

Université Abderahmane Mira De Béjaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

*Mémoire de fin d'étude En vue de l'obtention du diplôme de Master en
psychologie*

Option : psychologie clinique

Thème

**La résilience chez les amputés ayant le syndrome du
membre fantôme**

Réalisé par :
Lamri Yasmine

Encadré par :
M. BOUCHERMA Samia.

Année Universitaire : 2019/2020

Remerciement

Je tiens tout d'abord à remercier dieu le tout puissant et miséricordieux, qui ma donner la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

En second lieu, je tiens à remercier mon encadreur Dr. BOUCHERMA, son précieux conseil et son aide durant toute la période du travail, malgré la situation difficile qu'on a traversé

Mes remerciements s'étendent également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté pour cette recherche en acceptant d'examiner ce travail et de l'enrichir par leurs propositions.

Je remercie le psychologue clinicien Karim pour son aide et ses conseils tout au long de cette recherche. Ainsi j'adresse mes remerciements aux sujets qui ont participé à la réalisation de ce travail

Mes vifs remerciements vont également à mes chers parents, je n'aurais pu réussir mes études sans eux. Merci maman de m'avoir donné tant d'amour et de tendresse, merci papa de m'avoir toujours poussé dans mes intérêts j'aurai aimé que tu sois la, que son âme repose en paix. Qu'ils trouvent dans ce travail l'expression de ma grande gratitude. Un merci à mes petits bout d'amour Rayan et Asma.

Au final mes chaleureux remerciement vont à ma meilleure amie « Doudou » qui m'a soutenue et encouragée pendant tous les moments difficiles vécus et surtout de m'avoir supporté dans mes périodes stressantes.

LAMRI Yasmine.

Sommaire

Liste des figures et tableaux

Introduction.....	1
Problématique.....	3

Partie théorique

Chapitre I : la résilience

Préambule.

1. L'origine du concept de résilience.....	5
2. Les définitions de la résilience.....	5
3. Les facteurs de la résilience.....	5
4. Le profil de l'individu résilient.....	6
5. Les critères du processus de résilience.....	7
6. La résilience comme processus psychique.....	8
7. Les approches de la résilience.....	8
8. La résilience et le traumatisme.....	9
9. La résilience et mécanismes de défense.....	10

Conclusion.

Chapitre II : l'amputation et le membre fantôme

Préambule.

1. Définitions de l'amputation.....	12
2. Étiologie de l'amputation.....	12
3. Les niveaux de l'amputation.....	13
4. Conséquences psychologique.....	15
5. Le membre fantôme.....	17
6. Les différentes approches.....	18
7. Mécanismes entrant dans la perception du membre fantôme.....	21
8. Classifications des perceptions et illusion corporelles après amputation.....	23

Conclusion.

Partie pratique

Chapitre III : méthodologie de la recherche.

Préambule.

1. La démarche de recherche.....	25
1.1. Pré-enquête.....	25
1.2. Méthode clinique.....	25
2. Présentation du groupe d'étude	26
3. Critères d'inclusion.....	26
4. Les outils d'investigation de la recherche.....	27
4.1. L'entretien clinique.....	27
4.2.L'entretien semi-directif.....	27
4.3.L'attitude du clinicien.....	27
5. Le guide d'entretien.....	28
6. Présentation de l'échelle de CD-RISC.....	29

Conclusion.

Chapitre IV :

Présentation et analyses des résultats.

Préambule

1. Présentation du cas de Fayçal.....	30
2. Présentation du cas de Djamel.....	31
3. Présentation du cas de Samia.....	34

Conclusion

Discussion des résultats.....36

Conclusion.....38

Bibliographie

Annexes

Listes des figures et des tableaux

Listes des figures :

figure	pages
Schéma 1 : niveaux d'amputation du membre inférieure.	14
Schéma 2 : niveaux d'amputation du membre supérieure.	15
Image 1 : algohallucinoze ressenties chez l'amputés	23

Listes des tableaux :

Tableaux	Pages
Tableau 1 : tableau récapitulatif des cas étudiés	26
Tableau 2 : présentation des résultats de l'échelles CD-RISC du cas de Fayçal	31
Tableau 3 : présentation des résultats de l'échelle CD-RISC du cas de Djamel.	33
Tableau 4 : présentation des résultats de l'échelle CD-RISC du cas de Samia	35
Tableau 5 : présentations des résultats.	36

Introduction

Peut-on ressentir la présence d'une jambe, ou d'un bras que l'on n'a plus ?

L'individu dès sa naissance se fait une image de son corps et le schématise afin d'avoir une représentation propre à lui, de ses différentes parties, et de sa position pour lui permettre de se situer dans l'espace. Ce corps est une unité harmonieuse et complexe dans sa composition psychique et physique. Il est menacé et confronté tout au long de la vie à des maladies ou des situations qui peuvent altérer ce fonctionnement.

Parmi ces dangers on trouve l'amputation qui est une intervention chirurgicale considérée comme dernier recours de soin qui consiste en l'ablation du membre. Cette pratique mutilante touche le malade dans son intégrité psychique et physique.

Suite à une amputation, il est noté une sensation de présence du membre ainsi qu'une douleur alors que celui-ci n'est plus présent, c'est la douleur du membre fantôme.

Pour notre travail, nous avons choisi le concept du membre fantôme comme variable d'étude. Ce terme a été employé qu'en 1872 par Silas Weir-Mitchell. La sensation fantôme consiste en l'impression que le membre amputé est encore présent. Cette sensation, qui s'exprime typiquement par de légers picotements, diminue en général avec le temps.

Selon Lawrence C. Kolb le membre fantôme représente une réaction émotionnelle face à la perte d'une partie importante du corps qui marque fortement les relations que le patient entretient avec les autres personnes. Des sentiments d'hostilité entraînant la culpabilité se développent envers les personnes avec qui il se sent mutilant ou mutilé et envers les personnes dont il dépend et dont il craint le rejet. La douleur pourrait résulter d'une forme de punition en raison de ces sentiments d'hostilité et de culpabilité.

Pour le choix de notre deuxième variable on s'est posé la question suivante : l'amputé face à cette situation va-t-il se battre ou se laisser abattre ? pour y répondre on devrait mesurer la qualité de résilience des amputés ayant le syndrome du membre fantôme

Notre deuxième variable la résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.

Dans notre étude portée sur le thème « qualité de résilience chez les amputés ayant le syndrome du membre fantôme », malgré les obstacles et la situation de pandémie qu'on a

traversé nous avons pu rencontrer trois cas au sein d'un cabinet, pour fournir un cadre adéquat à nos cas pour la passation de l'entretien clinique semi directif et l'échelle de CD-RISC.

Finalement, pour la rédaction et la mise en texte de ce travail, on l'a subdivisé comme suit :

La partie théorique est reparti en deux chapitres intitulés :

Chapitre I : la résilience.

Chapitre II : *l'amputation et le syndrome du membre fantôme.*

La partie méthodologique est consacré aux chapitres suivant :

Chapitre III : démarche de la recherche, groupe d'étude, et présentation des outils d'investigation.

La partie pratique

Chapitre IV : présentation et analyse des résultats, discussions des hypothèses.

Enfin, on a clôturé notre recherche par une conclusion générale, dans laquelle on a posé une autre question de perspective concernant cette catégorie dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches.

« Le corps est le véhicule de l'être au monde, et avoir un corps c'est pour un vivant se joindre à un milieu défini, se confondre avec certains objets et s'y engager continuellement. »
(Maurice merleau. Ponty, phénoménologie de la perception)

La représentation de soi et du corps propre comme unité cohérente et stable, elle se forge au cours du développement notamment par le stade du miroir, elle est considérée comme acquise vers l'âge de 11 ans. C'est une façon dont une personne se représente à ses propres yeux, elle se compose de toutes informations de la présentation mental de son propre corps.

Toutes ces données sont intégrées dans une structure appelée un schéma corporel, c'est ce qui donne à la personne le sentiment de son unité et permet d'établir des frontières du corps et de mieux en situer les limites, et qui fait un équilibre qui participe au sentiment d'intégrité.

De nos jours, la bonne santé n'est pas à la disponibilité de tout le monde. L'individu quel que soit son âge, ou son sexe, est exposé à des situations tel que, des dangers public, accidents de travail, maladies grave..., qui peuvent engendrer une intervention chirurgicale ou une amputation d'un membre ou une partie d'un membre.

Larousse médical a défini l'amputation comme étant une ablation d'un membre ou d'un segment de membre.

L'amputation était pratiquée afin de sauver la vie du blessé sans se préoccuper de la qualité de vie de la personne. Aujourd'hui l'amputation dépend de différents éléments tel que ; la qualité des artères du membre, la circulation sanguine, la sévérité de l'infection et de l'étendue de la destruction, et du degré de l'autonomie du patient afin d'analyser sa capacité d'adaptation à sa nouvelle image corporelle et à l'utilisation d'une prothèse.

L'amputation touche douloureusement le malade dans son intégrité physique, elle bouleverse sa manière de vivre, son activité quotidienne, ses études, son métier ou ses loisirs. Cette intervention marque une inadaptation neurophysiologique de l'organisme, ainsi qu'une rupture essentielle et une déchirure traumatique qui provoquent une altération du schéma corporel et de l'image du corps de la personne en question.

90% des personnes après l'amputation d'un membre, souffrent du syndrome du membre fantôme. Ils ressentent des sensations de brûlure ou des sensations électriques, ainsi que des formes incomplètes ou taille raccourcie du membre amputé alors qu'il est invisible et intouchable.

Le syndrome membre fantôme ou le syndrome la douleur du membre fantôme est nommé scientifiquement l'algothallucinoïse, ça correspond à l'interprétation erronée du cerveau à la sensation nerveuse venant du moignon comme si elles provenaient du membre amputé.

Une séparation physique brutale provoque une profonde détresse psychologique, dans cette phase un deuil du membre est nécessaire, afin d'accepter la modification de l'image corporelle.

Selon Parkes (1972), il existe à l'origine du membre fantôme un deuil freudien de la perte du membre. Suite à cette situation surgit en moi la question suivante : comment les personnes ayant le syndrome du membre fantôme font-elles face à cette souffrance ?

La vulnérabilité des personnes aux situations aversives diffère d'un individu à un autre, pose la question des terrains sous-jacents, biologique et psychologique. Le terrain psychologique correspond aux caractéristiques de la personnalité et aux styles comportementaux habituels.

Dans le champ de la clinique et les soins, les rapports de la résilience et des facteurs de protections peuvent être analysés à partir de leurs convergences, et leurs complémentarités, mais aussi de leurs différences faces aux modèles devenus classiques de la prise en compte des facteurs de risque et la vulnérabilité.

En psychologie, la résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatisme parfois sévère. Elle concerne premièrement le domaine de la science physique. On peut dire qu'une personne est résiliente lorsque plutôt que nier les événements ou de s'en forcer dans la tristesse et la dépression à cause d'eux, elle parvient à y faire face, à résoudre plus fort de ses expériences à rester optimiste et confiant en la vie.

La résilience n'implique pas du tout que l'on nie l'adversité et l'on fait comme si de rien n'était pour pouvoir passer à autre chose. Bien au contraire, il est nécessaire de faire face aux événements. C'est un processus dynamique qui s'étale sur un temps ou moins long et qui permet à la personne concernée de passer au travers de ses épreuves et même d'en ressortir grandi.

Le vécu et l'histoire personnelle de chaque individu jouent un rôle dans la capacité à développer la résilience et à affronter les épreuves de la vie. Mais cette histoire personnelle

justement, n'est pas figée dans le temps. Elle évolue avec les années et il est possible de rebâtir la confiance en soi, et en la vie et son entourage au fur et à mesure que l'on grandit.

Dans cette étude on s'est interrogé sur la qualité de résilience. Et son effet direct comme facteur de risque dans la survenue du syndrome du membre fantôme.

Notre objectif est de cerner et d'évaluer la qualité de résilience chez les personnes ayant le syndrome du membre fantôme

L'hypothèse de la recherche sera :

Quelle est la qualité de résilience chez les personnes ayant le syndrome du membre fantôme ?

Hypothèses partielles :

- Es ce que les personnes ayant le syndrome du membre fantôme développent des nouvelles stratégies physique et psychique ?

Partie théorique

Chapitre I
La résilience

Préambule

Ça nous arrive parfois de vivre des situations de stress, ou d'adversité qui comportent le risque grave d'une issue négative, ainsi que des crises qui peuvent être considérées comme un bouleversement psychique face à des changements d'origine interne ou externe. Tout cela nécessite la capacité d'en faire face à ces situations et cela se résume dans le concept de résilience.

1. L'origine du concept résilience :

Le terme de résilience est apparu il y a plusieurs décennies. Née du latin « resiliencia » qui est habituellement utilisé en physique des matériaux pour désigner « la résistance du matériel aux chocs élastiques et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans se rompre » (dictionnaire robert).

En psychologie c'est la capacité ou le processus permettant de se reconstruire pour dépasser voire sublimer des situations traumatiques.

L'initiatrice de ce terme serait la psychologue américaine Emmy Werner, dans les années 1950. En France, ce n'est qu'au début des années 1990 que Boris Cyrulnik, éthologue et neuropsychiatre français.

2. Les définitions de la résilience :

De nombreuses définitions qui peuvent être évoquées pour aborder le concept de résilience.

2.1. La notion de la résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses (condition biologique et socio-psychologique) en développant des capacités en lien avec des ressources internes (intrapsychique) et externe (environnement social et affectif).

2.2. Selon Cyrulnik la résilience « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négativement » (B.Cyrulnik.op.cit. 1999.p10)

2.3. Ce concept a été déjà défini comme suite : « la résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans

l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (M.Mancieux et coll.,2011, p17)

3. Les facteurs de résilience :

La résilience peut concerner les individus, les familles, les communautés ou sociétés. Un certain nombre de caractéristiques associées au processus de résilience, ont été identifiées et constituent des « facteurs » de résilience individuelle, familiale ou communautaire selon les approches.

3.1.Facteurs de résilience individuelle

À partir de l'étude des individus réputés résilients, on peut retenir un certain nombre de caractéristiques qui contribuent à faciliter la résilience comme, par exemple :

Altruisme ; Autonomie ; Capacités de distanciation face à un environnement perturbé ; Compétences sociales ; Empathie ; Estime de soi ; Formation scolaire. ; Habilités de résolution de problèmes ; Intelligence ; Perception d'une relation positive avec un adulte ; Sens de l'humour ; Sociabilité, popularité.

3.2.Facteurs de résilience familiale.

Parmi les caractéristiques de la structure familiale :

Âge des parents ; Nombre d'enfants ; Espace entre les naissances ; Espace physique suffisant ; Spiritualité, idéologie ; Discipline éducative.

Parmi les caractéristiques de la dynamique familiale :

Qualité de la communication ; Interactions chaleureuses et positives ; Support et affection.

3.3.Facteurs de résilience sociale et/ou communautaire

Parmi les niveaux de résilience sociale, on peut citer :

Les pairs ; Communauté sociale : (école, quartier) ; La communauté religieuse ou idéologique ; La société et la culture.

Parmi les formes de résilience sociale, on peut retenir :

Solidarités ; Attentes élevées ; Implication active ; Valeurs d'entraide et de tolérance sociales ; Diversité des supports et des ressources sociales.

4. Le profil de l'individu résilient :

L'individu résilient quel que soit son âge serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes : (Cyrulnik 1998)

Un quotient intellectuel élevé ; Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement ; Ayant le sentiment de sa propre valeur ; De bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie ; Capable d'anticiper et de planifier ; Et ayant de sens de l'humour.

5. Les critères du processus de résilience :

Selon Rutter y a trois caractéristique principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables. (Rutter, 1985, 1996). Il considère que ces personnes, face à des situations d'impuissance et d'absence d'aide qui accompagnent habituellement des situations de stress et d'adversité, mettent en place d'autres formes de comportements qui font appel à des modes de fonctionnement spécifiques qui prennent appuis sur des mécanismes d'élaborations de la pensée.

Alors pour Rutter, la personne résiliente réuni trois caractéristique :

5.1. La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi :

Cet aspect renvoie à l'estime de soi, c'est-à-dire aux caractéristiques par lesquelles le sujet peut se définir et avoir le sentiment de sa propre valeur, Rutter considère comme nécessaire d'un bon développement de l'estime de soi chez les individus résilients, cependant l'estime de soi peut se définir comme l'image que l'individu se forge de lui-même, le sentiment de sa propre valeur se traduit à travers un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde

extérieur, cet estime de soi permet à l'individu de se préparer à réagir selon ses attentes de succès, son acceptation et sa détermination personnelle. Elle indique dans quelle mesure l'individu se croit, valable et important.

5.2.La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité :

Cette caractéristique correspond chez in sujet, la croyance et à la confiance dans sa capacité à faire la différence entre une action réussie et les étapes nécessaires pour y parvenir. L'individu résilient aurait donc tendance à voir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et à avoir confiance sans ses capacités à résoudre la majorité des problèmes de son existence. Le sentiment d'auto-efficacité permet l'anticipation et les projets, il renvoie à la conviction que possède l'individu d'avoir les capacités requises pour réussir une tâche déterminée.

5.3.Un répertoire d'approches de résolution de problèmes sociaux :

Ce dernier point se réfère à l'expérience et à la capacité pour l'individu résilient de s'appuyer sur des expériences personnelles, familiales ou extra-familiales suffisamment positives, ou reconnues comme telles socialement.

6. La résilience comme processus psychique :

La position soutenue par Micheal Rutter, qui consiste à aborder la résilience en termes de processus. La résilience est comprise dans une perspective développementale, de ce cycle de vie (life span) c'est-à-dire qu'elle est en fonction du stade de développement dans lequel se trouve le sujet, ce qui conduit à des différences réaction suivant l'âge, l'évolution, la construction psychique, l'entourage du sujet (Cyrulnik,1999, Lemay, Lecomte, 2002)

Dans une perspective psychanalytique (Fonangy et al, 1994 de Tychey, 2004) « Elle inscrit sa construction à l'interface entre le fonctionnement intrapsychique du sujet et sa réalité environnementale avec les espaces intersubjectifs qu'elle mobilise nécessairement ».

7. Les approches de la résilience :

Joelle Lighezzolo et Claude de Tychey (2004) dans leur ouvrage de synthèse présentent trois approches qui sont le modèle théorique cognitive-comportementaliste, l'approche médicale en santé publique et le modèle théorique psychodynamique

Le premier modèle « 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 observables, 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 de situations stressantes en place des stratégies d'adaptation, qui sont de nature cognitive et donc conscientes.

En ce qui concerne le modèle théorique qui se dégage en santé publique, il privilégie une approche compensatoire « où la résilience serait fonction de l'équilibre entre certain nombre de facteurs de risque et la balance structurée par la présence des facteurs simultanés de protection ». La résilience est définie comme un processus dynamique qui n'est jamais totalement acquis et qui se construit dans l'interaction sujet-environnement.

Dans les approches psychodynamiques de la résilience, notamment dans un référentiel psychanalytique, la résilience est considérée comme un processus dynamique.

Cette approche est essentiellement centrée sur le sujet et l'analyse de son fonctionnement intrapsychique. Dans les approches psychodynamiques, à l'heure actuelle, on peut noter que peu d'intérêt est accordé à l'influence de l'environnement (relationnel ou contextuel) dans le développement du processus résilient.

En psychologie clinique, l'approche de la résilience est volontairement restrictive. La résilience est considérée comme un processus dynamique qui implique le ressaisissement de soi après un traumatisme et la construction ou le développement normal en dépit des risques de désorganisation psychique. La résilience peut donc se définir comme incluant : a) le ressaisissement de soi après un traumatisme ; b) la reconstruction ou le développement normal en dépit des risques ; et c) un rebond psychologique avec une force mobilisable dans d'autres circonstances.

On peut appréhender le processus de résilience de manière psychodynamique suivant deux axes principaux. D'une part du point de vue du traumatisme et de la réponse du sujet, d'autre part du point de vue des mécanismes de défense mobilisés par le sujet réputé résilient.

8. La résilience et le traumatisme :

Dans la perspective psychodynamique, on considère qu'il n'y a résilience que dans la rencontre avec le traumatisme. Ainsi, le processus de résilience suppose la survenue d'un traumatisme (unique ou multifactoriel) et la réponse du sujet qui relèvera de son aptitude à surmonter le traumatisme. La résilience résultera de l'expérience traumato-gène qui met en jeu les dimensions suivantes : Un risque vital (physique ou psychique) ; Un éprouvé d'agonie psychique ; Les modalités de réponse du sujet pour se défendre.

En psychanalyse, on distingue trauma et traumatisme. Précisons brièvement que le « trauma » indique l'exposition des événements aversifs (violence externe et effraction

physique). Alors que le « traumatisme » réfère à l'effet psychique résultant de la rencontre avec le trauma, lorsque l'énergie mobilisée pour s'adapter au trauma dépasse les capacités d'élaboration du sujet. On dit qu'il y a effraction psychique. Le trauma de « traumatogène » pourra donc s'appliquer à un contexte ou à des circonstances potentiellement traumatiques. Un traumatisme peut être dû à un évènement unique, massif, qui bouleverse les capacités défensives du sujet (par exemple : catastrophe, accident, perte d'un être cher). Mais de même une accumulations d'évènements aversifs, pi de carences graves répétées peuvent revêtir un caractère traumatique (par exemple : négligences familiales, abus sexuel, maltraitance...)

On peut souligner la variabilité de retentissement affectif du traumatisme chez chaque sujet particulier. Ainsi, l'intensité émotionnelle d'un contexte traumatique dépend de la perception du sujet et de ses capacités défensives. C'est donc bien la « subjectivité » et non les aspects objectifs qui peuvent rendre compte du caractère traumatique d'une situation donnée. En fait, les aspects traumatiques sont en quelque sorte filtrés par les modalités défensives des sujets qui articulent les ressources internes des sujets et les ressources de leur environnement relationnel et socio-affectif.

9. Résilience et mécanismes de défense :

La notion de mécanismes de défense selon Alain Braconnier (1998) « englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes et externes. »

Le but des mécanismes de défense est de protéger le sujet, l'empêcher d'être immobilisée par leur rôle homéostatique, ils peuvent être plus ou moins adaptés notamment en fonction du contexte de leur utilisation de la rigidité de leur expression. Leur adaptation dépendra de l'âge du sujet et de son contexte de vie. (M. ANAUT,2005)

Les mécanismes de défense et le « coping » apparaissent comme complémentaires. Ils peuvent être compris comme dérivés des émotions de base et sont alors mis en place pour réguler ces dernières sur un mode inconscient dans la petite enfance, et comme stratégie consciente de résolution de problèmes plus tardivement au cours du développement (PLUTCHIK, 1995).

Le « coping » est un mode de comportement et de configuration qui vise à faire face à une situation, à développer des stratégies adaptatives selon des modalités habituellement compris

comme conscientes et volontaires. (MICHEL DELAGE, ANTOINE LEJEUNE, ALINE DELHAYE, BORIS CYRULNIK, 2017)

Les mécanismes de défense, sont spécialement utiles dans des situations très dommageables. Mais l'orientation vers ma résilience suppose la variété, la souplesse et la mobilité de ces mécanismes.

La dissociation : est un mécanisme de survie qui permet de se « retirer » d'une situation réelle et des émotions fortement négatives qui y sont liées. La dissociation peut être décomposée en plusieurs éléments

L'engourdissement : réalise un blocage émotionnel et comportemental.

Le détournement de l'attention : permet de focaliser l'attention sur une autre situation moins stressante que la réalité à laquelle la personne est confrontée. (MICHEL DELAGE..., Idem. 2017)

Le déni : est un refus de faire face à certain aspect trop douloureux de l'expérience subjective, ainsi exclus hors champs de la conscience. Par exemple des informations données au sujet sur sa maladie ou sur le traitement, sont évacuées du champ de la conscience, de sorte qu'il se comporte comme si cela n'existait pas. (MICHEL DELAGE..., Ibid. 2017)

Les mécanismes qu'on a cités, ont pour but de modifier la conception de la réalité dommageable à laquelle le sujet est soumis, elles sont qualifiées d'immatures (vaillant et drak, 1985). D'une part, parce qu'elles entraînent une adaptation psychosociale très limitée, d'autre part, parce qu'elles sont présentes dès les premières étapes du développement de l'enfant. Cependant, on peut dire qu'elles sont peu compatibles avec l'engagement dans un processus de résilience.

Dans l'optique de la résilience, ce sont les mécanismes de défense dites matures qui apparaissent comme spécialement bénéfiques. Elles conduisent en effet à un niveau adaptatif élevé et d'autant plus qu'elles sont souples et mobiles Nous pouvons citer :

L'humour : permet de soustraire aux effets douloureux et d'en faire bénéficier l'entourage. L'humour est en somme le contraire de la résignation. Celui qui en fait preuve parvient à s'affirmer malgré les circonstances défavorables auxquelles il est soumis.

La sublimation : dérive la souffrance vers des objectifs positifs. Elle consiste à une lutte efficace contre l'anxiété.

L'anticipation : elle conduit à prévoir le futur. Les difficultés qui peuvent y être liées, et les moyens d'y faire face. L'anticipation peut orienter vers l'imagination du pire mais elle peut être aussi une façon de se projeter vers le meilleur, vers un positif qui suivra le malheur.

L'altruisme : est une réponse à la détresse par l'intérêt porté aux autres par l'attention à leurs besoins, manière de se décentrer de soi-même, de réparer des sentiments de perte ou de culpabilité. (MICHEL DELAGE. 2017)

Synthèse

Pour conclure, le concept de résilience est l'aptitude des individus et des systèmes à vaincre l'adversité ou une situation de risque. Ou de rebondir au-delà des fracasses tel que des deuils, drames, maladie...

Chapitre II

L'amputation et le membre fantôme

Préambule

L'amputation s'oppose à la désarticulation, elle consiste à une intervention chirurgicale majeure et mutilante. Quel que soit son niveau elle touche le malade dans son intégrité physique, psychologique, et sociale.

Les douleurs fantômes sont retrouvées dans 50 à 80% des cas après une amputation (Reilly & Sirigu, 2008). Un membre fantôme est la sensation éprouvée d'avoir encore un membre après une amputation. La première description médicale de cette sensation a été décrite par Ambroise Paré (chirurgien militaire français, 1510-1590),

1. Définitions de l'amputation :

Je dénombre quelques définitions qui peuvent être évoquée pour définir le concept de l'amputation.

- 1.1. Selon le dictionnaire l'encyclopédie médicale de la famille (1991) ; « l'ablation chirurgicale d'une partie ou de la totalité d'un membre, habituellement en vue de prévenir une gangrène (nécrose ou mort rapide des tissus surinfectés par des germes anaérobies) ou d'une infection très sévère (par staphylocoques) ».
- 1.2. D'après la haute autorité de la santé (HAS) ; « l'amputation est indiquée en cas de lésions tissulaire irréversible ou d'ischémie permanente chronique sans vascularisation possible, qui ne réagit pas favorablement au traitement médical et dont les répercussions générales font courir un risque vital au patient. »
- 1.3. L'amputation est l'ablation d'un membre ou d'une autre structure du corps, elle nécessite une opération pour retirer le membre affecté. Elle peut être ouverte (sans sutures, moins communes), ou fermée (avec suture, plus commune). (Dorland, 2011)

2. Étiologie de l'amputation :

L'amputation est souvent pratiquée et mise en place comme dernier recours pour éviter des complications incontournable, douleurs ou même les décès. Classiquement les causes principales d'amputation on trois grandes catégories : les causes traumatiques, les causes pathologiques et les amputations congénitales.

2.1. Congénitale : L'amputation non traumatique est d'origine congénitale est appelé agénésie d'un membre. C'est une anomalie caractérisée par une absence partielle ou totale de développement d'un membre.

Selon Larousse, encyclopédie médicale de la famille (1991,73) ; c'est un défaut de développement survenu lors du stade embryonnaire. Cette intervention est nécessaire pour corriger les difformités des membres chez une personne atteinte. (Imam et all,2017)

Les amputations traumatiques proviennent des accidents de tous les jours et les maladies graves qui empêchent la viabilité des tissus atteints obligeant le chirurgien d'enlever ces derniers pour bloquer le processus de propagation de la maladie.

2.2. Les maladies :

2.2.1. Les artérites qui sont des lésions artérielles d'origine inflammatoire ou dégénérative aboutissant à l'épaississement des parois avec parfois la dilatation et ou l'oblitération des vaisseaux. C'est le cas des gangrènes et des ischémies sensitivo-motrices. Elles représentent la cause la plus fréquente d'amputation tous âges confondus.

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

2.2.3. Certaines infections graves touchant l'os et les tissus mous.

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

2.3. Les accidents : c'est des amputations acquises qui proviennent des accidents graves accidents de la route, du travail etc. L'amputation est rarement une urgence sauf en cas d'infection non contrôlable ou dans certains types de traumatisme.

L'équipe soignante vous explique la raison de l'amputation de façon à vous aider à prendre cette décision.

3. Les niveaux d'amputation :

La majorité des amputations sont causées par des facteurs liés aux comorbidités, il y a plus d'amputations aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Les amputations aux membres supérieurs résultent souvent d'accidents traumatiques, par exemple dans les lieux en situation de guerre (Esquenazi, 2004).

3.1. Classification des amputations du membre supérieur (Monroe *et al.*, 2007)

3.1.1. Amputations supérieures mineures. Ces amputations incluent la main ainsi que toutes les composantes de la main.

3.1.2. Amputations supérieures majeures. Ces amputations incluent tout ce qui est proximal jusqu'à la main.

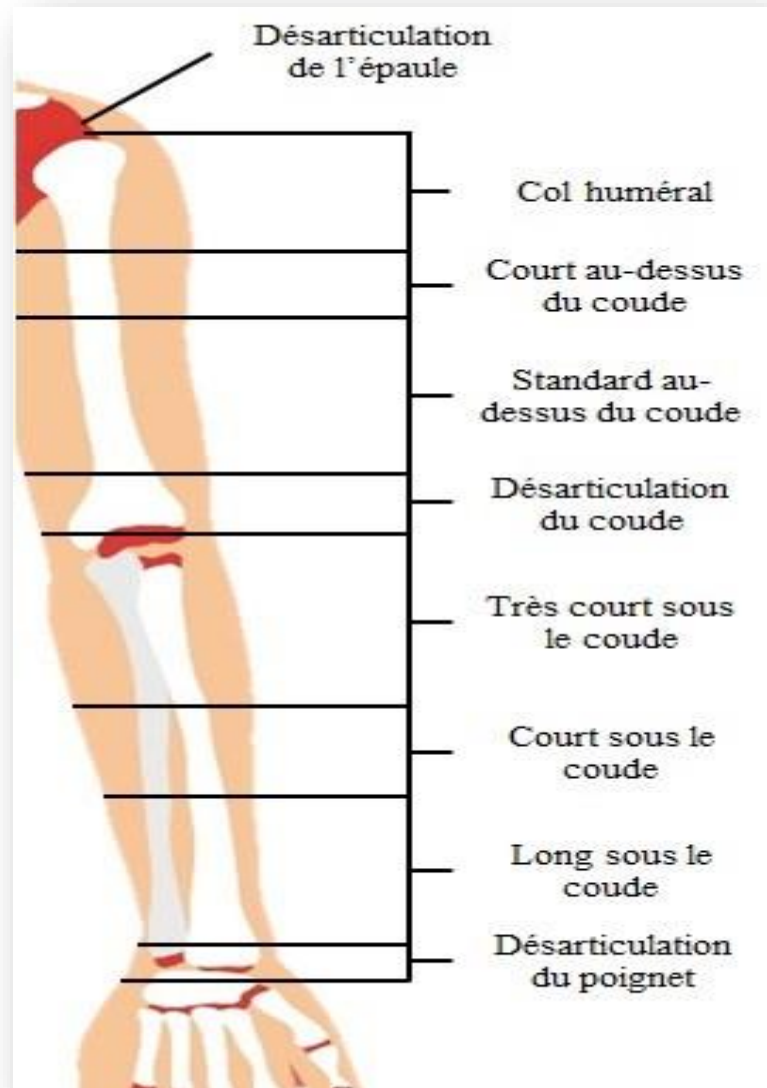


Schéma 1 : niveaux d'amputation du membre supérieure.

3.2. Classification des amputations du membre inférieur

- 3.2.1. Amputations inférieures mineures.** Ces amputations représentent tous les membres distaux vers les pieds.
- 3.2.2. Amputations inférieures majeures.** Ces amputations sont proximales et n'incluent pas les pieds. (Monroe *et al.*, 2007)

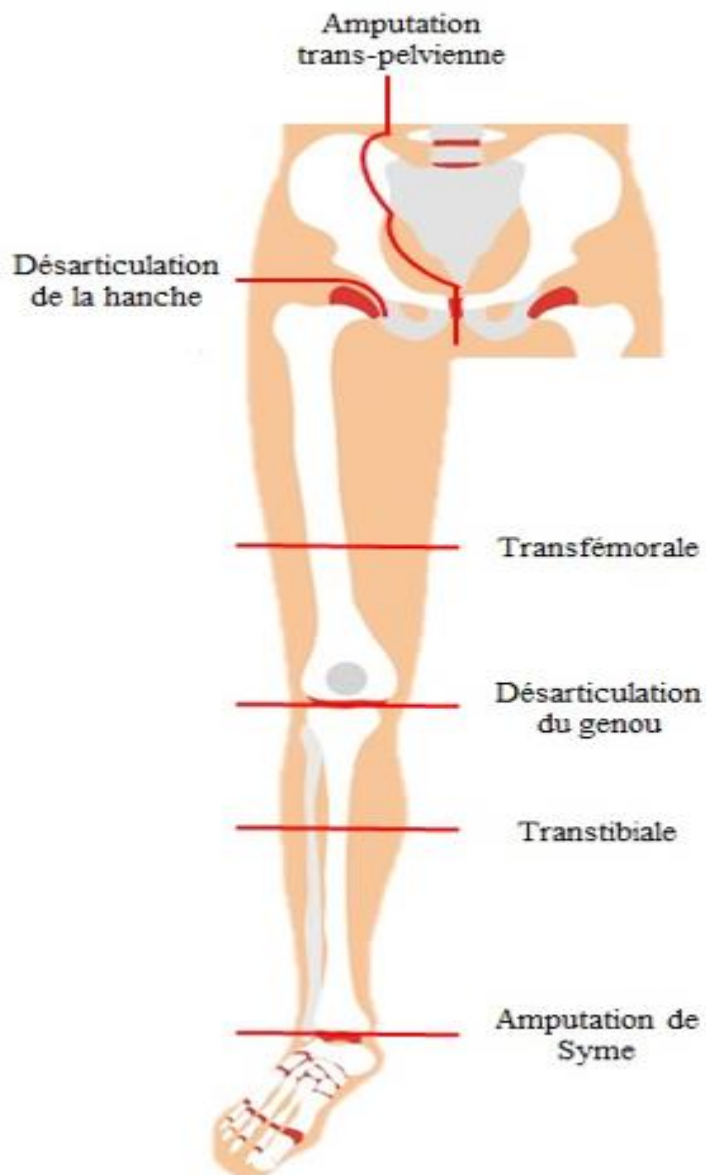


Schéma 2 : *niveaux d'amputation du membre inférieure.*

4. Conséquences psychologiques :

Suite à l'amputation le sujet est confronté à faire face à un choc provoqué par cette amputation. La perte d'une partie de soi provoque une altération de l'image de soi, ainsi qu'un sentiment d'anéantissement, et une diminution du potentiel physique est ressentie. Cette incapacité est irréversible mais compensable. Un travail de deuil sera donc nécessaire.

Selon le modèle de Kubler-Ross « le deuil est causé par la séparation brutale ou la mort d'un être cher ». Il peut s'appliquer également à d'autres situations telles qu'un divorce, une perte physiologique

Le deuil d'un membre se définit par l'acceptation du handicap et de la modification de l'image corporelle. Il y a schématiquement cinq étapes entre l'annonce de l'amputation et l'acceptation.

4.1. Le déni

« Non, ce n'est pas à moi que cela arrive ! ». « C'est un mauvais rêve, je vais bientôt me réveiller ! ». Le patient venant d'être amputé ne peut accepter la réalité, mais cette étape est généralement de courte durée.

4.2. L'agressivité et la révolte

« Pourquoi moi ? », « C'est la faute de... ». Après la dénégation de l'amputation, la révolte contre la réalité de ce nouvel état physique est fréquente. Elle peut être plus ou moins intense, et même être pénible à vivre, tant par le sujet amputé que par son entourage. Un sentiment de culpabilité y est parfois associé : « Mais de quoi suis-je donc coupable pour qu'une chose pareille m'arrive ? » « Qu'aurai-je dû faire, ou ne pas faire, pour que cela n'arrive pas ? ». La révolte porte bien entendu sur l'injustice que représente l'amputation, mais tous les domaines de pensées ou d'activités peuvent en être affectés, et la moindre contrariété, même n'ayant aucun rapport avec la santé, peut entraîner des réactions inhabituelles.

Cette phase, aussi pénible soit-elle, le sujet se confronte à la réalité et réalise son nouvel état physique. Il porte sa révolte sur l'injustice représentée par l'amputation. Cette étape est néanmoins une progression psychologique normale traduisant la disparition d'un processus de sidération ou d'indifférence au profit d'un processus actif d'agressivité qui pourra ensuite être canalisé et transformé en processus constructif jusqu'à l'acceptation active.

4.3. Le marchandage

« D'accord puisque je n'ai pas le choix ; mais il m'est impossible d'accepter tout ce que l'on me dit être nécessaire. Je ferai uniquement ce que j'estime indispensable ». À ce stade, la personne amputée entreprend d'appréhender sa nouvelle situation, mais ne va accepter qu'une partie de la réalité, et bien souvent uniquement celle qu'il pense lui permettre de vivre « presque comme avant ». Comme l'agressivité qui l'a précédée, cette phase est normale et

logique dans la dynamique des événements subis. Le marchandage est devenu possible par suite de l'atténuation d'une agressivité finalement ressentie comme inutile, mais la motivation reste d'être gêné le moins possible et d'accepter uniquement ce qui paraît devoir être indispensable pour vivre « comme avant ».

À ce stade, il est fréquent que la personne amputée refuse de mettre en pratique les conseils de l'équipe soignante ou de l'entourage, ou refuse une partie du traitement, sous prétexte d'incertitude par rapport à la façon de réagir face à l'amputation. Cette attitude rigoriste peut traduire la persistance du sentiment de révolte du stade précédent, être le témoin d'une charge émotionnelle encore trop pénible, ou être simplement la manifestation de l'anxiété face à l'inconnu. Il est cependant normal et bon qu'elle soit exprimée car cela permet alors de progresser, ce qui ne serait pas le cas sans cela, avec risque de rester à l'étape du marchandage.

4.4. La dépression

« Faut pas rêver, je ne serai plus jamais comme avant, mais pourrai-je vivre autrement ? ».

Cette étape est appelée dépression dans le modèle de Kübler-Ross, mais elle n'est pas une dépression au sens psychiatrique du terme. C'est plutôt une amertume ; un ressentiment mêlé de tristesse causé par le constat de la perte définitive de quelque chose à laquelle est associée une interrogation quant à la façon dont l'amputation peut être intégrée dans la vie de tous les jours. L'idée d'un retour à une vie sans amputation est progressivement abandonnée, l'image de soi « non amputée » est restaurée, et l'interrogation quant à la possibilité de construire une image de soi « amputée » évolue progressivement.

Dans ce stade donc l'amputé se rend compte qu'il ne pourra pas vivre « comme avant », mais plutôt apprendre à vivre avec son amputation. Cette phase aboutit à une phase d'espoir où le patient espère parvenir à intégrer son handicap à sa nouvelle vie.

4.5. L'acceptation

« Je fais ce qu'il faut pour dominer la situation et pour préserver mon capital santé ».

Le travail d'acceptation de l'amputation est une démarche sans laquelle il n'est pas possible d'accéder à l'autonomie permettant d'intégrer l'amputation dans la vie quotidienne, sans ruminations ni regret majeur, de n'y penser que le temps nécessaire au traitement, et d'envisager l'avenir avec confiance.

Ce processus d'acceptation active passe par la disparition complète du sentiment d'infériorité et de dépendance, par la conviction de la possibilité d'un nouveau mode de vie, par l'élaboration d'une nouvelle image de soi amputée, par la constatation de la capacité à se prendre en charge. Cette acceptation active est aussi appelée « Savoir être ».

Le plaisir de vivre est alors à nouveau présent, dans un contexte psychologique associant autonomie, responsabilité, dynamisme et activité créatrice. Il faut cependant souligner que l'acceptation active n'est pas une étape définitivement acquise, et que son maintien nécessite parfois des efforts importants pour la personne amputée et son l'entourage, notamment lors des inévitables aléas de la vie, professionnels, familiaux, ou autres

(Sur le chagrin et sur le deuil ,2011)

5. Membre fantôme :

La perte d'un membre cause des répercussions psychiques que physique, au moins dans les premiers temps suivant l'acte chirurgical mais à long terme également. Dans les premiers temps, le sujet ressent une douleur post-opératoire. Celle-ci correspond à la douleur ressentie juste après l'acte chirurgical au cours duquel la peau, les muscles, les nerfs et les os sont coupés. Cette douleur, logique après un tel traumatisme est en général plus ou moins contrôlée par une médication. Elle disparaît à mesure que les tissus dégonflent et commencent à cicatriser.

L'amputation va engendrer également 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.

L'une des répercussions les plus caractéristiques de l'amputation sur le plan physique. Est l'apparition du phénomène membre fantôme. Appelé en terme médicale hallucinose.

Au 16^{ème} siècle le membre fantôme est décrit pour la première fois dans la littérature médicale par Ambroise Paré, suite aux plaintes de patients ressentant de sévères douleurs au membre absent.

En 1874 Weir-Mitchell a effectué une étude approfondie sur les blessés de la guerre de Sécession. Il a initié pour la première fois le terme « membre fantôme ».

Un témoignage rapporté par Lhermitte a bien illustré le phénomène du membre fantôme, « l'image de ma jambe est si bien permanente que, en vérité j'ai mon pied, je vous le dis, je l'ai

encore. Il y a des moments où je suis prêt à le gratter surtout mon petit orteil ».

(Bernaud,1995)

Le membre fantôme se caractérise par une sensation de stimulation sensorielle du membre manquant, ou par une sensation générale de présence du membre amputé comme faisant toujours partie du corps (Hunter, Katz et Davis, 2003 ; Bosmans et Geertzen, 2010). C'est –à-dire, la personne amputée va ressentir le membre que pourtant elle ne voit plus et sait absent.
»

Le membre fantôme est une illusion apparaissant en général immédiatement après l'amputation d'un segment de membre, quasi constante à partir de l'âge de huit ans (où le schéma du corps est suffisamment édifié), et concernant le membre sectionné, vécu comme toujours présent et mobile. Elle peut s'accompagner de paresthésies ou même, parfois, de douleurs intenses du moignon (alloghallucinoses). Cette sensation est parfois très durable bien que, du moins en l'absence de douleurs, le membre puisse se raccourcir au fil des années jusqu'à venir se raccorder au moignon. Sa vivacité est accrue par des facteurs comme la position allongée, l'émotion et/ou l'endormissement, calmée par d'autres tels que la contemplation du moignon. Quelle que soit l'importance de l'amputation, la place du membre fantôme est variable dans le vécu du sujet : le plus souvent négligeable, parfois dramatiquement envahissante, surtout si la douleur est marquée.

Pour divers auteurs, il s'agit de la conséquence neurologique d'une désafférentation du système nerveux central. Ce phénomène ne dépendrait ni de l'état anatomique de l'extrémité périphérique, ni des nerfs coupés (causalgie, névrome). Provient d'une brûlure à l'extrémité du nerf scindé, mais la source principale du phénomène remonte au cerveau le cortex somato sensoriel qui reçoit des informations provenant de la surface du corps par l'intermédiaire de neurones relais et de neurones sensitifs, ou notre schéma corporel est bien imprimé, à l'aide des voies nerveuse afférente qui crayonne une carte du corps. (Bernaud,1995)

Le syndrome du membre fantôme peut se définir comme une expérience subjective de perception et de sensation de présence du ou des membres après leur amputation. (Aglioti, Cortese, & Franchini, 1994 ; Rothmund, Grüsser, Liebeskind, Schlag, & Flor, 2004)

6. Les différentes approches :

6.1. Théorie psychique

Le rôle des facteurs psychologiques est le contexte le plus préoccupant dans la prise en charge des amputés.

L'individu au fur et à mesure de sa vie se crée une image de lui-même, de sa représentation face au monde qui l'entoure. L'amputation vient altérer cette représentation de manière brutale créant un choc psychologique chez les patients amputés, en découle un sentiment d'anéantissement, d'hostilité et de culpabilité, cela joue un rôle fondamental aux facteurs émotionnel, tels que des réactions dépressive ou anxieuse consécutives à la perte d'un membre. (Parkes 1972, Ribbers et al.,)

Selon Zuk, le phénomène de télescopage serait un compromis entre le déni de l'absence et le souhait d'adaptation à la réalité.

Selon Parkes et C.Kolb l'origine du syndrome du membre fantôme est le déni freudien de la perte d'un membre.

C.Kolb déclare « tout comme la veuve trouve difficile de croire que son mari est décédé et qu'elle ressent fortement sa présence, l'amputé éprouve aussi de la difficulté à accepter la perte d'un de ses membres et continue à sentir lui aussi sa présence ».

Le coping est un mode de comportement et de configuration qui vise à faire face à une situation, à développer des stratégies adaptatives selon les modalités habituellement comprises comme conscientes et volontaires (Boris Cyrulink, 2017). Il est caractérisé par une dramatisation, et une submersion par la détresse.

Un lien est entre ce mécanisme et le membre fantôme. Lors la période suivant l'amputation, une augmentation de l'intensité de la douleur est marquée chez les patients, des changements neuroblastiques sont retrouvés, associés au développement de la douleur fantôme, ces changements sont produits simultanément à l'adaptation du patient à sa douleur, à la chirurgie défiguratrice à la réhabilitation.

Le coping, dont le catastrophisme et la dramatisation affect la réorganisation corticale du patient amputé.

Des études menées sur la personnalité et le soutien familial, mesuré grâce au *social support questionnaire* ont montré le lien entre le déclenchement de membre fantôme, la

personnalité du patient, et le soutien familial. Un patient passif face à la situation aura plus de probabilités de déclencher une douleur du membre fantôme qu'une personne active dans sa rééducation ; un contrôle extrême de situation de la douleur et du syndrome anxiodépressif, le patient devient vulnérable.

6.2. Théorie périphérique :

Le mécanisme périphérique s'appuie sur une corrélation entre la douleur du membre fantôme et la douleur du moignon. Le rôle de l'information périphérique est modulaire faible, mais indéniable, elle fait jouer un rôle prépondérant aux messages résiduels issus de la périphérie.

Après toute amputation résulte une atteinte nerveuse incomplète ou complète d'un certain nombre de filets nerveux. Alors lors d'une section nerveuse, se produit une dégénérescence wallérienne. Cette dernière conduit dans 85% des cas à une régénérescence des fibres nerveuses lésées. Ne trouvant pas leur homologue, ces fibres vont former ce que l'on appelle les névromes, ces fibres sont sensibles à la chaleur et à la douleur, leur multiplication déclenche des douleurs intenses et diffusées dans le membre résiduel.

La réorganisation neurale périphérique mène à une hyperactivation neuronale au niveau du cortex somato-sensoriel. Le maintien d'influx nerveux laisse persister la sensation et la douleur au membre amputé (Sherman et al., 1989, Devor and Faulkner, 1999)

Melzack apporte une explication à cette théorie ; le phénomène des membres fantômes reste mystérieux que si l'on suppose que le cerveau reçoit passivement les messages sensoriels issus des différentes régions corporelles. En revanche, le mystère disparaît si l'on admet que le cerveau produit les sensations corporelles ; les stimuli sensoriels ne feraient alors que moduler ces sensations mais ils ne les produiraient pas directement.

Cependant, plusieurs arguments vont à l'encontre de cette hypothèse. Les sensations de membre fantôme apparaissent directement après l'amputation. Les névromes se développent sur plusieurs jours voire plusieurs semaines. (Curt et al., 2015)

6.3. Théorie de neuromatrice

La théorie de neuromatrice a été mise en avant dans les années 1980 par MELZACK.

Du point de vu anatomique, la neuromatrice est un ensemble de connexions neuronales vers le système limbique et le cortex cérébral.

Selon cette théorie, il existe un conflit entre la perception visuelle et les représentation proprioceptives du membre absent pouvaient induire une confusion dans la neuromatrice.

Le concept de la neuromatrice comprend trois circuit :

- 6.3.1.** Le circuit classique passant par le thalamus et se terminant sur le cortex somatosensoriel
- 6.3.2.** Le circuit passant par la formation réticulée vers le système limbique qui joue un rôle critique dans les émotions et les motivations. Ce circuit explique que le sujet paraplégique continue à expérimenter son corps désafférenté en terme affectif : douloureux, agréable, épuisant. Il est à noter que l'auteur n'introduit pas ici une motivation plus fondamentale qui est celle d'avoir un corps. Peut-être est-ce dans le système limbique que se situe le fondement de l'image du corps comme expression de l'image de soi, un "je suis" qui implique généralement un corps. Pour l'épileptologue Williams (1968), par exemple, le lobe temporal avec ses sous structures limbiques « est d'une importance vitale dans l'intégration de toutes les sensations, qu'elles soient extéroceptives ou intéroceptives (...) et les émotions et humeurs passées et présentes, pour donner le sens de "je suis" »
- 6.3.3.** Le circuit impliquant principalement le lobe pariétal associatif et qui assure la reconnaissance de soi et l'évaluation de signaux sensoriels. Cette région nous assure que c'est bien notre corps.

7. Mécanismes entrant dans la perception du membre fantôme

Selon Franoise Dalto, le corps est une réalité somatique tandis que l'image est une réalité psychique

7.1.Schéma corporel :

La notion du schéma corporel date du début du XXe siècle, elle est introduite par Bonnier et Head.

Cette notion faisait auparavant appel à la notion de « cénesthésie », « une sensibilité générale qui représente l'état du corps alors que la sensibilité la renseigne sur le monde externe et que le sens interne donne représentations, jugement, idées et concepts ». (Huber, 1794, cité par Starobinski, 1977).

« Les psychanalystes insistent sur le caractère anonyme du schéma corporel, par contraste avec image du corps qui est, elle, personnellement subjectivement investie ». (Berthaud et Gibello, 1970 ; Dalto, 1984).

Selo Bonnier (1902) et Head (1911) ; le schéma corporel est spécifique à chacun, c'est la représentation que chaque individu se fait de son corps, de ses différentes parties, de sa position afin de lui permettre de se situer dans l'espace. C'est donc une représentation non consciente que notre cerveau dispose, elle permet un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement spatial (Coslett, 1998).

Ajuriaguerra (1970) a défini le schéma corporel comme suite « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence ou il permet leur significations »

Le schéma corporel se forge tout au long de l'enfance, notamment par le stade miroir, entre 4 et 6 mois, l'enfant ne se reconnaît pas devant le miroir, son reflet n'est pour lui qu'une autre personne. Entre 6 et 8 mois, il découvre que l'être vu dans le miroir est une image sans savoir qu'elle lui correspond. À l'âge d'un an l'enfant comprend que c'est son propre corps qu'il voit. L'acquisition de ce schéma permet à l'enfant de prendre conscience de sa singularité et de son unité.

Ce schéma est caractérisé par sa stabilité, et sa résistance aux manipulations du corps physique, ainsi qu'aux modifications traumatiques. À l'instar des illusions des amputés on peut confirmer la résistance du schéma corporel face aux modifications traumatiques ; le membre est amputé mais la représentation du corps entier persiste et c'est à cette représentations topographique pourtant devenue illusoire que sont rapportées les sensations perçues, d'où l'expression du membre fantôme.

7.2. L'image du corps

L'image du corps diffère du schéma corporel tout en étant un concept lié, le schéma corporel fonctionne de façon automatique alors que l'image du corps est l'objet d'une intentionnalité réflexive (Gallgher,2006).

Au cours des années 1930, l'image du corps ou ce qu'on pourrait appeler « la subjectivité du corps », a été étudié par le psychologue du développement Wallon. Selon lui la notion du corps propre se développe d'abord chez l'enfant, elle traitée par l'enfant comme s'il était fait de parties distinctes, animés chacun d'une vie personnelle

7.3. L'hallucinoïse :

Le terme hallucinoïse ou sensation fantôme, désigne généralement l'impression que la partie manquante du membre amputé est encore présente, l'hallucinoïse n'est pas une douleur mais une sensation de la présence d'une absence

Cette sensation est typiquement décrite comme des picotements, léger fourmillement, décharge électrique, démangeaisons, chaleurs, etc. (Carlencité par Rouillet et al.,2009)

Le sujet garde une mémoire du membre et avoir l'impression de pouvoir bouger son membre inexistant, sentir son alliance alors qu'il n'a plus de main par exemple (Rouillet et al.,2009)

Selon Riddouche, les sensations du membre fantôme apparaissent après l'ablations d'organes comme le sein, le rectum ou encore les organes génitaux, elles sont dites « positives » car elles n'engendrent pas de douleur.

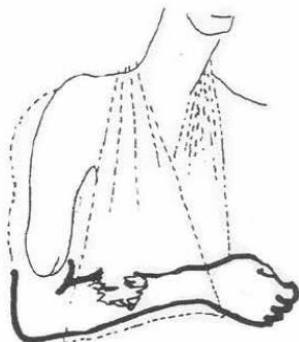
L'hallucinoïse peut varier en fonction des situations dans lesquelles se trouve le patient. Elle peut être influencée par de nombreuses causes comme l'état du moignon, les variations climatiques et des facteurs cognitifs.

7.4. L'alghallucinose :

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » 7

Les douleurs du membre fantôme ou l'algohallucinose, sont reconnues comme des douleurs neuropathiques essentiellement lorsqu'elles sont la conséquence de développement névrotique. Elles sont ressenties lorsque le cerveau envoie des messages de douleurs à un membre qui n'est pas là.

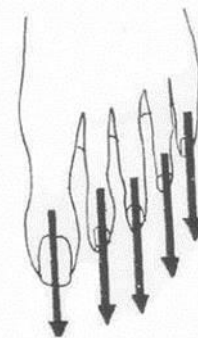
L'algohallucinose comprend les douleurs du membre fantôme mais également celle du reste du corps. Les douleurs rapportées sont souvent une exagération des perceptions non douloureuses, elles peuvent également être différentes comme des décharges électriques, coup de couteau, sensations de brûlure, sensations d'étau, écrasement, crampe, picotement, palpitations, etc. Elles peuvent évoluer avec le temps et ont tendances à être présente aux parties distales du membre fantôme. (Henter et al.,2008).



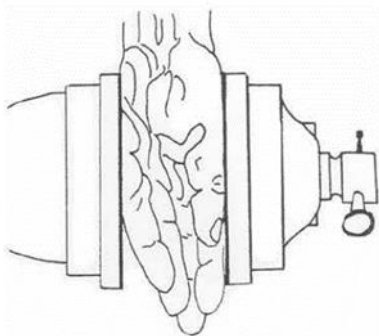
Les os du bras amputé sont brisés en éclats.



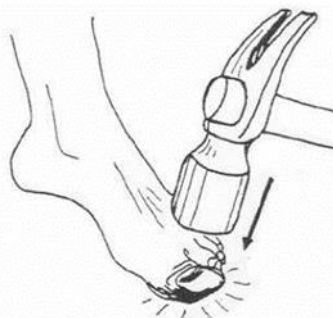
Pour l'amputé au-dessus du genou, une sensation que le péroné et le tibia se brisent en deux.



Étirement des orteils.



Une main écrasée dans une presse.



Un marteau écrase le gros orteil.



Une sensation cuisante comme si on frottait un câble entre le gros et le deuxième orteil.

Images : Exemples des algohallucinoses ressenties chez les amputés.

8. Classification des perceptions et illusions corporelles après amputations

Une analyse sémiologique a été faite pour distinguer les principales catégories d'anomalies perceptives ; perception de la situation réelle, illusion de normalité corporelle, et les membres fantômes.

8.1. Perception de la situation réelle : Une absence de perception est manifeste chez le patient en situation d'attention dirigée elle correspond à la situation que l'on serait en droit d'attendre compte tenu de la suppression totale des afférences. Le patient face à cette situation devrait expérimenter une absence ou un vide en lieu et place du segment manquant ne donne pas lieu dans ce cas à une substitution fonctionnelle.

8.2. Illusion de normalité corporelle : dans cette situation le patient perçoit son corps quasi normalement, identique à ce qu'il était avant l'amputation, où ne manque aucun segment corporel. Cette perception est dite « perception neutre », c'est-à-dire qu'elle ne donne pas lieu à l'identification et à l'isolement du membre amputé, ce dernier est perçu de la même façon que les membres sains.

L'illusion du « corps normal » est l'épanage des situations d'attention non spécifiquement dirigées sur le segment manquant ; elle se rencontre donc au quotidien dans tous les cas de fonctionnement automatique ou routine ainsi dans quelques états de baisse de la vigilance, par exemple un amputé du pied lors d'un réveil nocturne pour satisfaire un besoin naturel, et du fait de cette situation d'intégrité, « oublie » de chausser sa prothèse et chute.

8.3. Membres fantômes : c'est une acuité perceptive caractérisée par une perception exagérée d'un ou des segments corporels manquants, cette perception exagérée les différencie ainsi des membres sains. Le membre fantôme peut être perçu comme normal ou déformé tant dans sa composante morphologique que posturale ou même cinétique. Il peut, en outre, donner lieu à diverses perceptions commémorant des événements ayant concerné le membre avant amputation.

De même, il peut parfois être décrit comme mobilisable par la volonté, parfois comme animé de mouvements spontanés non contrôlables et indépendants de la volonté du patient.

8.3.1. Fantômes de membres normaux : le fantôme de membres normaux est caractérisé par la perception de segments corporels dont la morphologie, les postures et les mouvements sont normaux, mais dont l'acuité perceptives est accrue par rapport à celle des autres membres.

Le membre fantôme adopte la position attendue compte tenu de la position occupée par les segments corporels intact, il est donc perçu comme directement et normalement rattaché au corps. Par exemple, le genou du membre amputé est perçu comme fléchi lors de la position assise, de même la jambe amputée est perçue comme étendue en position couchée.

8.3.2. Fantômes de membres déformés ou anormaux : cette situation se caractérise par la perception du segment corporel morphologiquement anormal dans sa longueur ou son volume, vide absent ou télescopés (pied fantôme relié directement au genou). Le membre fantôme peut adopter des positions anormales (non conformes à la position attendue compte tenu de celle des autres segments corporels).

8.3.3. Fantômes de membres commémoratifs ou fantômes de rappel : patient revit l'expérience d'impressions antérieures à l'amputation, ça correspond à des souvenirs autobiographiques, douloureux ou pas, ayant concerné le membre avant amputation ou parfois à l'état dans lequel se trouvait le membre avant ou au moment où le traumatisme accidentel s'est produit ou encore dans conditions qui précédaient l'intervention chirurgicale.

Conclusion :

L'amputation est une chirurgie mutilante qui est mise en place pour éviter des complications incontournables. Elle touche le sujet dans son intégrité physique, psychique, dont elle engendre un handicap ainsi que l'apparition du syndrome du membre fantôme, où le sujet ressent la présence d'un membre absent. Face à cette situation l'amputé doit mobiliser une stratégie appelé la résilience pour surmonter cette situation.

Partie pratique

Chapitre III
Méthodologie de la recherche

Préambule

L'étape de la méthodologie est indispensable pour chaque recherche, ainsi que pour une bonne organisation de l'étude. Ce chapitre est consacré à la présentation des différentes étapes qu'on a suivies, pour l'élaboration de notre travail.

1. La démarche de la recherche

Toute élaboration d'un travail nécessite un ensemble de démarche, pour une bonne organisation et une meilleure conduite d'une étude clinique. La méthode et la manière de faire une chose suivant certains principes, certaines règles et selon un certain ordre pour parvenir à un but.

1.1. La pré-enquête

L'étape de la pré-enquête est nécessaire avant d'effectuer une recherche scientifique, cette étape cruciale se réalise dans but de récolter les informations pertinentes sur notre population, l'élaboration de notre guide d'entretien, et dans le but de se perfectionner à la passation des tests. De même, la pré-enquête permet de fixer, une meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisés pour vérifier ses hypothèses.

1.2. La méthode clinique

Afin d'aboutir aux objectifs tracés pour ma recherche et de vérifier mes hypothèses, on a opté pour la méthode clinique, cette dernière contient tout ce qu'on a besoin pour développer l'étude de cas : observations, entretien, tests et échelles.

La méthode clinique « est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent 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 déterminé ». (SILLAMY N. 2003)

L'étude de cas est généralement utilisée par les cliniciens pour élaborer une étude approfondie, ainsi que tenter de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances des survenues actuelles et passées.

Pour les psychologues, l'étude de cas est utilisée afin de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la

clarification passée et présente etc. l'étude de cas enrichit la connaissance en science humaine dans la mesure où elle favorise les productions des représentations subjectives en situation et en relation, ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste.

Rappelons pour cela subjectivité ne signifie pas absence de rigueur. (CHAHRAOUI. BENONY.1999)

L'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche, est qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différentes dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitive, etc.). Elle permet d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux. (CHAHRAOUI K. BENONY H. 2003)

La méthode qualitative s'inscrit dans un paradigme constructiviste, elle s'appuie sur la collection, la description, l'analyse et l'interprétation de données non chiffrées, et à comprendre les comportements, les attitudes des individus étudiés. Ces outils seront donc différents avec par exemple des entretiens et des questions de type questions ouvertes (entretien semi-directif ou non directif). (Marie Santiago Delefosse,2017)

2. Présentation du groupe de recherche :

Notre travail de recherche est censé être fait au sein d'un centre hospitalier universitaire, mais suite à la situation sanitaire que le pays travers les stages ont été annulé.

Par conséquence la rencontre de notre groupe de recherche a été faite au sein d'un cabinet d'un psychologue clinicien.

3. Critères d'inclusion :

- Les sujets de recherche doivent avoir 18 ans et plus pour s'assurer que la période de l'acquisition de l'image de corps et du schéma corporelle est accomplie.
- Les sujets de recherche doivent être amputés.
- L'amputation doit être faite avant plus de six mois pour s'assurer que la période du choc initial est passé.
- Les sujets de recherche ont ou ont déjà eu des sensations fantômes.

	Age	Niveau d'instruction	Situation Matrimonial	Profession	Niveau de l'amputation	Duré d'amputation.
Fayçal	21 ans	Étudiant universitaire	célibataire	Sans emploi	Articulation du genou gauche	9 mois
Djamel	67 ans	Master en langue arabe	marié	Retraité	Pied droit	2ans
Samia	35 ans	Master en langue française	célibataire	Sans emploi	Doigts de la main gauche	5 ans

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des cas étudiés.

4. Les outils d'investigation de la recherche :

4.1.L'entretien clinique :

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir des données au cœur de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles clinique, ou à l'observation directe. (HERVE B. ET AL. 1999, P.61)

Comme dans l'entretien clinique à visée diagnostic thérapeutique, il y a d'autres types d'entretien, tel que l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi directif. Dans notre recherche on s'est appuyé sur ce dernier.

4.2.L'entretien semi directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet par exemple. De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler

le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé (Chahraoui K. et Benony H. 2013, P16).

Il sait où il veut amener son interlocuteur, quelles thématiques il veut lui faire aborder. L'idée est déjà en tête face à son interlocuteur, les notions importantes qui l'ont conduit à décider de cet entretien, ou au moins les modalités de celui-ci, et dont l'abord constitue un objet majeur de l'entretien (Mareau, 2011, P45)

4.3.L'attitude du clinicien :

Il s'agit d'un entretien clinique produit à l'initiative du clinicien chercheur, car ici, le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et l'entretien dans une institution au titre de chercheur. La demande émane donc du chercheur et non pas du patient. (CHAHRAOUI.K, BENONY.H, 2003, P.62)

L'attitude du clinicien relève d'une véritable attitude déontologique, ainsi que le respect des droits fondamentaux des personnes, de leurs dignités, de leurs libertés, de leurs protections, du secret professionnel et implique le consentement libre, éclairé des personnes concernées. La notion du respect, implique un autre élément de l'attitude clinique qui est la neutralité bienveillante, le clinicien ne doit pas formuler de jugement, de critique, ou des approbations à l'égard du sujet, tout fois la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais s'assurer à la bienveillance, il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement.

Enfin, la dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique, il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. (HERVE B. ET AL. 1999, P.18-19)

5. Guide d'entretien :

Axe1 : Les informations personnelles :

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Quelle est votre niveau d'instruction ?
- Quelle est votre profession ?
- Avez-vous repris votre profession après l'amputation ?

Axe2 : Les informations sur l'amputation :

- Avez-vous une maladie chronique ?
- Quelle est la raison de l'amputation ?
- Depuis combien de temps vous êtes amputé ?
- Quel est le niveau de votre amputation ?
- Bénéficiez-vous une prothèse ? depuis quand ?

Axe 3 : Informations sur le membre fantôme :

- Ressentez-vous la présence de votre membre amputé ?
- Quelle est la fréquence de la présence de ce membre fantôme ?
- Quelle est sa nature ?
- Cette sensation vous gêne ?
- Ressentez-vous des douleurs au niveau du membre fantôme ?
- Quelle est la fréquence de ces douleurs ?
- Quelle est leur nature ?

Axe 4 : projection :

- Comment vous voyez dans l'avenir ?

6. Présentation de l'échelle de CD-RISC :

La Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) a été développé en 2003 par Kathyne Connor et Jonathan Davidson.

Cette échelle de résilience permet d'évaluer les facteurs de protection concourant à la résilience. Elle a été conçue pour répondre uniquement à l'évaluation des variables individuelles.

Cette échelle a été développée à partir d'une recension des écrits sur les caractéristiques personnelles relevées par les recherches s'y intéressant. Une fois les caractéristiques relevées, les auteurs ont élaboré les 25 énoncés de CD-RISC, lesquels ont été répartis en cinq facteurs.

- **1^{er} facteur** : il fait référence à la compétence personnelle, à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité (huit énoncés)
- **2^{ème} facteur** : il correspond à la confiance en ses propres instincts, à la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress (sept énoncés)
- **3^{ème} facteur** : il concerne l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives (cinq énoncés)
- **4^{ème} facteur** : il fait référence au sentiment de contrôle (trois énoncés)
- **5^{ème} facteur** : il s'associe à la spiritualité (deux énoncés)

Une échelle de format Likert en cinq ponts a été retenue pour répondre à chacun des items :

0 = pas du tout à 4 = pratiquement tout le temps.

1. Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.
2. J'ai eu au moins une relations proche et sure qui m'aide lorsque je suis stressé (e).
3. Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou dieu peuvent l'aider.
4. Je peux gérer toutes les situations qui se présentant à moi.
5. Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.
6. J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confronté (e) à des problèmes.
7. Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e).
8. J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.
9. Bonnes ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.
10. Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.
11. Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.
12. Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.
13. En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.
14. Sous pression, je reste concentré (e).
15. Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.

16. Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec.
17. Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.
18. Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.
19. Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.
20. Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.
21. Je sais où je veux aller dans la vie.
22. Je sens que je maîtrise ma vie.
23. J'aime les défis.
24. Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.
25. Mes réussites me procurent de la fierté.

Chapitre IV

Présentation et analyses des résultats

Préambule

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats de l'échelle (CD-RISC) pour l'évaluation de la résilience. Et on termine par une discussion sur les résultats obtenus chez nos trois cas.

1. Présentation du cas de Fayçal

1.1. L'analyse de l'entretien clinique :

Monsieur Fayçal, 21 ans célibataire, étudiant universitaire et joueur de foot en salle. Suite à son amputation Fayçal a quitté son équipe de foot ainsi que ses études.

Fayçal s'est montré coopérative avec nous, il a accepté de participer à la recherche, nous avons effectué un entretien semi directif et un test durant lesquelles il a montré un bien être, il était souriant tout au long de la séance, ce qui témoigne un bon transfert.

1.2. Informations sur l'amputation :

Fayçal n'a aucune maladie chronique. il a fait amputé au niveau de l'articulation du genou suite à un accident de moto, 9 mois après son il ne porte pas de prothèse « je ne veux pas de prothèse pour le moment j'essaye d'abord d'accepter mon nouveau corps ».

1.3. Information sur le membre fantôme :

Suite à ce traumatisme des sensations fantômes se sont apparus, Fayçal souffrait d'une acuité de perception commémorative. « Je ne me souviens pas très bien mais ça devrait être au cours de la semaine de mon amputation, j'ai cru que j'allais devenir fou Wallah (au nom de dieu) je voyais mon pied écrasé c'était affreux, je pense c'est la dernière chose que j'ai vu avant que je perds conscience et qu'on m'emène à l'hôpital ».

« Je sentais ça à chaque fois que je me réveille ou quand je suis entouré de gens. D'ailleurs c'est pour ça j'ai quitté mon chez moi et je suis allé à mon village là-bas je vis avec mes grands-parents depuis 5 mois et je vais mieux. »

Les douleurs du membre chez Fayçal sont rares « oui je ressens parfois des douleurs c'est comme des pique d'aiguille. Ça ne me gêne pas trop c'est des douleurs supportables, ce qui me gêne c'est ma jambe écrasée que je vois je suis conscient qu'elle n'existe plus mais je la vois toujours. »

1.4. Projection :

Fayçal compte reprendre ses études malgré son handicap « je compte bien reprendre mes études dès qu'il vont l'annoncer je ne sais pas comment ça va se passer mais c'est dieu qui a voulu que je deviens comme ça 9adara allah wa ma chaa fa3al (dieu a prédéterminé et il a fait ce qu'il voulait). « D'ailleurs heureusement que qu'on a était confinés si non j'aurai refait mon année hahaha ».

1.5. Analyse de l'échelle CD-RISC :

Après la cotation du test CR-RISC, on a constaté que la résilience générale de Fayçal est estimée de 71, introduite dans la catégorie moyenne ce qui explique que la résilience générale est moyenne.

En se référant au test de CR-RISC l'analyse des résultats du sujet Fayçal selon les facteurs est comme ce qui suit :

- Dans le facteur *persistance/ ténacité et sens de l'efficacité personnelle*, Fayçal a eu 32 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est fort.
- Dans le facteur *contrôle émotionnel et cognitif sous pression*, Fayçal a eu 20 ce qui explique le résultat de ce facteur est faible.
- Dans le facteur *capacité de rebondir*, Fayçal a eu 16 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est moyen.
- Dans le facteur de *contrôle/sens*, Fayçal a eu 5 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est faible.
- Dans le facteur de spiritualité, Fayçal a eu 8 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est fort.

Dimension	P	Cé	Cr	C	S	Générale
	32	20	16	5	8	71

Tableau 1 : présentation des résultats de l'échelle CR-RISC du cas de Fayçal.

1.6. Analyse du cas :

En se référant à la résilience générale et ses facteurs nous confirmons que le sujet Fayçal est d'une résilience moyenne.

Résumé du cas :

Durant l'entretien Fayçal avait éprouvé une certaine souffrance par rapport à son état actuel ça nous a permis de récolter des informations pertinentes et essentiel du cas.

Par ailleurs, les résultats du test de CR-RISC confirment que le sujet Fayçal a une résilience moyenne.

2. Présentation du cas de Djamel

2.1. L'analyse de l'entretien clinique :

Djamel homme âgé de 67 ans, marié, son niveau d'instruction est universitaire il a une licence en langue arabe, auparavant enseignant au primaire de son village.

Monsieur Djamel a accepté de participer à cette recherche avec agrément. Un transfert positif a marqué sa relation avec nous, ce qui nous a permis d'effectuer un test et un entretien clinique.

2.2. Informations sur l'amputation :

À l'âge de 60 ans Djamel est diagnostiqué diabétique, un régime alimentaire lui a été prescrit. « Je me souviens de cette période je grignotais je n'arrêtais pas de manger même ma femme me disait tu vas tomber malade, quelques mois après je sentais des douleurs quand j'urinais j'avais très mal rohegh chez mon médecin (je suis allé chez mon médecin) » ce dernier lui annonce son atteinte de diabète « à ce moment j'étais découragé j'ai culpabilisé lokan akhir hodregh imaniw et sehaw (j'aurai dû prendre soin de moi et de ma santé) j'ai eu peur des plaies diabétique mais malheureusement 4 ans après j'en ai eu un ».

Un an après son atteinte du plaie diabétique et suite aux échecs des soins son médecin lui annonce qu'une amputation au niveau du syme du pied est obligatoire. « Je me suis soigné pendant une année ya3ni pour rien 3elemgh aytheksen miydina tbib s3igh un plaie inayid ot9eli9 ara ça se soigne mais mizaregh atariw izegzew itwatch ilkl découragigh ilkl osenwigh

ara adlah9egh gh wancha lokan ghas hodregh imaniw 9bel ma tfegh lehlak nesker (je me suis soigné pendant un an mais pour rien, je savais qu'ils vont m'amputé dès que le médecin me l'a annoncé, il m'avait dit de ne pas m'inquiéter que ça soigne. Mais quand j'ai vu mon pied qui devient tout bleu ensuite noir et puent ça m'a découragé, je n'ai jamais pensé que cela va m'arriver, si seulement j'ai pris soin de moi avant que je tombe malade) »

2 ans après son amputation Djamel ne porte pas de prothèse « non, je ne veux pas de prothèse je me suis habitué à ça. Je n'en ai pas besoin ».

2.3. Information sur le membre fantôme :

Djamel sentait la présence de son membre absent dès son réveil à l'hôpital. Des sensations de fourmillement ainsi que des picotements au niveau du segment manquant. Son médecin l'a rassuré suite à ses plaintes mais monsieur Djamel se sentait coupable de ce qui lui arrivait.

« Oui zaregh et shosayegh zyes ar tora mazal teroyi, mizrigh Atariw abrid amezwar khel3egh nwighas dayen heblegh. Nighas itbib inayid okhel3egh ara normal teroyasen aka. Mais toujours tmekthayghed d neki id seba i wayen iyitran lokan ghas hodregh imaniw (oui je voyais mon pied et je le sentais sa présence d'ailleurs, jusqu'à présent ça m'arrive. La première fois quand je l'ai vu j'avais peur j'ai cru que je suis devenu fou. J'en ai parlé à mon médecin il m'a rassuré. Mais je suis coupable de ça j'aurai dû prendre soin de moi) »

« Tiswi3in i9erhiyi machi des fortes douleurs mais abhal tiseynathin kan ye3ni (des je sens des douleurs elle ne sont pas fortes c'est comme des picotement d'aiguille) ».

2.4. Projection :

Monsieur Djamel se trouve assez âgé pour se projeter dans l'avenir, il vit chaque jour comme lui est destiné « dayen mghoregh olch dacho iydi9imen ad3icheghkan ayen iyiktheb rebi (je suis âgé je vais vivre ce qui m'est écrit) ».

2.5. Analyse de l'échelle CD-RISC :

Après la cotation du test CR-RISC, on a constaté que la résilience générale de Djamel est estimée de 43, introduite dans la catégorie faible ce qui explique que la résilience générale est faible

En se référant au test de CR-RISC l'analyse des résultats du sujet Djamel selon les facteurs est comme ce qui suit :

- Dans le facteur *persistance/ ténacité et sens de l'efficacité personnelle*, Djamel a eu 17 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est faible.
- Dans le facteur *contrôle émotionnel et cognitif sous pression*, Djamel a eu 7 ce qui explique le résultat de ce facteur est faible.
- Dans le facteur *capacité de rebondir*, Djamel a eu 7 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est faible.
- Dans le facteur de *contrôle/sens*, Djamel a eu 4 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est faible.
- Dans le facteur de *spiritualité*, Djamel a eu 8 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est fort.

Dimension	P	Cé	Cr	C	S	Générale
	17	7	7	4	8	43

Tableau 2 : présentation des résultats de l'échelle CD-RISC du cas de Djamel.

2.6. Analyse du cas :

En se référant à la résilience générale et ses facteurs nous confirmons que le sujet Djamel est d'une résilience faible.

Résumé du cas :

Durant l'entretien Djamel avait éprouvé une certaine souffrance et une culpabilité par rapport à son état actuel ça nous a permis de récolter des informations pertinentes et essentielles du cas.

Par ailleurs, les résultats du test de CR-RISC confirment que le sujet Djamel a une résilience faible.

3. Présentation du cas de Samia :

3.1. L'analyse de l'entretien :

Samia femme âgée de 35 ans, femme au foyer célibataire. Titulaire d'une licence en langue française.

La jeune femme s'est montrée coopérative avec nous, nous avons effectué un entretien clinique et un test psychologique avec elle, durant lesquelles a montré un bien-être, elle était dynamique, souriante, et de bonne humeur tout au long de la séance ce qui témoigne un transfert positif de sa part.

3.2. Informations sur l'amputation :

Samia n'a aucune maladie chronique, elle s'est faite amputer les doigts de la main gauche suite à un accident de voiture depuis 5 ans. « Ça fera bientôt 5 ans que j'ai perdu mes doigts. C'était la fête du mariage de ma cousine, malheureusement la voiture où j'étais s'est renversée. Je me suis réveillée sur un lit d'hôpital, j'ai eu pleins de fractures dans mon corps... et sans mes doigts. » « Je regrette tellement de ne pas avoir écouté ma mère j'ai refusé quand elle m'a demandé d'aller avec elle dans la même voiture mais je suis parti avec mes cousines. C'est là que l'accident s'est produit »

Samia ne porte pas de prothèse « je n'ai jamais pensée à ça je me dis juste je dois accepter mon sort ».

3.3. Information sur le membre fantôme :

5 ans après son amputation, mademoiselle Samia ressent la présence de son segment amputé. Ces sensations sont moins fréquentes par rapport à la première année de l'amputation. « Pendant ma première année oui je sentais la présence de mes doigts j'avais même des douleurs comme si y a une machine qui écrase ma main c'est tellement désagréable. La première fois j'ai cru que je suis devenue folle, comment ça se fait que je vois mes doigts alors que je sais qu'ils ne sont pas là. J'en ai parlé à mon médecin il m'a rassuré que c'est tout à fait normal il m'a donné des calmants pour les douleurs, mais après je n'ai pas consulté je me dis que je n'ai pas un autre choix que de vivre avec ça. Je suis la seule coupable de ce qui m'est arrivé j'aurai dû écouter ma mère mais bon je n'ai rien à faire maintenant, je vais juste finir ma vie avec cet handicap. »

3.4. Projection :

Samia n'a aucune projection dans l'avenir. « Je ne me projette pas j'avais des projets à réaliser que je ne veux plus faire maintenant je préfère rester à la maison je n'aime pas mon qu'on me regarde mal je n'aime pas le regard des gens plein de pitié il restera un obstacle pour le restant de ma vie, même le mariage je ne veux pas de ça je préfère rester seule.

3.5. L'analyse de l'échelle CD-RISC :

Après la cotation du test CR-RISC, on a constaté que la résilience générale de Samia est estimée de 46, introduite dans la catégorie faible ce qui explique que la résilience générale est faible.

En se référant au test de CR-RISC l'analyse des résultats du sujet Samia selon les facteurs est comme ce qui suit :

- Dans le facteur *persistance/ ténacité et sens de l'efficacité personnelle*, Samia a eu 16 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est fort.
- Dans le facteur *contrôle émotionnel et cognitif sous pression*, Samia a eu 7 ce qui explique le résultat de ce facteur est faible.
- Dans le facteur *capacité de rebondir*, Samia a eu 10 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est moyen.
- Dans le facteur de *contrôle/sens*, Samia a eu 7 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est faible.
- Dans le facteur de *spiritualité*, Samia a eu 8 ce qui signifie que le résultat de ce facteur est fort.

Dimension	P	Cé	Cr	C	S	Générale
	16	7	10	7	8	46

Tableau 3 : *présentation des résultats de l'échelle CD-RISC du cas de Samia.*

3.6. Analyse du cas :

En se référant à la résilience générale et ses facteurs nous confirmons que le sujet Samia est d'une résilience faible.

Résumé du cas :

Durant l'entretien Samia avait éprouvé une certaine souffrance et une culpabilité par rapport à son état actuel ça nous a permis de récolter des informations pertinentes et essentiel du cas.

Par ailleurs, les résultats du test de CR-RISC confirment que le sujet Fayçal a une résilience moyenne.

Conclusion

Pour conclure, on déduit que deux de trois cas sont d'une faible résilience. Concernant le troisième cas possède une résilience moyenne.

Discussion des résultats

On reprend dans ce chapitre, notre hypothèse pour pouvoir la discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle de CD-RISC pour mesurer la résilience, on a constaté que la plus part des cas étudiés présentent une faible résilience à ce syndrome du membre fantôme.

Djamel : en se référant à la résilience générale et ses facteurs nous confirmons que le sujet Djamel est d'une résilience faible d'après les résultats du test de CD-RISC.

Samia : en se référant à la résilience générale et ses facteurs nous confirmons que le sujets Samia est d'une résilience faible d'après les résultats du test de CD-RISC.

Pour l'autre cas il présente une moyenne résilience,

Fayçal : en se référant à la résilience générale et ses facteurs nous confirmons que le sujets Fayçal est d'une résilience faible d'après les résultats du test de CD-RISC

Nous pouvons donc confirmer notre hypothèse générale

Oui, la qualité de résilience chez les amputés ayant le syndrome du membre fantôme est faible.

Cas	CD-RISC
Fayçal	71
Djamel	43
Samia	46

Tableau 4 : *tableau représentant les résultats des cas étudiés*

Notre résultat va dans le sens de ce qui a été cité dans la partie théorique, en terme de psychologie clinique, le processus dynamique que nomme la résilience, cette variable peut se définir comme incluant : a) le ressaisissement de soi après un traumatisme ; b) la reconstruction ou le développement normal en dépit des risques ; et c) un rebond psychologique avec une force mobilisable dans d'autres circonstances

Le modèle cognitivo-comportementaliste 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 observables, pour rendre compte de l'état de résilience. Cette approche fait ainsi référence à deux concepts centraux : le stress et le coping.

Selon Boris Cyrulnik, le coping est un mode de comportement et de configuration qui vise à faire face à une situation, à développer des stratégies adaptatives selon les modalités habituellement comprises comme conscientes et volontaires.

En se référant à Parkes et C. Kolb, qui disent qu'il y a un lien entre le coping qui est l'un des concepts centraux de la résilience et le membre fantôme. Le coping dont le catastrophisme et la dramatisation affecte la réorganisation corticale du patient amputé. Lors de la période suivant l'amputation, une augmentation de l'intensité de la douleur est marquée chez les patients, des changements neurobiologiques sont retrouvés, associés au développement de la douleur fantôme, ces changements sont produits simultanément à l'adaptation du patient à sa douleur, à la chirurgie défiguratrice à la réhabilitation.

Conclusion

L'amputation, l'acte traumatique qui vient affecter le schéma corporel, l'image corporelle, la vie quotidienne, les relations sociales et la vie professionnelle. Elle mène aussi à l'apparition du syndrome du membre fantôme qui touche la plupart des cas amputés.

Dans ce travail, on a posé une question à laquelle nous avons tentée d'apporter des réponses grâce à des ouvrages consultés, et des cas analysés, concernant évidemment les deux variables traitées ici, en l'occurrence la résilience et les amputés ayant le syndrome du membre fantôme.

L'hypothèse concernant la qualité de résilience chez les amputés ayant le syndrome du membre fantôme, a été confirmée à 2 des 3 cas amputés atteints du syndrome du membre fantôme présentent une faible résilience.

Enfin, il faut noter que cette recherche reste une unique expérience en terme de ce qu'on a vécu comme difficultés et obstacles causés par la période de pandémie du COVID19 que le monde a traversé.

Et en terme d'apprentissage, à travers laquelle nous avons acquis un bagage sur le plan, personnel, humain, et en particulier sur le plan pédagogique on a enrichi nos connaissances théoriques. Ainsi, elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de santé à savoir le syndrome du membre fantôme chez les amputés, et comprendre leur vécu psychique et leurs souffrances.

Nous avons essayé d'apporter de l'aide pour nos cas en leur proposant de porter des prothèses, chose qui leur sera utile pour se réintégrer dans leur vie quotidienne et sociale.

Pour conclure, nous souhaitons que cette étude ouvre une voie et soit d'une contribution à d'autres études ultérieures, et de mettre l'accent sur le syndrome du membre fantôme et son influence et lien avec le psychisme des malades.

Nous avons pensé à une question de perspective qui peut être recherchée dans des études ultérieures, et qui est comme suite :

Quel est l'impact de la vulnérabilité de la personne sur la persistance du syndrome du membre fantôme ?

Liste bibliographique

Liste bibliographique :

1. André JM, paysant J, martinet N, et all. Classification et mécanismes des perceptions et illusions corporelles des amputés. Ann readapt med phys 2001 ;44 :13-8
2. Bruchon-Schweitzer M., Quintard B, 2001, « Personnalité et maladies : stress, coping et ajustement. », Paris, édition Dunod Chahraoui.K, & Benony.H,2003, « l'entretien clinique », paris, édition Dunod.
3. Chahraoui.K & Benony.h,2003, « méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique », paris, édition Dunod.
4. Cyrulnik.B,1999, « la résilience : un espoir inattendu », ramorville saint-agne.
5. Cyrulnik.B, 1999, « un merveilleux malheur », paris, odile jacob
6. Herve.B, et all, 1999, « l'entretien clinique », paris, édition dunod
7. Lemaire C. 1998, « Membres fantômes. », Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
8. Lighezzolo.J, & tychey (De) C.,2004, « la résilience (re) construire apres le traumatisme », paris, inpress.
9. Lhermitte J. de l'image corporelle. Rev neurol 1942 ;74 :20-38
10. Loïc Le Chapelain, Jean-Marie.B, Noël Martinet, Anne Viehl-Ben Meridja, Jean Paysant, Jean-Marie André, 2013, Les troubles des représentations du corps après désafférentation,cairn.info, (Volume 2), p212 à 220, <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-212.htm#>Manciaux.M, 1999, « conclusion, souffrir mais se construire », remonville saint-agne
11. Marie anaut,2005, « le concept de résilience et ses application clinique », édition association de recherche en soin infirmiers (ARSI), 100.DOI :10.3917/rsi.082.004
12. Paul, robert,2016, « dictionnaire le rebert », paris, édition pierre de coubertin
13. Scelles.R,2002, « introduction processus de résilience, question pour le chercheur et le praticien » paris, inpress
14. Sillamy.N, 2003, « dictionnaire de psychologie », Québec, édition Larousse

Site internet :

1. Amandine Theis, 2006, « approche psychodynamique de la résilience », thèse de doctorat, université de Nancy 2 repéré en
« <https://www.psychanalyse.com/pdf/APPRCOHE%20PSYCHODYNAMIQUE%20>

[DE%LA%20RESILIENCE20-%ETUDE%20CLINIQUE%20\(317%PAGES%20-%20,7%20Mo\).pdf](#) »

2. ASSOCIATION DE DEFENSE ET ETUDE DES PERSONNES AMPUTEES.
Conséquence psychologique. [En ligne]. Repéré en
« <http://www.wadepa.fr/reeducation/conséquences-psychologiques> »
3. ASSOCIATION DE DEFENSE ET ETUDE DES PERSONNES AMPUTEES.
Douleurs liées à l'amputation. [En ligne]. «
<http://www.wadepa.fr/reeducation/douleurs-liees-a-l'amputation>»
4. LAROUSSE <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/amputation/>

Annexes

Annexe 1

3. Guide d'entretien :

Axe1 : Les informations personnelles :

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- Quelle est votre niveau d'instruction ?
- Quelle est votre profession ?
- Avez-vous repris votre profession après l'amputation ?

Axe2 : Les informations sur l'amputation :

- Avez-vous une maladie chronique ?
- Quelle est la raison de l'amputation ?
- Depuis combien de temps vous êtes amputé ?
- Quel est le niveau de votre amputation ?
- Bénéficiez -vous une prothèse ? depuis quand ?

Axe 3 : Informations sur le membre fantôme :

- Ressentez-vous la présence de votre membre amputé ?
- Quelle est la fréquence de la présence de ce membre fantôme ?
- Quelle est sa nature ?
- Cette sensation vous gêne ?

- Ressentez-vous des douleurs au niveau du membre fantôme ?
- Quelle est la fréquence de ces douleurs ?
- Quelle est leur nature ?

Axe 4 : projection :

- Comment vous vous voyiez dans l'avenir ?

Annexe 2 :

L'échelle de CD-RISC :

À l'aide de l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas.

Pour chaque réponse, soyez les plus spontanés possibles.

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1. Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.
2. J'ai eu au moins une relations proche et sure qui m'aide lorsque je suis stressé (e).
3. Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou dieu peuvent l'aider.
4. Je peux gérer toutes les situations qui se présentant à moi.
5. Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.
6. J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confronté (e) à des problèmes.
7. Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e).

8. J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.
9. Bonnes ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.
10. Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.
11. Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.
12. Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.
13. En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.
14. Sous pression, je reste concentré (e).
15. Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.
16. Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec.
17. Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.
18. Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.
19. Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.
20. Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.
21. Je sais où je veux aller dans la vie.
22. Je sens que je maîtrise ma vie.
23. J'aime les défis.
24. Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.
25. Mes réussites me procurent de la fierté.

Résumé :

Les douleurs fantômes sont retrouvées chez 50 à 80% des sujets. Suite à une amputation, des changements au niveau du système nerveux ainsi qu'une profonde détresse psychologique ont été observés chez ses patients. Ce qui mène à La sensation fantôme, qui consiste en l'impression que le membre amputé est encore présent

Notre recherche porte sur « qualité de résilience chez les amputés ayant le syndrome du membre fantôme ». L'étude a été réalisée à partir de deux outils de recherche, le premier est l'entretien semi directif, et le deuxième est une échelle de mesure de résilience appelée « La Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ».

Abstract

Phantom limb is found in 50 to 80% of subjects after an amputation. This sensation has a negative influence on the daily life of the amputees. Changes in the nervous system occur and psychological distress were observed after an amputation and this leads to phantom limb. This feeling is the sensation in a limb that has been removed.

Our studie focused on « quality of resilience in amputees with phantom limb syndrome ». the study was conducted using two research tools, the first is the semi directif interview, and the second is a scale for measuring resilience called « Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ».