

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

THÈME

**Le traumatisme psychique et la résilience
chez les hommes diabétiques amputés et
hospitalisés**

Réalisé par :

FERDJALLAH Yamina

HOCINE Lydia

Encadré par :

BENAMSILI Lamia

Année universitaire : 2018 / 2019

Remerciement

Au terme de ce travail, nous tenons à adresser nos vifs remerciements à toute personne qui, de près ou de loin, a contribué à son accomplissement.

Plus important, nous remercions dieu pour sa bénédiction, la volonté et le courage dont il nous a gratifiés tout au long de ce projet. Pour nous il est la source de tous les principes qui apportent joie et succès dans la vie

Notre profonde reconnaissance s'adresse particulièrement à madame Benamsili lamia qui, par ses conseils constructifs, son dévouement, sa disponibilité, son soutien, son encouragement et ses remarques si pertinentes, nous ont aidés à l'accomplissement de la présente étude.

Nous sommes reconnaissants à l'équipe soignante de l'hôpital « KHelil Amrane » de Bejaia et particulièrement Mm, Boudrahem, Mm, Sellam et professeur Bouali médecin chef de médecine interne qui ont acceptés de s'entretenir avec nous et nous offrir les données importantes en rapport avec notre recherche.

Notre étude n'aurait existée si nous n'avions pas eu la collaboration des patients amputés d'un membre inférieur et qui ont accepté de nous fournir les informations si riches et importantes à notre travail. Nous leur disons grand merci.

Nous sommes reconnaissant envers nos parents pour tant de dévouements fourni pour nous depuis la naissance jusqu'à ce jour.

Dédicace

*De fond de mon cœur je dédie ce modeste travail à tous ceux qui me
sont chers,*

*À mon très cher papa, pour son encouragement, son bienveillance et
son soutien plus que précieux.*

*À la personne qui est la source du succès dans ma vie, avec ses d'Oaa,
son amour et sa tendresse, ma très chère maman.*

*Rien au monde ne vaut les efforts fournis jours et nuit pour mon
éducation et mon bien être*

Que dieu vous préserve une longue vie et vous garde en bonne santé.

*À ma très chère grande sœur Nawel pour ses précieux conseils et son
soutien moral, à son mari et sans oublier mon adorable petit neveu
Abderahim.*

*À mon très cher grand frère Adel pour son encouragement
permanent.*

*À toutes les personnes que j'aime sans citer les unes et oublier les
autres.*

Yamina

À MES CHERS PARENTS

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours.

Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez. Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.

À mon cher fiancé, et ami fidèle

Qui m'a assisté dans les moments difficiles et m'a pris doucement par la main pour traverser ensemble des épreuves pénibles.... Je te suis très reconnaissante, et je ne te remercierai jamais assez pour ton amabilité, ta générosité, ton aide précieuse.

À MES CHERS ET ADORABLE FRERES ET SŒUR

Hayette, Mokhtar et Adel Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour vous, Votre joie et votre gaieté me comblent de bonheur. Puisse Dieu vous garder, éclairer votre route et vous aider à réaliser à votre tour vos vœux les plus chers.

À MA GRAND MERE CHERIE

Qui m'a accompagné par ses prières, sa douceur, puisse Dieu lui prêter longue vie et beaucoup de santé et de bonheur dans les deux vies. A LA MEMOIRE DE Ma Grand-mère J'aurais tant aimé que vous soyez présents. Que Dieu ait vos âmes dans sa sainte miséricorde

À MES CHERS TANTES

Leurs époux, A mes chères cousines Cousins Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

À MES AMIS DE TOUJOURS

Kenza, Wassila, en souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

UNE SPECIALE DEDICACE à ma belle famille

A mes beaux parents et mes belles sœurs et particulièrement CHabeha qui ma soutenu tout au long de ce travail

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

Lydia

La liste des abréviations

DNID : Diabète non insulino-dépendant.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

CIM : Classification internationale des maladies.

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire.

L'IES-R : L'échelle de l'impact d l'évènement révisée.

L'RS-R : L'échelle de résilience révisée

La liste des tableaux

N° du tableau	Titre	Page
Tableau N°1	Caractéristiques du groupe de recherche	92
Tableau N°2	Résultats de Mr Rachid à l'IES-R	120
Tableau N°3	Résultats de Mr Rachid à l'RS-R	122
Tableau N°4	Résultats de Mr Lamine à l'IES-R	130
Tableau N°5	Résultats de Mr Lamine à l'RS-R	132
Tableau N°6	Résultats de Mr Hamid à l'IES-R	140
Tableau N°7	Résultats de Mr Hamid à l'RS-R	142
Tableau N°8	Résultats de Mr Farid à l'IES-R	150
Tableau N°9	Résultats de Mr Farid à l'RS-R	152
Tableau N°10	Résultats de Mr Farouk à l'IES-R	157
Tableau N°11	Résultats de Mr Farouk à l'RS-R	159
Tableau N°12	Résultats de Mr Ayoub à l'IES-R	164
Tableau N°13	Résultats de Mr Ayoub à l'RS-R	166
Tableau N°14	Résultats de Mr Kamel à l'IES-R	172
Tableau N°15	Résultats de Mr Kamel à l'RS-R	174
Tableau N°16	Résultats de Mr Said à l'IES-R	180
Tableau N°17	Résultats de Mr Said à l'RS-R	181
Tableau N°18	Tableau récapitulatif des résultats des cas à l'IES-R	195
Tableau N°19	Tableau récapitulatif des résultats des cas à l'RS-R	196

La liste des annexes

Annexes	Titres
Annexe N°1	Le guide d'entretien
Annexe N° 2	L'échelle d'IES-R
Annexe N° 3	L'échelle d'RS-R
Annexe N° 4	Cas N° 1 à l'IES-R
Annexe N° 5	Cas N° 1 à l'RS-R
Annexe N° 6	Cas N° 2 à l'IES-R
Annexe N° 7	Cas N° 2 à l'RS-R
Annexe N° 8	Cas N° 3 à l'IES-R
Annexe N° 9	Cas N° 3 à l'RS-R
Annexe N° 10	Cas N° 4 à l'IES-R
Annexe N° 11	Cas N° 4 à l'RS-R
Annexe N° 12	Cas N° 5 à l'IES-R
Annexe N° 13	Cas N° 5 à l'RS-R
Annexe N° 14	Cas N°6 à l'IES-R
Annexe N° 15	Cas N°6 à l'RS-R
Annexe N° 16	Cas N°7 à l'IES-R
Annexe N° 17	Cas N°7 à l'RS-R
Annexe N° 18	Cas N°8 à l'IES-R
Annexe N° 19	Cas N°8 à l'RS-R

Introduction.....	1
-------------------	---

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : Diabète, pied diabétique, amputation et hospitalisation

Préambule.....	6
I- Diabète.....	6
1- Définitions des concepts	6
2- Histoire du diabète	8
3- Définitions du diabète	9
4- Critères diagnostic du diabète.....	10
5- Epidémiologie du diabète	10
6- Le diabète en Algérie	10
7- Les types du diabète.....	12
8- Les facteurs du diabète.....	13
9- Les complications du diabète type 2.....	15
10- Les diabétiques hospitalisés.....	16
11- Le traitement du diabète du type 2.....	17
12- Le vécu psychologique des diabétiques.....	19
II- Le pied diabétique	21
1- Définitions du pied diabétique	22
2- La physiopathologie du pied diabétique	22
3- La classification des lésions du pied diabétique	24
4- La prise en charge du pied diabétique.....	25
5- La Prévention du pied diabétique	26
III- L'amputation.....	27
1- Rappel historique de l'amputation	27
2- Définitions de l'amputation	28

3- Épidémiologie de l'amputation.....	28
4- Les douleurs liées à l'amputation	29
5- Les causes de l'amputation	30
6- L'aspect psychologique des diabétiques amputés	31
Synthèse	33

CHAPITRE II : Trauma et résilience

Préambule.....	35
----------------	----

I- Trauma..... 35

1- Histoire du concept de trauma	38
2- Définitions du traumatisme psychique.....	38
3- L'évènement et l'évènement traumatique	41
4- Les critères de diagnostic du stress post-traumatique selon DSM 5.....	41
5- Les facteurs de risque et pronostiques	44
6- Le diagnostic différentiel	45
7- La comorbidité.....	46
8- Les troubles psychiques postopératoires.....	47
9- Le deuil traumatique	49
10- Les différents types de traumatisme psychique	50
11- Le traumatisme psychique et la maladie chronique.....	52
12- Le trauma selon l'approche cognitivo-comportementale.....	53
13- La thérapie cognitive et comportementale du traumatisme psychique.....	55
14- La prise en charge de traumatisme psychique	56

II- La résilience..... 59

1- Histoire du concept de résilience.....	59
2- Définitions de la résilience.....	62
3- Les facteurs de la résilience	64
4- Les phases du processus psychique de la résilience	62

5- Les limites de la résilience	67
6- Vulnérabilité et résilience	67
7- Traumatisme et résilience	68
8- La résilience selon l'approche cognitivo-comportementale	69
9- La résilience et la maladie chronique.....	70
Synthèse	71
Problématique et Hypothèses.....	74

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III : Méthodologie de la Recherche

Préambule.....	86
1- Les limites de la recherche.....	86
2- La méthode clinique.....	86
3- Le lieu de la recherche	90
4- Le groupe de recherche.....	91
5- Les critères de sélection	91
6- Les outils de la recherche.....	93
7- Le déroulement de la recherche	103
8- La déontologie de la recherche et l'attitude du clinicien	110
Synthèse	112

CHAPITRE IV: Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule.....	114
----------------	-----

I-Présentation et analyse des résultats	114
Cas N° 1 Mr Rachid	114
Cas N° 2 Mr Lamine	124
Cas N° 3 Mr Hamid.....	134
Cas N° 4 Mr Farid	143
Cas N° 5 Mr Farouk	153
Cas N°6 Mr Ayoub.....	160
Cas N° 7 Mr Kamel.....	168
Cas N° 8 Mr Said	176
II) Discussion des hypothèses	183
Synthèse	199
Conclusion.....	200
Références bibliographiques	205
Annexes	

La santé est une entité très complexe et dont le champ ne cesse de s'élargir, elle reste une question primordiale dans la vie de l'être humain, car c'est un bien qui a autant d'importance pour lui, mais en même temps il est considéré comme le processus le plus mal gardé lorsqu'il est affecté par une maladie chronique comme le diabète, notamment quand ce dernier est suivi par des complications telles que le pied diabétique, ainsi, notre présente recherche s'est portée sur « *Le traumatisme psychique et la résilience chez les hommes diabétiques amputés et hospitalisés* ».

De ce fait, nous avons choisi de s'intéresser au diabète de type 2 et plus particulièrement au pied diabétique, car il se propage graduellement dans notre pays, de plus en plus on assiste à une augmentation spectaculaire du nombre de personnes amputées et qui sont hospitalisées et atteintes de cette complication invalidante, enregistrant de ce fait des chiffres alarmants en termes de morbidité et de mortalité, de plus, notre curiosité s'est tournée vers cette thématique, vu que nous avons constaté peu de recherches dans le domaine de la psychologie en Algérie, qui ont été consacrées à cette catégorie de malade.

Dès lors, cette étude a été menée pour mieux évaluer et décrire l'effet traumatique de l'amputation sur le vécu psychologique des hommes diabétiques hospitalisés, en décelant un avant et un après, ainsi, nous avons essayé de comprendre sur quel support ils se sont étayés, pour surmonter et faire face à leur situation, en mettant l'accent sur les ressources de personnalité internes et l'existence des relations affectives de leur entourage, pour voir leur capacité à représenter l'expérience subie et à la dépasser.

À cette égard, le diabète est caractérisée par une hyperglycémie, résultante d'un défaut de sécrétion d'insuline, on parle alors d'une augmentation du taux du sucre dans le sang, lorsque le corps utilise mal le glucose sucre comme source d'énergie. Cependant, sur une longue période de temps, cette pathologie chronique peut conduire à des complications majeures telles que la neuropathie, qui s'agit d'une atteinte des nerfs, notamment ceux des membres inférieurs.

En revanche, les lésions du pied constituent la cause la plus fréquente des consultations des diabétiques. Dans la plupart des cas, ces lésions conduisent à des amputations, cette intervention chirurgicale qui consiste à enlever une partie du membre inférieur, où le patient perd toutes les sensibilités qui participent à la déformation de l'architecture du pied.

Ainsi, après l'opération chirurgicale, le sujet ressent des douleurs du membre fantôme, qui sont comme une mémoire douloureuse du membre amputé. Dès lors, la perte d'une partie du

corps, constitue l'une des interventions les plus décisives qu'un patient diabétique puisse subir, car une amputation n'est jamais facile, puisque la perte d'un pied altère directement l'image corporelle de la personne.

De ce fait, l'amputation confronte la personne à l'immense difficulté de faire face au choc psychologique provoquée par l'amputation elle-même, de par l'altération de l'image de soi qu'elle constitue, et aux conséquences qui en découlent. La réaction à la perte d'une partie de soi se marque par une sorte de sentiment d'anéantissement et de bouleversement, avec un retentissement sur la vie personnelle, familiale et professionnelle. Ces changements conduisent à une succession de ruptures, de pertes, et de reconstruction psychique qui dépend de la maladie.

Dans notre recherche, nous allons donner de l'intérêt au terme « *traumatisme psychique* », car c'est l'une des variables de notre thématique. En effet, le traumatisme psychique est un choc psychologique généralement lié à une expérience humaine violente et imprévisible, provoquant ainsi, une submersion émotionnelle et des perturbations de l'équilibre de l'organisme. Le stress se présente lorsque nous nous sentons dans une situation inhabituelle, exigeante, inconfortable et menaçante, alors que, le choc post-traumatique se manifeste à la suite d'un événement rien de moins que traumatisant.

Lorsqu'une personne traverse une expérience douloureuse comme l'amputation d'un membre, cela entraîne des grands moments de tristesse et de dépression, où cette tragédie reste gravée, marquée à jamais dans sa mémoire et pour longtemps, une telle épreuve qui est particulièrement néfaste pour les uns, peut être traversée et surmontée pour les autres, ces derniers s'inscrivent dans le processus de résilience.

Par ailleurs, nous ne pouvons pas parler du traumatisme psychique, sans aborder le concept de résilience, qu'il s'agit d'une seconde variable appropriée pour notre recherche. Ce concept désigne la résistance d'une personne à des conditions d'existence difficiles, il qualifie sa capacité de vivre, de réussir et de se développer en dépit des circonstances traumatisantes, voire désastreuses. Donc, un traumatisme même s'il n'est pas réversible, peut se réparer et se cicatrifier, car il existe chez l'être humain des stratégies adaptatives à moins souffrir, à se relever et à continuer à vivre.

Afin d'atteindre notre objectif, nous avons réalisé notre stage pratique au niveau du service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) « *Khllile Amrane* » de Bejaia, ainsi, notre travail a eu lieu auprès d'un groupe de recherche constitué de huit cas, qui ont été

soigneusement sélectionnés, selon des critères bien définis, pour le bon déroulement de la recherche, et dans le but de tester la fiabilité de nos hypothèses. Pour la récolte des données, nous avons employé l'entretien clinique semi-directif, et deux échelles révisées, qui sont l'échelle de l'impact de l'évènement (IES-R) (1997) pour le traumatisme psychique, et l'échelle de Wagnild et Young (RS-R) (1993) pour la résilience.

Pour la réalisation de ce travail, nous nous sommes appuyés sur l'approche cognitive comportementale (TCC), vu que c'est une approche focalisée sur les cognitions, les émotions et les comportements et qui consiste à comprendre les problèmes actuels et leurs origines, ce qui nous a aidé à comprendre, à mesurer et à décrire le vécu psychologique de nos sujets de recherche.

De ce fait, après l'introduction, nous avons structuré notre travail en deux parties fondamentales, à savoir la partie théorique et la partie pratique. Nous avons divisé le premier chapitre théorique en trois parties, la première est relative à l'aspect médical et psychologique du diabète, en présentant ses différents aspects cliniques et son poids au niveau de notre pays, la seconde est réservée au pied diabétique et ses particularités, et la dernière partie est portée sur l'amputation, en nous donnant également de l'intérêt aux répercussions psychologiques de cette dernière.

Le second chapitre théorique, s'intitule *Trauma et résilience*, dans un premier temps, nous avons essayé de présenter l'histoire du traumatisme psychique, les définitions, la symptomatologie, les types, les facteurs, le traumatisme psychique et la maladie chronique, le traumatisme psychique selon l'approche adoptée (TCC), et enfin sa prise en charge. Dans un deuxième temps, nous avons s'intéressé à la résilience, en mettant en claire, l'histoire du concept, ses définitions, ses facteurs, ses phases, le traumatisme et la résilience, la résilience et la maladie chronique, et la résilience selon les TCC. Nous avons ensuite passé à la problématique et les hypothèses, ainsi qu'à l'opérationnalisation des concepts.

Quant à la partie pratique, nous avons présenté en premier lieu, notre démarche méthodologique, lieux de stage, les outils utilisés, la déontologie de la recherche et l'attitude du clinicien. Puis, un dernier chapitre divisé en deux parties, où la première est consacrée à la présentation et l'analyse des résultats, la deuxième est portée sur la discussion des hypothèses. Par la suite, nous avons présenté la conclusion, la liste bibliographique et les annexes.

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre I

Diabète, hospitalisation, pied
diabétique et amputation

Préambule

Parmi les situations qui rendent la vie d'une personne difficile, c'est l'atteinte par une maladie chronique tel que le diabète, celui-ci se distingue des autres maladies chroniques par plusieurs caractéristiques qui lui sont propre. C'est une maladie métabolique qui est due à beaucoup de phénomènes internes et externes à l'organisme, qui agissent d'une manière insidieuse, ce qui rend sa découverte difficile notamment lorsqu'il s'agit de type 2. Cette maladie est accompagnée par des complications, parmi lesquelles on trouve les lésions au niveau du membre inférieur, ces dernières qui mènent dans la plupart des cas à une amputation.

C'est à travers de ce premier chapitre que nous allons présenter l'aspect médical et psychologique du diabète de type 2, celui-ci s'articulera autour de trois parties. Dans la première, il sera question de présenter l'aspect médical et psychologique relatif au diabète, en incluant l'hospitalisation, la seconde partie sera consacrée au pied diabétique, et enfin la troisième portera sur l'amputation, qui est la caractéristique de nos sujets de recherche.

I- Diabète

Avant de prélude ce chapitre à fin d'aborder les éléments cliniques du diabète du type 2, ainsi son impact sur l'état psychique de la personne atteinte, il s'avère intéressant d'évoquer, certes, les notions qui l'indique et l'englobe, à savoir la santé, la maladie et la maladie chronique.

1- Définitions des concepts

1-1 La santé

Le terme « *santé* » signifie généralement « *un aspect d'absence de maladies et d'infections représentant ainsi un état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien* ». (Marnier, 2014, p.1035).

En 1986, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a fait évoluer la définition de la santé comme suit : « *la santé se définit par la mesure laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci* ». *La santé est donc perçue comme la ressource de la vie quotidienne, et non plus comme le but de la vie.* (Xiavier, 2016, p.8).

En effet, la santé, comme concept désigne d'une part, un état dont laquelle la personne ne souffre d'aucune maladie ou d'infection, et d'autre part elle est considérée comme une faveur

qui lui permet d'accomplir ses désirs et de combler ses besoins. La santé est donc un moyen dont la personne se sert à fin de se progresser et de continuer sa vie.

1-2 La maladie

La maladie, terme généralement identifié par une altération de l'état de santé, ou un état morbide dont la ou les causes sont reconnues ; altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et para-cliniques, une évolution, un pronostic et un traitement. (Ybert et al, 2001, p.559).

Selon J. Quevauvillier (2007), « *la maladie est toute altération de l'état de santé habituellement de façon subjective par des sensations anormales.* » (Quevauvilliers, 2009, p.567).

Donc, on comprend par maladie, une altération qui engendre un mauvais dysfonctionnement de la santé ou d'un organisme vivant, une entité particulière et évolutive, caractérisée par des facteurs et des signes cliniques reconnues et elle est suivie généralement par un diagnostic et un traitement spécifique.

1-3 La maladie chronique

Par définition, la maladie chronique « *Est une maladie de longue durée, caractérisée par des modes évolutifs différents et des exigences thérapeutique plus au moins contraignantes.* » (Bouche et al, 2004, p.9).

Dans la terminologie neurologique Berube (1991), définit la maladie chronique comme « *Une maladie de longue durée, caractérisée par des symptômes légères et évoluant par fois par la récupération ou par le décès par cachexie ou par une complication d'une maladie grave.* » (Berube, 1991, p.130).

Une évolutive particulière souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves, rechutes, handicap temporaire ou définitif, risque d'invalidité, sont les caractéristiques qui définissent une maladie chronique.

Nous allons dans les prochaines lignes aborder la notion du diabète. Initialement, nous allons présenter un survol de l'histoire du diabète jusqu'à la découverte de l'insuline, puis nous allons s'attarder sur ses différents aspects cliniques, et enfin nous allons aborder l'impact néfaste de cette maladie sur la dimension psychologique de la personne atteinte.

2- Histoire du diabète

Le diabète sucré est une maladie, il a été connu des égyptiens 3000 avant Jésus-Christ. Au V siècle avant l'ère chrétienne, les chinois savent déjà le distinguer grâce à la saveur sucrée des urines. Un siècle plus tard, Sechrona, médecin indou, décrit une affection associant saveur sucrée des urines, soif, polyphagie, mauvaise haleine et asthénie. Ce n'est que deux siècles plus tard que le mot diabète (du grec, diabaino, je passe à travers) semble apparaître la première fois en Grèce. (Khiati, 2014, p.20).

Le terme diabète était destiné à caractériser des personnes ayant une maladie dramatique qui entraînait une mort chez des sujets jeunes, ainsi était décrit 100 ans avant J-C une maladie qui est connue aujourd'hui comme étant le diabète de type 1.

Ce n'est que 1500 ans après J-C qu'un médecin européen (Paracelus) met en évidence dans les urines des diabétiques une substance qui se présentait comme une poudre blanche. À cette époque, cette substance qui a été du glucose fut confondue avec le sel.

Cent ans plus tard (1600 après J-C), on découvrit que les urines des diabétiques avaient un goût sucré. Le terme du diabète sucré (diabète mellitus) fut utilisé pour la première fois. Il fallut une centaine d'années supplémentaires pour que Thomas cawley découvre que la substance présente en abondance dans l'urine des diabétiques était sucrée. En 1800 après (J-C) Langerhans, découvre en Allemagne les îlots pancréatiques qui porteront ultérieurement son nom. (Colette, Monnier, 2014, p.33).

La maladie était également connue chez les arabes, sous l'appellation de « Boual » pour désigner les personnes présentant une polyurie mais également « d'urines sucrées » comme le rapporte les encyclopédies « Lissan El- Arab » et « El-Kamous El-Mouhit », au 5ème siècle Ibno Sina puis Ibno E'Ertiazi décrivent la maladie de façon remarquable et énoncent les premières règles diabétiques. (Khiati, 2014).

En Europe, c'est au XVI siècle que le médecin personnel du roi Charles II d'Angleterre, Thomas wiliss fait à son tour état du goût sucré de l'urine des diabétiques : plus tard au début du XIX siècle l'écossais John rollo signale l'hyperglycémie par l'adjectif latin mellite « sucré », permettant alors de distinguer le diabète des autres maladies également caractérisées d'abondante émission d'urine. (Buysschaert 2006, p.10).

C'est le français Emile lancereau, en 1979 distingue le premier diabète maigre (appelé

Chapitre I Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation

encore diabète Juvénile) diabète insulino-dépendant (DID), et plus tard diabète type 1. Et diabète non insulino-dépendant selon (DNID), type 2 selon la dénomination actuelle. À partir de la deuxième moitié du XX siècle la première avancé est du à Bergson salomon et Rosalyn qui mettent au point en 1959 la méthode radio immunologique et le dosage de insuline dans le plasma. (Dellus, 1996, p.9).

En 1975 sont mise en évidence les relations entre le diabète type 1 et gènes du système d'histocompatibilité majeur (système HLA). Le diabète de type 1 apparait comme maladie déclenchée par des facteurs d'environnement survenant chez sujets génétiquement prédisposés. Dans les années 1990, commence la production d'analogues de l'insuline à vie courte d'abord, puis à action prolongée. Au cours des dernières années des nouveaux médicaments voient le jour après une longue période de stagnation, comme les glitazones et les analogues.

La position de ces médicaments dans la stratégie thérapeutique du diabète de type 2 est l'objet de réévaluation permanente motivée par les données des nouvelles études et par le retrait de certaines classes thérapeutiques. (Monnier, Colette, 2014, p.33).

Nous terminons par l'histoire du diabète, pour passer aux définitions de cette maladie chronique, et pour cela nous avons choisi deux définitions, l'une nous l'avons retiré du dictionnaire illustré des termes de médecin, et l'autre selon Monnier et Schlienger.

3- Définitions du diabète

Selon le dictionnaire médical le diabète est un : « *Terme désignant plusieurs maladies distinctes qui ont on commun un trouble métabolique d'origine génétique ou hormonale, d'ont la nature est défini par l'épithète qui suit le mot diabète. Employé tout court, il désigne le diabète sucré* ». (Delamare et al, 2009, p.243).

Le diabète peut être défini comme « *Un état de carence relative ou absolue de la sécrétion insulinique endogène (production par les ilots de Langerhans pancréatiques) couplé ou non à un état d'insulino résistance (diminution de la sensibilité des tissus et organes périphériques à l'insuline)* ». (Monnier, Schlienger, 2018, p.12).

D'une manière plus simple, le diabète sucré est une maladie métaboliques chronique provoquée par un trouble du métabolisme des glucides et caractérisée par un taux anormalement élevé du sucre dans le sang qu'on appelle communément l'hyperglycémie et aussi dans les urines. Il apparait quand le pancréas ne sécrète pas assez d'insuline ou l'organisme utilise mal cette dernière qui est une hormone qui régule la concentration du sucre dans le sang.

4- Critères diagnostic du diabète

- Une glycémie à jeun supérieur à 1.26 g/l (7mmol/L).
- Une glycémie à la deuxième heure de l'hyperglycémie provoquée orale (HGPO) supérieure ou égale à 2g/l, et cela à deux reprises. (Grimaldi, Agnes, 2009, p.3).

5- Epidémiologie du diabète

Le diabète se développe de manière épidémique, sa prévalence augmente fortement et rapidement dans les pays industrialisés mais aussi dans les pays pauvres. Cette maladie représente un problème de santé publique majeur, dont l'ampleur grandit en raison de la transformation du mode de vie et de l'allongement de l'espérance de vie. (Lufebvre, 2002). Dans le monde, le diabète est une maladie mondialement répandue, cette pandémie mondiale concerne principalement le diabète de type 2 qui représente 80% de l'ensemble des diabétiques, et le type 1 environ 15%, les autres formes étant plus rares ou exceptionnelles (Chevenne, Foufred, 2001).

L'organisation mondiale de la santé, prévoit une croissance mondiale de la prévalence du diabète qui devrait atteindre 300 millions de malades en 2025 et 366 millions d'individus seront atteints de diabète en 2030. (Fontbonne, 2010).

En Algérie, selon différentes études épidémiologiques, la prévalence du diabète se situerait entre 8% et 12% ; il représente par ailleurs, la quatrième cause de décès. (Chami, 2015). Selon la fédération Algérienne des associations des diabétiques (FAAD), l'Algérie compte 2 millions de diabétiques de tout type confondus. (Salemei, 2010). Plus de 5.500 nouveaux cas de diabète ont été enregistrés au niveau d'Alger durant les neuf premiers mois de l'année 2018. (<https://www.alg24.net/diabète//2018>).

En se basant sur ces données et les études menées sur le diabète, nous constatons, qu'il est une maladie assez fréquente dans tous les pays du monde, dont aucune population ne lui échappe, qu'elle soit riche ou pauvre, il n'épargne aucune tranche d'âge, et frappe les deux sexes, une pathologie qui a évolué rapidement au cours de ces dernières années.

6- Le diabète en Algérie

Le diabète pose un problème majeur de santé publique, vu son augmentation dans le monde et notamment dans les pays en voie de développement comme l'Algérie, dans lequel cette

Chapitre I **Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation**

maladie est considérée parmi les pathologies les plus lourdes et fréquentes, où le nombre des diabétiques ne cesse de s'accroître au fil de ces dernières années. Selon les statistiques établis par l'OMS, l'Algérie comptait plus de diabétiques en 2007, soit une prévalence de 7,3% pour la même année et dont 10% de la population atteinte qui ignore leur maladie. Selon la direction de prévention du MSPRH, 150000 enfants sont diabétiques en 2010. Ces chiffres placent l'Algérie parmi les pays les plus touchés. Le diabète est la cause d'une forte morbidité et mortalité au sein de la population algérienne et considéré parmi les principaux motifs d'hospitalisation notamment chez les personnes âgées ce qui confirme le poids de cette pathologie parmi les affections chroniques de longue durée en Algérie. (<https://www.mondedz.com/diabete-en-algerie>).

Une enquête nationale réalisée par le ministère de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière, en coordination avec l'OMS pour la période 2016/2017, a révélé que plus de 14% des Algériens âgés entre 18 et 69 ans souffraient de diabète.

Le diabète menace sérieusement la santé des Algériens. Le pays compte aujourd'hui près de 5 millions de diabétiques et le taux de prévalence a augmenté de 8 à 16% durant les 15 dernières années. Des Chiffres en deçà de la réalité, si l'on considère qu'un diabétique sur 3 ignore être affecté par cette pathologie, a indiqué le président de la Fondation nationale pour la promotion de la santé et le développement de la recherche (FOREM) Khiati.

La prise en charge de cette maladie en Algérie, pèse lourdement sur les caisses de la sécurité sociale et du ministère de la santé. À en croire les chiffres avancés, le diabète absorbe à lui seul 1,4% du produit intérieur brut (PIB). Si ces maladies chroniques non transmissibles, à savoir les cardiopathies, les cancers, les maladies respiratoires et le diabète, progressent lentement, elles n'en constituent pas moins un fardeau pour le Trésor public, a précisé le Dr. Nadir, de la Direction de la prévention au ministère de la Santé. Les spécialistes en Algérie, recommandent le dépistage précoce et la prévention. La réduction de la prévalence des maladies chroniques (non transmissibles) repose essentiellement sur la lutte contre leurs facteurs de risque. (Dali-Sahi et al, 2012).

Les campagnes de sensibilisation et de dépistage précoce du diabète ont permis de recenser le nombre de diabétiques estimé en Algérie à 5 millions. Le président de la FAAD a appelé à la poursuite des campagnes de sensibilisation pour avertir des complications du diabète et du dépistage précoce, soulignant que les estimations de la FFAD font état que 10 % d'Algériens atteints de diabète ne le savent pas. N. Boucetta a sollicité le ministère de la Solidarité nationale,

Chapitre I Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation

de la Famille et de la Condition de la femme en vu de chercher un moyen de prise en charge des diabétiques non assurés qui représentent 25 % du total des diabétiques trouvant des difficultés à accéder aux médicaments. Il a également appelé les diabétiques trouvant des difficultés à accéder aux médicaments. Il a également appelé le ministère de la Santé et de la Population à mobiliser les ressources humaines et matérielles supplémentaires pour une meilleure prise en charge des diabétiques, surtout dans les zones éloignées où les malades trouvent des difficultés à se déplacer vers les établissements de santé spécialisés, à travers l'orientation d'un grand nombre possible de spécialistes vers ces zones. (<http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/2018>).

La réduction de la prévalence des maladies chroniques (non transmissibles) repose essentiellement sur la lutte contre leurs facteurs de risque. Le changement du mode de vie de la société algérienne, l'expansion urbanistique, la vieillesse de la population et la croissance démographique sont quelques facteurs ayant conduit, au cours de la dernière décennie, à la propagation des maladies non transmissibles. Le Dr. Nadir a fait savoir qu'un guide sur les nouvelles pratiques thérapeutiques, notamment de base, sera élaboré pour offrir à la population des prestations de qualité analogue dans les différentes spécialités. (Dali-Sahi et al, 2012).

En somme, toutes ces prévalences résument et indiquent que le diabète, une maladie non transmissible qui a son poids au sein de la population algérienne, du fait qu'il pose un sérieux problème de santé publique, en affectant les différentes catégories d'âge, allant de l'enfance à un âge plus avancé de la vie. Toutefois les médecins, les présidents des associations appellent à des sensibilisations, des campagnes, et à des dépistages précoces, dont le but de prévenir, et de retarder les complications de cette maladie incurable et de réduire le taux de mortalité dû à cette dernière.

Après avoir exposé les définitions du diabète, ses critères diagnostic, son épidémiologie, et la situation de cette maladie dans notre pays, nous allons voir maintenant ses types, ses facteurs, ainsi ses complications.

7- Les types de diabète

Il existe plusieurs types de diabète, cependant, nous avons choisis de décrire succinctement dans ce qui suit les trois types les plus connus : à savoir le diabète type 1, le diabète type 2 et le diabète gestationnel.

7-1 Le diabète type 1

Le diabète de type 1 était autre fois connu sous le nom de diabète insulino-dépendant (IDD) ou diabète Juvénile ce type de diabète apparait le plus souvent pendant l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte rarement chez les personnes plus âgées. Il touche environ 10% des personnes diabétiques. Il se caractérise par la destruction auto-immunitaire des cellules productrices de l'insuline suite de l'infiltration des macrophages dans les îlots de Langerhans. Les gens atteints sont donc dépendants de l'insuline qui doit être administrée par injection ou d'une pompe à insuline pour assurer sa vie. (Grimaldi, 2009).

7-2 Le diabète de type 2

Le diabète de type 2 ou non insulino dépendant (NIDD), ce type de diabète ne fait pas appelle à l'insuline. Il représente la forme la plus fréquente, il concerne surtout les individus âgés de plus de 40 ans et chez les obèses, il survient lorsque l'organisme développe une résistance à l'insuline au niveau des tissus périphériques associé à un déficit relatif de la sécrétion d'insuline et perd sa capacité à absorber et à métaboliser le glucose. (Guillausseau et al, 2003). De nombreuses personnes atteintes de diabète de type 2 en sont longtemps inconscientes car plusieurs années peuvent s'écouler avant que les symptômes n'apparaissent ou soient reconnus : Une envie fréquente d'uriner, surtout la nuit, une augmentation de la faim et de la soif, avec une sensation de bouche sèche, une somnolence excessive qui se remarque surtout après les repas, une vision trouble, des infections bactériennes ou à champignon plus fréquentes (infections urinaires, vaginites, etc.) (Florence, 2016, p.208).

7-3 Le diabète gestationnel

Le diabète gestationnel ou diabète des gravidiques est un trouble de la tolérance glucidique de sévérité variable débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse. (Blumental et al, 2009, pp.55-56). Cependant, les femmes qui ont fait l'objet de cette manifestation lors de la grossesse, environ 5% présentent un plus grand risque de développer plus tard un diabète de type 2. Il est à noter que le contrôle du poids après l'accouchement réduit de façon conséquente le risque de développer un futur diabète de type 2. (Yvon, 2010).

8- Les facteurs de risque du diabète type 2

Plusieurs facteurs d'ordre génétique et environnemental concourent à l'apparition du diabète et qui agissent ensemble pendant une certaine période précédant l'apparition franche de la maladie

8-1 Le facteur génétique

Il existe un contexte héréditaire très riche des antécédents familiaux de type 2 sont retrouvés chez plus la moitié des patients ; à l'inverse, le risque de devenir soi-même diabétique, si l'on a un parent diabétique de type 2, es d'environ 40%. Quant aux études des jumeaux monozygotes, elles montrent une concordance de plus de 90%.

Le mode de transmission de la maladie reste encore mal connu. Le type 2 est probablement une affection polygénique, c'est-à-dire déterminée par l'interaction d'anomalies de plusieurs gènes, aboutissant à une altération de la production et /ou de l'action de l'insuline. (Buyschaert, 2006, p.16).

8-2 L'insulino résistance

Elle est soupçonnée sur la coexistence d'une insuline normale ou élevée ou et une hyperglycémie, elle est démontrée par la technique de champ en glycémique hyperinsulinique. On perfuse des quantités croissantes d'insuline érogène la quantité du glucose qu'il est nécessaire de perfuser pour maintenir l'englycémie, correspond à la quantité consommée par les tissus périphériques. Chez les diabétiques non insulino dépendant, la quantité du glucose métabolisée est diminuée de 35 à 40%. (Idelman, Verdeti, 2000).

8-3 Facteurs de risque liés au mode de vie et aux comportements

8-3-1 L'alimentation

L'accroissement rapide de la prévalence et de l'incidence du diabète de type 2 chez les populations qui ont vécu une transition rapide vers un mode nutritionnel à l'occidentale est l'un des plus importants arguments en faveur du rôle majeur que peut jouer l'alimentation dans l'étiologie de type 2. (Buyschaert, 2011).

Le diabète non insulino dépendant peut être une conséquence à une alimentation mal équilibrée. En effet, les aliments très riche en calories et trop raffinées et faible en fibre et l'excès de lipides favorisent la survenu du diabète de type 2 par le biais de l'obésité.

Le diabète non insulino dépendant peut être une conséquence à une alimentation mal équilibrée. En effet, les aliments très riche en calories et trop raffinées et faible en fibre et l'excès de lipides favorisent la survenu du diabète de type 2 par le biais de l'obésité. (Perlumter, 1997, p.217).

8-3-2 Le tabagisme

Les personnes atteintes du diabète notamment type 2, sont également exposés à un risque élevé de maladies cardiovasculaires. La combinaison du diabète et du tabagisme accentue le risque de maladies cardiovasculaires et aggrave les complications du diabète telles que la néphropathie ou la rétinopathie. De plus au cours des dernières décennies, des données scientifiques ont fait leur apparition suggérant un lien entre le tabagisme et le développement du diabète de type 2. (ko, Cockman, 2005).

8-3-4 Le stress

Le stress peut être défini comme une perturbation de l'équilibre, une interruption de l'enchaînement régulier des habitudes, qui forcent l'individu à tenter de retrouver son équilibre antérieur ou d'en atteindre un nouveau. Tout changement qui suscite un inconfort psychologique ou physique peut être identifié comme source de stress. (Fortin, 2004, p.3). Le stress psychologique libère des hormones de stress ; glucagons catécholamines, hormone de croissance et cortisol qui ont pour effet d'augmenter la glycémie. Il s'agit en général d'un diabète qui commence par des glycémies certes élevées, mais n'entraînent ni les symptômes ni la découverte de sa présence. (Grimaldi, 2000).

8-3-5 L'inactivité physique

L'urbanisation, la mécanisation du travail ainsi que celle du transport et la nature des loisirs conduisent à une sédentarité croissante. La réduction de l'activité physique est responsable d'une diminution du captage du glucose par les muscles et du renforcement du phénomène de l'insulino-résistance. Associé à la disparition des défenses de thermorégulation, cette situation réalise un environnement bien éloigné de celui des campagnards chez qui le mode de vie repose sur l'effort physique. (Guillausseau, 2003).

9- Les complications du diabète type 2

Les complications du diabète peuvent être classées en deux grandes catégories : les complications métaboliques aiguës qui apparaissent à court terme et les complications chroniques qui se développent après plusieurs années d'évolution du diabète.

9-1 Les complications aiguës

Deux complications aiguës peuvent survenir lorsque la glycémie est trop élevée chez un sujet atteint du diabète. La première est le coma hyperosmolaire provient d'une déshydratation

Chapitre I Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation

du sujet engendrant une toxicité du sang telle qu'elle nuit gravement au cerveau. Ce coma est une urgence médicale fatale dans plus de 50% de cas .La seconde complication, l'acidocétose, peut être aussi fatale, elle est une conséquence de l'inulinorésistance : l'organisme, manquant du glucose, va chercher un autre carburant, les graisses, mais ce mécanisme engendre une production toxine dans le sang qui le rendent acide et toxique pour l'organisme. (Moira, 2013).

9-2 Les complications chroniques

Un diabète non traité ou mal contrôlé est à l'origine de six complications chroniques survenant à long terme :

- Les complications ophtalmologiques, et notamment les atteintes de la rétine, pouvant mener à la cécité ;
- Les complications rénales, telle que des infections urinaires, une néphropathie diabétique ou une insuffisance rénale chronique ;
- Les complications neurologiques, dont la fréquence est la polyneuropathie, qui correspond à une atteinte des fibres nerveuses, induisant une perte de sensibilité et ou de motricité ;
- Les complications cardiovasculaires ; 75% des personnes ayant un diabète de type 2 meurent d'une complication cardiovasculaire.
- Les complications du diabète, telles des pieds ou infections, elles peuvent s'accompagner d'ulcère, et parfois même nécessite une amputation.
- Les complications du système immunitaire qui prédisposent le patient à des complications infectieuses génitales et dentaires. (Moira, 2013, p.132).

En revanche, lorsqu'un patient diabétique développe l'une de ces complications liées à cette pathologie, dans certains cas, il peut parfois être hospitalisé, et pris en charge dans un établissement de soin. Dans ce même ordre d'idées, nous allons s'attarder dans ce qui suit sur les diabétiques hospitalisées, ensuite nous allons aborder le traitement du diabète type 2.

10- Les diabétiques hospitalisés

Au début soulignons que, le mot hospitalisation est difficile à appréhender, et sa définition a d'ailleurs évoluée. La définition historique été « *admission et séjour dans un établissement qui donne des soins* ». Alors que la définition actuelle est « *séjour d'un malade dans un établissement hospitalier* ».

Chapitre I Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation

Nous pouvons rajoutés, que dans le cas de l'hospitalisation, le patient ne choisit pas ses intervenants, ni ses prestataires, sa prise en charge est globale et les interventions du personnel, sont ordonnées et programmées. (Callanquin et al, 2008, p.29).

D'autre part, chez les diabétiques connus, une minorité d'entre eux sont hospitalisés pour rééquilibrer leur maladie. Les complications du diabète : cardiovasculaires, pied diabétique, etc., sont les motifs d'hospitalisation les plus fréquents. De plus, en raison de la prévalence du diabète, très nombreux sont les patients hospitalisés dans des services où l'expertise médicale et paramédicale est prioritairement appliquée à d'autres problématiques de santé. De ce fait, par mesure de prudence, le traitement hospitalier consiste souvent à tenter d'éviter les hypoglycémies mais au détriment de valeurs glycémiques trop élevées. La glycémie doit être mesurée systématiquement chez tous les patients hospitalisés.

Le traitement des patients diabétiques hospitalisés est soumis à plusieurs contraintes : ils subissent le stress lié à l'affection dont ils souffrent, les horaires et la qualité des repas diffèrent du quotidien, les apports alimentaires sont irréguliers ou suspendus (à jeun, nausées, retards liés aux examens ou interventions). Par ailleurs, les antidiabétiques oraux sont le plus souvent contre-indiqués. Les sulfonylurées présentent un risque élevé d'hypoglycémie lors de diminution des apports alimentaires, de surcroît elles ne permettent pas un ajustement rapide en cas de modification des besoins. La metformine est contre-indiquée dans toutes les situations aiguës d'insuffisance d'organe (insuffisance rénale, cardiaque, respiratoire ou hépatique) en raison du risque d'acidose lactique. Elle doit être interrompue 48 heures avant et après investigation radiologique avec produit de contraste iodé.

En outre, la prescription des antidiabétiques oraux dans le contexte hospitalier est limitée par les comorbidités du patient et par leur manque de flexibilité. De ce fait, l'insuline est le traitement le plus maniable à l'hôpital pour permettre un équilibre glycémique optimal malgré l'irrégularité des apports alimentaires. (Hagon et Polikar, 2007).

11- Le traitement du diabète du type 2

Le diabète est une maladie chronique qui nécessite un traitement à vie et une surveillance rigoureuse à fin de mener une vie plus confortable. L'objectif majeur du traitement du diabète de type 2 est non seulement la prévention des complications métaboliques aiguës, mais surtout la prévention des complications chroniques.

11-1 Diététique et hygiène de vie

Le traitement initial du diabète de type 2, repose sur l'évaluation et la modification réaliste des habitudes de vie (alimentation et activité physique). L'objectif de la prise en charge diététique est la correction des principales erreurs alimentaires qualitatives : celles-ci reposent sur la réduction des lipides surtout saturées, réduction dont les effets bénéfiques sur les glycémies peuvent être jugés en quelques jours.

L'activité physique consiste en des modifications réalistes du mode de vie quotidien et au tant que possible repose sur trois heures par semaine d'activité plus intensives et adaptée. (Amessou, 2009).

11-2 Le traitement médicamenteux

Le traitement du diabète non insulino dépendant repose sur trois groupes de médicaments:

- Les sulfamides, les biguanides et les inhibiteurs de L'αglucosidase.

11-2-1 Les sulfamides

Les sulfamides agissent par stimulation de l'insulino sécrétion de la cellule β, leurs effets extra pancréatiques sur l'insulino résistance sont controversés et peu probables. Les sulfamides agiraient en liant à un récepteur de la membrane de la cellule β, ce dernier, s'ensuivrait une dépolarisation de la membrane et une activation des canaux calciques. (Simon, 2000, pp.325-326).

11-2-2 Les biguanides

Les biguanides agissent au niveau périphérique ; elles diminuent la production hépatique du glucose à jeun en inhibant la néo glycoène et améliorent l'utilisation périphérique du glucose, elles ne modifient pas la sécrétion de l'insuline. (Simon, 2000, p.326.).

11-2-3 Les inhibiteurs des α-glucosidases

Ils ont été récemment introduits en diabétologie. Leur impact se situe au niveau de l'intestin grêle où il rentre en compétition avec α-glucosidases nécessaire à l'absorption des hydrates de carbone : par conséquent, ils agissent uniquement sur la glycémie poste prandiale. (Simon, 2000, p.327).

Enfin, bien qu'il soit connu depuis l'antiquité, le diabète demeure une maladie chronique, nécessitant un traitement à vie. Certes, la médecine a réalisée des progrès appréciables dans ce

domaine, mais le traitement définitif de la maladie diabétique reste inexistant à nos jours. Ce caractère de chronicité et d'incurabilité exige à toute personne atteinte de cette pathologie un traitement rigoureux et un contrôle régulier tout au long de sa vie, afin d'empêcher la survenue d'éventuelles complications.

Par ailleurs, le diabète comme toute autre maladie chronique qui a n'a pas seulement des conséquences physiques, mais elle peut entraîner aussi des répercussions psychologiques, de ce fait le diabète peut être donc le générateur de plusieurs troubles mentaux. Dans la suite de ce chapitre nous allons s'intéresser au vécu psychologique des diabétiques.

12- Le vécu psychologique des diabétiques

Avant d'aborder ce point, on souligne que lorsqu'une maladie touche une personne, cela ravive chez elle les sentiments d'insécurité ou d'échec qui ont jalonné sa vie. Le diagnostic du diabète peut ainsi constituer un choc et un stress pouvant affecter la vie de l'individu touché. Psychiquement, il n'est pas évident de vivre avec une maladie chronique comme le diabète tous les jours. En ce sens, elle prend des proportions alarmantes en suscitant de l'inquiétude chez les malades, depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à l'apparition des troubles psychologiques.

12-1 L'annonce du diagnostic

Lors de l'annonce de la maladie chronique par le médecin, toute l'existence de la personne est bouleversée ou du moins son rapport au temps.

Auparavant, elle savait qu'elle allait mourir un jour mais se comportait comme si elle était « immortelle », non concernée par la mort. L'annonce de la maladie chronique comme le diabète, représente un véritable « choc » pour la personne, il y a un changement de « sens » de sa vie, elle prend conscience que rien ne sera plus jamais comme avant et cela pour toujours. Entrer dans la maladie chronique, c'est comprendre sa proximité avec la mort, c'est la fin d'un temps de vie où la maladie était absente, il y a une notion d'irréversibilité. Commence alors un travail de séparation d'avec la vie d'avant et une modification de la vision du futur. L'avenir peut alors paraître incertain et menaçant du fait d'éventuelles complications. (Giraudet, 2006).

L'annonce d'une maladie chronique nécessite une stratégie d'annonce murement réfléchie et surtout adaptée à chaque patient et à chaque situation, car c'est un moment de crainte de conséquences, accompagné souvent d'une déshabilité voir une détresse. (Doré, Vinene, 2012.). Dès lors, l'annonce entraîne toujours un choc psychologique chez le patient, sa réaction est souvent imprévisible : surprise, angoisse, panique... quoi qu'il en soit, la charge émotionnelle

Chapitre I Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation

est violente. Elle aura un impact psychologique important avec trois types d'effets : L'annonce est un acte de baptême, elle entraîne un changement d'identité (apprendre que l'on a une maladie chronique c'est aussi apprendre que l'on est malade).

L'annonce nécessite enfin un travail de deuil, de l'état de santé antérieure, qui permettra l'acceptation de la maladie chronique. (Giraudet, 2010).

En fin, une bonne consultation d'annonce, jouera un rôle significatif dans l'acceptation de la maladie par le patient et dans sa bonne observance.

12-2 Les troubles liés au diabète

Le diagnostic du diabète peut provoquer chez les personnes atteintes, des troubles psychologiques. L'annonce de la maladie peut aussi exacerber ceux qui existeraient déjà. Il est important de déceler ces troubles afin qu'ils n'engendrent pas une mauvaise adaptation au traitement. On peut retrouver : des troubles psychologiques anxieux généralisés, qui se caractérise par une inquiétude intense, où la personne n'arrive pas à maîtriser, car elle est envahi par ses pensées et ses actes, et aussi des troubles dépressifs. (Olié, 2012, p.342). En ce sens, le diabète accroît le risque de dépression, l'association canadienne du diabète (ACD) révèle que la dépression frappe deux fois plus d'individus affligés du diabète comparativement à la population générale. Diabète et dépression doivent tous deux faire l'objet d'une gestion constante, les ignorer ne peut qu'empirer la situation, une dépression mal traitée peut couvrir bien des années et affecter sérieusement la vie professionnel, personnelle de la personne. (Zenad, 2013).

Ces troubles peuvent engendrer une moins bonne régulation de la glycémie et ainsi mener à des complications médicales. Lorsque ces troubles psychologiques sont observés par l'entourage proche ou par le médecin qui suit le patient, il leur est conseillé de diriger la personne vers un psychologue ou un psychiatre afin d'y remédier au mieux. (Olié et al, 2012).

12-3 L'éducation thérapeutique des diabétiques

Les pratiques d'éducation thérapeutique s'inscrivent le plus souvent dans une perspective cognitivo-comportementale ou psycho-émotionnelle. Au niveau cognitivo-comportemental, les apprentissages dépendent largement du type de diabète : Dans le diabète de type 2, l'accent est mis sur la compréhension de l'impact des mesures qualitatives «d'hygiéno-diététiques » et des traitements dans le contrôle des variables biologiques, ainsi que sur la prévention des

Chapitre I Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation

complications à long terme. Pour autant, la composante psycho-émotionnelle ne peut pas être négligée. L'individu est une trinité avec un moi biologique, un moi rationnel et un moi émotionnel et relationnel : bon nombre d'individus sont prêts à accepter des contraintes thérapeutiques quotidiennes, alors que d'autres les considèrent comme étant insupportables et difficiles à gérer.

Les mesures thérapeutiques ne doivent pas être présentées comme étant antagonistes aux projets de vie : elles doivent s'y intégrer. Le patient doit peu à peu avoir confiance dans sa capacité à gérer la maladie et avoir la conviction que cela en vaut la peine. La maladie et ses traitements mettent en jeu des connaissances, des croyances et des représentations qui peuvent aider ou faire obstacle à l'adoption de comportements rationnels. La tâche de l'équipe d'éducation thérapeutique est de permettre au patient de les exprimer pour aider si nécessaire à les modifier, afin de trouver le meilleur compromis entre ce qui est souhaitable et ce qui est possible. (Faucoud et al, 2010).

De ce fait, l'éducation thérapeutique est considérée parmi l'un des éléments essentiels de la prise en charge des diabétiques. Elle conditionne en bonne partie l'efficacité des thérapeutiques et contribue largement à la qualité de vie des patients.

Au cours de cette première partie de ce chapitre, nous avons présentées un aperçu sur les aspects cliniques et psychologiques essentiels du diabète de type 2, cette affection métabolique, grave, menaçant d'une manière graduelle, la santé publique dans le monde. Son évolution est silencieuse et insidieuse jusqu'à l'apparition des complications lourdes de conséquences en termes de morbidité et de mortalité, parmi ces complications on trouve le pied diabétique, qu'on abordera dans la seconde partie.

II- Le pied diabétique

Dans ce présent mémoire nous avons choisis d'aborder l'une des complications chroniques du diabète qui est le pied diabétique, du fait qu'il est une pathologie fréquente et lourde, qui touche les diabétiques et aussi car il est associées à une morbidité et une mortalité importante, de plus cette complication, s'accompagne souvent par de graves conséquence, et puis lorsque le patient ne suit pas ses traitements cela va engendrer des lésions et des ulcères au niveau de ce dernier.

1- Définitions du pied diabétique

1-1 Définition du pied

« Le pied est c'est un segment distale du membre inférieur ; il comprend le tarse, le métatarse et les orteils. Une extrémité inférieure d'une structure organique ». (Quevauvillier, 2000, p.371).

1-2 Définition de la plaie

« La plaie est une règle générale, une rupture de la cohérence anatomique et fonctionnelle du tissu vivant. Elle peut être également un défaut ou une dégradation de la peau ». (Ann et al, 2003, p.11).

1-3 Définition du pied diabétique

« Le pied diabétique est défini par l'ensemble des anomalies cliniques du pied chez une personne diabétique, qui est la conséquence du développement de complications chroniques du diabète ». (Martini, Senniville, 2018, p.96).

Le pied diabétique est un syndrome caractérisé, chez un diabétique sévère, par l'association complexe et à des degrés divers de troubles circulatoires périphériques, d'une neuropathie périphérique, c'est une infection, ulcération ou déstructuration des tissus profonds du pied associé à une neuropathie et/ou artériopathie périphériques des membres inférieurs, avec notamment perte de la sensibilité normale, d'une atteinte du système nerveux autonome. (Hartemann, Grimaldi, 2013).

À travers ces définitions, on résume que le pied diabétique représente l'ensemble des troubles trophiques secondaires à la conjonction de complications neurologiques, artérielles et ou infectieuses touchant particulièrement les extrémités distales des membres inférieures chez le diabétique, et qui sont directement liées aux répercussions du diabète.

Après avoir défini le pied diabétique, nous allons s'attarder dans les prochaines lignes à la physiologie, puis à la classification des lésions, ensuite, à la prise en charge hospitalière et multidisciplinaire du pied diabétique, et enfin à la prévention de ce dernier.

2- La physiopathologie du pied diabétique

Plusieurs mécanismes sont simultanément impliqués dans la survenue des problèmes au pied chez le patient diabétique.

2-1 Les neuropathies périphériques

La neuropathie périphérique associée au diabète constitue un important facteur du développement de plaies au pied. Elle est en cause dans 90% des cas d'ulcères du pied diabétique. Les neuropathies se distinguent selon les nerfs qu'elles altèrent, la gravité du déficit et les symptômes qu'elles provoquent. Elles sont de trois types: sensitives, motrices, et végétatives. (St-cyr, Martineau, 2017, p.35).

2-1-1 La neuropathie sensitive

Elle affecte les nerfs du système nerveux périphérique. Les nerfs sensitifs servent à un éventail de fonctions spécialisés notamment la transmission au cerveau des stimuli concernant la température, la douleur, la pression et la position du pied perçu.

2-1-2 La neuropathie motrice

Altère les nerfs moteurs contrôlant les mouvements du pied et le tonus musculaire, elle mène à l'atrophie musculaire.

2-1-3 La neuropathie végétative

Appelée aussi la neuropathie autonome, touche le système nerveux autonome. Ces nerfs contrôlent les fonctions biologiques comme la thermorégulation et la sudation. (St-cyr, Martineau, 2017, p.36).

2-2 L'artériopathie des membres inférieurs

L'artériopathie oblitérante de membres inférieurs (AOMI) du diabétique, quand elle est présente, est la principale cause du retard de circulation des plaies du pied diabétique. En cas de plaie chronique, elle n'existe que dans 50% des cas dont 10% isolés et 40% associés à une neuropathie. La prévalence de l'artériopathie chez les diabétiques est de 10 à 40% selon la définition que l'on donne. On comparant avec l'altérité chez le non diabétique, l'AOMI diabétique a les particularités suivantes :

- Elle est plus fréquente, plus précoce, plus sévère ;
- Elle est le plus souvent asymptomatique, notamment la circulation intermittente est absente chez plus de 50% des diabétiques ;
- Il y a moins de différence entre les sexes. L'artérite touche deux hommes diabétiques pour une femme diabétique ;
- Elle progresse plus rapidement ;

-Elle est plus distale : elle épargne les troncs aorto-iliaques. (Havan, 2008, pp.30-32).

2-3 L'infection

L'infection des tissus mous et ou/ des structures ostéo-articulaires est une menace gravissime pour le pied diabétique. Les germes impliqués sont aérobies (Staphylocoques, streptocoques, pyocyaniques et protéus) ou anaérobies. La flore est souvent polymicrobienne. Le diagnostic repose sur l'anamnèse (recherche d'un facteur déclenchant), et sur l'examen qui montre un pied rouge et œdématisé, une porte d'entrée (crevasse ou fissures) et /ou une mycose interdigitale (qui peut être responsable sur infection avec cellulite). (Buyscharet, 2006, p.117).

2-4 L'ostéo-arthropathie

L'augmentation localisée de la pression plantaire intervient dans la survenue d'ulcère chez le patient diabétique. La déformation des pieds et la rigidité articulaire favorisant cette augmentation localisée de pression. Les déformations sont la conséquence de l'amyotrophie consécutive à la neuropathie motrice. Elle augmente le risque de lésion en créant des frottements et une hypertension. Elles se manifestent par une hyper extension des orteils. De plus, la glycation des protéines de la peau, des tissus mous et des articulations, entraîne une limitation des amplitudes articulaires. Par ailleurs, l'examen clinique est fondamental pour rechercher le témoin de l'hyper pression et des micros traumatismes qui est l'hyperkératose localisée. (Aboukrat, 2000, pp.209-210).

3- La classification des lésions du pied diabétique

3-1 Pied diabétique à risque

Tous les patients présentant soit une neuropathie (dysesthésie, paresthésie, anesthésie, hyperesthésie), une arthropathie, une dermopathie (altération unguéal, sécheresse de la peau, atrophie des tissus cellulaires sous cutanés. (Buffet, Vatié, 2010).

3-2 Ulcère neuropathie

Ulcère en regard d'un point de pression ou de déformation du pied, de forme arrondie, avec hyperkératose péri-ulcéreuse et indolore, perfusion artérielle adéquate avec pouls périphérique présents ; les trois localisations principales sont : face plantaire des premiers et cinquième métatarsien et calcanéum postérieur.

3-3 Maladie de Charcot

Subluxation plantaire du tarse et perte de la concavité médiale du pied causée par le

déplacement de l'articulation calcaméo-astragaliennne, associée à une luxation tarso-métatarsienne.

3-4 Ulcère neuro-ischémique

Ulcère nécrotique initialement sec et de localisation habituellement latéro-digitale, progressant rapidement en une forme humide et suppurative en cas d'infection surajoutée, généralement pouls absents et neuropathie associée. (Buffet, Vatie, 2010, p.202).

3-5 Pied diabétique infecté

Diagnostic clinique et non microbiologique car la plaie est toujours colonisée par la flore commensale du patient, diagnostic d'infection devant au moins deux des signes suivants : augmentation de volume, œdème péri lésionnel, sensibilité locale ou douloureuse, présence de pus ou chaleur locale. (Buffet, Vatie, 2010, p.202).

4- La prise en charge du pied diabétique

4-1 La prise en charge hospitalière du pied diabétique

En cas de nécessité d'antibiothérapie, il est indispensable de réaliser des prélèvements bactériologiques profonds, tissulaires et/ou osseux si possible. En cas de signes locaux extensifs ou généraux, une antibiothérapie probabiliste peut être débutée avant les résultats des prélèvements. Dans le cas de plaies avec signes locaux inflammatoires sans signes généraux ou une ostéite chronique, il faudra attendre les résultats des prélèvements.

Selon (Senneville, 2011), le choix des antibiotiques se portera sur des molécules à bonne diffusion osseuse, en évitant une monothérapie, avec un spectre suffisamment large pour couvrir les germes aérobies et anaérobies. L'antibiothérapie sera ensuite adaptée en fonction de l'évolution clinique et le résultat des antibiogrammes. La durée d'antibiothérapie varie en fonction de la situation clinique, l'extension du sepsis et l'existence d'une atteinte osseuse : ostéite avec foyer infectieux réséqué : 15 jours, ostéite aiguë : 4 à 6 semaines, ostéite chronique: 3 mois. La littérature actuelle confirme une tendance à des durées d'antibiothérapie plus courtes.

La décharge avec arrêt de l'appui total reste bien entendu indispensable. On pourra avoir recours à une chaussure de décharge de l'avant-pied en cas de plaie au niveau de l'avant pied, une chaussure de décharge de l'arrière-pied en cas de plaie au talon, une canne anglaise, une botte de décharge, voir un fauteuil roulant. En cas d'alitement, il faut prescrire un matelas anti

Chapitre I **Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation**

escarre avec protection des talons et une héparinothérapie préventive. La vaccination anti-tétanique des patients doit être vérifiée en cas de plaie avec injection d'un sérum anti-tétanique et mise en route d'une vaccination chez les patients dont les vaccins ne sont pas à jour. (Bouilloud et al, 2008, p.3).

4-2 La prise en charge multidisciplinaire du pied diabétique

Le pied diabétique est une pathologie complexe qui impose une prise en charge multidisciplinaire, cette dernière mérite une bonne coordination entre tous les professionnels de santé.

La prise en charge des lésions du pied pour le diabétique par une équipe multidisciplinaire s'avère indispensable, souvent au sein des structures hospitalières, qui font intervenir différents acteurs : diabétologue et son équipe, chirurgien (orthopédiste, plasticien, vasculaire), équipe vasculaire (angiologue, radiologue, chirurgien), médecin podologue, laboratoire, pédicures et podologues. (Hamonet et al, 2010, p.306).

Plusieurs études ont démontrées son efficacité et notamment soulignées le taux de sauvetage. Cette prise en charge fait appel aux médecins traitant au service diabétologie et infectiologie et les spécialistes d'imageries (radiologue, médecin nucléaires). En plus, les antibiothérapies et le rétablissement d'un rapport artériel satisfaisant l'obtention d'un équilibre glycémique, le débridement d'ulcération. La décharge de la plaine, ainsi que par le traitement d'anti-infectieux (notamment osseux).

Une étude menée par Hamonet et coll en 2010, met en évidence l'efficacité d'une consultation multidisciplinaire de pied diabétique en prévention primaire, mais également en prévention secondaire. L'objectif est une coordination et une harmonisation des soins et des différentes interventions, avec une stratégie concertée. (Hamonet et al, 2010).

5- La Prévention du pied diabétique

Les personnes atteintes du diabète doivent examiner leur pied régulièrement ou à un membre de leur famille ou à une aide-soignant de leur faire à leur place. L'inspection quotidienne est le fondement de la prévention des ulcères du pied diabétique. Toutes les plaies et les blessures doivent être prises au sérieux dès le début.

- Un nettoyage régulier et en douceur avec de l'eau savonneuse, suivie par l'application des crèmes hydratantes aide à garder la peau saine ;
- On devrait s'assurer que les chaussures sont bien ajuster ;

Chapitre I Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation

- Envisager l'utilisation des chaussures athlétiques ou de sport ;
 - Il faut toujours rappeler aux patients d'éviter l'immersion dans l'eau chaude ;
 - Les blessures mineures devraient être nettoyées délicatement et traitées avec un antiseptique topique.
- Le repos au lit ; fauteuil roulant, avec horizontalisation de membre inférieur concerné pour diminuer l'œdème de stase. (Dabellay et al, 2011, pp.894-897).

En somme, le pied diabétique est l'une des complications les plus impressionnantes de la maladie, vu son impact négatif et considérable sur la vie des patients, et au fait qu'il peut engendrer des infections qui peuvent conduire à l'amputation, qui est considérée comme l'acte de la dernière chance pour sauver la vie du patient.

III- L'amputation

L'amputation constitue pour la personne qui la subit une épreuve physique et psychologique majeure car elle modifie l'apparence : modification d'une partie du corps. Cette dernière partie de ce premier chapitre, constitue une présentation historique, épidémiologique, causale, ainsi on va mettre l'accent sur les effets secondaires, physiques et psychologiques de l'amputation, ces aspects vont permettre de mieux comprendre les enjeux corporels et psychiques qui ont découlé.

1- Rappel historique de l'amputation

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 ou telle qu'elle était pratiquée au début de XVII^e siècle, une fois les membres sciés, les artères étaient ligaturées, le moignon était cautérisé avec la poix. (Mieret, 2006).

Avec l'évènement de l'asepsie, et les progrès enregistrés en chirurgie, des techniques d'amputation furent décrites depuis le XVIII^e siècle. Ainsi en 1748 l'amputation de la Laouette fut décrite, elle est synonyme de la désarticulation de la hanche. En 1780, le premier hôpital destiné aux malades orthopédiques fut fondé en Suisse. Hippocrate, célèbre médecin grec du V^e siècle avant (J.C) utilisant des ligatures contre les hémorragies et proposa l'amputation pour les malades atteints de gangrène.

À la fin du XVIII^e siècle, le palâtre fut introduit par Mathysen A, médecin militaire Néerlandais, pour immobiliser les fractures. Vers 1843, Syme James, décrit une technique

Chapitre I Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation

d'amputation au niveau de l'articulation tibiotarsienne. En 1857, Rocco grititi, et en 1881 Pirrogof, décrivaient respectivement des techniques auxquelles ils donneront leurs noms. En 1895, ce fut la découverte des rayons x par Wilhelmy conrad röntgen, ce ci facilitera l'étude de la pathologie osseuse et de diagnostiquer les fractures. Plus tard, en 1914, Panchet préconise l'amputation en saucisson en cas d'extrême d'urgence et de choc intense, cette intervention est synonyme de de la guillotine anglaise.

Aujourd'hui, en dehors des traumatismes, l'amputation est pratiquée dans le traitement de plusieurs autres affections, parmi lesquelles on peut citer : les tumeurs, les brulures, les gangrènes souvent consécutives à un traitement d'origine traditionnelle des fractures. (Mieret, 2006).

2- Définitions de l'amputation

« L'amputation Est une ablation chirurgicale d'un membre ou d'un segment de membre, par section de ses parties osseuses ». (Quevaullier, 2009, p.43).

L'amputation est donc considérée comme une opération chirurgicale qui consiste à enlever un membre, une partie du corps humain, elle est vue comme le dernier recours qui vise principalement à sauvegarder l'intégrité corporelle de la personne.

3- Épidémiologie de l'amputation

- Une amputation de membre inferieur chaque 30 secondes dans le monde.
- Première cause d'hospitalisation pour infection chez les diabétiques.
- Première cause (70%) d'amputation de jambe non traumatique.
- 15 % des diabétiques présenteront un ulcère du pied durant leur vie.
- Les atteintes au pied constituent entre 10 et 20% des motifs d'hospitalisation au service de diabétologie en Algérie. (Ziani, 2011).
- Dans 50 % des cas une nouvelle amputation est réalisée dans les 5 ans.
- 5 à 10 % des diabétiques seront un jour victime d'une amputation. On comptabilise environ 10000 amputations par an due au diabète. (Richard, Schuldiner, 2008).
- 50 % des amputations peuvent être évitées. (Grimaldi, 2009).
- 5 à 10 % des diabétiques en Algérie souffrent de lésions de pied, dont 7% subissent une amputation. (Ziani, 2011).

4- Les douleurs liées à l'amputation

Selon Sautreuil (2007), il existe cinq formes de douleurs qui peuvent ressentir les amputés: Sensation de la douleur, douleurs du membre fantôme, douleurs d'adaptation à la prothèse, douleurs en rapport avec des troubles ischémiques du moignon appareillé et douleurs de névrome pathologique.

Tous les amputés ressentent immédiatement après l'amputation la sensation de permanence disparue. Elle est positive et n'a pas de connotation douloureuse. L'hallucinoïse ou membre fantôme est souvent tout le temps présente chez une amputation récente. C'est la perception du membre qui vient d'être retiré. Les sensations de mouvements, ainsi que les sensations intéroceptives et kinesthésiques sont fréquentes. (Sautreuil et al, 2007).

L'algo hallucinoïse ou douleur fantôme, correspond à des douleurs ressenties dans le membre fantôme. Elle affecte 72 % des patients en postopératoire immédiat, avec une persistance au long cours chez la moitié d'entre eux. Les douleurs sont distales à type de brûlures dysesthésies, crampes, contractures, décharges électriques. Elles ne sont pas constantes, formant un fond douloureux avec des accès paroxystiques spontanés ou provoqués par des facteurs extérieurs. Les douleurs du moignon, conséquences directes de l'amputation, sont fréquentes. Elles sont liées soit à une pathologie locale du moignon décelable à l'examen clinique, en rapport avec la section de filets nerveux. (Rezette, 2008, p.58). C'est une dimension particulière des douleurs liées à l'appareillage prothétique. Le moignon n'est pas toujours en mesure de supporter les contraintes de l'appareillage.

Ainsi, les douleurs d'adaptation à la prothèse, c'est le problème des consultations médico techniques d'appareillages. Les problèmes d'adaptation viennent soit d'un moignon infectieux, soit de la prothèse. Et enfin, les douleurs de névrome pathologique qui s'agit avec délai d'apparition qui se compte le plus souvent en années, voir en décennies, de douleur de type de pulsation, torsion, brûlures, décharges électrique fulgurantes. Une des caractéristiques de ces douleurs est d'augmenter avec le temps, de résister progressivement aux manœuvres ou aux médicaments jusqu'alors efficaces. (Sautreuil et al, 2007).

De ce fait, Il est nécessaire pour le patient qui a subi une amputation due au diabète, de recevoir les meilleurs soins possibles, et une prise en charge précoce globale, avec une collaboration active du patient et de son entourage.

Chapitre I Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation

D'autre part, les causes de l'amputation sont nombreuses, nous avons choisi dans ce qui suit, de présenter et de mettre l'accent sur celles qui sont les plus fréquentes à savoir les accidents, les amputations congénitales et les maladies.

5- Les causes de l'amputation

5-1 Les accidents et les amputations congénitales

En premier lieux, 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-électrocution. 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-électrocution. 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 revient des complications. (Curelli, 2004, pp.7-8).

Par ailleurs, un membre l'aplasie ou absence congénitale du tissu ou d'organe réalise une lésion qui peut être l'équivalent d'une amputation, mais le 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 Hindermeyer la fréquence des grandes agénésies des membres semblent se situer autour de 10 à 15 cas pour 1000000 naissances. Ces agénésies correspondent à des malformations dues soit à une cause médicale, soit à une anomalie embryonnaire. Et de façon plus exceptionnelle la lèpre ou l'actinomyose, ou encore comme les affections neurologiques (Spinabifida, agénésie rachidiennes inférieures). Il faut encore citer les guerres et les mines anti personnelles comme des causes malheureusement encore importante d'amputation.

Enfin, bien que celles-ci soient relativement, il ne faut pas oublier d'évoquer les erreurs médicales comme cause susceptible d'engendrer une amputation. (Curelli, 2004, p.9).

5-2 Les maladies

Différentes pathologies peuvent être provoquées :

¾ les artérites qui sont des lésions artérielles d'origine inflammatoire ou dégénératives

aboutissent à l'épaississement des parois, avec parfois la dilatation et ou des vaisseaux. C'est le cas des gangrènes et des ischémies sensitivomotrices.

En effet, les maladies représentent la cause la plus fréquente d'amputation de tout âge confondu. Elles sont le plus souvent séniles ou présénile, mais peuvent survenir le plus précocement (tabagisme, maladie de Buerger).

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 artères des membres inférieurs qui peut conduire à une gangrène ischémique (interruption de l'irrigation sanguine). (Curelli, 2004).

6- L'aspect psychologique des diabétiques amputés

La maladie sévère ou chronique, est d'abord une souffrance parfois physique, utile quand la douleur est un signal d'alarme et un indice diagnostique, mais surtout souffrance psychologique et angoisse car elle représente un danger pour l'intégrité somatique et la vie. Elle peut atteindre l'intolérable quand elle ne comporte plus. En ce sens, dans ce qui suit nous allons nous intéresser à l'impact de l'amputation, en mettant l'accent sur les troubles que le diabétique amputé peut développer après cette intervention chirurgicale, à savoir : le traumatisme psychique et la dépression, ainsi nous allons expliquer le coping et les stratégies de coping auxquels il fait recours, dans le but de faire face à cette dernière.

6-2-1 Traumatisme psychique

Selon Lemp (2006), un traumatisme c'est tout événement subit, brutal, entraînant pour le sujet qui en est victime, des transformations plus ou moins profondes, plus ou moins réversibles. Pour faire face à un traumatisme tel que l'amputation d'un membre, le patient va passer par les étapes de deuil. Selon De Broca (2006), le travail de deuil est comparable à la métaphore de la cicatrisation d'une amputation. C'est donc le travail de toute une vie. (Bensmail, 2007).

D'après Kübler-Ross, le sujet passerait par 5 étapes constituant le travail de deuil. Ces étapes ne sont pas toutes vécues nécessairement par tous les patients. Il se peut également que certaines étapes se chevauchent, soient absentes, voir même inversées. Il y a une phase de déni qui peut être liée au refus du patient d'accepter sa situation. On peut également constater une phase de colère où le patient se révolte car sa situation est difficile.

Puis, il peut y avoir une phase de marchandage où le patient a plus ou moins accepté sa

situation mais il essaie de gagner du temps. Le patient peut également passer par une phase de dépression où il va se replier sur lui-même. La dernière étape est l'acceptation où le patient accepte sa situation et voit de nouveau sa vie de façon optimiste. Il faut également noter que chaque personne est différente et ne vit donc pas forcément toutes ces étapes, de même, leur durée est variable d'un patient à l'autre. Les étapes de deuil montrent le cheminement par lequel le patient peut passer, et durant ces étapes, le patient va utiliser ce qu'on appelle : des mécanismes de défenses. (Belkacem, 2007).

6-2-2 Dépression

La dépression se définit comme un trouble affectif qui se manifeste par un syndrome clinique dominée par l'humeur déprimée. Cette définition donne une primauté à l'émotion sur les autres aspects du syndrome dépressif, elle se traduit par l'expression verbale et non verbale de sentiments tristes ou agressifs. De plus, cette dépression est palpable à travers des idées suicidaires, les troubles de sommeil mais aussi l'humeur teintée d'une grande tristesse et pessimisme. (Blackburn, Cottraux, 2008).

Cette étape est primordiale, car elle apprête celle qui suit, ce qui est l'acceptation, le patient est triste et méditatif à cet instant, il manifeste deux attitudes, l'une d'elles est une dépression réactionnelle due à la perte de la Sainteté de son corps, et de la perception de soi, la deuxième, est une succession dépressive et de chagrin, qui sera préparatoire à la phase d'acceptation.

6-2-3 Coping et stratégies de coping

On peut trouver plusieurs mécanismes de défense : il y a l'annulation où le patient nie le diagnostic, et parfois même la dénégation lorsque le diagnostic est trop difficile à supporter, le patient préfère ne pas voir la réalité pour éviter d'angoisser. Le patient peut également s'isoler afin de rester détaché des événements et même être dans la régression et se détacher du monde extérieur. Il peut également déplacer son angoisse sur d'autres symptômes ou d'autres problèmes. Et il peut aussi exprimer sa souffrance par de l'agressivité. Parfois, le patient peut essayer maîtriser ce qui lui arrive en gérant tous les détails de sa pathologie. Il peut aussi être combatif et se surpasser pour faire face à l'altération physique. Ces étapes de deuils et ces mécanismes de défenses sont utilisés involontairement par le patient pour faire face à la difficulté de leur pathologie et de l'intervention. En effet, l'amputation va bouleverser leur schéma corporel et peut altérer leur estime d'eux-mêmes. (Piquet, 2016).

De ce fait, on peut révéler que le vécu de l'amputation est une expérience douloureuse qui

Chapitre I Diabète, hospitalisation, pied diabétique et amputation

entraîne une souffrance et un bouleversement psychologique, car elle affecte et impacte négativement la vie des patients, ce qui nécessite la mise en place des stratégies d'adaptation à fin de surmonter cette épreuve.

De tout ce que nous venons de voir, nous pouvons révéler que l'amputation définie au sens premier comme la perte d'un membre, ampute la vie quotidienne du patient. Les répercussions corporelles s'observent d'un point de vue physique marquée par une modification du schéma corporel et d'un point de vue psychologique par l'apparition des troubles psychiques. Il est donc primordial d'offrir à cette catégorie de malade, une éducation continue et de qualité, adaptée à leurs besoins et dispensée par des prestataires de soin compétant, ainsi un accompagnement et une prise en charge psychologique est requise et nécessaire pour leur permettre de se résilier, de faire face et de mieux vivre leur maladie.

Synthèse

À la lumière de ces données, on résume que le diabète est une maladie, organique, chronique, fréquente, qui prend de l'ampleur dans notre pays car elle reste une des maladies en plein augmentation, et qui est difficile à guérir, mais facile à prévenir. Une pathologie qui impose aux personnes atteintes d'adhésion éclairée à des règles de vie.

En raison des complications de cette maladie, les personnes atteintes sont souvent confrontées aux problèmes engendrés par ces dernières, qui sont à l'origine des ulcères au niveau du pied, et qui dans les cas graves conduisent à l'amputation, une expérience particulièrement éprouvante et choquante, un moment difficile que vit chaque diabétique amputé et son entourage, car celle-ci entraîne des modifications et des dégradations de son image corporelle, comme elle peut engendrer aussi pour certains, des états émotionnels pénibles tel qu'un traumatisme psychique qu'il sera question de l'aborder dans le prochain chapitre.

Chapitre II

Trauma et résilience

Préambule

La violence, les agressions, les maladies chroniques, sont des événements qui menacent et qui portent atteinte à la sécurité des personnes, elles peuvent développer de graves effets sur la santé physique par des blessures corporelles, et sur la santé mentale à travers des manifestations psychologiques tel que le traumatisme psychique, qui est l'un des états émotionnels que le sujet peut vivre après un événement douloureux et violent, et dont lequel il se trouve incapable d'y répondre adéquatement, car le fait de vivre un événement traumatisant peut compromettre le sentiment de sécurité et le sentiment d'identité, ainsi que la capacité à réguler les émotions et à s'orienter dans ses rapports avec les autres. À cet effet, un des processus peut être mis en place par certaines personnes qui peuvent être moins affectés, ou ne pas développer des troubles mentaux dans des situations à caractère traumatisant, ou face à l'adversité afin de parvenir à tolérer une telle épreuve et pour revenir au fonctionnement normal, tout ce processus se résume en un seul mot qui est la résilience.

Ce second chapitre est divisé en deux parties, l'une s'attardera sur le traumatisme psychique, et l'autre portera sur la résilience, ainsi, dans les deux parties nous allons nous intéresser à l'historique, aux définitions, aux caractéristiques et aux particularités de ces notions, comme nous allons consacrer des points en les reliant avec notre thématique et l'approche que nous avons adoptée (TCC).

I- Trauma

Le traumatisme psychique est dû un événement qui survient d'une manière brutale et imprévisible, il parvient à se faire silencieusement et discrètement. Il arrive qu'il nous revienne en mémoire de façon incontrôlée, en nous causant de la souffrance qui est extrêmement intense, qui s'installe d'une manière insidieuse et qui confronte la personne à un choc si violent pour l'esprit qui n'a pas pu se préparer, s'en protéger et s'en défendre.

1- Histoire du concept de trauma

L'histoire du traumatisme psychique est vieille comme la violence et l'angoisse des hommes. Dans l'épopée sumérienne de Gilgamesh on en trouve les anciens récits légendaires et les mythes à partir de (2200 av.-C), mais l'antiquité nous livre aussi de véritables observations cliniques, telle celle que rapporte Hérodote (450 av .J.C) du guerrier athénien qui est devenu aveugle en pleine de bataille une véritable cécité de conversion hystérique, qui suspend la fonction de la vue par la frayeur. Hippocrate dans son traité des songes (420 av .J.C),

mentionne des rêves de bataille chez les guerriers quelques siècles plus tard, Lucrèce (40 av .J.C) décrit dans son livre les rêves traumatique, vers (1100 après J.C) les pensées traumatiques sont également rapportées dans la chanson de Roland. Quatre siècles plus tard L'Iliade, et Froissard dans ses chroniques mentionne lui aussi des rêves de bataille, les cauchemars somnambuliques. Les guerres de religion ont été pourvoyeuses d'événement traumatique cruel et horrifiant.

Quelques décennies plus tard vers 1600, deux pièces de Shakespeare font état de rêve et de cauchemars traumatiques, dans une troisième pièce Macbeth (1605) il décrit les hallucinations du sang sur la main pour Lady Macbeth. En 1654, le philosophe Pascal, failli être versé dans la seine avec son Carros par ses chevaux emballés et il a présenté ensuite tous les symptômes qui sont décrit plus tard sous le nom de « *névrose traumatique* ».

Les événements de la révolution et les guerres de l'empire ont fourni à l'aliéniste Philippe Pinel une ample moisson de cas clinique consécutifs à des frayeurs et d'émotion morales traumatique, qu'il classe en (1808) dans sa nosographie philosophique.

Vers 1850, Desgenettes, Larrey et Percy, chirurgiens de l'armée napoléonienne qui vont dénommer « *syndrome du vent du boulet* » les états confuso- stuporeux des combattants épargnés de justesse mais commotionnés par un boulet qui les a frôlés.

Par ailleurs, les guerres du milieu du XIX siècle sont encore plus meurtrières et vulnérantes. C'est dans cette époque, que certaines personnalités ont attirés l'attention sur les souffrances psychiques des blessés et l'étrange surprise qui saisit les combattants, au seuil de la mort et le désespoir des blessés abandonnés sur le champ de bataille. (Coutanceau, Smith & Lemitre, 2012, pp.177-179).

En 1888, le psychiatre allemand Herman Oppenheim introduit le concept « *traumatisme psychique* » dans la psychopathologie dans son ouvrage « *les névroses traumatiques* » illustré 42 cas de névrose à des accidents de travail ou des accidents de chemin de fer. Ainsi, il a créé des tableaux cliniques de l'autonomie nosologique en créant l'entité diagnostique « *névrose traumatique* », caractérisée par les souvenirs obsédants de l'accident, les troubles de sommeil, des cauchemars de reviviscences, les phobies électives ainsi qu'une certaine labilité émotionnelle. Oppenheim demeure aujourd'hui une référence dans l'histoire. (Crocq, 2007).

En 1889, Pierre Janet aborde pour la première fois le traumatisme psychologique dans sa thèse « l'automatisme psychologique » comme des excitations secondaires à un événement

violent faisant effraction dans le psychisme. (Chidiac & Crocq, 2010).

Quatre ans plus tard, 1893 dans sa communication préliminaire Freud découvre que Janet professe des idées semblables aux siennes et lui a emprunté les hypothèses de la dissociation du conscient, le corps étranger « *parasite* » et trouve le mot de « *réminiscence* » que Janet n'avait pas su trouver. (Chidiac & Crocq, 2010). Freud préconise « *la méthode cathartique* » qui consiste à faire revivre au patient (sous hypnose) l'événement assorti de toute sa charge d'affect pour débarrasser le psychisme des affects traumatique restés coincés et à lui établir des associations d'idée à son sujet, afin de lui attribuer de sens et de pouvoir réinsérer dans le continuum de l'existence. En 1895, Freud développe l'hypothèse le traumatisme est de nature sexuelle c'est la théorie de séduction l'enfant a subi une tentative sexuelle de la part d'un adulte dont il n'a pas pu comprendre la signification de fait de son immaturité sexuelle. (Ghiglione, Richard, 1999, p.584).

Cependant, dès 1897, Freud fait part dans une lettre adressé à Wilhem Fliess de sa frustration et de sa perplexité, il renonce à la croyance en la neurotica et donc au traumatisme de séduction précoce par un adulte. Ce rejet lui permet de remplacer la réalité de l'évènement par celle du fantasme, le danger traumatique devient essentiellement interne et d'ordre pulsionnel ce qui demeure par la suite sa préoccupation centrale. (Samai-Haddadi, 2010).

En 1920, dans son essai au-delà de principe de plaisir il développe sa théorie de trauma où il utilise une métaphore économique pour figurer ce qu'il appelle « *effraction traumatique* ». Il a utilisé l'image de la « *vésicule vivante* » système énergétique en constant remaniement, protégée en surface par le « *pare-excitation* » tenant d'expulser, de décharger ces stimulations devenues internes. (Crocq, 2014). Dix ans plus tard, en 1930, Ferenczi à la différence de Freud il va confronter directement aux traumatismes de guerre, il va soigner les patients revenus du front qui présentent des troubles psychiques. En 1932, Ferenczi reprendra la théorie du traumatisme en réfléchissant sur les violences sexuelles subies par les enfants de la part des adultes pour lui le traumatisme se caractérise par l'importance du silence la fragmentation de la vie psychique, le rôle de la haine et l'identification de l'agresseur ainsi qu'il revient sur l'étiologie des névroses et particulièrement sur les facteurs extérieurs à l'origine de ces psychopathologies rappelons-nous que pour Freud n'a plus cours or que l'auteur soutient l'idée abandonnée par Freud « *adulte séducteur* ». (Ghiglione, Richard, 1999).

En 1964-1973 la guerre de Vietnam menée par les Américains qui a reproduit à grande échelle de cette pathologie de faible intensité de combat, où la nostalgie interfère avec le trauma

et aux conduites additives qui viennent compliquer les tableaux cliniques. Le nombre élevé des post-vietnam syndromes observés après le retour en métropole (700 000 cas sur les 3 millions d'hommes envoyés au Vietnam soit presque un sur quart) a conduit les auteurs à la nouvelle nosographie psychiatrique américaine DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) à réintroduire la névrose traumatique dans un catalogue, d'où elle avait disparu dès le lendemain de la première guerre mondiale mais en dénommant PTSD posttraumatique stress disorder, mal traduit en Français par « *état* » de stress post-traumatique car le DSM refuse le terme névrose entaché à ses yeux de résonance Freudienne. Deux révisions successives (DSM-III-R en 1987, DSM-IV en 1994, le DSM-IV-R en 2000, et le DSM 5 en 2013), la classification internationale des maladies CIM 10, dans sa 10ème édition fait état d'un syndrome en tout point semblable. (Coutanceau, Smith, 2012).

Après la guerre, les psychiatres français ont continué à s'intéresser à la névrose traumatique ont tirés des travaux des psychanalystes et leurs prédécesseurs citons les psychiatres militaires Crocq, Lebigot et Barrois sur les considérations sur la confrontation avec le réel de la mort cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qui es vraiment la mort comme anéantissement et non pas cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes a la mort. (Lebigot, 2006, p.7).

L'histoire de traumatisme psychique est ancienne il a fait couler plusieurs encre il a été modifié renommé par des grandes personnalités de l'époque jusqu'à nos jours il se développe avec l'existence de l'être humain et les événements de vie il est parmi les grandes problématiques de la psychopathologie et la psychologie vue son importance et son influence sur la vie de l'être humain.

Nous terminons par l'histoire du concept de trauma qui remonte à l'antiquité, une notion très antique et un concept qui a fait attirer énormément de chercheur, et qui a été remanié à plusieurs reprises, pour présenter dans le point suivant six définitions distinctes du traumatisme psychique proposées par des différents auteurs.

2-Définitions du traumatisme psychique

Selon les TCC, le traumatisme psychique correspond à la répétition de pensées, d'images, d'émotions, de sensations, de rêves ou de cauchemars en relation avec l'évènement traumatique vécu. Ce syndrome de répétition s'accompagne d'une submersion émotionnelle, avec une tension anxieuse permanente et de l'évitement des situations qui rappellent, de près ou de loin, l'épisode traumatique. (Cottraux, 2007).

Laplanche et Pontalis se sont inspirés des définitions de Freud et ont considéré que le traumatisme psychique était un « *événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durable qu'il provoque dans l'organisation psychiques* ». Ils complétèrent cette définition en ajoutant que le traumatisme se caractérise « *par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité à maintenir et à élaborer psychiquement ces excitations* ». (Laplanche, Pontalis & Pontait, 1996, p.286.).

Nous avons choisi la définition de Laplanche et Pontalis, car elle s'est inspirée des travaux du père de la psychologie S. Freud, qui a été parmi les précurseurs qui ont introduit la notion du traumatisme psychique. À travers cette définition, nous pouvons déterminer le traumatisme comme étant un événement bouleversant et assez fort pour ne pas être assimilé adéquatement et pouvant provoquer des troubles psychologiques.

Crocq (2014), définit le traumatisme psychique comme : « *Un phénomène d'effraction de psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (psychique et physique) d'un individu qui est exposé comme victime témoins ou acteurs.* ». (Crocq, 2014, p.10). Dans cette optique phénoménologique, Crocq estime que le traumatisme est une conséquence de la confrontation à la mort, il s'agit d'un danger intérieur qui est de l'ordre de l'horreur, ce n'est pas nécessaire d'être victime pour dire que c'est un traumatisme, mais la personne peut être témoin ou acteur de cet événement.

Nous exposons dans ce qui suit l'approche athéorique du DSM 5 et de la CIM car elle fournit une description claire du trouble en question, et ce, grâce à ses critères diagnostiques. Rajouter à cela, ces deux classifications ont eu un retentissement mondial considérable. Il n'est donc pas possible de les contourner ici dans notre travail.

Selon le DSM 5 (2015), l'état de stress post traumatique (PTSD), survient après un événement traumatique à propos duquel l'individu croit qu'il a été en danger physique pour sa vie. Il peut survenir aussi après avoir été témoin d'un événement traumatique survenu à quelqu'un ou sont arrivés à un membre de la famille proche ou un ami proche. Ce trouble débute généralement peu après l'événement traumatique bien que dans certains le début peut tarder des mois et des années avant son apparition. (DSM 5, 2015, p.320).

Selon la CIM10 (2008), l'état de stress post traumatique constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant, exceptionnellement menaçant ou

catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars, et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité. (CIM 10, 2008).

La définition de la CIM 10 et dans sa version 2008, nous permet de comprendre que l'état de stress post-traumatique est une expérience qui peut survenir à court et à long terme et elle peut être grave et menaçante où la personne se sente en danger ou son état peut se compliquer en présentant des différents troubles psychologique et des troubles de personnalité.

De plus, d'après la CIM 11 (2018), le trouble de stress post-traumatique est un trouble qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Après un événement traumatique, le sujet revit le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars. Celles-ci sont généralement accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de fortes sensations physiques, ainsi il évite les pensées et les souvenirs de l'événement ou des événements, il évite les activités, les situations ou les personnes qui font penser à l'événement ou aux événements. Des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, par exemple, comme indiqué par l'hypervigilance ou par une réaction de surprise accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. (CIM 11, 2018). Cette définition est en cours, il s'agit d'une version provisoire mise en ligne en juin 2018 et qui sera adoptée prochainement.

À travers cette définition proposée par la CIM 11, nous pouvons synthétiser que le traumatisme est un événement imprévisible et très délicat, qui vient menacer l'intégrité psychique et physique à travers des cauchemars, des flash-back et l'évitement des endroits et des objets qui lui rappellent l'événement.

3- Évènement et évènement traumatique

Nous allons consacrer ce troisième point pour définir les concepts de base qui sont nécessaires pour la compréhension du traumatisme psychique, et qui sont les suivants: l'évènement et l'évènement traumatique.

3-1-Un évènement

La définition de l'évènement « *tout ce qui arrive* » s'est précisée en un siècle pour désigner d'abord « *le fait auquel vient aboutir une situation* », c'est-à-dire l'issue, le résultat contraire ou non attendues, puis « *ce qui arrive et a quelque importance pour l'homme* », bonheur ou catastrophe coïncidence ou destin. De caractère extensif de cette définition contraint à en déployer les nuances. Nous allons proposer une définition tirée du domaine de psychopathologie.

Un évènement peut être considéré comme base concrète de temps définit comme « *l'ensemble des relations de successions et de simultanéité entre les évènements* » c'est un des sens retenus par la tradition phénoménologique, le temps est conçu à partir de la succession des évènements présents observés ou vécus. Selon Jaspers, le psychisme se présente chez chacun comme un courant unique original, indivisible d'évènements qui ne se répètent jamais. (Ghiglone, Richard, 1999, p.577).

3-2- Evènement traumatique

L'évènement traumatique est un évènement qui confronte le sujet à une réelle menace de mort ou à une menace pour son intégrité physique ou celle des autres, il se caractérise par sa soudaineté, sa violence, son intensité et par impossibilité pour les personnes et l'institution qui s'y trouvent impliqués d'y résister. (Romano, 2011). Il peut provoquer une réaction de stress face à l'évènement stressant, et qui serait le résultat de l'accumulation de changement majeur nécessitant un ajustement un travail minutieux d'identification des principaux évènements (Varescon, 2012).

De cette donnée, nous comprenons que l'évènement traumatique, est tout évènement violent, soudain, réside dans la confrontation d'un sujet avec sa propre mort ou celle d'une autre personne, ce qui engendre un fort sentiment de détresse.

4- Les critères de diagnostic du stress post-traumatique selon DSM 5

La théorie cognitive et comportementale accorde une très grande importance au manuel

psychiatrique et statistique des troubles mentaux, où les spécialistes du domaine font souvent référence. Nous avons choisis de présenter la clinique du traumatisme psychique selon l'approche purement symptomatique qui est le DSM5, car c'est une approche descriptive et athéorique qui convient parfaitement aux TCC et elle décrit les critères d'une manière exhaustive et systématique.

A- Exposition à la mort effective où à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles.

1- En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.

2- En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événement traumatique survenus à d'autres personnes.

3- En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de de famille proche où un ami proche. Dans mes cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille où d'un ami.la ou les événements doivent avoir été violentes ou accidentels.

4- En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou les événements traumatiques.

B- Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes envahissantes suivants associés à un ou plusieurs événements traumatique et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1-Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatique provoquant un sentiment de détresse.

2- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et /ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ou les événements traumatiques.

3- Réactions dissociatives (par. Ex. Flashbacks, scènes rétrospectives) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.

4- Sentiment intense ou prolongé ou détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause. (DSM5, 2015, p.320).

5- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C- Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence

de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1- Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiment concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2- Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altération négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux(ou plus) des éléments suivants :

1- Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.

2- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même d'autres personnes ou le monde (ex « je suis mauvais », « on peut faire confiance à personne »).

3- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4- Etat émotionnel négatif persistant (par ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapports aux autres.

7- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiment affectueux). (DSM 5, 2015, pp.320-321).

E. Altération marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques comme en témoignent deux ou plus des éléments suivants :

1- Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2- Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3- Hypervigilance.

4- Réaction de sursaut exagérée.

5- Problèmes de concentration.

6- Perturbation de sommeil (par ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompue).

F- La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération de fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament, alcool) ou d'autres affections médicales. (DSM5, 2015, p.321).

5-Les facteurs de risque et pronostiques

Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs sont généralement devisés en pré et péri-traumatique.

- Facteurs prétraumatiques

- Tempéramentaux : ceux-ci incluent les problèmes émotionnels durant l'enfance dès l'âge de 6ans (par. Ex. Expositions traumatiques antérieurs, problèmes d'extériorisation ou d'anxiété) et des troubles mentaux antérieurs (par. Ex. trouble panique trouble dépressif, TSPT ou trouble obsessionnel-compulsif).

- Environnementaux : Ceux-ci inclut sur un statut socio-économique bas, un niveau éducatif bas, l'exposition à des traumatismes antérieurs (particulièrement pendant l'enfance),des circonstances défavorables durant l'enfance, des caractéristiques culturelles, un niveau bas intellectuel, un statut ethnique minoritaires et des antécédents psychiatriques familiaux.la présence d'un support sociale avant l'exposition à l'événement est protectrice.

- Génétiques et physiologiques : ceux-ci incluent le genre féminin et un âge jeune au moment de l'exposition au traumatisme (pour les adultes) certains génotypes peuvent être protecteurs ou augmenter le risque de TSPT après l'exposition à des événements traumatisants.

- Facteurs péritraumatiques

- Environnementaux : Ceux-ci incluent la sévérité du traumatisme la perception d'une menace mortelle, les blessures psychiques, la violence interpersonnelle et pour le personnel militaire, être l'auteur de violences, être témoins d'atrocités, ou tuer l'ennemi. Enfin, la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme sont un facteur de risque.

- Facteurs post-traumatiques

- Tempéramentaux : Ceux-ci incluent les évaluations négatives, les stratégies d'adaptation inadéquates et le développement d'un trouble stress aigu.

- Environnementaux : Ceux-ci incluent : l'exposition ultérieure à des rappels répétés bouleversants, les événements de vie ultérieurs défavorables et les pertes financières ou autre pertes en lien avec le traumatisme, le support social est un facteur protecteur qui modère pertes en lien avec le traumatisme, le support social est un facteur protecteur qui modère l'évolution après le traumatisme. (DSM5, 2012, pp.328-329).

6-Le diagnostic différentiel

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le stress aigu (TSA), caractérisés par l'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, puis par le développement de symptômes de reviviscences envahissants, d'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, d'altérations négatives de la cognition et de l'humeur, et de l'altération marquée de l'éveil et de la réactivité, doivent être différenciés contrairement au trouble stress post-traumatique ou au trouble stress aigu...

1- Du trouble d'adaptation : est caractérisé par un facteur de stress qui peuvent avoir toutes sortes de niveaux de sévérité, et n'a pas un mode de réponse spécifique. Le diagnostic de trouble de l'adaptation est porté quand la réponse à un facteur de stress extrême ne répond pas aux critères du TSPT ou du TSA (ni à ceux d'un autre trouble mental) quand le mode symptomatique du TSPT ou du TSA survient en réponse à un facteur de stress qui n'est pas extrêmement traumatisant (par. Ex. départ du conjoint, licenciement).

2- Du deuil complexe persistant dans la section III du DSM5 : est caractérisé par des pensées et des souvenirs intrusifs concernant le défunt qui persistent au moins 12 mois après le décès .a la différence du TSPT, où les symptômes intrusifs et envahissants concernant les événements traumatiques liés à la perte, dans le deuil complexe persistant les symptômes intrusifs se focalisent sur plusieurs aspects positifs de la relation avec lui, et sur la détresse de la séparation (Crocq et Racula, 2016).

3- D'autres troubles mentaux peuvent survenir après l'exposition à un facteur de stress extrême : sont caractérisés par un mode de réponse qui répond aux critères d'un autre trouble mental dans le DSM5 (par, ex. trouble psychotique bref, trouble dépressif caractérisé).

4- Du trouble obsessionnel-compulsif : est habituellement caractérisé par des pensées intrusives récurrentes mais ces dernières sont vécues comme inappropriées et elles ne sont pas en lien avec un événement traumatique vécu. (Crocq et Raluca, 2016, p.221).

5- Du trouble de panique : peut -être caractérisé par un hyperéréthisme et des symptômes dissociatifs, mais ceux-ci surviennent durant les attaques de panique et ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique.

6- De l'anxiété généralisée: peut-être caractérisée par des symptômes persistants d'irritabilité et d'anxiété mais à la différence du TSPT et du TSA, ces symptômes ne sont pas associés à un facteur de stress-traumatique.

7- Des troubles dissociatifs : Sont caractérisés par des symptômes dissociatifs qui ne sont pas nécessairement liés à l'exposition à un facteur de stress traumatique (mais qui le sont souvent) des symptômes dissociatifs survenant dans le contexte d'un syndrome complet de TSPT peuvent justifier l'emploi de la spécification avec symptômes dissociatifs.

8- Des troubles psychotiques (par. ex. schizophrénie) : peuvent être caractérisés par des symptômes perceptuels comme les illusions ou des hallucinations. Ces symptômes doivent être distingués des flash-backs du TSPT et du TSA, qui sont caractérisés par des intrusions sensorielles reproduisant des parties de l'événement traumatique et qui peuvent survenir avec une perte complète de la conscience de l'environnement réel. Ces épisodes sont typiquement brefs mais ils peuvent être associés à une détresse prolongée et à un hyperéréthisme exacerbé. Les flash-backs ne sont également pas considéré comme des phénomènes psychotiques.

9- D'une lésion cérébrale traumatique : Est caractérisée par des symptômes neurocognitifs qui se développent à la suite d'une lésion cérébrale traumatique. Comme ce type d'événements traumatiques peut également entraîner le développement d'un TSA et d'un TSPT, ces deux diagnostics doivent aussi être envisagés.

10- De la simulation : Est caractérisée par l'imitation de symptômes et doit toujours être éliminée quand des bénéfices légaux, financiers ou autres jouent un rôle. (Crocq et Raluca, 2016, p.221).

7-La comorbidité

La comorbidité avec un trouble de l'usage de substance est un trouble de conduites est plus fréquent chez les hommes que les femmes, la survenue simultanée d'un TSPT et d'une LCT légère était de 48% bien que la plus part des jeunes enfants souffrant d'un TSPT aient au moins un autre diagnostic. Les patterns de comorbidité sont différents de ceux observés chez l'adulte, avec prédominance du trouble oppositionnel avec provocation et de l'anxiété de

séparation. Enfin, il y'a une comorbidité considérable entre TSPT et troubles neurocognitif majeurs avec certains symptômes qui sont communs à ses troubles. (DSM5, 2015, p.331).

Un traumatisme peut entraîner des réactions physiques et psychologiques à court et à long terme. Ces réactions peuvent dépasser ou non les capacités de la personne à s'adapter. En général, les symptômes pouvant être liés à un événement traumatique, que cet événement soit récent ou non.

Il existe une association fréquente entre la trouble psycho traumatique et de différents autres troubles d'allure somatique.

- Des troubles somatiques avec asthénie physique et psychique, des difficultés sexuelles (impuissance, frigidité...) conversion céphalées, troubles fonctionnels digestifs, ulcères, aménorrhées.
- Troubles psychosomatiques: (asthme, ulcère gastrique, hypertension, eczéma, psoriasis, diabète).les troubles somatiques sont bien souvent au premier plan et ses patients sont fréquemment adressés par le corps médical.
- Des troubles névrotiques avec le développement des phobies ou de rituels protecteurs vérificateur ainsi que les troubles de conduites tel que l'anorexie, boulimie, tabagisme, alcool, drogue, conduites violentes. Les troubles de l'irritabilité sont très fréquents et peuvent se manifester par une forte agressivité avec l'entourage.
- Les troubles dépressifs qui se manifestent à travers des épisodes dépressifs majeurs, deuil traumatiques, ou des idées suicidaires, la comorbidité avec la dépression est très fréquente elle peut voiler la spécificité du tableau psycho traumatique.
- Des délires post-traumatiques que l'on peut retrouver dans des situations très spécifiques et que nous avons particulièrement observés dans le milieu médical. (Chahraoui, 2014, p.18).

Nous pouvons synthétiser qu'il existe de différents troubles somatiques et psychosomatiques qui sont liés au traumatisme psychique, et cette association impacte négativement sur l'état de patient.

8-Les troubles psychiques postopératoires

Les troubles psychiques postopératoires et plus particulièrement psycho traumatiques ont fait l'objet de rares études cliniques et psychopathologiques, ce qui nous a permis de constater que ces travaux ont été développés en donnant un intérêt majeur à l'aspect psychologique du malade

hospitalisé ayant subi une intervention chirurgicale.

Coldefy et Oughourlian (1979), décrivent les troubles psychiques postopératoires qui peuvent apparaître de 2 ou 15 jours après l'intervention ; la complication la plus observée est le syndrome confusionnel avec désorientation spatiale, activité onirique importante avec hallucination visuelles .ce syndrome disparaît généralement après quelques semaines comme il peut s'installer chez le patient ce qui va engendrer des problèmes psychologiques tels que la dépression chronique. Cependant ce risque de complication lié directement à l'intervention chirurgicale et la maladie.

Les auteurs soulignent que de nombreux troubles psychiques, allant d'attitudes de régression à des syndromes confusionnels ou délirant pendant la période postopératoire. (Chahraoui, 2014).

Les nombreux facteurs de stress ont été incriminés dans le développement de ces troubles et qui apporte une modification de l'état psychique du patient on trouve :

- 1- L'effet des traitements utilisés comme les benzodiazépines, corticoïdes, antibiotiques.
- 2- L'impact des techniques médicales comme l'intubation ne permettant qu'une communication réduite.
- 3- La douleur le manque d'informations de communications et de parole, les facteurs environnementaux, le bruit (nuisances sonores liées aux appareils et à l'activité de personnel soignant).

Le développement des états de stress post-traumatique apparaît lié pour certains auteurs aux problèmes de mémoire et à la qualité de souvenirs (souvenirs effrayant, faux souvenirs et faible niveau de souvenirs). (Chahraoui, 2014, p.82).

Dans les paragraphes précédents de nombreux auteurs ont essayés de décrire et de nous donner des différentes causes afin de comprendre le vécu psychologique des patients ayant une maladie grave soit pendant la chirurgie ou bien après.

Cependant, les études en psychopathologie on met l'accent sur le vécu traumatique et ils l'ont donné sens afin de mieux comprendre les aspects de vulnérabilité psychique de ces traumatismes. Dans ce sens il est important d'envisager le vécu des patients au sein de l'hôpital.

Les états de stress post- traumatique ne surviennent pas seulement à la suite de situation catastrophes, d'accidents ou d'agressions, mais aussi après les interventions chirurgicales, ainsi,

le développement de ces troubles peut faire suite à des chirurgies, ce qui se traduit chez les sujets par une fixation psychique de l'événement initial, un syndrome de répétition caractérisé par des ruminations obsédantes de l'acte médical et de ses circonstances, des cauchemars, des crises d'angoisses, la sensation est permanente, même plusieurs années après, d'être à peine sorti de la table d'opération. Par ailleurs, les états de stress-post traumatique font suite à des événements tels que l'amputation d'un membre, qui peut entraîner des sentiments de menace vitale et l'altération significative de la personnalité, la frayeur à travers des images qui produit un effet de fixation et de répétition ainsi que le sentiment d'impuissance qui est souvent vécue d'une manière douloureuse. (Sila & Consoli, 2012).

D'après ce paragraphe, on comprend qu'un corps altéré touché n'est pas simplement affecté, mais il se mobilise également dans le psychisme de l'individu. Ainsi, l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale chez les diabétiques amputés, entraîne une agression physique et psychique, elle peut être ressentie comme violente et effrayante en créant un état d'incertitude au niveau du sentiment d'intégrité corporelle cette atteinte peut être angoissante et vécue dans un sentiment de persécution.

9-Le deuil traumatique

Le deuil est l'une des épreuves les plus difficiles à traverser au cours d'une vie, il s'agit d'une période de douleur, de chagrin. D'après Romano (2011), le deuil est un processus psychique marqué par des manifestations divers qui permettent à la personne endeuillée, de faire face aux bouleversements de la perte, d'intégrer cette rupture, de tolérer et de dépasser l'angoisse qu'elle suscite et les conflits psychiques qui en résultent. (Romano, 2011, p.29). Donc, le deuil vise à décrire le processus mis en place par le psychisme pour faire face à la perte et transformer sa présence à une absence. En effet, il est considéré comme une réaction normale et saine à divers types de malheurs.

Le processus du deuil amène le détachement requis pour que la personne endeuillée puisse continuer sa vie tout en gardant un souvenir du défunt. Durant ce processus, l'individu expérimente une panoplie d'émotions telles que la tristesse, l'angoisse, la solitude, l'agressivité, la désorientation, la honte, la culpabilité. La tristesse, émotion typique du deuil, se présente par des pleurs et une grande peine. La souffrance éprouvée est directement liée à la prise de conscience de la perte vécue. Certains vivent la perte comme un châtimeur ou une punition. La perte de la maîtrise de sa vie et l'impuissance éprouvée envers la situation peuvent amener la personne à ressentir de l'angoisse, cette angoisse peut provenir de la peur de vivre une nouvelle

perte, de la prise de conscience de sa propre mort ou de ses limites en tant qu'être humain. (Service de psychologie et d'orientation, 2017).

D'autre part et selon Lacroix (2001), le travail de deuil transposé au cas de la maladie de longue durée, laisse penser que chacun parviendra peu à peu, un jour à l'autre, à admettre la réalité de son état de santé. C'est sans compter les nombreux patients qui dénie, qui refusent l'idée même de se sentir affecter par la maladie. Ainsi, le travail de deuil (normal) est une dynamique psychique, dans lequel la souffrance est vécue pour être dépassée; tandis que son évitement résulte d'un blocage du travail psychique. (Lacroix, 2001).

En ce sens, l'une des pertes les plus difficiles à surmonter est la perte de notre santé. Cependant, l'atteinte d'une maladie chronique telle que le diabète, qui demeure silencieux mais il représente une perte de l'intégrité, quand il est suivi par ses différentes complications, à titre d'exemple, nous citons le pied diabétique, qui dans les cas graves mène à l'amputation. De ce fait, la personne concernée va vivre une période de deuil et de douleurs psychique qui débute dès l'annonce de la perte, et qui se poursuit d'une souffrance, impliquant généralement des changements de mode de vie. C'est ainsi qu'on peut déduire que l'enjeu du travail de deuil n'est pas seulement lié à la mort, mais il concerne aussi la perte d'une partie du corps.

10- Les différents types de traumatisme psychique

Il existe quatre types de traumatisme psychique : le traumatisme de type I, II, III et IV

- Les traumatismes de type I

Le traumatisme de type 1 est un événement unique présentant un commencement net et une fin claire. Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu non abusif. (par exemple: une agression, une catastrophe naturelle) et il peut survenir dans le cadre de n'importe quelle crise humanitaire, les viols par exemple sont fréquent dans les conflits armés et sont motivés par le manque de biens de consommation. Notons que le traumatisme de type1 peut avoir des conséquences à long terme, elles même à l'origine d'une souffrance psychique voire traumatique.

- Les traumatismes de type II

Lenore Terr, parle du traumatisme de type 2 lorsque l'événement s'est répété lorsque il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se produire à tout instant durant une longue période de temps, il est induit par un agent stressant chronique ou abusif (par exemple : les faits de guerre, les abus sexuel) il est important de ne pas confondre une personne dans la vie est

émaillée de nombreux traumatismes de type 1 avec celles qui souffrent de traumatisme de type 2. (Joss, 2006, p.7).

Les traumatismes induits par un abus sexuel ou par la torture doivent être assimilés aux traumatismes de type 2 voire aux traumatismes de type 3, même si l'agent stressant ne se présente qu'une seule fois dans la vie de la personne.

- Les traumatismes de type III

Solomon et Heide, ont différencié une troisième catégorie de traumatisme, ils parlent de traumatisme de type 3 pour désigner des événements multiples envahissants et violents présents durant une longue période de temps, ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif (par exemple : les camps de prisonniers de guerre et de concentration, la torture).

Les victimes de traumatisme II et III nécessitant des psychothérapies adaptées à la spécificité de leur souffrance et menées par des professionnels avertis.

- Les traumatismes de type IV

Nous proposons une quatrième catégorie pour désigner les traumatismes en cours, ce qui les différencie des traumatismes de type I, II ou III c'est qu'ils poursuivent dans le présent.

- Les traumatismes simple et complexe

- Les traumatismes simples

Elles peuvent être définies comme des traumatismes de type 1 tels que précisés par Terr. C'est à Judith Herman, professeur à Harvard médicale school, que l'on doit la distinction entre traumatismes complexes comme le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes, les traumatismes complexes sont à reprocher de traumatisme de type 3. (Joss, 2006).

- Les traumatismes directs et indirects

- Les traumatismes directs

On parle de traumatisme direct lorsque la victime a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur elle peut avoir été sujet acteur ou témoin de l'événement traumatique.

- Les traumatismes indirects

Il est aujourd'hui admis qu'un sujet enfant comme adulte qui n'a pas subi de traumatisme direct, peut présenter des troubles psycho traumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient

avec une autre personne traumatisé, constitue en elle-même l'événement traumatique. (Joss, 2006).

Après avoir présenté les types du traumatisme psychique, nous supposons que nos sujets de recherche qui sont des hommes diabétiques amputés et hospitalisés s'inscrivent dans le traumatisme de type 1, car ils ont vécu un seul événement stressant qui est l'amputation, celle-ci qui conduit à de graves effets et à des conséquences à long terme, affectant de ce fait l'aspect psychologique de la personne concernée.

11- Le traumatisme psychique et la maladie chronique

L'exposition à un événement traumatique, la perte d'une partie du corps, l'atteinte par une maladie chronique ou grave induisent et causent également des troubles mentaux post-traumatiques tels que le stress post-traumatique, et cela a un impact néfaste sur le bien être psychique et physique de la personne.

Dans les paragraphes suivant nous allons aborder la notion des maladies chroniques, et le traumatisme psychique lié à ces pathologies, ainsi les effets psychologiques qui en découlent.

Lorsqu'on parle de maladies chroniques (ou de longue durée), on parle en mois et en années; en fait, le plus souvent, la maladie durera aussi longtemps que durera la vie de la personne malade. La maladie ne peut donc constituer une parenthèse même pénible dans la vie privée et sociale des personnes malades et de leur entourage, elle est souvent douloureuse, éprouvante, épuisante, difficilement prévisible et potentiellement invalidante. (Baszanger, 1986, pp.3-5).

En revanche, comme toute situation engageant la vie de la personne, le moment où l'on apprend le diagnostic d'une maladie chronique tel que le diabète, est une rupture fondamentale avec un avant et un après qui nécessite une réorganisation de l'existence. Or pour certains patients fragiles cela peut entraîner un ensemble des réactions psychologiques dont il est important de prendre acte dès la première consultation. Dans le cas contraire, cela pourrait aggraver l'impact traumatique et entraîner un clivage délétère pour le patient. L'annonce d'une aggravation est tout aussi traumatique et demande les même précautions et ce à chaque aggravation. (Ferragut, 2007).

Par ailleurs, selon De Mol (2010), dans un milieu hospitalier, les maladies chroniques s'accompagnent par des troubles et des affections psychiques qui demeurent méconnues par les praticiens, alors qu'elles sont manifestement réactionnelles à une maladie somatique. Dès lors,

les conséquences psychologiques ne sont évidemment pas les mêmes, suivant le moment et la façon dont cette maladie entre dans la vie du patient.

De ce fait, le vécu de chaque malade est donc particulièrement important à connaître et à reconnaître. La régression liée en grande partie à la perte est dominée par la passivité, l'intolérance aux frustrations, et une réaction dépressive liée principalement à la perte du sentiment de toute-puissance et à l'atteinte de l'image idéale du moi. Certaines réactions telles le déni, la tristesse, le désespoir, la résignation, la fuite, conduisent à une contemplation douloureuse plus ou moins intense de soi, susceptible de réactualiser les angoisses du malade. (De Mol, 2010).

D'autre part, l'amputation d'un membre inférieur engendre une augmentation de la fréquence des symptômes dépressifs, il existe par ailleurs un lien étroit entre le traumatisme et la survenue de la dépression surtout avec la perte d'un pied qui est une partie du corps. L'expérience traumatique résulte aussi bien de la présence de la culpabilité, l'isolement et le sentiment d'abandon ainsi que le stress apparaît lorsque les ressources du sujet sont perçues comme insuffisantes ou épuisés, le niveau de stress des patients ayant une maladie chronique est significativement associé à une réduction de qualité de vie à l'anxiété, la dépression et une phase active de la maladie. (Aghate, 2017).

Enfin, les maladies chroniques ont souvent des effets sur l'état psychologique du malade, parce que la personne se trouve dans une situation conflictuelle avec soi-même, et cela peut aggraver son état car les pensées négatives, le pessimisme, voire aussi le traumatisme psychique et la dépression compliquent son état sur le plan psychique et physique. De ce fait, une prise en charge précoce, un environnement favorable et un soutien familial sont nécessaires pour aider la personne à surmonter son malaise.

Nous terminons par le lien entre le traumatisme psychique et la maladie chronique, pour aller aux deux derniers points de cette première partie de ce chapitre, dans lesquels nous allons présenter une meilleure explication du traumatisme psychique selon l'approche que nous avons adoptée à savoir les TCC, ainsi nous allons aborder le rôle spécifique de la thérapie cognitive et comportementale, ainsi la façon dont elle intervient dans le traitement du traumatisme psychique.

12- Le trauma selon l'approche cognitivo-comportementale

Il s'agit d'une approche récente plutôt d'inspiration anglo-saxonne, à partir de laquelle

sont issus des nouveaux programmes de prise en charge. L'ESPT est considéré comme le signe d'un traitement non adéquat de l'information. Cette approche a tenté d'expliquer les mécanismes de maintien et /ou de développement d'ESPT. De ce fait, nous allons dans ce qui suit présenter deux explications différentes du trauma, à savoir, une explication cognitive et une autre comportementale.

12-1 Explication cognitive

L'événement est considéré comme une source d'information importante. Néanmoins, ces informations se trouvent être en opposition avec les croyances de base du sujet. L'importance de cette information est nécessairement prise en compte et traitée par le système d'adaptation de l'individu qui s'organise autour de deux mécanismes. On rappelle que selon les théories piagétienne, les mécanismes d'assimilation renvoient à l'action du sujet et consistent à intégrer de nouvelles données aux patterns comportementaux qui existent déjà. Alors que l'accommodation correspond à une modification de l'organisme pour s'adapter aux conditions extérieures, le processus d'accommodation sert à enrichir ou élargir un schéma d'action en le rendant plus flexibles. Les théories cognitives, relatives à la compréhension du trouble psychotraumatique, mettent l'accent sur la métacognition (prise de conscience des schémas et des modes de pensées) et reprennent les notions décrites précédemment. Ainsi, les informations traumatiques peuvent être traitées sous la forme d'une chaîne causale inadéquate. Certains individus ont tendance à attribuer l'occurrence d'un événement incontrôlable à des causes internes, stables et globales. Or, un sujet qui présente ce type d'attribution a plus de risque de développer un ESPT. Inversement, attribution de l'événement à des causes externes, temporaires et spécifiques réduit le risque de développement de l'ESPT. (Briere, 2011). Des travaux ont porté sur la nature des cognitions post- traumatique en établissant que des individus qui interprètent de façon négative les perturbations émotionnelles et/ou les symptômes post-traumatiques ont le sentiment d'un changement définitif de leur être ou de leur vie (Dunmore, Clark, Ehlers, 1999 ; 2001; Foa et al., 1999 ; Mayou, Ehlers, Bryant, 2002) c'est-à-dire une modification durable de la personnalité. (Citer par Gaillochon, 2009).

12-2 Explication comportementale

Pour l'approche comportementale, le traumatisme psychique est concerné au premier chef par la notion de conditionnement. Selon Brewin (2003), le conditionnement classique ou "pavlovien" est un apprentissage associatif défini et théorisé à l'origine par Ivan Pavlov à partir de 1889. Cet apprentissage se fait naturellement chez les sujets traumatisés, ce qui explique les réactions à priori étrange des sujets traumatisée face à des situations, des adroits, des objets, qui

ne paraissent pas inquiéter la plupart des gens. Le concept du conditionnement opérant prend une place importante dans la mise en place de psycho traumatisme. Il a été élaboré par le behavioriste américain Skinner sur ses rat et ses pigeant. Concernant le psycho traumatisme, l'événement peut être considéré comme un stimulus aversif inconditionnel. Fondé sur les théories du conditionnement classique pavlovien et celle du conditionnement opérant skinnérien, le model stipule que le traumatisme est une situation extrême (stimulus) qui provoque une réponse spécifique de type psychologique, cognitive, comportementale et affectivo-émotionnel. (Brewin, 2003).

Ces modèles envisagent l'état de stress post-traumatique comme résultant d'une interaction entre les phénomènes cognitivo-émotionnels qui surviennent durant la phase péritraumatique et durant celle post-traumatique. En péritraumatique, ils reconnaissent le rôle essentiel de l'intensité des émotions et de la réaction de stress sur la qualité des processus d'encodage et de stockage de l'information. En post-traumatique, l'accès à la conscience des souvenirs traumatiques, qu'ils soient évoqués de manière volontaire ou involontaire sous forme de reviviscences, apparaît comme la condition indispensable à la digestion du traumatisme et au rétablissement de l'individu.

13- La thérapie cognitive et comportementale du traumatisme psychique

L'optique comportementaliste concernant l'apparition des troubles a conduit à l'élaboration de différentes techniques visant l'élimination des comportements pathologiques déviants indésirable cette approche est centrée sur les symptômes du patient et pour eux la disparition des symptômes est la cible initiale.

Les thérapies cognitive et comportementale s'intéressent aux comportements extérieurs observables. Les thérapies cognitive et comportementale s'intéressent aux comportements extérieurs observables. Les comportementalistes appliquent le principe de conditionnement du renforcement pour modifier les comportements indésirables associés à des désordres mentaux. Les TCC sont souvent employé de façon interchangeable, tous font références à l'utilisation systématique de principe d'apprentissage pour argumenter la fréquence des comportements désirés et /ou pour réduire celle des comportements problème. (Gerrig, Zimbardo, 2008). Cette approche postule que, suite à l'exposition à une situation stressante, les réactions d'anxiété se maintiennent par l'évitement des sentiments angoissants déclenchés par cette situation, puis par son souvenir et par l'association avec les objets qui y sont liés. Les éléments liés à l'agression, antérieurement neutres (vêtements, particularités physiques de l'agresseur, bruit, odeur, lieu...)

déclenchent, en dehors de la situation initiale d'agression, des réactions d'angoisse. La personne qui rencontre cette situation va alors éviter tous ces éléments déclencheurs d'angoisse : elle ne se rend plus dans un parking, elle fuit toutes les personnes portant un jogging... pour y remédier, trois techniques sont utilisées : l'exposition, la gestion de stress et la restructuration cognitive. (Damiani, 2011, p.243).

Cependant, sur le plan comportemental il se développe chez ces patients un processus de conditionnement se traduit par un ensemble de comportements qui s'imposent au patient qui comprennent entre autres les conduites d'évitement et le syndrome de répétition, il existe ainsi un tableau d'hypervigilance avec comparaison permanente entre la situation actuelle et les circonstances du traumatisme. L'univers personnel est donc restreint réduisant les occasions de satisfaction et d'épanouissement et pouvant conduire à des affects dépressifs. (Braconnier, 2006, p.260).

En effet, sur le plan cognitif on observe chez les patients atteints de stress post-traumatique un ensemble des croyances irrationnelles qui constituent des distorsions cognitives, impression généralisée de dangerosité du monde, impression d'avoir une capacité de réponse au danger diminuée polarisation de la pensée sur le traumatisme ou des thèmes s'y rapportant pensée automatiques négatives. (Braconnier, 2006).

Dans l'ensemble, la thérapie cognitive des troubles anxieux sert donc à modifier l'ensemble des pensées ou croyances dysfonctionnelles qui sont directement en rapport avec le trouble. il est nécessaire de bien identifier ces pensées irrationnelles et de les remplacer avec des propositions positives. L'objectif est de les modifier en mettant en cause leur pertinence et leur véracité. (Graziani, 2003, p.84). L'approche cognitive et comportemental est donc une approche qui vise à la modification de comportement problème, ainsi qu'à la suppression de symptômes du patient tel que (le sursaut, les cauchemars répétitifs).

Nous pouvons dire ainsi, que la thérapie cognitive et comportementale est la plus adéquate pour traiter le traumatisme psychique.

14-La prise en charge de traumatisme psychique

Le traitement de l'état de stress post-traumatique est aujourd'hui mieux codifié il associe le traitement pharmacologique et psychothérapeutique tels que L'EMDR, l'inoculation au stress et la thérapie d'exposition.

Les objectifs sont précis et répondent à la souffrance exprimés par le patients : diminuer le

symptôme de répétition traumatique (flash-back, cauchemars), l'évitement et l'émoussement affectif mais aussi traiter la comorbidité (les troubles associés) le traitement doit être précoce structuré et focalisé sur le traumatisme, les médicaments de référence appartiennent à la classe des anti-dépresseurs.

14-1 La thérapie cognitive et comportementale

Le principe de TCC sont clairement codifiées ils articulent autour de quatre phases évocation et description de l'expérience traumatique apprentissage de technique de relaxation travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique enfin approche de dimension cognitive de traumatisme (le traitement cérébral de l'information).

L'un des buts les plus importants dans le traitement intensif des troubles post-traumatiques est d'aider le patient à placer sous contrôle les symptômes intrusifs de revécu de l'événement (cauchemars, flashbacks). Personne n'est capable de supporter d'être continuellement confronté avec ses problèmes vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les patients doivent pouvoir reprendre au moins un peu de distance de leurs souvenirs stressants pendant un moment. Un certain nombre de techniques cognitivo-comportementales ont été développées depuis ces quelques dernières années pour aider les patients à y réussir :

- L'inoculation au stress : consiste à enseigner aux patients une variété de techniques pour gérer l'anxiété. Cela inclut respiration contrôlée, profonde relaxation des muscles, arrêt de penser, restructuration cognitive, préparation aux stress, modelling caché et jeu de rôle. Dans une étude contrôlée comparant des procédures cognitivo-comportementales et de conseil chez quarante-cinq victimes de viol, l'entraînement au stress par inoculation a produit une amélioration plus significative dans le traitement des symptômes de PTSD immédiatement consécutifs, que le conseil de soutien et un groupe de contrôle en liste d'attente. Cependant, au follow-up, une thérapie d'exposition prolongée a produit des résultats supérieurs dans les symptômes de PTSD. (Cottraux, 2004).

- La Thérapie d'exposition : requiert du patient qu'il revive le souvenir traumatique de façon répétitive et raconte l'événement en détails. Cette description est enregistrée sur cassette audio et on demande au patient de l'écouter, cela faisant partie du travail assigné à domicile. Chez les victimes de viol, cette technique semble avoir son effet thérapeutique principalement dans le moyen à long terme (Foa et al, 1991). Au moyen d'une technique tout à fait similaire appelée Image habituation training, Vaughan et Tarrier ont pu démontrer dans une petite étude non contrôlée qu'une habituation se produisait et entraînait une amélioration. (Cottraux, 2004).

14-2 La thérapie de l'intégration neuro-émotionnelle par le mouvement oculaire

L'EMDR est une technique thérapeutique qui consiste à l'exposition par imagination de tout partie du traumatisme pendant laquelle le patient suit des yeux un mouvement rapide de va et vient de la main de thérapeute qui sera répétée jusqu'à l'obtention d'une diminution de l'anxiété de sujet sur le thème choisi de l'événement traumatique. (Olivier, 2009, p.242).

14-3 Les traitements médicamenteux

Le traumatisme psychique c'est plus que stress c'est un niveau élevée, prolongée et répétée du niveau d'alarme qui entraîne une hypersensibilisation au stress elle altère la vigilance et augmente la fréquence cardiaque du sujet.

Les médicaments de référence qui sont reconnus dans le traitement de traumatisme psychique sont les antis- dépresseurs dite sérotoninergiques, ces médicaments inhibe la recapture de la sérotonine augmentent sa transmission dans les neurones.

L'efficacité des antis- dépresseurs de première génération (tricycliques et IMAO) a été validé par des nombreux études mais leur usage est aujourd'hui limité en raison de leur effets secondaires mal supporté par les patients de leur faible index thérapeutique. Aujourd'hui se sont donc les antis dépresseurs setoninergique qui sont le traitement de première intention depuis le consensus d'experts 1999. Trois anti dépresseurs sont indiqués dans le traitement de traumatisme psychique : la sertraline, la paroxétine et la fluoxétine et d'autres de nouvelle génération sont : trazodone , nefazodone , venlafaxine. (Olivier, 2009, p.243).

Dans la prise en charge de traumatisme psychique il faut qui est une combinaison entre les psychothérapies la thérapie cognitive et comportementale, l'EMDR la thérapie d'exposition et l'inoculation au stress qui ciblent à l'élimination et la suppression des symptômes et les traitements médicamenteux qui servent à stabiliser l'état du sujet et parfois sa guérissant.

Nous synthétisons cette première partie, en disant que le traumatisme psychique est inclut dans les événements intenses pouvant survenir d'une manière imprévisible, c'est un événement de vie le plus insidieux et chronique, qui peut entraîner des réactions psychiques et physiques à court à long terme. Ces réactions peuvent dépasser les capacités de la personne à s'adapter. Enfin, une intervention précoce un environnement favorable est nécessaire pour conserver l'intégrité physique et psychique de l'individu.

Par ailleurs, après chaque évènement traumatique la personne qui est moins affectée va mettre en place un processus qui va la protéger de l'impact de cette expérience qu'elle a vécu,

ce processus est intimement lié au trauma, et il s'agit de la résilience que nous allons voir dans la seconde partie.

II- La résilience

Au cours de son existence l'homme pourra vivre des moments difficiles et être affecté par des évènements traumatisants, mais à travers un processus qui est la résilience, certaines personnes avec leurs capacités et leurs stratégies, peuvent faire face, afin de dépasser et de surmonter ces évènements.

1-Histoire du concept de résilience

L'approche de la résilience est née au carrefour de différentes théories, développementales, comportementales, psychanalytiques, psychopathologiques et socioéducative. Anaut (2008), précise dans cette perspective, que « *Les questions relatives à la résilience rencontrent un vif intérêt en psychologie et psychopathologie, mais également auprès de disciplines connexes (éthologie, sociologie, sciences de l'éducation, médecine..* ». (Anaut, 2008, p.81). C'est à dire que la résilience trouve son origine dans le croisement de tous ces fondements théoriques.

L'origine du terme « *résilience* » est issu du latin « *resilientia* », elle revient à la physique où elle est employée pour désigner la résistance des matériaux aux chocs violents. D'après le dictionnaire Petit Larousse, la résilience représente: « *la caractéristique mécanique qui définit la résistance aux chocs d'un matériau* ». (Lagerfeld, 2008, p.882).

À l'origine le concept de résilience désignait donc, l'élasticité et la fragilité des matériaux en métallurgie, leur capacité à retrouver l'état initial à la sortie d'un choc ou d'une pression continue. Mais plus tard il a été emprunté à la physique et employé en psychologie comme le définit Sillamy étant « *la capacité de vivre et de se développer en dépit de circonstances difficiles ; défavorables, voire désastreuses* ». (Sillamy, 2006, p.228).

Que certains individus résistent mieux que d'autres aux aléas de l'existence, à l'adversité, à la maladie est un fait reconnu depuis des siècles, mais resté largement inexpliqué. Et c'est une « *constitution* » particulière qu'on imputa longtemps cette caractéristique hors du commun. (Manciaux, 2001, p.322).

Après la seconde guerre mondiale, personne ne parvenait à penser le traumatisme. On disait que les polonais avait payé très cher leur résistance à l'Allemagne mais qui se répareraient tous sel, ce qui permettait de ne pas les aider. Puis, quand les souffrances psychologiques ont été

reconnues, il a fallu se demander comment on pouvait les réparer. Les interprétations se sont alors inspirer des stéréotypes du contexte culturel. Certains on dit que les blessés souffraient d'une faiblesse constitutionnelle, ils étaient nés avec ce handicap, le moindre choc pouvait les casser. (Lani-Byle, Slowik, 2016, p.10). Par ailleurs, l'étude proprement dite de la résilience a commencée avec trois grands projets de recherche visant des enfants qui vivaient des conditions considérées comme pouvant effectuer leur développement. (Ionescu, 2016).

La pré histoire du concept de résilience est riche. Beaucoup de chercheurs s'accordent pour souligner que c'est grâce à l'étude longitudinale d'Emmy werner, psychologue américaine, que le terme résilience a pris son terrain dans le domaine de la psychologie. En effet, c'est grâce à cette étude, la psychologue a eu le mérite d'être considérée comme la créatrice du concept de la résilience. (Tomkiewicz, 2001, p.46).

Dans son étude qui a donné naissance au concept de résilience, dans les années 1950, elle a suivi une cohorte de 698 enfants nés dans le bas-fond d'une ile de l'archipel de Hawaï. Parmi eux il y a 200 qui a l'âge de deux ans, présentaient tous les ingrédients pour mal finir, devenir asociaux, délinquants, maltraitants et au mieux, des éternels assistés. Ces enfants étaient élevés dans des conditions misérables, ils étaient tous issu de familles monoparentales, alcooliques, psychiatisées et ils étaient mal traités ou carencés en soin élémentaire et en affection. (Anaut, 2003).

En effet, les principaux objectifs de cette étude étaient de décrire de manière naturaliste le cours de toutes les grossesses et de leur issue ainsi que le développement, jusqu'à l'âge adulte, de tous les nouveaux nés qui ont survécu, ainsi, d'évaluer les conséquences à long terme des complications périnatales et des conditions adverses de croissance sur le développement et l'adaptation à la vie des individus respectifs.

L'équipe a commencée en examinant la vulnérabilité des enfants, c'est-à-dire leur susceptibilité à des résultats développementaux négatifs après l'exposition à des facteurs de risque graves, tel le stress périnatal, la pauvreté, les psychopathologies parentales et les perturbations de l'unité familiale. Au fur et à mesure que l'étude longitudinale avançait, l'équipe s'est aussi intéressée aux racines de la résilience chez les enfants qui avaient fait face avec succès aux facteurs de risque biologiques et psychosociaux, ainsi qu'aux facteurs de protection qui ont faciliter le recouvrement de enfants et des jeunes qui présentait des troubles lors de la circoncision à l'âge adulte. (Ionescu, 2016, p.33).

Trente ans plus tard, Werner en a retrouvé ces 200 enfants étaient tous vulnérables au plus haut degré, malgré que 72% avaient eu un développement catastrophique. La surprise est venue du constat que 28 d'entre eux avait appris un métier, fondé une famille et ne manifestaient pas plus de trouble que la population générale. De cet étonnement est parti le désir de comprendre ce qui leur avait permis de ne pas être définitivement fracassés. (Cyrułnik, Jorland, 2008).

Une deuxième contribution pionnière est celle de Norman Garnezy et de ses collaborateurs. Son intérêt pour l'étude des maladies l'a conduit à investiguer pourquoi certains patients, contrairement çà d'autres « se redressent » et vont bien dans la vie. Ce travail a permis d'identifier ce qui différenciait les deux groupes des patients. Garnezy a suggéré que la disponibilité des ressources psychosociales pouvait contribuer à contrecarrer l'influence négative d'une adversité et pouvant favoriser une adaptation comportementale.

Garnezy et Rodnick (1959), ont aussi étudié les enfants vivant dans la pauvreté et ont formulés la théorie des facteurs cumulatifs. Ils ont soutenu qu'un trait de personnalité de l'individu n'était pas l'unique source de résultat, mais plutôt que celui-ci est le produit de facteurs aussi bien internes qu'externes. Cette combinaison d'éléments psychosociaux et de prédispositions biologiques concourt, comme facteurs de risque et de protection, à définir ce qui est maintenant connu comme résilience.

La troisième série de recherches majeures a été menée par Michel Rutter, à partir de 1964. Il s'agit d'une série d'études épidémiologiques réalisées sur l'île rurale de Wight et dans les quartiers déshérités de Londres. Les enfants respectifs avaient été exposés à des conflits parentaux graves, avaient vécu dans des familles caractérisées par un statut socioéconomique bas, où l'on pouvait noter aussi la délinquance parentale, des troubles psychiatriques maternels, des placements dans des établissements d'Etat de soin. (Ionescu, 2016, p.36-37).

Rutter a trouvé qu'un quart des enfants étaient résilients, même s'ils avaient subi l'effet de plusieurs facteurs de risque. Selon Rutter, parmi les facteurs qui ont favorisés la résilience, on peut citer le tempérament facile, une bonne maîtrise de soi, les capacités de planifications, le fait d'être féminin, un climat scolaire positif et une relation proche et chaleureuse avec un adulte lorsque malgré la présence des conflits parentaux, les enfants avaient une relation affectueuse avec l'un des parents, seulement un quart des enfant présentaient un trouble de la conduite. En l'absence d'une telle relation, les trois quart des enfants présentait un tel trouble. (Ionescu, 2016).

Il fallut attendre les années 1980 pour avoir apparaitre le concept de résilience. Dans une situation traumatisante, tout le monde ne souffre pas aussi intensément ni de la même manière, certains se protège mieux et représente le gout à la vie rapidement, alors que d'autres souffrants beaucoup et ne se remettent pas à vivre. Ceux qui étaient améliorés pouvaient servir de modèles à ceux qui restaient prisonniers des traumatismes anciens. (Lani-Byle, Slowik, 2016, p.10).

Pour conclure, notons que la grande majorité des travaux sur la résilience provient des pays anglo-saxons et nord-américains (Anaut, 2003), la France ne s'étant intéressée au concept que récemment (Theis, 2001). Manciaux et al. (2001) vont même jusqu'à décrire cet écart entre le monde anglo-saxon et la francophonie européenne comme une asynchronie qui pose question. (Manciaux et al. 2001).

Nous terminons par l'histoire du concept de résilience, qui nous permet de le décrire selon l'évolution historique de son étude, marquée par les enjeux de la recherche de l'époque, et qui a attiré l'attention de plusieurs chercheurs à travers le temps. Par ailleurs, les différentes préoccupations ayant façonné l'histoire de la résilience démontrent que la résilience peut être approchée : de façon à distinguer les individus entre eux selon leur degré d'adaptation, de façon à suivre l'évolution des individus dans le temps et prédire leur adaptation, de façon à intervenir sur les facteurs de risque et de protection afin de promouvoir la résilience, ainsi que de façon à expliquer l'interrelation entre différents facteurs impliqués dans le phénomène de résilience. À travers les périodes d'étude de la résilience, malgré l'évolution des perspectives théoriques, les définitions de la résilience ont connu une certaine constance malgré les changements méthodologiques, et les nombreux modèles théoriques proposés pour l'expliquer. À cet effet, les principales et les premières définitions qui sont encore d'usage et d'actualité sont présentées dans la suite de ce chapitre.

2-Définitions de la résilience

Il existe plusieurs définitions de la résilience, qui vont de la simple absence de pathologie développée face à des traumas significatifs, à des définitions extrêmement exigeantes presque impossibles à observer dans la réalité. Concernant l'ordre des définitions, nous allons commencer par une définition étymologique, car il nous semble important de connaître l'origine formelle et sémantique du concept de la résilience, puis nous allons s'attarder sur 3 autres définitions selon certains auteurs (Lecomte et Vanistendae, Anaut et Senon), celles-ci qui nous paraissent les plus appropriées à la situation des diabétiques amputés et hospitalisés, et à

l'approche dont nous avons adoptées (TCC), tout en suivant un ordre chronologique.

Sur le plan étymologique, le mot résilience vient du latin « *salir* » qui est traduit par « *sauter en arrière, rebondir, être repousser, jaillir* » et du préfix « *re* » indiquant « *La répétition, la reprise. Résilier c'est bien rebondir aller de l'avant, après avoir subi un choc ou un traumatisme.* » (Poilpot, 2005, p.10).

L'analyse étymologique du terme annonce les difficultés à trouver une définition universelle de la résilience. Entre l'idée du renoncement à un acte, un engagement et celle d'une capacité à rebondir, de récupérer immédiatement après un choc. Néanmoins, s'il fallait retenir un point commun entre ces deux idées il s'agirait sans doute de la capacité au renoncement : ne pas se laisser enfermer dans une situation de blocage et trouver un moyen d'évoluer.

Selon Lecomte et Vanistendae (2000), « *La résilience n'est pas une caractéristique de l'individu au sens strict du terme, mais de la personne en interaction avec son environnement humain. Nous pouvons donc concevoir la résilience à partir de l'individu, puis en cercles concentriques toujours plus vastes, jusqu'à l'ensemble de la société.* » (Vanistendae, Lecomte, 2000, p.159).

De plus, M. Anaut (2003), a défini la résilience comme « *La capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée.* ». Anaut (2008) indique que « *Le concept de résilience renvoie à deux types de réactions. La résilience impliquant l'adaptation face au danger ; il s'agit d'un développement normal en dépit des risques, et un ressaisissement de soi après un traumatisme.* » (Anaut, 2008, p.7).

À travers ces deux définitions, il y a en fait, un accord sur deux points essentiels: la résilience caractérise une personne ayant vécu ou vivant un événement à caractère traumatisant ou de l'adversité chronique qui fait preuve d'une bonne adaptation, et aussi elle est le résultat d'un processus interactif entre la personne, et son environnement.

Rajoutons aussi, que la résilience peut se définir comme « *Un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme, ce processus met à contribution des ressources relevant de compétences internes et de compétences externes à l'individus, ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo développement malgré l'adversité. Ainsi, le processus de résilience peut être appréhendé comme un phénomène multifactoriel, qui comprend des dimensions individuelles, des dimensions Socio-affectives et enfin des dimensions*

contextuelles ou socio-environnementales » (Senon, 2012, p.4).

Cette définition souligne l'idée que la personne résiliente serait capable de continuer à vivre et à se développer positivement, malgré les conséquences négatives qu'aurait pu engendrer l'affrontement à des situations adverses. La résilience serait donc une capacité, un pouvoir que détient celui qui est résilient sur une situation donnée pouvant être à l'origine de sa détresse.

Au regard de ces définitions, le terme résilience n'est toutefois pas facile à définir, car il englobe plusieurs concepts qui sont eux-mêmes peu définis comme le traumatisme, l'adaptation et la reconstruction, force est de reconnaître que, même si elles paraissent différer quelques peu d'un auteur à un autre, elles n'en sont pas pour autant contradictoires en ce sens qu'elles renvoient toutes à une adaptation positive du sujet dans un contexte d'adversité majeure.

3- Les facteurs de la résilience

Le développement de la résilience d'un individu peut être influencé négativement ou positivement par plusieurs facteurs (de risque ou de protection), à la fois individuels et environnementaux. La résilience découle de l'interaction entre ces facteurs de risque et de protection. Ainsi, comme l'affirme Ionescu (2001), « *Les facteurs de risque et les facteurs de protection constituent une dyade inséparable et doivent être envisagés conjointement si l'on veut mieux comprendre le dynamisme du développement* ». (Ionescu, 2001, p.168).

3-1 Les facteurs de risque

La notion risque implique la probabilité de subir un dommage ou une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure. En psychologie, les facteurs de risque sont des variables liées à l'apparition ultérieure de pathologie ou d'inadaptation. (Anaut, 2005). Dès les années 1970, le psychiatre américain James Anthony a mené des travaux tendant à relativiser l'importance des facteurs de risque par l'étude de ce qui peut les contrebalancer. Ses études ont développé l'idée que la personnalité de chacun joue un rôle essentiel dans la réponse à une même agression. Le succès de ses travaux auprès des professionnels de l'enfance doit certainement beaucoup à la métaphore qu'il a imaginée pour les populariser, celle des trois poupées ; l'une est en verre, la seconde en acier et la troisième en plastique. Soumises au même coup de marteau, la première se brise irrémédiablement, la seconde ne subit aucun dommage, tandis que la troisième portera une cicatrice à jamais indélébile. De la même façon pour Anthony certaines personnes présenteraient une résistance absolue aux traumatismes». (Moussa, 2010).

L'interprétation des facteurs de risque au sens générale peut être empruntée à Marcelli (1996) qui considère comme facteurs de risque : « *toutes les conditions existentielle chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité supérieure à celui que l'on observe dans la population générale à travers les enquêtes épidémiologique* ». Dans cette perspective, il s'agit avant tout d'identifier des indices de risque permettant de comprendre les perturbations présentées par les enfants et parfois leurs entourage, afin de participer au traitement des problèmes et éventuellement de les prévoir. (Anaut, 2005, p.23).

Après avoir exposé les facteurs de risque, penchons-nous dès lors sur les facteurs de protection.

3-2 Les facteurs de protection

Pour ce qui est du facteur de protection, il réfère à une condition biologique, socio-affective ou socioculturelle qui favorise l'épanouissement d'une personne. (Lemay, 1999).

Pour Gunby (2002), met à jour des distinctions quant au terme « protecteur ». Pour elle, il existe quatre types d'effets protecteurs : 1) *l'effet protecteur-stabilisateur*, pour maintenir sa compétence malgré la présence accentuée du risque; 2) *l'effet protecteur-amplificateur*, pour améliorer ou rehausser le degré de compétence en contexte d'adversité; 3) *l'effet protecteur-réactif* qui favorise un plus haut degré de compétence qu'en son absence, mais qui est tout de même affecté négativement par l'adversité élevée; 4) *l'effet protecteur général*, plus ou moins indépendant du niveau d'adversité, car la personne qui le possède montre un degré de compétence toujours plus élevé que celle qui ne le possède pas, peu importe le risque. (Kaplan, 2005). Notons également qu'une distinction doit être faite entre « facteurs de protection » et « résilience ». Tout d'abord, les facteurs de protection sont généralement présents chez l'individu ou dans son environnement, alors que la résilience survient lorsque l'adversité se présente (Cubbin, 2001). Il est également possible de distinguer ces deux concepts par le fait que les facteurs de protection interagissent avec les facteurs de risque (plus il y a de facteurs de risque, plus les facteurs de protection nécessaires sont nombreux pour compenser. Alors que la résilience, elle est tributaire de cette interaction. En ce sens, nous pouvons dire que la prise en compte des facteurs de protection participe à la compréhension de la résilience, mais ne se réduit pas à la résilience et vice versa. (Anaut, 2003, p.42 ; Luthar et al, 2000, pp. 543-544).

En effet, l'humour peut également avoir des vertus protectrices en amenant la personne à sublimer ses pulsions agressives. (Anaut, 2007). Selon Vanistendael et Lecomte (2000), l'humour fournit un soutien bienfaisant à chaque fois que nous devons faire face à un décalage

entre l'idéal et la réalité. Il nous offre une perspective acceptable d'une situation difficile. Pour sa part, de Tychey (2001), estime que l'humour représente une sorte d'élan vers la vie qui se déploie comme une défense permettant une sublimation des pulsions agressives, c'est-à-dire une élaboration de ces dernières et des excitations qu'elles génèrent et par un canal d'expressions socialement valorisé. Le recours à l'humour permet alors à l'individu d'établir une saine distance émotive avec la situation problématique rencontrée, et de préserver une impression de contrôle ou de pouvoir en ne se laissant pas totalement paralyser par celle-ci. (Anaut, 2007 ; Cyrulnik, 1999 ; de Tychey, 2001).

Déjà, qu'il s'agisse d'un processus dynamique, d'un ensemble de facteurs de protection, d'une capacité ou une force motivationnelle, donc on peut constater que la résilience peut exister si une bonne base de sécurité interne est présente, si l'estime de soi est suffisante et si le sujet a le sentiment de sa propre efficacité dès son jeune âge.

4- Les phases du processus psychique de la résilience

Comme nous l'avons déjà expliqué, c'est le traumatisme psychologique et la menace de la désorganisation psychique qui vont à l'origine de l'entrée en résilience. C'est ainsi que le processus de résilience renvoie à une reprise d'un autre type de développement malgré le bouleversement psychique dû au trauma.

L'étude du fonctionnement psychique des sujets résilients permet de relever des étapes dans l'émergence de ce processus le fonctionnement psychique de la résilience chez un sujet peut être décomposé en deux étapes principales :

4-1 La première phase de la résilience

Concerne la confrontation au trauma et ou au contexte aversif, et la mise en place de processus de résistance à la désorganisation psychique. Pour se protéger et tenter de déconstruire la réalité intolérable, diverses modalités défensives pourront être utilisées par le sujet face à la réalité aversives. Cette étape est caractérisée par la prépondérance du recours aux mécanismes défensifs comme la répression des affects, comportements passifs agressifs, imaginaires... Cette phase a pour but la réduction des effets du trauma. (Anaut, 2008).

4-2 La deuxième phase de la résilience

Implique l'intégration du traumatisme et la réparation, il s'agit alors de rétablir les liens rompus par le trauma et de se reconstruire. Afin de se relever cette étape peut s'appuyer sur la nécessité de conférer un sens à la blessure. Le passage de la première phase à la deuxième phase

de processus de résilience s'étaye sur les possibilités d'élaboration mentale du sujet. D'une façon générale, cette deuxième phase est centrée essentiellement sur l'installation véritable du processus de résilience. (Anaut, 2008, pp.83-84).

5- Les limites de la résilience

La résilience n'est pas toujours constante et définitive et qu'un sujet peut être résilient dans certains domaines et non dans l'autre. La résilience réside avant tout dans l'équilibre des forces entre élément de risque et de protection. Ainsi, chez l'individu la résilience dépendra des facteurs de protection qui modifient les réactions au danger présent dans l'environnement affectif et sociale, en atténuant les effets aversif. La résilience se présente donc comme un processus dynamique, en mouvement, et non pas un état donné une fois pour toutes. D'ailleurs les failles ou ruptures dans le fonctionnement résilient d'un sujet viennent attester du caractère non pérenne de certaines formes de résilience. (Anaut, 2003).

Rutter (1994) précise les aspects de la résilience ; tous d'abord, il explique que si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi, peut-on être résilient dans certaines situation et très fragile dans d'autre. Ensuite la résilience n'est pas une force innée il s'agit donc d'un processus dynamique nettement soutenu par la présence de facteurs protecteurs permettant aux sujets de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale. (Bouteyre, 2004).

Dans ce concept on a pu ranger tous les troubles causés par les aléas de la vie et vie à travers ce concept des théories ont pu trouver des explications à la condition humaine en faisant un rapport de causalité inévitable entre les différentes expériences de la vie et le devenir du fonctionnement relationnel de la personne. Le problème est que, ce rapport de causalité entre les évènements de la vie et le devenir psychopathologique n'était pas aussi parfait qu'il se donnait à croire. (Moussa, 2010, p.310).

6-Vulnérabilité et résilience

Les individus évoluent dans un environnement incertain qui peut remettre en question à tout moment leur situation. Le concept de vulnérabilité, en adjoignant le risque à l'analyse des capacités, offre une vision dynamique du bien-être. Toutefois, l'individu agit sur son environnement et son bien-être dans le cadre des stratégies qu'il met en œuvre. (Rousseau, 2007).

Au sens général, la vulnérabilité est la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie

se dégrader, quel que soit son niveau de richesse, face aux fluctuations de la vie. Le risque étant omniprésent dans la vie de tous les jours, tout individu, en tout lieu et en tout temps, est plus ou moins vulnérable. Mais pour analyser la vulnérabilité, il faut non seulement identifier les risques encourus par les ménages, mais aussi l'ensemble de leurs capacités, de manière à voir s'ils peuvent tirer profit des possibilités qui leur sont offertes pour résister aux chocs négatifs.

La vulnérabilité est égale à risque, si l'individu n'a pas les capacités nécessaires pour faire face aux risques et remonter la pente, il est vulnérable. Par contre, s'il parvient, au travers de ses capacités, à trouver des stratégies visant à se protéger contre le risque et à renforcer ses capacités, on dit qu'il est résilient. Cette forme de résistance est l'atout dont disposent les individus résilients face à l'adversité. La résilience vient compléter le concept de vulnérabilité en introduisant plus clairement l'action des personnes et le processus de conversion des potentialités en capacités.

Dans l'analyse dynamique des conditions de vie, la résilience est l'opposé de la vulnérabilité puisqu'elle réduit la probabilité de voir sa situation se dégrader à la suite d'un choc. Plus un individu est résilient, plus sa capacité de résistance à la suite d'un choc exogène est grande et moins il est vulnérable. Outre le fait de résister face à un choc. (Rousseau, 2007).

De ce fait, on comprend que la résilience et le trauma sont fortement liés. On peut considérer la personne comme résiliente, que si elle a vécu un événement traumatique et qu'elle n'a pas présentée par la suite des troubles psychopathologiques, c'est-à-dire, elle a réussi à tenir le coup et à se reconstruire en dépit de ce trauma. Pour mieux comprendre cette idée nous allons dans ce qui suit expliquer la relation entre le traumatisme psychique et la résilience.

7- Traumatisme et résilience

On ne peut pas parler de résilience, que lorsque l'individu a été confronté à une expérience extrême de danger physique ou psychique. La résilience renvoie avant tout à l'aptitude du sujet à surmonter un traumatisme. Donc à partir de cette vision, on conçoit que l'atteinte traumatogène est considérée comme le préalable à l'émergence du processus de la résilience.

Dans l'optique de la résilience, l'attitude à adopter est très différente. Il est bien entendu nécessaire de cerner des difficultés comme des traumatismes, mais plus encore de repérer les ressources de la personne et de son entourage et de faciliter leur mobilisation. Etre résilient ne signifie pas rebondir, au sens strict du terme, mais croître vers quelque chose de nouveau. En fait c'est le modèle de vulnérabilité qui a ouvert la voie à la résilience. Comme le dit Cyrulnik,

la résilience « *est caractéristique d'une personnalité blessée mais résistante, souffrante mais heureuse d'espérer quand même* ». La résilience insiste sur deux points : une adaptation réussie face aux évènements traumatiques et un développement normal malgré les influences pathogènes. Elle nécessite l'association de deux composantes : la résistance aux traumatismes et une dynamique existentielle ». (Mancieux et al, 2001, p.19).

Mancieux et Tomkiewicz (2001), présente l'intérêt de mettre l'accent sur les aspects fondamentalement dynamiques de la résilience : « *résilier c'est se reprendre, aller de l'avant après une maladie, un traumatisme, un stress. C'est surmonter les épreuves et les crises de l'existence, c'est-à-dire y résister, puis les dépasser pour continuer à vivre le mieux possible. C'est résilier un contrat avec l'adversité* ». La résilience se révèle à partir d'un traumatisme physique et/ou psychologique dont la durée, l'intensité, la gravité, la fréquence sont variables.

Autant que le traumatisme lui-même, la perception subjective qu'en a le sujet est déterminant, ce qui explique l'absence de corrélation observée par de nombreux auteurs entre d'un traumatisme et la gravité des manifestations symptomatiques. L'importance et le retentissement d'un traumatisme sur la déstabilisation de la personne dépendent beaucoup de la résilience des sujets qui le subissent. C'est là où le sujet résilient se différencie des autres. (De Tychey, 2001).

D'autre part, afin de mieux comprendre ce concept, nous allons exposer dans les prochaines lignes de ce chapitre le point de vue de l'approche sur laquelle nous nous sommes appuyés dans notre travail de recherche, et qui s'agit de la TCC.

8- La résilience selon l'approche cognitivo-comportementale

Cette approche met l'accent d'une part sur l'importance des mécanismes ou processus de nature prioritairement cognitive, d'autre part sur les stratégies de comportement observable, pour rendre compte de l'état de résilience. Cette approche fait ainsi référence à deux concepts centraux: le stress et le coping. Il n'est pas question de traumatisme, mais plutôt des situations stressantes auxquelles le sujet doit faire face en mettant en place les stratégies d'adaptation, qui sont de nature cognitives et donc conscientes. (Lighezzolo, De Tychey, 2004, p.34). L'apport du courant cognitivo-comportemental, au champ de la résilience, est résumé dans le point suivant :

- La notion de coping et de stratégies de coping

En effet, l'être humain rencontre dans sa vie des situations stressantes auxquelles il doit faire

face. Cette manière de s'adapter prend la forme d'une défense cognitive connue sous le nom de « *coping* ». Il faut noter que dans la théorie cognitive-comportementale, le coping est une stratégie qui vise l'adaptation essentiellement comportementale. Il occupe une place importante dans l'élaboration de la résilience du sujet. Les processus de coping sont très diversifiés, pour David Lazarus et Joseph Folkman (1984) « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maintenir, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'une personne* ». Pour certains auteurs (Caroline Paulhan, 1992), (Tadzio Muller 2003), il n'existe pas de stratégie de coping efficace en soi, sans les caractéristiques de la personne et de la situation problème. La résilience dans cette optique devient, selon Patterson (1995), « *l'aptitude à fonctionner de manière adaptative et à être compétent quand on a à faire face au stress de la vie* ». Cette conception de concept de résilience est pour Manciaux (2001), acceptable, ils distinguent ainsi entre résilience conjoncturelle (liée à des souffrances ordinaires ou quotidiennes) et résilience structurelle (confrontant le sujet à un traumatisme extrême, massif et unique).

Pour Patterson (1995), promouvoir la résilience devant ces tresseurs nécessite de permettre à une personne ou à une famille d'augmenter sa capacité à satisfaire ses besoins et ses buts et maintenir son autonomie et son intelligence. Tadzio Muller et Mark Spitz (2003), dans une de leur récente étude, ont démontrés que le coping actif et l'humour sont positivement corrélés à un faible de niveau de détresse psychologique. Selon Anaut (2003), les stratégies de coping participent au phénomène de la résilience, considéré comme un processus plus vaste et pouvant mettre en œuvre des comportements variés et différents du coping. (Anaut, 2003).

10- La résilience et la maladie chronique

La découverte de son diabète est toujours un traumatisme pour la personne concernée. Tout diabétique peut en témoigner, même si chacun le vit à sa manière, en fonction de son tempérament et des circonstances. Ensuite, quand il faut bien faire avec, chaque patient diabétique réagit comme il le peut, depuis le déni jusqu'à un dépassement de soi auquel rien n'aurait conduit sans l'irruption de la maladie. Cette aptitude plus ou moins prononcée à rebondir, après le choc de l'annonce de la maladie chronique s'appelle « *La résilience* ».

L'annonce d'une maladie chronique comme le diabète, suscite inévitablement une quadruple interrogation angoissante. Face à ce traumatisme, chacun va développer ses propres aptitudes. Evidemment très variables d'une personne à l'autre. Cette possibilité à faire face va dépendre de la capacité à rêver, à relever des défis, à maîtriser son traitement. Elle est liée également à

l'existence de projets de vie, d'un soutien social perçu, et le sentiment de compter au moins pour une personne. (Desmet, Pourtois, 2004).

Lors de la découverte de sa maladie, le patient va se défendre à sa manière, face au risque d'effondrement psychique ou de dépression. Pour cela, il peut recourir à différents mécanismes comme le déni, le refus de la maladie, la minimisation ou hyper-optimisme, ou encore mettre en place des conduites compensatoires (conduites à risque pour se sentir exister, addictions) et bien d'autres encore... Certes, de tels mécanismes peuvent être efficaces pour résister mais ils ne peuvent constituer autre chose qu'une étape. Si eux aussi deviennent chroniques, ils représentent une deuxième maladie pour le patient. Le malade se rend malade d'être malade. Il faut l'aider à en prendre conscience, à déjouer les ruses de la raison. Il faut surtout qu'il accepte d'en parler pour transformer un destin subi dans le silence, et parfois dans la honte, en un destin dominé.

La mise en place de stratégies de résistance qui apparaît chez la plupart d'entre nous lorsque la maladie se présente est très souvent observée. Cependant, il faut distinguer résistance et résilience, même si la résistance va faire partie de la résilience. La résilience sera une étape supplémentaire à la résistance.

Après la maladie, une vie nouvelle est susceptible d'apparaître et de se développer. C'est la vie qui se réinvente et qui surgit après la mort psychique. La résilience guérit et en même temps aguerrit, elle rend plus fort. Elle donne la force d'aimer. (Desmet, Pourtois, 2004).

De tout ce qui précède, nous arrivons à s' synthétiser en disant que, le concept de résilience rencontre aujourd'hui un large succès, du fait, qu'il est un phénomène qui suscite l'optimisme face aux répercussions de l'adversité, et un processus qui permet de se reconstruire pour dépasser, voire sublimer des situations violentes et des expériences aversives, donc elle évoque la récupération, le dépassement, et la transformation après un évènement traumatique.

Synthèse

Pour conclure, le traumatisme psychique est donc une expérience lourde que chaque personne peut la subir, elle constitue depuis toujours une problématique centrale en psychopathologie où elle désigne une l'ensemble des états séculaires vu son intensité émotionnelle et sa violence. En ce sens, le traumatisme menace l'intégrité physique et psychique de la personne, ainsi il influence négativement son existence.

Par ailleurs, l'être humain est riche de multiples qualités dont la variété et la force varie selon les sujets, et parmi lesquelles la résilience, qui peut être développée par ces derniers à la suite d'un évènement douloureux, considérée comme un processus psychologique de survie pour supporter cet évènement perçu comme traumatisant, et aussi afin de favoriser l'adaptation à une difficulté, à une maladie, dont le but de diminuer les conséquences sur son bien-être physique et psychologique.

Dans la partie suivante nous allons présenter notre problématique, ainsi nos hypothèses.

Problématique et hypothèses

La santé est débattue depuis que l'humanité s'en préoccupe, donc probablement depuis toujours, c'est une notion relative et ressentie par chaque individu, elle n'est pas seulement le fait de ne pas être malade, ou de ne pas être atteint d'une infirmité, mais c'est un état de bien être complet, comprenant l'état physique, mental, social et environnemental.

Cependant, ce bien être peut être affecté par plusieurs facteurs, parmi lesquels on trouve les maladies chroniques, qui sont des maladies touchant un patient de façon permanente, tout au long de sa vie. Elles touchent autant les hommes que les femmes et peuvent se déclencher à tout âge. Ces dernières engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, et socioprofessionnelles importantes. Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour notre système de santé. (Briançon et al, 2010). Parmi celles-ci se distingue la maladie du diabète.

Toutefois, avant d'aborder les complications du diabète, il convient de noter d'abords que cette maladie inguérissable est considérée comme un trouble métabolique, caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à un défaut de la sécrétion d'insuline ou de l'action de l'insuline ou des deux. Cependant, il existe différents types du diabète, parmi ces derniers se distingue le DNID, qui se caractérise par une résistance à l'insuline associée à une carence de de sécrétion d'insuline plus au moins importante, atteint les personnes essentiellement d'âge mur mais peut également survenir à un âge jeune.

Le diabète est l'une des maladies chroniques, très répandu mondialement du fait de son ampleur qui devient de plus en plus préoccupant, il pourrait devenir la septième principale cause de décès dans le monde d'ici 2030, cette pandémie concerne principalement le diabète de type 2 qui représente à son tour 80 % de l'ensemble des diabétiques. (OMS, 2013).

À l'instar de tous les pays, le nombre d'algériens atteints par cette maladie non transmissible invalidante, s'est considérablement accru ces dernières années. Une enquête nationale, nommée Transition and Health Impact in North Africa (TAHINA) a été menée dans le cadre global d'un projet de recherche sur la transition épidémiologique et son impact sur la santé en Afrique du nord. Elle a été réalisée en 2005 par l'Institut national de santé publique d'Alger (INSP) en collaboration avec l'Union européenne dans 16 wilayas (départements). Selon cette étude, le diabète est le deuxième état morbide le plus fréquent (8,78 %) après l'hypertension artérielle (16,23). Il touche 12,21% d'Algériens dont une prédominance féminine de 12,54 %. Le diabète est plus fréquent en milieu urbain, il est de l'ordre de 10,15 % contre 6,40 % en milieu rural. (Salemi, 2010).

Ces chiffres confirment le poids de cette pathologie incurable parmi les affections chroniques de longue durée dans notre pays, d'où la nécessité de tirer la sonnette d'alarme à fin de sensibiliser tout individu des conséquences graves de cette affection et inciter les citoyens à prendre toutes les mesures permettant d'améliorer la prévention du diabète et ses complications.

Dans le cas de la maladie diabétique, la gravité réside principalement dans les complications qui se développent insidieusement et qui apparaissent progressivement après quelques années d'évolution de la maladie. Parmi les complications les plus redoutables et qui se développent à long terme se distingue le pied diabétique, qui représente l'ensemble des affections atteignant le pied, directement liées aux conséquences de la maladie diabétique, il touche une part considérable des personnes souffrants de diabète et responsable de l'invalidité d'un membre importants des sujets qui en sont atteint.

En ce sens, une étude rétrospective a été réalisée en Algérie, sur le pied diabétique au niveau des centres de consultation hospitalier, Annassers, et service d'hospitalisation hôpital du jour CHU Mustapha allant de 2004 à 2011. L'objectif de cette étude été de définir la prévalence de cette complication au niveau de différents centres de consultation et service d'hospitalisation, ainsi de définir le profil, le statut lésionnel du diabétique amputés vis à vis des malades avec traitement conservateurs et dégager les facteurs de risque conduisant à une amputation majeur. Sur l'ensemble des patients ayant consulté, les lésions du pied représentent une fréquence non négligeable avec une prévalence de 15,11%, 98 des patients ont subi une amputation, cette forte prévalence a été analysée en fonction des différents déterminants et facteurs de risque : sexe masculin, durée du diabète, niveau social, le type de plaie et siège de la lésion. (Aouiche et al, 2011).

Dans le même contexte, les patients diabétiques représentent 15,4% des hospitalisations la première fois. La durée d'hospitalisation est deux fois plus longue que pour les patients non la première fois. La durée d'hospitalisation est deux fois plus longue que pour les patients non diabétiques. (Kotzki et Brunon, 2001). Dès lors, L'hospitalisation constitue souvent la forme de traitement privilégiée lorsque les complications d'une maladie comme le diabète atteignent leur paroxysme, quand les personnes diabétiques n'ont pas accès à d'autres formes de traitement ou lorsqu'elles ne connaissent pas d'autres solutions possibles, elles utilisent davantage les services hospitaliers. Cette réalité illustre peut-être des écarts dans la connaissance des services non hospitaliers ou dans leur accessibilité. Elle pourrait également refléter une tendance à demander des soins uniquement lorsque les conditions d'une maladie deviennent très graves et nécessitent une hospitalisation. (Institut canadien d'information sur la santé, 2009).

De ce fait, les lésions du pied constitue la cause la plus fréquente des consultations et des hospitalisations des diabétiques, ces lésions conduisent parfois à des amputations, cette intervention chirurgicale peut lui causer des handicaps fonctionnels importants et une souffrance considérable affectant ainsi sa qualité de vie.

À cet effet, des études étaient consacrées à des aspects fonctionnels de la vie des amputés des membres. Les questionnaires de qualité de vie génériques sont souvent employés pour évaluer l'impact d'un traitement particulier et comparent alors des échantillons limités issus de plusieurs populations. Les études portant sur la qualité de vie des amputés tendent à montrer que les amputés des membres ont une qualité de vie inférieure à celle d'une population générale, notamment en raison de douleurs et d'une mobilité limitée. (Anderson et al, 2003, p.258).

En outre, la majorité des recherches mettent en lumière les divers symptômes présentés par des sujets ayant été amputés, d'un point de vue psychiatrique. Selon ces recherches, les signes cliniques les plus fréquemment observés sont les suivants : tristesse, deuil, dépression, anxiété, pleurs fréquents, insomnie et état de stress post-traumatique. (Rybarczyk et al, 2004). De plus, la perte d'un membre inférieur chez un diabétique peut affecter plusieurs dimensions de sa personne, et cela en influençant sur son mode de vie, son rôle et son moral. La sensation fantôme, la perte d'autonomie, les changements psychologiques entraînent un deuil et nécessitent une adaptation dans le but de restructurer sa vie.

Donc, sur le plan psychologique, la survenue de la maladie constitue un événement ni choisi ni désiré qui annonce la perspective de menaces. Néanmoins, la découverte de son diabète est toujours un traumatisme où chaque patient diabétique réagit comme il le peut. Or pour certains malades fragiles, le moment où ils vont prendre conscience qu'ils seront amputés, cela va leur provoquer un drame psychologique indépendamment de toute souffrance physique, ainsi l'annonce peut entraîner d'emblée des réactions psychologiques, conduisant de ce fait à un traumatisme qui se traduit par une souffrance psychique, trouble de l'humeur et de comportement, ainsi une angoisse qui se manifeste à travers un ressenti douloureux qui se réfère à ce malaise corporel. Donc, cette douleur affecte l'aspect Cognitif, en influençant sur la perception de la douleur et les réactions du patient face à celle-ci, aussi, l'aspect émotionnel par l'apparition des états anxieux, et enfin l'aspect comportemental, qui désigne l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observées chez le sujet en souffrance (plaintes, pleurs...). Il est brutalement perturbé dans l'image qu'il a de sa santé, de ses habitudes de vie, et de sa projection dans l'avenir. Ces changements confrontent la personne atteinte, à une

sorte de deuil, qui peut aggraver l'impact traumatique et entraîner un clivage délétère pour celle-ci.

Dans ce même ordre d'idées, selon Semler-Collery (2013), le patient amputé va alors traverser un processus de deuil, constitué de 5 étapes : Premièrement, le refus de la perte : le patient refuse son corps actuel. Il s'agit d'un mécanisme de défense qui permet de refouler cette situation insupportable. Deuxièmement, la colère correspond à un comportement destiné à faire revenir le membre perdu ou à la situation corporelle antérieure. Elle exprime aussi le sentiment d'injustice face à la réalité. Troisièmement, l'étape de marchandage permet au patient amputé de reprendre espoir et d'envisager un espace de vie possible avec son nouveau corps, c'est une démarche qui vise à rechercher une compensation. Quatrièmement, le patient va ressentir du découragement, le vide, une perte d'estime de soi. Il s'agit de l'étape de la dépression. Il y a un retrait, un repli sur soi et une grande tristesse. La personne prend conscience du caractère irrécupérable de l'état antérieur. La traversée de cette phase est essentielle pour pouvoir se reconstruire. Pour finir, l'étape d'acceptation : le handicap est admis et les désirs réapparaissent. C'est à partir de ce moment que la personne peut se projeter vers l'avenir.

Dès lors, le patient subit une chirurgie mutilante entraînant inévitablement un impact psychique vu que la présence du moignon d'amputation entrave directement l'image corporelle, ce nouvel état va créer un bouleversement et des répercussions physiques et psychiques, ce nouvel état va créer un bouleversement et des répercussions physiques mais aussi psychologiques tel que le *traumatisme psychique*, car cet évènement traumatique est vécu comme une situation d'échec aussi bien pour le patient que pour le soignant. En effet, le traumatisme psychologique ou psychique se caractérise par une sorte d'atteinte intérieure et subjective ayant une incidence sur l'équilibre psychique d'une personne et cela, suite à une expérience délétère de choc, de destruction, d'effroi, voire de fracas.

Dans la même perspective, l'association psychiatrique américaine (APA) considère qu'un évènement est traumatique lorsqu'une personne est victime, témoin ou confrontée à un évènement qui représente une menace sérieuse pour sa vie ou son intégrité physique ou encore pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. Un évènement est également considéré comme traumatique lorsque la personne éprouve une peur intense ou vif sentiments d'horreur ou d'impuissance lors de l'évènement. Il est donc un dommage de la structure ou de fonctionnement du corps ou du psychisme. (APA, 2000). Autrement dit, le traumatisme est la

conséquence de toute situation qui n'a pu être véritablement intégrée.

Un modèle général pour les stress post-traumatiques a été proposé par Barlow en 2002. Il montre comment la submersion émotionnelle du traumatisme qui correspond à un événement d'une violence, d'une soudaineté et d'une incontrôlabilité inhabituelle (viol, inceste, accident, rapt, tentative de meurtre, tremblement de terre, guerre) entraîne une submersion émotionnelle qui est ensuite traitée par les cognitions en fonction de la personnalité et du soutien trouvé dans l'environnement. Un des éléments cardinaux du modèle réside dans les cognitions qui donnent un sens personnel à la situation stressante. En particulier, l'appréhension anxieuse se traduit par des pensées automatiques d'incapacité à affronter le stresser. D'où les réactions d'évitement, l'amnésie par rapport aux stresser et aussi les flash-back où resurgit la situation stressante par l'intermédiaire de sensations corporelles. Des mécanismes de conditionnement expliqueraient également la liaison entre les émotions et des situations qui directement ou symboliquement rappellent la situation du traumatisme initial : c'est le contrôle par le stimulus. (Cottraux, 2011).

Ainsi, pour l'approche comportementale, le traumatisme psychique est concerné au premier chef par la notion de conditionnement. Le conditionnement classique ou pavlovien, est un apprentissage associatif défini et théorisé à l'origine par Pavlov en 1889. Cet apprentissage se fait naturellement chez les sujets traumatisés, ce qui explique les réactions à priori étrange des sujets traumatisés face à des situations, des endroits, des objets, qui ne paraissent pas inquiéter la plupart des gens. Le concept du conditionnement opérant prend une place importante dans la mise en place de psycho traumatisme. Il a été élaboré par le behavioriste américain Skinner sur ses rat et ses pigeant. Concernant le psycho traumatisme, l'événement peut être considéré comme un stimulus aversif inconditionnel. Fondé sur les théories du conditionnement classique pavlovien et celle du conditionnement opérant skinnérien, le model stipule que le traumatisme est une situation extrême (stimulus) qui provoque une réponse spécifique de type psychologique, cognitive, comportementale et affectivo-émotionnel. (Boulenger et Lépine, 2014).

Par ailleurs, toutes les personnes ne résistent pas de la même manière face à un événement traumatique, tel qu'une maladie grave, décès d'un proche, accident, amputation...etc, chacun va réagir selon ses capacités personnelles et psychiques pour dépasser cette situation auquel il est confronté, ce processus est appelé la « *la résilience* ».

D'après Anaut (2008), les premiers travaux qui ont été effectués sur ce concept viennent des pays anglo-saxons et nord –Américains. Parmi eux, les travaux d'Emmy Werner (1989,

1993) psychologue Américaine reconnue comme ayant joué un rôle majeur dans l'approche de la résilience, à travers la recherche longitudinale menée auprès des enfants de Kauai (archipel d'Hawaï.) L'étude montre le devenir d'une cohorte multi sociale de 545 enfants nés en 1955 vivant dans des situations défavorables, d'insécurité et de pauvreté. Elle a constaté que certains de ces enfants malgré le risque accru au quotidien développerait des capacités d'adaptation sociale remarquable et la capacité à rebondir.

Dès l'origine, le concept de résilience s'inscrit du côté d'une psychologie des comportements. De ce point de vue Tisseron (2007), indique que cela amène à envisager la résilience dans deux domaines essentiels : la capacité de résister à des situations traumatiques et la possibilité de transformer un traumatisme pour en faire un nouveau départ. (Josse, 2014).

En psychologie, la résilience est un phénomène consistant à pouvoir retrouver un état de développement normal à la suite d'un événement traumatique. Un processus qui permet à un individu à faire face à une situation traumatisante pour retrouver un développement susceptible de lui permettre de retrouver une qualité de vie satisfaisante voire d'acquérir et de développer des qualités sublimées en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative qui entraîne des troubles du comportement et des pathologies qui apparaissent et se développent suite à des histoire d'enfance blessée, à des relations familiales carencées ou à des confrontations à des événements de vie traumatique.

De plus, la résilience est une propriété du vivant. Elle signifie qu'une agression n'a pas que des effets négatifs sur un organisme, ainsi dans une situation d'adversité, il se produit un ensemble de phénomènes qui interagissent entre eux dans deux directions différentes. D'une part, il y a des destructions, des lésions, des défaillances, une chaîne de réactions négatives et d'autre part, des mécanismes de lutte, des suppléances, la mise en jeu de ressources, une chaîne de réactions positives: C'est ce type de raisonnement qui mène à l'idée de résilience. (Cyrulnik et Delage, 2010).

En tenant compte des études sur la résilience, les chercheurs se servent des exemples de personnes qui ont pu surmonter l'adversité à laquelle elles ont été exposées sans se laisser anéantir par celle-ci. Évidemment, les spécialistes de ce concept insistent sur le fait que personne ne sort indemne de grandes épreuves de la vie, mais les personnes résilientes trouvent les moyens d'atténuer l'impact de ces épreuves en les intégrant dans leur vie. C'est dans ce contexte qu'on explique la variabilité de la résilience dans l'espace et dans le temps et selon les circonstances environnementales.

Par ailleurs, l'étude de la résilience chez les diabétiques est pratiquement introuvable, malgré des preuves solides que des ressources psychosociales positives influencent le contrôle glycémique et la qualité de la vie des personnes atteintes.

Toutefois, une étude longitudinale a été réalisée par Tylor pour étudier le rôle de la résilience sur l'aggravation des comportements face à la montée de la détresse au diabète, ils ont été évalués au début et suivis pendant un an. La résilience était définie par un facteur de confiance en soi, d'efficacité personnelle, de maîtrise de soi et d'optimisme. La résilience initiale, la détresse liée au diabète et leurs interactions prédisaient la santé physique. Les patients avec une résilience faible, modérée et élevée ont été identifiés. Les résultats ont montré que, ceux ayant des niveaux de résilience faibles ou modérés ont montré une forte association entre une détresse croissante et une aggravation de l'HbA 1c (Hémoglobine glyquée) au fil du temps. Cependant, ceux avec des scores de résilience élevés ne montrent pas les mêmes associations. La faible résilience était également associée à une diminution des comportements de prise en charge personnelle face à une détresse croissante. (Tylor, 2011).

D'autre part, le handicap dû à l'amputation chez les diabétiques amputés, gêne ou limite ces derniers dans l'accomplissement de leur rôles. De ce fait, certains peuvent avoir l'aptitude afin de s'adapter à cette situation douloureuse, et on les qualifie par des personnes résilientes, car elles ont réussi à surmonter cette épreuve. Cependant, on peut dire que certains facteurs et caractéristiques propres de la personnalité semblent jouer un rôle protecteur et favorise la résilience chez cette catégorie de malade, ils se comportent comme des mécanismes médiateurs face à cette expérience, ainsi, ces facteurs relèvent de ressources et de compétences à la fois internes au sujet et externes, c'est-à-dire dépendant de son contexte relationnel et social, comme l'appui familial, l'aptitude aux relations, l'indépendance, l'initiative, la perspicacité, la créativité, l'humour... .

Afin d'évaluer le traumatisme psychique et la résilience chez les hommes diabétiques amputés et hospitalisés, ainsi pour vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons choisi d'adopter un guide d'entretien semi-directif, accompagné d'une échelle (IES-R) (1997) pour le traumatisme psychique, et de l'échelle (RS-R) de Young et Wagnild (1993) pour la résilience.

À la suite de toute cette articulation menée sur ce thème intitulé « *Le traumatisme psychique et la résilience chez les hommes diabétiques amputés et hospitalisés* » nos questions et hypothèses sont formulées de la manière suivante :

Question générale

Quelle est la nature du vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés ?

Hypothèse générale

La nature du vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés est mauvaise.

Questions partielles

1- Est-ce que les hommes diabétiques amputés et hospitalisés présentent un traumatisme psychique ?

2- Est-ce que les hommes diabétiques amputés et hospitalisés présentent un caractère peu résilient ?

Hypothèses partielles

1- Les hommes diabétiques amputés et hospitalisés présentent un traumatisme psychique.

2- Les hommes diabétiques amputés et hospitalisés présentent un caractère peu résilient.

Opérationnalisation des concepts

Homme

- Un être appartenant au genre humain.
- Etre humain adulte.
- Personne du sexe masculin.
- Individu.

Le diabète

- Une glycémie élevée à jeun.
- Une envie fréquente d'uriner.
- Une obésité abdominale.
- Une augmentation de la faim et de la soif.

Le pied diabétique

- Altération nerveuse périphérique secondaire au diabète.
- Complication neurologique.
- Une déformation du pied.

- Perte de sensibilité.

L'amputation

- Une ablation d'une extrémité de corps.
- Un retranchement d'un élément ou d'un tout.
- Une Opération qui consiste à enlever une partie de membre.
- Extension chirurgical d'un organe.

L'hospitalisation

- Un séjour dans un établissement hospitalier.
- Une admission d'un patient dans un centre de soin.
- Une prise en charge hospitalière.
- Une forme de traitement

Le traumatisme psychique

- La reviviscence telle que les souvenirs répétitifs, pensées, images.
- L'évitement de tout ce qui peut rappeler l'évènement tel que les souvenirs, les croyances.
- Les réactions dissociatives.
- Les réactions physiologiques telles que le manque de respiration et les sursauts.

La résilience

- La capacité à faire face.
- Le fait de rebondir.
- L'aptitude à résister à un choc.
- La capacité à surmonté une épreuve.

Le Vécu : nom masculin singulier, adjectif masculin singulier, participe passé du verbe vivre. Le vécu désigne l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence, en tant qu'ils sont immédiatement saisi et intégrés par la conscience subjective. Il est composé d'émotion (peur, stress) ou pensées plus ou moins clair.

Le mauvais vécu : désigne l'ensemble des expériences douloureuses qui provoquent un désagrément et des sentiments de tristesse, de choc et de la colère à cause d'une amputation subit. En effet la personne traumatisée quant à elle présentera plus de perturbations

comportementales émotionnelles et cognitives, ce que nous avons décrit en haut dans l'opérationnalisation du concept de traumatisme psychique. Ces perturbations peuvent être durable attesté notamment par des scores pathologique à certaines échelles notamment l'échelle de l'impact de l'évènement (IES-R).

Le bon vécu : est la capacité d'une personne à rebondir en dépit des adversités de la vie et de passer à autre chose ou bien d'apprendre à vivre avec sa maladie. En effet, la personne résiliente ne devra pas présenter que très peu, voire aucune perturbation symptomatique, ce qui elle-même opérationnalise l'hypothèse théorique devrait se traduire par un score satisfaisant à l'échelle de résilience de Wagnild et Young l'(RS-R), une absence de signes pathologiques type traumatiques à l'entretien de recherche ainsi qu'une absence de signes pathologiques à l'échelles mesurant le traumatisme.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule

La question du traumatisme est une question d'une extrême sensibilité qui peut réveiller chez les personnes interrogées de nombreuses blessures. Elle exige pour cela une approche méthodologique adaptée et une grande flexibilité du chercheur qui lui permettra de révéler le contenu psychique en lien avec ce traumatisme. De ce fait, le choix d'une méthode constitue une première étape cruciale pour le chercheur, qui est censé de suivre une méthode adéquate au type de son étude, qui va en effet largement influencer la nature des données collectées, et dans une certaine mesure le type de résultats qu'il va mettre en évidence. Cette dernière ne peut être effectuée qu'en se basant sur un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation qui vont permettre au chercheur de contrôler la qualité de son étude et de répondre à ses objectifs.

Dans ce présent chapitre, nous allons en premier lieu, exposer les limites de notre recherche, puis nous s'attarderons sur la méthode sur laquelle nous nous sommes appuyés, ensuite nous allons présenter le lieu où nous avons mené notre recherche ainsi notre groupe d'étude, puis on mettra en avant les différents outils que nous avons utilisés. Dans ce qui suit nous évoquerons le déroulement de la pré enquête et de l'enquête, et enfin nous terminerons par l'attitude du clinicien, suivie d'une synthèse du chapitre.

1- Les limites de la recherche

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée au CHU de Khelil Amrane de Bejaia.
- Limite temporelle : du 28 février 2019 au 18 avril 2019.
- Limite du groupe : l'étude s'est portée sur 8 cas hommes diabétiques amputés et hospitalisés.
- Outils de recherche : entretien de recherche semi directif, échelle révisée de l'évènement traumatique (IES-R), et l'RS-R de Wagnild et Young.
- Approche : TCC.

2- La méthode de la recherche

Disons, en premier lieu, que dans toute recherche scientifique, le chercheur doit opter pour une méthode appropriée qui varie selon les sujets traités, les problématiques élaborées et les objectifs formulés et visés dans son étude. Cette méthode consiste en un ensemble de règles

ou de procédés pour atteindre dans les meilleures conditions les objectifs. (Madeleine, 1997, p.102). Dans ce cadre Grawitz (1993) définit une méthode « *comme l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontrer, les vérifier. La méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de la réalité* ». (Grawitz, 2001, p.358).

Dans ce sens, une méthode de recherche 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 motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits. (Chahraoui, Bénony, 2003).

D'autre part, choisir une méthode de recherche, c'est en effet privilégier une certaine conception de l'objet d'investigation, c'est choisir a priori d'en révéler certaines facettes, c'est choisir un certain mode d'approche et d'interrogation plutôt qu'un autre, tout en sachant que ce choix de nature méthodologique est en fait un choix plus large : toute méthode de recherche incorpore en effet une certaine représentation de ce qui est le monde et de ce qui est la recherche. Ce choix va dès lors, de facto, de participer à la définition d'un espace à la fois spécifique et limité de données potentiellement pertinentes qu'il s'agira d'appréhender. (Albarello, 2011).

Dans le but de vérifier nos hypothèses de recherche, nous nous sommes basé sur la méthode clinique, car elle nous semble être la plus adéquate à notre thème de recherche intitulé « *Le traumatisme psychique et la résilience chez les hommes diabétiques amputés et hospitalisés.* », et en raison que cette méthode a pour objet l'étude des troubles psychiques, de la composante psychologique des troubles organiques et des situations difficiles (traumatismes, drames personnels...). Elle va nous permettre de saisir le vécu du diabète et de l'amputation (ressentie, émotion, cognition, comportement, sentiments...) en les observant et les décrivant dans leur singularité et leur totalité, comme elle va aussi nous permettre de comprendre, d'analyser, et de mettre en valeur leur situation dans sa globalité.

En suivant, soulignons qu'elle est la méthode la plus utilisée et définit comme « *Une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée* ». (Sillamy, 2003, p.57).

Dès lors, la méthode clinique s'insère dans une activité, visant à la reconnaissance et la nomination de certains états et aptitudes et comportements, dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif, ou une forme de conseil, permettant une modification positive de l'individu, ainsi elle vise à établir une situation de faible contrainte (Pedinielli, 1999, p.11). Dans ce contexte, au cours de notre stage, et en utilisant cette méthode nous avons pu recueillir des informations avec la manière la plus large et la moins artificielle, en laissant les sujets de notre groupes de recherche des possibilités d'expression et de formulation, aussi elle nous a permis d'isoler ces informations, mais nous les avons rassembler en les remplaçant dans la dynamique individuelle, toutefois, en nous attachons à la compréhension de la façon dont chacun traite et fait face à sa propre situation (amputation), du fait que qu'en psychologie clinique, chaque cas est considéré comme un cas unique qui se distingue à un autre, par les caractéristiques de sa personnalité et de son fonctionnement.

Dans le cas de la recherche sur terrain en sciences humaines et sociales, le recours aux méthodes qualitatives est très fréquent, de par leurs atouts. En effet, ces sciences font beaucoup appel aux matériaux discursifs (discours) et aux approches qualitatives pour tenter de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale. Dans ce sens, nous avons choisis la démarche qualitative dans notre recherche, car la recherche en science humaines et sociales implique des expériences humaines et des interactions sociales qui se conduisent tout naturellement de manière qualitative. De cette manière, la recherche qualitative s'efforce de mettre en valeur le monde tel qu'il est vécu par les acteurs. La méthode qualitative se caractérise par le recours à des approches et techniques d'approche directe du sens des phénomènes humains et sociaux sans le passage par la mesure et la quantification. (Paillé, 2006, p.5).

De ce fait, afin de réaliser notre recherche, nous nous sommes penchés sur la *démarche qualitative*, qui va nous aider à connaître, à comprendre, à faire une analyse fine, détaillée, des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites, également à décrire la nature du vécu de ces hommes diabétiques amputés, et plus particulièrement le traumatisme psychique et la résilience.

Au centre de la méthode clinique on trouve l'étude de cas, sur laquelle nous nous sommes appuyé, car elle nous semble la plus convenable pour l'élaboration de notre travail de recherche, aussi au fait qu'elle est une démarche exploratoire qui nous a permis d'étudier, d'observer d'une manière approfondie, de décrire les conduites des sujets, ainsi de recueillir

le maximum d'informations sur ce type de malade.

L'étude de cas est une observation d'un sujet ou d'un petit groupe de sujets. En effet, les études de cas sont utiles lorsqu'on essaie de connaître soit un phénomène qui n'est pas encore compris et donc requiert une exploration, soit des phénomènes psychologiques complexes qui sont difficiles à reproduire expérimentalement. (Westen, 2000). Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenu actuelles et passées (histoire de sujets, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense, etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre des données issues des entretiens avec le sujet, mais également d'autres sources, bilan d'examen psychologiques, témoignages des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet, d'un contexte de vie, où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés. Aussi, de l'ensemble de ces données le clinicien ou bien 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. (Albarello, 2011).

En outre, l'étude de cas « *Est une approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle. L'étude de cas se penche sur une unité particulière quelconque. Elle fait plus souvent appel à des méthodes qualitatives, dont l'entrevue (entretien) semi-dirigé. Cependant, il n'est pas rare que les informations soient recueillies par différents types d'instruments, y compris par des outils quantitatifs* ». (Gauthier, 2009, pp.199-200). De plus, les données concernant un sujet que l'étude de cas permet de recueillir doivent être riches, diversifiées, subjectives et étendues. Il en résulte la production d'une représentation ordonnée, explicative, qui rend compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité. (Fernandez, Pedenielli, 2005).

Selon Pedenielli (2006), l'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle du travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la deuxième étape et

l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répercutant à des principes fondamentaux.

En somme, nous pouvons déduire que la méthode clinique est une pratique pertinente qui repose sur le principe de singularité de l'individu dans sa langue, ses pensées, ses réactions, son histoire. En outre, il est impossible d'aborder ces éléments en niant leur contexte et la manière dont le sujet les saisit. C'est ainsi qu'au cours de notre recherche, nous nous sommes servis de 8 cas pour aborder particulièrement le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés d'un membre inférieur.

3- Lieu de recherche

Nous avons effectué notre travail de recherche au CHU de Bejaia, plus particulièrement au niveau du service de médecine interne qui se situe au 2^{ème} étage de cet hôpital, et qui est actuellement sous la direction du professeur F.Bouali.

D'après la psychologue du service Mm Selam, ce dernier est divisé en deux côtés : côté droit pour les femmes et côté gauche est réservé pour les hommes. Il y a au total 6 chambres, dont 4 chambres contiennent 3 lits, et 2 grandes chambres possèdent 6 lits. Aussi au sein de ce service, on trouve une salle de colloque, un bureau de consultation et un bureau des explorations vasculaires.

Ce dernier se compose :

- D'un chef de service ;
- Deux professeurs ;
- Médecins : neurologues, endocrinologues, gastrologues, nutritionnistes, internistes.
- Aides-soignants ;
- Psychologue ;
- Infirmiers.

Activité principale

La majorité de l'activité du Service de Médecine Interne est représentée par l'accueil des patients consultants aux Urgences et nécessitant une hospitalisation ; pour des motifs aussi divers qu'un syndrome coronarien aigu, une phlébite, une ischémie aiguë d'un membre, une sucré, les pathologies gastro-intestinales, une maladie cancéreuse,... La Médecine Interne insuffisance cardiaque, un accident vasculaire cérébral, décompensation aiguë du diabète

prend en charge dans leur globalité ces patients, notamment quand plusieurs pathologies associées rendent les choses complexes.

4- Le groupe de recherche

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des sujets diabétiques amputés et hospitalisés au niveau du CHU de Bejaia. Notre groupe de recherche est composé de 8 cas diabétiques amputés et hospitalisés. Pour se conformer au droit d'anonymat des patients, leurs prénoms ont été changés et remplacés par d'autres prénoms.

En se référant aux règles éthiques du code déontologique, nous avons obtenu le consentement du sujet. « *Un consentement éclairé implique que le participant doit être informé des buts de la recherche, des risques qu'il encoure (les désagréments possibles)* ». (Pedinielli, Fantini, 2009, p.387). Les cas reposent eux même sur les patients réels dont les identités ont été rendues anonymes. (Jhon, Branchill, 2016).

Dans la présentation des cas étudiés, nous nous sommes intéressés à l'identité du patient, son histoire personnelle et familiale, ainsi qu'au diagnostic de la maladie qui a occasionné l'amputation. Cette partie nous est très importante, car elle nous a permis de décrire le profil du patient dans les antécédents préopératoires. Sans toutefois oublier les obligations déontologiques à l'égard de la confidentialité et à l'anonymat sur l'identité des enquêtés.

5- Les Critères de sélection

Les critères sur lesquels on s'est reposé pour la sélection des cas constituant notre groupe de recherche sont les suivants :

- 1- Sont tous des hommes diabétiques adultes. On entend par adulte, celui qui parvient au terme de sa croissance, tout être qui a à peu près atteint son complet développement. En psychologie, l'adulte est celui qui fait preuve d'équilibre et de maturité.
- 2- Sont tous des diabétiques de type 2, car ils sont les plus touchés par le pied diabétique ;
- 3- Sont tous des diabétiques amputés d'un ou des deux membres inférieurs ;
- 4- Sont tous des diabétiques hospitalisés.

Nous nous sommes basés sur ces critères, car durant notre présente enquête nous avons observé et remarqué que le nombre des hommes atteints par le diabète de type 2 et qui sont ainsi amputés et hospitalisés, est plus élevé par rapport à celui des femmes.

Par contre, nous n’avons pas pris en considération, le diagnostic du diabète, le nombre des amputations, le niveau d’amputation, ni le niveau socioéconomique, ni la situation professionnelle, ni la situation matrimoniale, ni la langue des sujets.

Dans ce qui suit, nous allons illustrer et définir dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms des sujets que nous avons changés pour l’éthique de la recherche, leur âge, leur niveau d’instruction, leur situation professionnelle, situation matrimoniale, depuis quand ils sont diabétiques, le niveau d’amputation, et enfin la durée de leur hospitalisation.

Tableau N° 1 : caractéristiques du groupe de recherche

Prénom	Age	Niveau d’instruction	Situation professionnelle	Situation matrimoniale	Début du diabète	Niveau d’amputation	Durée d’hospitalisation
Rachid	59 ans	Terminal	Cuisinier	Divorcé	35 ans	Moignon du pied gauche	7 jours
Lamine	54 ans	Collège	fonctionnaire	Marié	16 ans	Pied droit	7 jours
Hamid	59 ans	Collège	Retraité	Marié	9 ans	Orteil du pied droit	15 jours
Farid	55 ans	Terminal	Coiffeur	Marié	20 ans	Orteil du pied gauche	20 jours
Farouk	60 ans	Terminal	Retraité	Marié	19 ans	Les deux pieds	20 jours
Ayoub	62 ans	Primaire	Retraité	Veuf	24 ans	Orteil du pied gauche	Un mois
Kamel	57ans	Collège	Retraité	Marié	8 ans	Orteil du pied gauche	Trois mois
Said	58 ans	Universitaire	Ingénieur d’Etat	Marié	5 ans	Orteil du pied droit	2 mois

Ce tableau présente les caractéristiques de notre groupe d’étude qui consiste en des hommes adultes avec des noms anonymes, leurs âges sont variés entre 59 ans et 62 ans, avec un niveau d’instruction différent (primaire, moyen, terminal, universitaire), leur situation professionnelle entre retraités, cuisinier, fonctionnaire, coiffeur et ingénieur d’Etat. Ils sont tous atteints de diabète type 2 sur une période qui a dépassé 4 ans, aussi sont tous amputés

d'un membre inférieur : Hamid et Said au niveau d'orteil du pied droit, Farid, Ayoub et Kamel au niveau de l'orteil du pied gauche, Rachid au niveau du moignon, Lamine au niveau du pied droit, et Farouk au niveau des deux pieds, ainsi sont des diabétiques hospitalisés pendant une période de 20 jours à trois mois.

6- Outils de recherche

Dans la suite de ce chapitre, nous allons présenter les outils que nous avons utilisés, afin de recueillir le maximum d'information sur nos sujets de recherche, pour répondre à nos questionnements et vérifier nos hypothèses, et qui sont l'entretien de recherche et les échelles psychométriques.

6-1 Entretien de recherche

Dans un premier temps, nous allons présenter l'entretien de recherche, en raison que celui-ci était le premier outil que nous avons utilisé, aussi au fait que ce dernier nous a permis d'avoir un premier contact avec nos sujets de recherche, et d'émettre une relation de confiance avec eux avant la passation des échelles, de plus, car c'est un outil qui sert à nous fournir des indices sur les réactions éventuelles, une description de l'événement subi, des éléments sur l'histoire antérieures du sujet de recherche, les facteurs ayant pu conduire le sujet à développer des difficultés et complications, ainsi que les facteurs de soutien éventuels. L'entretien reste alors, le dispositif de base, qui permet une description du vécu de l'expérience en question dans notre recherche. Il indique également l'interprétation que fait le sujet de cet événement et d'aborder les émotions accompagnant ce vécu.

L'entretien demeure une méthode très utilisée en réadaptation autant pour l'évaluation clinique que pour la recherche. Il faut préciser que le terme « *Entretien* » est utilisé pour désigner une conversation entre un informateur (personne interrogée) et un intervieweur (celui qui pose les questions). L'entretien consiste alors, à interroger oralement les répondants pour obtenir les résultats désirés.

En effet, l'entretien est une méthode plus souple, qui représente un intermédiaire entre les deux autres, donc qui donne accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie. L'entretien se déroule habituellement autour d'un thème proposé par le chercheur. Il peut se réaliser face à face, individuellement ou en groupe. Dans son sens large, l'entretien peut avoir de nombreuses fonctions, comme interroger sur un sujet précis, transférer des informations soutenir ou

évaluer les connaissances d'une personne. (Tétrault et Guilez, 2014).

Par ailleurs, l'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode d'investigation et de production de données dans la recherche en psychologie clinique, et aussi dans un grand nombre de disciplines en sciences humaines et sociales : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se concentrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

De ce fait, afin de mener notre recherche, nous avons donc opté pour un entretien clinique, car c'est un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives (biographie, évènements, histoire de la maladie, vécu psychique quant à cette dernière, croyances, sentiment et émotions du sujet). Et aussi, au fait qui est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines notamment en psychologie clinique, il permet de mettre à jour une dialectique de l'exploration pour le chercheur et l'expression, pour la personne interviewée. Evidemment, l'intérêt d'avoir choisi cet outil est de pouvoir mesurer l'impact qualitatif du vécu des *hommes diabétiques amputés et hospitalisés* vis-à-vis de l'évènement traumatique (l'amputation).

En outre, d'après Ghiglione & Richard, (2007), l'entretien clinique doit être considéré comme un dispositif met en place, en générale pour expliciter une situation d'un sujet en souffrance et de la modifier. Il est nécessairement complexe et ambigu, définit par des paramètres interactionnels, contextuels, sociaux et culturels. Tout entretien contient un dispositif et des procédures qui se déroulent en son sein. Des données sont produites puis analysées.

De plus, Marmoz (2001), nous propose une définition de l'entretien clinique : « *l'entretien clinique est définit comme une situation d'échange entre un sujet actif qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bien veillant. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, le psychologue se place surtout dans une position d'écoute du sujet vient en générale exposer une souffrance, un conflit une interrogation.* ». (Marmoz, 2001, p.381).

Lors de la planification de la démarche, il est nécessaire de déterminer le type de l'entretien désiré. Cette décision se base sur l'objectif de l'étude et les attentes du chercheur selon le besoin de l'information. Classiquement il existe trois types d'entretien, soit : l'entretien directif, non directif et semi directif. Dans notre recherche nous avons retenu l'entretien clinique semi directif avec les sujets, permettant de cibler nos questions tout en

laissant l'interlocuteur libre d'approfondir, de développer ses réponses à sa guise, et aussi de répondre aux hypothèses en orientant le discours autour de notre thème de recherche. On trouve cet outil pertinent dans la mesure où il permet de développer certaines questions et aussi d'aborder des parties auxquelles nous n'aurions pas pensés lors de la conception de cet outil. Ainsi, ce type d'entretien essaie de diminuer au possible les désavantages inhérents à la directivité (risque d'enfermer le client) et ceux liés à la non directivité (l'obtention des données vagues, non-respect du temps...).

Par ailleurs, on ne pourrait comprendre des comportements que si on les observant d'une façon rigoureuse, c'est ainsi que pendant l'entretien clinique semi directif, l'observation est considérée en elle-même un outil indispensable, portant sur un certain nombre d'éléments qui sont autant d'effets de la réalité psychique. La réalité psychique n'est pas observable en soi, elle est reconstruite à partir de l'observation de ses effets : les signes, les symptômes, le langage, les messages verbaux et non verbaux, les comportements, les conduites, les interactions, les productions diverses, etc. (Ciccione, 2014, pp.65-78). L'observation est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes du sujet souffrant, elle ne peut que centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité. Dans notre recherche, durant la passation de l'entretien, notre attention était spécialement portée sur la parole du sujet, sur des informations attribuées par ce dernier. De plus, la spécificité de la méthode clinique réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. (Pardinielli, 2006).

En ce sens, ce type d'entretien est un usage complémentaire durant lequel on pose quelques questions juste pour orienter le discours de certains thèmes. L'entretien semi-directif se situe entre l'entretien directif et l'entretien non-directif. Il est ni totalement fermé, ni totalement ouvert. Les thèmes à aborder sont fixés à l'avance. Mais l'ordre et la forme de présentation des thèmes sont libres. On procède en général à ce type d'entretien pour approfondir la connaissance d'un domaine ou vérifier l'évolution d'un phénomène connu. Pour Quivy et Campenhoudt (2008), c'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche. Pour eux, le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquels il veut obtenir une information. Il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement. Il laisse venir le plus possible l'interviewé pour qu'il puisse parler selon une logique qui lui convient. L'intervieweur pose les questions que l'interviewé n'a selon une logique qui lui convient. L'intervieweur pose les questions que l'interviewé n'a abordées de lui-même. (Vilatte, 2008).

De même, cet entretien nous permet de retracer les différents moments de la vie du sujet comme les maladies antérieures qui l'ont mené à l'état psychique du moment, c'est une technique qui autorise une certaine liberté d'expression, une fois la consigne donnée, on se retient d'interrompre son sujet et si celui-ci reste silencieux car il n'arrive pas à sortir d'une situation de gêne, on le relance par d'autres questions afin de l'aider à parler. (Samarcher, Béatrice, 2005). La souplesse de l'entretien semi directif permet de poser des questions de manière à établir des liens entre les différents sujets à approfondir d'avantage à établir certains éléments énoncés par le participant. (Tétrault, Guilez, 2014, p.223).

Dans ce sens, nous avons élaboré un guide d'entretien semi directif qui se compose de 42 questions en adoptant un cheminement chronologique, c'est-à-dire, en investissant l'avant, le pendant et l'après, dont le but est de permettre à l'interviewé de produire un discours plus riche sans pour autant sortir du cadre précis de la recherche. En même temps, elles sont structurées selon un objectif bien déterminé afin de limiter ses réponses. (Pour l'ensemble des questions, voir l'annexe N°1).

En premier lieu, une première partie composée de 42 questions pour le recueil d'informations personnelles sur le sujet, ensuite nous avons 4 axes qui abordent des questions sur le vécu de la maladie et de l'amputation (avant, pendant et après) : le premier contient 7 questions, dont le but est d'avoir des informations sur le parcours de la maladie jusque-là, le second comprend 9 questions, qui sont consacrés pour l'hospitalisation et l'amputation, puis un troisième axe intitulé : le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés : entre trauma et la résilience, cet axe est composé de 19 questions, il a pour objectif de décrire l'impact de cette amputation, de connaître ses conséquences et ses répercussions sur le plan psychique du sujet atteint, ainsi le devenir psychologique de ce dernier, et enfin un dernier axe constitué de 3 questions, dont 2 qui portent sur les projets d'avenir et les craintes par rapport au futur, afin de savoir comment le sujet envisage l'avenir de sa santé, est-ce que en dépit de l'évènement (amputation) le sujet a toujours des objectifs qui souhaite de les réaliser et de les atteindre, et est-ce qu'il s'inquiète pour son avenir, puis une dernière question à travers laquelle nous demandons au sujet de rajouter ce que nous n'avons pas cité dans notre entretien.

Toutefois, avant chaque entretien avec nos sujets de recherche, on leur donne la consigne suivante : « *Nous allons vous poser quelques questions concernant vous et votre maladie, depuis que vous l'avez découvert jusqu'aujourd'hui, pour savoir comment vous vivez avec*

cette maladie ». Donc l'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré, selon A. Blanchet (2014), il s'agit « *D'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations, et d'indicateurs, qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* ». (Blanchet, Gotman, 2014, p.58). Le guide d'entretien comprend les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toute fois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. (Fernandez, Catteeuw, 2001). Aussi, selon Blanchet (2014), le guide d'entretien est considéré comme un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en questions d'enquête, et cela selon le degré de formalisation du guide, en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête (exploratoire, principale ou complémentaire) et de type d'analyse que l'on projette de faire.

Dans un autre ordre d'idées, ajoutons que, cet ensemble de questions est posées de façon orale ou écrite. Ainsi le guide d'entretien doit être fait de façon objective ou rigoureuse. Cet instrument est utile pour obtenir rapidement des informations précises auprès de plusieurs individus. Il est administré à un groupe d'individus pour avoir, dans le cadre d'une recherche en psychologie, une connaissance approfondie de l'individu concernant un sujet donné.

Puisque notre recherche implique la passation d'un entretien semi directif, avec des sujets diabétiques amputés et hospitalisés dans un établissement hospitalier, nous allons aborder dans ce qui suit, quelques particularités concernant l'entretien au sein de l'hôpital.

À l'hôpital général, comme dans bien d'autres institutions médicales de soin, l'entretien en clinique (clinique médicale, psychiatrique, psychologique) peut prendre différentes formes (notamment entretien directif ou semi directif à visées diagnostique, de prescriptions, à visées d'évaluation, d'expertise, de recherche). Dans le cadre de son orientation en psychologie clinique et psychopathologie et celui de son activité à l'hôpital, entretien en clinique et entretien clinique peuvent être des pratiques soutenues par un même clinicien «psy», mais dans l'un et l'autre cas, sa position et ce qui sous-tend et fonde cette position sont en jeu. S'en organisent le cadre d'entretien, la situation de la parole, les modalités de son usage et de son écoute. (Douville, Jacobi, 2009, p.136).

En effet, ce type d'entretien se spécifie par certaines caractéristiques intrinsèques, en prenant en compte la dimension relationnelle dans le champ de la médecine et de la maladie. Cependant, dans cet entretien le temps nécessaire que prend le psychologue auprès du patient à l'hôpital vise notamment à comprendre comment le patient vit les remaniements imposés

par la maladie, il peut entendre les angoisses, les difficultés et les questionnements qui implique cet état tous ce qui ramène le sujet à l'histoire consciente et inconsciente. À ce titre le psychologue est garant de la subjectivité induite par la rencontre singulière avec le sujet en permettant à la parole d'émerger autour de la séparation, la perte et parfois la peur et la mort. Il procure une aide, il panse, soutient, assiste, accompagner le patient et il contribue par son écoute. (Marty, 2007).

Cependant, Douville et Jacobi, (2009), ont marqués la différence entre entretien clinique et entretien en clinique, un entretien en clinique pourtant n'est pas forcément un entretien clinique. Sur ces bases seront considérés les conditions et les possibles de l'entretien clinique dans le cadre institutionnel de l'hôpital général et de la médecine somatique. Suivant l'idée que l'entretien clinique dans un bureau en consultation (externe ou interne) présente, dans ce lieu, peu de différences en bien des cas avec d'autres lieux de consultation, c'est sur l'entretien clinique «au lit du malade » que l'accent sera porté. Un appel fait à une situation clinique concrète aidera à appréhender ce qu'il peut en être de son instauration, du dispositif et de l'espace de paroles qui peut s'établir « au lit du malade » dans un service hospitalier, entre un clinicien singulièrement impliqué et un sujet hospitalisé pour raison somatique.

Dans ce cadre, notre recherche a donc consisté à recueillir directement le témoignage des hommes diabétiques, pendant leur hospitalisation et suite à leur opération, les témoignages étaient globalement exprimés par le degré avec lequel des mots indiquant des états émotionnels caractérisant ainsi, ce que nos sujets ont ressentis à un moment passé. En ce sens, le témoignage est une relation verbale, d'une personne attestant à un fait, dont elle a eu directement connaissance. Cependant, selon Niedenthal (2009), le témoignage n'est pas une narration dans le vide, car sa valeur dépend de l'objet du témoignage, qui est la nature de l'évènement vécu, des aptitudes, des réactions révélatrices du témoin, et de ses propres dispositions profondes. De ce fait, le fait de l'avoir vécu est une condition, car il s'agit pour les témoins de rendre compte de leur propre expérience, comme dans le cas de nos sujets de recherche, qui ont vécu une situation hors du commun, et pendant l'entretien, ils ont fait appel à leur mémoire pour restituer, à leur façon, le vécu de ce même évènement raccommodé par leur mémoire.

Enfin, pour attirer l'attention des participants à notre recherche et d'établir un climat de confiance, nous avons rassuré les patients avec politesse et la sympathie en indiquant l'objectif de notre étude, son intérêt scientifique et son impact sur la vie des sujets. Tous ceux-ci nous

ont illuminés au cours de nos entretiens.

D'autre part, pour l'analyse des données, deux grandes méthodes sont à différencier: l'analyse quantitative et l'analyse qualitative. Alors, dans notre démarche d'analyse de l'entretien de recherche, nous avons retenu la méthode qualitative, en s'appuyant sur l'idée que l'analyse des données et des résultats procure la qualité d'être intelligibles et interprétables, et en essayant de faire une lecture clinique du discours du sujet, ainsi en faisant des va et vient entre les données recueillies et la production théorique, comme nous avons aussi gardé les mêmes intitulés des axes, qui sont accompagnés par le récit de ce dernier, et cela en se basant sur l'approche adoptée (TCC).

De ce fait, l'analyse qualitative est une lecture globale, non détaillée qui permet au chercheur de se familiariser avec un problème donné. Ce type d'analyse peut être ainsi illustré dans le cadre d'une étude exploratoire ou bien comme une méthode qualitative commentaire à une analyse plus systématique. (Chahraoui, Bénony, 2003).

En effet, l'analyse qualitative est par définition même différente de l'analyse quantitative dans la mesure où elle réalise ses objectifs sans porter d'attention aux fréquences. Ce qui compte dans les analyses qualitatives, c'est la sélection et l'organisation raisonnée de catégories qui condensent la signification d'un texte donné, avec la visée de mettre à l'épreuve des hypothèses et des affirmations pertinentes. (Delefosse, Rouan, 2001)

Nous terminons par le premier outil que nous avons utilisé au cours de notre recherche, qui est l'entretien clinique semi directif, pour aller dans ce qui suit aux autres techniques qui nous ont aidé, afin d'explorer l'expérience subjective des participantes tout en respectant les particularités propres à chacune, deux instruments complémentaires ont été utilisés, et qui s'agit des échelles d'évaluation, ces dernières se distinguent des tests psychométriques, car elles ne comparent pas les sujets les uns aux autres, mais donnent une note. En ce sens, ces échelles existent sous deux formes : échelles d'hétéro évaluation, remplies par le clinicien, et d'auto-évaluation remplies par le sujet. De ce fait nous avons eu recours à deux échelles à savoir : (IES-R) et l'RS-R, que nous considérons comme adaptés à nos objectifs de recherche et aux sujets concernée.

6-2 Échelle révisée de l'impact de l'évènement (IES-R)

6-2-1 Présentation de l'échelle révisée de l'impact de l'évènement

En psychologie, « *Les échelles sont en général des épreuves constituées d'items ordonnés*

difficulté croissante. Elles permettent d'évaluer en niveau souvent exprimé, en termes d'âges ou de stades ». (Bloch, 1991, p.254).

D'après M. Angers (1997), l'échelle est définie « *Comme une technique pour assigner un score à des individus en vue d'un classement, les échelles sont utilisées pour classer des individus ou des ensembles d'individus selon leurs réponses à des questions construites à partir d'indicateurs choisis. On regroupe ainsi un ensemble d'indicateurs transformés en questions et on essaie d'évaluer le résultat chiffré d'une personne selon ses réponses ; on la classe alors sur une échelle allant du plus au moins ou d'une attitude extrême dans un sens jusqu'à l'attitude extrême opposée* ». (Angers, 1997, p.115).

À ce titre, parmi les multiples échelles qui ont été élaborés afin de mesurer l'impact de l'évènement traumatique, on trouve l'échelle de stress post traumatique (PCLS), échelle modifiée des symptômes traumatiques (ÉMST), inventaire de détresse péri traumatique (PDI), ..., quant à notre recherche nous avons retenu un outil psychométrique de type d'auto-évaluation (IES-R) (1997), (voir l'annexe N°2). C'est le questionnaire le plus utilisé dans la littérature, il présente néanmoins de bonnes qualités métrologiques, car c'est est une mesure subjective fiable qui permet l'évaluation des individus à différents moment dans le temps. Ce questionnaire a été réalisé à partir de l'échelle d'impact de l'évènement (IES) d'Horowitz et coll. (1979), il a été développé pour évaluer l'état de stress post-traumatique lié à la guerre, mais il a également été étudié sur des populations civiles.

Afin d'ajuster l'échelle aux critères diagnostiques de l'ÉSPT et pour avoir une meilleure estimation des réactions d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance à la suite d'un évènement traumatique, Weiss et Marmar (1997) ont révisé la version originale de l'IES. Ils ont ajouté une troisième sous - échelle sur l'activation neuro-végétative, pour pallier les manques de la version d'Horowitz et al. (1979). Weiss et Marmar ont développé sept nouveaux items dont six couvrant des symptômes associés au critère d' hypervigilance, par exemple « *J'étais nerveux (se) et je sursautais facilement* ». Ces nouveaux items ont été ajoutés aléatoirement à l'échelle originale de l'IES, ce qui créa une version révisée à 22 items. (Chlasson, 2016).

6-2-2 La consigne

« Voici une liste de commentaires faits par des personnes ayant vécu, elles aussi, un évènement stressant. Complétez, s'il vous plait, chaque proposition en indiquant à quelle fréquence ces commentaires ont été vrais pour vous au cours des sept derniers jours. S'ils ne

se sont pas produits au cours de cette période, cochez la case « pas du tout ». (Bouvard, Cottraux, 2002, p.158).

6-2-3 Le mode de passation

L'IES-R de Weiss et Marmar est composé de 22 items. Le sujet évalue chaque symptôme sur une échelle de 0 (pas du tout) à 4 extrêmement. Sa durée d'administration est de 5 minutes.

L'IES-R contient toutes les questions originales de l'IES, et 7 questions supplémentaires permettant de couvrir les symptômes d'hyperactivité neurovégétative (soit les problèmes de sommeil, d'irritabilité, de concentration, d'hypervigilance et de nervosité). (Bouvard et Cottraux, 2002).

6-2-4 La cotation

Contrairement à l'IES, les réponses de l'IES-R sont cotées sur une échelle de fréquence à 5 points (pour chaque item). Il suffit d'additionner les notes obtenues à chaque item pour obtenir un score total. Trois sous échelles peuvent être calculées. Les scores sur l'échelle correspondant aux symptômes d'intrusion varient de 0 à 39 ; ceux de l'échelle des symptômes d'évitements de 40 à 55 et ceux de l'échelle d'hyperactivité de 56 et plus. (Fernandez et al, 2005).

Ces items se distinguent comme suit :

- 1- Sous échelle des symptômes d'intrusion (items 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20) ;
- 2- Sous échelle des symptômes d'évitement (items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) ;
- 3- Sous échelle des symptômes d'hyperactivité neurovégétative (items 4, 10, 15, 18, 19, 21). (Bouvard et Cottraux, 2002, p.159).

6-2-5 La validité de l'IES-R

La version française a été validée au cours d'une étude auprès de 224 femmes (francophones) enceintes, au cours de la vague de froid de janvier 1998 dans les provinces de Québec et d'Ontario – catastrophe naturelle ayant fait 27 décès et occasionné une coupure d'électricité pour 1,4 millions de foyers jusqu'à 4 semaines. Selon cette étude, la consistance interne de l'IES-R est satisfaisante (Alpha de Cronbach = 0,86 pour le score d'intrusion, 0,86 pour le score d'évitement et 0,81 pour le score d'hyperactivité et 0,93 pour l'ensemble de l'outil). Une analyse en composante principale a retenu une solution à 3 facteurs expliquant 56 % de la variance et générant un axe « *hyperactivité* », un axe « *évitement* » et un axe « *intrusion* ».

En outre, la valeur test-retest a été étudiée auprès d'un autre échantillon (n=39) à un intervalle de 3 mois et était de 0,73 pour le facteur Intrusion, 0,77 pour le facteur Evitement et 0,71 pour le facteur Hyperactivité (Weiss et Marmar, 1997). (Citer par Fernandez et al, 2005).

Après avoir présenté le deuxième outil qui concerne l'évènement traumatique, nous allons dans ce qui suit présenter l'autre échelle que nous avons aussi employée pour mesurer la résilience.

6-3 Echelle de résilience de Wagnild et Young

6-3-1 Présentation de L'RS-R de Wagnild et Young

Les études sur la résilience se sont multipliées depuis les dernières années, et différentes échelles de mesure ont vu le jour (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011 ; Windle, 2011).

À l'origine, l'échelle de résilience a été élaborée auprès d'une population de femmes âgées (M = 78,1 ans), mais cet instrument a été utilisé auprès d'un large éventail de populations depuis les dernières années. (Beaudoin, 2013, p.58).

C'est l'échelle de résilience dans sa version traduite en français (2010) par Ionescu et al, qui a été sélectionnée pour cette étude (voir l'annexe N°2), en raison de sa popularité, de son utilisation dans divers contextes et sa validité est bonne, de sa définition conceptuelle de la résilience, qui est un trait de caractère favorisant l'adaptation et parce qu'elle permet de mesurer les traits de la résilience chez des sujets, ainsi de déterminer un score théorique individuel de ce processus.

6-3-2 La consigne

« Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en tournant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord) ». (Ionescu, et Jordan-Ionescu, 2011, p.61).

6-3-3 Le mode de passation

Le questionnaire est constitué de 25 items à compléter selon l'accord des sujets sur une échelle en sept points de type Likert (allant de très en désaccord à totalement en accord). (Beaudoin, 2013, p.58). Elle est bidimensionnelle: Compétences personnelles (17 items) et Acceptation de soi et de la vie (8 items). Elle permet d'expliquer 44 % de la variance de la résilience (Wagnild, 2009 ; Wagnild et Collins, 2009). Sa durée d'administration est de 5 à 10 minutes. (Omolmo, 2016).

6-3-4 Le score

Le score total varie entre 25 et 175. Un score plus bas que 121 est considéré comme un caractère peu résilient, entre 121 et 145 indique un caractère modérément résilient et un score au-dessus de 146 est jugé comme un caractère résilient ou très résilient (Wagnild & Collins, 2009). (Beaudoin, 2013, p.58).

6-3-4 Validité de L'ER

La mesure intégrale a été validée auprès de populations adultes de Chine, d'Italie de Finlande et du Japon, de populations diverses d'Espagne, et d'une population de personnes âgées (80-90 ans) des États-Unis. On l'a également validée auprès d'une population d'adolescents du Nigeria. Les résultats de la validation initiale de la mesure comportaient une structure à facteur unique et une excellente cohérence interne. Depuis l'élaboration de l'échelle, d'autres études ont démontré la validité de son concept et la fiabilité de sa reproductibilité. La version abrégée de la mesure a été validée auprès de populations adultes du Brésil, de Chine, de Finlande, d'Italie, du Japon et du Nigeria. La validité de l'échelle de résilience de Wagnild et Young est solide sa validation dans bon nombre de contextes internationaux en font un instrument d'usage pertinent dans le contexte multiculturel du Canada et pour de multiples groupes d'âge. (Liebenberg et al, 2017).

Enfin, ces deux outils psychométriques que nous venons d'exposer, sont censés de nous permettre de mesurer quantitativement le vécu psychologique, et de produire ainsi une mesure chiffrée, comme ils permettent aussi de placer le sujet de notre recherche dans la dimension explorée pour en donner un indicateur de sévérité ou d'intensité. Ces outils permettent alors de mesurer la grandeur à partir des indicateurs qui sont les items.

Nous allons s'attarder dans les prochains linges sur les étapes du déroulement de notre recherche.

7- Le déroulement de la recherche

Avant d'aborder notre enquête sur ce thème de recherche, il nous a semblé nécessaire de définir, puis de présenter l'étape préparatoire de celle-ci, qui est une phase indispensable par laquelle doit débiter toute investigation scientifique, à savoir la pré-enquête.

7-1 La prés enquête

Initialement, notons que la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder à une pré-enquête, afin de préparer l'enquête proprement dite. Elle se révèle

très utile pour enrichir notre problématique, et construire notre guide d'entretien. La pré-enquête est en effet l'une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle nous permet de recueillir des informations sur le thème de recherche, pour pouvoir le limiter et le cerner, ainsi que sur le groupe visé. Aussi, la pré-enquête nous conduit à la découverte de notre terrain d'étude et à enrichir notre travail par les références bibliographiques, ce qui va nous aider à améliorer nos connaissances sur le sujet d'étude et à aboutir un maximum d'informations. Comme, elle nous permet également de vérifier la disponibilité des cas, et la fiabilité de notre guide d'entretien ainsi nos échelles.

De ce fait, « *Elle constitue une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique, puisque elle nous permet d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter notre recherche. C'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle s'appelle phase exploratoire où il y a un déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique au cours de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente* ». (Cario, 2000, p.11).

Dans le but de valider notre objectif et afin d'aboutir à une question de recherche, nous avons réalisé notre pré-enquête au niveau du service de médecine interne du (CHU) « *Khelil Amrane* » de la wilaya de Bejaia, dans lequel nous nous sommes présentés le 24 d'octobre 2018, en tant que étudiantes stagiaires en deuxième année master en psychologie clinique, au début, avec l'idée d'effectuer une étude sur le traumatisme psychique et la résilience chez les diabétiques amputés, parce qu'au départ nous n'avions pas l'intention de faire notre recherche en s'intéressant uniquement aux diabétiques amputés et « *hospitalisés* ».

D'abord, ceci a été fait après avoir rencontré la psychologue du service Mme Selam afin qu'elle nous donne son accord pour avoir l'accès à ce service, et aussi avec laquelle nous avons exposé et discuté sur notre thème de recherche et les raisons qui nous ont poussé à choisir ce dernier, elle a été très intéressée par cette thématique. Une semaine après, le 05 novembre 2018, ce jour-là, étaient notre deuxième rencontre avec la psychologue pour qu'elle nous explique la procédure, mais cette fois-ci, elle a nous informé qu'il était impossible d'effectuer ce stage car le syndicat de Snapsy (syndicat nationale des psychologues algériens) ont gelés les stages pour les étudiants, et pour ce cas, elle nous a proposé d'aller à la clinique beau séjour, (Maison des diabétiques de la wilaya de Bejaia) comme l'accès à cette clinique était libre.

Le 9 novembre 2018, nous nous sommes présenté à la clinique beau séjour, où nous avons été accueilli par l'un des médecins généralistes en diabétologie de cette clinique, nous lui avons exposé le problème qui nous a poussé à changer le lieu de stage et nous lui avons proposé notre thème mais cette dernière nous a révélé que sa préférence et de voir avec l'association des diabétiques, qui se trouve à l'intérieur même de cette clinique, en raison qu'ils reçoivent beaucoup de cas qui répondent à la caractéristique du groupe que nous souhaitons étudier. De plus, elle nous a proposé et nous mettre en contact avec un autre psychologue (Mr Boudjadi), qui travaille au niveau de la résidence universitaire du 17 octobre 1961 dans le but de nous aider. Donc, nous nous sommes dirigé tout de suite vers l'association, là où nous avons trouvé une des membres de l'association, et en même temps nutritionniste (Mme Ferdjallah), qui nous à son tour présenté le président de cette dernière, il nous a accueilli chaleureusement, puis nous lui avons exposé et expliqué notre but de recherche, nous avons discuté également sur la disponibilité des cas, ensuite il nous a donné son accord pour commencer le plutôt possible après avoir bien sur signer les papiers nécessaires, et il a été prêt à nous aider de mieux que possible.

Le même jour, nous nous sommes déplacés à la résidence du 17 octobre 1961, afin de rencontrer Mr Boudjadi, mais il nous a fallu attendre deux heures, pour que ce psychologue arrive. En parlant avec lui, nous avons toutes expliqué, commençons du problème que nous avons rencontré dès le départ, et terminons par une idée générale sur notre thème. Ce dernier, nous a même proposé de réaliser une étude sur les étudiants diabétiques amputés, en nous rassurant qu'il fera de son mieux pour nous accompagner durant notre séjour de stage.

Cependant, en raison du retard fait au niveau de notre département pour faire établir les papiers nécessaires afin d'effectuer ce stage, nous n'avons pas rejoint la clinique depuis la date précisée ci-dessus, et aussi parce qu'après un mois, nous avons reçue l'information que le syndicat SNAPSY ont permis l'accès aux stagiaires et il n'y a plus de blocage. Ultérieurement, nous nous sommes mises d'accord avec notre promotrice de préciser encore notre thématique, et cela en rajoutant une caractéristique à notre groupe de recherche, qui est l'hospitalisation afin que notre recherche soit fiable et la plus précise possible.

Après avoir ramené la lettre d'envoi de stage au niveau du bureau de stage de notre département, le 16 décembre 2018, nous nous sommes représentés une deuxième fois à l'hôpital de Khelil Amrane, nous avons rencontré la psychologue, mais cette fois ci, elle nous a informé qu'elle ne peut pas nous signer pour nous encadrer, vu qu'elle ne figure pas dans la

liste des psychologues chargés de l'encadrement des stagiaires, étant donné qu'elle n'a pas encore l'expérience de ses 5 ans de travail, mais elle nous a donné une promesse pour nous aider et nous orienter au cours du stage. De ce fait, elle nous a dirigé vers une autre psychologue qui travaille dans ce même hôpital, au niveau du service d'oncologie, (Mme Boudrahem), qui nous a accueillis vivement et elle nous a donné son accord après avoir bien exposé notre thème et discuté sur toutes les conditions que nous allons respecter et suivre durant notre stage.

La psychologue du service de médecine interne nous a obligé de voir le médecin chef, professeur Bouali, pour avoir aussi son accord, ce jour là, il n'était pas disponible et nous n'avons pas pu le voir car il a été en mission. Cependant, nous sommes revenus, et avons réussi à le rencontrer deux semaines plus tard, c'était le 30 décembre 2018, il nous a reçue dans son bureau, d'abord nous nous sommes présentés. Dans un premier temps, nous lui avons commencé à lui expliquer notre thème et l'intérêt de notre recherche. Il a tout de suite paru intéressé. Dans un deuxième temps, ce médecin nous a demandé la présence de notre promotrice afin de bien éclaircir notre problématique, suite à cela, il nous a exigé de présenter et d'exposer notre travail, en présence des autres médecins de cet hôpital, en quelques sortes comme une soutenance, bien sûr après avoir terminé notre recherche. Nous avons sorti, avec une approbation donnée par lui, pour entamer la pré-enquête.

Nous avons alors commencé notre pré enquête le 28 février 2019, elle a duré un mois avec une fréquence de deux fois par semaine. Dès notre premier jour du stage, nous avons essayées de s'adapter et de se familiariser dans ce service, afin d'avoir une idée sur les particularités, les principes, et le mode de fonctionnement ainsi que les objectifs de ce service, et cela avec l'aide de Mme Selam, grâce à laquelle nous avons effectué un certains nombres d'observations cliniques sur les différents cas qui étaient hospitalisés souffrants de maladies distinctes, que ça soit du côté femmes ou côté hommes, comme nous avons aussi rencontré des patients qui venaient seulement pour faire des soins. En fait, ce stage préliminaire, nous a permis de cerner notre groupe de recherche qui se compose que des hommes diabétiques amputés et hospitalisés, en raison que durant celui-ci nous avons remarqué et constaté que le nombre de ces derniers est plus élevé par rapport à celui des femmes, ce qui nous a poussé donc à s'intéresser uniquement au sexe masculin.

Soulignons, aussi que ces observations sur le terrain étaient accompagnées par des recherches documentaires sur des ouvrages comme «*Diabétologie en clinique*»,

«*Endocrinologie Diabétologie* », «*La résilience : surmonter les traumatismes* », «*Trauma et résilience : Victimes et auteur* », «*Résilience ressemblances dans la diversité*»..., des revues tel que «*La Revue de Médecine Interne* », des thèses, des mémoires relatifs à notre thème, dictionnaires «*Dictionnaire médicale*», «*Dictionnaire de psychologie*», des rapports et des sites web ont été ainsi exploités. Ces documents nous ont servi d'un bon outil dans la définition de certains concepts, dans la constitution des cadres théoriques et méthodologiques. Ceci n'est pas une fin en soi, par ailleurs, les informations collectées nous ont aidés surtout dans la constitution de la problématique de notre recherche et dans l'interprétation et discussion des résultats de notre enquête. Nous avons cherché des échelles qui pourront être compatibles avec notre thème et l'approche adoptée.

En somme, cette pré enquête, nous a permis de s'assurer de la faisabilité de notre recherche et les conditions d'étude, ainsi la possibilité d'obtenir le consentement des patients diabétiques pour constituer notre groupe de recherche. Egalement, elle nous a aidé à élaborer notre guide d'entretien, de plus, cette dernière, nous a amené à poser des questions et à formuler des hypothèses, et pour les vérifier nous avons cherché avec la collaboration de notre promotrice, des outils d'évaluation qui apparaissent adéquats et compatibles avec notre approche théorique adoptées, qui pourraient nous permettre d'y répondre, et pour cela nous avons fait recours à un auto questionnaire (IES-R) (1997) qui mesure l'impact vécu à la suite d'un évènement traumatique par la sévérité des symptômes, en respectant la durée de l'amputation qui doit dépasser 1 mois, car selon le DSM 5 il faut dépasser le 1 mois pour qu'on puisse poser le diagnostic, et l'échelle de la résilience (RS-R) (1993), qui va nous servir à évaluer le niveau de la résilience de notre groupe de recherche.

7-2 L'enquête

«*L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé*». (Blanchet, Gotman, 2014, p.35).

Le mérite principal de l'enquête est d'occuper une position intermédiaire entre la démarche clinique et la recherche de laboratoire. Comme pour la psychologie clinique, les problèmes étudiés sont ceux qui touchent les personnes interrogées, les solutions qu'elles tentent de leurs rapporter, les réponses qu'elles produisent et qui engagent la totalité de leur personnalité. Mais l'enquête est aussi la recherche de régularités entre les groupes, l'opinions, les comportements, les connaissances, c'est même la recherche de lois générales, c'est-à-dire qu'elles tentent de

rendre compte une façon rationnelle des liens qui existent entre tous ces éléments, voire d'être capable de prévoir des comportements, des opinions, etc. (Ghiglione et Richard, 2007, p.35). Donc, la méthode d'enquête est destinée à saisir l'importance du phénomène étudié.

Notre enquête s'est déroulée sur une période de deux mois, du 28 février 2019 jusqu'au 28 avril 2019 au sein du CHU de Khelil Amrane de Bejaia, au niveau du service de médecine interne. Nous nous présentions deux fois par semaine de 9h00 jusqu'à 16h00 dans le but de recueillir le maximum d'informations sur les diabétiques amputés et hospitalisés.

Avant que nous commençons notre enquête, nous avons d'abord entretenu avec le médecin de ces sujets pour s'assurer qu'ils peuvent répondre aux questions et participer aux autres outils, sans que cela puissent nuire à leur santé.

Depuis que nous avons commencé notre enquête jusqu'à la fin de cette dernière, tous les malades se sont montrés coopératifs jusqu'au bout, ces derniers nous ont assuré de leur disponibilité à répondre à toutes les questions posées, et cela en respectant la volonté de ces patients pour se collaborer avec nous, assurant de ce fait le consentement éclairé de ces derniers. Nous leur avons également garanti, sur le fait que leurs informations personnelles qu'ils nous donnerons resteraient confidentielles et anonymes, et que nous allons les utiliser seulement dans le but d'une recherche scientifique. Nous avons ainsi expliqué notre recherche et notre objectif de recherche pour chacun des cas, d'une manière simple et claire. Ceux-ci a permis de former notre groupe de recherche.

Notre groupe de recherche aurait dû être constitué de 12 cas, mais pour plusieurs raisons nous avons éliminé 4 cas, parce qu'ils ne répondaient pas à nos critères d'inclusion, 3 patients d'entre eux, ont été récemment amputé pour la première fois, et nous avons tache d'avoir une population de recherche homogène par rapport aux caractéristiques, deux autres cas n'étaient pas diagnostiqués comme diabétiques, mais ils ont été amputés suite à un accident.

Afin de rassembler les informations nécessaires à notre travail de recherche, nous avons commencé dans un premier temps, par passer notre entretien semi-directif aux sujets, en leur donnant la consigne suivante : *« Nous allons vous poser quelques questions concernant vous, votre diabète, ainsi des questions sur votre hospitalisation et opération, pour savoir comment vous vivez avec cette maladie »*.

Nous avons passé les entretiens dans la même chambre où nous avons rencontré cette catégorie de diabétiques, car ils ne pouvaient pas se déplacer en raison de leur condition du

moment. La durée de l'entretien varie d'un patient à un autre avec une moyenne de minutes à une heure environ, en raison que les médecins et les infirmiers nous interrompaient pour faire les visites et les soins nécessaires pour cette catégorie de patient. Rajoutons ainsi, que certains de ces derniers débordent et d'autres étaient un peu moins bavards.

En ce qui concerne la langue de notre guide d'entretien, nous avons employé le français, vu que nos sujets de notre groupe de recherche comprennent et assimilent la langue française, mais de temps en temps, ils répondaient avec un mélange du français et du kabyle, ce que nous respectons et acceptons évidemment.

Dans un deuxième temps nous avons utilisé l'échelle (IES-R) (1997) et l'RS-R Wagnild et Young (1993), que nous avons choisi avec notre promotrice afin de mieux comprendre l'impact de l'amputation sur le vécu psychique du sujet, et d'évaluer la façon dont il a pu faire face à son handicap. Soulignons aussi, que nous avons laissé ces deux échelles chez ces sujets, afin qu'ils prennent leur temps d'y répondre aux items, et bien sûr cela a été fait après avoir expliqué la consignes de chacune.

Durant le premier jour de notre stage, nous avons passé deux entretiens semi directif, le premier était avec Hamid et le second avec Rachid, deux frères diabétiques amputés, ces derniers nous ont facilité le recueil de données car nous avons posé les questions directement en français vu qu'ils maîtrisent la langue française. Quatre jours plus tard, c'était le 4 février 2019, nous sommes revenus pour récupérer les deux échelles (IES-R et RS-R).

À la fin de chaque passation de l'entretien et des échelles, nous avons remercié les sujets pour leur participation à notre enquête et pour le temps qui nous ont dédié afin de répondre à nos questions.

Par ailleurs, pour certaines expressions de l'entretien et les échelles, nous avons rencontré des difficultés pour restituer l'essence du sens. Il en fut ainsi par exemple lorsqu'il a été question de traduire un proverbe ou une métaphore et trouver les mots exacts pour les rendre en français. Le travail de transcription et de traduction entrepris hors contexte ne permettait pas de restituer toujours ces sens implicites, inhérents au « vouloir dire ». Ainsi, la traduction n'est pas un simple travail sur la langue ou sur les mots, mais plutôt sur le message, sur le sens. Pour la traduction des récits, nous avons rencontré des difficultés pour trouver les mots qui donneraient le même sens. Après avoir traduit les récits de vie, nous les avons fait relire par plusieurs personnes, pour vérifier si elles ont perçu dans ces traductions le sens implicite

que nous avions nous même perçu dans le contexte de l'interlocution, et que nous avons essayé de restituer. Ainsi, il nous a fallu beaucoup de temps pour aboutir, comme nous l'espérons, à une traduction fidèle.

Après avoir décrit le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, nous allons aborder dans le dernier point que nous allons présenter dans ce chapitre, la déontologie de la recherche et l'attitude du clinicien.

8- Déontologie de la recherche et l'attitude du clinicien

La déontologie est l'ensemble de règles et devoirs que se donne une corporation et auxquels sont soumis ses membres. La déontologie vise d'abord à protéger le patient et ses proches contre les excès éventuels des professionnels et dépend de principes moraux affirmés, comme le respect de la dignité et des libertés individuelles. (Pedinelli, Rouvier, 2000).

Les principes généraux concernant le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité, la probité, le respect du but assigné et l'indépendance professionnelle s'appliquent de toute évidence au psychologue-chercheur. Il en est de même pour le principe réservé à la qualité scientifique. Il faut aussi préciser la nécessité d'obtenir le consentement des personnes qui y participent et de leur droit à s'en retirer à tout moment.

Dans le cadre de la recherche, le chercheur assume les conclusions de ses travaux après avoir détaillé la façon dont il a obtenu les résultats et doit être prêt à fournir un rapport aux personnes sollicitées pour participer à la recherche et les modalités des techniques de l'exercice professionnel stipule clairement que les données utilisées à des fins de recherche, de publication ou de communication, sont impérativement traitées dans le respect absolu de l'anonymat, par la suppression de tout élément permettant l'identification directe ou indirecte des personnes concernées, ceci toujours en conformité avec les dispositions légales concernant les informations nominatives. (Varescon, 2013, p.63).

Le clinicien doit écouter très attentivement, même si le sujet exprime les banalités ou les lieux communs. Cela demande au chercheur une grande capacité de concentration afin de pouvoir « relancer » sur certains thèmes, ou éventuellement de faire une synthèse de ce qui a été dit, avoir une attitude empathique, c'est-à-dire que le chercheur essaie de comprendre ce que dit le sujet, ses valeurs et son cadre de référence, marquer son accord avec tout ce qui est dit, montrer qu'il ne porte pas de jugement de valeur sur le discours, s'abstenir de toute attitude normative ; marquer de l'intérêt pour ce qui est dit, en utilisant des expressions telles que : je

vois, je comprends, mmh.... relancer afin que le sujet approfondisse et explore le(s) thème(s) du guide d'entretien. Il existe plusieurs types de relance : relance miroir : répéter les derniers mots prononcés, relance mémoire : miroir des choses qui se sont déjà passées : vous m'avait dit au début..., relance synthétique ou reformulation, il ne faut pas risquer de faire une synthèse qui ne traduirait pas la pensée du sujet, ou qui montrerait que l'écoute n'a pas été attentive. (Legavre, 1999).

Donc, le clinicien doit se situer dans une position de neutralité bienveillante, ce qui signifie que son avis ou ses jugements ne doivent pas intervenir, que son attitude ne doit être ni rigide, ni distante. Par ailleurs, ses interventions ne doivent pas avoir d'effets préjudiciables, ses réactions émotionnelles ne doivent pas peser sur le déroulement de l'entretien. (Pedielli, 2012, p.41).

En effet, dans le cadre d'une recherche telle que la nôtre qui se veut être scientifique, et afin de mener à bien notre travail, une attitude adéquate et fonctionnelle nous était indispensable. Durant notre enquête avec notre groupe de recherche, nous avons été amené à adopter une attitude de neutralité, et donc à ne pas suggérer de réponses, ni influencer nos sujets, nous intervenions que pour relancer, et encourager le sujet à développer, sans pour autant manifester un quelconque jugement. Ainsi, nous avons essayé de comprendre au mieux les cas, de suivre leurs pensées, leurs émotions, sans toutefois nous identifier à leurs sentiments. Egalement, nous étions principalement focalisés dans l'écoute bienveillante par des hochements de tête, ou des « hmm », des « oui » tout en respectant les moments de silence de chacun. Comme, nous avons aussi, eu recours à des techniques de reformulations.

Tous ces attitudes, nous ont permis d'instaurer un climat de confiance avec nos sujets, et à accompagner leur paroles durant chaque passation, afin d'assurer leur coopération. Au cours de ce type d'entretien et durant l'exploration de chaque thème ou question, l'attitude du psychologue reste la plus « non directive » possible, c'est-à-dire, interventions de type écoute empathique, ou éventuellement question ouverte pour faciliter l'expression sans pour autant suggérer des pistes de réponses ou manifester un quelconque jugement.

Synthèse

En guise de conclusion, il est important de souligner que la méthodologie constitue un élément indispensable dans un travail scientifique, car elle organise toutes les étapes de la recherche depuis les hypothèses jusqu'à leur vérification, et aussi elle nous permet de respecter

l'ensemble des règles et de démarches, et ce à travers un cheminement intellectuel qui ordonne notre recherche, d'une façon de progresser vers le but que nous avons tracé.

Afin que notre recherche soit fiable, nous avons fait recours aux trois outils d'investigation que nous avons présenté auparavant à savoir : l'entretien de recherche semi directif, l'IES-R, et l'RS-R, qui nous ont servi dans la récolte des données nécessaires, concernant le traumatisme psychique et la résilience chez les hommes diabétiques amputés et hospitalisés, et qui vont nous permettre également de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses formulées au début de notre recherche, tout en s'appuyant sur les résultats issus de cette démarche. Ces derniers éléments seront discutés, interprétés et analysés dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV

Présentation, analyse des
résultats et discussion des
hypothèses

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

Nous arrivons au dernier chapitre, dans lequel nous allons présenter la partie proprement pratique de notre étude, qui s'intéresse particulièrement au *traumatisme psychique et la résilience chez les hommes diabétiques amputés et hospitalisés*. Celle-ci qui a été effectuée en nous référant à la méthode clinique, ainsi qu'aux différents outils que nous avons utilisé (entretien clinique semi directif, l'IES-R et l'RS-R), qui tout au long de cette partie vont nous permettre de restituer l'interaction de différents niveaux pour saisir la vulnérabilité psychique : les dimensions singulières et subjectives.

En premier lieu, nous allons procéder à la présentation des cas et l'analyse des données de l'entretien semi-directif, suivit de l'interprétation des résultats des échelles (IES-R) et (RS-R), proposée aux cas étudiés, ceux-ci qui diffèrent dans le vécu, et qui peuvent rendre compte du vécu psychologique des diabétiques amputés, et cela en s'inspirant fortement du livre de Chahraoui (2014), intitulé «*15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme* », car elle ouvre dans le domaine de la psychologie médicale, et du DSM-5 (2016), «*Cas cliniques* », et en raison que celles-ci se sont des références qui abordent et qui présentent des cas cliniques qui ont vécu une situation en rapport avec le traumatisme psychique, de ce fait, ces références vont nous permettre de mieux présenter et rapporter le vécu psychologique de nos sujets de recherche.

En deuxième lieu, nous allons discuter sur les résultats que nous avons trouvé, par rapport à nos hypothèses, soit en les confirmant ou les infirmant, tout en se basant sur l'approche adoptée (TCC).

I-Présentation et analyse des résultats

Cas N°1 : Mr Rachid

1- Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Il s'agit de Monsieur Rachid, un homme âgé de 59 ans, il a un niveau d'instruction terminal, il travaille comme cuisinier au sein d'un lycée, il est marié deux fois et divorcé, avec en charge un garçon et une fille.

L'entretien avec Mr Rachid, s'est déroulé l'après-midi du 8 février 2019, dans sa chambre, et il a duré une quarantaine de minutes. Le premier contact s'est fait facilement et spontanément,

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

il s'est montré calme et détendu durant l'entretien, mais il avait l'air fatigué, et il a eu beaucoup de difficulté pour parler sur sa maladie.

Axe 1 : Informations sur le diabète

En posant la question sur sa maladie, Mr Rachid nous affirme qu'il est atteint par le diabète de type 2 depuis 35 ans, plus exactement à l'âge de 29 ans. D'après ce qu'il nous a raconté, il s'est fait remarquer par son frère quand il lui a rendu visite, ensuite il lui a demandé de voir un médecin, après l'apparition de certains symptômes. Il nous a déclaré : « *Akamochiw dima yakaw, tdouxour, fachlgh, tfadagh bssaf, tassagh aman ssaf, kachmagh souvent gh toilette* » (ma bouche est toujours sèche, j'ai des vertiges, la fatigue, une soif intense, je bois beaucoup d'eau, je rentre souvent au toilette). La fatigue constitue souvent un signe annonciateur qui doit attirer l'attention d'une personne diabétique car elle marque l'instabilité de la glycémie, ainsi cette pathologie se caractérise par la polyurie et la polydipsie, (Goldenberg, Punthakee. 2013). Le lendemain, il est parti pour voir le médecin qu'il a orienté vers un diabétologue, ce dernier lui a demandé de faire un bilan sanguin, et suite aux résultats, le médecin lui a annoncé cette mauvaise nouvelle.

Mr Rachid, a beaucoup entendu de cette maladie, il nous a dit que ces derniers temps, il n'y a pas une famille algérienne, qui n'a pas un membre atteint par le diabète, il sait que c'est une maladie liée à l'augmentation du sucre dans le sang et qu'elle est génétique, « *lahlakayi dazar* », car au sein de sa famille, notre sujet nous a révélé qui n'est pas le seul diabétique, mais ses 3 frères, ainsi que sa sœur sont également atteints par cette pathologie. De ce fait, le diabète est une maladie multifactorielle et polygénique, déterminée par l'interaction d'altération de plusieurs gènes. (Slama, 2008).

Quant aux complications, la présence d'une cataracte de son œil gauche qu'il l'empêche de voir correctement, et le pied diabétique avec prothèse. Auparavant, il ne suit pas son régime malgré que son médecin l'a recommandé de réduire tout ce qui a relation avec le sucre, il lui a demandé de manger le pain sans sel, ainsi que de marcher, afin que sa maladie ne va pas se compliquer, mais Mr Rachid n'a pas suivi les conseils de son médecin, il nous a avoué en disant : « *stahzayegh g rigimiw, thibigh adchar l gateau surtout akam la pâtisserie, outsara-ra dwayno gel waqthis, des fois shought, d gma iydiskakthayen (...)* ». (J'ai négligé mon régime, j'aime manger les gâteaux comme la pâtisserie, je ne prends pas mes médicaments régulièrement, des fois je l'oublie, c'est mon frère qui me rappelle). Cela renvoie à la non-observance thérapeutique, qui se définit comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

prescriptions médicales. (Reach, 2006). Comme, il souffre aussi d'autres maladies : l'hypertension artérielle qui se caractérise par une pression trop élevée du sang sur la paroi des artères, c'est à la fois une maladie chronique et un facteur de risque puisque elle expose à de grave complication. (Guillaume, Postel-vinay, 2006), et aussi la maladie cardiovasculaire.

Axe 2 : Informations sur l'hospitalisation et l'amputation

Mr Rachid est hospitalisé depuis 20 jours, il nous a dit qu'il est resté 7 jours au niveau des urgences pour faire les nettoyages nécessaires pour son pied, puis ils l'ont déplacé vers le service de médecine interne. Il a été déjà hospitalisé à plusieurs reprises, en raison de sa maladie cardiovasculaire, la tension, aussi pour cause de douleur qu'il ressent tous les jours, accompagné d'une infection au niveau de ses orteils, et la non circulation du sang « *itakrahiyi otariw, idamniw otadonara, djamdan, aken iydina tviv, laxater izoran iglan g tariw bouchin* ».

Cependant, dès que le médecin a observé l'état de ses orteils, il a tout de suite opté pour l'amputation qui remonte au mois de mars de l'année qui nous précède. Il continue en nous disant que je fais des reproches qu'à moi-même, du fait que je n'ai pas pris soin de ma santé : « *adlawmagh hacha imaniw parceque d neki igstahzan* ». Mr Rachid éprouve un sentiment de culpabilité, qui s'agit d'une expérience émotionnelle désagréable, qui apparaît lorsque l'on se sent fautif d'une action, ou d'une pensée.

D'après ses dires, au moment où le médecin lui a annoncé qu'il sera amputé, Mr Rachid était sous un choc extrême au point où il ne voulait pas accepter cette intervention, il était complètement perturbé, il avait des larmes aux yeux, ça a été très difficile pour lui de supporter cette nouvelle : « *chokigh, xalear, meme osaniyid imtawen, tratayi tarwihtiw, hosar lhayatiw outhse-ara ikal le gout mais heureusement ila didi emi ixadmiyid chwuiya le courage* ». (J'étais choqué, j'ai eu peur, même j'ai eu des larmes aux yeux, j'ai senti que ma vie n'a aucun gout, mais heureusement que mon fils été avec moi il m'a fait un peu le courage). Dans ce sens, selon Piquet (2016), on peut trouver plusieurs mécanismes de défense chez un sujet amputé : il y a l'annulation où le patient nie le diagnostic, et parfois même la dénégation lorsque le diagnostic est trop difficile à supporter. Aussi, ses dires semble correspondant aux stratégies de coping, ce dernier désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique ». (Paulhan, 1992).

Ainsi, après l'intervention, et dès qu'il a repris connaissance, ce diabétique a manifesté des émotions négatives, car d'après lui, il était totalement brisé et profondément malheureux, il n'a

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

pas pu accepter son nouvel état, il nous a dit qu'il n'était pas à l'aise, il n'avait plus envie de vivre, il ne voulait parler à aucune personne, il s'est senti désespéré et rien ne lui donne la force à supporter sa nouvelle situation, cette dernière qu'il lui a exigé de bénéficier d'un arrêt de travail durant une période de 5 mois, vu que son médecin l'a conseillé de prendre un repos et de suivre un régime stricte. Donc nous révélons que Mr Rachid a présenté des réactions émotionnelles et cognitives en réponse à son image corporelle.

Axe 3 : Informations sur le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés : entre trauma et résilience

Malgré qu'il été bien entouré par sa famille, avant l'amputation Mr Rachid a senti qu'il été seul et isolé, depuis que le médecin lui a annoncé qu'une partie de son corps sera amputé (il s'agit du moignon de son pied gauche) il n'a pas arrêté de penser, il été complètement détruit et bouleversé, c'été une période terrible pour lui, il nous a déclaré : « *As kamel neki adaxamam anagar f lahlakiw wahid l'opération ni arakhadmagh, otatagh, otasagh, trouhiyi l'appetit, jamais nwir adyas was atariw aditwagzam* », là il frappe sa tête en disant : « *Ithseadat ayakoroyiw* » (Pendant toute la journée je pense que sur ma maladie et sur l'opération que je vais faire, je ne mange pas, je ne bois pas, j'ai perdu l'appétit, j'ai jamais cru qu'il viendra le jour où mon pied sera coupé). Selon Legal (2002), souvent avant leur chirurgie, les patients diabétiques présentent un fond anxieux qui se traduit par un tonus élevé, et il devient plus difficile d'organiser les idées, d'envisager clairement le problème, d'où l'impression accrue de débordement, de submersion par une difficulté que l'anxiété brouille et dramatise, parfois jusqu'à la dépression.

Mr Rachid continue à nous raconter dans le détail, ce qui signifie qu'il a une hypermnésie, un syndrome caractérisé par une mémoire exceptionnelle, due à une activité intense de certaines zones du cerveau. Au moment de son intervention, notre sujet été stressé et paniqué, il n'a pas pu se contrôler et se mettre à l'aise, c'été plus fort que lui, pourtant le médecin a essayé de lui donner du courage et de le rassuré, mais ce dernier n'est pas arrivé à se calmer. À son éveil, et en étant installé dans sa chambre, Mr Rachid nous a affirmé que cette expérience l'a beaucoup marqué car d'après lui, comme si c'été hier, cela correspond à ce qu'on appelle la *mémoire traumatique*, qui s'agit d'une conséquence psychotraumatique des événements les plus graves, se traduisant par des réminiscences intrusives qui envahissent totalement la conscience, et qui font revivre à l'identique tout ou partie du traumatisme, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions physiologiques, somatiques et psychologiques que celles vécues lors de

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

l'évènement traumatique (Coutanceau et al, 2012), « à chaque fois *axazrar ataṛiw smakthayared le moment ni l'opération, après tnérvir, tkalikar, tkalar d wayet... tsayir bač aḍshour mais ozmiṛrara* » (À chaque fois que je regarde mon pied, je me rappelle du moment de l'opération, après je m'énerve, je me stresse, je deviens une autre personne, j'essaye de l'oublier... mais je ne peux pas). Les symptômes présentés par ce diabétique répondent aux critères diagnostic du DSM 5 (2015) sur le TSPT, qui sont la dépersonnalisation, où le sujet se sent détaché de soi, et la déréalisation qui signifie l'ensemble des expériences persistantes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement.

Aussi, tellement qu'il ne cesse pas de penser, il a rêvé pas mal de fois de sa situation et il se réveille souvent en milieu de la nuit dans un état de profonde angoisse, et dont la fréquence s'accroît depuis les derniers mois. Nous lui avons demandé de nous raconter un ou deux de ces rêves, mais il a refusé, car selon lui sont des cauchemars très pénibles. Nous remarquons alors la présence des symptômes envahissants sous forme des cauchemars traumatiques provoquant un sentiment de détresse. (DSM 5, 2015).

Depuis l'amputation, il nous a révélé qu'il a un problème de concentration, « *ozmiragh-ara adconcentriḡh f lḥadja, tqalikar bssaf* » (Je ne peux pas me concentrer sur une chose, je suis anxieux), ainsi qu'il présente des difficultés d'endormissement, vu qu'il ressent des douleurs au niveau de son pied, et selon Curelli (2004), l'amputation va engendrer une douleur du membre résiduel c'est à dire une douleur au niveau du moignon. En effet, 60% des personnes amputées ressentent des douleurs dans la partie restante du membre amputé. (Curelli, 2004).

Mr Rachid possède une mauvaise image de soi, et un sentiment d'insatisfaction de lui-même, il trouve son physique moins agréable que la plupart des gens qui sont en bonne santé. En regardant dans le miroir, il ressent qu'il est différent et il compare son corps par rapport aux autres personnes, il nous a dit : « *itghitayi lḥal, tnaḥchamagh g leamṛiw, des fois trough qaraghas amek ligh amek qlar* » (ça me fais de la peine, j'ai honte de moi-même, des fois je pleure, je me dis comment j'ai été et comment je suis devenu). De ce fait, l'image de soi est l'image que tout individu se fait de lui-même et de son fonctionnement, toutefois, le handicap a un impact sur l'estime de soi et l'image de soi, en raison de la différence, de la solitude ou d'un sentiment de faiblesse. (Berger, 2006).

Actuellement, ce diabétique gère difficilement sa situation, il sort que pour aller au travail puis revenir à la maison, il préfère rester toute la journée chez lui ou bien chez son frère qui l'accueille de temps en temps, mieux que de sortir et d'être vu par les gens, car cela le gêne et

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

le perturbe, il nous a ainsi rajouté qu'il évite de se retrouver dans un hôpital, ce dernier est considéré comme un stimuli aversif, en raison qu'il lui rappelle son intervention chirurgicale. Dans les moments difficiles, Mr Rachid n'arrive pas à se débrouiller seul, il s'étaye toujours sur son frère ou son fils pour prendre les décisions, trouver des solutions, et résoudre ses problèmes. «*ozmiraghara adxadmagh kra bla mačhawragh gma nar mi* » (Je ne peux pas faire quelque chose sans demander l'avis de mon frère ou mon fils). Cela semble correspond au soutien familial.

Mr Rachid se décrit comme un homme respectueux, serviable et généreux, qui aime sa famille avec laquelle il partage les moments de joie et de tristesse. Notre cas nous a déclaré qu'il est une personne considérée d'extrêmement comme pessimiste, il préfère voir le côté négatif des choses que le côté positif, pour ne pas être déçu, donc, nous pouvons dire, qu'il essaye de se protéger de la déception. En ce qui concerne ses relations avec sa famille, ce diabétique nous a informé que depuis l'amputation rien n'a été changé, celle-ci compte beaucoup pour lui, car en dépit de sa maladie et sa situation, elle le comprend et le soutien dans les moments difficiles, par contre avec ses collègues, les relations ne dépassent le cadre du travail, c'est-à-dire des relations professionnelles qui sont restreintes.

Par ailleurs, Mr Rachid passe son temps entre la télévision en regardant des documentaires ou en lisant des journaux. En effet, cette amputation et son état actuel ont beaucoup influencé sur sa vie, et à l'avenir il a peur de revivre le même scénario que le précédent, cela s'est traduit par des pensées négatives et des croyances dysfonctionnelles. «*ogađagh ayiqal d lhadja nitan plus grave... ogađagh adeičar daren le même cauchemar* » (J'ai peur qu'il devienne autre chose plus grave... j'ai peur de revivre le même cauchemar).

Axe 4 : Informations sur le futur

Quant à la question que nous lui avons posé sur les projets qu'il souhaite réaliser dans l'avenir, il nous a annoncé qu'il souhaite vivre assez longtemps, car vu son âge et son état de santé, il risque de ne pas arriver à accomplir ses souhaits tel que la grande fête qu'il projette réaliser pour son fils et de savourer les nouvelles naissances de ses petits enfants.

Synthèse de l'entretien de Mr Rachid

À partir du discours de Mr Rachid, nous remarquons que malgré qu'il été soutenu par son entourage, notre sujet présente un état traumatique réactionnelle à cette intervention chirurgicale. Dès lors, selon Boumaaza et Ahcen-Jaballah (2010), l'exposition à un événement

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

qui menace l'intégrité physique est susceptible d'induire un traumatisme psychique, il a resté fasciné et sidéré par celui-ci, et vu qu'il a eu du mal à accepter son nouvel état, ce dernier a fait une mauvaise image de lui-même : « *itghitayi lhal...tnahchamagh gel Eamriw... des fois trough... qaraghas amek ligh amek qlar* » (ça me fais de la peine... j'ai honte de moi-même... des fois je pleure... je me dis comment j'ai été et comment je suis devenu). En effet, cette honte découle du sentiment d'être disqualifié, rejeté. Ainsi, ce dommage corporel a influencé négativement sur ses comportements et ses émotions, en devenant stressé et anxieux. Donc, nous reconnaissons ici l'impact violent de cet évènement traumatique, ce qui indique que Mr Rachid n'a pas réussi à faire face à son amputation, et que cette intervention est gravée dans sa mémoire et il se souvient de chaque détail.

2- Présentation et analyse des résultats de L'IES-R

Tableau N° 2 : résultats de Mr Rachid à l'échelle d'IES-R.

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	23	69
Evitement	5	7	8	11	12	13	17	22	27	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			19	

Le tableau ci-dessus présente les résultats de Mr Rachid à l'échelle d'IES-R, il a obtenu un score total de 69, qui indique la présence des symptômes sévères du traumatisme psychique. (voir l'annexe N°4).

Pour la première sous échelle qui mesure l'impact de l'évènement traumatique, et qui comprend *la reviviscence*, qui désigne la principale marque du traumatisme, c'est une forme de répétition persistante et tout à fait inhabituelle, qui se présente spontanément, ou à la suite d'une perception qui rappelle l'évènement, de sorte que le sujet est sans cesse ramené au moment traumatique, ainsi, l'image perceptive de l'évènement envahit la conscience du sujet et s'accompagne alors par des émotions ressenties. (Bailly, 2007).

Mr Rachid a obtenu un sous score de 23. Il a répondu sur la dimension *Extrêmement* aux items 1 « *Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement* » et à l'item 2 « *Je me réveillais la nuit* », ainsi qu'à l'item 16 « *J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement* ». Il a coché sur la dimension *Passablement*, pour l'item 9 « *des images de l'évènement surgissaient dans ma tête* », aussi à l'item 14 « *Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement* », et à l'item 20 « *J'ai rêvé de l'évènement* ». Ces réponses expliquent que notre sujet présente des comportements, des

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

réactivités émotionnelles et physiologiques intenses, lors de l'exposition à des stimuli associés à l'événement traumatique qu'il a vécu. Concernant la dimension *Moyennement*, il a répondu qu'à l'item 6 «*Sans le vouloir j'y repensais* ». Et sur la dimension *Un peu*, pour l'item 3 «*Différentes choses me faisait penser*». D'après ces résultats, nous remarquons que Mr Rachid a développé des symptômes de reviviscence, ce qui signifie principalement la fixation temporelle et psychique de l'évènement traumatique et son impact violent. Ces symptômes intrusifs représentent en clinique un signe pathognomonique du trauma.

La deuxième sous échelle représente *l'évitement*, qui s'agit d'un évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, des efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme, de plus, des efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme (DSM 5, 2015). Mr Rachid a obtenu un sous score élevé de 27. Il a répondu à la dimension *Extrêmement*, aux items suivants : à l'item 5 «*Quand j'y repensais ou quand me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser*», à l'item 8 «*je me suis tenu loin de ce qui me faisais penser* », à l'item 11 «*J'essayais de ne pas y penser* », à l'item 12 «*J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'évènement*» et enfin à l'item 22 «*J'ai essayé de ne pas en parler*». Aussi, il a répondu à la dimension *Passablement* pour l'item 17 «*J'essayais de l'effacer dans ma mémoire*». Et sur la dimension *Un peu* pour l'item 7 «*J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou n'étais pas réelle*». À partir de ces réponses, nous constatons que notre cas a fait des efforts cognitifs pour éviter les pensées, les sentiments, les conversations et les éléments associées en réponse aux rappels de son expérience traumatique, et ce dans le but de s'en protéger.

En ce qui concerne la dernière sous échelle, qui est l'hyperactivation, dont la moindre excitation provoque chez le sujet des réactions affectif et corporelles. Mr Rachid a obtenu un sous score de 19. Il a répondu sur la dimension *Extrêmement* aux items suivants : item 4 «*Je me sentais irritable et en colère* » l'item 10 «*J'étais nerveux et je sursautais facilement* » et l'item 15 «*J'avais du mal à m'en dormir* », ainsi qu'à l'item 21 «*J'étais aux aguets sur mes gardes* » Il a coché sur la dimension *Passablement* pour l'item 18 «*J'avais du mal à me concentrer* » enfin, il a répondu sur la dimension *Pas du tout*, pour l'item 19 «*Ce qui me rappelais l'évènement me causait des réactions physiques telles des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations* ». Cela signifie que notre sujet manifeste des réactions neurovégétatives importantes, et il exprime cette perturbation par des émotions négatives, par la colère, des sauts, et aussi il présente des difficultés d'endormissement et de concentration.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse de l'échelle de L'IES-R de Mr Rachid

D'après le résultat total obtenu de cette échelle qui est 69, avec des sous score élevés relatifs aux sous échelle : *la reviviscence*, tel que l'item 1 et 20 « *Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement* », « *J'ai rêvé de l'évènement* », *l'évitement*, particulièrement à l'item 5 et 8 « *Quand j'y repensais ou quand me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser* », « *je me suis tenu loin de ce qui me faisais penser* », *l'hyperactivation*, notamment à l'item 19 « *Ce qui me rappelais l'évènement me causait des réactions physiques telles des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations* », nous pouvons conclure alors que notre sujet éprouve des symptômes sévères de répétitions traumatiques, des conduites d'évitement et de l'hyperactivation, qui sont en rapport directe avec son expérience douloureuse, ce qui définissent bien le caractère traumatique de l'évènement qu'a vécu Mr Rachid.

3- Présentation et analyse des résultats de L'RS-R de Wagnild et Young

Tableau N° 3 : résultats de Mr Rachid à l'RS-R.

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	Total
1	7		7		1	84
2		1	8	7		
3		1	10		1	
4	7		11		1	
5		1	12	7		
6	7		16	7		
9		1	21	7		
13		1	25		1	
14	7					
15	7					
17		1				
18		1				
19	7					
20		1				
22	7					
23		1				
24	7					
Score des dimensions	56	9		28	4	

Le tableau ci-dessous représente les résultats de L'RS-R de Wagnild et Young, par ces résultats nous constatons que Mr Rachid a obtenu un score total de 84, qui est inférieur à 121, et cela indique un caractère peu résilient. (voir l'annexe N°5). En ce sens, un caractère est un

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

aspect fondamental de la personnalité, il signifie un ensemble des habitudes, sentiments et idéaux qui rendent les réactions d'un individu relativement stable et prédictibles. (Dorant et Parot, 2013).

Pour la première sous échelle relative aux *compétences personnelles*, qui s'agit d'un ensemble des possibilités et de réponses, les plus précoces à l'égard de l'environnement. (Bloch et al, 2002). Mr Rachid a obtenu un sous score de 65. Il a coché sur la dimension *Totalement en accord* pour les items suivants : (1, 4, 6, 14, 15, 19, 22, 24), notamment à l'item 6 « *Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie* », à l'item 15 « *Je m'intéresse à diverses choses* » et à l'item 24 « *J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire* ». D'après ces réponses nous percevons que Mr Rachid contient des capacités physiques et morales pour gérer sa vie.

En répondant sur la dimension *Très en désaccord* pour les items 2, 3, 9, 5, 11, 13, 17, 18, 23, et 25, particulièrement à l'item 2 « *En générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.*», à l'item 5 « *S'il faut je peux me débrouiller seul*», aussi à l'item 13 « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés*», et l'item 17 « *Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles* », il a obtenu un score de 9. À travers ces réponses, nous déduisons que Mr Rachid, possède une faible estime de soi, et une confiance en soi insuffisante, ce qui traduit son incompétence à faire face pour affronter les situations difficiles et exigeantes qui le traverse.

Pour la deuxième sous échelle, qui comprend *l'acceptation de soi*, qui selon les TCC, représente une dimension primordiale de la flexibilité psychologique, il s'agit de faire de la place et de de façon délibéré et bienveillante à toutes les sensation physiques et toutes les émotions même désagréables, sans tenter de les contrôler ou de les éviter. Mr Rachid a enregistré un sous score moins élevé qui est 32, en cochant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 8, 12, 16, 21, « *Je m'aime bien* », « *Je prends les choses comme elles viennent*», « *Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire*», « *Ma vie a un sens* ». À partir de ces réponses nous remarquons que notre cas arrive à donner un sens à son existence et à trouver des choses qui le rendent heureux. Mr Rachid a répondu également sur la dimension *Très en désaccord* pour les items 7, 10, 11, et 25 : « *Habituellement j'arrive à m'adapter facilement* », « *Je suis une personne déterminée* », « *Je me demande rarement quel est le sens des choses* », « *Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas*», celles-ci explique que ce diabétique trouve des difficultés afin de s'adapter aux nouvelles situations, et il n'est pas sûr de soi même, ainsi qu'il est sensible aux sentiments négatifs d'autrui.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse de L'RS-R du cas Rachid

En conclusion, nous pouvons révéler que notre sujet présente un caractère peu résilient, avec un score total de 84, et aussi cela est bien clair à partir des résultats obtenus dans les sous échelles, où il a enregistré un sous score de 65 relatif aux compétences personnelles, et un sous score de 35 concernant l'acceptation de soi. De ce fait, nous déduisons que Mr Rachid ne possède pas des ressources internes et externes adéquates, qu'ils lui permettent de gérer de manière efficace son manque de confiance en soi, de courage et de lucidité pour surmonter le stress et de faire face aux obstacles de la vie.

Synthèse générale du cas Rachid

En se référant aux données de l'entretien, nous remarquons que Mr Rachid présente des indicateurs d'un mauvais vécu psychologique, du diabète et de l'amputation, suite à son intervention chirurgicale, qui lui a provoqué une souffrance psychologique importante, suivit par des manifestations traumatiques, un sentiment de culpabilité et de tristesse, avec une perturbation des fonctions cognitives et comportementales associés à son état actuel «*ozmiragh-ara adconcentrigh f lhaja, tqaliqagh bssaf*» (Je ne peux pas me concentrer sur une chose, je suis anxieux), «*à chaque fois adkhazrar arotariw tmakhthayaghed le moment ni l'opération, après tnervigh, tqaliqar, tqalagh dwayet, tsayigh bach athasshough mais ozmirghara*» (à chaque fois que je regarde mon pied, je me rappelle du moment de l'opération, après je m'énerve, je me stresse, je deviens une autre personne, j'essaye de l'oublier mais je ne peux pas). Ce qui traduit son manque d'habilité à accepter et à surmonter les effets nuisibles de son épreuve.

Ainsi, en se basant sur l'analyse des résultats de l'échelle de (IES-R), notre sujet a obtenu un score total élevé de 69, correspondant à la présence des symptômes sévère du traumatisme psychique, notamment à la sous échelle de reviviscence en répondant sur la dimension *Extrêmement* pour les items 1 et 16: «*Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement*» et «*J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement*». Ces réponses soulignent largement que l'amputation a importé des séquelles et des répercussions psychotraumatiques importantes, relatives à cette expérience, qui ont bouleversé ses capacités défensives qui lui permettent de comprendre d'une manière cohérente le contenu cognitif et affectif de sa situation. De plus, il a enregistré un score de 84 en répondant à l'échelle de résilience, qui convient à un caractère peu résilient, nous pouvons justifier cela à travers ses réponses à la dimension *Très en désaccord* à l'item 13 «*Je peux traverser des périodes*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés», et l'item 17 « *Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles* », cela indique que Mr Rachid n'a pas réussi à dépasser les conséquences renforcées et générées par sa situation traumatique.

Donc l'analyse des données de l'entretien, et les résultats de l'échelle d'IES-R et de l'RS-R, sont en concordance, car nous avons remarqué que dans les trois outils, Mr Rachid a montré des signes et des manifestations ressemblantes et relatives à sa situation.

Cas N° 2 : Mr Lamine

1- Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif

Il s'agit de Lamine, un homme âgé de 54 ans, il a un niveau d'instruction moyen, il travaille comme fonctionnaire, il est marié et sans enfants.

Lors de notre entretien avec Mr Lamine, qui a duré une quarantaine de minutes, il nous a paru abattu, avec un regard reflétant une profonde tristesse et dont se dégage une certaine vulnérabilité, il parlait lentement, et il nous a paru globalement inquiet et contracté, mais le contact été de bonne qualité.

Axe 1 : Informations sur le diabète

Mr Lamine nous a déclaré que son atteinte par la maladie du diabète de type 2, été en raison du décès de sa mère, quand il avait 38 ans, il nous a révélé que la mort subite et non attendu de celle-ci l'a choqué, et lui a causé cette pathologie incurable, qu'il a découvert juste après sa consultation chez le médecin, où ses analyses ont montré une augmentation de sa glycémie, d'après ses dires, quelques symptômes sont apparus : « *tssagh bzaf waman, takchamagh gh toilette din kan, thosough imaniw toujours Eyigh* » (je bois beaucoup d'eau, je pars souvent au toilette, je ressens toujours que je suis fatigué). En effet, le diabète peut être provoqué par une situation de choc émotionnel. (Popelier, 2006). Avant que Mr Lamine soit atteint par cette maladie, il nous a dit qu'il savait que c'est une maladie inguérissable et qu'elle est dû généralement à la consommation excessive des sucreries. En continuant, il nous a rajouté qu'il est le seul diabétique dans sa famille.

Selon Moira (2013), un diabète non traité ou mal contrôlé est à l'origine des complications chroniques, et Mr Lamine n'échappe pas à ces dernières, car d'après lui, cette maladie lui a causé des ulcères au niveau du pied gauche et une atteinte de la cécité de son œil droite, en ce sens, le diabète est une des principales causes de la cécité (Uzane, 2016). À côté du diabète,

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

notre sujet nous a avancé qu'il souffre aussi de l'hypertension artérielle.

Mr Lamine nous a rapporté, que suite aux résultats des analyses, le médecin lui a prescrit des médicaments, ainsi il l'a recommandé de suivre un régime alimentaire équilibré, et varié en mangeant de tout, en quantité raisonnable, pour éviter les variations de fortes glycémie, mais ce dernier il la suivit pendant un certain moment puis il la arrêta. « *swivigh régimiw kra wosan kan... otatarara le gras bzaf, tatagh aghroum damassas, tassagh lqahwa m bla skar, mais ountaéd havsaght* » (j'ai suivi mon régime durant quelques jours, je ne mange pas trop de matière grasse, je mange le pain sans sel, je bois le café sans sucre, mais après je l'ai arrêté).

Axe 2 : Informations sur l'hospitalisation et l'amputation

Mr Lamine est hospitalisé depuis une semaine, et celle-ci est sa troisième hospitalisation afin de faire les nettoyages nécessaires pour son pied droit. Pendant la première, il a subi une opération d'occlusion intestinale aiguë, qui ne s'agit pas d'une maladie, mais d'un syndrome à causes multiples et à mécanismes variés caractérisée par un arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz au niveau d'un segment quelconque du tube digestif (Dongmo, 2006, p.95). Alors que la seconde hospitalisation était suite à une amputation de son pied droit qu'il a subi depuis un an plus exactement au mois de février, vu qu'il n'a pas respecté son régime et les conseils de son médecin. Il nous a révélé qu'il n'a rien remarqué sur son pied, et il n'y avait aucun signe qui indique que ce membre est malade, par contre il nous a informé que chaque soir il ressent de la chaleur et des douleurs, celles-ci l'ont conduit à consulter un médecin généraliste, qui l'a orienté à un diabétologue, ce dernier lui a fait un examen, et le diagnostic a montré que ce diabétique présente un trouble circulatoire du sang au niveau de son pied droit, il lui a expliqué que soit l'état de son pied allait s'améliorer, soit il allait se dégrader et dans ce cas, l'amputation serait recommandée. Après un mois d'observation, le médecin décide que l'amputation est nécessaire.

Quand le médecin lui a annoncée cette mauvaise nouvelle, Mr Lamine nous a déclaré il était étonné, il a ressenti une tristesse intense, car d'après lui, le fait qu'on prend conscience qu'un membre de son corps sera enlevé, cela est très touchant et un moment très difficile à le vivre, en nous disant : « *taswi3th ni jamais atashough... parceque khal3agh chokigh mlih haznagh bssaf... même trough parce que odmaginighara ikal beli aygazman atariw* » (Ce moment-là je vais jamais l'oublier... j'avais peur, j'étais choqué, triste, j'ai même pleuré parce que je n'ai pas imaginé du tout qu'il vont couper mon pied).

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Une fois que Mr Lamine est sortie du bloc, il nous a révélé avec des brèves expressions, qu'il n'a pas pu supporter la douleur dû à l'opération, ainsi le fait qu'il avait du mal à bouger son pied opéré, l'a énormément gêné et lui a provoqué du stress et de la colère, et aussi son nouvel état la conduit à se culpabiliser de différentes manières : « *machi dayen isahlan... j'ai essayé athashour mais lakrih ni ismakthayayid... o itarayi stréssé, nerveux... neki igeamdan ileamriw anchtayi...je suis complice* ». D'après Semler-Collery, la colère est un mécanisme de défense qui correspond à un comportement destiné à faire revenir le membre perdu ou à la situation corporelle antérieure, elle exprime aussi le sentiment d'injustice face à la réalité. (Semler-Collery et al, 2013, p.80).

Par ailleurs, cette intervention chirurgicale a influencé sur la vie professionnelle de Mr Lamine, car il n'a pas pu rejoindre son poste où il travaille, durant une période de 8 mois.

Axe 3 : Informations sur le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés : entre trauma et résilience

À ce stade de l'entretien, et nous lui demandons de nous raconter le déroulement de cette intervention, Mr Lamine présente un véritable récit traumatique, car avant et lors de sa conduite au bloc opératoire, il a eu peur, et il a ressenti une angoisse panique, ensuite, au moment où l'anesthésie générale a commencé à produire ses effets d'endormissement, l'image de sa mère morte lui est apparue. Ces réactions se manifestent d'abord par une peur de mourir et de ne pas se réveiller, de ce fait il nous a dit : « *xaléar lir oelimraça daco xadmar, g le moment ni zrir amaken yema zathi, nwiras dayen admthar*» (*J'avais peur, je ne savais pas ce que je suis entraîne de faire, ce moment-là, il m'a semblé que j'ai vu ma mère à côté de moi, j'ai cru que je vais mourir*). Cela semble correspondre au critère (A) du DSM 5 (2015), exposition à la mort ou à une menace de mort, en étant directement exposé à un ou à plusieurs évènements traumatiques.

À son éveil, et en étant installé dans sa chambre, notre sujet a vécu une détresse extrême, car c'était un moment très douloureux et il a eu beaucoup de mal à le verbaliser, il nous a décrit la première nuit après l'opération, comme une nuit horrible, il n'a pas pu fermer ses yeux : « *it kamel alniw oqmichantara* », et le lendemain, son médecin lui a donné un médicament pour pouvoir s'endormir. Mr Lamine nous a avancé que actuellement, il présente des perturbations dans son sommeil et des insomnies, il dort plus comme avant, comme il éprouve aussi un phénomène psychique qui est le membre fantôme, il perçoit son pied est toujours là, il peut le

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

bouger. Le membre fantôme est une forme de douleur se rencontrant après l'amputation d'un membre, et à travers laquelle le patient décrit la persistance d'une perception hallucinatoire de son membre disparu. (Taillens (2000).

De plus, notons que depuis l'amputation, notre cas souffre des reviviscences anxieuses tels que les cauchemars et les images qui lui reviennent jour et nuit, et qui l'empêche de s'endormir, « *oganraça facilement o asma ađaynar zařar toujours le même cauchemar, zařar asmi iyawin a le bloc bach aygzaman atařiw...* » (Je ne dors pas facilement et quand je dors je vois toujours le même cauchemar qui se répète, je vois quand ils m'ont évacué au bloc pour me couper mon pied...). Ainsi il a du mal à se concentrer dans son travail et une tendance à s'isoler, ce qui lui entraîne des difficultés professionnelles. Cela semble relatif aux critères symptomatologiques du traumatisme psychique cités dans le DSM 5 (2015) et la CIM 10 (2008), difficultés d'endormissement, de concentration et des rêves répétitifs en lien avec l'évènement traumatique.

Mr Lamine nous a révélé qu'il ne peut pas trop s'attarder en regardant dans le miroir, parce que ça le rend anxieux et lui rappelle qu'il est handicapé, inutile et incapable de faire certaines choses, « *othibighařa ađxazřagh imaniw g lamři ... asma ađazřa imaniw aka tqaliqagh ... o lant křa lařwayedj lokan machi tamtothiw ozmřaghařa ahantxadmagh iwahđi...řsogh osliřagh oma kra*», (je n'aime pas regarder dans le miroir, parce que quand je vois mon état je deviens anxieux... et il y a certaines choses si c'était pas ma femme je ne pourrais pas les faire tout seul...je sens que je vau rien), aussi il se voit différent en se comparant aux autres personnes en bonne santé, cela nous laisse supposer que Mr Lamine a une mauvaise image de son corps. En ce sens, l'image corporelle est la représentation et la perception systématique, cognitive, affective, consciente et inconsciente qu'un individu a de son propre corps, une perception qu'il acquiert au cours de son développement et à travers ses relations sociales, ces perceptions du corps amènent la personne à être plus ou moins satisfaite de son corps. (Poretti, van Beek, 2017).

Cependant, cet évènement a entièrement bouleversé son existence et il ne se sent plus le même depuis, il ne quitte son domicile que pour aller au travail. Selon Riley, Ferna (2000), les amputés des membres ont une qualité de vie inférieure à celle d'une population générale, notamment en raison de douleurs et d'une mobilité limitée. En ce sens, il nous a rapporté : « *řřayatiw tanbadal... tařal othas3ařa lmaena... ces derniers temps řřosour bssaf lařwayedj nbadalat zyi...des fois tdęřrimigh...lokan machi d lxadmayno adařimar g kham kan* » (Ma vie a changé... elle est devenu sans sens...ces derniers temps je sens que beaucoup de choses ont

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

changées en moi... des fois je déprime...si ce n'été pas mon travail, je reste qu'à la maison). De ce fait, certaines expériences douloureuses peuvent provoquer un état anxieux, et en développant des troubles dissociatifs réservés au sens de l'identité, liés à des à des difficultés psychologiques ou à un traumatisme, ainsi le sentiment le plus fréquent rapporté est celui de la déréalisation, un sentiment d'étrangeté face au monde extérieur. (Cottraux, 2004).

De plus, il compte que sur sa femme qui le soutien et l'aide énormément afin de gérer sa situation, que ça soit sur le plan physique ou morale. En effet, la perte croissante d'autonomie, les hospitalisations, qui se succèdent et se prolongent peuvent être à l'origine de grave détresses qui appellent à un soutien psychologique, de la part de l'entourage du patient, visant de ce fait à aider ce dernier, à faire face et à développer des stratégies adaptatives (coping) afin de mieux contrôler sa situation. (Delage et al, 2017). Quant aux décisions, notre sujet nous a révélé que, lorsqu'il s'agit des grands problèmes, il trouve des difficultés à prendre des décisions et les résoudre « *othibirara ikal les problèmes... parce que asma adseour un problème thosogh amken twaxanqan... mal à l'aise* » (je n'aime pas du tout les problèmes... parce que quand j'ai un problème je me sens étouffé... mal à l'aise).

En parlant de ce qui le caractérise, il nous a dit, que je suis un homme très sérieux, serviable, je cède facilement, je ne peux faire de mal à aucune personne et j'évite les problèmes au maximum. Quant à ses relations, depuis l'amputation Mr Lamine nous rapporté qu'il n'a remarqué aucun changement, au contraire ses relations avec son entourage se sont améliorés mieux qu'avant « *seir de bonnes relations wahid dmadan ikal isnař ... ħamdollah* » (*J'ai de bonnes relations avec toutes les personnes que je connais...dieu merci*).

Rajoutons que notre cas considère cet évènement comme la source de son inquiétude, car il lui a provoqué une véritable rupture dans ses projets de vie, « *l'opération ayi m'a bloqué, ligh seigh un projet...j'ai fais les papiers bach adroħagh à l'étranger... mais dommage saħayno oythadjara* » (cette opération m'a bloqué...j'ai fait tous les papiers pour partir à l'étranger... mais dommage ma santé ne m'a pas permis...). Donc, en tenant compte de ces dires, nous déduisons que l'amputation a marqué un bouleversement de sa vie d'avant.

Axe 4 : Informations sur le futur

Pour lui cette maladie est un obstacle qui l'empêche d'atteindre ses objectifs, car auparavant il voulait aussi aller à la compagnie et faire une grande ferme où il va s'occuper de l'élevage des moutons, ainsi de faire du jardinage, mais vu son état, cela semble impossible « *lokan am zik*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

mi saħagh ađroħagh gh-thmorth ađxadmagh ikřaren waħiđ tbħirřth mais allah ghaleb...».

Synthèse du cas Lamine

En se référant aux données de cet entretien, nous pouvons conclure que Mr Lamine, présente sur le plan émotionnel une humeur triste, où les affects négatifs sont présents dans son discours, bien que banalisés, rationalisés. L'intervention chirurgicale était à l'origine d'un véritable handicap, cela s'est traduit par la perte d'intérêt pour les activités quotidiennes et pour ses projets d'avenir qui semble important et ce depuis l'amputation : « *l'opération ayi m'a bloqué, ligh řeiğh un projet...j'ai fais les papiers bach ađroħagh à l'étranger... mais dommage řaħayno oythadjara* » (cette opération m'a bloqué...j'ai fait tous les papiers pour partir à l'étranger... mais dommage ma santé ne m'a pas permis...). De plus, des symptômes de reviviscence « *ogangħara facilement o asma ađaynagh řařagh toujours le même cauchemar, řařagh asmi iyawin a le bloc bach aygzaman atařiw... »* (Je ne dors pas facilement et quand je dors je vois toujours le même cauchemar qui se répète, je vois quand ils m'ont évacué au bloc pour me couper mon pied...), des sentiments de culpabilité, de responsabilité et d'anxiété sont émergés rapidement après l'intervention.

Donc, ces manifestations permettent d'émettre et de préciser que ce diabétique souffre d'un traumatisme psychique, avec une tristesse et une détresse psychologique importante et un sentiment de profonde lassitude.

2- Présentation et analyse des résultats de L'IES-R

Tableau N°4 : résultats de Mr Lamine à L'IES-R.

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	24	71
Evitement	5	7	8	11	12	13	17	22	28	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			19	

À partir des résultats du tableau, nous apercevons que Mr Lamine a obtenu 71, qui est considéré selon le manuel comme un score très élevé, car il est supérieur à 46, signifiant ainsi la présence des symptômes sévères du traumatisme psychique.(voir l'annexe N°6).

Dans la première sous échelle qui comprend la *reviviscence*, Mr Lamine a obtenu un sous score de 24, en répondant sur la dimension *Passablement* pour l'item 2, 3, 6 et 14 « *Je me réveillais la nuit* », « *Différentes choses m'y faisait penser* », « *Sans le vouloir j'y repensais* », « *Je me sentais et je régissais comme si j'étais encore dans l'évènement* », et sur la dimension

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Extrêmement pour l'item 1,9,16 et 20 « *Tout rappelle de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement* », « *Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête* », « *J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement* », « *J'ai rêvé de l'évènement* ».

En s'appuyant sur ces réponses, nous remarquons que l'évènement traumatique qu'a vécu notre sujet, a développé chez ce dernier des signes de reviviscence, ce qui montrent fortement la présence des séquelles psycho-traumatiques intenses liées à l'évènement, et elles se traduisent ici par des sentiments, des images, des croyances et des rêves répétitifs.

Dans la seconde sous échelle qui concerne *l'évitement*, Mr Lamine a enregistré un sous score de 28, il a coché sur la dimension *Passablement* pour les items 5, 8, 13, et 17 « *Quand j'y repensais ou quand me le rappelais, j'évitais de me laisser bouleverser* » « *Je me suis tenu loin de ce qui me faisait penser* », « *Mes sentiments à propos de l'évènement étaient comme figé* », « *J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire* » Aussi, il a répondu sur la dimension *Extrêmement* pour les items 7, 11, 12, et 22 « *J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel* », « *J'ai essayé de ne pas y penser* », « *J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'évènement* », « *J'ai essayé de ne pas en parler* ».

À travers ces réponses, nous pouvons retenir que notre sujet a donné beaucoup de sens à l'évènement, vu qu'il présente des conduites consistantes d'évitement des stimuli, qui déclenchent des rappelles et des souvenirs en lien avec son expérience traumatique, ce qui a conduit à développer des affects.

Dans la dernière sous échelle relatif à *l'hyperactivation*, Mr Lamine a obtenu un sous score de 19, en répondant sur la dimension *Passablement* pour les items 10,14, 18, 19, 21 « *J'étais nerveux et je sursauter facilement* », « *Je me sentais irritable et en colère* » « *J'avais du mal à me concentrer* », « *Ce qui me rappelais l'évènement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations* », « *J'étais au aguets sur mes gardes* », et sur la dimension *Extrêmement* pour les items 4 et 15, « *Je me sentais irritable et en colère* », « *J'avais du mal à m'en dormir* ». Notre sujet manifeste également des symptômes neurovégétatives, telles que les difficultés du sommeil, une irritabilité, la colère, des difficultés de concentration, et des réactions de sursaut exagérées lorsqu'il se rappelle de l'évènement traumatique.

Synthèse de L'IES-R du cas Lamine

En se basant sur les résultats de L'IES-R, Mr Lamine a obtenu un score total de 71, supérieur

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

à 56, et qui indique selon le manuel la présence des symptômes sévère du traumatisme psychique.

De plus, nous remarquons que la plus part des réponses, par rapport aux items des sous échelles, (reviviscence, évitement, hyperactivation) montrent que notre sujet a vécu le choc traumatique sous forme des répétitions consistantes et intenses, en obtenant un sous score de 24 relatif aux manifestations de reviviscence, où il a répondu sur la dimension Passablement pour l’item 14 « *Je me sentais et je régissais comme si j’étais encore dans l’évènement* », et sur la dimension *Extrêmement* pour l’item 9 « *Des images de l’évènement surgissaient dans ma tête* », aussi, un sous score de 28 concernant la deuxième sous échelle correspondante à l’évitement, provoquant ainsi un sentiment de culpabilité et de détresse psychologique, qui donnent lieu à un sommeil interrompu et à des réactions d’hyperactivation, et cela est bien claire à travers l’item 19« *Ce qui me rappelais l’évènement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations* », et 21 « *J’étais nerveux et je sursauter facilement* »

2- Présentation et analyse des résultats de L’RS-R de Wagnild et Young

Tableau N° 5 : résultats de Mr Lamine à L’RS-R.

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	Total
1		1	7		1	70
2	7		8		1	
3		1	10		1	
4	7		11	7		
5		1	12		1	
6	7		16		1	
9		1	21		1	
13	7		25		1	
14	7					
15		1				
17	7					
18		1				
19	7					
20	7					
22	7					
23		1				
24		1				
Score des dimensions	63	8		7	7	

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Mr Lamine a obtenu un score total de 70 inférieur à 121, selon le manuel, ce résultat révèle le caractère peu résilient de notre sujet. (voir l'annexe N°7).

À la première sous échelle (Compétences personnelles), Mr Lamine a obtenu un sous score de 63 en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 2, 4, 6, 13, 14, 17, 19, 20, et 22 : « *En générale je me débrouille d'une manière ou d'une autre* », « *L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses* », « *Je suis fier de avoir réalisé des choses dans ma vie* », « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* », « *Je sais m'auto discipliner* », « *D'habitudes, j'examine une situation sous tous ses angles* », « *Parfois je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non* », « *Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle* ». Alors que il a marqué un sous score de 8, où il a coché sur la dimension *Très en désaccord* pour les items 1, 3, 5, 9, 15, 18, 23 et 24 : « *Lorsque je fais des projets je les mène à terme* », « *Je peux compter sur moi plus que les autres* », « *S'il faut je peux me débrouiller seul* », « *Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois* », « *Je m'intéresse à diverses choses* », « *En cas d'urgence on peut généralement compter sur moi* », « *Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir* », « *J'ai assez d'énergie pour faire ce j'ai à faire* »

À partir de ces réponses nous retenons que notre sujet essaye de ne pas donner une mauvaise image de lui, car ses réponses sur la première dimension indiquent qu'il est une personne qui possède certaines aptitudes qui lui permettent de se débrouiller et de dépasser les situations pénibles, par contre, les réponses de la seconde dimension montrent l'inverse, vu qu'il éprouve une incapacité pour mettre en place des aménagements adaptatifs pour surmonter une épreuve difficile.

Pour la deuxième sous échelle (Acceptation de soi), Mr Lamine a marqué un sous score de 7, en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour uniquement à l'item 11 : « *Je me demande rarement qu'elle est le sens des choses* », et un sous score de 7 aussi, en cochant sur la dimension *Très en désaccord* pour les items : 7, 8, 10, 12, 16, 21 : « *Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement* », « *Je m'aime bien* », « *Je suis une personne déterminée* », « *Je prends les choses comme elle viennent* », « *Je trouve toujours quelque choses qui me fais rire* », « *Ma vie a un sens* ». En se basant sur ces réponses, nous constatons que notre sujet n'arrive pas à s'adapter aisément, ainsi il évoque une attitude négative vis-à-vis de lui-même car il n'a pas le sentiment de sa propre valeur.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse de L'RS-R du cas Lamine

Mr Lamine a obtenu un score bas qui est 70 relatif à un caractère peu résilient, avec des réponses aux sous échelles qui signifient le manque de confiance en soi, et l'incapacité pour faire contre les adversités et les émotions négatives, notamment aux items 3 et 23, « *Je peux compter sur moi plus que les autres* », « *Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir* », ainsi nous remarquons un manque des ressources internes vivants et solides, qui vont lutter contre les conséquences négatives du trauma vécu, et l'aider à une adaptation ingénieuse, notamment aux items 7 et 12 « *Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement* », « *Je prends les choses comme elle viennent* », où il a répondu sur la dimension *très en désaccord*.

Synthèse générale du cas Lamine

En nous remettant aux données récoltées dans l'analyse de l'entretien avec Mr Lamine, nous déduisons que le choc qu'il a subi notre sujet a provoqué des indicateurs significatifs d'un état de souffrance psychologique, et ce, en se basant sur la présence d'une symptomatologie psychotraumatique, aussi, en raison que cet événement a eu des effets néfastes, et les dommages générés ont dépassés de loin ses capacités de gestion et ses ressources, en influençant sur ses émotions, ses pensées, ses croyances et son mode de fonctionnement, nous illustrons cela à travers ses dires : « *lhayatiw tanbadal... taqal othaseara lmaena... ces derniers temps thosough bssaf lahwayedj nbadalat zyi...des fois tdéprimigh...lokan machi d lkhadmayno adaqimar g kham kan* » (*Ma vie a changé... elle est devenu sans sens...ces derniers temps je ressens que beaucoup de choses ont été changé en moi... des fois je déprime...si ce n'était pas mon travail, je reste qu'à la maison*).

Aussi, d'après les résultats recueillis de l'échelle de (IES-R), nous constatons que Mr Lamine a développé des symptômes sévères du traumatisme psychique, suite à l'amputation, car sa réaction face à cet événement s'est traduit par l'apparition des symptômes de reviviscence, de l'évitement et de l'hyperactivation, en rapport avec son épreuve traumatique, ainsi, leur particularité réside par des phénomènes de répétition sous forme des pensées, des images, particulièrement à l'item 9 « *Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête* », l'empêchant de s'endormir et le réveillant en sursaut, ce biais de rappel intense a joué un rôle dans le maintien de ces manifestations et des sentiments attachés à son vécu.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

De plus, dans la deuxième échelle évaluant la résilience, notre sujet a marqué un score inférieur qui est 70, indiquant un caractère peu résilient, malgré certaines de ses réponses montre ses capacités et sa confiance en lui pour affronter les obstacles, notamment à l’item 13 « Je peux *traverser des périodes difficiles parce que j’ai déjà vécu des difficultés* », en revanche, nous avons remarqué d’après ses réponses, une certaine défense et résistance, particulièrement à l’item 2 « *En générale je me débrouille d’une manière ou d’une autre* », où il a répondu *Totalement en accord*, du fait qu’il ne voulait pas manifester sa fragilité et sa souffrance psychologique portante atteinte à son image, et la rendre visible.

Cas N° 3 : Mr Hamid

1) Présentation et analyse des données de l’entretien clinique semi-directif

Monsieur Hamid, est un homme âgé de 59 ans, il a un niveau d’instruction moyen, il est retraité, auparavant il travaillait comme chauffeur de marchandise, il est marié et père de 4 filles et 3 garçons.

Mr Hamid est un homme aimable et souriant, il dégage une énergie positive et il parle d’une manière cohérente.

Tout au long de l’entretien, qui a duré 45 minutes, notre sujet s’exprimait calmement, le contact était marqué par un climat de confiance. Après que nous lui avons expliqué les principes et le but de notre recherche, il était d’accord pour aborder avec nous sa maladie. Nous illustrons cela avec les propos suivants : « *Je répondrais à toutes vos questions, n’hésitez pas à me demander ce que vous voulez* ».

Axe 1 : Informations sur le diabète

Au cours de l’entretien, Monsieur Hamid nous a révélé qu’il est atteint par le diabète de type 2 depuis 9 ans et plus précisément à l’âge de 51 ans, c’était le médecin qui l’avait informé et cela suite à un accident qu’il a subi au cours de son travail, ceci l’a conduit à l’hôpital où il a su cette information après un bilan d’analyse. Mais avant cet accident, ce patient nous a affirmé qu’il y avait quelques signes de cette maladie, mais qui n’a pas pris en considération malgré qu’il ressent toujours une énorme fatigue durant et dehors des heures de son travail, il boit beaucoup d’eau, ainsi souvent prise de vertige, en nous disant : « « *Ɛayough bzaf bla makhadmar oma dazouh, asma adakragh thosogh imaniw toujours fachlagh...takchamagh*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

plusieurs fois par jours au toilette pour uriner ». Concernant ses connaissances sur le diabète, Monsieur Hamid, nous dit qu'il a su à travers sa sœur qui l'avait auparavant, il sait bien que c'est une maladie qui ne se guérit pas, et généralement elle est dû à la consommation excessive des sucreries tel que les gâteaux, les chocolats et les boissons..., quant aux complications liés à son diabète, il nous a dévoilé : « *j'ai effectivement une infection au niveau de mon orteil de mon pied droit, ainsi qu'une vue réduite* » L'atteint par cette maladie, à obliger Mr Hamid à suivre un régime particulier que son médecin lui a prescrit et il l'a rigoureusement conseillé d'éviter tout ce qui concerne les sucreries, il nous a dit : « *Mon régime taswivirth régulièrement avec mes prises de médicament, mais de temps en temps j'oublis de respecter mon régime sans sucre* ». À part la maladie du diabète, notre sujet souffre aussi d'autres maladies à savoir : la maladie cardiovasculaire, l'hypertension artérielle, ainsi l'insuffisance rénale chronique (IRC), qui s'agit d'une maladie qui se résulte d'une perte progressive des fonctions des reins, c'est-à-dire durant laquelle les reins ne peuvent plus assurer leur travail de filtration sanguine. (Jungers et al, 2011).

Axe 2 : Informations sur l'hospitalisation et l'amputation

Mr Hamid est hospitalisé depuis 15 jours, et il nous révélé qu'il a été déjà hospitalisé 3 fois au niveau de cet hôpital, la première été en raison de son malaise après l'accident, la seconde était pour cause de tension, la troisième était dû à une infection au niveau de son orteil diabétique, et qu'il a conduit à subir une amputation durant l'année 2017, suite au sang bouché dans ses veines, ce qu'on appelle la neuropathie, autrement dit une atteinte des nerfs périphériques, et aussi parce qu'il ressent souvent des douleurs au niveau de son pied droit. Nous illustrons cela avec les propos suivant : « *thosogh s lakrih g tariw ayi, le médecin inayid idamniw ne circule pas, parceque izoraniw sont bouchés* ». Lorsque le médecin lui a annoncé qu'une intervention chirurgicale est nécessaire, pour une meilleure prise en charge au niveau de son orteil (le secundus, celui juste à côté du gros orteil), de son pied droit, il nous a dit que cette annonce ne l'a pas choqué mais au contraire, il accepté facilement car le plus important pour lui, c'est qu'il ne va pas plus sentir de la douleur en raison qu'il ne peut pas supporter cette dernière, en illustrant ceux-ci par ses dires suivant : « *g le moment ni, j'ai réagis normal, j'ai accepté parce que l'essentiel oteawadghara adhosagh s la douleur... lakhater laqrih ni ozmiragha athsuportigh*».

Après sa sortie du bloc vers la chambre du repos, Monsieur Hamid, a effectivement accepté son intervention et son nouvel état, il nous a déclaré : « *midfragh g le bloc nighas hamdollah*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

enfin dayen ksar ayen iyiqarhan », (Quand j'ai sorti du bloc, j'ai dit : dieux merci, enfin, j'ai enlevé ce qui me faisait du mal). À sa sortie de l'hôpital le médecin l'a recommandé de se reposer et d'éviter tous travaux à l'encontre de sa santé.

Axe 3 : Informations sur le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés : entre trauma et résilience

À ce stade de l'entretien, il nous a raconté qu'avant qu'il subit son intervention chirurgicale, il n'a pas été trop stressé, et il était calme, vu que toute sa famille était à côté de lui pour le soutenir, surtout sa femme avec laquelle il s'entend bien. Il nous a rajouté qu'au moment de l'amputation, car il était sous anesthésie locale, et même après, les médecins et les infirmiers lui ont apporté beaucoup de soutien et avec ça qu'il était courageux, calme et serein. Il nous a ainsi rapporté, « *au début ligh ozmighara ađtochigh atariw mais actuellement non, qaraghas lan widak iglan pire fli* ». (au début j'avais du mal à toucher mon pied mais actuellement non, je me dis qu'il y a pire que moi), et le plus important pour lui, c'est que sa femme et ses enfants soient bien.

Après un mois de convalescence, Monsieur Hamid, nous a affirmé, qu'il n'a pas éprouvé ni des difficultés d'endormissement ni de concentration. Cependant, il a rêvé juste une seule fois de son opération et ça n'a pas été pénible pour lui, en disant : « *g mi khađmagh l'opération chfigh orğagh hacha une fois kan, orgagh le moment exacte asmi iygazman tifađnatiw, après dakwalarred normal* ». (Depuis que j'ai fait l'opération, je me souviens que j'ai rêvé uniquement une seule fois, j'ai rêvé du même moment durant lequel le médecin était entrainé de m'enlever mon orteil, après je me suis réveillé normal).

Quant à son image sur lui-même, il nous a dit que je me suis trouvé bien pris en charge, donc je me suis senti très à l'aise, étant donné que j'ai subi une petite opération juste au niveau de mon orteil, qui n'a pas une grande importance sur mon physique, il nous a informé aussi qu'il aime regarder dans le miroir, car malgré il a perdu une partie de son corps, mais cela ne l'a pas du tout perturbé et il n'a jamais ressenti qu'il est différent par rapport aux autres personnes qui ne sont pas malades. En ce sens, les personnes ayant une image corporelle positive décrivent leur corps comme étant beau, se sentent bien et parfaitement à l'aise dans leur corps, en prennent soin et respectent ses besoins, cette image corporelle se développe par l'influence des facteurs environnementaux, interpersonnels, cognitifs et émotionnels, par des expériences relationnelles ou encore par des caractéristiques physiques. (Poretti, van Beek, 2017). Il nous a répondu ainsi :

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

« *hamdollah, ma famille thalan zyi mlih... l'opération ixadmagh machi delhdja ayidjan adnaħchamagh gel eamriw. déjà si je mets des chaussures, ħad oritfik beli gazmanayi tifaṇṇatiw... en plus lan pire que moi...* » (Dieu merci ma famille me prend bien en charge... l'opération que j'ai fais ce n'est pas quelque chose qui va me laisser avoir honte de moi-même, déjà si je mets des chaussures personnes ne peut remarquer qu'ils m'ont coupé mon orteil... en plus il y'a pire que moi...). De ce fait, la famille est considérée comme un tuteur de résilience, elle constitue un repère solide dans la vie de la personne et s'assure de lui laisser suffisamment de latitude pour lui permettre de se développer à sa façon, grâce au soutien qu'elle apporte, aux ressources qu'elle mobilise aide le membre blessé à se dégager en partie de sa souffrance, et à s'engager lui-même dans un processus de résilience, c'est à dire dans la reprise d'une croissance. (Cyrulnik, Jorland, 2012).

Lorsque nous l'avons interrogé sur la façon dont il gère sa situation actuelle, Monsieur Hamid nous a répondu ainsi : « *ma vie je la gère le plus normalement du monde, tfaragh qatoqad, troħagh gh le marché, superette, je bricole un peu g xxam (...), comme si ohlikghara, kra orıchangi g les habitudes yno* » (ma vie je la gère le plus normalement du monde, je sors pour faire mes courses, je pars au marché, superette, je bricole un peu à la maison (...), comme si je ne suis pas malade, rien n'a été changé dans mes habitudes). Pour lui, un diabétique est un être normale, il faut juste qu'il suit son régime alimentaire et son traitement. Comme le précise Hanus, (2002), la personnalité résiliente est capable face à des événements majeurs qui semblent à première vue l'écraser et la submerger, de se servir des épreuves pour progresser, résister au stress, intégrer le malheur et en sortir plus fort, plus aguerri. (Citer par Gharbi, 2010).

Notre cas nous a révélé qu'il est une personne, qui généralement n'a aucune difficulté à prendre les décisions et aussi à les appliquer, il a une habilité de résolution de problèmes, sauf dans le cas où il est confronté à un sérieux problème, ou bien dans les moments difficiles, dans lesquels il compte sur sa famille afin de l'aider à résoudre ses soucis. Il nous a dit : « *neki osrohoghara bzaf lwaqth bach adadmagh une décision mais asma adyili un problème damakran, toujours tdemandigh ray natmathouthiw wahid daryaw bach adzrar dacho ilaq adkhadmagh* ». (moi je ne perds pas beaucoup de temps pour prendre une décision mais quand il y'a un grand problème, je demande toujours à ma femme et mes enfants de me donner leur avis, pour que je puisse savoir ce que je devrais faire). Le sujet donc puise son ressourcement face à l'adversité, non seulement à partir de ses compétences internes, mais également depuis son milieu direct (famille, entourage proche) ou indirect (communauté sociale). Un sujet

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

résilient serait tout à fait capable de la résolution des problèmes sociaux qui le rencontrerait et d'en dépasser les entraves à son adaptation, en s'appuyant sur l'appartenance à un contexte socio- relationnel riche en ressources positives. (Bouzeriba, 2013).

Mr Hamid, est homme intelligent, courageux, optimiste, il possède une grande générosité, avec un cœur très sensible pour les personnes en manque de moyens. Il voit toujours les obstacles de la vie d'une manière positive et il les affronte jusqu'au bout. Cyrulnik, (2002), dans son ouvrage *Un Merveilleux malheur*, présente la résilience comme le ressort intime face aux coups de l'existence et un tricot qui noue une laine développementale avec une laine affective et sociale (...) la résilience n'est pas une substance, c'est un maillage.

Concernant ses relations parentales, conjugales, ainsi les autres, notre sujet entretient de bonne relations avec eux, il ressent que sa famille lui accorde beaucoup d'attention et de sympathie, avec ses amis, il passe des moments de loisirs et de détente, comme aussi, Mr Hamid aime regarder la télévision, lire les journaux et suivre des matches de foot. Cela nous laisse comprendre que notre sujet perçoit et reçoit du soutien familial et aussi sociale, car ses relations sociales positive qu'il bénéficie, lui apporte un lien affectif satisfaisant, une aide psychologique et pratique. En effet, ce soutien social apparait comme modérateur, une stratégie d'adaptation et d'ajustement ou mode de coping. (Bioy, Fouques, 2009).

Axe 4 : Informations sur le futur

En ce qui concerne les projets, notre cas nous a informé qu'il souhaite construire une petite maison à la campagne, aussi il envisage prochainement faire une Omra à la Mecque, et il n'a aucune contrainte par rapport à son avenir. « *seigh amaṛsoul wakal g thmourth, tmanigh adabnugh akham dina, tmanir daren adxadmar al eomra nchallah* » (J'ai un morceau de terre à la campagne, je souhaite fonder une petite maison, là-bas, je souhaite aussi effectuer une Omra si le dieu le veut). Le coping religieux désigne l'usage de croyances et de comportements religieux, afin de prévenir ou alléger les conséquences émotionnelles négatives. (Caporossi, 2018). Cela explique que Mr Hamid regarde l'avenir avec tolérance et sécurité.

Synthèse de l'entretien de Mr Hamid

D'après les données que nous avons recueillies à travers l'entretien avec Mr Hamid, nous constatons que malgré qu'il a subi une amputation qui lui a coûté la perte d'un membre inférieur, mais cela n'a pas été un événement douloureux qui a influencé fortement sur sa vie, car il a eu la capacité de dépasser cette situation, nous illustrons par ces propos : « *au début ligh*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

ozmiragha-ra ađtochghr atariw mais actuellement non, qaraghas lan widak iglan pire fli ». (Au début j'avais du mal à toucher mon pied mais actuellement non, je me dis qu'il y a pire que moi), et aussi il montre un niveau d'espoir important qui reflète sa perception positive pour l'avenir «*seigh amarsoul wakal g thmourth, tmanigh adabnughr axxam dina, tmanigh daghen adxadmagh al eomra nchallah* » (J'ai un morceau de terre à la campagne, je souhaite fonder une petite maison, là-bas, je souhaite aussi effectuer une Omra si le dieu le veut).

Ceux-ci renvois à ce qui Cyrulnik (2006) a précisé, ainsi que Lecomte, Manciaux, Tomkiewicz, Vanistendael, qui n'a toutefois pas formée un consensus formel. Selon eux, la résilience correspond à la capacité d'une personne, d'un groupe, de se développer bien, de continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'événements déstabilisants, de traumatismes sérieux, graves, et de conditions de vie difficile.

2- Présentation et analyse des résultats de L'IES-R

Tableau N° 6 : résultats de Mr Hamid à L'IES-R.

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	5	18
Evitement	5	7	8	11	12	13	17	22	12	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			1	

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle de L'IES-R du cas Hamid, et d'après ces résultats, nous percevons un score bas qui est 18, inférieur à 39, indiquant que notre sujet ne manifeste pas un traumatisme psychique. (voir l'annexe N°8).

De plus, nous remarquons que dans la première sous échelle qui vérifie les symptômes de *La reviviscence*, Mr Hamid, a atteint un sous score de 5. Il a répondu *Pas du tout* pour les items 6, 9, et 20 «*Sans le vouloir j'ai repensais*», «*Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête* », «*J'ai rêvé de l'évènement* », *Un peu*, pour les items 1, 3, 14 et 16 «*Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement* », «*Différentes choses m'y faisait penser* », «*J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement* », *Moyennement*, pour l'item 2 «*Je me réveillait la nuit* ». Selon la CIM 11 (2018), après un évènement traumatique, le sujet revit le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars, accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, toutefois, à l'égard de ces réponses nous percevons que notre cas n'a pas eu des

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

pensés et des images qui lui rappellent l'évènement, et il a peu d'émotions et des sentiments par rapport à ce dernier.

Pour la deuxième sous échelle qui présente *l'évitement*, notre sujet a obtenu un sous score de 12. Il a coché sur la dimension *Pas du tout*, pour l'item 12 « *J'ai essayé de ne pas en parler* », sur *Un peu* pour l'item 5 et 10, « *Quand j'y repensais ou quand me le rappelais, j'évitais de me laisser bouleverser* », « *J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'évènement* », cela montre que Mr Hamid n'est pas affecté ou perturbé lorsque qu'il pense ou il se rappelle de l'évènement. Ainsi, il a coché sur *Moyennement*, pour l'item 8 « *Je me suis tenu loin de ce qui me faisait penser* », et sur *Passablement* pour l'item 7 « *J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel* », cette réponse explique que notre sujet a eu le sentiment qu'il n'a pas réellement vécu cet évènement et enfin sur *Extrêmement* pour l'item 11 « *J'ai essayé de ne pas y penser* ». Cela traduit notre sujet évite de penser sur l'évènement qui l'a vécu.

Pour la dernière sous échelle qui convient à *l'hyperactivation*, Mr Hamid a obtenu un score bas de 1. Il a répondu sur la dimension *Pas du tout* sur toutes les items (4, 10, 15, 18, 21) « *Je me sentais irritable et en colère* », « *j'étais nerveux et je sursautais facilement* », et 15 « *J'avais du mal à m'en dormir* », « *J'avais du mal à me concentrer* », « *J'étais aux aguets sur mes garde* », sauf à l'item 19 « *ce qui me rappelais l'évènement me causait des réactions physiques telles des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations* » où il a coché sur la dimension *Un peu*. Par ces réponses nous déduisons alors, que ce diabétique ne présente pas une altération ni sur le plan comportemental, ni sur le plan cognitif, en raison, qu'il n'éprouve pas des comportements irritables, ni des difficultés d'endormissement, néanmoins, les stimuli qui lui rappelle l'évènement, lui provoque quelques réactions physiologiques.

Synthèse de L'IES-R du cas Hamid

En s'appuyant sur ces résultats et sur le manuel de L'IES-R, nous pouvons conclure que Mr Hamid ne présente pas des manifestations relatives au traumatisme psychique, du fait qu'il a enregistré un score bas de 18, et aussi en se basant sur ses réponses pour les sous échelles, notamment aux items 1 et « *Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement* », « *J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement* », où il a répondu sur la dimension *Pas du tout*. Nous révélons donc, l'absence d'une détresse psychologique sévère correspondante à sa situation.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

3- Présentation et analyse des résultats de l'RS-R de Wagnild et Young

Tableau N° 7: résultats de Mr Hamid à l'RS-R.

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	Total
1	7		7	7		154
2	7		8		1	
3	7		10	7		
4	7		11	7		
5	7		12	7		
6	7		16	7		
9	7		21	7		
13	7		25		1	
14	7					
15	7					
17	7					
18	7					
19	7					
20		1				
22	7					
23	7					
24	7					
Score des dimensions	112	1		42	2	

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'RS-R, par ces résultats nous remarquons que Mr Hamid a obtenu un score total élevé de 154, qui est supérieur à 146, ce qui signifie un caractère très résilient. (voir l'annexe N°10).

À propos de la première sous échelle qui présente *les compétences personnelles*, Mr Hamid a marqué un sous score de 112, en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 24), particulièrement à l'item 3 « *Je peux compter sur moi plus que les autres* », à l'item 9 « *Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois* », à l'item 15 « *Je m'intéresse à diverses choses* », à l'item 17 « *Ma confiance en soi me permet de traverser des périodes difficiles* » et à l'item 18 « *En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* » et un sous score très bas, qui est 1, relative à la dimension *Très en désaccord* pour l'item 20 « *Parfois je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non* ». D'après ces réponses, nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi, et une confiance en soi suffisante, avec une croyance en son efficacité

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

personnelle et la disposition d'un répertoire de solutions en répondant aux circonstances environnementales stressantes.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante à *l'acceptation de soi*, Mr Hamid, a enregistré un sous score de 42, en répondant à la dimension *Totalement en accord* pour les items 7, 10, 11, 12, 16, 21, notamment à l'item 7 « *Habituellement j'arrive à m'adapter facilement* », à l'item 16 « *Je trouve toujours quelques choses qui me fais rire* », « *Ma vie a un sens* ». Cela montre que ce diabétique arrive à s'adapter facilement aux nouvelles conditions, ainsi il apprécie sa vie et il contient un sens de l'humour en soi. Tandis que, il a coché sur la dimension *Très en désaccord* pour les items 8 et 25 « *Je m'aime bien* », « *Ça ne me dérange pas que certains personnes ne m'aiment pas* ». Ces deux réponses expliquent à la fois une sensation de haine envers soi, et une sensibilité envers les personnes qui éprouvent une des sentiments négatives envers lui.

Synthèse de L'RS-R du cas Hamid

À partir des résultats, et du score total qui Mr Hamid a enregistré, qui est de 154, supérieur à 146, cela signifie un caractère très résilient. De la sorte, nous déduisons que notre sujet, contient des capacités de résilience notamment à l'item 17 « *Ma confiance en soi me permet de traverser des périodes difficiles* », aussi, c'est une personne qui agit positivement et de manière efficace dans le contexte d'une grande adversité, ce qui signifie qu'il est en mesure de s'épanouir et de rebondir malgré les aléas de la vie, ainsi de tempérer les effets nuisibles des événements stressants, et cela grâce à son processus dynamique d'adaptation positive.

Synthèse générale du cas Hamid

En tenant compte des données de l'entretien, nous arrivons à déduire que Mr Hamid présente un bon vécu psychologique, en raison qu'en réponse à sa situation, il n'a pas exprimé une symptomatologie traumatique, car il a eu la capacité de réguler, de contrôler et de mettre le lien entre ses émotions et son amputation, afin de faire face efficacement au stress et aux conséquences engendrées par celle-ci, aussi nous avons remarqué que ce diabétique est une personne autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement, en raison que son nouvel état n'a pas causé des changements et il n'a pas influencé sur ses habitudes de vie, cela est constaté à travers ses dires : « *ma vie je la gère le plus normalement du monde, tfaghagh qatoghad, trohagh gh le marché, superette, je bricole un peu g xxam (...), comme si ohlikaghara, kra orichangi g les habitudes yno* » (*ma vie je la gère le plus normalement du*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

monde, je sors pour faire mes courses, je pars au marché, superette, je bricole un peu à la maison (...), comme si je ne suis pas malade, rien n'a été changé dans mes habitudes). C'est les conditions qui permettent la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme. (Coutanceau et Bennegadi, 2014). Ainsi, un avenir qui reste largement planifiable et maîtrisable : « *seigh amar soul wakal g thmourth, tmanigh adabnugh axxam dina, tmanigh daghen adxadmagh al eomra nchallah* » (*J'ai un morceau de terre à la campagne, je souhaite fonder une petite maison, là-bas, je souhaite aussi effectuer une Omra si le dieu le veut*), ce qui signifie qu'il est une personne porteuse d'espoir, ce qui introduit un certain optimisme dans le fracas auquel il a confronté.

De plus, nous avons remarqué que les conclusions de l'entretien vont dans le même sens avec les résultats des échelles que nous avons utilisé, car à travers les résultats d'analyse de L'IES-R, Mr Hamid a obtenu un score total de 18, qui est inférieur à 39, indiquant que notre sujet ne manifeste pas un traumatisme psychique, et dans laquelle il a enregistré un sous score de 12 pour la dimension de *reviviscence*, un sous score de 5 concernant *l'évitement*, et un sous score de 1 relatif à la dimension de *l'hyperactivation*, ce qui explique alors, l'absence des symptômes psychotraumatiques. Également, selon les résultats de l'échelle de résilience, nous constatons que notre sujet est une personne très résiliente, et porteuse d'espoir du fait qu'il a enregistré un score très élevé qui est 154, qui indique selon le manuel un caractère très résilient, nous pouvons ainsi, traduire que ce résultat montre que Mr Hamid possède un sentiment de sécurité interne, qui le protège de l'adversité, et des capacités qui lui a permet de réinterpréter le sens de l'évènement désagréable qu'il a vécu, et le reconsidérer sous un angle moins négatif, aussi, il est en mesure de donner un sens positif à son existence, notamment à l'item 21 « *ma vie a un sens* », et à développer un projet de vie.

Cas N° 4 : Mr Farid

1-Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif

Monsieur Farid, est un homme âgés de 55 ans, il a un niveau d'instruction terminal, il travaille comme coiffeur, il est marié et père de 6 enfants, 5 filles et un garçon.

Après lui avoir expliqué en quoi consiste notre étude, Mr Farid nous a donné son accord. Durant l'entretien notre sujet a bien participé avec aisance, en exposant soigneusement son parcours médical. Il nous a apparu décontracté et relaxé, et il a pris du plaisir à parler avec nous et à répondre à nos questions, pendant une durée de 40 minutes.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Axe 1 : Informations sur le diabète

Le début de la maladie du diabète de type 2 chez Mr Farid remonte à 20 ans, plus exactement lorsque qu'il l'avait 35 ans. Selon ce diabétique, la découverte de son diabète était liée à certains signes : « *tagiragh aman tasa bzaf, thousough imaniw eygh, akamochiw yakaw* » (j'urine beaucoup, je me sens fatigué, ma bouche est sèche). Après avoir remarqué ces symptômes inhabituels, il a décidé d'aller consulter un médecin généraliste, qui lui a demandé de faire un bilan, et d'après les résultats, sa glycémie était plus de 2g/l, qui selon les critères diagnostic du diabète : une glycémie à jeun supérieur à 1.26 g/l, le sujet est donc est donc considéré comme diabétique. (Grimaldi, Agnes, 2009.). D'après ses propos, lorsqu'il a su qu'il est atteint par le diabète, sa réaction face à cette maladie été normal, il nous a dit j'ai rien ressenti, et le diabète c'est une maladie comme les autres. « *oydoqieara lmaena... normal... oħosagh oma kra... le diabéte dlahlak am laħlakat itnin* ». Avant que Mr Farid soit atteint par cette maladie chronique, et lorsque on dit chronique, cela veut dire qu'il s'agit d'une maladie de longue durée, caractérisée par des modes évolutifs différents et des exigences thérapeutique plus au moins contraignantes.» (Bouche et al, 2004, p.9), il a déjà entendu sur celle-ci, mais il ignore les causes qui conduisent à son développement. Ainsi, au sein de sa famille, Mr Farid est le seul qui est diagnostiqué comme diabétique.

Cependant, notre sujet, nous a déclaré que son diabète était accompagné par deux complications : une atteinte de la rétine de son œil gauche, et des ulcérations au niveau de son pied plus précisément au niveau du grand orteil. Au début de sa maladie, Mr Farid nous a révélé que le médecin lui a inscrit uniquement un seul médicament à prendre par jour, mais à partir de l'année 2005, juste après une augmentation du sucre dans le sang, le médecin lui a rajouté des nouveaux médicaments, et aussi il l'a recommandé de suivre un régime, en évitant les sucreries et d'augmenter la dose des comprimés, après chaque augmentation de sa glycémie. « *le medecin inayid otatara bzaf skar... inayid daghen asma adyali skarik rno g la dose* ». Par ailleurs, ce diabétique, souffre aussi d'autres maladies, qui sont, l'hypertension artérielle et la maladie cardiovasculaire.

Axe 2 : Informations sur l'hospitalisation et l'amputation

Mr Farid est hospitalisé depuis 20 jours, il est rentré pour faire une deuxième amputation au niveau de son pied, et celle-ci, est sa troisième hospitalisation, il nous a dit que la première était pour se faire opérer au niveau de son œil gauche suite à une tumeur. Pour la seconde, il nous a raconté, qu'elle revient au mois de juin de l'année 2018, pour une raison d'amputation

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

au niveau de son grand orteil après avoir remarqué une ampoule sur son grand orteil de son pied gauche : « *kraghed svaḥ, zriḡh yiwth la couche soufal natfaḍnatiw tamaqrant, oumbaēd tochirt mais oulach ni iḍamen ni walo* » (Je me suis réveillé le matin j'ai vu une ampoule sur mon grand orteil je l'ai touché, il n'y avait ni du sang ni rien). Ensuite, il est parti chez le médecin, et il lui a dit que son état n'est pas grave, mais 2 mois plus tard, il a commencé à ressentir des douleurs, car d'après son médecin il avait un problème de circulation du sang. Le médecin lui a annoncé qu'une amputation est nécessaire, vu que dans le cas contraire, les autres orteils vont aussi s'infecter, ce qui va aggraver son état.

En effet, cette mauvaise nouvelle a confronté Mr Farid à une immense difficulté de faire face au choc, car d'après ses dires, il n'a pas pensé qu'un jour, la maladie du diabète va le conduire à subir une amputation, « *chokigh, jamais xxadmar gel-baliw ela jal le diabète aygazmen tifaḍnatiw* » (j'étais choqué, je n'ai jamais pensé que à cause du diabète ils vont me couper mon orteil). Mais il était courageux avec le soutien de sa femme qui l'accompagnait, et aussi car il nous a dit qu'il n'a pas le choix, donc il était obligé d'accepter puisque c'est pour son bien. « *olach lhal nitan... obilgé kan feli aḍkablar* » (Il y'avait pas une autre solution...j'étais obligé d'accepter).

Une fois que Mr Farid est sorti du bloc et il a repris connaissance, il a ressenti des douleurs, celles-ci qui lui rappellent qu'une partie de son corps est enlevée, il a ressenti un peu de tristesse et il ne parlait pas sauf lorsqu'il a besoin de quelque chose. En revanche, il nous a dit après quelques jours: « *nighas l'essentiel mon opération tanjaḥ mais lir ealmar bli aḍtalagh bach aḍaḥlour... parceque asma atilit diabétique machi kif kif...* » (Je me suis dit l'essentiel mon opération est réussie mais je savais que ça va prendre du temps... car quand t'es diabétique ce n'est pas pareil). Suite à cette intervention, notre sujet a bénéficié d'un arrêt de travail pendant 3 mois.

Axe 3 : Informations sur le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés : entre trauma et résilience.

Avant l'acte chirurgical, Mr Farid nous a déclaré qu'il était un peu angoissé et inquiet. Au moment de l'intervention, et vu qu'il était sous anesthésie locale, il a essayé de ne pas penser sur l'opération et d'oublier totalement qu'il se trouvait dans un hôpital. Selon ses dires, à son éveil et dans sa chambre, Mr Farid était déprimé, en percevant un vide, une tristesse, un manque d'équilibre, un découragement et il n'avait plus le goût à rien : « *ligh ça va pas ḥaznagh...*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

déprimigh ikal... discouragigh ». Le moment de l'intervention s'est aggravé dans sa mémoire sous forme des images, car malgré qu'un mois est passé sur son intervention, mais il nous a déclaré que des images et des pensées intrusives survenaient, comme s'il avait l'impression de revivre l'opération.

Ainsi, en lui demandant de nous parler sur sa vie onirique, celui-ci nous apprend qu'il se réveille fréquemment en pleine nuit avec des sursauts et des palpitations à causes des cauchemars répétitifs, à ces derniers, s'ajoute des troubles de sommeil et des difficultés d'endormissement, à cause des pensées récurrentes sur son état de santé, nous illustrons cela avec ces propos : « *asma adynagh, xadmagh hahcha les cauchemars...tanaqmasegh...tafagh oliw ixabat mlih...itrohiyi nodam... parceque txamimagh f lahlakayno... ogaḍagh ayikal d kra nitan* » (Quand je dors, je fais que des cauchemars... je trouve mon cœur bat trop fort...je perds mon sommeil... parce que je pense trop sur ma maladie...j'ai peur qu'il devient autre chose). Egalement, Mr Farid nous a rajouté que depuis l'amputation, il a développé une grande irritabilité « *qlar fakeagh rapide...tqalikhagh daghen bzaf* », et des difficultés de concentration dans son travail. « *Même asma adiligh xadmagh otwalhaghara f lxadmayno...txamimahg... troḥar zaysant* ». Il continue à nous dire « *sayagh otxamimaghara bzaf ... mais c'est plus fort que moi* ». (j'ai essayé de ne pas trop penser... mais c'est plus fort que moi).

Donc, ici, nous remarquons la présence de plusieurs éléments relevant des caractéristiques du traumatisme psychique présentées dans la CIM 11 (2018) : revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars et aussi l'évitement des pensées et des souvenirs de l'événement. Ainsi, des symptômes que nous trouvons dans le DSM 5 (2015), comme le problème de concentration et la perturbation du sommeil (par ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompue).

Mr Farid ne se préoccupe pas de son image corporelle, et il n'a jamais eu l'idée de comparer son corps à celui des autres personnes, parce qu'il ne peut rien faire, mais il est difficile pour lui de se sentir comme avant, et le membre n'étant plus là, ainsi une envie de retrouver son membre perdu persiste. « *ancgtayi mači g fosiw... mači dayen isahlan parce que lokan g labghiyno adaragh atariw aken ila mais allah ghaleb...obligé kan aḍsabragh...* ».

En sollicitant Mr Farid de nous décrire sa situation après cet événement, celui-ci nous rapporte qu'avant il était très dynamique, sociable, calme, mais actuellement, il s'énerve facilement, et il ne supporte même pas un petit bruit, « *othibighara laeyat, le bruit damzyan*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

akayi... il me dérange », et parfois il crie pour la moindre des choses, mais avec du recul, il se culpabilise et sa femme le remet toujours à l'ordre.

Notre sujet nous a révélé, malgré que les obstacles qu'il rencontre dans sa vie quotidienne le rend parfois stressé et anxieux mais il est une personne qui possède des capacités pour faire face aux adversités, et il ne prend pas beaucoup de temps pour prendre une décision, « *otwalghara bzaf bačh ađadmagh la décision* » ainsi, il ne soit pas à l'aise jusqu'à où il trouve des solutions, « *thibigh ađfrogh le problème yno s hala... ostaħlayghara ami ofighased lhal...malgré tqaliqagh čhwiya mais jamais zamragh athağger aken* ». Ainsi, dans les moments difficiles, il compte sur lui-même, sur sa femme et parfois sur ses enfants afin de l'aider.

D'autre part, Mr Farid, voit souvent les choses d'une manière positive, parce que selon ce dernier, il faut savoir affronter et avoir toujours de l'espoir. « *leali atilit čhwiya optimiste wataseout l'espoir parce que tayi donit...il faut anili courageux... ilaq leabđ ađiseo la patience waħiđ laekal ...*».

À partir de ses dires, nous pouvons constater que notre sujet a développé des capacités d'adaptation rationnelles malgré les circonstances adverses. Ceux-ci renvois à ce que Patterson (1995) a expliqué sur la résilience individuelle, selon ce dernier il s'agit de la capacité d'une personne à faire face, à pouvoir se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse.

Quant à ses qualités, Mr Farid c'est un homme gentil, respectueux, persévérant, optimiste, aussi c'est une personne qui évite les problèmes avec son entourage, et il nous a déclaré qu'il aime le bien pour tout le monde.

En ce qui concerne ses relations, Mr Farid nous a affirmé qu'il vit de bonnes relations avec sa famille, ses amis, et ses voisins, il trouve le soutien de la part de ces derniers, les relations sont marquées par la tendresse et la sécurité assuré par sa femme, ainsi de ses enfants qui sont compréhensifs et passionnés avec lui « *seigh de bonnes relations waħiđ ma femme, mes enfants... fahmaniya...tsaeafnaya...* ». Par contre il nous a déclaré qu'il vit de mauvaises relations avec ses sœurs et ses frères, qui ne prennent pas de ses nouvelles et ne viennent pas pour lui rendre visite. « *lan kra les problèmes gařanegh... gasmi halkar aka, jamais osand ayzřan* » (il y'a des problèmes entre nous...depuis que je suis tombé malade ils n'ont jamais venu pour me voir).

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

En ce qui concerne ses loisirs, nous avons remarqué que notre cas a perdu l'intérêt pour les loisirs, car il nous a rapporté qu'avant qu'il soit amputé, il aimait faire des voyages et aussi aller à la campagne là où il trouve son bien en faisant du jardinage, cela le détend et le relaxe, mais ces derniers temps il ne pouvait pas car d'après ses dires : « *dommage ma santé oythadjara adxadmagh ayen ivghigh...depuis l'opération thosor bzaf laḥwayej qlant oseantara l'importance arori am zik* ». (dommage ma santé ne m'a pas permis de faire ce que je veux... depuis l'opération je ressens que beaucoup de choses qui n'ont plus de l'importance pour moi comme avant).

De plus depuis cet événement, la vie de Mr Farid est tellement changée rien ne lui fait plaisir, il n'a aucun goût pour sa vie, même si il se montre heureux, mais il nous a dit ce n'est qu'un masque de jouissance, et psychologiquement il est détruit, nous illustrons cela par ses dires « *la vie est devenu très dur pour moi... lḥayatiw taqal outhseara le sens...rien ne m'intéresse...am zik* ». Selon Joss (2013), le traumatisme affecte le fonctionnement psychique, la structuration de la personnalité et laisse des traces durables au sens où le rapport aux événements, à soi-même événements, à soi-même et aux autres est modifié.

Axe 4 : Informations sur le futur

Mr Farid n'a pas des projets à réaliser dans l'avenir, il souhaite seulement guérir et retrouver ses capacités comme avant, ainsi de poursuivre sa vie en paix et entouré de sa famille. Mais d'un autre côté, il s'inquiète sur son état de santé, il a peur que cette maladie va le conduire à subir d'autres amputations « *oggadagh d'ici deux ans, nagh trois ans, adxadmagh d'autres opération...* ».

Synthèse de l'entretien de Mr Farid

À travers les données de l'entretien avec Mr Farid, nous arrivons à dire que ce diabétique amputé a développé un syndrome psychotraumatique, et ce par la présence des séquelles et des retentissements chroniques par la fixation à l'événement traumatique, et par des symptômes de répétition : une reviviscence à travers des cauchemars répétitifs et des sommeils agités, à la suite de cette expérience médicale « *asma aḍynagh xadmar ḥaḥa les cauchemars... tanaqmaser ...tafar oliw ixabat mliḥ...itroḥiyi nodam... parceque txamimagh f lahlakayno... ogaḍagh ayiqal d kra nitan* » (Quand je dors je fais que des cauchemars... je trouve mon cœur

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

bat trop fort...je perds mon sommeil... parce que je pense trop sur ma maladie), ce qui a entraîné une détresse, et un bouleversement psychologique, car elle a affectée et impacté négativement la vie de ce patient et elle l'a met dans une situation passive : « *dommage ma santé oythadjara adxadmagh ayen ivghigh...depuis l'opération thosogh bzaf lahwayedj qlant oseantara l'importance arori am zik*» (Dommage ma santé ne m'a pas laisser de faire ce que je veux... depuis l'opération je ressens que beaucoup de chose qui n'ont pas d'importance pour moi comme avant). Cependant, nous avons remarqué aussi, qu'il est une personne optimiste et courageuse, il a développé des capacités adaptatives à sa situation « *leali atilit cwiya optimiste wataseout l'espoir parce que tayi donit...il faut anili courageux... ilaq leabd adiseo la patience wahid laeqal ...*».

2- Présentation et analyse des résultats de L'IES-R

Tableau N° 8 : résultats de Mr Farid à L'IES-R.

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	20	50
Evitement	5	7	8	11	12	13	17	22	18	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			12	

D'après les résultats du tableau, nous remarquons que Mr Farid a obtenu un score de 50 qui selon le manuel, indique la présence d'un traumatisme psychique avec des symptômes modérés. (voir l'annexe N°10).

Pour la première sous échelle, qui constitue un élément centrale du traumatisme psychique, Mr Farid a marqué un sous score de 20 , en répondant sur la dimension *Moyennement* pour les items 1, 6, 9, et 14 : « *Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement, « Sans le vouloir, j'ai repensais », « Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête », « Je me sentais et je régissais comme j'étais encore dans l'évènement », et sur la dimension passablement pour les items 2, 3, 16 et 20 « Je me réveillais la nuit », « Différentes choses m'y faisaient penser », « J'ai ressentais des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement », « J'ai rêvé à l'évènement ». Ces réponses montrent que Mr Farid présentes des conduites de reviviscences chargées par des affects et des sentiments attachés à l'évènement vécu.*

Concernant la deuxième sous échelle, notre sujet a obtenu un sous score de 18, en cochant sur la dimension *Moyennement* pour les items suivantes : 5, 8, 12, 13, 17, et 22 « *Quand j'y*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

*repensais ou qu'on me le rappeler j'évitais de me laisser bouleverser », « Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser », « J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement », « Mes sentiments à propos de l'évènement étais comme figés », « J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire », « J'ai essayé de ne pas en parler », et sur le dimension *Passablement* pour les items 7 et 11 « J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel », « J'ai essayé de ne pas en penser ». Nous constatons que notre sujet a essayé de supprimer et d'éviter les aspects qui rappellent son expérience traumatique.*

Pour la troisième sous échelles, Mr Farid a marqué un sous score de 12, en répondant sur la dimension *Un peu* pour les items 4 et 10 « *Je me sentais irritable et en colère* », « *J'étais nerveux et je sursauter facilement* », sur la dimension *Moyennement* pour les items 19 et 22 « *Ce qui me rappelais l'événement me causer des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations* », « *J'étais aux aguets sur mes gardes* », et sur la dimension *Passablement* pour les items 15 et 18 « *J'avais du mal à m'en dormir* », « *J'avais du mal à me concentrer* ». D'après ces réponses nous percevons que les rappelles concernant l'évènement provoquent chez Mr Farid des réactions physiologiques, ainsi il présente des difficultés de concentration et d'endormissement.

Synthèse de l'échelle de L'IES-R du cas Farid

D'après le score que Mr Farid a obtenu à travers cette échelle qui est de 50, nous pouvons déduire que notre sujet souffre d'un traumatisme psychique avec la présence des manifestations psychotraumatiques modérées. Concernant ses réponses aux sous échelles, il a obtenu un sous score de 20 qui convient à la sous échelle de reviviscence, et nous avons remarqué qu'il a coché sur la dimension *Passablement* pour notamment les items 2 et 16 « *Je me réveillais la nuit* », « *J'ai rêvé à l'événement* », comme il a enregistré un sous score de 18 par rapport à la sous échelle de l'évitement « *j'ai essayé de ne pas parler* » et un sous score de 12 relatif à la sous échelle d'hyperactivation, où il a répondu particulièrement sur *Passablement* pour l'item 18 « *J'avais du mal à m'en dormir* », « *J'avais du mal à me concentrer* ».

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

2-Présentation et analyse des résultats de L'RS-R de Wagnild et Young

Tableau N° 9 : résultats de Mr Farid à L'RS-R.

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	Total
1	7		7		1	112
2	7		8		1	
3	7		10	7		
4	7		11		1	
5	7		12	7		
6	7		16	7		
9		1	21	7		
13	7		25	7		
14	7					
15		1				
17	7					
18	7					
19	7					
20		1				
22		1				
23		1				
24		1				
Score des dimensions	77	6		35	3	

En se référant aux résultats du tableau ci-dessus, nous remarquons que Mr Farid a obtenu un score de 112, qui signifie un caractère peu résilient. (voir l'annexe N°11).

Pour la première sous échelle (*compétences personnelles*), notre sujet a marqué un sous score élevé qui est 77, et cela en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 17, 18, et 19: « *Lorsque je fais des projets, je les mène à terme* », « *En générale, je me débrouille d'une manière ou d'une autre* », « *Je peux compter sur moi plus que les autres* », « *L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses* », « *S'il faut, je peux me débrouiller seule* », « *Je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie* », « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* », « *Je suis m'auto discipliné* », « *Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles* », « *D'habitude, j'examine une situation sur tous ses angles* », ces réponses indiquent que Mr Farid a une reconnaissance de ses réalisations au cours de sa vie, ainsi il contient certaines aptitudes, avec une estime de soi modérée, qui s'agit d'un bon critère pour se sentir bien.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Ainsi, il a enregistré un sous score de 6 en cochant sur la dimension *Très en désaccord* pour les items 9, 15, 20, 23 et 24 : « *Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois* », « *Je m'intéresse à diverses choses* », « *Parfois je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non* », « *Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir* », « *J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire* ». À travers ces réponses nous déduisons que l'état de notre sujet ne lui permet pas d'effectuer et de s'intéresser à plusieurs choses en même temps, car il a un manque d'énergie et de compétences, aussi, il n'a pas des capacités et une force afin d'affronter les circonstances adverses et de s'en sortir.

Concernant la seconde sous échelle (*Acceptation de soi*), notre sujet a obtenu un sous score de 35, où il a répondu sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 10, 12, 16, 21, 25, « *Je suis une personne déterminée* », « *Je prends les choses comme elles viennent* », « *Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire* », « *Ma vie a un sens* », « *Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas* ». D'après ces réponses nous constatons que notre sujet, est une personne qui s'engage dans la vie, qui donne sens à son existence, et qui ne recule pas devant les obstacles pour atteindre son objectif. Aussi, il a marqué un sous score de 35, où il a répondu sur la dimension *Très en désaccord* pour les items 7, 8, et 11 « *Habituellement j'arrive à m'adapter facilement* », « *Je m'aime bien* », « *Je me demande rarement qu'elle est le sens des choses* ». Mr Farid a des difficultés d'adaptation et une attitude négative envers lui-même.

Synthèse de l'échelle d'RS-R du cas Farid

En conclusion, nous pouvons révéler que notre sujet présente un caractère peu résilient, avec un score total de 112, et en s'appuyant sur ses réponses par rapport aux sous échelles, nous synthétisons que Mr Farid contient quelques capacités et des ressources, mais celles-ci ne lui permettent pas de gérer efficacement sa situation et d'affronter les obstacles de la vie.

Synthèse générale du cas Farid

À partir de l'analyse de l'entretien que nous avons réalisé avec Mr Farid, nous pouvons déduire que notre sujet souffre d'un traumatisme psychique, et cela par la persistance de la situation traumatique qui s'explique par le témoignage des manifestations psychotraumatiques en lien avec la perte d'une partie de son pied gauche, notamment les symptômes de reviviscence, « *asma adynagh xadmagh hačha les cauchemars...tanaqmasegh...tafagh oliw ixabat mliħ...itroħiyi nodam... parceque txamimagh f lahlakayno... ogađagh ayiqal d kra nitan* » (Quand je dors je fais que des cauchemars... je trouve mon cœur bat trop fort... je perds

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

mon sommeil... parce que je pense trop sur ma maladie... j'ai peur qu'il devient autre chose), et de l'hyperactivation, car il éprouve des difficultés pour manifester une quelconque attention pour ses tâches quotidiennes, ainsi qu'il est devenu irritable. Mais, nous avons également remarqué que les bonnes relations qu'il entretient avec sa famille ont joués un rôle significatif, car cela l'a conduit à développer certaines capacités adaptatives à sa situation, et l'on aider à aller vers la voie de la résilience. « *leali atilit chwiya optimiste wataseout l'espoir parce que tayi donit...il faut anili courageux... ilaq leabd adiseo la patience wahid laeqal ...* ». Donc, nous pouvons dire que l'expérience traumatique qu'il a vécue l'a rendu plus fort, plus sage et plus résilient.

Cependant, les résultats obtenus de l'échelle de L'IES-R, révèlent que Mr Farid présente un traumatisme psychique figé dans le temps, mal vécu et mal élaboré, il a marqué un score total de 50, et en se basant sur le manuel d'évaluation, cela signifie que notre sujet présente des symptômes modérés du traumatisme psychique, nous retrouvons la confirmation de cette constatation dans ses réponses aux sous échelles, où il a obtenu des scores relatifs à la reviviscence, tout particulièrement où il a enregistré un score élevé (20), aussi à l'évitement (18) et à l'hyperactivation (12). Donc, ces résultats montrent l'impact violent de l'évènement traumatique (amputation) sur le vécu psychique de Mr Farid. Par ailleurs, dans l'RS-R, il a obtenu un score total de 112, indiquant un caractère peu résilient de notre sujet, malgré que certaine items « *Je peux compter sur moi plus que les autres* », où il a répondu sur la dimension *Totalement accord*, montrent qu'il possède des compétences et une confiance en soi. Toutefois, il a un manque des ressources nécessaires pour pouvoir sublimer les épreuves difficiles.

Nous remarquons qu'il y'a une discordance entre les résultats d'analyse de l'entretien clinique et les échelles. Donc, dans ce cas, nous pouvons dire Mr Farid ne voulait pas manifester sa fragilité et sa faiblesse, ainsi, il ne voulait rapporter quant au vécu, des éléments qui peuvent porter atteinte à son image de soi, et indiquer qu'il vit une souffrance psychologique.

Cas N° 5 : Mr Farouk

1-Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif

Monsieur Farouk est un homme âgé 60 ans, il a un niveau d'instruction terminal, il est retraité, il était un ancien militaire, il est marié avec 3 filles et deux garçons.

Au cours de l'entretien, qui a duré 45 minutes, Mr Farouk était un peu mal à l'aise, mais il a essayé toutefois de se coopérer avec nous, et nous n'avons eu recours à la traduction des

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

questions de l'entretien, car il comprend et il parle le français couramment. Nous lui avons expliqué notre but et que toutes les informations qui va nous donner resteront confidentielle et anonyme.

Axe 1 : Informations sur le diabète

Mr Farouk nous a raconté qu'il a découvert sa maladie en 2000 « *j'étais au bureau j'ai remarqué que je rentre fréquemment au toilette j'ai consulté un médecin il m'a dit c'est un début du diabète* ». Mr Farouk nous a dit qu'il a des connaissances générales sur le diabète « *j'avais des connaissances sur le diabète, parce que une grande partie de la population algérienne est atteinte du diabète* ». Il nous a affirmé qu'il a deux sœurs qui sont aussi atteinte par le diabète. Mr Farouk souffre aussi d'autres maladies, qui sont l'hypertension artérielle et la polio ou bien Poliovirus, qui s'agit d'un virus responsable de manifestations paralytiques (poliomyélite) ou purement infectieuses (rhinopharyngite, diarrhée). (Flamm, 1995). Mr Farouk n'a suivi aucun régime particulier « *je ne suis pas un régime particulier au début je faisais semblant puis j'ai lâché, et le problème ce n'est pas dans la nourriture mais, c'est le problème de la conscience, quand ont été dans les frontières on a subit le pire, car vous n'avez jamais vu vos collègues vos amis meurt comme ça devant vous....* ».

Axe 2 : Informations sur l'hospitalisation et l'amputation

Mr Farouk nous a raconté qu'il a été hospitalisé deux fois la première fois en 2011, où il a été amputé de son pied droit et en 2014 amputé de son pied gauche, il a été amputé à cause sa maladie car de plus en plus son état se complique. Lors de l'annonce, il nous a révélé : « *j'avais peur mais hamdoullah on est des croyants madame !* ». Mr Farouk nous a dit : « *même si je déprime, je vais devenir triste, et après ? non je dis toujours hamdoullah j'ai accepté ma maladie telle qu'elle est...* ». Ainsi, il n'est pas une personne qui visionne sa personnalité car il fière de lui-même et de ses réalisations jusqu'à présent « *déjà j'ai réussis dans ma vie j'ai une fille ingénieur un garçon en Belgique pour moi c'est ça ma réussite (...) si je m'accepte pas je ferais quoi ? riens ! (...) J'ai de l'expérience dans ma vie j'ai vécu le pire* ». Mr Farouk nous a dit aussi qu'il n'a bénéficié d'aucun arrêt de travail « *durant ma carrière j'ai accéder mon grade mutuellement j'étais discipliné hamdoullah...tous ce qu'il nous arrive on l'accepte* ».

Axe 3 : Informations sur le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés : entre trauma et résilience

Mr Farouk nous a raconté avec un sens de l'humour, ce dernier consiste à présenter une

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

situation vécu comme traumatisante de manière à dégager les aspects plaisants, ironiques, insolites. Il a une tendance à modifier la connotation émotionnelle désagréable en lui associant une composante positive, il assure toujours la protection. (Cyrulnik, 2007). Donc, nous comprenons qu'à travers le sens de l'humour, notre sujet essaye de se protéger, en mettant à l'égard le sentiment douloureux en lien avec à son expérience, et puis cela lui permet le dépassement et la maîtrise de déplaisir. Par ailleurs, Mr Farouk nous a affirmé : « *hier soir je dormais puis j'ai sursauté c'est tout le monde qui s'est réveillé* ». En effet, selon le DSM 5 (2015), le sursaut est l'une des manifestations qui surgissent après le vécu d'un événement traumatique.

En continuant à nous raconter, notre sujet nous a rajouter en nous disant « *parfois il m'arrive de dire pourquoi je ne suis pas comme les autres quand même, je suis un être humain, mais après je dis pourquoi je pense ainsi ? et je reviens toujours au coran (...) on est des croyants, quoi qu'il arrive, hamdoullah* ». Cela nous laisse apprécier que notre sujet a met des stratégies de coping, en se recourant à la religion, et plus particulièrement le courant, qui l'a aidé à modifier ses croyances, et à avoir des aptitudes, qui ont favoriser son adaptation et ont modifié sa perception par rapport à l'évènement qu'il a vécu. Toutefois, selon Bergevin (2012), ce ne serait pas toutes les pratiques ou croyances qui seraient efficaces pour faire face à un problème, et elles ne seraient pas aussi efficaces pour tous les groupes. (Bergevin, 2012).

Mr Farouk nous a révélé aussi, que généralement il compte sur soi-même afin de gérer et de résoudre ses problèmes, cependant, il communique avec les membres de sa famille en disant « *s'il y'a un grand problème on le résout ensemble, et le plus important dans une famille c'est la communication intrafamilial* ». Cela indique que notre sujet accorde une importance aux liens, et aux interactions qu'il échange avec les membres de sa famille. En ce sens, la famille est un groupe de personnes qui ont vécu ensemble assez longtemps, pour développer des modes interactifs. La communication au sein de cette dernière favorise la verbalisation des sentiments et une compréhension partagée des problèmes rencontrés, en effet, les aptitudes de communication entre les membres d'une famille, donnent un cadre à une résolution efficace d'un problème. (Cox, 2004).

En parlant de ses qualités Mr Farouk nous dit : « *je suis optimiste puisque il y'a le bon dieu, hamdoullah* ». Par ailleurs, à propos de sa relation conjugale et familial Mr Farouk nous a dit : « *depuis ma maladie soit avec ma famille ou avec ma femme riens n'a changé, au contraire c'est tout le monde qui me soutiens, surtout avec ma femme, ma relation est devenue mieux* ».

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

qu'avant ». Le soutien social est parmi les stratégies de coping, Holahan et Moos (1987), ont trouvés que les individus ayant plus de ressources personnelles et sociales étaient plus susceptibles d'utiliser des stratégies d'approche (coping actif). En fait, le soutien social fournit une sorte d'assistance au coping. Cela permet de souligner l'importance de soutien de la famille. (Chabrol, Callahan, 2004).

L'état de Mr Farouk n'a pas influencé sur ses souhaits et ses perceptions de l'avenir, ceci a été confirmé en se basant sur ces dires : « *la vie continue, je suis croyant, le soutien de mes proches et les médecins qui ont été là pour moi, ils m'ont encouragé, et encore avec les moyens de traitement, la prothèse, hamdollah* ».

Axe 4 : Informations sur le futur

Quant aux questions par rapport au futur, Mr Farouk n'est pas inquiet à son avenir, en nous répondant ainsi : « *Non, mais pourquoi je vais avoir peur ?* », et il nous affirmé qu'il souhaite se rétablir, pour qu'il puisse sortir, voyager avec sa femme et aller faire une cure thermale.

Synthèse du cas Farouk

En se référant à ces données recueillies à travers de l'entretien clinique semi directif, nous synthétisons qu'avec son état et toutes les expériences qu'il a subi, Mr Farouk avec son optimisme et la foi qu'il possède a montré qu'il est un homme résistant, « *Tous ce qu'il nous arrive on l'accepte* », et l'origine de cette résistance vient de ses stratégies adaptatives, notamment religieuses, qui a met en mesure, et de sa famille qui a été la source de son ajustement, et la fierté qu'il a montrée en parlant de ses enfants et de leurs succès dans la vie. Nous pouvons dire que malgré les situations difficiles, notre sujet a pu dépasser sa souffrance grâce à ses capacités et ses croyances positives, ainsi, que le soutien de son entourage, lui ont permet d'accepter son état actuelle, ceux-ci à favoriser son espérance de vie.

2-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'IES-R

Tableau N°10 : résultats de Mr Farouk à l'IES-R.

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	16	49
Evitement	5	7	8	11	12	13	17	22	16	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			17	

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

À partir du tableau, nous constatons que Mr Farouk a obtenu un score total de 49, ce qui indique qu'il présente un traumatisme psychique avec des symptômes modérés. (Annexe N°12).

Par rapport à la première sous échelle qui est *la reviviscence* Mr Farouk a obtenu un sous score de 16. Il a coché sur la dimension *Moyennement* pour les items 1, 3, et 9 « *Tout rappel de l'événement revivait mes sentiments face à l'événement* », « *différentes choses m'y faisaient penser* », « *des images de l'événement surgissaient dans ma tête*. Aussi, il a coché sur la dimension *Passablement* pour les items 14,16, et 20 « *Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement* », « *J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement* », « *J'ai rêvé de l'événement* ». Ainsi il a coché sur la dimension *Un peu* pour l'item 6 « *Sans le vouloir, j'y pensais* ». Il a coché sur la dimension *pas de tout* pour l'item 2 « *Je me réveillais la nuit* ». Donc, à partir de ces réponses, nous constatons que Mr Farouk présente des flash-back, des émotions et des réactions qui se produisent à chaque rappel de l'évènement.

En ce qui concerne la deuxième sous échelle qui est *l'évitement*, il a obtenu un sous score de 16. Mr Farouk a coché sur la dimension *Moyennement* pour l'item 7 « *J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel* ». Il a coché sur la dimension *Passablement* pour les items 5,12 et 17 « *Quand j'ai repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser* », « *J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement* », « *Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés* », « *J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire* ». Il a coché sur la dimension *Pas du tout* pour l'item 11 « *J'essayais de ne pas y penser* ». Aussi, Mr Farouk a coché sur la dimension *Extrêmement* pour l'item 22 « *J'ai essayé de ne pas en parler* ». Donc, d'après l'ensemble des réponses nous déduisons que Mr Farouk manifeste des conduites d'évitement, notamment sur le plan émotionnel, et cela s'est traduit par des sentiments relatifs à l'évènement.

Pour la sous échelle de *l'hypervigilance*, notre sujet a marqué un sous score de 17. Il a coché sur la dimension *Un peu* pour l'item 4 « *Je me sentais irritable et en colère* ». Il a coché sur la dimension *Moyennement* pour l'item 15 « *J'avais du mal à m'endormir* ». De plus, il a coché sur la dimension *Passablement* pour l'item 19 « *Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques, telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations* ». Aussi, il a coché sur la dimension *Extrêmement* pour les items 10 et 21 « *J'étais nerveux et je sursautais facilement* », « *J'étais aux aguets sur mes gardes* ». Nous

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

remarquons alors, que notre sujet présente des difficultés d'endormissement et des réactions physiques qui se produisent après chaque rappel de l'évènement.

Synthèse de L'IES-R du cas Farouk

D'après les résultats d'analyse de l'échelle d'IES-R, Mr Farouk a obtenu un score de 49 ce qui indique que notre sujet présente un traumatisme psychique modéré, nous remarquons ainsi, que notre sujet manifeste des symptômes de reviviscence « *J'ai rêvé de l'évènement*, et de l'évitement. « *J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire* », où il a enregistré un sous score identique qui est de 16, alors que pour la sous échelle d'hyperactivation, il a obtenu un sous score de 17, particulièrement en répondant sur la dimension *Extrêmement* pour les items 10 et 21 « *J'étais nerveux et je sursautais facilement* », « *J'étais aux aguets sur mes gardes* ».

3-Présentation et analyse des résultats de l'RS-R de Wagnild et Young

Tableau N° 11 : résultats de Mr Farouk à l'RS-R.

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	Total
1		1	7	7		98
2	7		8	7		
3	7		10		1	
4	7		11		1	
5	7		12		1	
6	7		16		1	
9		1	21			
13	7		25	7		
14		1				
15		1				
17	7					
18		1				
19	7					
20		1				
22	7					
23	7					
24	7					
Score des dimensions	77	6		21	4	

Le tableau ci-dessus représente les résultats de Mr Farouk par rapport à l'ER-R, nous constatons que Mr Farouk a obtenu un score de 98, ce qui signifie qu'il présente un caractère résilient. (voir l'annexe N°13).

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Pour la première composante *de compétences personnelles* Mr Farouk a obtenu un sous score de 77, en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 2, 3, 4, 5, 6, 13, 17, 19, 22, 23, et 24, notamment « *En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre* », « *S'il faut, je peux me débrouiller* », « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* ». Nous pouvons dire que malgré sa souffrance, et son impuissance notre sujet a fourni des efforts, afin de s'adapter et de dépasser sa maladie et cela ne l'a pas empêché de rêver et d'avoir des ambitions. Cependant, il a marqué un sous score de 7 en cochant sur la dimension *Très en désaccord* pour les items 1, 9, 14, 15, 18, 20 particulièrement aux items suivants : « *Lorsque je fais des projets je les mène* », « *Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois* ». Nous pouvons interpréter cela en disant que, notre sujet trouve des difficultés et parfois il se sent inapte et incapable de compter sur soi et de mener ses projets à terme.

Pour la deuxième composante qui est *l'acceptation de soi* Mr Farouk a obtenu un sous-score de 21, en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 6, 8, et 25 « *Je suis fier de réalisé des choses dans ma vie* », « *Ma vie a un sens* », « *Je suis fier de réaliser des choses dans ma vie* ». Nous déduisons que notre cas possède des sentiments et des comportements positive vis-à-vis sa souffrance, ainsi, nous percevons une estime de soi dans l'item 6 « *Je suis fier de réaliser des choses dans ma vie* », ce que lui a permis d'accepter son état actuel. En ce qui concerne la dimension *Très en désaccord* Mr Farouk a enregistré un sous score de 4 en répondant sur les items 10, 11, 12, 16, et 21, notamment aux items suivants « *je me demande rarement quel est le sens des choses* », « *je prends les choses comme elles viennent* », « *je suis une personne déterminé* ». Nous constatons que notre sujet n'essaye pas de comprendre le sens des choses qui lui arrive, et il ne prend les choses comme elles viennent, ce qui signifie donc, qu'il a au certaines difficultés pour s'adapter et accepter sa situation.

Synthèse de l'ES-R du cas Farouk

Mr Farouk possède un caractère *peu résilient*, cela a été bien clair à partir des résultats obtenus avec un score total qui est 98. De ce fait, nous concluons que notre sujet trouve des difficultés, et des incapacités pour se débrouiller et à mener ses projets, où il a coché sur la dimension *Totalement en accord* pour l'item 1 « *Lorsque je fais des projets je les mène à terme* ». Cependant, nous remarquons aussi, que notre sujet nous donne une image positive de lui-même, nous percevons cela dans l'item 8 « *Je m'aime bien* ». Nous concluons par dire qu'il y'a une discordance entre l'entretien que nous avons effectué et les résultats de cette échelle.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse générale du cas Farouk

D'après l'analyse des données récoltées lors de l'entretien clinique effectué avec Mr Farouk, nous arrivons à conclure que Mr Farouk a resté, malgré qu'il a perdu plusieurs parties de ses membres inférieurs, mais cela été grâce à ses croyances positives, ainsi qu'au soutien de son entourage, qui lui ont permis de donner sens à sa vie et de confronter l'adversité, et ils ont favorisés son espérance de vie. Cela a été conté à travers ces dires : « *la vie continue, je suis croyant, le soutiens de mes proches, et les médecins ont été là pour moi, ils m'ont encouragé et encore avec les moyens de traitement, la prothèse hamdoullah* »

En ce qui concerne les résultats d'IES-R, Mr Farouk a obtenu un score de 49, ce qui indique que notre cas présente un traumatisme psychique avec des symptômes modérés, nous remarquons ainsi que Mr Farouk manifeste des symptômes d'évitement et de reviviscence avec un sous score relatif à 16, aussi, un sous score de 17, par rapport à la sous échelle de l'hyperactivation. Concernant la deuxième échelle d'RS-R, il a marqué un score de 98, qui selon le manuel signifie un caractère peu résilient. Donc, nous remarquons qu'il y a une discordance entre l'entretien et le résultat de la seconde échelle, il essaye de nous donner une bonne image de soi, et il voulait montrer sa capacité et son aptitude pour faire face aux difficultés rencontrées, quant au vécu et la souffrance subie.

Cas N°6 : Mr Ayoub

1- Présentation analyse des données de l'entretien clinique semi directif

Monsieur Ayoub est un homme âgé de 62ans, retraité, il a un niveau d'instruction primaire, veuf avec 9 enfants, 5 filles et 4 garçons.

Lors de l'entretien Mr Ayoub s'est montré compréhensif et coopératif, il nous a accueillis en nous disant « *easlamanwent ayessi* » (bienvenue mes filles). Nous lui avons expliqué que nous sommes des stagiaires en psychologie clinique et nous voulons lui poser quelques questions en relation avec sa maladie et son vécu.

Axe 1 : Informations sur le diabète

Mr Ayoub raconta son récit d'une manière très calme, il était très à l'aise en parlant avec nous. Il nous a affirmé qu'il est atteint du diabète depuis 1994, à cause de son fils qui travaille au port, celui-ci a été agressé par des voleurs et ils l'ont kidnappé, ils l'ont cherché partout

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

jusqu'aux jours où ils ont appelé de l'hôpital pour leurs dire que leurs fils a été trouvé dans un état grave et il est hospitalisé chez eux. Depuis cet événement Mr Ayoub s'est effondré « *neqsagh g le poid, tdokhor bezaf, thouser iman-iw kewkwer* » (j'ai perdu beaucoup du poids, j'avais beaucoup de vertige et une soif intense), il n'a pas fait attention « *g lwaqth nner nkheddem, nteddou on connait pas c'est quoi le diabète ayi* » (à notre époque, on travaille, on marche, on connait pas c'est quoi ce diabète), après « *wwinayi arraw -iw r tbib nnan yid teseit sker* » (c'est mes enfants qui m'ont amenés chez le médecin, ils m'ont dit t'es atteint par le diabète). Quand elle n'est pas verbalisé, la souffrance psychologique ressurgit sur le corps on peut donc parler ici de la somatisation suite à un choc émotionnel, défini comme psychosomatique tout trouble somatique qui comporte dans son déterminisme un facteur psychologique intervenant non pas de façon contingente mais par une contribution essentielle à la maladie. (Cosili, 2010).

Axe 2 : Informations sur les Hommes diabétiques amputés et hospitalisés

Mr Ayoub était hospitalisé 2 fois, la première fois, c'était à cause d'un problème du cœur et la deuxième fois en raison de l'amputation « *seir tawla tetfayi 3 yam, rouher gh tbib ounta3d icheyeayi urgent gh sbitar, tfaneyi dinna qrib chhar* » (j'avais de la fièvre pendant 3 jours, j'ai consulté un médecin, puis il m'a envoyé en urgence à l'hôpital, où je suis resté près d'un mois). La première amputation de notre sujet, étais en 2014 « *teddoun ayeksan ikkel atar-iw, mieawden, la réunion f le cas ynou désinfectint ksen-yi juste amekkan nni iytwa infectin* » (ils ont voulu de me couper tous le pied, après avoir refait la réunion sur mon cas ils ont décidé de le désinfecté et enlever juste la partie infectée). Quand, il a sorti du bloc Mr Ayoub nous a révélé qu'il a montré aucune réaction « *ur-hdjar d-uma d yiwen* » (je n'ai parlé à personne), mais juste avant l'opération il leur a dit : « *khemmem-yi kan l'anesthésie* » (j'ai leur ai dit faites-moi l'anesthésie), « *ur z miregh ad khemmagh uma d azouh dayen iyellan* » (je peux rien faire... c'est tous ce qu'il y'a). Durant toute sa carrière monsieur Ayoub n'a bénéficié d'aucun arrêt de travail.

Axe 3 : Informations sur le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés : entre trauma et résilience.

Mr Ayoub nous a rapporté ainsi, qu'avant l'intervention chirurgicale « *khelear azouh mais nirasen khedmama-yi kan l'anesthésie* » (j'avais un peu peur mais j'ai leurs est dit qu'ils me fassent de l'anesthésie). Toutefois, au moment de l'amputation « *sousmegh kan ur-hussegh s*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

uma d azouh » (je me suis tu et j'ai riens sentis), même après l'intervention chirurgicale il nous dit qu'il était calme et n'a montré aucune réaction. À partir de ces propos, nous pouvons comprendre que Mr Ayoub est dans un état de sidération et d'effroi, qui sont le résultat ou bien parmi les effets traumatogènes et d'angoisse, qui se traduisent par une prolongation de la confrontation avec le néant, et il est englobé sous l'appellation de stress dépassé. (Lebigot, 2005).

Au cours de ces derniers jours, Mr Ayoub souhaite seulement qu'il se rétablisse pour qu'il quitte l'hôpital « *bghir kan adefghar ssa* » (je veux juste sortir d'ici), « *deεeur rebbi svah laecha ayichfou... daya akka iyikthav* » (je prie dieu jours et nuit pour qu'il me guérisse... c'est tous ce qu'il m'a destiné). Ce diabétique nous a parlé sur son état d'endormissement et de concentration en nous disant que : « *gganer à l'aise...nekki dameqran ur seir f wachou ara d khemmer ner f wachou ad concentrir* » (je dors à l'aise, je suis un homme âgé... je n'ai pas sur quoi penser ni sur quoi me concentrer), il nous a dit aussi qu'il n'est pas une personne qui s'intéresse à l'image du sois « *par rapport r –medden nekki hamdoullah* » (par rapport aux autres personnes moi dieu merci). En ce qui concerne la prise de décision « *nekki thibbir ad-chawrer arraw-iw, d nouhnoum iwfir, fellassen iteklar, d nouhnoum ijestiklifien s koullech g xam, g verra* » (j'aime prendre l'avis de mes enfants, c'est eux que j'ai trouvé, c'est eux qui s'occupent de tous dans la maison et en dehors de la maison). Notre sujet essaie de faire face a sa situation en adoptant les stratégies de coping, ce qui lui permet d'éviter sa souffrance ainsi que de trouver un soutien familial en utilisant des différents moyens afin de résoudre son problème. (Charbol, Callahan, 2004).

Quand nous lui avons posé la question sur ses qualités, Mr Ayoub nous a dit « *lxir kheđmarth i rebbi... nekki thibbir medden... rebbarede même igougilen...hamdoullah* » (le bien je l'ai fais pour le bon dieu... j'aime les gens... j'ai adopté même des orphelins... dieu merci), il nous a rajouté en nous disant : « *gmi helkar medden ikkel ttasend seqsayen felli, thibbineyi ikkel soit la familles, ljiran, hamdoullah yaeni* » (depuis ma maladie c'est tous le monde qui vient me voir, ils m'aiment tous, soit la famille, les voisins, dieu merci). Le soutien de la famille et des voisins sont parmi les stratégies de coping actif, et l'utilisation de ces stratégies actives en fonction d'un bon ajustement mental, ce modèle donc démontre à quel point la contrôlabilité modifie l'influence de soutien social, et l'efficacité des stratégies employées. (Charbol, Callahan, 2004).

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Axe 4 : Informations sur le futur

Mr Ayoub nous a révélé : « *tmennir ad nejhan arraw-iw, labouda maferhan nouhni nekki daren, d nouhnoum idessaḥ tmennir ayichfou rebbi,daya* » (je souhaite la réussite à mes enfants, s'ils sont heureux je le serais aussi, je souhaiterais que je guérisse, c'est tout).

Synthèse du Mr Ayoub

D'après les informations rassemblés, nous constatons que Mr Ayoub a montré un sentiment de peur qui été passager juste avant l'amputation, comme avons remarqué aussi qu'avant et même après l'intervention chirurgical, il a resté sidéré, en éprouvant aucune réaction, nous illustrons cela par ces dires : « *sousmegh kan ur-ḥussegh s uma- d- azouh* » (je me suis tu et j'ai riens sentis). Cependant, nous avons vu en lui quelqu'un de courageux, et qui est bien entouré, ainsi, grâce à l'affection et à l'aide de ses enfants, il est arrivé à tenir le coup et à sublimer cette expérience.

2-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'IES-R

Tableau N°12 : résultats de Mr Ayoub à l'IES-R.

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	14	31
Evitement	5	7	8	11	12	13	17	22	13	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			4	

À partir de ce tableau, nous percevons que Mr Ayoub a obtenu un score total de 31, ce qui indique que notre sujet présente des symptômes légers du traumatisme psychique.(annexe n°14)

Par rapport à la première composante qui est *la reviviscence*, notre sujet a obtenu un sous score de 14. Il a coché sur la dimension *Moyennement* pour les items 1, 9, 14, 16, et 20 « *je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement* », « *j'ai rêvé à l'évènement* ». Alors, nous constatons que Mr Ayoub ressent des émotions et des sentiments qui lui rappelle l'évènement, aussi des pensées négatives et intrusives et des images qui surgissaient dans la tête de notre sujet, notamment dans les items « *Tout rappel de l'évènement revivait mes sentiments face à l'évènement* », « *Différents choses m'y faisaient penser* » et dans l'item « *Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête* ». Il a coché sur la dimension *Un peu* uniquement pour l'item 2, « *Je me réveillais la nuit* », ce qui signifie que notre sujet ne présente pas trop de manifestations en rapport avec l'évènement vécu, tel que les difficultés d'endormissement et les pensées récurrentes.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

De plus, il a coché sur la dimension *Passablement*, seulement pour l'item 6 « *Sans le vouloir j'y penser* », ce qui indique que notre sujet manifeste parfois, des comportements et des pensées concernant l'événement. Ainsi, il a coché sur la dimension *Extrêmement* pour les items 3 et 16 « *Différents choses m'y faisaient penser* », « *J'ai ressentis des vagues de sentiments intense à propos de l'événement* ». Nous constatons que Mr Ayoub manifeste des pensées qui lui rappellent l'événement, ainsi il présente des sentiments et des émotions qui sont intenses et extrêmes en relation avec l'événement.

En ce qui concerne la deuxième composante qui est *l'évitement*, notre sujet a obtenu un score de 13. Il a coché sur la dimension *Moyennement* pour les items 11 et 17, « *J'essayais de ne pas y penser* », « *J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire* ». Nous remarquons que Mr Ayoub évite de penser à l'événement, et il essaye de l'effacer de sa mémoire. Il a coché sur la dimension *Pas du tout* pour l'item 12 « *J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement* », ce qui signifie que notre sujet manifeste peu de sentiment et d'émotion concernant l'événement. Il a coché sur la dimension *Un peu* pour les items 7 et 8, « *J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel* », « *Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser* », nous remarquons que notre sujet a manifesté des réactions et des sentiments qui lui rappellent l'événement, mais d'un degré moins élevé. Il a coché sur la dimension *Passablement* pour l'item 5 « *Quand j'y repensais ou quand me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser* ». Mr Ayoub évite de penser et de repenser sur l'événement pour ne pas être frustré et choqué pour une deuxième fois. Enfin notre sujet a coché sur la dimension *Extrêmement* pour les items 13 et 22 « *Mes sentiments à propos de l'événement était comme figé* », « *J'ai essayé de ne pas parler* ». Dans ces items notre sujet essaie de ne pas exprimer et de ne pas révéler sa souffrance, en évitant de parler sur l'événement.

Pour la troisième composante qui est *l'hyperactivation*, Mr Ayoub a marqué un score de 4, c'est le score le moins élevé. Il coché sur la dimension *Moyennement*, pour l'item 4 « *Je me sentais irritable et en colère* ». Il a coché sur la dimension *Pas du tout* pour les items 15, 18, 19 et 21 « *J'avais du mal à m'endormir* », « *J'avais du mal à me concentrer* », « *Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que, des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées, ou des palpitations* », « *J'étais aux aguets sur mes gardes* ». Nous remarquons que notre sujet ne manifeste pas beaucoup de signes d'hyperactivité et notamment les difficultés d'endormissement, de concentration et des signes physiologiques, tels que la sueur et des palpitations. D'après ces réponses, nous avons conclu notre sujet manifeste des réactions et comportements d'impulsivité d'irritabilité, voire d'humeur marquée d'une détresse

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

de la colère. Toutefois, nous avons constaté que Mr Ayoub ne manifeste pas beaucoup de signes d'hyperactivité et notamment les difficultés d'endormissement, de concentration et des signes physiologiques, tels que les sueurs et des palpitations.

Synthèse de l'échelle d'IES-R du cas Ayoub

Notre sujet présente un traumatisme psychique avec des symptômes légers, et cela été bien clair à partir du score total enregistré, qui est de 31. Par rapport aux sous échelles, nous constatons que Mr Ayoub a marqué un score plus élevé, qui est de 14 relatif à la sous échelle de reviviscence, qui est un symptôme pathogmonique, consistant à revivre continuellement la scène traumatisante, il a répondu sur la dimension Moyennent pour notamment l'item 14 « *je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement* », aussi un sous score de 13, en cochant sur la dimension Extrêmement pour les items 13 et 22 « *Mes sentiments à propos de l'évènement était comme figé* », « *J'ai essayé de ne pas parler* », et un score bas, qui est de 4 pour la sous échelle d'hyperactivation. Nous déduisons donc, que notre sujet a choisi d'éviter de penser à l'évènement et essaie de ne pas montrer sa fragilité et de na pas révélé sa souffrance, car cela touche à son estime de soi.

3- Présentation et analyse des résultats de l'RS-R de Wagnild et Young

Tableau N°13 : résultats de Mr Ayoub à l'RS-R.

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	Total	
1	7		7	7		154	
2	7		8	7			
3	7		10	7			
4		1	11	7			
5	7	1	12	7			
6	7		16	7			
9	7		21	7			
13	7		25	7			
14	7						
15		1					
17	7						
18	7						
19	7						
20	7						
22	7						
23	7						
24		1					
Score des dimensions	98	4		56	0		

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Le tableau représente les résultats de l'échelle d'ES-R, par ces résultats nous remarquons que notre sujet possède un caractère de résilience dont le score de l'échelle est de 161, nous déduisons donc que notre sujet est résilient. (voir l'annexe N°14).

Par rapport à la première composante (*compétences personnelles*), notre sujet a enregistré un score de 98, en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 1,2, 3, 5, 6, 9, 13, 14, 17, 18, 19, 20 ,22 et 23 « *En générale je me débrouille d'une manière ou d'une autre* », « *Je peux compter sur moi plus que les autres* », « *Ma vie a un sens* », « *Lorsque je suis en situation difficile, je peux généralement m'en sortir* », « *Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles* », « *Je me sens que je peux faire beaucoup de choses a la fois* ». Nous remarquons que Mr Ayoub contient des compétences et des aptitudes qui lui permettent de compter sur soi, afin de dépasser et de combattre sa souffrance psychique et physique, nous déduisons donc, que notre sujet s'est inscrit dans le processus de résilience et de résistance. Concernant la dimension *Très en désaccord*, il a obtenu un score de 3 coché, en répondant sur les items 4, 15 et 24, « *L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses* », « *Je m'intéresse à divers choses* », « *J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire* ». Ces réponses montrent que malgré ses capacités de rebondir et de faire face mais, notre sujet a montré sa fragilité dans l'item 24, où il nous a révélé qu'il ne possède pas de l'énergie pour continuer à faire ce qu'il a à faire, et il a perdu le gout pour effectuer certaines choses.

En ce qui concerne la deuxième composante *Acceptation de soi*, Mr Ayoub a obtenu un score de 56. Il a coché sur la dimension « *Totalement en accord* » pour tous les items 7, 8, 10, 11, 12, 16, 21, et 25 « *Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement* », « *Je m'aime bien* », « *Je suis une personne déterminé* », « *Je me demande rarement quel est le sens des choses* », « *Je prends les choses comme elles viennent* », « *Je trouve toujours quelques choses qui me fais rire* », « *Ma vie a un sens* », « *Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas* ». Nous remarquons que notre sujet a accepté sa maladie et il a pu s'adapter aux changements qui se sont produits, ce qui signifie qu'il a des capacités pour changer et a modifier ses comportements, pensées et émotions en donnant à nouveau un sens pour sa vie, ainsi, il n'a pas laisser les mauvaises idées surgissent dans sa tête.

Synthèse de l'échelle d'ES-R du cas Ayoub

D'après les résultats de l'échelle d'ES-R, nous déduisons que Mr Ayoub est résilient, cela a été bien clair à travers le score qu'il a enregistré, qui est de 161. De ce fait, nous déduisons

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

donc que notre sujet possède des compétences personnelles qui lui ont permis de compter sur soi, et à faire confiance en soi, afin de surmonter sa souffrance, ainsi nous avons constaté chez lui une acceptation de soi, qui lui a permis de s'adapter à son état actuel. Nous concluons par conséquent que malgré la souffrance qu'il a vécue et les adversités qu'il a traversées, Mr Ayoub a montré sa résistance et son aptitude à faire face à ses difficultés engendrées par les maux physiques et psychiques.

Synthèse générale du cas Ayoub

À la lumière de ce que Mr Ayoub nous a révélé au cours de l'entretien, nous arrivons à synthétiser en disant que notre sujet a manifesté une appréhension et un sentiment de peur qui a été juste avant l'intervention chirurgicale, nous avons remarqué aussi qu'il parle peu sur soi. En revanche, nous avons constaté que Mr Ayoub est un homme courageux et résistant, il n'a pas trouvé de difficultés par rapport à l'acceptation de sa maladie « *deeur rebbi svah laecha ayichfou... daya akka iyikthav* » (je prie dieu jours et nuit pour qu'il me guérisse... c'est tout ce qu'il m'a destiné). Pour ce qui concerne les patients qui s'adapteront le mieux sont ceux qui vont parvenir à changer leurs comportements puisqu'ils n'auront aucun pouvoir sur leur morphologie, ni sur leur physiologie. Le développement personnel et l'adaptation comportementale dans la maladie chronique sont nécessaires, même indispensables pour continuer à vivre au mieux. (Gombert, 2015). Aussi, ses dires révèlent qu'il a pu rebondir grâce à ses stratégies d'accommodation, à l'affection, et à la tendresse reçue de la part de ses proches.

En nous basant sur les résultats de L'IES-R, Mr Ayoub a obtenu un score de 31, indiquant qu'il présente un traumatisme avec des symptômes légers. Par rapport aux sous-scores, il a obtenu un score de 14 relatif à la reviviscence, cela signifie que notre sujet a des pensées qui lui rappellent l'événement « *Tout rappel de l'événement revivait mes sentiments face à l'événement* », « *différentes choses m'y faisaient penser* », « *Des images de l'événement surgissaient dans ma tête* ». Pour la sous-échelle liée à l'évitement, il a obtenu un sous-score de 13, nous déduisons à partir de ces résultats, que malgré les symptômes légers manifestés par notre sujet, mais cela ne l'a pas empêché de revivre les pensées qui lui rappellent l'événement traumatique. Concernant la deuxième échelle (ES-R), Mr Ayoub a obtenu un score de 154, ce qui indique que notre sujet est résilient. À partir de ses réponses aux sous-échelles, notamment pour les items où il a coché sur la dimension *Totalement en accord*, tel que « *En générale je me débrouille d'une manière ou d'une autre* », « *Ma confiance en moi me permet de traverser*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

des périodes difficiles », nous concluons que notre sujet a prouvé des capacités et des aptitudes pour faire face à sa souffrance.

Cas N°7 : Mr Kamel

1-Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif

Monsieur Kamel est un homme de 57 ans, marié sans enfants, il est le cadet de sa famille, retraité, il a un niveau d'instruction moyen.

Tout au long de l'entretien qui a duré une demi-heure, Mr Kamel s'est montré coopératif, il nous a accueillis chaleureusement avec un sourire tracé sur son visage en disant « *seqsimeyid akken tevgham mais matfakemt d nekki ara- w n diposin les questions* », (je suis prêt à répondre à vos questions, mais à la fin c'est à moi de vous poser des questions).

Axe 1 : Informations sur les hommes diabétiques amputés et hospitalisés

Mr Kamel relate calmement et soigneusement l'histoire de sa maladie, il nous a révélé qu'il a été diagnostiqué comme un diabétique de type 2 en 2012 par un diabétologue « j'ai remarqué que je bois beaucoup d'eau plus de 5 litres par jours et ce n'est pas de ses habitudes en disant « *g les moments nni levhar ouydikkeffara* », (dans ces moments la mère n'était pas suffisante), il nous a rajouter « *je rentre fréquemment au toilettes plus de 8 fois par jours* ». Cela correspond aux signes du diabète comme : une envie fréquente d'uriner, infection urinaire à répétition, et une soif importante. (Giroir, 2017, p.22).

Mr Kamel nous a révélée qu'il a la moindre idée sur la maladie et les signes présenté, cependant, il nous a raconté que sa mère et son frère sont aussi atteint par cette maladie, il nous révélé ainsi que le diabète ce n'est pas la seule maladie dont il est atteint, mais il souffre aussi d'une occlusion intestinal aigu et une hypertension artérielle. En effet, selon Welter, (2011). l'occlusion intestinal aigu se définit par un arrêt du transit intestinal elle se traduit par un arrêt du cours des matières et des gazes contenu dans l'intestin. (<http://www.Ferronfred.eu>). Mr Kamel nous a raconté ainsi qu'il n'a suivi aucun régime alimentaire « *thibbigh ad-chegh ,ouz miregh ara- ad khemmagh regime* » (je ne peux pas suivre un régime particulier car j'aime bien manger).

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Axe 2 : Informations sur le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés : entre trauma et résilience

Mr Kamel a été hospitalisé depuis 3 mois, et ce n'était pas la première fois, car il a été hospitalisé en 2014 durant une longue période, pour une amputation de ses deux orteils « *kseneyi snath, ayetaksen kan ikkel bach ad qqimagh bien* ». Lors de l'annonce de l'amputation Mr Kamel nous a avoué qu'il était un peu secoué et il s'est demandé « *si je pourrais un jour marcher sur mes pieds* ». Après l'intervention chirurgicale, notre sujet nous a raconté qu'il a ressenti une douleur atroce au niveau de ses pieds « *labouda trouh l'anesthésie nni bessah, houssagh imaniw bien, touhennagh dayen* », (parce que les effets de l'anesthésie ont disparu mais j'ai senti bien et soulagé). À propos de son image du corps et l'acceptation de soi, Mr Kamel nous a dévoilé en nous disant « *ce n'est pas facile et ce n'était pas facile* ».

Avant l'intervention chirurgicale, Mr Kamel nous a raconté qu'il été un peu stressé mais au moment de l'opération il n'a rien ressenti « *normale lmouhim ayikkes leqrih nni kan labouda aksoum iw i3fen* ». (pour moi le plus important c'est de se débarrasser de cette douleur parce que ma peau est infectée). Notre cas nous a révélé qu'il qu'il a rêvé plusieurs fois des rêves en lien avec cet événement, en nous disant : « *urgagh lsigh asebbat* » (j'ai rêvé comme si j'ai met des chaussures), un autre rêve « *ikhlat oufhimegh, ouma dazouh zyess* ». (il est mélangé, j'ai rien compris) il nous rajoute « *oui c'est dssah, j'ai eu des cauchemars fréquents après l'opération nni* », et il a eu aussi des difficultés d'endormissement « *fkaneyid un médicament pour que je puisse dormir* », (ils m'ont donné un médicament pour que je puisse dormir). Les cauchemars et les difficultés d'endormissement, sont des manifestations post traumatiques, et qui sont cités dans les critères de diagnostic du DSM5 (2015), perturbation du sommeil (par ex. Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompue).

En ce qui concerne les difficultés de concentration Mr Kamel nous a affirmé qu'il n'a pas ce problème « *je peux me concentrer normalement sur les choses* », aussi il nous rajouté « *je n'ai pas de problème sur mon image, je me vois bien* ». En ce sens, l'estime est un prédicteur très significatif de la satisfaction corporelle. Par ailleurs, il nous a confié aussi, que sa vie a changé vers le mieux et grâce à cette tragédie qu'il a pu arrêter la consommation de l'alcool et le tabac. Quant aux décisions, il nous a dit : « *mayella uz miregh ara ilhaja, tchawaregh taujours tameuth-iw, d nettath i ttafegh zzathi* » (quand je ne peux pas faire quelque chose, je prends toujours l'avis de ma femme, et c'est elle qui est souvent à côté de moi). Par contre dans les

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

moments difficiles, il nous révéla : « *g les moments difficiles negh asma ad-ħussegh imaniw ĉa va pas thibbigħ ad-fghegh waħid umdakel iw, t-comptin fellas bessaf, oufigħth zzathi g lemħayen, la vérité kan asma adyas ĝhuri tħoussough imaniw bien* » (dans les moments difficiles, ou quand je m'ennuie je sors avec mon ami, je compte beaucoup sur lui, il été toujours à mes côtés dans les moments difficiles, et pour être franc quand il me rend visite, je me soulage).

Les relations qu'entretient Mr Kamel avec son entourage n'ont pas connu un changement, et nous avons constaté cela à travers ses dires, ou il nous a avoué : « *waħid tmettouth –iw l arelation nnegħ teqqim akken tella azouħ uy changi, meme waħid dimdokaliw dagħen dagħen kifkif* » (ma relation avec ma femme est restée telle qu'elle est, elle n'a pas changé, même avec mes amis aussi).

Mr Kamel est une personne optimiste, car malgré sa maladie il voit toujours les choses d'une manière positive, nous illustrons par ces dires : « *nekki zzaregh lehwayedj leali kan, même medden, aykħemen char khedmegħasen lħhir* », (je vois que les bonnes choses, même si les gens me font du mal moi je le rend toujours avec le bien). Concernant ses qualités et ses projets d'avenir Mr Kamel dit « *thibbigħ ad- eewnegħ medden, je suis une personne serviable, sensible, temennigh que mes futurs enfants ne naissent pas ici* », (j'aime aider les gens, je suis une personne serviable, sensible, mon seul souhait est que mes futurs enfants ne naissent pas ici). En effet, cette perte n'a pas eu un impact négative son avenir car il nous a avancé, qu'il n'a pas un sentiment d'inquiétude et de peur par rapport à son futur.

Axe 3 : Informations sur le futur

Quant à ses souhaits, Mr Kamel nous a dit « *vħigh kan aħehlough* » (je veux que je rétablisse... *vħigh dagħen aħeseough axxam daglaw* » (je veux avoir une maison propre à moi).

Synthèse du cas de Mr Kamel

D'après l'entretien que nous avons effectué, nous constatons que Mr Kamel a manifesté des sentiments de peur qui été seulement avant l'intervention chirurgicale, mais en conséquence cette perte a causé des signes traumatiques comme les cauchemars répétitifs, et des perturbations de sommeil, par contre elle n'a pas influencé sur son estime de soi. D'autre part, nous avons remarqué qu'il a une incapacité pour faire face aux moments difficiles qui le traverse car d'après ses dires, il compte sur son ami proche afin de l'aider à résoudre ses problèmes et

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

aussi lui donner un soutien psychologique « *g les moments difficiles negh asma ad-ħussegh imaniw ça va pas thibbigh ad-fghegh waħid umdakel iw, t-comptin fellas bessaf, oufighth zzathi g lemħayen, la vérité kan asma adyas ghuri tħoussough imaniw bien* ». De plus, il entretient des bonnes relations avec son entourage, comme aussi il a une vision positive de la vie.

2-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'IES-R

Tableau N°14 : résultats de Mr Kamel à l'IES-R.

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	24	56
Evitement	5	7	8	11	12	13	17	22	10	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			22	

À partir du tableau ci-dessus, nous constatons que Mr Kamel a obtenu un score total de 54, ce qui indique que notre sujet présente des symptômes sévères du traumatisme psychique. (annexe N°16).

Par rapport à la première composante qui est la reviviscence, notre sujet a obtenu un sous score de 24 qui est significatif par rapport aux autres sous-scores. Notre sujet a coché sur la dimension *Moyennement* pour les items 1 et 6, « *Tout rappel de l'événement revivait mes sentiments face à l'événement* », « *Sans le vouloir j'y pensais* », nous constatons que Mr Kamel a vécu une expérience, qui persiste toujours dans son psychisme, à la suite d'une perception qui rappelle l'événement. En ce sens, l'image perceptive de l'événement envahit la conscience du sujet et s'accompagne des émotions ressenties. Aussi, il a coché sur la dimension *Passablement* pour les items 2, 9, et 16, « *Je me réveillais la nuit* », « *Des images de l'événement surgissaient dans ma tête* », « *J'ai ressentie des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement* ». Nous constatons que notre sujet manifeste des images, des flashes backs et des pensées qui se reproduisent, et qui lui rappelle l'événement traumatique. Il a coché sur la dimension *Extrêmement* pour les items 3, 20, et 14 « *Différentes choses m'y faisaient penser* », « *J'ai rêvé à l'événement* », « *Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement* ». Nous constatons que Mr Kamel a des pensées négatives concernant l'événement et des rêves persistants et répétitifs, ainsi que des comportements envahissants qui influencent négativement sur ce cas.

En ce qui concerne la deuxième composante qui est *l'évitement*, Mr Kamel a marqué un sous score de 10, en répondant sur la dimension *Moyennement* pour les items 5, 17, et

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

22, « *Quand j'y pensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser* », « *J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire* », « *J'ai essayé de ne pas en parler* ». À partir de ces réponses que notre sujet essaye de ne pas penser à l'événement et surtout d'éviter toute discussion à propos de l'événement, car elle lui provoque une détresse et angoisse. De plus, il a coché sur la dimension *Pas de tout*, pour les items 8, 11, et 12, « *Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser* », « *J'ai essayé de ne pas y penser* », « *J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement*. Donc nous percevons que ce diabétique pense peu l'évènement, ainsi qu'il évite de se rappeler de tous ce qui est en relation avec l'évènement. Enfin, il a coché sur la dimension *Un peu* pour les items 7 et 13 « *J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel* », « *Mes sentiments à propos de l'évènement étaient comme figés* ». Nous comprenons que notre sujet évite de parler et d'exprimer ses sentiments concernant l'évènement.

Pour la troisième composante qui est *l'hyperactivation*, Mr Kamel a obtenu un score de 22 où il a répondu sur la dimension *Moyennement* uniquement pour l'item 15, « *J'avais du mal à m'endormir* ». Aussi, il a coché sur la dimension *Extrêmement* pour les items 4, 10, 18, 19, 21 « *Je me sentis irritable et en colère* », « *J'étais nerveux je sursautais facilement* », « *J'étais aux aguets sur mes gardes* », « *J'avais du mal à me concentrer* », « *Ce qui me rappelait l'évènement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées et des palpitations* ». D'après ces items, nous constatons que notre sujet présente une souffrance qui est extrêmement intense, cette dernière a influencée sur son état émotionnel, nous pouvons dire aussi que cette blessure corporelle, suivit d'une altération de l'image du corps a provoqué une détresse, voire un sentiment d'impuissance, où ce cas se sente anéanti.

Synthèse de l'échelle d'IES-R du cas Kamel

D'après les résultats de l'échelle de l'IES-R, Mr Kamel présente des symptômes sévères du traumatisme psychique, avec un score total de 56. Aussi, par rapport à la première sous échelle qui est *la reviviscence* notre sujet a obtenu un sous score de 24, notamment en répondant sur la dimension *Passablement* pour spécialement l'item 2 « *Je me réveillais la nuit* », et sur la dimension *Extrêmement* particulièrement à l'item 14 « *Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement* », ces réponses signifient que l'intervention chirurgicale qu'il a subi lui a causé des perturbations de sommeil, aussi des pensées sur cet évènement lui provoquent des sentiments accompagnés par des réactions comme si il revit la même expérience

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Pour la seconde qui comprend *l'évitement*, notre sujet a enregistré un sous score de 10, il a coché sur la dimension *Moyennement* notamment à l'item 5 « *Quand j'y pensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser* », et pour la dernière sous échelle, qui est *l'hyperactivation*, il a marqué un sous score de 22, il a répondu sur la dimension *Extrêmement* particulièrement à l'item 10, « *J'étais nerveux je sursautais facilement* ». Nous remarquons donc que le sous score de réviviscence est d'un degré important et significatif par rapports à d'autres sous-scores, ce qui montre qu'il y'a une altération négative sur le plan cognitif de notre cas, et ce par des rappelles répétitifs en lien avec l'expérience subi.

2- Présentation et analyse des résultats de l'RS-R de Wagnild et Young

Tableau n°15 : résultats de Mr Kamel à l'RS-R.

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	Total
1	7		7	7		105
2	7		8	7		
3	7		10		1	
4		1	11		1	
5	7		12	7		
6	7		16	7		
9		1	21	7		
13	7		25	7		
14		1				
15		1				
17	7					
18		1				
19	7					
20		1				
22		1				
23	7					
24		1				
Score des dimensions	63	8	/	42	2	

Le tableau représente les résultats de Mr Kamel à l'RS-R, nous constatons qu'il a obtenu un score total de 105, nous pouvons dire donc que notre sujet est peu résilient.(Annexe N°17).

Par rapport à la première sous échelle (*Compétences personnelles*), Mr Kamel a obtenu un sous-score de 63, en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 1, 2, 3, 5, 6, 13, 17, 19, et 23), « *Lorsque je fais des projets, je les mène à terme* », « *Je peux compter sur moi même plus que pour les autres* », « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

j'ai déjà vécu des difficultés », nous remarquons que ce sujet essaye de ne pas montrer sa souffrance, il s'est montré résistant et qu'il a traversé des moments plus difficiles, qui le laisse capable de surmonter l'expérience présente. Il a enregistré un sous score de 8 en cochant sur la dimension *Très en désaccord*, pour les items 4, 9, 14, 15, 18, 20, 22, et 24, « *Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois* », « *Je m'intéresse à divers choses* », « *En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* », « *Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle* », « *J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire* » Par ces réponses, nous déduisons que notre sujet ressent qu'il est incapable et qu'il n'a pas assez d'énergie pour mener ses projets, nous pouvons dire aussi que la source de ce manque d'énergie et d'aptitudes viennent de la souffrance émotionnelle vécu.

Concernant la deuxième composante qui est *l'acceptation de soi*, Mr Kamel a obtenu un sous score de 42, où il a répondu sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 7, 8, 12, 16, 21, et 25 « *Ma vie a un sens* », « *Habituellement j'arrive à m'adapter facilement* », « *Je trouve toujours des choses qui me fais rire* ». À partir de ces items, nous percevons que malgré la souffrance psychique et l'altération de l'image du corps, nous pouvons dire que notre sujet a pu tenir le coup en montrant son optimisme et en donnant un sens à sa vie et à son existence, cela en acceptant la situation, et en cherchant d'autres stratégies, qui vont lui permettent de vivre comme il souhaite. Dans la dimension *Très en désaccord*, il a obtenu un sous score de 2, en cochant sur les 10 et 11, « *Je suis une personne déterminé* », « *Je me demande rarement quel est le sens des choses* ».

Synthèse de l'RS-R du cas Kamel

À travers les résultats d'analyse de cette échelle (RS-R), nous avons déduis que le score total enregistré par Mr Kamel, qui est de 105, indique selon le manuel un caractère peu résilient. D'après ses réponses aux sous échelles (compétences personnelles, acceptation de soi), nous récapitulons que dans certains items, notre sujet se montre comme ayant des capacités et des compétences pour traverser les aléas de la vie, comme l'illustre cet item suivant « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* », toutefois, dans ses réponses sur d'autres items où il a coché sur la dimension *Très en désaccord*, indiquent que Mr Kamel n'a pas de ressources, qui vont lui permettre de compter sur ses ressources afin de dépasser les circonstances difficiles « *En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* ».

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse générale du cas Kamel

En fonction des données de l'entretien que nous avons rassemblé, nous pouvons conclure que sur le plan émotionnel Mr Kamel a manifesté des sentiments de peur qu'avant l'amputation, cependant, après cette opération, il a présenté des manifestations relatives au vécu d'un événement traumatique, et ce par la présence des symptômes d'éveil, qui sont traduits par des difficultés d'endormissement « *fkaneyid un médicament pour que je puisse dormir* », (ils m'ont donné un médicament pour que je puisse dormir), ainsi, des symptômes d'intrusion sévères, sous forme des rêves « *oui c'est dssah, j'ai eu des cauchemars fréquents après l'opération nni* », « *urgagh lsigh asebbat* » (j'ai rêvé comme si j'ai mis des chaussures). En outre, nous avons remarqué qu'il est une personne optimiste en disant que « *nekki zzaregh lehwayej leali kan même medden aykhemmen char, khedmeghasen lkhir* », (je vois les choses d'une manière positive même si les gens me font du mal, moi je le rend toujours avec le bien). Nous déduisons qu'en dépit de son état corporel, notre sujet a montré son optimisme, en donnant à lui-même une nouvelle chance à s'ouvrir la vie.

D'après les résultats d'analyse de l'échelle d'IES-R, Mr Kamel présente un traumatisme psychique avec des symptômes sévères car il a obtenu un score total de 54. À propos des sous-échelles, nous avons remarqué que notre sujet a marqué un sous-score élevé, qui est de 24, concernant *la reviviscence*, cela signifie que notre sujet n'a pas pu enlever les images et les pensées récurrentes, qui sont en relation avec l'événement traumatique. Ainsi, un sous-score de 10 relatif à *l'évitement*, et un sous-score de 22 pour la sous-échelle de *l'hyperactivation*. Par ailleurs, concernant l'échelle de l'RS-R, il a obtenu un score total de 105, qui indique que notre sujet présente un caractère peu résilient, et nous illustrons par les items suivants « *Je m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle* », « *En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* », « *Je suis une personne déterminée* », où il a répondu sur la dimension *Très en désaccord*.

Donc, en se basant sur les données de l'entretien, d'IES-R et l'RS-R, que nous avons adopté, nous constatons qu'il y a une discordance car à travers l'entretien, notre sujet ne voulait pas rendre visible sa souffrance, il a essayé de minimiser ou de couvrir sa douleur psychique, notamment sur le plan émotionnel, en éprouvant qu'il s'agit d'un homme courageux, qui peut résister et dépasser cette épreuve.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Cas N°8 : Mr Said

1-Présentation et analyse des données de l'entretien semi directif

Monsieur Said est un homme âgé de 58 ans, licencié, il est ingénieur d'état, marié avec 3 enfants, 2 filles et un garçon.

Durant l'entretien qui a duré une heure environ, Mr Said était compréhensif il nous a accueillis chaleureusement surtout quand nous lui avons expliqué que nous sommes des étudiantes en psychologie clinique et nous lui avons expliqué notre objectif, il nous a répondu ainsi : « *c'est très intéressant ce que vous faites, je suis bien placés pour vous fournir les informations nécessaire, je vous encourage mes filles.* ».

Axe 1 : Informations sur le diabète

Mr Said relate l'histoire de sa maladie calmement et soigneusement. Il nous a montré qu'il était très à l'aise en parlant avec nous, Mr Said nous a raconté qu'il est atteint du diabète de type 2 depuis novembre 2015, « *j'ai remarqué que je sens toujours fatigué, ma bouche devient sèche rapidement, je vois flux et parfois je vois pas du tout* ». Pour Dr Braillard (2017), les symptômes liés à une hyperglycémie chronique sont les suivants : fatigue, polyurie, polydipsie, perte pondérale, parfois polyphagie, vision trouble, ainsi qu'une susceptibilité accrue aux infections. (Braillard, 2017). Il nous a raconté ainsi « *quand j'ai remarqué ces signes je me suis dis peut-être c'est juste une fatigue passagère, après une semaine j'ai décidé de voir le médecin de la famille, qui il m'a orienté vers une laboratoire pour faire des analyses après quand j'ai lui a amené l'enveloppe le médecin, m'a dis j'étais sure que vous êtes atteint du diabète, mais je voulais confirmer juste mon diagnostic* », Mr Said nous avoué que l'annonce de cette nouvelle était un moment désagréable « *franchement ,c'est très touchant et bouleversant pour moi, car c'est la première fois que je tombe malade* », Mr Said nous a révélé qu'il a des connaissances concernant le diabète « *je sais c'est quoi le diabète, je connais ses manifestations mais juste je les ai pas appliqué sur moi* ». Notre sujet nous déclaré qu'il a des antécédents familiaux « *mon père est décédé à cause d'une gangrène* », la gangrène c'est une complication de pied diabétique, où la sévérité des symptômes ou des poussées augmente avec le temps. Au début, la douleur ne s'éveille qu'au moment d'un effort et s'atténue au repos, puis elle devient quasi permanente. Viennent ensuite les sensations anormales (engourdissements, fourmillements) et les plaies, qui évoluent en ulcères, et en gangrène dans certains cas. La maladie ne menace pas directement la vie des malades mais elle nécessite une amputation.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

<http://www.maladiesvasculairesrares.com>). Mr Said nous a révélé que depuis sa maladie : « *ma femme me fais un régime strict, je mange d'une manière équilibré, elle me donne beaucoup plus les fruits elle m'a interdit les sucreries et les boissons* »

Axe 2 : Informations sur l'amputation et l'hospitalisation

Mr Said nous a raconté qu'il était hospitalisé depuis 2 mois, et il nous a dit : « *j'étais hospitalisé en 2016 durant 28 jours, aussi à cause de mon orteil de mon pied droit, qui s'est infectée elle est devenue toute noir, après on me l'a enlevé* », il nous a rajouté « *maintenant ça fais 2 mois que je suis là, car mon pied droit est devenue aussi tous noir, et j'ai des douleurs atroces au niveau de ce pied* ». Mr Said nous a avoué que la raison de son amputation c'est « *l'hygiène, c'est l'eau, après chaque lavage je ne sèche pas mes pieds* ». Dans ce sens, une équipe des soignons à Genève ont proposé quelques conseils pour éviter l'infection du pied diabétiques : Afin de prendre soin de vos pieds et de diminuer le risque de blessures : évitez les bains qui ramollissent et fragilisent la peau, préférez la douche, et séchez-vous bien ensuite entre les orteils pour éviter les mycoses, renoncez à marcher pieds nus, à couper vos ongles vous-même, utilisez une lime à ongles en carton souple.

L'annonce de l'amputation était un moment très bouleversant pour notre sujet, il nous a répondu ainsi : « *j'étais choqué, avant c'est mon orteil ce n'est pas méchant mais pour tous le pied, c'est vraiment dure* ». Mr Said nous a raconté que au moment de l'amputation « *j'avais peur, j'avais une peur extrême comme on le dit* » quand j'ai sorti du bloc « *j'étais sous l'effet de l'anesthésie, après j'ai sentis une douleur insupportable, franchement j'avais plus le courage de résister ... c'était affreux* ». En parlant de l'acceptation de son état, il nous a déclaré que « *ce n'est pas aisé de subir une telle épreuve* », ainsi que Mr Said nous a révélé qu'il a déjà bénéficié d'un arrêt de travail « *quand j'étais hospitalisé la première fois et maintenant, je prépare mes papiers de retraite car je ne peux pas continuer* ».

Axe 3 : Informations sur le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés : entre trauma et résilience

En ce qui concerne le vécu psychologique, Mr Said nous a raconté qu'au moment de l'amputation « *j'avais un sentiment de peur, j'étais choqué mais je n'ai montré ça à personne, je voulais pas qu'ils s'inquiètent pour moi* », notre sujet nous a raconté qu'il n'a prononcé un mot « *en ce moment j'avais juste des sueurs, mon cœur bat vite* ».

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Au cours de ces derniers temps Mr Said nous a avoué : *« je présente des pensées négatives, je dis toujours si je pourrais continuer ma vie comme ça sans pied »*, et durant la nuit Mr Said nous a révélé *« je ne dors pas beaucoup ces derniers temps, je pense trop j'ai des cauchemars fréquents »*. Ces symptômes ont été abordé par Lebigot (2009), selon ce dernier il s'agit continuellement de cauchemars et de reviviscences diurnes, les uns comme les autres ont la caractéristiques de prolonger le sujet dans son expérience traumatique, comme s'il était entrain de se reproduire. (Lebigot, 2009, p.203).

Par rapport à la concentration notre sujet nous a révélé : *« je trouve ces derniers temps des difficultés de concentration »*, pour l'image de soi Mr said nous avoué que *« l'image de soi es importante pour toute personne, c'est son miroir et mon image elle est en quelque sorte altérée comme ils disent »* et moi *« je me compare à personne y'a pire que moi quoi »*. Mr Said nous a affirmé : *« pour gérer ma situation actuelle je regarde les films, un refuge pour moi, des fois je regarde les informations, les réseaux sociaux facebook, comme ça je gère ma situation »*, pour la prise des décisions notre sujet nous a révélé *« ça dépend de qu'elle décision mais généralement on se réunit tous pour discuter du problème »*. Mr Said nous a avoué aussi : *« ma femme, mes enfants, ma famille ont été là pour moi et sont toujours là ils m'aident psychologiquement »*, de plus il nous a dit : *« quand j'ai des problèmes, je les affronte et quand je n'arrive pas bien sur je cherche quelqu'un pour m'aider, tous dépend de la situation »*

Pour ses qualités Mr Said nous a avoué *« je suis une personne calme, qui fréquente pas trop les gens, sincère, sensible et généreux »*. Il nous a rajouté *« avant j'étais un homme vivant, actif, mais actuellement non je me sens incapable »*. Concernant la relation conjugale Mr Said nous a révélé que *« y'a forcément des changements enfaite de ma part, car avec l'âge et ma maladie bien sûr y'a des changements »*. Mais pour sa relation avec sa famille il nous a dit que *« pour l'instant rien n'a changé, ils sont tous là pour me soutenir et me rendre visite »*. D'autres part, par rapport aux loisirs et la perception sur l'avenir Mr Said nous a révélé : *« non, je n'ai pas d'autres loisirs à part regarder la télévision, ou bien facebook »*. Pour les perceptions de l'avenir Mr Said nous révélé *« mes perceptions sont radicalement changés, c'est normal ! Maintenant je ne peux pas bouger trop, ni voyager comme avant je dois prendre soin de moi et de ma famille c'est tous »*.

Axe 4 : Informations sur le futur

Mr Said nous a annoncé : *« avant j'avais des projets avec mais enfants, je leur ai promis*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

d'aller voyager, vue mon état je ne peux pas pouvoir les accompagnés », il nous a avancé : « j'ai craint que ma santé dégrade ».

2- Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'IES-R

Tableau N° 16: résultats de Mr Said à l'IES-R.

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	29	77
Evitement	5	7	8	11	12	13	17	22	27	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			21	

À partir de ce tableau nous constatons que Mr Said a obtenu un score total de 77, ce qui indique qu'il présente un traumatisme psychique avec des symptômes sévères.(AnnexeN°18)

Par rapport à la première sous échelle qui est *la reviviscence*, notre sujet a obtenu un sous-score qui est de 29. Notre sujet a coché sur la dimension « passablement » pour les items 6, 9, 14, « *sans le vouloir j'y penser* », « *des images de l'événement surgissaient dans ma tête* » nous constatons que notre sujet n'a pas pu oublier sa souffrance, les images et les pensées surgissaient involontairement dans sa tête. Notre sujet a coché sur la dimension *Extrêmement* pour les items 1, 2, 3, 16, 20 « *je me réveillais la nuit* », « *différents choses m'y faisaient pensée* », « *j'ai rêvé de l'événement* ». Nous constatons donc que notre sujet présente des cauchemars, des rêves fréquents avec une intensité.

Concernant la deuxième sous échelle qui est *l'évitement* notre sujet un sous-score important qui est de 27. Notre sujet a coché sur la dimension *Moyennement* pour l'item 12 « *j'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement* ». Nous remarquons ici que l'événement a modifié les émotions de notre sujet, ces modifications se traduisent par la sensibilité, et l'intensité de cet événement sur la dimension émotionnelle de notre sujet. Aussi il a coché sur la dimension *Passablement* pour les items 7, 8,13 « *J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé, ou n'était pas réel* », « *mes sentiments a propos de l'événement, étaient comme figés* ». Mr Said essaye d'éviter toutes les pensées concernant l'événement mais cela survient inconsciemment dans sa tête. Comme il a coché sur la dimension *Extrêmement* pour les items 5, 11, 17, 22 « *Quand j'y pensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser* », « *j'essayais de ne pas y penser* », « *j'ai essayé de l'effacé de ma mémoire* », « *j'ai essayé de ne pas en parler* ». À travers ces réponses, nous

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

notre sujet n'a pas pu l'effacer de sa mémoire cet événement, et nous avons remarqué que cette expérience a altéré ses fonctions cognitives.

Pour la troisième dimension qui est l'*hyperactivation* notre sujet a obtenu un sous score moins élevé qui est de 21. Notre sujet a coché sur la dimension *Passablement* pour les items 4, 10, 21 « *je me sentais irritable et en colère* », « *j'étais nerveux et je sursautais facilement* », « *j'étais au aguets, sur mes gardes* ». Nous remarquons que la maladie de notre sujet a engendré des comportements et des réactions tels que la colère et la nervosité contre soi-même. Notre sujet a coché sur la dimension *Extrêmement* pour les items 15, 18, 19 « *j'avais du mal à m'endormir* », « *j'avais du mal à me concentrer* », « *ce qui me rappelait l'événement, me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des nausées et des palpitations* ». Nous constatons que les effets de l'événement ont mal répercuté sur la santé mentale et physique de notre sujet.

2-Présentation et analyse des résultats d'RS-R de Wagnild et Young

Tableau N° 17 : résultats de Mr Said à l'RS-R.

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	Total
1	7		7		1	77
2	7		8	7		
3	7		10		1	
4	7		11		1	
5	7		12		1	
6	7		16		1	
9		1	21	7		
13		1	25	7		
14		1				
15		1				
17	7					
18		1				
19		1				
20		1				
22		1				
23	7					
24		1				
Score des dimensions	56	9	/	21	5	

Le tableau ci-dessus, présente les résultats de Mr Said par rapport à l'RS-R. D'après ces

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

résultats, nous constatons qu'il a obtenu un score total qui est de 77, cela signifie que notre sujet présente un caractère peu résilient. (Annexe N°19).

Dans la première sous échelle (*compétences personnelles*), notre sujet a obtenu un sous-score de 56 en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items (1, 2, 3, 4, 5, 6, 17, 23) « *Lorsque je fais des projets je les mène à terme* », « *je peux compter sur moi plus que les autres* », « *s'il faut je me débrouille seul* ». Egalement, il a enregistré un sous score de 9 en cochant sur la dimension *Très en désaccord* pour les items (9, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 24), « *je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* », « *je sais m'auto discipliner* », « *je m'intéresse à divers choses* », « *ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles* ». Nous remarquons que notre sujet n'a pas de confiance en soi et qu'il possède pas des capacités afin de dépasser sa souffrance.

Dans la deuxième sous échelle (*l'acceptation de soi*), notre sujet a obtenu un sou-score d'un degré de 21. Notre sujet a coché sur la dimension *Totalement en accord* pour les items (8, 21, 25) « *je m'aime bien* », « *ma vie a un sens* », « *ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas* ». Donc, nous remarquons que malgré son incapacité et son inaptitude à faire face aux situations difficiles, Mr Said est arrivé à donner sens à sa vie et à son existence. Aussi, il répondu sur la dimension *Très en désaccord* pour les items (7, 10, 11, 12,16) « *habituellement, j'arrive à m'adapter facilement* », « *je suis une personne déterminé* », « *je prends les choses comme elles viennent* ». Nous déduisons que notre sujet ne s'habitue pas facilement aux situations et aux problèmes, car il se sent déterminé par sa souffrance.

Synthèse générale du cas Said

Suite à l'analyse de l'entretien semi-directif, nous constatons que Mr Said manifeste des sentiments de peur face à la maladie et que cette dernière a bouleversé sa vie, cela a été constaté à partir de ces dires suivants : « *franchement, c'est très touchant et bouleversant pour moi car c'est la première fois que je tombe malade* », « *ce n'est pas aisé de subir une t- elle épreuve* ». Nous déduisons donc que la maladie et notamment l'amputation qu'il a subi était un moment de choc émotionnel et de souffrance psychique, suivit par des sentiments intenses et des comportements en rapport avec cet évènement.

Notre cas a développé des symptômes sévères du traumatisme psychique, cela été bien claire à partir de l'analyse des résultats de l'IES-R, dont il a obtenu un score total qui est de 77, et un sous score plus élevé qui est 29 pour la sous échelle de reviviscence , aussi un sous-

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

score important pour l'évitement et qui est de 27, ainsi un sous score moins élevé pour l'hyperactivation. D'autre part, à l'RS-R Mr Said a marqué un score total qui est de 77, qui signifie un caractère peu résilient, et d'après ses réponses aux sous items, nous avons synthétisé que l'intervention chirurgicale a influencé sur ses capacités et ses compétences, et ce qui a fait de lui un homme peu résistant.

II- Discussion des hypothèses

Cette dernière partie de notre quatrième chapitre, va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses, celles émises au départ, et sur l'éventuelle possibilité d'être confirmées ou infirmées à travers l'analyse des résultats des outils que nous avons utilisé, à savoir l'entretien clinique semi directif, l'échelle d'IES-R pour le traumatisme psychique, et l'échelle d'RS-R pour la résilience. Notre objectif étant de décrire le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés, ainsi, de déterminer l'impact qu'a eu l'amputation sur leur vécu et leur devenir psychologique.

Nous allons commencer par discuter les deux hypothèses partielles étant donné qu'elles sont opérationnelles et concrètes comportant des indicateurs précis et quantifiés, puis discuterons l'hypothèse générale globalisante.

Hypothèse N°1 : Les hommes diabétiques amputés et hospitalisés présentent un traumatisme psychique.

Pour vérifier cette première hypothèse partielle et opérationnelle, nous nous sommes étayés sur les résultats d'analyse de l'entretien clinique semi-directif, ainsi que sur ceux de l'IES-R, qui ont été analysés en se basant sur la théorie adoptée (TCC).

Cas N°1 : Mr Rachid

En tenant compte des informations récoltées à partir de l'entretien clinique, nous avons remarqué que Mr Rachid présente un vécu psychologique difficile, car la perte d'un membre de son corps, était à l'origine d'un vrai handicap, avec la présence des manifestations post-traumatiques, qui ont émergées rapidement après l'intervention chirurgicale, sous forme des souvenirs, des pensées récurrentes, des émotions négatives, et des réactions physiologiques, provoquant ainsi un sentiment de détresse « *à chaque fois adxazrar atařiw smakthayared le moment ni l'opération, après tnérvir, tkalikar, tkalar d wayet... tsayir bač ađshour mais*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

ozmirra » (à chaque fois que je regarde mon pied, je me rappelle du moment de l'opération, après je m'énerve, je me stresse, je deviens une autre personne, j'essaie de l'oublier... mais je ne peux pas), aussi, nous constatons chez ce diabétique une honte, une perception négative et une mauvaise estime de soi, ceci est confirmé à travers ces propos suivants « *itritayi lhal, tnahčamar g leamriw, des fois trouir karayas amek lir amek klar* » (ça me fais de la peine, j'ai honte de moi-même, des fois je pleure, je me dis comment j'ai été et comment je suis devenu). En ce sens, une faible estime de soi pourrait entraîner un mal être, les individus qui souffrent d'une mauvaise estime de soi ne se mettent pas en valeur, elles se sentent pas capable de faire face aux circonstances difficiles de la vie. (De Saint Paul, 1999).

Dans l'échelle d'IES-R, notre sujet a obtenu un score total de 69, et des sous scores également élevés, qui indiquent selon le manuel, la présence des symptômes sévères du traumatisme psychique, sous formes des rappelles, des sentiments envahissants et des réactions neurovégétatives, cela a été constaté travers ses réponses où il répondu sur la dimension *Extrêmement* et *Passablement* pour les items des trois sous échelles : la reviviscence, en obtenant un sous score de 23 « *Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement* », « *Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête* », l'évitement où notamment il a enregistré un sous score élevé de 27 « *Je me suis tenu loin de ce qui me faisais penser « J'essayais de l'effacer dans ma mémoire* », et l'hyperactivation dont il a obtenu un sous score de 19 « *j'étais nerveux et je sursauter facilement* », « *J'avais à me concentrer* ».

Donc, d'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique et dans l'IES-R nous arrivons à confirmer notre première hypothèse partielle, c'est-à-dire que notre cas présentent un traumatisme psychique.

Cas N°2 : Mr Lamine

En se référant aux informations rassemblées à travers l'entretien clinique, nous déduisons que Mr Lamine présente des signes d'un état de souffrance psychologique, et ce par la présence des séquelles, des répercussions et des rappelles intenses relatives à la perte d'une partie de son corps « *oganghara facilement o asma adaynagh zarahgh toujours le même cauchemar, zarahgh asmi iyawin a le bloc bach aygzaman atariw...* » (*Je ne dors pas facilement et quand je dors je vois toujours le même cauchemar qui se répète, je vois quand ils m'ont évacué au bloc pour me couper mon pied...*). En ce sens, les cauchemars répétitifs font partie des symptômes d'intrusion du traumatisme psychique, participant de ce fait à maintenir cette souffrance lié à

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

l'évènement traumatique vécu. (Chahraoui, 2014). Ainsi, ses réactions comportementales et émotionnelles nous montre clairement qu'il est totalement perturbé par rapport à l'image qu'il a de soi-même nous illustrons cela à partir de ses dire : « *othibighara adxazragh imaniw g lamri ... asma adazragh imaniw aka tqaliqagh ...o lant kra lahwayedj lokan machi tamtothiw ozmraraghara ahantxadmagh iwahdi...thsogh oslihagh oma kra* », (je n'aime pas regarder dans le miroir, parce que quand je vois mon état je deviens anxieux... et il y a certaines choses si c'était pas ma femme je ne pourrais pas les faire tout seul...je sens que je vauz rien). Les réactions émotionnelles sont des réponses intenses et brèves de l'organisme à une situation inattendue, accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable. (Guillaume, 2014).

À propos de l'échelle d'IES-R, Mr Lamine a enregistré un score élevé qui est de 71, signifiant la présence d'un traumatisme psychique avec des manifestations sévères, ceci a été aussi confirmé particulièrement à travers les sous scores élevés correspondant aux sous échelles (la reviviscence, l'évitement, l'hyperactivation) et notamment où il a coché sur la dimension *Extrêmement et Passablement* « *J'ai rêvé de l'évènement* », « *J'ai essayé de ne pas en parler* », « *J'avais du mal à m'en dormir* », « *mes sentiments à propos de l'évènement été comme figés* », « *j'étais aux aguets sur mes gardes* ». Donc, toutes ces réponses renvoient à l'impact violent de l'évènement vécu.

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien et de L'IES-R, nous avons constaté que Mr Lamine présente un traumatisme psychique. Donc, notre première hypothèse partielle est confirmée pour ce cas.

Cas N°3 : Mr Hamid

Nous retenons de l'analyse précédente des données obtenues à travers l'entretien clinique, que dans l'ensemble l'expérience aversive qu'a vécu Mr Hamid n'a pas eu un impact et des conséquences négatives sur ses comportements et ses émotions, du fait que, ses ressources internes, ainsi le soutien de sa famille et les bonnes relations qu'il entretient avec son entourage, ont permis à notre sujet de confronter et de réagir avec une façon adéquate, en éprouvant aucune difficulté afin de s'adapter, et de se lancer dans un affrontement positif et efficace. Il est clair que l'interaction entre l'individu et les ressources externes façonne l'agentivité personnelle ou la capacité individuelle de bien surmonter les défis, qu'ils soient majeurs ou chroniques (Liebenberg, 2017). Cela a été témoigné par ces propos suivant : « *ma vie je la gère le plus normalement du monde, tfaghagh qatoghad, trohagh gh le marché, superette, je bricole un peu*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

g xxam (...), comme si ohlikghara, kra oričhangi g les habitudes yno » (ma vie je la gère le plus normalement du monde, je sors pour faire mes courses, je pars au marché, superette, je bricole un peu à la maison (...), comme si je ne suis pas malade, rien n'a été changé dans mes habitudes). Selon Anaut (2003), la résilience n'est pas synonyme d'invincibilité ni d'insensibilité, mais elle évoque en revanche l'idée de souplesse et d'adaptation. Donc, tout ceci lui ont permis de maîtriser et de rendre sa situation plus tolérable.

En ce qui concerne l'échelle d'IES-R, Mr Hamid a marqué un score bas, qui est de 18, selon le manuel cela signifie que ce sujet ne présente pas des symptômes d'un traumatisme psychique, pour la majorité des items des sous échelles, il a coché sur la dimension *Pas du tout*, tel que « *Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête* », « *J'ai essayé de ne pas en parler* », « *j'étais nerveux et je sursautais facilement* ».

Au regard de l'analyse des informations recueillies de l'entretien clinique et de L'IES-R Mr Hamid ne présente pas d'un traumatisme psychique, ce qui fait que notre première hypothèse partielle est infirmée pour ce cas.

Cas N° 4 : Mr Farid

En se basant sur le discours recueilli au cours de l'entretien clinique, nous constatons que suite à l'amputation, Mr Farid a développé d'emblée des réactions émotionnelles comportementales et cognitives relatives à un mauvais vécu psychologique, ainsi, notamment que cette expérience traumatique a résulté aussi bien des signes pathognomoniques d'un traumatisme psychique « *asma adynagh xadmagh haħča les cauchemars...tanaqmasegh ...tafagh oliw ixabbat mlih...itrohiyi noddam... parceque txamimagh f lahlakayno... ogađagh ayiqal d kra nitan* » (quand je dors je fais que des cauchemars... je trouve mon cœur bat trop fort...je perds mon sommeil... parce que je pense trop sur ma maladie...j'ai peur qu'il devienne autre chose). En outre, ces rappelles permanents de l'évènement à engendrer un désengagement de la part de notre sujet, qui s'est traduit par un désintérêt pour sa situation et sa vie actuelle « *la vie est devenu très dur pour moi... lħayatiw taqal outhseara le sens...rien ne m'intéresse...am zik* ». Toutefois, nous avons révélé qu'il a mis en place des stratégies adaptatives pour retrouver un certain équilibre en dépit de sa situation. En effet, la maladie représente une crise pour le sujet et provoque un déséquilibre ainsi que des ruptures et remaniements. Le sujet ne pourra la dépasser positivement qu'à travers un processus de transition, marqué par un ajustement à la maladie. (Tarquinio et Sordes-Ader, 2002).

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Dans L'IES-R, Mr Farid a obtenu un score de 50, il a enregistré également des sous scores qui montrent que notre sujet présente des symptômes modérés du traumatisme psychique, ces derniers sont traduits sous forme des signes d'intrusion, des conduites d'évitement « *J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel* », et des réactions neurovégétatives « *J'avais du mal à m'en dormir* ».

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien et des résultats de L'IES-R, nous arrivons à confirmer notre première hypothèse partielle pour ce sujet, c'est-à-dire Mr Farid présente un traumatisme psychique.

Cas N° 5 : Mr Farouk

Suite aux résultats récoltés de l'entretien semi directif, nous synthétisons que d'après ses dires, il a présenté des symptômes d'un traumatisme psychique comme le confirme ses dires suivants : « *hier soir je dormais puis j'ai sursauté c'est tout le monde qui s'est réveillé* », par contre, la perte des parties de ses deux membres inférieurs n'a pas eu des conséquences néfastes sur son vécu psychologique, car il a fait recours au coping religieux, et aussi parce qu'il était bien soutenu par sa famille, « *depuis ma maladie soit avec ma famille ou avec ma femme rien n'a changé, au contraire c'est tout le monde qui me soutiens, surtout avec ma femme, ma relation est devenue mieux qu'avant* ». Alors, nous ne déduisons que le soutien familial et ses stratégies ont influencé positivement sur ses sentiments et ses comportements.

En se basant sur les résultats de l'échelle d'IES-R, après Mr Farouk a obtenu un score de 49, signifiant la présence d'un traumatisme psychique avec des symptômes modérés. Concernant les sous échelles, il a enregistré deux sous scores semblables, qui sont de 16 pour les sous échelles de reviviscence et de l'évitement, et un sous score de 17, relatif à la sous échelle de l'hyperactivation.

Donc d'après les données de l'entretien et les résultats obtenus à travers l'échelle d'IES-R, nous confirmons notre première hypothèse partielle, c'est-à-dire Mr Farouk souffre du traumatisme psychique.

Cas 6 : Mr Ayoub

D'après les résultats que nous avons récoltés dans l'entretien semi-directif avec Mr Ayoub, nous avons constaté que la blessure physique n'a pas engendré des conséquences négatives

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

importantes sur son vécu émotionnel et cognitif, et cela a été souligné par l'absence des manifestations post traumatiques en rapport avec l'intervention qu'il a subi « *gganer à l'aise...nekki dameqran ur seir f wachou ara d khemmer ner f wachou ad concentrir* » (je dors à l'aise, je suis un homme âgé... je n'ai pas sur quoi penser ni sur quoi me concentrer). Donc cet évènement n'est pas considéré comme traumatique, vu qu'il n'a pas eu un impact sur le pan psychique de Mr Ayoub.

Pour l'échelle (IES-R), Mr Ayoub a obtenu un score total de 31 signifiant la présence d'un traumatisme psychique accompagné par des symptômes légers. Il a obtenu un sous score de 14 pour la sous échelle de reviviscence, et un sous score de 13 concernant l'évitement, pour la sous échelle d'hyperactivation, il a obtenu un sous score de 4.

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif, et des résultats de l'échelle d'IES-R. Nous arrivons à infirmer notre première hypothèse partielle pour ce cas, c'est-à-dire Mr Ayoub ne présente pas d'un traumatisme psychique.

Cas N°7 : Mr Kamel

En s'appuyant sur le discours que nous avons recueilli à travers l'entretien clinique semi-directif, nous constatons que Mr Kamel a développé des signes relatifs au vécu d'un évènement traumatique, et ce par la présence des symptômes d'éveil, qui sont traduit par des difficultés d'endormissement « *fkaneyid un médicament pour que je puisse dormir* », (ils m'ont donné un médicament pour que je puisse dormir), ainsi, des symptômes d'intrusion sévères, sous forme des rêves « *oui c'est dssah, j'ai eu des cauchemars fréquents après l'opération nni* », « *urgagh lsigh asebbat* » (j'ai rêvé comme si j'ai met des chaussures), toutefois, cette perte cela ne l'a pas beaucoup influencé sur le plan psychique car il n'a pas présenté une souffrance significative et relative à cette amputation et surtout à la modification de son image corporelle.

D'après les résultats de l'échelle de l'IES-R, Mr Kamel présente des symptômes sévères du traumatisme psychique, avec un score total de 56. Aussi, par rapport à la première sous échelle qui est *la reviviscence* notre sujet a obtenu un sous score de 24, notamment en répondant sur la dimension *Passablement* pour spécialement l'item 2 « *Je me réveillais la nuit* », et sur la dimension *Extrêmement* particulièrement à l'item 14 « *Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement* », ces réponses signifient que l'intervention chirurgicale qu'il a subi lui a causé des perturbations de sommeil, aussi des pensées sur cet évènement lui provoquent des sentiments accompagnés par des réactions physiologiques intenses.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

En se basant sur ces résultats obtenus à partir de l'entretien clinique et l'échelle d'IES-R, nous déduisons que Mr Kamel présente un traumatisme psychique, de ce fait, notre première hypothèse partielle est confirmée pour ce cas.

Cas N°8 : Mr Kamel

En fonction des données que nous avons récoltées à travers l'entretien clinique semi directif, nous avons conclu que l'événement traumatique qu'a vécu Mr Said a eu un impact considérable sur l'aspect psychique de ce dernier, en développant des manifestations relatives à un traumatisme psychique, tel que les cauchemars intrusifs, les difficultés d'endormissement et de concentration « *je ne dors pas beaucoup ces derniers temps, je pense trop j'ai des cauchemars fréquent* », « *je trouve ces derniers temps des difficultés de concentration* », mais aussi nous avons remarqué d'autres réactions cognitives qu'il a prouvé après cette expérience douloureuse, et cela a été témoigné en se basant sur les propos suivants « *je présente des pensées négatives, je dis toujours si je pourrais continuer ma vie comme ça sans pied* ». Donc, la persistance de ces signes explique fortement l'impact violent de cette intervention sur le vécu psychologique de notre sujet.

En ce qui concerne les résultats de l'IES-R, Mr Said a obtenu un score total très élevé et qui est de 77 indiquant que notre sujet souffre d'un traumatisme psychique avec la présence des symptômes sévères. Ainsi, il a marqué un sous score de 29 pour la sous échelle de la *reviviscence*, un sous score de 27 concernant *l'évitement*, et un sous score de 21 relatif à *l'hyper activation*.

D'après les résultats d'analyse des données de l'entretien clinique semi directif et de l'IES-R, nous concluons que Mr Said présente un traumatisme psychique. De ce fait, notre première hypothèse partielle est confirmée pour ce cas.

Hypothèse N°2 : Les hommes diabétiques amputés et hospitalisés présentent un caractère peu résilient.

Pour vérifier cette deuxième hypothèse partielle, nous nous sommes étayés sur les résultats d'analyse de l'entretien clinique semi-directif, ainsi que sur ceux de l'échelle d'RS-R qui ont été analysés en se basant sur la théorie adoptée (TCC).

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Cas N° 1 : Mr Rachid

En se référant aux données de l'entretien, nous pouvons retenir que le soutien qu'a reçu Mr Rachid de la part de sa famille, et les bonnes relations qu'il entretient avec son entourage n'ont pas joué un rôle significatif, car il a prouvé des difficultés d'adaptation et d'ajustement, ainsi il ne possède pas des ressources nécessaires, afin d'avoir des capacités à gérer son handicap, aussi, l'amputation a pris un péage émotionnel et cognitif, vu que la perturbation de son image corporelle était marquée par un sentiment d'impuissance et un manque d'affirmation de soi. La perte de l'estime de soi est définie par Haderson comme étant la perception négative que l'individu éprouve face à son apparence physique, lors de la perte d'un organe ou d'une fonction, ou lors d'une atteinte à l'intégrité de soi. (Allouis, 2005). De plus, il se montre craintif par rapport à l'avenir, en soulignant la présence de questionnements incessants sur l'avenir de sa maladie « *ogađar ayikal d lhadja nitan plus grave... ogađar adeičar daren le même cauchemar* » (*J'ai peur qu'il devient autre choses plus grave... j'ai peur de revivre le même cauchemar*).

En outre, en répondant sur l'échelle d'RS-R de Wagnild et Young, Mr Rachid a obtenu un score inférieur de 84, qui convient selon le manuel à un caractère peu résilient, et nous avons remarqué cela à travers ses réponses à la dimension *Très en désaccord* pour certains items comme « *S'il faut je peux me débrouiller seul* », « *Habituellement j'arrive à m'adapter facilement* », ce qui montre qu'il est incapable de mettre en place des aménagements adaptatifs, pour faire face aux adversités.

D'après l'analyse du guide d'entretien et les résultats obtenus de l'ER-R, nous avons déduit alors, que Mr Rachid ne présente un caractère peu résilient. Donc, notre deuxième hypothèse partielle est confirmée pour ce cas.

Cas N°2 : Mr Lamine

En nous recourant à l'analyse des données recueillies à partir de l'entretien clinique avec Mr Lamine, nous constatons chez lui une incapacité à affronter et à résoudre ses problèmes « *othibirara ikal les problèmes...parce que asma adseour un problème thosor amken twaxankan... mal à l'aise* » (je n'aime pas du tout les problèmes... parce que quand j'ai un problème je me sens étouffé... mal à l'aise). De même, l'amputation a affecté négativement sur ses projets d'avenir « *l'opération ayi m'a bloqué, liř şeir un projet...j'ai fais les papiers bach*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

adroḥar à l'étranger... mais dommage ṣaḥayno oythadjara» (cette opération m'a bloqué...j'ai fait tous les papiers pour partir à l'étranger... mais dommage ma santé ne m'a pas permis...), ainsi, en raison de ce changement corporelle, notre sujet se sent dévalorisé et perturbé vis à vis de soi-même. En ce sens, le handicap a un impact sur l'estime de soi et l'image de soi, c'est même une blessure narcissique qui se dessine, en raison de la différence, de la solitude ou d'un sentiment de faiblesse. La personne peut se dévaloriser et se déprécier en développant un sentiment d'infériorité. (Berger, 2006). Par ailleurs, cette amputation n'a pas influencé sur ses interactions et ses rapports avec son entourage, cela se constate à partir de ces propos : «*seir de bonnes relations waḥid ḍmadan ikal isnar ... ḥamdollah*» (J'ai de bonnes relations avec toutes les personnes que je connais...dieu merci).

Par rapport à l'RS-R de Wagnild et Young, Mr Lamine a obtenu un score de 70, qui indique un caractère peu résilient, et en se basant sur ses réponses aux sous échelles relatives aux compétences personnelles et l'acceptation de soi, nous retenons que notre sujet contient peu de capacités et aussi un manque de confiance en soi, particulièrement à l'item 3 «*Je peux compter sur moi plus que les autres* », où il a coché sur la dimension *Très en désaccord*.

Donc, le recours aux données précédentes, issue des résultats d'analyse de l'entretien clinique et de l'échelle de résilience, nous laisse dire que notre deuxième hypothèse partielle est confirmée, c'est à dire Mr Lamine présente un caractère peu résilient.

Cas N°3 : Mr Hamid

En tenant compte de l'analyse des données rassemblées à travers l'entretien clinique, nous remarquons qu'en dépit de sa situation Mr Hamid a réussi à dépasser l'expérience traumatique au quelle il a été confronté, grâce à certains facteurs et caractéristiques propre de sa personnalité qui ont joué un rôle protecteur contre sa situation. En ce sens, ses compétences à la fois interne et externe, ainsi, le contexte relationnel et social comme l'appui familial, ont favorisé la résilience chez ce diabétique, et lui ont permis de surmonter cette épreuve. D'après Bouzeriba (2013), la résilience est considérée comme étant un processus dynamique à visée adaptative et évolutive, se déclenchant suite à un incident traumatique pouvant provoquer de graves conséquences dans la vie d'un individu, qui serait dès lors capable de reprendre son cours de développement dans un sens positif. Ceci en puisant dans ses ressources individuelles ainsi qu'à travers l'interaction de différents aspects environnementaux dans un but de réaliser un équilibre

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

entre les facteurs intrinsèques et extrinsèques. Rajoutons à cela, à partir de ses dires, nous avons constaté que l'aspect religieux était bien présent « ...tmanir daren adxadmar al eomra nchallah » (...je souhaite aussi effectuer une Omra si le dieu le veut), dans ce cas le recours à la religion est une sorte de coping qui aide la personne à faire face à la situation présente. (DSM 5, 2015).

À propos de l'analyse des résultats de l'RS-R, Mr Hamid a enregistré un score élevé de 154, qui signifie un caractère très résilient. À travers ses réponses aux sous échelles, nous avons remarqué qu'il est une personne qui possède une estime de soi satisfaisante, avec des compétences d'adaptation qui a pu développer à partir des expériences vécu antérieurement : « *je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* » cela montre sa capacité de faire face aux circonstances et les événements de vie stressants.

En se basant sur les résultats d'analyse des informations recueillies de l'entretien clinique et de l'RS-R, nous synthétisons que Mr Hamid ne présente pas un caractère peu résilient, ce qui veut dire que cette personne est résiliente. De ce fait, notre deuxième hypothèse partielle est infirmée pour ce cas.

Cas N°4 : Mr Farid

En se référant aux données rassemblées à travers l'entretien clinique, nous déduisons que sur le plan relationnel, cette amputation n'a pas influencée sur ses interactions avec son environnement familial, par contre le membre perdu a provoqué chez Mr Farid un sentiment de détresse, d'incompétence, et de désintérêt pour les différents domaines de la vie « *la vie est devenu très dur pour moi... lhayatiw takal outhseara le sens...rien ne m'intéresse...am zik* ». En outre, ses propos indiquent qu'il présente une anxiété liée à sa situation et au sentiment de crainte relatif à son état médical « *ogadar d'ici deux ans, nar trois ans, adxadmar d'autres opération...* ». Donc, nous pouvons comprendre que notre sujet prouve un manque de motivation, et une incapacité à ressentir des émotions positives face à sa situation actuelle.

Concernant les résultats de l'RS-R Mr Farid a obtenu un score total de 112, signifiant un caractère peu résilient. Ses réponses aux sous échelles soulignent qu'il est une personne qui possède peu de capacités qui vont lui permettent, de maîtriser et de dépasser les épreuves difficiles et de pouvoir s'adapter.

D'après ces résultats d'analyse obtenu de l'entretien clinique et des échelles utilisées au

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

de notre recherche, nous arrivons à confirmer notre deuxième hypothèse partielle, c'est-à-dire Mr Farid présente un caractère peu résilient.

Cas N° 5 : Mr Farouk

À la Suite des résultats recueillis de l'entretien semi-directif, Nous constatons que Mr Farouk a montré sa capacité à faire face à sa souffrance psychologique ou il nous a montré une aptitude positive, aussi sa croyance lui a permis de dépasser cette tragédie sa foi lui a permis de surmonter cette épreuve en disant : disant « regarde madame la personne qui ne lit pas le coran elle ne va pas dormir bien et elle ne va pas se sentir à l'aise on est des croyants quoi qu'il arrive hamdollah », aussi le soutien de sa famille a développé positivement sa perception et sa vision de vie en disant : « *Depuis ma maladie soit avec ma famille ou avec ma femme rien n'a changé au contraire c'est tout le monde qui me soutiens surtout avec ma femme ma relation est devenue mieux qu'avant* ».

Cependant, à l'RS-R Mr Farouk a obtenu un score total d'un de 105 ce qui indique qu'il est peu résilient, en se basant sur ses réponses aux sous échelles, nous constatons que notre sujet est incapable de se rebondir car il ne possède pas des compétences qui lui donne la force pour surpasser les circonstances difficiles qui le traverse. Nous remarquons alors qu'il y'a une discordance entre les résultats de l'entretien et ceux de l'RS-R.

D'après les résultats l'analyse de l'entretien semi-directif, et l'RS-R, nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse est confirmée, c'est à dire que Mr Farouk présente un caractère peu résilient.

Cas N° 6 : Mr Ayoub

D'après l'entretien que nous avons réalisé, Mr Ayoub a montré son aptitude et ses capacités de faire face à sa souffrance psychique et physique. Nous avons vu en lui quelque chose de positif et cela grâce au soutien familial, où il s'est senti apprécié et valorisé par tous ses proches. De plus, à travers ces dires « *par rapport r medden nekki hamdollah* » (par rapport aux autres personnes moi dieu merci). Nous comprenons que Mr Ayoub a bien accepté sa souffrance et son état actuel, et que malgré l'altération de l'image du corps, il a montré son aptitude à sublimer cette épreuve douloureuse, en adoptant des différentes stratégies telles que le coping, et le

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

soutien social et familial, ainsi, des mécanismes de défense pour ne pas montrer sa fragilité. En ce sens, pour Sillamy, la défense est un mécanisme psychologique inconscient utilisé par l'individu pour diminuer l'angoisse née par des conflits intérieurs, entre les exigences instinctuelles et les lois morales et sociales. (Ionescu, Lhote, 2004, p.24). Nous pouvons dire enfin que cette résilience vient de l'environnement favorable, dont il vit ainsi que le soutien de sa famille été la source principal du maintien de son estime de soi.

Par rapport à l'RS-R, notre sujet a obtenu un score de 154, indiquant selon le manuel, un caractère très résilient, en répondant particulièrement sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 12, 21 et 23 « *Lorsque je suis en situation difficile, je peux généralement m'en sortir* », « *Je prends les choses comme elle viennent* », « *Ma vie a un sens* ».

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif et des résultats de l'RS-R, nous concluons que Mr Ayoub ne présente pas un caractère peu résilient, ce qui veut dire que cette personne est résiliente. Donc, notre deuxième hypothèse partielle est infirmée pour ce cas.

Cas N° 7 : Mr Kamel

En se basant sur les données de l'entretien clinique, nous pouvons déduire que Mr Kamel a montré une satisfaction de son image corporelle « *je n'ai pas de problème sur mon image, je me vois bien* » et une capacité à réguler ses émotions après l'amputation, ainsi il voit la vie d'une manière positive « *nekki zzaregh lehwayedj leali kan, même medden, aykhemmen char khedmeghasen lkhir* », (je vois que les bonnes choses, même si les gens me font du mal moi je le rends toujours avec le bien). Mais, d'autre part il est une personne qui n'a pas des capacités pour affronter les obstacles de la vie, car dans les moments difficiles il ne peut pas compter sur soi, il reçoit du soutien de la part de son entourage avec lesquels il entretient des bonnes relations.

À partir de l'analyse des résultats de Mr Kamel à l'échelle d'ES-R, nous avons remarqué qu'il présente caractère peu résilient, et cela en se basant sur le score total qu'il a enregistré, et qui est de 105.

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif, et l'ES-R, nous concluons par dire que Mr Kamel présente un caractère peu résilient. De ce fait, notre deuxième hypothèse partielle est donc confirmée pour ce cas.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Cas N°8 : Mr Said

En tenant compte des informations recueilli par l'entretien clinique, nous déduisons que l'expérience traumatique qu'a vécu Mr Said a influencé fortement sur ses sentiment car depuis l'amputation il ressent une incapacité pour gérer sa situation actuelle « *avant j'étais un homme vivant, actif, mais actuellement non je me sens incapable* », et que cette dernière a provoqué des changements sur le plan relationnel notamment conjugal « *y'a forcément des changements enfaite de ma part, car avec l'âge et ma maladie bien sûr y'a des changements*», de plus, cet événement a influencé sur ses perception et ses projet d'avenir, nous illustrons pars ces dire : « *mes perceptions sont radicalement changés, c'est normal ! Maintenant je ne peux pas bouger trop, ni voyager comme avant je dois prendre soin de moi et de ma famille c'est tous* ». Donc, ce qui est annoncé ci-dessus, montrent que Mr Said n'a pas des ressources et des compétences qui vont lui permettre de faire face à son handicap.

En outre, à l'RS-R, Mr Said a enregistré un score total de 77, qui indique que ce sujet possède un caractère peu résilient.

Le recours aux données précédentes issues de l'entretien clinique semi directif et de l'RS-R nous déduisons que Mr Said n'est présente un caractère peu résilient. Donc notre deuxième hypothèse est confirmée pour ce cas.

Hypothèse générale : La nature du vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés est mauvaise.

Tableau N° 18 : tableau récapitulatif des résultats des cas à l'IES-R.

Prénom	Rachid	Lamine	Hamid	Farid	Farouk	Ayoub	Kamel	Said
Score relatif à la reviviscence	23	24	5	20	16	14	24	29
Score relatif à l'évitement	27	28	12	18	16	13	10	27
Score relatif à l'hyperactivation	19	19	1	12	17	4	22	27
Score total	69	71	18	50	49	31	56	77
Signification	symptômes sévères	symptômes sévères	absence de symptômes	symptômes modérés	symptômes modérés	symptômes légers	symptômes sévères	Symptôme sévères

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Tableau N° 19 : Tableau récapitulatif des résultats des cas à l'RS-R.

Prénom	Rachid	Lamine	Hamid	Farid	Farouk	Ayoub	Kamel	Said
Score total	84	70	154	112	98	154	105	77
Signification	Caractère peu résilient	Caractère Peu résilient	Caractère Très résilient	Caractère Peu résilient	Caractère Peu résilient	Caractère Très résilient	caractère Peu Résilient	Caractère Peu résilient

À partir de la discussion des hypothèses partielles, nous pouvons maintenant nous prononcer sur l'hypothèse globale.

Cas N° 1 : Mr Rachid

D'après l'analyse des données de l'entretien clinique semi directif, et les résultats obtenus à travers les deux outils que nous avons employés, à savoir L'IES-R et L'RS-R, nous déduisons que l'amputation était un évènement traumatisant et déstabilisant qui a créé un bouleversement sur le plan psychique de Mr Rachid, et nous avons remarqué qu'il a témoigné un sentiment d'impuissance, ce explique que notre sujet était incapable à surmonter cette épreuve douloureuse. Cela nous laisse apprécier que la nature du vécu psychologique chez Mr Rachid est d'allure mauvaise. De ceci, notre hypothèse générale est confirmée pour ce cas.

Cas N°2 : Mr Lamine

En tenant compte des informations rassemblées au cours de l'entretien clinique semi directif et de l'échelle mesurant l'impact de l'évènement traumatique (IES-R), ainsi celle de la résilience (RS-R), nous avons confirmé que l'amputation qu'a subi Mr Lamine était un évènement violent qui a influencé sur ses comportements et ses cognitions, et ce par l'apparition des manifestations récurrentes en réponse à son handicap, ainsi, cette dernière à provoquer un sentiment d'infériorité et une perception négative vis-à-vis de lui-même. Donc, nous synthétisons que la nature du vécu psychologique est mauvaise. De ce fait, notre hypothèse générale est confirmée pour ce cas.

Cas 3 Mr Hamid

En nous référant aux données d'analyse de l'entretien clinique, et aux résultats obtenus de

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

l'IES-R et de l'RS-R, nous constatons que Mr Hamid n'a pas manifesté des symptômes d'un traumatisme psychique, ce qui indique que ce diabétique est arrivé à maîtriser sa situation grâce à l'équilibre de ses ressources personnelles ainsi qu'au contexte relationnel qu'il juge bon, a favorisé son estime de soi et ses compétences d'adaptation face à cette expérience. Dans ce sens, si la personne parvient, au travers de ses capacités, à trouver des stratégies visant à se protéger contre le risque et à renforcer ses capacités, on dit qu'il est résilient. Nous déduisons alors, que la nature du vécu psychologique chez ce cas est bonne. Donc notre hypothèse générale pour ce cas est infirmée.

Cas 4 Mr Farid

En se basant sur l'analyse du discours recueilli à partir de l'entretien clinique, et aussi sur les résultats d'analyse de l'IES-R et de l'RS-R, nous retenons que Mr Farid est en mesure d'être dans un état de souffrance psychologique, car l'amputation a engendré des dommages sur ses émotions, ses pensées et ses croyances, en présentant ainsi, des indicateurs signifiant la présence d'un traumatisme psychique, et aussi une faible estime de soi, qui se traduit par un manque de facteurs de protection, tel que les ressources internes qui lui permettent de relever les défis et surmonter les difficultés de la vie. Ceux-ci montrent que Mr Farid présente un mauvais vécu psychologique, et donc notre hypothèse générale est confirmée pour ce cas.

Cas N°5 : Mr Farouk

À partir des données rassemblées de l'entretien clinique et les deux échelles utilisés (IES-R et RS-R), nous avons constaté qu'il y a une contradiction entre les résultats, car dans l'entretien Mr Farouk semble avoir un bon vécu psychologique malgré son état corporel, en minimisant l'évènement traumatique vécu, et en investissant l'estime de soi et l'affirmation de soi, cependant, d'après ses réponses et les résultats d'IES-R où il a obtenu un score total de 49 et d'RS-R dont il a enregistré un score total qui est de 98, donc ceux-ci montrent que notre sujet l'amputation a causé une souffrance significative accompagné par des pensées récurrentes et des sentiments envahissants relatives à un traumatisme psychique, comme aussi possède un caractère peu résilient, ce qui nous laisse alors confirmer notre hypothèse générale pour ce cas, c'est à dire la nature de vécu psychologique de Mr Farouk est mauvaise.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Cas N° 6 : Mr Ayoub

Suite aux données rassemblées de l'entretien clinique, et les résultats obtenus par les outils utilisés nous déduisons que Mr Ayoub a pu tenir le coup, il s'est montré apte à rebondir en acceptant sa situation. D'après (IES-R), nous déduisons que Mr Ayoub présente un traumatisme avec l'apparition des symptômes légers. Aussi un score élevé de 161 à l'ES-R, qui signifie le caractère résilient de notre sujet. Nous avons remarqué que ce dernier apprend à vivre et à rebondir, en changeant de perspective voire même à se délivrer de cet événement désagréable pour en sortir grandi. Selon Dalle, (2019), l'attitude des personnes résilientes est dynamique, elle passe par la défense pour contrer les trajectoires négatives, puis elle passe par la révolte et le refus, où elle se sent condamné au malheur, ensuite aux défis, où elle souhaite sortir de traumatisme. Cela nous laisse conclure que notre hypothèse générale est informée. C'est-à-dire la nature du vécu psychologique de Mr Ayoub est bonne.

Cas N° 7 : Mr Kamel

D'après les résultats et les informations que nous avons rassemblées de l'entretien clinique de recherche. Nous voyons que notre sujet est un homme positif et le pessimisme n'a pas eu lieu dans son discours, Nous avons constaté qu'il a eu le courage pour continuer à espérer. Toutefois, nous avons constaté une discordance entre l'analyse de l'entretien et les échelles utilisés (IES-R, ES-R), car globalement, ses réponses montrent qu'il présente un mauvais vécu psychologique, et ce par l'apparition des manifestations d'un traumatisme psychique, et aussi il ne possède pas des capacités d'adaptation à sa situation. Dans ce sens, celui qui est atteint par une maladie chronique peut vivre une détresse, notamment lorsque celle-ci a causé des aggravations brutales, sous forme des altérations, cela va en particulier influencer sur les réactions du patient, ses capacités cognitives, émotionnelles et comportementales, et qui ne sont pas faciles à surmonter. (Delage, 2017). Donc, nous arrivons à confirmer notre hypothèse générale pour ce cas, c'est-à-dire la nature du vécu psychologique de Mr Kamel est mauvaise.

Cas N° 8 : Mr Said

En nous référant, aux données de l'entretien de recherche, de l'IES-R et d'RS-R dans lesquels il a obtenu des scores total similaires qui sont de 77, pour la première échelle ce score indique la présence d'un traumatisme psychique avec des symptômes sévères, et pour la

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

seconde échelle il signifie un caractère peu résilient de notre sujet, donc ceux-ci montrent que Mr Said vit une souffrance psychologique importante, donc cela nous laisse confirmée notre hypothèse générale, en disant que la nature du vécu psychologique est mauvaise pour ce cas.

Synthèse

En se basant sur les résultats obtenus grâce aux outils que nous avons utilisé à savoir l'entretien de recherche semi directif, l'IES-R et l'RS-R, nous synthétisons que la majorité de nos sujets de recherche ont confirmés nos hypothèses (partielles et globale), c'est-à-dire la nature de leurs vécu psychologique est mauvaise, et particulièrement ils présentent un traumatisme psychique, ainsi ils présentent un caractère peu résilient.

Donc suite aux résultats recueillis, notre première hypothèse partielle intitulée « *Les hommes diabétiques amputés et hospitalisés présentent un traumatisme psychique* » a été confirmée pour Mr Rachid, Mr Lamine, Mr Farid, Mr Farouk, Mr Kamel et Mr Said, car nous avons constaté que ces diabétiques amputés ont présenté des manifestations psychotraumatiques sévères et sous forme des reviviscences notamment pour Mr Rachid, Mr Lamine et Mr Said, et des symptômes modérés pour Mr Farid et Mr Farouk, ainsi globalement ceux-ci était sous forme des reviviscences tels les cauchemars et les rêves répétitifs, accompagnés par une altération au niveau cognitif et émotionnel, cela était témoigné par la présence des pensées récurrentes en rapport avec l'évènement vécu, des évitements, des comportements irritables et neurovégétatives, ainsi des sentiments et des émotions à propos de l'évènement. Toutefois, elle été infirmée pour les cas Hamid et Said.

En ce sens, comme nous l'avons déjà vu dans notre chapitre théorique, la régression liée en grande partie à la perte est dominée par la passivité, l'intolérance aux frustrations, et une réaction dépressive liée principalement à la perte du sentiment de toute-puissance et à l'atteinte de l'image idéale du moi. Certaines réactions telles le déni, la tristesse, le désespoir, la résignation, la fuite, conduisent à une contemplation douloureuse plus ou moins intense de soi, susceptible de réactualiser les angoisses du malade. (De Mol, 2010). Par contre, nous l'avons infirmé pour Mr Hamid et Mr Ayoub car l'amputation n'a pas eu un impact sur le plan psychologique de ces derniers, et nous avons conclu cela par l'absence des signes relatifs au traumatisme psychique.

De plus, notre deuxième hypothèse partielle stipulée « *Les hommes diabétiques amputés*

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

hospitalisés présentent un caractère peu résilient » a été confirmée pour Mr Rachid, Mr Lamine, Mr Farid, Mr Farouk, Mr Kamel et Mr Said, puisque ces diabétiques ne sont pas des personnes résilientes, malgré qu'ils entretiennent de bonnes relations avec leur entourage, ainsi qu'ils sont bien soutenus par ces derniers, toutefois cela ne leur a pas permis d'avoir un bon devenir psychologique, vu que l'intervention chirurgicale subie a développé un péage émotionnel et cognitif par un sentiment d'impuissance, ainsi en éprouvant des difficultés d'adaptation et d'ajustement quant aux changements de leur image corporelle, et car ils possèdent peu de ressources internes il ne sont pas arrivés à maîtriser, à contrôler et à dépasser cette épreuve. Cependant, elle a été infirmée pour les cas Hamid et Ayoub, en raison que ces deux derniers sont des personnes très résilientes, puisque grâce au soutien qu'ils ont reçu de la part de leurs familles, ainsi qu'aux stratégies d'agencement mises en place, ont pu donc surmonter les effets négatifs et nuisibles de l'événement vécu, et également de favoriser leur estime de soi.

De ce fait, notre hypothèse générale intitulée « *La nature du vécu psychologique des diabétiques amputés et hospitalisés est mauvaise* » est confirmée pour les cas Rachid, Lamine, Farid, Farouk, Kamel et Said, cependant elle est infirmée pour les cas Hamid et Ayoub.

Dès lors, nous constatons que chez nos sujets de recherche la qualité de leur résilience dépend de l'impact du traumatisme, de l'amputation sur leur vécu psychologique. En effet, l'impact du trauma est important chez les sujets présentant des capacités de résilience faibles et l'impact du traumatisme est moins important chez les sujets présentant de bonnes capacités de résilience. On conclut cette discussion en indiquant la relation existante entre l'intensité des symptômes traumatiques et le type ou la nature du caractère résilient chez nos sujets. Nous constatons des symptômes sévères chez les sujets peu résilients et des symptômes légers chez les sujets résilients.

En effet, ces résultats concordent avec les études qui ont déjà été faites sur les diabétiques amputés, nous allons les exposer dans les prochaines lignes.

Une autre étude qui s'est limitée à traiter 5 cas de patients diabétiques opérés pour amputation d'un membre inférieur afin d'identifier les facteurs de stress relatif à l'amputation. À partir des entretiens individuels réalisés avec ces derniers, les chercheurs ont remarqué que 3 parmi eux avaient peur de regarder leur moignon quand l'équipe soignante fait les pansements, ce qui indique que ceux-ci prouvent des difficultés d'accepter leur image de corps. (Rybarczyk, 2004).

Une enquête a été réalisée au Canada en 2010, au près des sujets diabétiques amputés, dont

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

le but d'évaluer le niveau de l'estime de soi chez cette catégorie de malade, et cela en utilisant un outil d'évaluation qui s'agit de l'échelle de l'estime de soi de Coopersmith. Les résultats ont montrés que la majorité des participants ont montré un niveau d'estime de soi bas. D'après les résultats recueillis, les enquêteurs ont constatés que le geste chirurgicale qu'a subi ces derniers a engendré des répercussions considérables sur leur l'estime de soi, en entraînant un sentiment de dévalorisation envers soi, ou encore la perte d'une partie du membre inférieur à modifier profondément l'estime de soi de ces sujets, notamment elle a entraîné un bouleversement de l'identité. Ce qui soulève que toute altération de l'apparence physique implique des dysfonctionnements de l'identité personnelle, mais aussi à des changements au niveau de la personnalité, notamment la nature de l'estime de soi. (Tylor, 2011).

De plus, une étude comparative dont le but est d'examiné la résilience et les stratégies d'adaptation a été réalisée au près d'un échantillonnage qui se compose de 200 personnes, 100 parmi eux sont atteints par le diabète et 100 qui ne sont pas atteint par cette maladie, et cela en utilisant la méthode descriptive avec un questionnaire pour évaluer les stratégies d'adaptation au stress et un deuxième questionnaire afin d'évaluer la résilience. Les résultats de l'étude statistique ont montré qu'il existait une corrélation significative entre la résilience et les stratégies d'adaptation au stress, les non-diabétiques étaient également plus résilients psychologiquement que ceux affectés, ainsi les hommes étaient plus résilients que les femmes. (Gangi et al, 2014).

Une étude intitulée « *La relation entre la résilience et le comportement sain chez les diabétiques* » a été effectuée à Ouargla auprès d'un échantillon qui se compose de 205 personnes diabétiques (70 hommes et 135 femmes), qui sont âgés entre 20 ans et 55 ans, dont l'objectif est de détecter la corrélation entre la résilience et le comportement sain chez ces diabétiques selon la durée de la maladie et le sexe. Pour la récolte des données ils se sont appuyés sur l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de résilience de Mkhimer, et une autre échelle qui mesure le comportement sain. Les résultats de cette étude ont révélé que la résilience permet aux diabétiques de reconnaître la maladie d'une manière positive et non comme un facteur de stress explosif, démontrant aussi leur capacité à s'adapter d'une manière positive, ainsi que la durée de la maladie rend également le patient capable de compter sur soi.

Une autre étude qui a visé à évaluer le stress psychologique chez les personnes atteintes de diabète de type II et à déterminer la nature de la relation entre stress psychologique et la qualité de vie sur un échantillon de 100 diabétiques des deux sexes (32 hommes, 68 femmes) d'âge

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

différent et pour y parvenir a été appliquée à deux échelles stress psychologique modérée chez les personnes, l'évaluation de la qualité de vie des personnes, également les résultats ont montré que la présence de lien extrusif est faible entre le stress psychologique et la qualité de vie, car elle n'a révélé aucune différence entre le stress psychologique et la qualité de vie des patients en raison des variables de sexe et d'âge. (Waked, 2019).

Nous touchons maintenant à la fin de ce modeste mémoire qui aura duré près d'un an, cette recherche n'a évidemment pas une visée médicale, mais nous nous sommes plutôt intéressés à l'aspect psychologique et notamment sur les effets de la maladie et ses répercussions sur le ressenti de l'individu.

En effet, le monde de santé s'accorde aujourd'hui pour placer les maladies chroniques au centre des préoccupations de santé publique. Le diabète de type 2 est une maladie chronique caractérisé par une hyperglycémie chronique dont les éléments physiopathologique qui comprennent une résistance, accrue des tissus périphériques (foie, muscles, tissu adipeux). Toutes les parties du corps peuvent subir des contrecoups d'un diabète mal contrôlé. Autant d'organes peuvent être touchés car, avec le temps, l'hyperglycémie affaiblit les parois des petits vaisseaux sanguins qui approvisionnent tous les tissus en oxygène et en éléments nutritifs. Néanmoins, l'atteinte des petits vaisseaux provoque également des lésions des nerfs, des pieds et des jambes, ce qui se traduit par une perte de sensibilité et des sensations douloureuses. La cicatrisation des plaies et des blessures est ralentie et la peau se défend moins efficacement contre les infections, ce qui nécessite une amputation qui est une intervention chirurgicale qui consiste à enlever une partie du corps.

Tout d'abord, le fait d'apprendre qu'on va subir une amputation d'un membre crée un choc psychologique, car cela a une connotation de gravité, La personne peut s'en retrouver bouleversée et cela peut prendre quelques jours avant de bien prendre conscience qu'on va bien se faire opérer et qu'à cette issue on aura plus son membre. Cela peut déjà générer du stress et de l'anxiété face à la future situation, car c'est nouveau et inconnu pour le moment, la personne ne sait pas à quoi s'attendre ni quelle sera sa nouvelle vie. 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 du pessimisme et de doutes.

L'amputation d'un membre inférieur 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 (prothèse). 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. Les modifications corporelles liées à l'amputation d'un

membre inférieur sont souvent source d'anxiété et de stress, car les personnes ne savent comment appréhender la nouvelle situation, comment réagir, comment s'adapter. Ce qui était acquis auparavant ne l'est plus, il faut reprendre de nouveaux repères, ce qui est très difficile à cause du choc opératoire. Les personnes se retrouvent toujours face à un nouveau corps inconnu où il faut faire face, réapprendre à se connaître, retrouver une harmonie. Le travail de deuil de l'ancienne image corporelle se met également en place pour en laisser reconstruire une nouvelle. La modification ou la perte corporelle peut être réelle ou considérée comme telle par la personne, dans tous les cas il faut prendre en compte ce que dit la personne car c'est son ressenti qui compte. Chacun a son propre vécu face à une même expérience, certains le vivront bien, d'autres moins.

Cependant, face aux traumatismes, certains s'en tirent mieux que d'autres. Ils vivent, rient, aiment, travaillent, créent, alors que les épreuves qu'ils ont traversées auraient logiquement dû les terrasser. Cette énigme s'appelle la « *résilience* ». La résilience est caractérisée par la capacité à surmonter les épreuves de la vie, est un comportement adaptatif positif. L'individu résilient trouve des ressources pour tenir le coup. Parmi les nombreuses pistes et suggestions susceptibles de favoriser la résilience, il est possible de noter le rôle du lien social et de la confiance en soi, en l'autre, des différentes expériences de vie, tels que savoir donner sens à une chose insensée, savoir positiver une situation stressante, savoir prendre des risques et savoir faire face.

Notre attention est portée sur « *le traumatisme psychique et la résilience chez les hommes diabétiques amputés et hospitalisés* », à savoir les répercussions psychologiques que le diabète engendre et les capacités des sujets à rebondir et à faire face à leurs souffrances.

À partir de cette recherche nous avons pu constater les conséquences psychologiques de l'amputation à savoir le choc émotionnelle, le bouleversement, l'altération et la modification du l'image de soi.

En effet, Notre recherche a été effectué au sein de centre hospitalier universitaire (C.H.U) de Bejaia « *Khelil Amrane* », plus exactement au service de médecine interne. Notre groupe de recherche est composé de huit cas, où ils n'ont pas de diversité de genre et de l'âge. Nous nous sommes contentés de travailler avec les hommes diabétiques amputés et hospitalisés d'un âge adulte. Dans notre recherche nous nous sommes focalisés sur *le vécu psychologique des patients diabétiques amputés et hospitalisés*, nous avons voulu décrire et d'explorer leur vécu

psychologique en identifiant les conséquences psychologiques relatives au diabète et l'amputation.

En ce qui concerne la méthodologie que nous avons mise en place, elle a permis l'exploration des variables investis tout en permettant aux sujets de notre recherche de s'exprimer librement sur des éléments dont nous n'aurions pas nécessairement envisagé la pertinence, nous soulignons cependant que grâce aux outils d'évaluations qui s'agit de l'IES-R et l'RS-R, nous avons pu recueillir des données objectivables et quantifiables de façon à pouvoir disposer d'un grand nombre de données et de résultats, nous pouvons dire aussi que malgré le caractère restreint de notre groupe de recherche, les résultats permettent de mieux connaître et comprendre le vécu et le ressenti des hommes diabétiques amputés et hospitalisé, et peuvent ainsi constituer une première observation du contexte psychique et interpersonnel de ces sujets, en vue d'études ultérieurs de plus grande envergure.

Afin de réaliser notre étude nous avons opté pour l'approche cognitive et comportementale (TCC), qui est l'approche par excellence, pour une meilleure compréhension de traumatisme psychique, elle vise aussi à identifier et de comprendre le schéma cognitif et renforcer ses comportements adaptés.

Pour la vérification de nos hypothèses nous avons eu recours à l'entretien semi-directif l'échelle de l'impact de l'événement (IES-R) et l'échelle de résilience de Wagnild et Young. Ces outils permettent une approche complémentariste. Pour cela nous les avons appliqués pour les huit sujets de notre recherche. Dans le but d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

À travers des résultats obtenus durant notre recherche, nous avons constaté que notre première hypothèse partielle intitulée « *les hommes diabétiques amputés et hospitalisés présentent un traumatisme psychique* » est affirmée pour Mr Rachid, Mr Lamine, Mr Farid, Mr Farouk, Mr Kamel et Mr Said. Nous l'avons infirmé pour Mr Hamid et Mr Ayoub », quant à notre deuxième hypothèse partielle intitulée « *les hommes diabétiques amputés et hospitalisés présentent un caractère peu résilient* » est affirmée pour Mr Rachid, Mr Lamine, Mr Farid, Mr Farouk, Mr Kamel et Mr Said. Nous l'avons infirmé pour Mr Hamid et Mr Ayoub.

Notre hypothèse générale intitulée « *la nature du vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés est mauvaise* » est affirmée pour Mr Rachid, Mr Lamine, Mr Farid, Mr Farouk, Mr Kamel et Mr Said, et pour les deux cas Mr Hamid et Mr Ayoub nous l'avons infirmé, car ces sujets sont résilients et cela grâce aux stratégies d'adaptation comme

le coping spirituel, religieux mise en œuvre afin de d'éviter et de dépasser leurs souffrances.

Au cours de notre recherche nous nous sommes heurtés à un certains nombres d'obstacles. Par rapport au lieu où nous avons effectué notre stage nous avons constaté les mauvaises conditions qui ont empêché le confort des patients, tel que le bruit, le manque d'hygiène et d'aération, ainsi le manque de moyen matériel et humain. Aussi, des difficultés à obtenir un bureau de la part de service afin de mener à bien notre recherche. Pour le côté théorique le manque des ouvrages de l'approche tcc de traumatisme psychique et la fermeture du campus à cause des grèves et la situation du pays, ce qui nous a empêché de demander les ouvrages au niveau de la bibliothèque.

En effet, il est donc indispensable et plus agréable de construire des hôpitaux de référence régional aux normes, équipée d'appareil de haute technologie médicale ce qui permettra de prévenir l'amputation, il est important aussi de sensibiliser les médecins et leur faire comprendre que l'aspect psychologique est très importante pour un patient. Enfin, qui est une collaboration entre médecin et psychologue ce qui permettra de comprendre le sujet et de soigner sa maladie.

Pour conclure notre recherche, nous espérons avoir posé une première pierre concernant le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés. Pour cela, nous avons tenté d'ouvrir les fenêtres aux prochains étudiants et chercheurs à explorer en profondeur et pourquoi pas d'étudier et de mettre en question « *quel est l'impact du diabète et de l'amputation sur la vie conjugale ?* », « *comment le diabète et l'amputation influencent sur la dynamique familiale ?* ».Voilà de bonnes questions de recherche pour de futures investigations.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

1. Aboukrat, P. (2000). *Dépistage et prévention du pied diabétique à risque*. Paris : MF.
2. Aerts, A., Nevelsteen, D., & Renard, R. (2003). *Soins de plaies*. Belgique. Bruxelles : De boeck.
3. Albarello, L. (2011). *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. Paris : De boeck.
4. Allouis, M. (2005). *Soigner son image pour mieux vivre son cancer*. Paris : Bréal.
5. American psychiatric association. (2015) manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM5). Paris : Masson.
6. American psychiatric association. (2016). *DSM 5 diagnostic différentiels*. Paris : Masson.
7. American psychiatric association. (2016). *DSM-5 cas cliniques*. Paris : Masson.
8. Amessou, M. (2009). Traitement médicamenteux du diabète type 2. *Diabète et métabolisme*, 33 (1), 120-128.
9. Anaut, M. (2003). *La résilience: surmonter les traumatismes*. (2^e ed). Paris: Armand Colin.
10. Anaut, M. (2005). *La résilience: surmonter les traumatismes*. Paris : Armand Colin.
11. Anaut, M. (2007). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris : Armand Colin.
12. Anaut, M. (2008). *La résilience: surmonter les traumatismes*. Paris : Armand colin.
13. Anderson, C., Ferna, R., Forchheimer, M., & Luera, G. (2003). *Types de bien-être spirituel chez les personnes atteintes de maladies chroniques: leur relation avec diverses formes de qualité de vie*. (79), 258-264.
14. Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Algérie, Alger, casbah.
15. American psychiatric association. (2000). *La résilience*.
16. Bailly, L. (2007). Prévention de la répétition du trauma. *Revue Constrate*, 1, (26), 233-240.
17. Barnhill, J-W, Crocq, M-A, & Boehrer, A. (2016). *DSM 5 Cas cliniques*. Paris : Elsevier Masson.
18. Beaudoin, A. (2013). *Transition vers la parentalité : Humour et résilience*. Université du Québec.
19. Benmansour, A., Dali-Sahi, M, D., & Karam, N. (2012). Étude de l'épidémiologie du diabète de type 2 dans de la population algérienne. *Lebanese science journal*, 13 (2). 20-22.

Références bibliographiques

20. Bénony, H., & Chahraoui, Kh, (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
21. Bensmail, B. (2007). *Un pionnier de la psychiatrie algérienne*. Constantine, Algérie : khyam.
22. Berger, M. (2006). *Les troubles du développement cognitif : approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*. France : Dunod.
23. Bergevin, S. (2012). Relation entre coping spirituel, le bien être spirituel et le stress particularité des jeunes adulte québécois et ceux issues de l'immigration. Université de Québec à trois rivières.
24. Bergevin, S. (2012). Relation entre coping spirituel, le bien être spirituel et le stress particularité des jeunes adulte québécois et ceux issues de l'immigration. Université de Québec à trois rivières.
25. Berube, L. (1991). *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*. Montréal Canada : De la Chenelière.
26. Bioy, A., & Fouques, D. (2009). *Manuel de psychologie du soin*. 2em ed. paris : Bréal.
27. Blackburn, D-M, Cottraux, J. (2008). *Psychothérapie cognitive de la dépression*. 3eme ed. Paris : Masson.
28. Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
29. Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
30. Bloch, H. (1991). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
31. Blumentel, Y., Belghiti, J., & Driessen, M. (2009). *Gynocologie-obstétrique*. Paris : Estem.
32. Bouche, G. (2004). *Module 1 (DCEM- Epreuves Classements Nationales*. Belgique, Bruxelles : De Boeck Supérieur.
33. Bouche, G. et all. (2004). *Module 1 (DCEM- Epreuves Classements Nationales*. Belgique, Bruxelles : De Boeck.
34. Bouilloud, F., Sachon, C., Hartemann, A., Havan, G., & Grimaldi, A. (2008). Pied diabétique. *Traité de Médecine*, (3) -0860. Paris : Elsevier Masson.
35. Boulenger, J-P., & Lépine, J-P. (2014). *Les troubles anxieux*. Paris : Béatrice Brottier.

Références bibliographiques

36. Bouteyre, E. (2004). *Réussite et résilience scolaires des enfants de migrants*. Paris : Dunod.
37. Bouvard, M., & Cottraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Masson.
38. Bouzeriba, R. (2013). La résilience: Émergence et Conceptualisation du Phénomène. *Revue des sciences de l'homme et de la société*, (6), 84-87.
39. Braconnier, A. (2006). *Introduction à la psychologie*. Paris : Masson
40. Braconnier, A. (2006). *Introduction à la psychologie*. Paris : Masson.
41. Briançon, S., Guérin, G., & Sandrin-Berthon, B. (2010). Maladies chroniques. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Adsp/72/ad721153.pdf>.
42. Brunet A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (1), 56-61.
43. Brunet A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (1), 56-61.
44. Buffet, A, L. (2014). La violence psychologique www.edipsy.com
45. Buffet, C., & Vatié, C. (2010). *Endocrinologie Diabétologie Nutrition*. Italie : Elsevier Masson.
46. Buyschaert, M. (2006). *Diabétologie clinique*. Bruxelles, Belgique, 3eme éd : De boeck et Larcier.
47. Buyschert, M. (2011). *Diabétologie clinique*. 4ème éd, Bruxelles, Belgique : De boeck et Larcier.
48. Callanquin, J., Camuzeaux, C., & Labrude, P. (2008). *Le matériel du maintien à domicile*. Paris : Elsevier Masson.
49. Caprossi, J. (2018). *Le coping religieux*. *Psychologie française*, 63 (2), 105-232.
50. Cario, R. (2000). *Victimologie de l'effraction d'inter subjectif à la restauration social*. 2em ed .Paris : Harmattan.
51. CHahraoui, Kh. (2014). *15 cas psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod.
52. Chami, M., Zemmour, L., Midoun, N., & Belhadj, M. (2015). Diabète sucré du sujet âgé: la première enquête Algérienne. *Epidémiologie, couts et organisation des soins*, (9), 210-215.
53. Charbol, H., & Callahan, S. (2004). *Mécanisme de défense et coping*. Paris : Dunod.

Références bibliographiques

54. Chevenne, D., & Foufred, M. (2001). Actualités sur les marqueurs biologiques du diabète. *Immunoanalyse et biologie spécialisée*. (16), pp.215-229.
55. Chidac, N., & Crocq, L. (2010). *Le psychotrauma stress et trauma, considérations et historiques*. Paris : Elsevier Masson.
56. Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(63), 65-78.
57. Ciccone, A., & Ferrant, A. (2015). *Honte, culpabilité et traumatisme*.
58. Classification statistique internationale de santé et des maladies et des problèmes connexes (CIM 10). (2015). (10^e ed). Paris, France.
59. Cottencin, O. (2009). Le traitement du psychotraumatisme. *Stress et trauma*, 9 (4), 241-244.
60. Cottraux, J. (2004). *Les visiteurs du soi*. Paris : Odile Jacob.
61. Cottraux, J. (2004). *Thérapie cognitive et comportementale*. (4^e ed) Paris : Masson.
62. Cottraux, J. (2007). *La répétition des scénarios de vie*. Paris : Odile Jacob.
63. Cottraux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson.
64. Coutanceau, R., & Bennegadi, R. (2014). *Résilience et relations humaines*. Paris : Dunod.
65. Coutanceau, R., Smith, G., & Lemitre, S. (2012). *Trauma et résilience: Victimes et auteurs*. Paris : Dunod.
66. Cox, C-H. (2004). *Applications cliniques des diagnostics infirmiers*. Paris : De boeck.
67. Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behav Res Ther*, 41, (12), 1489-149.
68. Crocq, L. (2014). *Traumatisme psychique*. (2^e ed). Paris : Elsevier Masson.
69. Currelli, A. (2004). *Douleurs du membre fantôme : influence des facteurs psychologiques*. Thèse de médecine. Université de Lille 3. Paris.
70. Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
71. Cyrulnik, B. (2007). *Ecole et résilience*. Paris : Odile Jacob.
72. Cyrulnik, B. Delage, M. (2010). *Famille et résilience*. Paris : Odile jacob.
73. Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2008). *Résilience connaissances de base*. Paris : Odile Jacob.
74. Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2012). *Résilience: Connaissances de bases*. Paris : Odile Jacob.
75. Darbellay, P., Uçkay, I., Dominguez, D., Mugnai, D., Filtri, L., Lew., & Mathieu, A. (2011). Traitement du pied diabétique infecté : une approche multidisciplinaire par excellence. *Revue Médicale Suisse*, (7), 894-897.

Références bibliographiques

76. De Saint Paul, J. (1999). *Estime de soi, confiance en soi*. (1^é ed). Paris: Intere.
77. De Tychev, C. (2001). *La résilience au regard de la psychanalyse*. Dans M. Manciaux (Ed.), *La résilience. Résister et se construire*. (pp.145 -157). Genève : Médecine et Hygiène.
78. Delage, M., Delahaye, A., & Lejeune, A. (2017). *Pratiques du soin et maladies chroniques graves: Approche systémique et résilience*. Paris : De Boeck.
79. Delamare, J., Delamare, F., & Gélis-Malville, E. (2009). *Dictionnaire illustré des termes en médecine*. Paris : Maloine.
80. Delefosse, M, S., & Rouan, G. (2001). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Paris : Dunod.
81. Desmet, H., & Pourtois, J.-P. (2004). *L'éducation implicite*. Paris : Presses Universitaires de France.
82. Doré, M., & Evevincens, M. (2012). *Atelier de l'annonce d'une maladie chronique*. Paris.
83. Douville, O., & Jacobi, B. (2009). *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*. Paris: Dunod.
84. Estryn-Béhar, M. (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, reconnaissance, analyse et prévention*. Paris : Estem.
85. Fernandez, L., & Catteeuw M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris : Nathan.
86. Fernandez, L., & Pardinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84 (1), 41-51. doi:10.3917/rsi.084.0041.
87. Florence, M. (2016). *Stress oxydant et pathologie diabétique*. Thèse de doctorat, Médecin humaine et pathologie. Université de Saint -Denis.
88. Fontbonne, A. (2010). *Épidémiologie des états diabétiques*. Paris : Elsevier Masson.
89. Fortin, B. (2004). Vivre avec le diabète. *In gestion du stress psychologique*. Paris.
90. Foucaud, J., Bury, J, A., Balcou-Debussche, M., & Eymard, C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient, modèles, pratiques et évaluation*. Paris : Inpes.
91. Gauthier, B. (2009). *Recherche social d la problématique à la collecte des données*. Boulevard Laurier : Presse de l'université du Québec.
92. Germain, V. (2008). *Thérapie cognitive et comportementale pour l'état de stress post-traumatique* (Thèse de doctorat). Université de Montréal.
93. Gerrig, R., & Zimbardo, Ph. (2008). *Psychologie*. 18^{ème} ed, Paris : Pearson.

Références bibliographiques

94. Ghiglione, R. & Richard, J-F (1999). Cours de psychologie champ et théorie. 3^{ème} ed, Paris : Dunod.
95. Ghiglione, R., & Richard, J-F. (2007). *Cours de psychologie*. Paris : Dunod.
96. Giraudet, J, S. (2010). *L'annonce diagnostique dans la maladie chronique, éducation thérapeutique du patient*. (2) 2, 223-227. Doi : <https://doi.org/10.1051/tpe/2010016>.
97. Goldenberg, R., & Punthakee Z. (2013). Définition, classification et diagnostic du diabète, du prédiabète et du syndrome métabolique. *Lignes directrices de pratique clinique pour la prévention et le traitement du diabète au Canada*, 37 (5), 369-372.
98. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. (9^é ed). Paris : Dalloz.
99. Graziani, P. (2003). *Anxiété et troubles anxieux*. Paris : Nathan.
100. Grigori, M. (2017). *Une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée en ville*. Université de Limoges.
101. Grimaldi, A. (2000). *Diabétologie Questions d'internat*. Université de Paris VI Pierre et Marie Curie. Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière.
102. Grimaldi, A. (2009). *Traité de diabétologie*. Paris : Lavoisier.
103. Grimaldi, A., Herteman, A. (2009). *Guide pratique de diabète*. Paris : Elsevier Masson.
104. Grimaldi, A., Hertmann, A. (2013). *Guide pratique du diabète*. Paris : Elsevier Masson.
105. Guillaume, B. (2014). *Rôle de la régulation émotionnelle dans les psycho traumatismes*. Université Charles de Gaulle - Lille III.
106. Guillausseau, P. J., & Laloi-Michelin, M. (2003). *Physiopathologie du diabète de type 2*. *La Revue de Médecine Interne*, 24(11), 730-737.
107. Hagon-Traub, I., & Polikar, R. (2007). Entre hôpital et domicile, *Revue médicale Suisse Diabète*. 11 (3), 350-372.
108. Hamonet, J., Verdié-Kessler, C., Daviet, C., Denes, E., Nguyen-Hoang L., Salle, Y., & Munoz, M. (2010). Evaluation d'une prise en charge multidisciplinaire préventive et curative du pied diabétique. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, (53), 306-318.
109. Havan, G. (2008). *Pied diabétique*. Paris : Elsevier Masson.
110. <http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/2018>.
111. <http://www.radioalgerie.dz>.
112. <https://www.alg24.net/diabete//2018>.
113. Idelman, S., & Verdeti, J. (2000). *Endocrinologie et communication cellulaire*. Paris : EDP sciences.

Références bibliographiques

114. Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, Ottawa, ICIS.
115. Ionescu, S. (2016). *Ressemblances dans la diversité*. Paris : Odile Jacob.
116. Ionescu, S., Jacket, M., & Lhote, C. (2004). *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*. (2^e ed). Paris : Nathan.
117. Ionescu, S. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22 (1), 163-183.
118. Josse, E. (2006). *Catastrophe humanitaire*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
119. Josse, E. (2013). *Métaphore et traumatisme psychique*. Paris. De Boeck.
120. Josse, E. (2014). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Belgique, Bruxelles: De Boeck.
121. Kaplan, H. B. (2005). *Understanding the concept of resilience*. Dans S. Goldstein & R. B. Brooks (Éds.), *Handbook of resilience in children* (39-47). New York: Kluwer Academic Plenum Publishers.
122. Khiati, M. (2014). *Le diabète sucré chez l'enfant*. Alger, Algérie : Office des publications universitaires.
123. Ko, G, T., & Cockram, G, S. (2005). *Causes et effets, Le tabac et le diabète*. Paris : Masson.
124. Kotzki, N., & Brunon, A. (2001). *Diabète et médecine physique*. Paris : Masson.
125. Lagerfeld, K. (2008). *Le petit Larousse*. Paris : Larousse.
126. Lani-Byle, M., & Slowik, A. (2016). *Récit et résilience, Quel lien ?*. Paris : Harmattan.
127. Laroche, F., & Rossel, PH. (2012). *Douleur chronique e thérapie cognitive et comportementales*. Paris : Inpress.
128. Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques, cliniques et prise en charge*. Paris : Dunod.
129. Lebigot, F. (2006). *Le traumatisme psychique*. Bruxelles : Yapaka.
130. Lecomte, J., & Vanistendael, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible : Construire la résilience*. Paris : Bayard.
131. Lefebvre, P. (2002). Le diabète hier, aujourd'hui et demain. L'action de la fédération internationale du diabète. *Bultin et mémoire de L'académie royale de médecine de Belgique*, 10 (12), 455-463.
132. Legavre, J.B. (1996). La neutralité dans l'entretien de recherche. *Revue des sciences sociales du politique*. Paris : Persée.

Références bibliographiques

133. Lemay, M. (1999). *Réflexions sur la résilience*. Dans M. P. Poilpot. Souffrir mais se construire. Ramonville Saint-Agne, France: Erès.
134. Liebenberg, L. (2017). Comprendre les éléments et les indicateurs fondamentaux de la résilience. *Revue exhaustive de la littérature*. 1-7. Canada
135. Luthar, S. S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), 441-453.
136. Luthar, S., Cicchetti, D., & Bechker, B. (2000). Le concept de résilience: une évaluation critique et des directives pour les travaux futurs. *Développement de l'enfant*, 71 (3), 543-562.
137. Manciaux, M. (2001). *La résilience*. Paris : S.E.R.
138. Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2001). La résilience : état des lieux. Dans M. Manciaux (Ed.). *La résilience. Résister et se construire*, 13-20, Genève : Médecine et Hygiène.
139. Marmoz, L. (2001). *L'entretien de recherche dans les sciences sociales et humaines*. Paris : Harmattan.
140. Marnier, J.G. (2014). *Le petit Larousse*. Paris, France : Larousse.
141. Martini, J., & Senniville, E. (2018). *Le pied diabétique*. Paris : Manner.
142. Marty, F. (2007). *Le psychologue à l'hôpital*. Paris: Inpress.
143. Mieret, J, C. (2006). *Les amputations des membres suites aux traitements des fractures*. Thèse de médecine. Université du Mali.
144. Moira, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
145. Monnier, L., & Schlienger J-L. (2018). *Manuel de nutrition pour le patient diabétique*. Paris : Elsevier Masson.
146. Monnier, L. (2014). *Définitions et classifications des états diabétiques*. Dans L. Monnier, et C. Colette, (pp.33-44). *Diabétologie*. Paris, France : Elsevier Masson.
147. Moussa, F. (2010). *Psychothérapie pathologique limite et résilience*. Casbah, Alger.
148. Niedenthal, D., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2009). *Comprendre les émotions: Perspectives cognitives et psycho-sociales*. Paris : Mardaga.
149. Nouar, Ch., et Zekri, N. (2016). La relation entre la résilience et le comportement sain chez les diabétiques. *Revue de psychologie et de l'éducation*, 2 (2), 106-85. Université d'Ouargla, Algérie.
150. Olié, J-P., Garallda, T., & Deaux, E. (2012). *Psychiatrie*. 2ém éd, Paris, Loivoisier.

Références bibliographiques

151. Omolmo, E. k. (2016). *Variabilité et modélisation phénoménologique de la résilience chez les femmes camerounaises confrontées à une forte adversité*. Thèse présentée à l'université du Québec à trois rivières.
152. OMS. (2013). Centre des medias. *Maladies non transmissibles*. Aide-mémoire, 355
153. OMS. Centre des medias. (2016). *Diabète*. Aide-mémoire, 312.
154. Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative*. Paris : Armand Colin.
155. Paulhan. I. (1992). Le concept de coping. *Revue de l'année psychologique*, 92, (4), 545-557.
156. Pedinielli, J-L. (1999). Les théories personnelles des patients. *Pratiques psychologiques*, (4), 53-62.
157. Pedinielli, J-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Armand colin.
158. Pedinielli, J-L. (2012). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Armond colin.
159. Pedinielli, J-L., & Hauwel-Fantini, C. (2009). Ethique en psychologie clinique. Dans Ionescu, S., & Blanchet, A., (2009). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. (381-396). Paris : Puf.
160. Pedinielli, J-L., & Rouvier, S. (2000). Éthique en clinique psychologique. L'éthique entre épistémologie et consensus. *Bulletin de psychologie*, 53 (1), 445, 41-46.
161. Perlumuter, G. (1997). *Endocrinologie diabétologie nutrition*. Paris : Estem et Maédline.
162. Piquet, M. (2016). *L'accompagnement du patient amputé vers l'acceptation de son nouveau schéma corporel*. Université de Lille.
163. Piquet, M. (2016). *L'accompagnement du patient amputé vers l'acceptation de son nouveau schéma corporel*. Mémoire en sciences infirmières. Université de Lille. Paris.
164. Poilpot, M-P. (2005). *La résilience : le réalisme de l'espérance*. Paris : Eres.
165. Popelier, M. (2006). *Le Diabète*. Allemagne : Le Cavalier Bleu.
166. Poretti, A., & VanBeek, S. (2017). Image corporelle positive : les interventions et leurs effets chez les adolescent-e-s. Travail de Bachelor. Genève.
167. Quevauvillier, J. (2009). *Dictionnaire médicale*. Paris, France : Elsevier Masson.
168. Reach G. (2006). La non observance thérapeutique : une question complexe. *Médecine*, 2, (9), 411-415.
169. Rézette S. (2008). Schéma corporel et image du corps. *Psychologie clinique en soins infirmiers*. (59-63). Paris : Elsevier Masson.

Références bibliographiques

170. Richard, J., & Schuldiner, S. (2008). Épidémiologie du pied diabétique. *La revue de médecine interne*, (29) 2, 222-230. Paris : Elsevier Masson.
171. Rodriguez, N. (2014). *Identité, représentation de soi et socialisation horizontale chez les adolescentes âgées de 11 à 15 ans pratiquant l'expression de soi sur internet*. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Toulouse, Paris.
172. Romano, H. (2011). *Sauveteurs des événements traumatiques : Prise en charge psychologique des victimes et gestion de stress professionnel*. Italie : Masson.
173. Rousseau, S. (2007). Vulnérabilité et résilience, analyse des entrées et sorties de la pauvreté: le cas de Manjakandriana à Madagascar. *Mondes en développement*, 4 (140), 25-44.
174. Rybarczyk, B., Edwards, R. et Behel, J. (2004). Diversité dans l'adaptation à l'amputation d'une jambe: cas illustratifs de thèmes communs. *Handicap et Réhabilitation*, (26), 944-953.
175. Salemi, O. (2010). Pratiques alimentaires des diabétiques. Étude de quelques cas à Oran (Algérie). *Économie rurale*, 318, (4), 80-95.
176. Samarcher, R., & Béatrice, A. (2005). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris: Bréal.
177. Sautreuil, P., Lassaux., A., Thoumie, P., Piquemal, M., & Missaoui., B. (2007). Douleur de névrome d'amputation et acupuncture. *La lettre de médecine physique et réadaptation*, 23 (4), 176-185.
178. Semler-Collery, C., Buisson-Marchal, P., Lignon, C. & Soyer, L. (2013). Les amputations. *Processus traumatiques*, 2 (4), 80-93.
179. Senneville, E. (2011). *Apport de la biopsie osseuse transcutanée dans le traitement de l'ostéite du pied diabétique*. Thèse médecine. Université de Lille.
180. Senon J-L. (2012). *Trauma et résilience : victimes et auteurs*. Paris : Dunod.
181. Service de psychologie et d'orientation. (2017). *Le processus de deuil faire face à la maladie*. Canada, Montréal.
182. Sillamy, N. (2006). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.
183. Simon, D., Traynard Ph., Bourdillon F., Gagnayre R., & Grimaldi A. (2009). Education thérapeutique prévention et maladies chroniques. Paris : Masson
184. Slama, G. (2008). *Prise en charge du diabétique non insulino dépendant*. Paris: John Libbey Eurotext.

Références bibliographiques

185. St-Cyr, D., Martineau, L. (2017). L'ulcère du pied diabétique. *Pratique clinique*, 14 (1), 35-42.
186. Tétrault, P., Guilez, S. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Belgique : De Boeck.
187. Tomkiewicz, S. (2001). *L'émergence du concept : le réalisme de l'espérance*. Paris : Erés.
188. Tylor, M. (2011). La Détresse psychologique. *Maladies chroniques*, (10), 15-25.
189. Uzan, J. (2016). *Identification des facteurs prédictifs du diabète corticoinduit. Proposition d'un protocole de surveillance pour les médecins généralistes*. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Université de Paris Diderot.
190. Varescon, I. (2013). Différence entre éthique et déontologie. Paris : Primento
191. Varescon, I. (2013). *Les addictions comportementales: Aspects cliniques et psychopathologiques*. Paris : Merdaga.
192. Vilatte, J-C. (2008). *L'entretien comme outil d'évaluation*. Paris. Lyon. Université d'Avignon.
193. Waked, R. (2019). *Le stress psychologique et sa relation avec la qualité de vie chez les personnes diabétiques*. Université de Médea, Algérie.
194. Westend, D. (2000). *Psychologie : pensée, cerveau et culture*. Paris : De Boeck.
195. www.mondedz.com/diabete-en-algerie.
196. Xiavier, D.T. (2016). *Pratiquer l'éducation thérapeutique, l'équipe et les patients*. Paris, France : Elsevier Masson.
197. Ybert, E., Juvain, Y., & Roxe, P. (2001). *Petit dictionnaire Larousse de la médecine*. 2ème éd, Paris : Larousse Bordas.
198. Yvon, R. (2010). *Risque médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne*. Paris : Elsevier Masson.
199. Zenad, D. (2013). Approche cognitive et comportementale en psychologie de la santé, Le soin psychologique par les TCC. *La revue de l'URNOP*, Université d'Alger 2, (12), 10-22.
200. Ziani, F. (2011). *Le pied diabétique l'approche orthopédique*. Oran, Algérie.

Annexes

Annexe n° 1 : guide d'entretien semi-directif

Informations personnelles sur le sujet

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 3- Quelle activité professionnelle exercez-vous ?
- 4- Quel est votre état matrimonial ?

Axe 1: Informations sur le diabète

- 5- À quel âge et comment avez-vous découvert votre maladie ?
- 6- Quels sont les signes qui sont apparus ?
- 7- Avez-vous des connaissances sur le diabète ?
- 8- Avez-vous des antécédents du diabète dans la famille ? Si oui, de qui s'agit-il ?
- 9- Avez-vous des complications liées au diabète ? Si oui lesquelles ?
- 10- Suivez-vous un régime particulier ? Si oui, lequel ? Comment vous le vivez ?
- 11- Souffriez-vous d'autres maladies ? Si oui, lesquelles ?

Axe 2 : Informations sur l'hospitalisation et l'amputation

- 12- Depuis quand vous êtes hospitalisé ?
- 13- Combien de fois avez-vous été hospitalisé ?
- 14- Pourquoi avez-vous été hospitalisé ?
- 15- Depuis quand vous êtes amputé ?
- 16- Quelles sont les raisons de votre amputation ?
- 17- Quel été votre sentiment lors de l'annonce de l'amputation et comment cette annonce a été faite ?
- 18- Pouvez-vous nous décrire votre sentiment après votre sortie du bloc et vous avez repris connaissance ?
- 19- Avez-vous accepté votre nouvel état ?
- 20- Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail ? Si oui pour combien de temps ?

Axe 3 : Informations sur le vécu psychologique des diabétiques amputés :

Entre trauma et résilience

- 21- Pouvez-vous nous raconter qu'est-ce que vous avez ressenti avant l'amputation ?
- 22- Pouvez-vous nous décrire votre comportement au moment de l'amputation ?
- 23- Pouvez-vous nous décrire votre réaction après l'intervention chirurgicale ?
- 24- Au cours de ces derniers jours avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?
- 25- Depuis l'amputation avez-vous des difficultés d'endormissement ?
- 26- Depuis l'amputation avez-vous des difficultés à vous concentrer ?
- 27- Quelle image avez-vous de vous de même ?
- 28- Est-ce qu'il vous arrive de comparer votre corps à celui des autres personnes non malade ?
- 29- Est-ce que vous aimez vous regarder dans le miroir ?
- 30- Racontez-nous comment vous faites pour gérer votre situation actuelle ?
- 31- Avez-vous des difficultés à prendre les décisions ?
- 32- Qui vous aide ou bien, sur qui vous pouvez compter dans les moments difficiles ?
- 33- Est-ce que vous affrontez les problèmes sans les nier ?
- 34- Trouvez-vous souvent des solutions à vos problèmes ?
- 35- Quelles sont vos qualités ?
- 36- Est-ce que vous voyez toujours les choses d'une manière positive ?
- 37- Est-ce que vous ne ressentez pas de changement dans votre relation conjugale, parentale et dans votre relation avec les autres (amis, collègues, voisins) ? Racontez-nous comment ?
- 38- Au cours de ces derniers jours, avez-vous des loisirs ? Si oui, lesquels ? Et est-ce que vous continuez toujours de les pratiquer ?
- 39- Cet événement a-t-il influencé sur votre perception de l'avenir ?

Axe 4 : Informations sur le futur

- 40- Avez-vous des projets à réaliser dans le futur ?
- 41- Avez-vous des craintes par rapport à l'avenir ?
- 42- Y'a-t-il quelque chose que vous voulez en rajouter et qu'on n'a pas cité dans notre entretien ?

Annexe N°2

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R: Weiss et Marmar (1997) Traduction française et adaptation : Alain Grunet et al., 2003.

Titré du livre : *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22	
Hyperactivation	4	10	15	16	19	21			

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R; Weiss et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, de Pascaie Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N°3

Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord).

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Ionescu et al., 2010)		(très en désaccord)						(très en accord)
1.	Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	1	2	3	4	5	6	7
2.	En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4.	L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5.	S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).	1	2	3	4	5	6	7
6.	Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Je suis une personne déterminée.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Je sais m'auto-discipliner.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Je m'intéresse à diverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18.	En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19.	D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.	1	2	3	4	5	6	7
24.	J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.	1	2	3	4	5	6	7

(Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2011).

Merci de votre collaboration.

Annexe N°4

Cas N°1 = Mr Rachid

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R: Weiss et Marmar (1987) Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2005.

Titre du livre : *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, de Pascale Brillou Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	23	69
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22	27	
Hyperactivation	4	10	15	16	19	21			19	

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R; Weiss et Marmor (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillon Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N°5

Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord).

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Ionescu et al., 2010)								(très en désaccord)				(très en accord)
1.	Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	1	2	3	4	5	6	7				7
2.	En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7				7
3.	Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7				7
4.	L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7				7
5.	S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).	1	2	3	4	5	6	7				7
6.	Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7				7
7.	Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7				7
8.	Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7				7
9.	Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7				7
10.	Je suis une personne déterminée.	1	2	3	4	5	6	7				7
11.	Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7				7
12.	Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7				7
13.	Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7				7
14.	Je sais m'auto-discipliner.	1	2	3	4	5	6	7				7
15.	Je m'intéresse à diverses choses.	1	2	3	4	5	6	7				7
16.	Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7				7
17.	Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7				7
18.	En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7				7
19.	D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7				7
20.	Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.	1	2	3	4	5	6	7				7
21.	Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7				7
22.	Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	7				7
23.	Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.	1	2	3	4	5	6	7				7
24.	J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	7				7
25.	Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.	1	2	3	4	5	6	7				7

Merci de votre collaboration.

Annexe N° 6

Cas N° 2: Mr Hamine

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais faciement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R; Weiss et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N° 7

Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord).

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Jonescu et al., 2010)	(très en désaccord)						(totallement en accord)
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	
2. En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
5. S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
7. Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminée.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
14. Je sais m'auto-discipliner.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
15. Je m'intéresse à diverses choses.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
18. En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
19. D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
20. Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
21. Ma vie a un sens.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
25. Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7

Merci de votre collaboration.

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	24	71
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22	28	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			19	

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R; Weiss et Marmar (1997), Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N°8

Cas N°3 : Mr Hamid

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R: Weiss et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Titré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15. J'avais du mal à m'endormir	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18. J'avais du mal à me concentrer	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20. J'ai rêvé à l'événement	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	5 12 1	18
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22		
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21				

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R; Weiss et Marmar (1997), Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillon Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N°9

Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord).

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Ionescu et al., 2010)	(très en désaccord)						(totalem- ent en accord)
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	1	2	3	4	5	6	7
2. En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5. S'il le faut, je peux me débrouiller seul(e).	1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
7. Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminée.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je sais m'auto-discipliner.	1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse à diverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19. D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.	1	2	3	4	5	6	7
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas.	1	2	3	4	5	6	7

Merci de votre collaboration.

Annexe N° 10 Cas N° 4 : Mr Farid

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R: Weiss et Marmar (1997) Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Titre de l'essai : Commentant alcuni casi clinici riguardanti lo stress post-traumatico, de Pascale Britton Ph. D., 2007

Le Groupe JP Robin

Annexe N° 11

Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord).

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Ionescu et al., 2010)	très en désaccord						très en accord
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	1	2	3	4	5	6	7
2. En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5. S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).	1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
7. Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminée.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je sais m'auto-discipliner.	1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse à diverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19. D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.	1	2	3	4	5	6	7
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas.	1	2	3	4	5	6	7

Merci de votre collaboration.

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement 0 1 2 3 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés 0 1 2 3 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement 0 1 2 3 4
15. J'avais du mal à m'endormir 0 1 2 3 4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement 0 1 2 3 4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire 0 1 2 3 4
18. J'avais du mal à me concentrer 0 1 2 3 4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations 0 1 2 3 4
20. J'ai rêvé à l'événement 0 1 2 3 4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes 0 1 2 3 4
22. J'ai essayé de ne pas en parler 0 1 2 3 4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	20	50
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22	18	
Hyperactivation	4	10	15	16	19	21			12	

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R; Weiss et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillon Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N°12

Cas N°5 : Mr Farouk

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R: Weiss et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Titré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N°13

Veillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord).

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Ionescu et al., 2010)	(très en désaccord)						(totallement en accord)
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
2. En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
5. S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
6. Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
7. Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminée.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
14. Je sais m'auto-discipliner.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse à diverses choses.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
18. En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
19. D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
20. Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
25. Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7

Merci de votre collaboration.

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement 0 1 2 3 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés 0 1 2 3 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement 0 1 2 3 4
15. J'avais du mal à m'endormir 0 1 2 3 4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement 0 1 2 3 4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire 0 1 2 3 4
18. J'avais du mal à me concentrer 0 1 2 3 4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations 0 1 2 3 4
20. J'ai rêvé à l'événement 0 1 2 3 4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes 0 1 2 3 4
22. J'ai essayé de ne pas en parler 0 1 2 3 4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	16	49
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22	16	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			17	

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R; Weiss et Marmar (1997), Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N° 14

Cas N° 6 : Mr Ayoub

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R; Weiss et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Titré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N°15

Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord).

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Jonescu et al., 2010)	1 (très en désaccord)	2	3	4	5	6	7 (totalem- ent en accord)
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	1	2	3	4	5	6	7
2. En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5. S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).	1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
7. Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminée.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je sais m'auto-discipliner.	1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse à diverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19. D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.	1	2	3	4	5	6	7
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas.	1	2	3	4	5	6	7

Merci de votre collaboration.

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	12	31
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22	13	
Hyperactivation	4	10	15	16	19	21			4	

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R; Weiss et Marmar (1997), Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillon Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N° 16

Cas N° 7 : Mr Kamel

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nervueuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R : Weisz et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Titre du manuscrit : Commentaires autour des événements traumatiques du stress post-traumatique, de Pascale Brunon Ph.D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N° 17

Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord).

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Ionescu et al., 2010)	(très en désaccord)						(totallement en accord)
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	1	2	3	4	5	6	7
2. En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5. S'il le faut, je peux me débrouiller seul(e).	1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
7. Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminée.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je sais m'auto-discipliner.	1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse à diverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19. D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.	1	2	3	4	5	6	7
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas.	1	2	3	4	5	6	7

Merci de votre collaboration.

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement 0 1 2 3 4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés 0 1 2 3 4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement 0 1 2 3 4
15. J'avais du mal à m'endormir 0 1 2 3 4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement 0 1 2 3 4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire 0 1 2 3 4
18. J'avais du mal à me concentrer 0 1 2 3 4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations 0 1 2 3 4
20. J'ai rêvé à l'événement 0 1 2 3 4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes 0 1 2 3 4
22. J'ai essayé de ne pas en parler 0 1 2 3 4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	24	56
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22	10	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			22	

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R, Weiss et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N° 18

Cas N° 8 : Mr Said

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R: Weiss et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Titré du livre : *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe N° 19

Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord).

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Ionescu et al., 2010)	(très en désaccord)						(totallement en accord)
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	1	2	3	4	5	6	7
2. En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5. S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).	1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
7. Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminée.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je sais m'auto-discipliner.	1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse à diverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19. D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.	1	2	3	4	5	6	7
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas.	1	2	3	4	5	6	7

Merci de votre collaboration.

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	29	77
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22	27	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			21	

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R; Weiss et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Le traumatisme psychique et la résilience chez les hommes diabétiques amputés et hospitalisés

Résumé

Le diabète non insulino-dépendant ou diabète de type 2 est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit, le non contrôle du sucre conduit avec le temps à des atteintes graves de nombreux systèmes organiques. En effet, le diabète, à long terme, peut affecter le cœur, les vaisseaux sanguins, ces atteintes peuvent réduire la circulation sanguine, des lésions nerveuses (neuropathie) touchant les pieds ce qui accroît le risque d'ulcérations et d'infection des pieds, ce qui conduit à l'amputation. Ce travail a pour ambition d'explorer et de décrire le vécu psychologique des hommes diabétiques amputés et hospitalisés. Dans une démarche clinique, nous avons également accordé de l'importance aux effets de la maladie et de l'amputation sur le ressenti de ces sujets. Ce travail s'inscrit dans un cadre référentiel cognitivo-comportemental. Nous avons réalisé notre stage au Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) de Bejaia «*Khelil Amrane*» plus exactement au service de médecine interne. Notre groupe de recherche se compose de huit cas, qui sont tous soumis à l'étude par l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de l'impact de l'événement (IES-R) et l'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-R). Cette recherche a révélé un vécu différent d'un sujet à un autre. Mr Hamid et Mr Ayoub s'inscrivent dans un processus de résilience, par contre Mr Rachid, Mr Farid Mr, Lamine, Mr Kamel et Mr Farouk s'inscrivent dans un traumatisme psychique.

Les Mots-clés: Le diabète; amputation; hospitalisation; résilience ; traumatisme psychique.

Abstract

Non-insulin-dependent diabetes or type 2 diabetes is a chronic disease that occurs when the body is not able to use the insulin it produces effectively, the non-control of sugar leads over time to severe many organic systems. Indeed, diabetes, in the long term, can affect the heart, the blood vessels. These attacks can reduce blood circulation, nerve damage (neuropathy) affecting the feet which increases the risk of ulceration and infection of the feet, which leads to amputation. This work aims to explore and describe the psychological experience of amputee diabetic men and hospitalized. In a clinical approach, we also gave importance to the effects of illness and amputation on the feelings of these subjects. This work is part of a cognitive-behavioral referential framework. We did our internship at the Hospital Center Universitaire (C.H.U) of Bejaia Khellil Amrane more exactly in the internal medicine department. Our research group consists of eight cases. Who are all subject to the study by the semi-directive clinical interview, the impact scale of the event (IES-R) and the Wagnild and Young Resilience Scale (RS-R). This research revealed a different experience from one subject to another. Mr Hamid and Mr Ayoub are part of a process of resilience, on the other hand, Mr Rachid, Mr Farid Mr, Mr Lamine, Mr Kamel and Mr Farouk are part of a psychic trauma.

Key words: Diabetes; amputation; hospitalization; resilience; psychic trauma.