti en deux coté, coté droit femme et le coté gauche est réservé aux hommes.

➤ Coté femme :

Il y a un total de 5 chambres et de 14lits.

La première chambre est réservée à l'hématologie, avec deux lits. Pour les chambres (2, 3,4) elles ont chacune 3 lits, la cinquième a 6 lits.

➤ Coté homme :

Il y a un total de 5 chambres et de 18 lits.

La première chambre appeler aussi hôpital de jour est réservé a la biothérapie, elles équipé de trois lits, pour les chambre (2, 3,4) elles ont chacune trois lits, la (4) est spécialement réservé aux pieds diabétique, la cinquième a 6 lits.

➤ Le personnelle :

- Aide soignante (ATS) : 6
- Infirmière diplômé d'état (IDE) : 5
- Infirmière de santé publique (ISP) : 4
- Surveillante médicale : 1
- Secrétaire : 1
- Psychologue : 1
- Kinésithérapeute : 1

- Diététicien : 1
- Médecin : 2 professeurs, 3 maitres assistant, 1 endocrinologue, 05 gastrologue
- Entretien des lieux : 5

2- Statistique des malades admis pour pied diabétique :

Le registre d'hospitalisation des pieds diabétiques indique le nombre de 15 admissions pour les hommes, et 13 pour les femmes, sur une période six mois.

Le nombre de lit est limité au service de médecine interne, d'autre malade subissent l'intervention aux urgences et reste là-bas, ils ne montent pas au service. Ceux-là ne sont pas enregistrer dans le service

- Présentation des groupes de recherche :

Notre groupe de recherche est réunis sous le billet de leurs maladie et de la complication qui en découle (l'amputation), se sont des hommes, leurs âgé varient de 57 ans a 80 ans. Le sexe de notre groupe de recherche nous a été imposé par le terrain, durant notre période de stage aucune femme diabétique n'était admise pour une amputation.

3.Méthode de recherche :

Nous avons opté pour **la méthode clinique** qui semble être la plus appropriée aux objectifs de notre recherche, car elle va nous permettre d'étudier et analyser le sujet de façon d'arriver a la fin a une synthèse sur le vécu de ces amputés.

Selon Lagache, (1949) la méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motive et les démarches qui tendent a résoudre ces conflit ». (Chahraoui. Kh, 2003, p11).

Pour **Pedinielli** : « cette méthode regroupe l'ensemble des techniques utilisables en présence de l'individu concerné et qui vise à recueillir ses différentes expressions en limitant les contraintes qui pèse sur le recueil ». (Pedinielli. 1994, p 36).

De ce fait cette démarche, nous amène à des techniques de recueil d'informations qui sont pour l'essentiel : les entretiens, l'échelle, l'analyse du contenu. Techniques qui ont, selon **Pedinielli**, pour but d'enrichir le clinicien par un grand nombre d'informations.

4-1. L'entretien clinique :

L'entretien est fréquemment utilisé comme méthode de production des données dans la recherche en psychologie clinique ainsi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales.

Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique de recherche, c'est le mot « Clinique » qui renvoie d'une part : champ de pratique et d'intervention du clinicien qui intéressent généralement au domaine des soins ; d'autre part l'attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect), correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique.

L'entretien clinique est défini comme : méthode de production des données de la recherche en psychologie clinique « il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjective de l'individu » (**Chahraoui. Kh, 2003, p 141-142**)

En effet, l'entretien clinique est une source d'information indispensable car la plus grande quantité d'informations est obtenue par le biais de l'entretien considéré comme une « technique de recueil d'information » le petit robert le définit ainsi au sens large comme « l'action d'échange de parole avec une ou plusieurs personnes » (**Pedinielli. 1994, p39**).

Cet échange a des objectifs précisés. Il existe différents types d'entretiens clinique : directif, libre, semi directif, et ce dernier est beaucoup plus approprié à notre recherche.

4-2. L'entretien semi-directif :

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations.

Dans ce type d'entretien, la liberté de l'enquêteur et de l'enquêté est moins grande. Il n'y a plus de consigne de départ, mais plusieurs interventions décidées à l'avance, sinon dans

leur forme et leur déroulement, du moins dans leur contenu. De même, l'enquêté peut répondre à sa guise, mais non parler de n'importe quoi. (**Chiland. C, 1983, p 120**)

4-3.Etude de cas :

L'étude de cas comme méthode de recherche est plus appropriée à la compréhension profonde de phénomène, d'un individu ou d'un groupe. Le clinicien, chercheur tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte des différentes circonstances de survenu actuelle et passé « histoire du sujet, évènements de vie, les relations, mécanismes de défense, organisation de la personnalité...Etc. » pour cela il rassemble un grand nombre d'informations issues des entretiens avec le sujet mais également d'autre sources, tout comme les bilans des examens psychologique, témoignages des proches, de personnel, des soignants.....Etc. Dans l'ensemble le clinicien ou le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (**Chahraoui. KH, 2003, p126**)

5-La pré- enquête :

La pré-enquête est définie comme étant « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre d'une part, les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas. Et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation. » (**Chauchat. H, 1990, p19**).

La pré-enquête présente une importance dans tout le projet de recherche. Dans notre cas, elle nous aider a mieux appréhendé les malades et d'avoir une idée plus concrète de la situation. Ce qui nous a permet de rencontrer le personelle qui nous a expliqué certains détails et nous prévenu de certaines réactions de la part des malades qui n'a pas tardé a être confirmer , ce qui nous permis d'opter pour la bonne voie de recherche et de faire des entretiens exploratoires auprès des sujets, ce qui nous a permis de connaitre la pertinence du terrain et de nouvelles pistes qui n'étaient pas prises en considération au départ.

6- Présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :

Nous avons recueillis des informations concernant les attributions et les caractéristique personnelles de l'échantillon étudié constitué de 5 cas à savoir : âge, situation matrimoniale, niveaux d'instruction, profession, nombre d'enfants.

7- Les Tableaux de représentation :

Tableau n°1 : la présentation de l'échantillon selon les informations personnelles :

cas	Niveaux d'instruction	Profession
1	Moyen	Retraité
2	Jamais scolarisé	Agriculture
3	Jamais scolarisé	Maçon
4	Jamais scolarisé	Commerçant
5	primaire	APC

Tableaun°2 : la présentation de l'échantillon selon leur profession :

cas	Age	Situation matrimonial	Nombre d'enfant
1	64 ans	marié	4 enfants
2	67 ans	marié	8 enfants
3	63 ans	marié	10 enfants
4	80 ans	veuf	9 enfants
5	57 ans	marié	3 enfants

Tableau n°3 : la présentation de l'échantillon selon l'ancienneté et le type de diabète :

cas	Ancienneté du diabète	Type de diabète
1	30 ans	(DID)
2	8 ans	(DID)
3	8 ans	(DNID)
4	13 ans	(DNID)
5	5 ans	(DNID)

8- Les outils de recherche :

Dans cette recherche nous avons utilisé le guide d'entretien en premier lieu, nous voulions utiliser le **RORCHACH** mais cela n'était pas possible, les patients ont accepté la proposition mais le jour venu ils changeaient d'avis, on était face à un refus, ils désistaient de nous voir ensuite. C'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser l'échelle de dépression **d'HAMILTON**.

8-1-Le guide d'entretien : il consiste à interroger oralement les répondants pour obtenir les résultats désirés.

Axe 01 = informations générale

Axe 02 = informations concernant de diabète

Axe 03= informations concernant le vécu psychologique de l'amputation

Axe 04= informations concernant l'image corporelle

Axe 05 = perspective d'avenir

8-2 L'échelle d'HAMILTON :

Echelle de dépression d' Hamilton a 17items (Hamilton Rating Scale) :

8-2-1- Description et application de l'Echelle :

Elle a pour objectif d'évaluer les changements d'intensité de la dépression. Elle est acceptée au niveau international comme l'échelle de dépression. De nombreuses versions existent, nous présentons celle à 17 items recommandée par l'auteur lui-même.

8-2-2- Mode de passation de l'échelle (HDSR):

Elle est remplie par l'évaluateur après l'entretien avec le patient et porte sur la semaine écoulée. Le nombre de questions doit être minimum neuf items sont cotés sur une échelle de 5 points, 8 items sont cotés sur une échelle de 3 points. Les cotations de 0 à 4 correspondent à des symptômes absents, douteux ou non significatifs, légers, moyens ou importants. Les cotations de 0 à 2 correspondent à des symptômes absents, douteux ou légers, moyens ou

importants. Un manuel de cotation a été mis au point par Williams(1988) et traduit par **Guelfi(1993)**.

8-2-3-Cotation de l'échelle (HDRS):

Il suffit d'additionner les scores pour obtenir la note totale. L'item 16 possède une double cotation : perte de poids d'après les dires du patient est retenue. Mais dans certaines études, il peut être important d'évaluer la perte de poids par pensée. L'évaluateur doit choisir une des cotations de 0 à 2 et n'en coter qu'une seule pour le score total.

8-2-4-Normes de l'échelle (HDRS) :

Un score de 18 ou plus définit un état dépressif modéré (Korner et coll.,1990). D'après Bech et coll. (1988) :

- De 0 à 7 : pas de dépression,
- De 8 à 17 : dépression légère,
- De 18 à 25 : dépression modérée,
- De 26 à 52 : dépression sévère.

L'échelle de dépression de Hamilton n'est pas une échelle de diagnostic mais un bon indicateur de l'intensité global de la dépression. Elle est suffisamment sensible pour apprécier les changements sous traitement antidépresseur. Certain auteur (Bech et coll., 1981 ; Maier et coll., 1988). Après application du modèle de Rash pensent qu'il est illusoire d'utiliser la note totale. Seuls 6 items vérifient le critère d'unidimensionnalité, ces 6 items composent une partie de l'échelle de mélancolie de BechRafaelsen. Il s'agit des items 1-2-7-8-10-13.

9- Déroulement de la recherche :

Le personnel du service (infirmier, aide soignant, interne...) c'est montré coopérative et n'a pas hésiter a donné son aide dans ce qui est de rajouté des informations sur l'état du patient. Nous avons procédé a une pré-enquête sur deux cas a fin de mieux cerner les patients et ajusté le guide d'entretien. On a utilisé la langue kabyle avec les patient car la plus part ne métrisent que cette langue. L'entretien s'est déroulé dans la chambre d'hospitalisation, car les patients n'étaient pas en condition de quitter leurs lits.

10- Les difficultés rencontrées :

Toute recherche scientifique a des difficultés sur le plan théorique et pratique et pratique. Quand aux difficultés qu'on a rencontrées pendant la réalisation de cette étude elles sont :

- On n'a pas trouvé assez de document sur l'image corporelle, et la documentation sur le psychique des amputé est très pauvre.
- Le refus de quelque malade de répondre a nos questions, et leurs désinvestissements vis-à-vis de cette étude.
- Les malades sont difficiles, ils ont du mal à comprendre l'objectif de notre recherche.
- On a voulu utilisé un teste projectif, mais on vue que notre population d'étude c'est des malades qui souffrent de douleurs et leurs position n'était pas adéquatent, alors on n'a pas pu le faire

Synthèse :

Comme toute recherche, il est indispensable de choisir une méthode de recherche et une technique pour le recueil des données.

Ce chapitre méthodologique nous a permet d'assurer une meilleur organisation de notre travail de recherche, comprendre le déroulement de la démarche clinique et connaitre la nécessité de l'étude de cas dans la recherche, en psychologie clinique.

Chapitre V:
L'analyse des résultats et
de discussion des hypothèses

Préambule :

Nous allons procéder à une analyse minutieuse de chaque cas, a commencé par le premier jusqu'au dernier. Nous allons aussi interpréter les résultats de l'échelle de dépression d'Hamilton.

Présentation des cas et analyse des résultats**1-Présentation du résumé du 1^{er} cas M. (M.H) :**

C'est un homme âgé de 64 ans marié, père de 4 enfants, habite à Tichy (bejaia), retraité. Il a un niveau scolaire moyen. Il a arrêté de fumer il y a 3 mois de cela. Nous l'avons choisi car il répond à nos critères de sélection. Il est diabétique depuis 30 ans de type (01), sans antécédents familiaux de la maladie ni autres complications, il pratiquait une activité physique moyenne avant l'amputation.

Il est admis à l'hôpital pour une amputation. Il nous a dit qu'il était hospitalisé depuis 18 jours avant la date de l'intervention. Ils ont d'abord essayé un traitement médical, mais cela n'a pas donné de résultat.

1-2 L'analyse de l'entretien du 1^{er} cas M. (M.H) :

Quand nous avons sollicité M (M.H) pour qu'il participe à notre étude, il a donné son accord en ajoutant ces quelques mots : « je suis là, si je peux vous aider de quelque manière pas de soucis », chose qui n'était pas le cas.

Nous avons entamé avec des questions personnelles, puis nous sommes passées à l'histoire de sa maladie. Il a commencé à nous confier qu'il a eu le diabète à l'âge de 33 ans et qu'il a été diagnostiqué dans une consultation de routine et au bout de quelques mois seulement il est passé à l'insuline. « J'ai eu un malaise, puis je suis allé voir un médecin qui m'a annoncé que j'avais le diabète ». Il n'a pas d'antécédents de diabète dans la famille. Nous lui avons demandé de nous raconter comment il en est arrivé à cette amputation : « il n'y a eu ni plaie ni blessure, j'ai remarqué une rougeur sur le pied gauche, le pied est devenu bleu, voilà comment je suis arrivé à cette situation..... Pourtant je faisais attention à mon alimentation et je prenais régulièrement mes médicaments ». M. (M.H) était seul lors de l'annonce du geste d'amputation.

En lui demandant de décrire le ressenti de cette annonce, il a donné des réponses très évasives : « je n'ai eu aucune réaction.... Le bon sens..... j'ai accepté, je n'avais pas le choix » « après l'amputation je me suis senti comme vide, faible, j'étais déprimé à l'idée de ne plus marcher avec mes deux pieds » et très vite il met fin à la conversation en tournant la tête. »

Nous relançons la discussion aussi tôt et il nous confie qu'il connaissait les risques du diabète mais qu'il ne pensait pas que cela allait lui arriver un jour. L'intervention est pratiquée sous anesthésie locale : « au moment de l'intervention je pensais à l'avenir, je voulais qu'il s'arrête à ce niveau d'amputation, j'avais peur qu'il y ait une évolution de la maladie et qu'il ampute d'avantage ». M. (M.H) répète dans chaque discours « je n'ai plus envie, mes capacités et mes moyens sont limités. Maintenant ce sont les enfants qui vont s'occuper de toute la maison. On voulait qu'il nous parle de son corps et de sa nouvelle image corporelle, mais il répond toujours en s'attachant à l'aspect médical et physique, il ne développe aucun sentiments envers sa perte même si l'amputation subie est transtibiale. Les réponses qu'il nous a donné étaient: « je sens mon corps faible, je ressens beaucoup de douleur.... Pour l'avenir Je ne travaille plus, je n'ai aucun goût à faire autre chose. Je souhaite faire une prothèse une fois ma plaie cicatrisée afin de retrouver un peu d'autonomie ».

Durant l'entretien quand nous avons parlé de son image corporelle il fixait le mur et tripotait ses mains. On avait l'impression qu'il projetait ses pensées sur le mur comme un film dont il n'a aucune maîtrise.

1-3- Résultat de l'échelle de dépression de Hamilton :

Présentation des résultats de l'échelle de cas (M.H)

SCORES ITEMES	0	1	2	3	4
01- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)				X	
02- Sentiments de culpabilité	X				
03- Suicide	X				
04- Insomnie du début de nuit		X			
05- Insomnie du milieu de nuit			X		
06- Insomnie du matin		X			
07- Travail et activités		X			
08- Ralentissement (l' lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)			X		
09- Agitation		X			
10- Anxiété psychique			X		
11- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs palpitations, céphalées, pollakurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)		X			
12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux		X			
13- Symptômes somatiques généraux		X			
14- Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)		X			
15- Hypochondrie				X	
16- Perte de poids A-Selon les dire du malade B-Appréciee par pesées			X		
17-Prise de conscience		X			

M (M.H) a eu un score de 23, ce qui est relatif à une dépression modérée.

On a constaté dans l'analyse des résultats de M (M.H), une perte d'intérêt aux activités quotidiennes, même les plus simples (items 7). Il dit clairement : « maintenant se sont les enfants qui vont prendre le relais... ». Sachant que le patient est retraité, cela voudrait dire qu'il se retire du statut de chef de famille, car il ne se voit plus en capacité de maintenir les commandes, il n'est plus en position de force.

Le patient parlait à voix basse et parfois on aurait dit qu'il marmonnait. On a observé des signes d'agitations et d'anxiétés.

1-4- Synthèse du cas :

Selon les données de l'entretien et les résultats obtenus grâce à l'échelle (HDRS), nous avons constatés que M.(M.H) présente un désintérêt à ses occupations de jadis, pour lui, l'amputation de son membre inférieur est un changement qui ne touche pas uniquement son corps mais aussi sa vie.

Les résultats du test montrent une dépression modérée, qui résulte de cette amputation

2- Présentation du résumé du 2^{ème} (02) cas M (H.W) :

Homme de 67 ans marié père de 8 enfants, habite à Bejaia, jamais scolarisé, agriculteur de profession, Il ne fume pas, mais il chique. Il est diabétique depuis 08 ans de type 01, avec antécédents familiaux du diabète. Il pratiquait une activité physique moyenne avant l'amputation. Il avait une maladie gastrique et actuellement il est hypertendu et cardiopathe. Il est admis pour une deuxième amputation de l'autre jambe.

Cet entretien est fait avant la deuxième amputation, on a donc pris en considération la première amputation.

2-1-L'analyse de l'entretien du 2^{ème} cas M. (H.W) :

Dès notre présentation M. (H.W) était partant pour nous donner des détails approfondis, pour nous raconter son vécu. Nous avons commencé par des questions plus au moins personnelles, puis on est passé à son suivi médicale, où il nous a dit qu'il prenait régulièrement ses médicaments et qu'il ne ratait pas ces rendez-vous chez le médecin et qu'il faisait attention à son alimentation, mais le diabétique n'est jamais bien.

On lui a demandé après de nous raconter comment il en est arrivé à l'amputation : « c'était une journée pluvieuse et je portais des claquettes, mon pied a glissé et une petite pierre m'a blessé le petit orteil du pied droit, après 5 jours je suis partie voir un médecin (orthopédiste), dès qu'il a vu l'état de ma blessure, il a tout de suite opté pour l'amputation du petit orteil, et ignorant des risques que cela peut engendrer, j'ai accepté..... Il m'a dit que cela allait me coûter 5000DA et j'ai accepté aussi. Je suis parti sur mes deux pieds et rentrer chez moi avec mes deux pieds ». Nous tenons à préciser que le patient nous a dit que cela est arrivé lors de sa première consultation. « Mais c'est de ma faute car je suis ignorant..... J'aurais dû lui dire que je suis diabétique.... Si j'étais instruit j'aurais demandé de faire un bilan avant cette intervention, je ne peux que me blâmer moi et personne d'autre ».

On lui a demandé si le médecin lui avait expliqué les risques de cette intervention précipitée et il nous a répondu que selon le médecin il n'y avait aucune autre alternative, que son orteil était foutu.

On lui a demandé comment est-il passé d'une amputation d'orteil à une amputation transtibiale ? Il nous dit qu'en moins d'une semaine de cette intervention, son pied droit avait enflé et lui faisait très mal. Il est reparti voir le médecin qui tout de suite s'est dégagé de toute

responsabilité et lui a directement demandé d'aller à l'hôpital. Une fois encore notre patient nous dit que ce n'est que de sa faute. On remarque une culpabilité chez M. (H.W), il est persuadé que c'est lui le fautif, il se dévalorise car il n'a jamais été à l'école. « J'ai fait une intervention avec anesthésie générale, après le réveil j'étais sidéré face à ce moignon, je ne savais pas quoi penserJe suis resté un mois et demi après l'intervention et ma plaie s'est bien cicatrisée »

Dans l'axe de l'image corporelle il nous décrit un changement, il dit qu'il y a un grand manque dans son corps, il sent qu'il est mutilé, ses capacités et son autonomie sont réduites. Il se sent comme un bébé qui dépend de sa mère et cela ne lui plaît guère. Il ne veut pas être un poids pour quelqu'un d'autre.

Quand on lui a posé la question de l'avenir, son souhait est d'avoir des prothèses, au moins une pour le pied droit qui s'est bien cicatrisé afin de pouvoir retrouver une certaine liberté et une indépendance vis-à-vis de sa famille, pouvoir sortir et retrouver ses amis.

2-2-Résultat de l'échelle de dépression de Hamilton :

Présentation des résultats de l'échelle de cas (H.W)

SCORES ITEMES	0	1	2	3	4
01- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)					X
02- Sentiments de culpabilité				X	
03- Suicide	X				
04- Insomnie du début de nuit			X		
05- Insomnie du milieu de nuit	X				
06- Insomnie du matin			X		
07- Travail et activités					X
08- Ralentissement (l' lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)		X			
09- Agitation	X				
10- Anxiété psychique					X
11- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)			X		
12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux			X		
13- Symptômes somatiques généraux			X		
14- Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)		X			
15- Hypochondrie	X				
16- Perte de poids A-Selon les dire du malade B-Appréciee par pesées			X		
17-Prise de conscience		X			

M. (H.W) a eu un score de 30 ce qui est relatif à une dépression sévère.

Notre sujet de recherche n'a pas hésité à exprimer ses états affectifs dans une communication spontanée (Item 7-4), M. (H.W) a arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle ce qu'il a du mal à accepter.

On remarque chez lui une inquiétude apparente dans ses expressions faciales et son langage, et le fait de devoir subir une amputation trans-tibial de l'autre jambe le met dans un état d'anxiété.

M. (H.W) ne manifeste pas d'agitation au moment de l'entretien, mais ne cesse de jouer avec ses mains. On reconnaît aisément qu'il est déprimé et malade.

2-3- Synthèse du cas :

Selon les données de l'entretien et les résultats obtenus grâce à l'échelle (HDRS), on constate que M (H.W) se sent coupable de sa situation, il se voit comme l'unique responsable de la perte d'un quart de sa jambe. Le résultat élevé de l'échelle (HDRS) montre le degré de sa dépression.

Dans ce cas la dépression n'est pas due à la perte de sa jambe (une partie de sa jambe) ou à son changement corporelle, mais à sa culpabilité envers sa jambe mutilé. Il s'en veut de n'avoir pas su posé les bonnes questions au médecin.

3- Présentation du résumé du 3^{ème} cas M. (R.N) :

Homme de 63 ans marié, père de 10 enfants, habite à Bejaia. Il n'a pas été scolarisé mais a connu l'école coranique. Il est maçon de profession. Fumeur depuis 40 ans. Diabétique depuis 8 ans de type (02) sans antécédents familiaux du diabète, pratique une activité physique moyenne avant l'amputation. Il a été admis deux jours avant son amputation.

3-1-L'analyse de l'entretien du 3^{ème} cas M (R.N) :

Nous avons abordé M. (R.N) qui était coopératif. Il n'a montré aucune réticence ni gêne. Comme tous les cas que nous avons entamés par des questions personnelles, puis nous sommes passées l'histoire de sa maladie. Il nous a dit qu'il ne faisait pas attention à lui ; il ne prenait pas régulièrement son traitement, qu'il était négligeant et n'aime pas aller chez le médecin, « D'ailleurs je ne tombe jamais malade, je fume depuis 40 ans et je n'ai pas de problèmes pneumologiques..... ».

Il nous a dit qu'il connaissait les risques du diabète mais il ne pensait pas que cela pouvait lui arriver un jour. On lui a demandé comment il en est arrivé à cette situation, et il nous a répondu : « J'ai eu une ampoule du pied, avec mon travail ce n'est pas trop le confort. Elle était entre le grand et le deuxième orteil, je ne la voyais pas et surtout elle ne me faisait pas mal, pour moi la situation n'était pas alarmante. Une semaine après en sortant la voiture du garage, quand j'accélérais ça m'a fait très mal, et j'ai eu des saignements. Après avoir été soigné à la polyclinique, ils m'ont dit que ma plaie ne cicatrisait pas et que je devais me rendre à l'hôpital et c'est là qu'un infirmier (qui est aussi mon neveu) a dit que ma plaie s'est infectée et que si on m'ampute pas vite, j'aller être en danger et que c'est la solution la plus adéquate ».

Il a dit qu'il a subi une intervention avec anesthésie locale. On lui a demandé de nous dire à quoi il pensait durant le déroulement de l'intervention et il nous a répondu : « Je ne sais pas Je n'étais pas moi-même, j'avais l'impression d'être ailleurs qu'à l'hôpital, je voyais des immeubles, le ciel, le soleil..... à vrai dire, j'avais l'impression d'être en plein air.... Ce n'est qu'après deux heures que j'ai commencé à reconnaître les lieux, voir les murs, le plafond...Etc. ».

Quand on est passé à l'axe de l'image corporelle, il a dit qu'il ressentait que son corps était faible et inutile, quelque chose lui manque et désormais c'est les enfants qui vont devoir

travailler. Il s'est montré pleins de bon sens mais son langage corporel disait tout autre chose, on pouvait remarquer son sourire triste quand il s'agit de parle de son corps, ou bien fixé son moignon puis détourner le regard. Il ajoute que cela lui servira de leçon pour la prochaine fois et qu'il fera plus attention à lui.

3-2- Résultat de l'échelle de dépression de Hamilton :

Présentation des résultats de l'échelle de cas (R.N)

SCORES ITEMES	0	1	2	3	4
01- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)		X			
02- Sentiments de culpabilité			X		
03- Suicide	X				
04- Insomnie du début de nuit	X				
05- Insomnie du milieu de nuit		X			
06- Insomnie du matin			X		
07- Travail et activités					X
08- Ralentissement (l' lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)		X			
09- Agitation				X	
10- Anxiété psychique		X			
11- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs palpitations, céphalées, pollakuirie, hyperventilation, transpiration, soupirs)		X			
12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux			X		
13- Symptômes somatiques généraux	X				
14- Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)		X			
15- Hypochondrie	X				
16- Perte de poids A-Selon les dire du malade B-Appréciée par pesées			X		
17-Prise de conscience			X		

M. (R.N) a eu un score de 23, relatifà une dépression modérée.

L'analyse de l'échelle (HDRS) a révélé le retentissement de l'amputation sur sa vie professionnelle (Item 7-4).

Notre sujet de recherche manifeste un sentiment de culpabilité envers sa situation actuelle (Item 2-1).

Pendant l'entretien on a constaté un léger ralentissement de l'entretien (Item 8-1) au moment où il a parlé du vécu de cette amputation. Le sujet a eu du mal à rester sans bouger (Item 9-3) il avait un langage tactile, il montre tous avec ses mains (il gesticulé tout pendant tout l'entretien).

3-3- Synthèse du cas :

Selon les données de l'entretien et les résultats obtenus grâce à l'échelle (HDRS), le sujet est affecté par sa perte, il est en face de sidération de la situation actuelle. Il représente une dépression modérée.

4- Présentation du résumé du 4^{ème} (04) cas M. (D.T) :

Homme de 80 ans veuf, père de 9 enfants, habite à Oued Ghir (Bejaia). Jamais scolarisé, commençant, non-fumeur. Il est diabétique depuis 13 ans de type (02). Avec une bonne activité physique avant l'amputation, il aime sortir et marcher. Il a été admis pour une éventuelle amputation.

4-1- L'analyse de l'entretien du 4^{ème} cas M. (D.T) :

Lors de notre présentation M (D.T) ne savait pas au juste qui nous étions, après avoir bien détaillé notre objectif de recherche, il nous a donné son accord. On a entamé par des questions personnelles pour ensuite passé à l'histoire de sa maladie. Il a fait un malaise durant le mois du ramadan et il a tout de suite était mis sous traitement diabétique, il n'a pas eu de complication liées au diabète ni autre maladie, il a affirmé qu'il ne prenait pas régulièrement son traitement et qu'il faisait exprès de rater ses rendez-vous chez le médecin. Selon lui, il n'était pas malade, il pouvait faire ce qu'il veut et manger ce qu'il veut sans tomber malade.

Puis on est passé à comment il en est arrivé à l'amputation de Chopart, il nous dit alors : « J'ai mis une chaussure serrée qui m'a fait une ampoule au grand orteil, après 3 jours mon orteil a pris la taille d'une figue berbère et sa faisait très mal..... ». Il a reçu des soins à la polyclinique, puis il est passé à l'hôpital où après 22 jours d'admission il subit une amputation d'orteil, 5 jours après il rentre chez lui pour revenir après 2mois pour une deuxième amputation. « Le reste de mes orteils sont devenu noir, ils m'ont dit que c'est une gangrène.....Donc je suis là ... ». M. (D.T) ne nous prêtait pas de l'intention, il ne nous regardait même pas.

Dans l'axe de l'image corporelle, M. (D.T) dit : « Je suis bien, je n'ai pas le choix..... Le médecin m'a dit avant la première amputation que mon orteil est complètement pourris !! » On a remarqué que le ton de sa voix a changé, il a élevé sa voix. On constatait des contradictions, une résistance lors de l'entretien.

Quand on lui a demandé de décrire ce qu'il a ressenti après l'intervention, il a dit qu'il n'a rien ressenti, c'était au-dessus de ces forces, pour ensuite nous dire : « C'est mes orteils !! Ça m'a fait de la peine de les perdre..... J'ai pleurais quand je suis remonté a ma

chambre ... je ne pourrais plus marcher ni sortir comme avant..... » Pour ensuite se rétracter et dire que cela ne l'affecte pas.

4-2- Résultat de l'échelle de dépression de Hamilton :

Présentation des résultats de l'échelle de cas (D.T)

SCORES ITEMES	0	1	2	3	4
01- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)		X			
02- Sentiments de culpabilité				X	
03- Suicide	X				
04- Insomnie du début de nuit	X				
05- Insomnie du milieu de nuit	X				
06- Insomnie du matin		X			
07- Travail et activités					X
08- Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)				X	
09- Agitation		X			
10- Anxiété psychique				X	
11- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs palpitations, céphalées, pollakurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)			X		
12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux	X				
13- Symptômes somatiques généraux			X		
14- Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)		X			
15- Hypochondrie		X			
16- Perte de poids A-Selon les dire du malade B-Appréciée par pesées			X		
17-Prise de conscience		X			

M. (D.T) a eu un score de 25, relatif à une dépression modérée.

Lors de l'analyse de l'échelle (HDRS), on a constaté une humeur dépressive (il manifestait un sentiment de tristesse, sentiment d'impuissance et une autodépréciation) (item 1-1).

On constate, selon les dires de M (D.T), une hypersomnie (les items 4, 5, 6).

Notre sujet de recherche est un homme qui est très actif dans sa vie, et la perte de la moitié de son pied lui rend la marche difficile, ce qui l'amène à une diminution du temps d'activité et de productivité (item 7-3).

Le sujet est préoccupé par l'état de son corps que celui de sa santé. L'entretien avec ce sujet de recherche est difficile, de par sa lenteur de compréhension et sa tendance à se désintéresser pendant l'entretien à chaque fin d'une idée. (Les items 8, 9, 10)

4-3- Synthèse du cas :

Selon les données de l'entretien et les résultats obtenus grâce à l'échelle (HDRS), M. (D.T) est un cas qui ne porte pas beaucoup d'attention à sa santé mais son corps compte énormément, il est très important pour sa mobilité.

5- Présentation du résumé du 5^{ème} (05) cas M. (S.M) :

Homme de 57 ans père de 3 enfants, habite à Bejaia. Il a un niveau d'étude de primaire, ouvrier à l'APC. Ne fume pas. Avec une bonne activité physique. Il est diabétique depuis 5 ans de type (02), sans antécédents familiaux du diabète. Il a été admis pour une éventuelle amputation.

5-1- L'analyse de l'entretien du 5^{ème} cas M. (S.M) :

Ce dernier cas a été très coopérative, il n'a montré aucune résistance durant l'entretien, mais son bégaiement entravait le cours de l'entretien, on avait du mal à comprendre.

Comme pour tous les cas on a commencé par des questions personnelles, puis nous sommes passées à l'histoire de sa maladie ; il a dit que c'est un ami médecin qui le lui a diagnostiqué suite à son problème de bouche sèche, il prenait beaucoup d'eau.

Selon lui, sa maladie n'avait aucune influence sur sa vie professionnelle et ni celle de son couple. Pour ce qui est de la façon dont il en est arrivé à une amputation d'orteil, c'est arrivé en coupant trop court son grand orteil, puis la plaie n'a pas voulu cicatriser et elle s'est infectée. « ... je suis resté à l'hôpital près de 38 jours, j'avais très mal, mon orteil me faisait horriblement mal. Le traitement ne donnait pas effet alors j'ai moi-même demandé une amputation, je pleurais de douleur, ce n'était plus supportable ».

Quand lui a demandé de nous décrire le déroulement de l'intervention, il a dit que l'intervention s'est bien passée, qu'il discutait avec le chirurgien. Il nous a dit aussi que pour lui cette amputation est un soulagement de sa douleur : « oui j'ai perdu un orteil mais je me suis débarrassé d'une atroce douleur, je ne vois pas de changement dans mon corps ». Quand on lui parlait des perspectives d'avenir, il était optimiste, il a dit que s'il ne peut plus travailler dans l'entretien il allait demander un autre poste.

5-2- Résultat de l'échelle de dépression de Hamilton :

Présentation des résultats de l'échelle de cas (B.M)

SCORES ITEMES	0	1	2	3	4
01- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)				X	
02- Sentiments de culpabilité	X				
03- Suicide	X				
04- Insomnie du début de nuit		X			
05- Insomnie du milieu de nuit			X		
06- Insomnie du matin			X		
07- Travail et activités					X
08- Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)				X	
09- Agitation			X		
10- Anxiété psychique			X		
11- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs palpitations, céphalées, pollakurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)		X			
12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux		X			
13- Symptômes somatiques généraux		X			
14- Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)		X			
15- Hypochondrie			X		
16- Perte de poids A-Selon les dire du malade B-Appréciee par pesées			X		
17-Prise de conscience		X			

M. (B.M) a eu un score de 28, relatif à une dépression sévère.

Lors de l'analyse de l'échelle (HDRS), nous avons constaté une dépression sévère, avec un score de 28.

Le sujet communique ses états affectifs non verbalement (Item1-S3), le sentiment de culpabilité est absent, mais le patient souffre d'une hyposomnie (Item4et 5). L'arrêt de son travail lui est comme un fardeau, c'est de lui que provient le seul revenu financier (Item 7-S4). Il manifeste des symptômes somatiques légers tels que sécheresse de la bouche, perte d'appétit, lourdeur des membres, douleurs musculaires et perte fatigabilité.

Cet entretien a marqué sa difficulté par le bégaiement du patient qui avait du mal à parler (Item 8-S3).

Dans l'axe de l'image corporelle, notre sujet n'a pas exprimé verbalement sa tristesse, mais son langage corporel dit tout autre chose : (expression faciale marquée par un sourire triste, et accompagné de phrases de réconfort qu'il répète sans arrêt : je vais bien....)

5-3- Synthèse du cas :

Selon les données de l'entretien et les résultats obtenus grâce à l'échelle (HDRS), on a constaté que M. (B.M), un sujet où la dépression n'est pas apparente dans un entretien. Ses réponses évasives et brèves, ne laissent pas apparaître son humeur dépressive. Mais l'échelle (HDRS) a montré une dépression sévère.

6- Discussion des hypothèses :

Dans cette présente partie, nous avons procédé à une discussion des hypothèses relatives aux variables de notre recherche (Le vécu psychologique, le diabète et l'amputation) à partir de leurs vérification par l'utilisation de l'entretien semi-directif et l'échelle de dépression d'Hamilton, on va passer à la discussion de nos hypothèse de recherche.

Le premier volet de cette étude vise à explorer le vécu psychologique des diabétiques amputés du membre inférieurs.

La perte est l'anomalie, l'indisponibilité ou la disparition (réelle ou redoutée) d'un bien ou d'un avantage particulièrement valorisé par la personne. On peut ainsi perdre son image corporelle. Le patient diabétique amputé du membre inférieur ressent une perte d'une dimension du soi, qui altère l'image corporelle qu'il a de lui-même. Les répercussions de ces pertes sur la personne dépendent en grande partie de l'attention qu'elle porte à son image corporelle.

On remarque chez nos sujets des manifestations dépressives, mais le degré de cette dépression varie entre 20 et 30. En terme littéraire cela voudrait dire dépression modérée à dépression sévère.

Dans le premier cas, le patient à hâte que la plaie cicatrise dans le but de pouvoir mettre une prothèse, cela explique la prise de conscience de la perte subi par le patient, car il envisage une solution afin de mieux reprendre sa vie en mains.

On peut dire, alors, dans ce cas que la dépression est due à la modification du corps et de l'image corporelle. Cette dépression peut disparaître après quelque mois, le temps que le sujet accepte sa nouvelle image corporelle, qu'il comprenne que ce n'est pas la totalité des membres qui constitue un corps sain.

Pour ce qui est du deuxième cas, où la dépression est la plus élevée (dépression sévère), elle ne renvoie pas à l'acte chirurgicale lui-même, ni à la modification apportée à son corps, mais au sentiment de culpabilité qui en découle.

Notre sujet est affecté par sa perte mais cela il le renvoie à la volonté de dieu. Alors que ne pas avoir souligné son diabète au médecin est pour lui la principale cause de cette amputation.

Cette amputation pour lui le renvoie au stade où il était encore bébé, dont il était toujours dépendant de sa mère chose qu'il n'approuve pas. Selon lui, il est à présent un fardeau pour sa famille.

Le troisième cas quand à lui manifeste une légère culpabilité du fait qu'il ne prenait pas son traitement, il se voyait intouchable de toutes maladies.

Ici on peut voir que sa dépression modérée est due à l'amputation, le patient ne réalise pas comment il en est arrivé à cette situation et à cette perte. Dans son langage corporel et facial on repère une tristesse maquillée par un sourire, qui signifie que la situation lui échappe.

Dans le quatrième cas, on peut clairement dire que sa dépression est liée à l'amputation. Le sujet se préoccupe de son corps plus qu'il ne se préoccupe de sa santé, il est même négligeant de cette dernière.

Cette amputation selon lui représente un frein pour sa mobilité. Sa fille qui est garde malade nous a clairement rapporté qu'il sort le matin et il revient en fin d'après-midi. Maintenant il n'est plus en possibilité de sortir et de faire de long trajet sans qu'il soit une personne pour le conduire. On remarque que le sujet, réalité, est préoccupé aussi des fictions de son corps.

Le cinquième cas, on remarque chez lui un intérêt porté sur sa santé, son amputation selon lui est une guérison ; pour lui elle signifie la fin de sa douleur.

Le sujet avoue être soulagé de ne plus avoir cet orteil qu'il lui faisait tant mal.

Il a hâte de quitter l'hôpital et de retrouver son domicile et son travail.

A travers les cas qu'on vient de voir, on constate que la dépression peut être liée à l'amputation ou bien la modification de l'image corporelle ou bien à tout autre chose comme dans le deuxième cas (la culpabilité).

On a remarqué aussi que plus le niveau d'amputation est haut et plus le degré de dépression augmente. C'est-à-dire que le niveau ou bien le type d'amputation joue un rôle sur la conception de cette nouvelle image du corps.

Plus le niveau de l'amputation est haut et plus le corps est déformé; plus le corps est déformé plus le degré de dépression augmente.

Dans nos sujets de recherche on a constaté que les patients dont la dépression est relié à la modification du corps envisage des perspectives d'avenir plus au moins satisfaisantes, alors que ceux dont la dépression est lié à l'amputation se voit démunie de tout autre espoir. Selon eux ce n'est pas une partie de la jambe qui est amputé mais une partie de leurs motricités.

Ce qui est relatif entre les différentes hypothèses formulé sur cette thématique, les patients doivent passés par le travail du deuil, Le deuil constitue la réponse subjective du patient diabétique qui vient de perdre son image corporelle. Les rituels du deuil correspondent aux processus comportementaux qui permettent à la personne endeuillée d'atténuer ou d'éliminer l'affliction. Ils dépendent en général de la culture, des croyances spirituelles et des coutumes.

A partir des données présenté ci-dessus il nous semble que nos hypothèse : (1 et 2) sont confirmées, puisque certains patients voient cette amputation comme une fatalité, il se voit plus retrouver une vie autonome. Ce qui nous mène à la confirmation de la dernière hypothèse.

D'autres envisage d'autre moyen de pouvoir retrouver leurs vies d'avant et essayer de continuer là où ils ont arrêté. Le vécu psychologique des diabétiques amputés d'un membre inférieur, n'ont pas pour seul déclenchant de la dépression mais d'autres facteurs aussi interviennent dans cette dépression.

Synthèse :

Après une analyse, une interprétation et une discussion des résultats de l'ensemble des entretient et des échelles on conclue que : le vécu psychologique des diabétiques amputé n'est pas le même chez tous les patient. Il est lié à la perception de l'amputation et de l'acte chirurgicale, a la modification de l'image du corps, au niveau d'amputation.

Certains éléments entre en relation avec le vécu psychologique de ces dernier, mais notre recherche na pas pus explorer d'autre hypothèse par faute de temps et de moyens.

Conclusion générale

Conclusion générale :

Notre question de départ était : « *Comment sont les manifestations dépressives chez les patients diabétiques amputés ?* » Pour la réalisation de notre recherche on a constitué un échantillon de cinq cas, leur âge varie de 57ans à 80 ans.

Ce travail porté sur notre thématique nous a permis, d'une part, de mieux comprendre le pied diabétique ainsi que l'amputation, et d'autre part, de comprendre les différents changements d'humeur du patient, comment le diabétique vit cette amputation, les souffrances psychologiques et physique ; et les pathologies qui en découlent du changement de l'image corporelle telle que la dépression...etc. C'est ce qui nous a permis de mettre en pratique les connaissances que nous avons acquises au cours de notre cursus universitaire. Ainsi que de mieux nous performer et nous familiariser avec le terrain.

La vérification de nos hypothèses est le principal point que nous avons essayé de développer au mieux, nous avons constaté que plusieurs éléments interfèrent avec ce vécu psychologique, tels que : l'anxiété, le stress, la dépression. C'est cette dernière que nous avons étudié et mesuré du fait de l'altération de l'image du corps.

Nos hypothèses ont révélé que la dépression peut être due à l'amputation, comme c'est le cas de certains sujets, ou bien elle est due à la modification de l'image corporelle, mais aussi nous avons constaté que d'autres facteurs peuvent accentuer cette dépression. Le niveau d'amputation joue un rôle déterminant dans le degré de la dépression, car plus l'amputation est basse, moins l'image corporelle est déformée et les moyens de motricité affectés.

Hormis le niveau, nous avons constaté chez certains sujets que le sentiment de culpabilité prime sur la modification corporelle, qui entraîne aussi une dépression.

L'information du patient et l'explication du déroulement de l'intervention aide le patient à se retrouver, car donner une explication à une situation diminue le risque de choc et de sidération. Il est essentiel pour la personne d'avoir et de comprendre les informations nécessaires liées à son intervention pour connaître son nouveau corps. Mieux informée, la personne saura exactement ce qu'il en est et pourra alors commencer à s'accepter. Elle n'aura plus d'angoisse face à l'inconnu ou de fausses idées.

Liste bibliographique

Liste bibliographique :

Les Ouvrages :

1. A.GARIMALDI et F.THERVET (1987), **les Diabète et les hypoglycémies**, Paris,ed, E.Minter.
2. Alexander Mercerou, 2001-2002, **prise en charge des patients diabétiques portant de plaie plantaire.** , paris
3. American psychiatric association DSM-IV (2003), **Manuelle de diagnostique et statistique des troubles mentaux**, Paris, 4^{ème} édition Masson
4. ANCET, Pierre (sous la direction de). **Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée.** Paris : Éditions Dunod, 2010-André Grimaldi, agnés Hartemann-Heurtier, **Guide pratique du diabète**, 4^e ed, EL SEVIER
5. BERNARD C. (1903), Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, Paris, Delagrave
6. Boudeville . M ; Asselineau . A ; Aboufarah . F et nguyen .D.T : **Moignon d'amputation du membre inférieur et appareillage** encycl. Med. Chir.(Paris – France
7. Charles-Siegfried Peretti ; **Comprendre et soigner la dépression** ; EL SEVIER MASSON ; avril 2013
8. Egede L. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlats and association with health resource utilization, lost productivity and fonctional disability. Gen Hosp Psychiatry 2007
9. E.W. Pireyre, **Clinique de l'image du corps**, Dunod, 23 févr. 2011
10. Hamonet .C.L et Heuilen. J.N : **Abrégé de rééducation fonctionnelle et de réadaptation**
11. Hennen.G (2001) « **Endocrinologie** » édition de Boeck.
12. Isabelle Joly, **le corps sans représentation**, L'harmattan, 2011
13. J.-L.PEDINIELLI (2005), **Introduction a la psychologie clinique** , Paris,ed
14. Grimaldi A, et all,(2009) «**Guide pratique de diabète** », paris, 4^e Ed Edition, Masson
15. J.-L.PEDINIELLI (2005), **Introduction a la psychologie clinique** , Paris,ed
16. Jane –Louis PEDINIELLI(2005) « introduction a la psychologie clinique » 2^e Ed,copyright,groupes de Boeck.
17. L .PERLEMUTER. et C. COLLIN de L'HORTET et J.L –SELAM (2000) « **Diabète et maladies métabolique** », Paris, 3ed, Masson.
18. Maurer: Amputations et désarticulations du membre inférieur ,encycl ,Med, Chir ,Paris technique chirurgicale orthopédique.

19. MASSON (Martin Buyschaert ; **Diabétologie clinique** ; 3^e Ed ; DE Boeck.
20. Martin Buyschaert ; **Diabétologie clinique** ; 3^e Ed ; DE Boeck.
21. M.ANDRE (2006) « **J'ai du Diabète** », Paris,ed, First.

Les thèses et mémoires :

1. ANNE CURELLI-Année universitaire 2003-2004.**Douleur du membre fantôme :**
Influence de facteurs psychologiques
2. PDF ; Olivier Bouvet de la Maisonneuve - **Dépression et psychanalyse : théorie et prise en charge.**
3. Thèse ; **L'amputation, vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle**
4. CISHAHAYO Bonaventure. Octobre 2008. Mémoire Online [en ligne].
5. Jean Claude BANGA MSEZA KISANGANI **Mémoire Morbi-mortalité du diabète sucré chez l'adulte de Kisangani** - docteur en médecine chirurgie et accouchement 2012
6. Thèse NDJOUNBI Carine ; juillet 09

Article :

1. Article PDF **Diagnostic et classification du diabète sucré**
2. Cathy Lyod (Mars 2008), **impacte de diabète sur la dépression et de la dépression sur le diabète**, diabète VOICE, Volume 53, Numéro 1
3. Jacobson.G (1993), **dépression et diabète**, care vol 16, numéro 08
4. SCHOEPF.Chris. **Prévention et complication du diabète à long terme.** Cours D1M22 promotion HES04, février2005.
5. SALTER Mave. **Altération de l'image corporelle : Le rôle de l'infirmière.** PARIS : InterEditions, 1992

Revus :

1. BARDIN M. (1983), L'analyse du contenu, Paris, PUF
2. Kortzki, Nelly ; BRUNON, Anne ; PELLISIER Jacques. **Amputation et schéma corporel.Kinésithérapie scientifique.** 1997/10, n°371
3. POTTER, Patricia A., PERRY, Anne G. **Concept de soi, image corporelle et pathologies. Pratique du soignant.** 2005/07-09, n°7, p.80
4. **santemag-dz** Publié jeudi 11 juin 2015 14:591975 Lectures

5. TAILLENS, Françoise. **Le corps, au coeur de la relation soignante**, Soins infirmiers : Krankenpflege, Décembre 2000, n°12
6. Professeur Malikov, **L'Amputé à l'hôpital:un accompagnement multidimensionnel del'annonce à la rééducation**Service de chirurgie vasculaire, Représenté par:Caroline GauroisCatherine Thomas Nicolas uHetMarie Jeanne Caniaux

Site :

1. <http://santecheznous.com/condition/getcondition/depression>. consulté le 21/03/2017 à 14:51
2. <http://www.psychologies.com/Moi/Problemes-psy/Deprime-Depression/Articles-et-Dossiers/Du-blues-a-la-depression-se-soigner-sans-tarder/Depression-les-traitements-qui-marchent> consulté le 21/03/2017 à 15 :00.
3. -www.lilly.fr/Maladie/Définition/Aspx.

(SANTE MEDECINE.NET. [en ligne]. Disponible

Dictionnaire :

1. LAROUSSE. [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acceptation><http://santemedecine.com/commentcamarche.net/faq/44743-image-corporelle-definition./414>

Annexe: A

Echelple HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation) 0
Absent

1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

0 Absent.

1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

0 Absent

1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 Idées ou gestes de suicide.

4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

0 Absent.

1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

0 Pas de difficulté.

1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

0 Pas de difficulté.

1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

0 Pas de difficulté.

1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 Langage et pensées normaux.

1 Léger ralentissement à l'entretien.

2 Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 Entretien difficile.

4 Stupeur.

9) Agitation

0 Aucune

1 Crispations, secousses musculaires.

2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

0 Aucun trouble.

1 Tension subjective et irritabilité.

2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0 Absente.

1 Discrète.

2 Moyenne.

3 Grave.

4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0 Aucun.

1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.

2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

0 Aucun

1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.

2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0 Absents.

1 Légers.

2 Graves.

15) Hypochondrie

0 Absente

1 Attention concentrée sur son propre corps.

2 Préoccupations sur sa santé.

3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.

4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

0 Pas de perte de poids.

1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle. 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.

1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine. 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2 Nie qu'il est malade.

Référence :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi, S.Criquillion-Doublet, Laboratoires

Annexe: B

AXE 1 : informations générales :

- Nom : prénom
- Sexe : homme : femme :
- Age :
- Situation familiale :
 - 1. Marié :
 - 2. Célibataire :
 - 3. Divorcé :
 - 4. Veuf(v) :
- Niveau d'étude :
 - 1. Jamais scolarisé :
 - 2. primaire :
 - 3. moyenne :
 - 4. secondaire :
 - 5. études supérieures :
- Profession :

AXE 2 : informations concernant le diabète :

Date du diagnostique du diabète :

-ancienneté du diabete :

- 1. < 5 ans :
- 2. 5-10 ans :
- 3. 10-14 :
- 4. 15-19 ans :
- 5. 20-24 ans :
- 6. > 25 ans :

- Types du diabète :

- 1. Diabète insulino-dépendant
- 2. Diabète non insulino-dépendant

- Diabète dans la famille : oui non

Si c'est oui, lien de parenté....

- Suivi de la maladie : régulier : irrégulier :
- Pathologie(s) (maladie) associée (s) : oui non

Si oui laquelle (lesquelles) :.....

- Complications du diabète associé : oui non

Si oui, laquelle (lesquelles)

- Activité physique :

- 1. Faible :
- 2. Légère :
- 3. Modéré :
- 4. Moyenne :
- 5. Elevée :

- Régime au diabète adapté aux diabétiques : oui non

- Tabagisme : oui non

- Poids : taille :

AXE 3 : information concernant le vécu psychologique de cette amputation :

- Avez-vous reçu des informations concernant l'amputation
- Etiez-vous seul au moment de l'annonce de l'amputation ?
- Qui vous a fait de cette nouvelle :
 1. Médecin :
 2. Infirmière :
 3. Autre :

- Quel était votre réaction lorsqu'on vous a annoncé cette mauvaise nouvelle ?
- Est-elle la première amputation que vous subissez ? oui non
- Quel était votre état lors des premiers jours qui ont suivie l'opération ?
 1. Déprimé :
 2. Stressé :
 3. Dans le déni :

- Pensiez-vous, qu'un jour vous alliez être victime a votre tour des conséquences de cette maladie ?
- Votre maladie influe-t-elle sur votre mode de vie, vie sexuelle par exemple ?
- Faisiez-vous suffisamment attention à vous ?
- Quelle était votre première pensée après votre réveil de l'intervention ?
- Si c'était par anesthésie local, vous pensiez a quoi durant l'intervention ?

Axe 4 : information concernant l'image corporelle. :

- Si nous vous demandons de nous faire une image de votre situation actuelle, que serait-elle ?
- Comment vous voyez votre corps après l'amputation ?
- Parlez-nous de votre plaie et de la manière dont vous prenez soins d'elle ?

- Maintenant qu'une partie de votre jambe est amputée, que ressentez-vous ?
- Avez-vous fait des consultations avec une psychologue ? oui non
- si oui, cette aide vous –a-t-elle soulagé ? oui non
- Comment ?
- si non, pourquoi ??

AXE 5 : avenir :

- Comment vous appréhendez votre quotidien (après votre sortie de l'hôpital) ?
- Que souhaitez-vous ?
- Avez-vous quelque chose à rajouter ?