

République Algérienne Démocratique et Populaire

Université Abderrahmane Mira- Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de Fin de cycle en vue de l'obtention d'un diplôme de
Master en Psychologie Clinique

Thème

Le traumatisme psychique chez les amputés.

-Etude de sept cas-

Présenté par :

DJERADA Soria

BERAKBI Farida

Encadré par :

Mr AMRANE Lakhder

Année universitaire 2013/2014

Remercîment :

Nos remerciements les plus distingués vont :

A notre encadreur Mr Amrane Lakhdar pour ses précieux conseils et son accompagnement tout au long de notre recherche

A tous nos enseignants de License et master

Nos remerciements les plus chaleureux vont aussi à tous ceux qui ont contribués de près au de loin à la réalisation de notre travail

Djerada Soria

Berakbi Farida

Dédicace

Mes dédicaces vont à :

Mes parents, mes sœur mes frères et toute la famille Djerada

A mes copines et mes amis(e)

*Mes dédicaces vont à tous les amputés sans qui ce travail n'aurait pas vu le
jour*

Soria

Dédicace :

Mes dédicaces vont a :

Mes parents, mes frères et toute la famille berakbi,

A mes copines et mes amis(e)

*Mes dédicaces vont a tous les amputés grâce à qui on a réalisé ce
modeste travail.*

Farida

« Nous ne sommes pas seulement corps ou seulement esprit, nous sommes corps et esprit tout ensemble » Sand G

Sommaire

Table des matières

<i>Introduction générale</i>	1
------------------------------------	---

Partie théorique

Chapitre I : L'amputation

Préambule	3
1. Bref historique sur l'amputation	3
2. Définition des concepts	5
3. Evolution de l'amputation.....	5
4. Etiologie de l'amputation.....	6
5. Impacts de l'amputation	8
6. Les membres fantôme	14
7. Les douleurs du membre fantôme	14
8. Les rêves des sujets amputés	15
9. L'équipe soignante des amputés	16
10. Les rééducations précoces	19
11. La rééducation au centre	20
12. Traitement poste opératoire d'un amputé	20
13. Les facteurs concernant la réussite de la réadaptation d'un amputé	22
Synthèse du chapitre	22

Chapitre II : Le traumatisme psychique

Préambule	23
1. Bref historique sur le traumatisme psychique.....	23
2. Définitions des concepts.....	24
3. Etiologie du traumatisme psychique	26

4. Traumatisme psychique et la mort	27
5. Stress et trauma.....	27
6. Les Symptômes pathognomoniques d'un traumatisme psychique.....	28
7. Etiopathogenie du traumatisme psychique.....	29
8. Facteurs psychique de la survenue du traumatisme	29
9. La clinique du traumatisme psychique.....	29
10. Le tableau clinique du syndrome psychotromatique chronique.....	30
11. Honte et culpabilité	33
12. Le diagnostique du traumatisme selon le DSM VI	36
13. Diagnostique entre la réalité clinique et le système DSM VI et la CIM 10.	38
14. Du traumatisme a la résilience	38
15. La prise en charge traumatisme psychique	40
Synthèse du chapitre	41

Problématique et hypothèses

1. La problématique.....	43
2. Les hypothèses.....	45
3. Objectif de l'étude	45
4. Définition et opérationnalisation des concepts	45

Partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

Préambule	47
1. Pré – enquête	47
2. Méthode de la recherche.....	48
3. Objectif de l'étude de cas	48

4. Présentation du lieu de la recherche.....	49
5. Population d'étude	50
6- Techniques de la recherche.....	51
7. Objectif du Traumaq.....	51
8. Axes du guide de l'entretien.....	52
9. Etalonnage normalisé en cinq classes	53
10. La méthode suivie dans la présentation des cas.....	54
Synthèse du chapitre	55
Chapitre IV : Analyse de l'entretien, de l'échelle 'Traumaq' et discussion des hypothèses	
Préambule.....	56
1. Présentation et analyse des données des entretiens et des résultats de l'échelle du traumaq.....	56
2. Synthèse générale des cas	72
3. Discussion des hypothèses	73
Conclusion générale	76
Liste bibliographique	
Annexes.	

Introduction générale

Tous les jours des milliers de personnes sont confrontés à des événements terribles et traumatiques qui leur coûtent un membre de leur corps voir même leurs vie entière, sa peut être causé par des accidents des maladies ou autres.... Les personnes qui vivent ce genre d'événement traumatique sont confrontées à un bouleversement momentané ou durable dans son organisation psychique.

Beaucoup d'événements traumatogènes brusques comme les accidents, les catastrophes naturelles, actes violents...peuvent être à l'origine d'un traumatisme psychique, ils sont hors du communs, exceptionnels et surtout soudains et ils entraînent les individus dans un tourbillon de violence.

Ces événements engendre des répercussions sur le coté physique de la victime voire des modifications corporelles telles que les brulures grave, des cicatrices et des amputations.

L'amputation consiste en l'ablation d'un organe ou d'un membre du corps de l'individu.

Ajoutant aux séquelles physiques on trouve des perturbations voire une désorganisation psychique, car la victime va être face au réel de la mort, et elle sera confrontée à une situation qui la laisse dans un état de sidération de l'horreur, peut aussi débaucher vers un sentiment de honte et culpabilité.

Les chercheurs doivent se pencher d'avantage sur le traumatisme psychique pour que les personnes psychiquement atteintes puissent bénéficier d'une prise en charge adéquate et que leur vie et celle de leur famille soient moins affectées.

Après un traumatisme les individus réagissent différemment, parmi eux ceux qui arrivent à surmonter cet événement et continuent à vivre leurs vie et à ce projeter malgré cet événement traumatique qui a percuter leurs quotidiens, d'autre personne peuvent au contraire faire une fixation à l'événement traumatique, perdre gout à la vie, et ne plus éprouver aucun sentiment de sécurité ni de bien-être.

De ce fait la question du traumatisme chez les amputés doit être soulevée soit dans la clinique ou bien dans le champ de la recherche en psychologie.

Introduction générale

A travers notre recherche intitulé *le traumatisme psychique chez les amputés* nous allons tenter de savoir comment des personnes confronté a une amputation réagissent au bout d'une période.

Pour mener à bien cette recherche nous avons tracé un plan de travail et scindé le mémoire en quatre chapitres. Dont deux sont théoriques et deux autres sont pratiques

Nous commençons par une introduction générale suivie des deux chapitres théoriques.

Le premier chapitre est consacré à l'étude de l'amputation avec des définitions, son apparition et son évolution au file du temps sans oublier son impacte sur la personne.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude du *traumatisme psychique* dans lequel sont traitées diverses définitions du traumatisme ainsi qu'une présentation des différentes de cette dernière classification comme celle du DSM-IV.

Nous enchainons problématique, des hypothèses de travail que nous tenterons soit d'affirmer ou d'infirmer tout au long de cette recherche

Le troisième chapitre nous l'avons usité au cadre méthodologique qui englobe la population et le lieu de l'étude, les techniques de la recherche utilisées et les axes de notre guide d'entretien.

Le quatrième chapitre est consacré à l'analyse des données des entretiens, bien évidemment suivit de l'échèle du tramaq (questionnaire de l'évaluation du traumatisme) et la discussions de nos hypothèses.

Nous terminerons notre travail par une conclusion générale ou nous mettrons en valeur ce que nous avons dégagé de cette recherche.

Partie théorique

Chapitre I
L'amputation

Chapitre II : Amputation

Préambule :

L'amputation peut engendrer plusieurs séquelles sur le fonctionnement de l'individu, qu'elles soient sur le plan physique et bien évidemment sur le plan psychique, cette dernière quand elle surgit chez une personne changera le cours de sa vie en altérant son image du corps.

Dans ce présent chapitre nous définirons en premier lieu l'amputation (ses cause et ses conséquences) puis nous allons introduit un bref historique sur l'amputation afin de voir l'évolution de celle-ci au file du temps.

Bien que l'amputation puisse être associée à des causes très différentes comme nous allons le voir, celle-ci est toujours vécue comme un drame humain. La chirurgie pratiquant l'amputation est une chirurgie mutilante avec un impact sur la globalité de la personne.

1. Historique

On peut considérer que l'histoire des amputations commence le jour ou des archéologues découvrent dans un sarcophage égyptien une momie présentant au niveau d'un membre supérieur un appareillage de types prothétique.

A l'époque 2000 ans avant J.C, des hommes avaient donc déjà prévu de supplier artificiellement une absence partielle d'un membre.

L'histoire des amputations est bien entendu intimement liée à celle de la chirurgie on peut distinguer plusieurs périodes.

L'époque grecque : Hippocrate (460 avant J.C) dans son traité des articulations recommandait l'amputation en zone saine afin de résoudre douleurs et hémorragies.

L'époque Romaine : plein l'ancien (23-79 après J.C) dans son histoire naturelle évoqué un amputé. Marcus Sergius porteur d'une main de fer qui lui servait pour combattre.

Le moyen âge : Henri de Mondeville (1260-1321) professeur d'anatomie à Montpellier, chirurgien de Philippe le bel et de louis de hutin est partisan de la ligature systématique des artères au cours des amputations il restera longtemps incompris.

Chapitre II : Amputation

La renaissance : Ambroise paré (1510-1592) barbier chirurgien apprend son art sur les champs de bataille. Il est partisan lui aussi de la ligature des artères répand l'usage des pansements et supprime la cautérisation par le fer rouge et l'huile bouillante, il utilisait aussi pour les amputations du membre supérieur dans un but esthétique une main en cuire bouillie ou de papier collé.

L'époque napoléonienne : les techniques d'amputation connaissant leurs heures de gloires grâce à certains chirurgiens partiellement audacieux :

Jean –Dominique Larry (1766-1842) préconise dans sa thèse « l'amputation des membres à la suite de coups de fer » l'intervention immédiate pour éviter la gangrène. Il sera le premier à réaliser une désarticulation de hanche.

Alfred –Armand Verpeau (1795-1867) décrit une désarticulation du genou en 1830

Les amputations à cette période sont réalisées en l'absence d'anesthésie à des vitesses impressionnantes.

Le 17 décembre 1864 la chirurgie des amputations change de visage Liston en Angleterre réalise la première amputation de membre sans anesthésie générale. Des lors le chirurgien peut prendre son temps et donc parfois sa technique.

Fin de XIX^e siècle : En 1868 Hermann en Tchécoslovaquie et Schlegelmick et Hofmann en Allemagne découvrant et utilisent le principe du double recurvatum (hanche et genoux) pour l'appareillage des désarticulés de hanche.

Première guerre mondiale : cette guerre particulièrement meurtrière a laissée aussi de très nombreuses blessés et parmi eux des amputés : 90000 de coté allemand. 60000 du coté français. Une vaste étude sur l'amputation a pu être effectuée, les progrès constatés sur les techniques opérations et sur les techniques et d'apprentissage ont été très nets.

Deuxième guerre mondiale : A la fin de cette guerre on dénombrait plus d'un million d'amputés. Malgré les progrès toujours constant de la chirurgie des amputations deux problèmes restaient souvent posés : celui de la douleur du moignon et de l'appareillage.

Période contemporaine : Mondry en 1952 et Dedrich en 1956 perfectionnant la technique de l'ostéomyoplastie a fin d'assurer une bonne couverture indolore du Moignon aux USA.

Chapitre II : Amputation

Burgess en 1969 et Murdoch en 1983 cherchent à assurer la cicatrisation rapide du moignon en choisissant le niveau d'amputation le plus distal possible.

Ce rappel historique permet de constater l'évolution spectaculaire d'une part de la chirurgie des amputations et d'autre part de la réalisation et de l'adaptation des appareillages de compensation.

2. Définition de l'amputation :

2. 1'amputation : Une amputation est une opération qui consiste à enlever un segment de membre ou un membre.

3. L'évolution de l'amputation:

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

En ces temps reculés, les causes d'amputations étaient : multiples fréquentations d'animaux sauvages, batailles à coups de haches et autres silex, mais également châtiments tranchant prévus par les lois de certaines communautés. Malheureusement, peu d'hommes survivaient longtemps à l'amputation. En effet, comme les anesthésies étaient sommaires ou inexistantes, les antalgiques plutôt restreints (plantes médicinales locales connues), les antiseptiques sommaires (fumée, miel, huile très chaude pour la cautérisation), les outils « habituels » (scies, haches, voire mâchoires d'animaux), les pauvres malheureux n'avaient qu'une faible espérance de survie.

Ajoutons également les hémorragies non maîtrisées.

De toute façon, même s'ils sortaient vivant de l'amputation, les infections guettaient et les décimaient rapidement.

Ainsi, bien que l'amputation fût déjà une réalité en ces temps reculés, les chances de survivre et de porter un jour une prothèse étaient fortement réduites.

Il faut attendre la chirurgie des premiers grecs, largement pratiquée sur les champs de bataille. Avec Hippocrate, célèbre médecin grec du V^{ème} siècle avant J.C., proposait l'amputation pour les sujets atteints de gangrène et utilisait les ligatures contre les hémorragies.

Durant tout le Moyen Age, le système féodal européen empêcha tout progrès. Les techniques chirurgicales développées par les Grecs et les Romains ne furent plus enseignées

Chapitre II : Amputation

ni diffusées. C'était le retour de la barbarie et de l'ignorance. Les méthodes primitives étaient de nouveau employées : on coupe, on plonge dans l'huile chaude et on finit au fer rouge. S'en suit alors une longue période peu féconde au progrès, il faut attendre la Renaissance pour que certaines choses soient redécouvertes, que de nouvelles inventions voient le jour. Ainsi, Ambroise Paré (1509-1590), considéré comme le père de la chirurgie moderne, instaura la ligature des artères en lieu et place de la cautérisation après une amputation en 1552 au siège de Dam Villiers. Mais, il fut aussi un grand concepteur de prothèses. Il mit en effet au point le premier une prothèse de cuisse, reproductible en plus grand nombre rares.

Maintenant il devient possible de se faire amputer sans risquer sa vie et d'envisager une suite active. On peut ainsi citer comme exemple Sir Douglas Bader, héros de la R.A.F. (1939-1945), amputé fémoral et tibial après un accident d'avion qui réussit à réintégrer l'armée et repiloter. Des chasseurs avec deux prothèses. Les immenses progrès réalisés en médecine (chirurgie, anatomie, système vasculaire, système nerveux, bactériologie) et les nombreux candidats dus aux conflits armés ont permis de faire de grandes avancées dans le domaine de l'amputation. Et cela continue aujourd'hui essentiellement grâce au perfectionnement des prothèses qui visent à mimer le mieux possible la dynamique du membre manquant et ceci notamment grâce à l'utilisation de nouveaux matériaux, légers et résistants (plastiques, polymères, fibres de carbone), à de nouvelles conceptions, aux progrès de l'électronique et de l'informatique et, avant tout, à une meilleure connaissance du mode de fonctionnement du corps humain. (Curelli A, 2003/2004 P.6)

4. Étiologies des amputations

Il est important de connaître les raisons qui ont rendu inévitable l'amputation car elles conditionnent pour une grande part la mise en œuvre du traitement rééducatif celui-ci doit être adapté de modifier en fonction de la cause de l'amputation de l'âge du patient de ses motivations et de ses possibilités physique.

4.1. La cause vasculaire

La plus fréquente, puis elle concerne plus de 70 des amputations il s'agit d'amputation pour artérite chez le vieillard (artérite athéromateuse) mais aussi chez le sujet plus jeune (maladie de Burger. Capillarité nécrosante, diabète...)

Chapitre II : Amputation

L'amputation vasculaire a été longtemps considéré comme l'issue inévitable de la maladie athéromateuse pour cette raison les amputés vasculaires étaient délaissés ou à peine rééduqués.

Aujourd'hui ils bénéficient largement des soins dispensés par les rééducateurs et les prothésistes. Les protocoles de traitements rééducatifs et les prothésistes.

Les protocoles du traitement rééducatifs sont bien codifiés (ré enchainement à l'effort) et l'on voudrait considérer que chez ces malades, puisque elle est inévitable devient le premier acte vers la réadaptation.

4.2. La cause traumatique :

Il s'agit d'accident de la voie publique ou plus souvent d'accident de travail. Ces amputations concernant en général des sujets jeunes et le contexte de la rééducation est très différent de celui noté dans le cadre de la réadaptation des amputés vasculaires.

En effet la rééducation est facilitée par le bon état général des patients mais le parcours est souvent émaillé de grave problèmes et troubles d'ordre psychologique engendrés par une importante modification de l'image corporelle (difficilement acceptées par l'adulte jeune et plus particulièrement par la femme adulte jeune).

Ces amputations peuvent être primitives réalisées en urgence après écrasement ou gros délabrement osseux et des parties molles (reconstruction vasculaire et nerveuse impossibles elles nécessitent souvent dans un deuxième temps une reprise chirurgicale du moignon en vue de l'adaptation de l'appareillage.

4.3. La cause tumorale :

Il s'agit d'amputation consécutive à des tumeurs malignes des os ou des parties molles (sarcomes) elles sont heureusement relativement rares. Ce sont très souvent des amputations hautes (désarticulation de la hanche).

Elles concernent des sujets jeunes dans la plupart des cas la encore à côté de la réadaptation purement physique le soutien psychologique de l'équipe de rééducation est indispensable **(Raupp J.C.1991.PP 8,9)**

5. Les impacts de l'amputation

5.1. Impacte physique :

Modification corporelle ; schéma corporel et image du corps.

Il convient de bien distinguer les deux notions que sont le schéma corporel et l'image du corps pour bien comprendre de quoi relève l'acceptation de l'image du corporelle de personne amputée. Dans le livre « l'image inconsciente du corps » la psychanalyste *Françoise Dalto* relate la différence entre ces deux termes qui peuvent être altérés indépendamment l'un de l'autre ou justement corrélés tout d'abord il faut savoir que le corps est un outil.

Un médiateur qui permet le contact entre la personne et le monde qui l'entour notamment grâce au toucher. C'est par rapport au schéma et à l'image que nous avons de notre corps que nous pouvons entrer en contact avec autrui. « Le corps est une unité qui ne se segmente que dans la douleur ou dans la souffrance psychique » (**Ancet P.2010, p. 10.**)

5.1.1. Le schéma corporel :

Le schéma corporel spécifie l'individu et est relativement le même pour tous il fait « appel à l'ensemble des informations cutanées sensorielles et proprioceptives qui permettent au cortex la représentation spéciale du corps » (**Kotzki N et al. 1997/10 N371.P17-50**)

C'est dès lors que l'enfant investit le ventre de la mère qu'il se fonde. Le schéma de son corps se situant grâce aux différentes sollicitations sensorielles. Le cerveau mémorise donc cet espace et le fait sien. La perte d'un membre crée alors une distorsion de ce schéma corporel amenant parfois le patient à délaisser cette partie du corps à la négliger. Il peut aussi ne pas reconnaître le segment de membre restant comme étant sien, cela s'appelle l'angoisse du Corps. concernée rappelle sans cesse la maladie ou la l'accident selon l'étiologie. L'amputation peut donc être réellement vécue comme une mutation, car « arrachement » bouleversant le schéma corporel.

5.1.2. L'image du Corps :

Elle désigne les perceptions et les présentations mentales que nous avons de notre corps comme objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle est propre à chacun et liée à son histoire et son vécu personnel. **Shilder P.** un des premiers à avoir conceptualisé l'image du corps le définit « comme l'image de notre propre corps que nous nous formons dans notre esprit

Chapitre II : Amputation

autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même ».schéma relève du domaine de l'inconscience contrairement au schéma corporel qui balaie le conscient, l'inconscient et le préconscient (moi ça et surmoi qui sont les trois instances des personnalités).

L'image du corps est définie par trois principes selon **Price B** (1998) qui sont le corps réel, le corps idéal et l'apparence. L'équilibre de l'homme se fonde sur son état physique et mentale. Si le corps idéal est perturbé alors l'équilibre est remis en question. L'apparence de la façon dont on se présente à autrui. la personne amputée présente donc une modification de son corps. Son apparence étant différente car dorénavant la personne marche différemment, s'habille différemment.

La présentation de soi à laquelle est assimilée l'image du corps dépend des relations aux autres et de leur qualité ainsi que de la formation du narcissisme. En effet **Françoise Dolto** souligne le lien existant entre l'image du corps et le narcissisme.

Cette image du corps peut à tout moment être modifiée. Elle peut s'éprouver solide ou de truite désirée ou rejetée. Car elle est liée à l'épreuve du narcissisme et de la vie relationnelle. Dans le cas de l'amputation d'un membre l'image du corps va être touchée, détruite.

5.1.3 .Le membre fantôme :

Le membre fantôme le plus pure et le plus caractéristique est bien celui des amputées qui consiste en une élaboration sensorielle souvent vivace et durable du segment anatomique du soi pourtant définitivement perdu par chirurgie sectionnaire ou accident mutilant

Le membre tout disparu ou tout mort qu'il est s'impose à la conscience soit continuellement soit par intermittence, et cela pendant des années » je sens toujours la jambe mon bras comme s'ils étaient là » rien de visuel là dedans c'est la sensitive ou sensorielle d'un tout traditionnel élément nommé schéma corporel ou image du corps physique conscience du soi automatique et morphologique la chose corporelle amputée est bien là perceptible et vécue mais invisible et intouchable. (**Lemaire C, 1998, p.p 16 ,17**)

Le patient présente un phénomène physique appelé les hallucinoses ou plus communément membre fantôme il perçoit donc la partie amputée. Il y a une persistance de la mémoire du corps les neurones correspondant à la partie concernée existent toujours mais ne reçoivent plus de réelles informations, ils fonctionnent donc de façon inappropriée.

Chapitre II : Amputation

Ces phénomènes gardent le membre absent en vie, c'est pourquoi quelque patient peuvent parfois nous dire que leur « pied gratté qu'ils ont des fourmis dans leur jambe » et autre sensation que leur cerveau leur envoie. La fréquence et l'intensité de cette douleur diminuent avec le temps et selon l'état psychologique du patient.

Les patients pensent parfois de bouger leur membre absent, « le membre fantôme est la présence d'une partie de la représentation du corps qui ne devrait pas être donnée puisque le membre correspondant n'est pas là ». Cette présence va par ailleurs venir compliquer le travail du deuil du membre perdu. Le membre fantôme montre au quel point l'image du corps résiste et cela peut durer assez long temps (des mois des années) cela dépend aussi de l'avancée psychologique qui affecte la personne sur son corps.

« l'intégration psychologique d'une nouvelle image corporelle se fait beaucoup plus lentement que le changement subi par le corps » la reconstruction de l'image corporelle passe donc principalement par l'acceptation et la rééducation. Cette reconstruction peut limiter les douleurs neurogènes et diminuer les troubles psychologiques (dépression) découlant de l'amputation. (Taillens F, 2000, pp. 58/62)

5.2. Impacte psychologique :

Pour J Dufonr l'événement traumatique qui conjugue des lésions corporelles l'hospitalisation et la chirurgie peuvent créer chez le malade une crise existentielle elle définit cette crise comme « une situation dans laquelle des capacités habituelle d'adaptation et de maîtrise d'un sujet sont dépassés » Cette crise passe par deux phases :

- 1- *Première phase* : Au départ le sujet a une identité dans son corps avec une vie affective, sociale, relationnelle établie dans un environnement définie .la rupture qui est représenté ici par 'l'amputation va. Va amener un changement corporel et elle peut déstabiliser on détruire l'image que le sujet était fait de lui-même et de sa vie.

La perturbation de l'image corporelle se définit comme une confusion dans la représentation mental du moi physique (Pascal A et all, 2006, p.194).

Elle se caractérise par la perte ou la modification du Corp.

Diminution de l'estime de soi définit par **Virginia Henderson** comme étant la « perception négative que l'individu éprouve face a son apparence physique lors de la perte d'un organe ou d'une fonction ou lors d'une atteinte a l'intégrité du moi » et « Identité, image

Chapitre II : Amputation

corporelle et estime de soi interviennent dans le processus d'acceptation d'une maladie d'un handicap ou d'une modification corporelle et agissent aussi dans la participation à la démarche qui mène à la guérison », (**Perry A et al, 2005.p.80**).

L'acceptation de l'altération corporelle passe par cinq phases dans le livre de **Mave salter** est cité **costello** 1974 « il faut donner au patient le temps d'accepter l'apparence de la plaie opératoire ».

- Il doit la toucher l'explorer.
- Il doit accepter la nécessité d'apprendre à se prodiguer des soins.
- Il faut qu'il devienne indépendant et acquière la maîtrise des soins quotidiens.
- Il doit reconstruire une nouvelle image de son corps et si possible y adapter son style de vie » nous sommes confrontés à des modifications de notre image corporelle tout au long de notre vie qui vont définir l'image que l'on a de soi. Les maladies les étapes et le bouleversement de la vie nous amènent à nous situer dans notre identité

2/ dans notre deuxième phase la malade confronté à des modifications intérieures, corporelles et physique va vivre une remise en question très profonde. Des questions, facteurs de stress et d'angoisse concernant sa propre existence. Le sens de sa vie ou encore comment vivre dans un corps atteint, handicapé vont envahir son esprit.

5.2.1. Mécanisme de défense :

Ce sont des processus inconscients mis en œuvre par une personne afin de supporter une situation difficile ou de pouvoir lutter contre l'angoisse entre le moment où le corps change et où l'image corporelle est modifiée, la personne peut en développer afin de faire face le repérage de ces mécanismes de défense sont primordial dans la prise en charge psychologique.

- **L'annulation** : attitude psychique de sens opposé à un désir refoulé et constituée en réaction contre celui-ci.
- **La dénégation** : la personne formule un désir une pensée des sentiments mais nie ce qui le concerne.
- **L'isolation** : la personne isole sa charge affective. Il ne montre aucun signe de mal-être et regarde tout pour lui.

Chapitre II : Amputation

- **Le déplacement** : la personne retourne ses émotions ses sentiments vers une autre personne.
- **La régression** : éviter d'assumer ses responsabilités en prétextant ne pas pouvoir faire une chose au lieu de simplement admettre qu'on ne veut pas la faire
- **La projection agressive** : c'est une colère projetée par la personne à l'extérieur vers l'autre qui doit savoir faire la part des choses sur cette colère.
- **Le déni** : est probablement le mécanisme le plus remarquable cacher une réalité trop importante pour eux. Se traduisant parfois par le refus de toucher ou de regarder le moignon voire que les autres s'en occupent et que la famille ne vient leur rendre visite.
- **L'évitement** : du mot « moignon » peut aussi être une façon de s'éloigner de la réalité.
- **Le clivage** : fait d'un objet comme la prothèse a la fois une solution positive mais aussi quelque chose de négatif rappelant le manque. Le moignon va alors être l'objet qui rend possible l'appareillage mais au même titre c'est l'objet rejeté et de la peuvent naître des réactions d'incurie (défaut de soi) de négligence de celui-ci

5.2.2. Travail du deuil :

La perte d'un membre que ce soit un bras une jambe. Un sein perturbé le schéma corporel et menace l'identité. Il est nécessaire à l'être humain d'entrer dans un processus psychique d'adaptation à la nouvelle situation. Pour guérir le corps il est nécessaire de guérir l'esprit. Les patients amputés de façon plutôt inconsciente sont en proie à un travail de deuil consécutif à la modification de leur image corporelle.

- **L'expérience du deuil :**

En 1915 Freud publie son article (deuil et mélancolie) et tente d'éclairer la mélancolie à partir du deuil. Il y étudie dans leur similitude et leur différence et définit le deuil comme la réaction mise à sa place la partie la liberté un idéal...

Le deuil de surmonter un événement critique de vie qui est souvent associé à la mort. Souvent associé à la souffrance le deuil est aussi considéré comme un processus de délivrance, le deuil peut être réalisé par le biais de tous les moyens d'expression directement créatifs.

Chapitre II : Amputation

- **Les étapes du deuil :**

- Choc et déni : cette courte phase du deuil survient lorsqu'on apprend la perte. C'est une période plus ou moins intense où les émotions semblent pratiquement absentes. C'est en quittant ce stade du deuil que la réalité de la perte s'installe.
- Colère : phase caractérisée par un sentiment de colère face à la perte. Certains cas de sentiment de culpabilité peuvent avoir lieu. Ce moment évolutif est aussi une période de questionnements.
- Marchandage : phase faite de négociation et de chantages.
- Dépression : période plus ou moins longue du processus de deuil qui se caractérise par une grande tristesse, des remises en question de la détresse. Les endeuillés ont parfois l'impression qu'ils ne finiront jamais leur deuil.
- Acceptation : c'est la dernière étape de deuil. L'endeuillé se sent mieux. La réalité de la perte est mieux comprise et acceptée. L'individu éprouve son plein fonctionnement. Il a aussi réorganisé sa vie en fonction de la perte.

(Kubler-ross, E. pdf. deuil).

Pour Freud le deuil constitue une perte d'objet et le travail du deuil peut être reconstitué de la manière suivante.

- ❖ Idéalisation : de l'objet perdu.
- ❖ Introjection : de cet objet idéalisé qui va de pair avec un désinvestissement de la réalité externe au profit de cette identification massive. Le sujet repense à cet objet disparu pour arriver à s'en débarrasser bien qu'il sache que cet objet ne soit plus là dans son psychisme, il continue à exister.
- ❖ Résolution : le sujet se détache de l'objet perdu qui continue à être investi mais une grande partie des investissements est de nouveau libre et peut être réinvestie sur d'autres objets.

5.3. Impact sociale :

Peu importe l'âge au qu'elle survient l'amputation répercussions sur la vie familiale active et sociale sont toujours présentes. Nos relations, nos rencontres et notre image du corps. La crainte du regard des proches, la peur du rejet sont des sentiments souvent trouvés dans ces situations.

Chapitre II : Amputation

Le handicap est donc une limitation des capacités qui peut parfois amener le patient à devoir modifier ses habitudes de vie sur le plan professionnel familial, et social.....

Le handicap est défini par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions substantielles durables ou définies d'une ou de plusieurs fonctions physiques sensorielles mentales cognitives ou psychiques d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant »

6. les membres fantômes :

Les membres fantômes sont des phénomènes très communément rencontrés essentiellement

Chez les personnes :

- 1) ayant subi une amputation ;
- 2) ayant des troubles nerveux périphériques comme une avulsion du plexus brachial ;
- 3) ayant été victimes d'une section complète de la moelle épinière.

La majorité des amputés en aurait déjà fait l'expérience, en règle générale immédiatement après leur amputation. (Stoffel, J.F. Mouton, L, 2010.p.276).

Un membre fantôme est l'impression, pour la personne amputée, de percevoir la partie amputée comme étant toujours présente avec toutes les caractéristiques qu'avait son membre avant l'amputation (taille normale, position et posture correcte du membre, impression de pouvoir déplacer volontairement le membre...). En revanche, certains sujets voient leur membre fantôme raccourci (que l'on appelle un fantôme télescopé), prendre une position inadéquate, ou s'aperçoivent qu'ils ne sont plus capables de le déplacer volontairement, ce qui peut provoquer chez eux des sensations anormales, voire même des douleurs intenses qui peuvent être constantes et insupportables. Enfin, nous devons tout de même faire remarquer que les sujets amputés ont bien conscience que ces sensations ne sont qu'illusoires.

(ibid.p.277)

7. Les douleurs du membre fantôme :

Contrairement à la quasi-universalité du membre fantôme chez les sujets amputés, la douleur fantôme n'est ressentie que par certains. L'amputation peut être suivie de douleur moignon, douleur que les sujets distinguent souvent de celle de leur membre fantôme. Selon les auteurs l'estimation de la douleur fantôme varie de 2 à 88 ; les incidences les plus faibles

Chapitre II : Amputation

proviennent études de patients demandant un traitement antidouleur, les plus élevées, de 60 à 88 d'études dont lesquelles tout les patients sont questionnés sur la présence éventuelle d'une douleur fantôme (**Postone, 1987**). La variabilité résulte également du fait que beaucoup de sujets n'osent pas parler de leurs douleurs fantômes craignant de passer pour fous, crainte qui n'est pas sans fondement. Des études réalisées par Sherman 1985 montre que 69 o/o des 2200 sujets amputés s'interrogés ont entendu leurs médecins dirent que leurs douleurs étaient dans leur Tête, (**Sherman, 1987, p .89**).

La douleur fantôme apparaît souvent juste après l'amputation ou dans les premières semaines, mais elle peut aussi ne se manifester que quelques mois ou années plus tard, les douleurs fantômes peuvent se manifester sous la forme de crampes douloureuses

La sensation de membre fantôme existe pratiquement de manière constante chez les amputés, elle ne devient gênante que lorsqu'elle est douloureuse.

Pour **Lescoeur** : « les moignons aux fantômes douloureux sont toujours l'image tragique des regrets de l'intéressé et de la pitié de l'entourage »

Leriche parlait quant à lui d'une image cérébrale douloureuse et pensait que cette image était une maladie elle-même

Lescoeur estime qu'il n'y a pas, ou peu de membres fantômes douloureux s'il existe un bon soutien psychologique dès les premiers jours post opératoires

Par ailleurs, on remarque d'une manière plus générale que ces douleurs ont tendance à s'atténuer avec le port de la prothèse et la reprise de la marche, l'appareillage libère peu à peu le malade de ces douleurs qui sont peut être dans une certaine mesure en relation avec l'acceptation de la prothèse. (**Raupp .J.C, 1991, P .24**)

8. Les rêves des sujets amputés :

Peut d'études rapportent les rêves des sujets amputés, et si elles le font c'est généralement de manière sursitaire. Néanmoins il semble qu'un nombre important de sujet amputés se rêvent entiers, parfois toute leur vie, mais au moins tout un temps ; sinon ils se rêvent amputés (J.Lhermitte 1939, Stettere 1950, Shukla et AL 1982) chez 24/ des 62 sujets ayant un bras ou une jambe fantôme suite à une amputation depuis 1 à 6 mois des rêves de réalisation de désir, c'est-à-dire des rêveurs avec des membres normaux qu'ils utilisent néanmoins, ces rêveurs se souviennent d'avoir été amputés et restent plutôt sceptique sur la réalité de leur expérience de

Chapitre II : Amputation

plus ces patients se rêver amputés. Poeck 1964 précise qu'il ne trouve aucune relation entre le membre fantôme et la manière dont les sujets se rêvent : des sujets n'ayant plus de membre fantôme peuvent se rêver amputés alors qu'ils ont un membre fantôme. **(Raupp J.C, 1991, P .89)**

9. L'équipe soignante d'un amputé :

. L'équipe pluri professionnelle :

Les soins qui doivent être dispensés au patient sont complexes et nécessitent plusieurs spécialités médicales et de réadaptation.

Chaque personnel de santé joue un rôle dans la prise en charge du sujet amputé. Trouve sa place et présente des devoirs et obligations retrouvés pour certains dans la définition de la H A P S.

9.1. Le médecin chirurgien :

Il assure la prévention, le dépistage, le diagnostic, et le traitement et le suivi des maladies. Il précise également l'étiologie et la différente stratégie thérapeutique.

9.2. Le psychologue :

Face au changement physique et psychique que présente l'amputation, il faut prendre conscience de l'importance que représente une prise en charge globale pluridisciplinaire du patient.

En effet l'amputation entraîne des « désordres » psychologiques importants liés à la destruction du schéma corporel à la modification de l'image inconsciente du corps.

La relaxation thérapeutique va permettre au patient de faire un travail sur son schéma corporel et de prendre conscience de son Corps réel ainsi que l'intégration de cette transformation corporelle.

Chapitre II : Amputation

Une psychothérapie verbale accompagnera le patient dans le travail de la maladie ». Qu'il a élaboré dans l'accompagnement du travail de deuil. (Il est à l'écoute de ce dernier).

- **Une relation d'aide :**

C'est Carl Rogers psychologue américain(1902-1981) dont l'approche repose sur une philosophie humaniste que nous devons la théorie de la relation d'aide « la relation d'aide suppose une interaction entre deux personnes ou l'une s'appuyant sur sa formation et ses compétences, va chercher à offrir à l'autre les conditions lui permettant de trouver ses propres solutions face au problème qu'elle rencontre. C'est un comportement professionnel qui va de la volonté d'être à l'écoute »

La relation avec l'autre est primordiale. Elle est un instrument de guérison mais aussi une aide à la réalisation de soi pour la personne soignée.

Lorsque la personne a des difficultés qu'elle ne peut affronter seule, le psychologue peut dans la relation d'aide, l'aider à trouver un soulagement, un réconfort, une croissance. Il s'agit de faciliter pour le patient l'expression et la précision des émotions imprimées dans son corps.

- **La relaxation thérapeutique :**

À l'avantage d'agir à différents niveaux. Elle a une action sur la globalité psychosomatique : l'action anti stress, anti angoisse qui accompagne la résolution musculaire et l'action analgésique qui agit sur le seuil de la douleur. Elle donne également la possibilité au patient amputé de faire un travail sur son schéma corporel avec les sensations et les images mentales. Il s'agit de prendre conscience de son corps réel, d'intégrer ces transformations corporelles.

De plus, elle permet d'accompagner le sujet dans sa perception de son image corporelle. Le corps imaginaire étant accessible en relaxation, il y a un accompagnement de la représentation de lui-même, de l'accès à un nouvel investissement de son corps réel qu'il est devenu.

La relaxation représente un étayage du psychisme sur le corps. Elle a également l'avantage d'offrir au patient ayant des difficultés à exprimer leurs émotions, leur ressenti....

9.3 .Le masseur kinésithérapeute :

Il réalise de façon manuelle ou instrumentale des actes fixés par décret, notamment à des fins de rééducation sur prescription médicale. Dans le but de prévenir l'altération des

Chapitre II : Amputation

capacités fonctionnelles de concourir à leur maintien et lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques. » il a un rôle de rééducateur physique et physiologique.

9.4 .L'ergothérapeute :

Il intervient par « approche thérapeutique tournée vers le patient dans sa globalité et non pas orientée vers sa pathologie permettant de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle sociale ou professionnelle ». il a en fait un rôle d'adaptation fonctionnelle du patient par l'action (mise en situation réelle ou simulé) il agit sur la situations de handicap rencontrées en fonction des facteurs environnementaux, matériels humain.

9.5. L'infirmier :

Ces devoirs « comporte l'analyse l'organisation la réalisation de soins infirmier et leur évaluation la contrebutions au recueil de données clinique et épidémiologique et la participation à des actions de prévention de dépistage de formation et d'éducation à la santé » il surveille quotidiennement les soins donnés au patient et l'évolution de pathologie.

9.6. L'aide soignant :

Il est présent quotidiennement ne milieu hospitalier et en centre il pour rôle de soutenir le patient et de l'aidé dans les gestes de la vie quotidienne durant l'obtention de son autonomie.

9.7. L'orthoprothésiste :

Il est le spécialiste des prothèses et des orthèses, il conçoit fabrique et adapte des appareils réalisés sur mesure, son rôle n'est pas seulement technique mais aussi psychologique et relationnel. Sa mission est de compenser les handicaps pour apporter un mieux être au patient.

9.8 .Le psychiatre :

En tant que médecins il est habilité à poser un diagnostic, prescrire des médicaments des examens et des soins .il peuvent aussi poser l'indication d'un traitement psychologique. Le psychiatre travail en collaboration avec tous les professionnels de santé.

L'équipe pluri professionnelle avec tous ses acteurs va jouer un rôle essentiel dans cadre d'une prise en charge raisonnée des réunions de synthèses sont alors indispensable et vont

Chapitre II : Amputation

permettre une communication entre les services sa fin de confronter et échangé sur l'évolution du patient.

10. La Rééducation précoce des amputés :

Elle est entreprise le plus tôt possible, en principe dès le lendemain de l'intervention. Elle est rappelons le indissociable de l'appareillage, quelle que soit la cause de l'amputation, le but essentiel est la réinsertion la plus rapide dans les milieux de vie privé, familial et socio professionnel

Tout cela implique l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse qui doit permettre la reprise de la marche, pour parvenir à ce but, on peut considérer que le traitement rééducatif présent deux aspects différents mais complémentaires :

Un aspect beaucoup plus générale, qui prend en compte le sujet dans son ensemble .la rééducation abordée sous cet aspect est globale et comprend l'apprentissage de la marche appareillée, ainsi que l'adaptation cardiaque vasculaire au surcroît énergétique engendré par la marche prothétique

10.1. Rééducation post opératoire immédiate :

Dans le service de chirurgie, la verticalisation du malade et sa remise à la marche peuvent se faire dès le 3em jour post opératoire .la reprise de la marche ne devrait en principe jamais être différée, sauf pour raison grave.

Le respect de délais très bref évite la grabatisation chez les sujets âgés, favorise le développement des voies collatérales de suppléance au niveau du membre controlatéral chez l'amputé artérielle et limite au maximum le déconditionnement cardiocirculatoire

La période de rééducation post opératoire immédiate s'entend sur une durée de deux semaines environ, au terme desquelles le malade est admis en centre de rééducation

10.2. Rééducation post opératoire secondaire :

Cette période débute à la fabrication de la première prothèse d'entraînement et se termine à la réception de l'appareil définitif .elle peut donc être plus au moins longue (de 1 à 3 mois en moyenne) .elle est toujours plus courte chez les amputés de cuisse. les amputés de jambe peuvent en effet faire face à des problèmes d'adaptation du matériel prothétique (amputés

Chapitre II : Amputation

traumatiques surtout), à d'importants retards de circulation (amputés traumatiques et ou vasculaires)

Durant cette période, la rééducation est intimement liée à l'appareillage qui évolue et s'adapte aux modifications du moignon ainsi qu'aux progrès du malade, le but à atteindre est triple :

- Mise en forme et modelage du moignon
- Utilisation et adaptation de la prothèse
- Reprise d'une marche aussi confortable et aussi efficace que possible

11. Rééducations au centre :

Nous évoquerons ici plus spécialement la rééducation des amputés traumatique .les exercices de la période post opératoire sont repris et intensifiés :

- Prévention des attitudes vicieuse
- Un travail du moignon à l'aide du myofeedback pour faciliter la globulisation et en mécano thérapie pour le renforcement analytique des groupes musculaires concernés
- Musculation des membres supérieurs
- Travail du membre controlatéral

Le but essentiel reste l'entraînement à l'utilisation de la prothèse, de ce fait, la rééducation évolue en même temps que l'appareillage : la bonne adaptation prothétique est une condition essentielle du succès de la réadaptation, inversement le succès de la réadaptation est très dépendant de la bonne qualité de l'appareillage

Pour atteindre les objectifs définis il faut :

- Que l'équipe soignante soit très vigilante pour hygiène du moignon ; lavage régulier des bas et bonnets du moignon, surveillance de l'état cutané
- Que soit élaboré un programme de rééducation dont les effets seront régulièrement contrôlés et objectivés. **(Raupp .J.C. 1991.P .P.34 -38)**

12. Traitement post opératoire d'un amputé :

Un traitement psychologique et physique associés sont très important au moment de l'amputation, le sujet a subi de grave traumatisme psychique et physique, cependant on peut

Chapitre II : Amputation

réduire le choc psychologique en adoptant une attitude appropriée à l'égard de l'amputé, c'est-à-dire en lui donnant tous renseignements utiles et en l'amenant à avoir confiance en soi, et le personnel médical qui le soigne et son entourage.

Les traumatismes psychiques en rapport avec l'amputation ont base complexe dont il importe de considérer chacun des éléments :

- La perte d'une partie essentielle du corps fait naître un sentiment d'infériorité et de dépendance chez le sujet.
- L'amputation s'accompagne d'une perte de fonction et de capacité physique (par exemple marcher, s'habiller, écrire ...)

L'amputation éprouve des craintes et des doutes quand à la possibilité d'une parfaite réadaptation.

Il est important de rassurer les patients à propos des douleurs de moignons, en expliquant bien d'où elles proviennent et en présentant les solutions possibles, il est indispensable d'encourager l'amputé à porter sa prothèse puisque le port de l'appareillage accélère toujours le processus d'amélioration

Ajoutant au traitement psychologique un traitement médicamenteux est employé essentiellement pour traiter les membres fantômes douloureux :antalgiques, anti-inflammatoires, tranquillisants, on peut adjoindre à ce traitement médicamenteux un traitement physique approprié est essentiel ce traitement a pour objet

- De préparer le moignon à recevoir l'appareil de prothèse dans le plus court délais
- D'améliorer la circulation et de restituer la force musculaire
- D'améliorer l'état général du sujet
- De conserver au moignon sa valeur fonctionnelle

Les mesures recommandées sont les suivantes :

- Pansement correcte du moignon après enlèvement du matériel de suture
- Exercices actifs du moignon avec augmentation de la résistance volontaires, après enlèvement des sutures
- Entraînement de la musculature générale et mobilisation articulaire

Chapitre II : Amputation

- Exercices précoces d'équilibre pour les amputés du membre inférieur et d'écriture pour les amputés du membre supérieur, à ce stade on peut utiliser des appareils de prothèse provisoires
- Prévention au traitement des contractures musculaires

Les soins post opératoires doivent porter non seulement sur le moignon, mais aussi sur l'état général du sujet

C'est seulement si toutes les conditions précitées sont remplies que le malade sera physiquement et moralement apte à faire face victorieusement aux tensions que lui imposera le port d'un membre artificiel. (**Rapport d'une conférence « les amputés et les appareils de prothèse » 23-28 aout 1954 PP .9 10 11)**)

13. Les facteurs concernant la réussite de la réadaptation de l'amputé

- Qualité de l'intervention chirurgicale et des soins postopératoires (moignons non douloureux, en bon état cutané et musculaire)
- Qualité et diversité des matériaux prothétique
- Réalisation d'appareils en harmonie avec les données de biomécanique humaine
- Développement des techniques rééducatives donnant au patient amputé de réelles possibilités de récupération fonctionnelle

Grace à l'ensemble de ces éléments l'amputation n'est plus comme autrefois un handicap

Synthèse du chapitre :

Comme nous l'avons exposé tout au long de ce chapitre, l'amputation qui consiste en l'ablation d'un membre du corps de l'individu peut être à l'origine de plusieurs conséquences sur ce dernier soit sur le plan physique et sur le plan psychique.

La personne qui subi une amputation peut traverser plusieurs états allant du déni jusqu'à l'acceptation de sa nouvelle situation.

Cette dernière peut avoir des hallucinations en ayant l'impression que le membre amputé est toujours présent c'est ce qu'on appelle le membre fantôme.

Diverses formes de prise en charge ont été mises à l'œuvre à fin de venir en aide à ces sujets victime.

Chapitre II

le traumatisme psychique

Chapitre I : le traumatisme psychique

Préambule :

Etymologiquement, le mot « traumatisme » est issu du grec « *traumatismo* », qui signifie « action de blesser ».

L'acceptation actuelle de ce terme renvoie davantage à l'idée de blessure, qui renvoie au mot grec « *trauma* » signifiant « dommage » et « désastre » (Crocq L, 1999).

Le terme de trauma est à l'origine un terme utilisé en chirurgie pour qualifier les lésions physiques provoquées par un agent extérieur.

La transposition métaphorique qui permet de passer du traumatisme corporel au trauma psychique permet néanmoins d'en retrouver des aspects communs fondamentaux :

- a) D'abord un événement subit, inattendu, violent
- b) Ensuite la notion d'effraction qui sans attenter à l'enveloppe corporelle, se fait dans l'organisation psychique du sujet.
- c) Enfin, des conséquences sur l'ensemble de cette organisation psychique. En vue de clarifier et d'explicitier le concept de traumatisme psychique on a décidé de commencer par les définitions des concepts puis on passera à un aperçu historique et on suivra cette architecture en raison de l'existence de multitude d'appellations qui désignent le traumatisme psychique.

1. Historique :

Le traumatisme psychique notion très ancienne dont on peut trouver les précurseurs dès l'antiquité, c'est toujours trouvé écartelé entre trois objets de différence principaux la blessure corporelle et surtout cranio-faciale les émotions général parmi les quelles l'angoisse de la mort, les contextes psychosociaux du ou des facteurs déclenchant le trouble.

Les concepts de traumatisme psychique et de névrose traumatique étaient connus du monde psychiatrique depuis plus d'un siècle avec les chocs émotionnels occasionnés par les accidents du chemin de fer, puis avec les émotions provoqués par la guerre chez les combattants.

C'est le psychiatre allemand *Herman Oppenheim* qui à la fin du 19^{ème} siècle a introduit le concept de « traumatisme psychique » dans la psychopathologie. Son ouvrage « les névroses traumatiques » paru en 1888, illustre par 42 cas de névrose consécutive à des accidents de travail ou des de chemin de fer crée mot traumatisme psychologique.

Oppenheim décrit des patients à la conscience monopolisée par le souvenir de l'accident, sujet à des crises d'anxiété en réponse à tout ce qui rappelle l'accident.

Chapitre I : le traumatisme psychique

L'année 1889 fut le pivot de cette introduction du concept de traumatisme psychique dans le monde scientifique en juin Pierre Janet avait soutenu sa thèse de doctorat, sur l'automatisme psychologique dus pour la plus part à un traumatisme psychique. Des psychanalystes (Ferenczi, Abraham, Simmel) insistèrent sur la signification symbolique des symptômes conversifs, l'effondrement de la libido narcissique la régression infantile et les perturbations de la personnalité après l'impact du trauma ensevelissement de la personnalité.

Méditant sur les névroses de guerre Freud dans son essai « au de la de principe de plaisir » 1920 élaborait sa théorie du trauma comme effraction de la couche superficielle protectrice par excitation des psychismes des corps étrangers provoquant de vains efforts d'expulsion ou d'assimilation.

Le trauma dont parle Ferenczi diffère radicalement de celui que Freud avait évoqué au début de sa théorisation. Le trauma de Ferenczi revient dans le silence de la séance d'analyse. Il ne s'agit pas d'une résurgence de souvenir c'est au contraire une impossibilité de verbalisation. Ferenczi c'est le désaveu la négation du vécu de l'enfant qui transforme la scène en trauma. **(Barrois C, 1998, p.61.)**

Le diagnostic de *post traumatique stress disorder PTSD* s'est étendu aux cas déterminés par la violence quotidienne les accidents et les catastrophes et a donné lieu à de nombreuses publications et à la constitution de sociétés scientifiques spécialisées dont l'ISTSS (*international society of traumatic stress studies en 1985*) et l'ALFEST (association de langue française pour l'étude du stress et du trauma 1991) insistant sur le phénomène du trauma psychique. Les cliniciens francophones (Andreoli, Croq, Lebigot) s'accordent de proposer le vocabulaire génériques de syndrome psycho traumatique immédiat ou différé ou éphémère ou durable modéré ou sévère pour désigner l'ensemble de ces tableaux cliniques sur le plan étiopathogénique, de nombreux travaux ont été effectués sur les facteurs neurobiologiques et phénoménologiques sur les mécanismes psychopathologiques du trauma comme confrontation inopinées avec le réel de la mort et court circuit du système signifiant et même renvoi culpabilisant à l'univers de l'originnaire **(Lebigot F) www.info-trauma.org p 4.**

2. Définitions des concepts

2.1. Le traumatisme : L'origine du mot traumatisme ou trauma vient des mots grecs anciens *traumatismos* signifiant action de blesser et trauma signifiant blessure. Appliqué à la

Chapitre I : le traumatisme psychique

pathologie chirurgicale, il signifie transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou contusion transposé à la psychopathologie il devient traumatisme. (Crocq, L 2007, p.6).

Le traumatisme est donc un choc émotionnel important, généralement lié à une situation où une personne, ou un groupe de personnes, a senti sa vie en danger et qui met en péril son équilibre psychique.

Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient

Présents : (a) Le sujet a été confronté à un événement violent et exceptionnel relativement à sa personnalité et à la conjoncture de la situation.

(b) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par un sentiment d'effroi, d'incompréhension Ou d'absence de secours. (Loucif L, 2008/2009, pp.12-13)

Freud considère le trauma comme choc violent surprenant qui s'accompagne d'effroi et ce dernier correspond à un état d'horreur au delà de la peur de l'angoisse et du stress et qui traduit la rencontre avec le réel de la mort. Le traumatisme psychique représente une véritable effraction à l'intérieur de l'appareil psychique du sujet.

Freud appelle le traumatisme tout événement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de ses mécanismes de défenses. Pour empêcher l'envahissement de l'appareil psychique par ses grandes quantités d'excitation, l'organisme ferme à tout stimulus supplémentaire par l'évanouissement le pseudo –surdité etc. (Sillami N, p. 272).

1.2. L'événement traumatique : l'événement traumatique est une rencontre direct avec une scène de mort réel. Celle-ci est ce que nos représentation font du réel une peut comme nos appareils sensoriel transformant médiatement des langueurs d'ondes en couleurs ou en sons (Lebigot, F 1915,p. 255).

Freud faisait remarquer que nous savons que nous allons mourir. Mais que nous ne savons pas ce qu'est la mort. Nous n'avons pas la possibilité de présenté le néant quelle est. Seule l'effraction du pare-excitation permet la pénétration d'une image de la mort dans le psychisme. Sans qu'elle soit transformée en réalité les représentations. Il s'agit donc d'une image brute que le sujet aura maintenant en lui mais n'aura aucune représentation pour la porter.

Chapitre I : le traumatisme psychique

2.3. Victime : en désigne le nom de victime les personnes qui ont subi cette violence qu'elle ait ou non vécue comme un trauma. Si elles l'ont vécu comme un trauma on parlera de victime **(Crocq.L, 2007.p.1)**

2.4. L'effroi : Est l'état du sujet au moment du traumatisme. Il correspond à l'invasion par le néant ; il y a alors pendant un moment, généralement fugace mais pas toujours, ni affects ni représentation.

Le sujet perçoit un vide complet de sa pensée, ne ressent rien, en particulier ni peur ni angoisse **(Lebigot F 2005.p.16)**

2.5. La vulnérabilité : la vulnérabilité évoque les sensibilités et les faiblesses manifestes ou latentes immédiates ou différées et peut être comprise comme une capacité, ou incapacité, de Résistance aux contraintes de l'environnement elle est entendue comme les probabilités de voir sa situation dégrader à la suite d'un choc. **(Anaut.M.pp.101-118)**

3-Etiopathogenie du traumatisme psychique :

Le traumatisme psychique ou névrose traumatique sont toujours liés à un événement c'est-à-dire à quelque chose qui est de l'ordre du perçu ou du ressenti. Les deux résultent d'une rencontre d'un événement et d'un sujet qui produit dans un contexte déterminé. Le même événement pathogène pour l'un ne le sera pas pour l'autre, et l'on peut supposer que le même sujet, traumatisé aujourd'hui, ne l'aurait pas été hier ou demain face au même événement. Il s'agit d'une part des causes tenant aux événements violents et d'autre part de celles ayant traités aux événements communs douloureux et inattendus.

3.1. Les événements violents :

- La guerre
- L'abus émotif, psychique ou sexuelle, dans l'enfance.
- Le fait de subir ou d'assister à des actes violents.
- Le viol ou la tentative de viol.
- La lésion ou la maladie dévastante.
- La mort d'une personne proche.

Chapitre I : le traumatisme psychique

3.2. Les événements communs douloureux et inattendus :

Il est question ici des événements ayant vocation à devenir traumatisants et qui sont souvent sous-évalués à savoir.

- Les accidents de voiture de légère importance.
- L'intervention médicale ou dentaire invasive.
- Les chutes et lésions de moyenne importance.
- Les catastrophes naturelles (tremblement de terre, tornade).
- La maladie surtout avec la fièvre haute.
- L'intoxication.
- L'abondance surtout en cas des enfants.
- L'exposition à la chaleur extrême chaleur et froid (**Lebigot F, 2005, P.15**).

4. Traumatisme psychique et la mort :

C'est une rencontre avec le réel de la mort le sujet voit la mort arrivé sur lui « il se voit mort ». Nous citerons les incidents de la circulation suivi ou non de coma, mais ou avant la perte de conscience s'il y'en a une ultime image qui précède le choc se grave dans l'appareil psychique, il peut s'agir aussi d'accident du travail, l'agression, d'attentat à l'explosifs, catastrophe naturel. (**Lebigot F, pdf 2009.p.203**)

Le trauma est un choc violent, surprenant et s'accompagne d'un état d'horreur, d'angoisse, et du stress, effroi et traduit la rencontre avec le réel de la mort.

5. Stress et trauma :

Relève de deux registres différents bioneuropsychologique pour le stress, et psychologique pour le trauma ; l'un parle de mobilisation des ressources énergétique, d'autre d'effraction dans les défenses psychique, dont la défense qui consiste à attribuer du sens. L'un décrit les orages neurovégétative, l'autre la clinique de l'effroi. En effet sur le plan clinique il n'y a pas d'équivalence entre les deux registres. Le plus souvent les individus qui réagissent à un événement agressant par un stress adapté ne le vivent pas comme un trauma, tandis que ceux qui réagissent par un stress désadapté le vivent sur un mode traumatique et développent ensuite une pathologie psychodramatique ; mais cette correspondance n'est pas absolue, et on a vu des stress

Chapitre I : le traumatisme psychique

parfaitement adapté cacher les pires vécus traumatiques et a l'inverse dépassé spectaculaire se résoudre sans suite psycho traumatique (Crocq L, 2007, p.12).

Stress : réaction neurophysiologique.

Reflexe qui peut être adaptatif ou dépassé pathologique et mise en danger.

Trauma : blessure psychique liée à la confrontation d'un événement traumatique.

Les réactions immédiates.

6. Les symptômes pathognomoniques d'un traumatisme psychique :

A la suite de l'expérience d'un événement traumatogène le diagnostic de TSPT (trouble stressé post traumatique) est défini par la présence de trois ensemble de symptômes distincts. Il s'agit des symptômes de reviviscence, des symptômes d'évitement ou d'indifférence et enfin des symptômes d'hyper réactivité neurovégétative, ces symptômes sont présent au moins un mois après l'événement traumatogène.

6.1. Les symptômes de reviviscence : s'exprime par des pensées et des images intrusive de l'événement ; des cauchemars relatif a l'événement, une détresse physiologique et ou mental exacerbé lorsque l'événement est rappelé et des flashbacks pendant les quels les sujets on l'impression qu'il revive dans le présent.

6.2. Les symptômes d'évitement : se manifeste par l'ensemble des actions visant à éviter des situations, et pensées ou les images associé à l'événement et dans certain cas par une amnésie psychogène de l'événement.

6.3. L'hyper réactivité : apparait a travers la perturbation du sommeil, la diminution de la concentration un et vigilance exacerbée la tentions aux signaux de danger, un accroissement de l'irritabilité et des réponses exagéré (une nervosité excessive aux bruits retentissants ou soudains. (Crocq L. 1999)

Chapitre I : le traumatisme psychique

7. Etiopathogenie de traumatisme psychique :

Le traumatisme psychique ou névrose traumatique sont toujours liés à un événement c'est-à-dire à quelque chose qui est de l'ordre du perçu ou du ressenti. Les deux résultent d'une rencontre d'un événement et d'un sujet qui produit dans un contexte déterminé. Le même événement pathogène pour l'un ne le sera pas pour l'autre, et l'on peut supposer que le même sujet, traumatisé aujourd'hui, ne l'aurait pas été hier ou demain face au même événement. Il s'agit d'une part des causes tenant aux événements violents et d'autre part de celles ayant trait aux événements communs douloureux et inattendus. (Lebigot F, 2005, p.15).

8. Les facteurs psychique de la survenue du traumatisme :

Il est importants de prendre en considération des facteurs augmentant a la fréquence et l'intensité des réactions du traumatisme selon François Lebigot ces facteurs peuvent se diviser en trois catégories, l'effet de la surprise et la brutalité du choc la menace direct de la mort et ainsi que l'effraction traumatique.

8.1. L'effet de surprise et de la brutalité du choc : l'effet de ces derniers sur le traumatisé se traduit par le fait de permettre l'intrusion de l'image mortifère.

8.2. La menace direct de la mort : l'aggravation du traumatisme qui peut être due à ce facteur consiste à faire effraction dans le psychisme des personnes prévenues préparé ce qui pourrait nuancer la théorie de Freud sur l'efficacité de la de la protection fournie par l'angoisse en effet il peu y avoir traumatisme pendant des périodes de combats ou le soldat est anxieux, tendu et dont l'esprit mobilisé l'extrême

8.3. L'effraction traumatique : surviens avec l'apparition d'un élément qui va causer un choc brutal. Le traumatisme provient de la rencontre brusque d'un détail insoutenable qui fait irruption dans le champ de vision, se surajoutant à l'horreur préexistante, détail dont l'horreur dépasse en intensité ce que le sujet avait essayé d'anticiper.

9. La clinique du traumatisme psychique :

Sur le plan clinique on distingue trois phases dans la pathologie psycho- traumatique :

9.1. La phase immédiate ou réaction émotionnelle immédiate : elle dure quelques heures à une journée et peut être dénommées stress. Ce dernier peut être adapté ou dépassé avec sidération agitation fuite panique et action automatique.

Chapitre I : le traumatisme psychique

9.2 La phase post immédiate : elle est une phase d'évolution et de surveillance. Voir la phase de latence précédent l'installation d'une névrose traumatique. Le psychologue clinicien peut procéder a une intervention thérapeutique ou préventif c'est la période de choix pour un bilan psychologique d'événement ou débriefing.

9.3. La phase différée ou chronicisée : c'est la période de la mise en place du syndrome psycho traumatique différée. Totalement différent d'une phase de stress. Ces pathologie peuvent encore rester transitoire ou évoluer vers des syndromes durables voire des névroses traumatique ou des cas proche de la psychose (réaction névrotique ex : réaction anxieuse) réaction psychotique (confusionnelle délirante maniaque mélancolique) ([pdf –geopsy/com- psychologie interculturelle et psychothérapie.](#))

10. Le tableau clinique du syndrome psychotromatique chronique :

Le syndrome psychotromatique chronique survient chez des sujet qui ont été soumis à un événement potentiellement traumatisant et qui l'ont réellement vécu comme un trauma (c'est -a dire événement exceptionnel violent et menacent pour la vie ou bien l'intégrité physique ou psychique de l'individu mais aussi de l'avoir vécu sur le mode du trauma. dans l'effroi l'horreur et le sentiment d'impuissance.

Son tableau clinique se répartit sur trois volets les reviviscences anxiogènes de l'événement (pathognomonique). L'altération de la personnalité (pathognomonique) et les symptômes spécifiés que l'on peut observer aussi dans d'autre pathologie).

10.1. Les reviviscences anxiogènes : la reviviscence intensive du trauma c'est-à-dire le fais pour le patient de revivre son expérience traumatique intensément contre sa volonté et de manière intégrative est pathognomonique du syndrome psychotromatique. La reviviscence du trauma peut se manifester sous sept modalités cliniques.

10.1.1. La reviviscence hallucinatoire : impose souvent une hallucination visuelle soudaine qui reproduit le décor et la scène de l'événement traumatique, comme elle peut être auditive réentendre les cris olfactive, comme sentir à nouveau une odeur similaire, gustative comme avoir le gout d'un aliment consommé dans l'endroit la ou a eu lieu l'accident (événement

Chapitre I : le traumatisme psychique

traumatique).ces hallucination donne lieu à des réactions émotionnelles, physiologique et motrice intense.

10.1.2. Reviviscence par illusion : les illusions sont essentiellement visuelles elles correspondent à la l'interprétation erronée d'une forme réellement perçue le sujet plaque son hallucination de la scène traumatique sur le passage réellement perçue. par exemple il croise un passant venant dans la rue et il le perçoit comme son agresseur venant sur lui.

10.1.3. Le souvenir forcé : les souvenirs de l'événement traumatique son envahissant. S'imposent avec brutalité à l'esprit de la personne. Le souvenir forcé se distingue de la reviviscence par hallucination ou illusion en ce sens que c'est l'idée de l'événement qui surgit à l'esprit sans image ni son.

10.1.4. Les vécu comme si l'événement allait se reproduire : la victime a l'impression soudaine que l'accident va se reproduire ou qu'il va être replongé dans l'événement traumatique et il éprouve la même détresse

10.1.5. La rumination mental : c'est le sens donne a l'événement vécu ses causes et ses conséquences peut également être une forme de reviviscence ne particulier les interrogations incessante oui s'imposent à l'esprit de la victime (pour quoi moi)

10.1.6. L'agir comme si l'événement se reproduisait : ils consistent a des réactions de sursaut ou de reflexe de se recroqueviller, mais il peut consister aussi en un agir plus complexe : (fuite proscrive, récit répétitif toujours les même mots lassant l'entourage) ou mise en scène intégratives contemplation obstinée de souvenirs de l'événement traumatique.

10.1.7. Le cauchemar de répétions : le rêve reproduis l'événement traumatique, suscitant la même frayeur et les même gestes de défense, la victime peut s'agiter dans le sommeil réveillés en sursaut en sueur et le cœur battant très fort.

Toutes ces manifestations de reviviscence sont vécues dans les trois registres de détresse psychique, de l'rage neurovégétatif (sueur, pâleur, tachycardie, impression de gorge serré.....) et du raidissement de l'attitude de corps. Tout peut survenir soit spontanément, soit en réponse à un stimulus qui rappelle le trauma. (Crocq L, 1999).

Chapitre I : le traumatisme psychique

10.2. L'altération de la personnalité : La plupart des traumatismes déclarent avoir « changé de personnalité » depuis leur trauma, il ne s'agit pas d'un changement totale de personnalité au sens propre du terme, mais d'une manière de s'exprimer, pour signaler la profonde altération qu'a subie leur personnalité. Ces altérations vont constituer une nouvelle personnalité dite « traumato-névrotique. » (**crocq et all 1974**) qui correspond à ce que devient la personnalité du sujet sous l'effet de l'accident, les sujets eux-mêmes ont conscience des changements qui s'opèrent en eux et disent ne plus se reconnaître mais c'est à **Finichel** dans les deux chapitres de son ouvrage *théorie psychanalytique des névroses* 1945 consacrés à la névrose traumatique que l'on doit la meilleure analyse descriptive de cette altération de personnalité ,pour **Finichel**, la névrose traumatique effectue un triple blocage des fonctions du moi

10.2. 1. Blocage des fonctions de l'environnement : le traumatisme n'est plus capable de filtrer dans, l'environnement ce qui est dangereux de ce qui anodin : tout lui paraît danger et menace, il est sans cesse en état d'alerte il surveille l'environnement avec suspicion il résulte de cet évitement phobique un perpétuel sentiment d'insécurité

10.2.2. Blocage de la fonction de présence au monde : Le traumatisme a perdu sa volonté de présence dans le monde .le monde lui paraît lointain, irréel et sans intérêt ; le traumatisme délaisse ses loisirs et ses occupations jadis motivantes, son travail ne l'intéresse plus, et l'avenir lui paraît bouché .d'où sa motivation, sa perte d'initiative son inhibition et son repli social dans l'amertume

10.2.3. Blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui : Le traumatisé a perdu sa capacité de relation objectal avec autrui ; la capacité de considérer autrui comme être libre, un autre soi même, le sujet a le sentiment de n'être ni aimé, ni compris, ni soutenu autrui , les auteurs anciens soulignaient la régression libidinale du traumatisé qui atteint dans son narcissisme, consacre tout son amour à la réparation de son moi blessé et n'est plus disponible pour aimer vraiment autrui.

En fin de ce compte depuis l'expérience traumatique le patient n'a plus la même façon de percevoir le monde d'apprécier de le penser, d'y 'aimer. (**Croq .L , 1974 , p .p 1493 ,1531**)

Chapitre I : le traumatisme psychique

10.3. Les symptômes non spécifique à la survenue d'un traumatisme psychique :

C'est un ensemble de troubles dits non spécifique car pouvant être couramment observée dans d'autres affections psychiatrique ils peuvent être regroupé en Cinque grandes rubrique :

10.3.1. L'asthénie : l'asthénie des blessés psychique tripartite : physique, psychique et sexuelle. Les individus évoquent ils ont une lassitude générale un épuisement rapide a l'effort, des crampes et des fourmillements, une baisse des facultés d'attention de mémorisation et de concentration et un affaiblissement du désir et de plaisir sexuel.

10.3.2. L'anxiété : les traumatismes psychiques deviennent des sujets anxieux. Avec des crises d'angoisse sidérées ou agitées des états anxieux se caractérisent par tensions interne une appréhension à l'égard du monde ou une impression de danger imminent et des personnalités anxieuses craintifs et pessimistes.

10.3.3. Les manifestations névrotique diverses : ces superstructures névrotique sont de trois types : hystérique phobique et obsessionnelles s'actualisant par des productions de conversions de phobies des situations rappelant le traumatisme et de rituels de protection.

10.3.4. Les troubles psychosomatique : ceux-ci concernent par exemple l'appareil cardiaux circulatoire, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif la peau.

10.3.5. Les troubles de la conduites : il s'agit de crise de colère de discoure et d'action agressifs de conduites suicidaire de conduite alimentaire perturbées t'elles qu'anorexie ou boulimie d'intempérance alcoolique ou toxicophilie... (Crocq L 1999, pp.270.278).

11. Honte et la culpabilité :

On différencie classiquement la honte de la culpabilité en fonction des rapports qu'elles entretiennent avec les instances psychiques .la culpabilité exprime une tension entre le moi et le surmoi, a partir de transgression affective ou fantasmer d'un interdit, quand à la honte, elle désigne plutôt une situation de tension entre le moi et l'idéal du moi, elle témoigne de l'échec du moi au regard de son projet narcissique .dans la honte le moi n'est pas fautif mais indigne.

Chapitre I : le traumatisme psychique

Une autre distinction entre « honte et culpabilité » la culpabilité résulte des attaques du sujet contre ses objectifs d'amour qu'il redoute fantasmatiquement détruire ; la honte par contre découle plutôt d'un sentiment d'être « objecter par l'objet » dans ces cas la honte est donc plus narcissique que la culpabilité. (Ciccon et all, 2009, P.7)

Définition de la honte :

Selon le petit Larousse, la honte est « un sentiment pénible de son infériorité, de son indignation ou de son abaissement dans l'opinion des autres » 1997, P.301

Pour *S.Tesseron*, il existe d'autres situations de la honte et qui peuvent être liées aux violences extérieures et aux traumatismes, selon ces derniers la honte est d'emblée et toujours un sentiment social (Figuer et all, 2003, P 37)

Pour *Imre Herman*, l'éprouvé de la honte est un affect spécifique imposé de l'extérieur, la honte est primaire, lorsque le Moi n'est plus digne face aux exigences de son idéal (Ibid)

Définition de la culpabilité :

C'est un sentiment qui se caractérise soit l'état d'un individu reconnu coupable, soit le sentiment de faute lié à la transgression d'un interdit, ou à la violation d'une règle morale

Le sentiment de culpabilité peut prendre un caractère plus ou moins morbide et être parfois immotivé. Des formes pathologiques peuvent alors conduire à des manifestations délirantes d'autoaccusation ou à des tentatives mortelles d'autopunition. Plus fréquemment la culpabilité se dissimule sous des symptômes anxieux et phobique. (Selosse 2012.P.175)

Culpabilité et intégration des expériences traumatique :

Si dans les contextes traumatiques on peut en général assez facilement avoir accès à la culpabilité, il en est souvent autrement pour la honte. On observe d'abord une culpabilité actuelle post traumatique : culpabilité de ne pas avoir pu éviter le traumatisme, d'en être à l'origine. Cette culpabilité plus anciennes, plus au moins inconscientes.

Chapitre I : le traumatisme psychique

On peut parler d'un véritable travail de la culpabilité dans les contextes traumatiques. la culpabilité dans les contextes traumatiques, la culpabilité impose un travail psychique, et elle réalise même un travail psychique

On peut en effet observer parmi les formes conscientes de culpabilité le déploiement de ce que l'un de nous a appelé des « fantasmes de culpabilité » (**Ciccione ,1999**) c'est-à-dire des scénarios reconstruit dans les quels le sujet se désigne comme coupable du traumatisme qu'il subit, et celle même si le sujet sait qu'il n'y est pour rien ,en effet celui-ci se demander a malgré tout : « qu'est ce que j'ai bien pu faire pour que cela m'arrive ? »

Ces fantasmes ont une double fonction : d'une part, atténuer l'impacte traumatique du traumatisme, et d'autre part, rendre possible et rendre compte d'un mouvement d'appropriation (le sujet devenant sujet d'une histoire étrangère qui s'impose à lui)

On peut dire en effet, que si le sujet est coupable de ce qu'il subi, si il y est pour quelque chose, si l'événement est justifié, le traumatisme est alors déjà moins traumatique, et il est par ailleurs maîtrisé, contrôlé, car approprié par le sujet .Plus le sujet est innocent de ce qui lui arrive et plus en quelque sorte le traumatisme est traumatique, le fantasme dramatisant la culpabilité visera ainsi à ce que ne soit pas trop accentué l'aspect traumatique du traumatisme

On peut donc parler d'un véritable travail de la culpabilité dans des contextes traumatique. (**Cicon A, Ferant A ,2009 PP 97, 100**)

La honte dans des contextes traumatique :

La honte enfouit le traumatisme, même si elle peut elle-même être enfouie, la honte dans sa version « signal » (tout comme la culpabilité) prévient le moi du retour de l'expérience, de la menace interne ou externe

Les expériences traumatiques actuelles sont bien entendues traumatique en soi, mais elles trouvent leur pleine valeur traumatique dans un ensemble d'expériences associées, passées et présentes que la situation actuelle va activer, et à propos desquelles elle va mobiliser un certain nombre d'affects, de fantasmes divers. (**Cicon A , Ferant A ,2009 PP.100 ,101**)

Chapitre I : le traumatisme psychique

Le traumatisme actuel a un effet d'attraction d'expériences passées en souffrance d'élaboration qu'il réveille, rappelle à la mémoire, que d'autre part l'expérience traumatique actuelle donne forme à des expériences passées qui trouvent dans l'actuel l'occasion de se déployer, de prendre sens, et qu'enfin le sujet attracte des expériences passées pour tenter de donner au traumatisme actuel une forme reconnaissable.

On peut donc parler d'un travail de la honte, comme d'un travail de la culpabilité dans les contextes traumatiques, comme par exemple dans des situations traumatiques parfois extrêmes.

La honte et la culpabilité chez un handicapé :

Le handicap brise la continuité identitaire, produit une rupture de l'être ensemble dans la communauté humaine.

Contrairement à la culpabilité qui est issue de l'expérience d'avoir perdu un objet d'amour, de l'avoir abimé, la honte provient de l'expérience d'être perdu ou d'être abimé pour l'objet. Le handicap à travers cette blessure narcissique, cette disqualification de l'humanité cette disqualification du moi, la honte suppose l'identification du sujet à l'objet déprécié, abimé, c'est depuis cette place de l'objet disqualifié et qui a perdu le sujet comme objet d'amour, qu'est éprouvée la honte. une telle situation est du même ordre que celle qui caractérise l'identification mélancolique, ce qui nous conduit à postuler que la honte est à la culpabilité ce que la mélancolie est à la dépression. (Cicon A, Ferant A, 2009 P.181)

12. Le diagnostique du traumatisme selon le DSM 4 :

Ce diagnostique comporte huit catégories de critères de A à H.

- **Les critères de A** sont les mêmes que ceux de l'état de stress post traumatique chronique ainsi on distingue deux critères de DSM A1 et A2. le premier signifie que le sujet a été exposé à un événement potentiellement traumatisant. Quant au deuxième il distingue le fait pour le sujet d'avoir vécu l'événement dans les sentiments de peur d'impuissance ou d'horreur.

Chapitre I : le traumatisme psychique

- **Les critères B** se rapportent à la persistance des symptômes dits (dissociatifs) manifestée pendant l'événement tel que torpeur, impression de brouillard déréalisation, dépersonnalisation, et amnésie d'un aspect de l'événement.
- **Les critères C** désignent les manifestations de reviviscence, telle qu'images, illusion pensées intrusives rêves de répétitions et états dissociatifs vécus comme si l'évitement allait se reproduire.
- **Les critères D** concernent l'évitement des stimuli évocateurs.
- **Les critères E** concernent la persistance de symptômes anxieux ou de manifestation dites d'activation neurovégétative. Telle que difficultés de sommeil, irritabilité, hyper vigilance sursauts etc.....
- **Les critères F** mentionnent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social.
- **Les critères G** exigent la survenue du troubles dans les 4 semaines suivant l'événement et une durée minimale de 2 jours et maximale de 4 semaine.
- **Les critères H** éliminent les états psychique dus à des toxiques à une affection médicale générale, à une psychose ou une exagération d'un trouble mental préexistant.

Tableau N° 01 : Syndromes psycho traumatique aigue et chroniques :

	Tableau clinique	Diagnostique DSM IV	Diagnostique COM-10
Pathologie immédiate, Quelques minutes à une heure	Stresse dépassé Réaction névropathique Réaction psychotique		Réaction aigues à un facteur de stress. (F43.0)
Pathologie post-immédiate de 2jours à 1 mois	Décharge différée Queue de stress Latence d'une névrose traumatique	Etat de stress aigu (308.3) Ptsd forme « aigues » (309.81) (si inférieure à 1 mois)	Etat de stress post-traumatique transitoire (F34.1) (Si inférieure à 1 mois)

Chapitre I : le traumatisme psychique

Pathologie chronicisée Supérieur à un mois	Névrose traumatique transitoire durable (voire chronique)	PTSD forme « aigue » (309.81) (si de 1 à 3 mois) PTDS forme « chronique » (309.81) (supérieur à 3 mois)	Etat de stress post-traumatique durable (F43.1) (si de 1 mois à 2 ans) Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F.62.0) (Supérieur à 2 ans)
---	---	--	--

13. Diagnostique : entre la réalité clinique, le système DSM IV et la CIM 10

La classification internationale des maladies mentales, dans sa 10^e révision de 1992 (CIM-10), la dénomme « réaction aigue à un facteur de stress » (répertoriée F 43.0). La nosographie américaine du DSM (*Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders* 4 Emme révision DSM IV, 1994) n'a rien prévu pour la désigner, ce qui est une lacune notable (tableau 01). Pour ne pas avoir à prendre position sur le plan pathogénique (car le mot stress a une connotation biophysiological), nous proposons de dénommer « réaction immédiate » cette réaction qui suit immédiatement l'agression et qui ne dure en principe que quelques heures (de 1 à 6 heures, mais dans certains cas de figure une journée), elle est le plus souvent normale, adaptative (quoique grevée de symptômes neurovégétatifs gênants) mais elle peut se révéler parfois pathologique, et inadaptée (Crocq L. 1998, p17)

14. Du traumatisme à la résilience :

la résilience peut se définir comme un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme, ce processus met à contribution des ressources relevant de compétence interne et de compétence externe à l'individu ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo développement malgré l'adversité.

Le processus de résilience s'engage lorsqu'un individu ou un groupe confronté à un traumatisme réussit à activer de manière adéquate des modalités protectrices qui lui permettent de

Chapitre I : le traumatisme psychique

se construire c'est donc la rencontre avec un traumatisme et la menace de désorganisation psychique qui se trouve à l'origine de la mise en jeu du processus de résilience.

« 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 présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie déficelles de traumatisme parfois sévères » (**Cyrułnik 1999**).

Dans cette définition le 'résilient' ne résout pas définitivement le problème lié à sa situation déficelle mais l'aborde de façon constructive en fonction de ces ressources personnelles et sociales.

14.1. Les étapes du cheminement résilient.

Nous pouvons distinguer deux principales phases dans le processus de résilience

Première phase : confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique

Cette première phase de réponse au danger est surtout marquée par l'activation de mécanismes de défense visant à atténuer la charge émotionnelle du traumatisme.

Le sujet va convoquer toutes les ressources dont il dispose pour préserver le moi de la charge morbide. Il s'agit d'anesthésier la blessure, cela peut passer par un retrait émotionnel ou toute forme de protection qui empêche l'envahissement et le débordement des défenses habituelles du sujet. Les premiers opérateurs défensifs auxquels va avoir recours le sujet peuvent être : la répression des effets, le déni, le clivage, la projection, le passage à l'acte, le rôle de ces mécanismes de défense d'urgence va être avant tout de prévenir le sujet de la désorganisation psychique.

Seconde phase : intégration, élaboration et reprise d'un néo-développement.

Cette phase qui atteste véritablement d'un processus de résilience, s'étaye sur le travail de liaisons des effets pour répondre à l'irreprésentable et lui attribuer un sens.

À ce stade le processus de résilience va se fonder sur l'abandon de certaines défenses d'urgence (par exemple, déni, projection, passage à l'acte). On avait comme but principal éviter l'effondrement pour privilégier des opérateurs défensifs secondaires plus souples et plus adaptés à long terme. Les mécanismes de défense qui prennent la place des anciens sont majoritairement

Chapitre I : le traumatisme psychique

puisés dans le registre des défenses qualifiés de matures, selon l'approche de (George vaillant, 1993) tels que la créativité, l'humour, l'intellectualisation ou l'altruisme.

Le fonctionnement psychique de la résilience s'appuie notamment sur le processus de mentalisation qui fait appel aux représentations psychique et à la symbolisation des affects.

La mentalisation permet de produire une représentation mentale des conflits psychique, de mettre en sens les excitations internes et de contribuer à l'élaboration du vécu traumatique, évitant les voies des passages à l'acte ou la somatisation.

C'est cette seconde phase qui introduit les conditions d'un néo- développement. Il ne s'agit pas de la simple reprise du développement antérieur comme si rien ne s'était passé.

Mais bien d'un nouveau développement qui intègre l'expérience traumatique et parfois s'en nourrit. A la mise en sens du vécu traumatique peut se traduire par la créativité et le recours à l'humour pour rendre partageable l'expérience. Attribuer un sens et une temporalité aux blessures et aider à leur transformation. (Cirilynk 1999).

15. La prise en charge du traumatisme psychique :

Elle s'appuie sur un entretien psychothérapeutique élémentaire précoce va avoir pour objectif de réduire les effets néfastes du stress aigu et du trauma : (l'intérêt de cette prise en charge précoce même très brève et particulièrement sensible sur la démontion de honte et d'abandon).

L'arrivée de sources psychologique de sur les lieux du drame manifeste le souhait de communauté des vivants que la victime la rejoigne au plus vite. Elle restaure aussi le primat de la parole sur la manque de mots : (5il ya quelque chose à dire sur se qui est arrivé et des interlocuteurs pour écouter et entendre)

Les victimes impliqués seront invités d'emblée à exprimer ce qu'ils ont ressenti ce qu'ils ressentent ; tandis que l'intervenant se montrera attentif, bienveillant, rassurant, facilitant la verbalisation donnant des conseils expliquant la nature des symptômes du stress offrant des possibilités de suivi.

Les débriefings individuels et collectifs effectués les jours suivant répondant au même objectif : ils auront pour but d'aider les sujets à donner du sens à ce qu'ils ont vécu ; la prise en

Chapitre I : le traumatisme psychique

charge de groupe facilite la prise de conscience de la normalité des réactions permet de mieux situer les sujets dans un espace et dans un temps normaux, de les encourager à s'inscrire dès à présent et envisager le l'avenir. Certains d'entre eux auront besoin d'un suivi d'une période plus longue pour qu'ils puissent être accompagnés dans un travail d'élaboration qui aura autant plus de chances de réussir qu'il aura été initié tôt. Avant que la multiplication des phénomènes de répétition ne vienne aggraver la situation. (Lebigot, F 2005 ,p 168)

La prescription des médicaments psychotropes dans ses situation doit être prudente et elle ne se conçoit que dans le cadre du suivi psychothérapeutique les anxiolytiques et les hypnotique peuvent être prescrit surtout en phase aiguë en cas de symptômes trop gênant mais leur utilisation doit restée limitée, de préférence ponctuelle et très contrôlée parce qu'il ya un risque de surconsommation (équivalant de fuite et d'évitement). Les antidépresseurs notamment sérotoninergiques ont fait d'avantage preuve de leur efficacité.

.Les stratégies de coping :

Ensemble des stratégies mise en œuvre par l'individu pour faire face à une demande externe ou interne évaluée comme contraignante .les stratégies de faire face ont pour objectif de rétablir le contrôle de la situation considérée comme stressante, la manière dont l'individu évalue la stimulation menaçante en fonction de la situation dans la quelle il se trouve et de l'activité dans la quelle il est engagé détermine les modalités mise en œuvre pour maîtriser la situation .

Les stratégies de faire face peuvent être soit cognitives soit comportementales soit les deux à la fois

- Les stratégies cognitives : consistent à reconsidérer le caractère menaçant de la stimulation ou réévaluer la relation de l'individu à la menace
- Les stratégies comportementales : se manifestent par des actions destinées à neutraliser la menace et par la modification du comportement en tenant compte de la nouvelle situation. (Raron R et Parot F, 2012. p. 166)

. Synthèse du chapitre :

On guise de conclusion de ce chapitre, on constate que le traumatisme psychique chez les amputés est un événement qui a ses causes et il a plusieurs classifications. Par ailleurs il reste

Chapitre I : le traumatisme psychique

toujours l'un des sujets les plus complexes qui nécessite l'intervention interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge.

Les personnes ayant subis une violence intentionnelle ou non intentionnelle sont confrontés à des traumatismes psychique du à l'impact de cette dernière, ces conséquences peuvent avoir de l'effet a court terme comme à long terme comme nous l'avons cité précédemment dans le chapitre.

Les réactions de ces victimes diffère selon leurs capacité a dépasser cet événement traumatique c'est ce que cyrulnik(1999) appelle Résilience, le processus de résilience permet à l'individu de continuer à vivre même si il était confronté au réel de sa mort.

Les personne ayant subi un accident ou une violence qui leur a couté l'ablation ou l'amputation d'un de leurs membres seront probablement confronté a une altération de leurs image du corps, c'est ce que nous allons tenter d'exposer dans le chapitre qui suit.

Problématique

Problématique

Le traumatisme psychique notion très ancienne dont on peut trouver les précurseurs dès l'antiquité. Les concepts de traumatisme psychique et de névrose traumatique qui ont été connus du monde psychiatrique depuis plus d'un siècle, des psychanalystes aux armées (Ferenczi, Abraham, Simmel) insistèrent sur la signification symbolique des symptômes conversifs, l'effondrement de la libido narcissique la régression infantile et les perturbations de la personnalité après impacte du traumatisme.

Méditant sur les névroses de guerre, Freud dans son essai « *Au-delà du principe de plaisir* » (1920) élaborait sa théorie du trauma comme effraction de la couche superficielle protectrice « pare-excitation » du psychisme et effet de corps étranger provoquant de vains efforts d'expulsion ou d'assimilation. **(Croq L, 1999)**

Le trauma dont parle Ferenczi diffère radicalement de celui de Freud évoqué au début de sa théorisation. Le trauma de Ferenczi revient dans le silence de la séance d'analyse. Il ne s'agit pas d'une résurgence de souvenirs c'est au contraire une impossibilité de verbalisation. Ferenczi c'est le désaveu, la négation du vécu de l'enfant qui transforme la scène en trauma. **(Barrois C, 1998)** les cliniciens Francophones *Andréoli, Crocq et Lebigot* s'accordent à proposer le vocable générique de « syndrome psycho-traumatique » (immédiat ou différé, éphémère ou durable, modéré ou sévère) pour désigner l'ensemble de ces tableaux cliniques sur le plan étiopathogénique de nombreux travaux ont été effectués sur les facteurs et les mécanismes neurobiologiques du stress, et dans d'autres perspectives (psycho-dynamiques et phénoménologiques) sur les mécanismes psychopathologiques du trauma comme confrontation inopinée avec le réel de la mort. **(Lebigot F, 1999)**

Les travaux de Luis Crocq s'intéressent en particulier la névrose traumatique et névrose de guerre. Il s'intéresse à l'effet d'un événement traumatique et la prise en charge psychologique des victimes. Il a défini le traumatisme psychique « *comme un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur* ». **(Crocq L, 2007, P.7)**

Quant à François Lebigot, il travaille sur le traumatisme psychique et les soins aux victimes, qu'ils soient très précoces comme le débriefing post immédiats avec le débriefing psychologique ou bien encore les psychothérapies.

Problématique

Dans notre recherche on va s'intéresser au côté physique et psychique des accidentés en particulier aux modifications physiques, à l'handicap causé et à la perturbation de l'image de soi.

A travers l'histoire l'handicapé a toujours été perçu négativement par la société. Les personnes amputées étant considérées comme des monstres au moyen-âge, elles rencontrent des difficultés à être acceptées. La personne venant d'être amputée passe du statut de personne « valide » à personne « en situation de handicap ». Elle doit faire face à de nombreuses difficultés telles que la perception de soi (l'image du corps) le sentiment d'identité, la perte (travail du deuil).

Parmi les auteurs qui se sont intéressés à l'état psychique des amputés on trouve Kathrine Lemaire dans son ouvrage « membre fantôme » elle s'est penché sur les rêves et les illusions sensorielles des sujets amputés, schéma corporel ou image du corps et les mécanismes psychologiques des membres fantômes.

D'autres travaux aussi pertinents sur le sujet on trouve Raupp J-C dans son livre « la rééducation et l'appareillage des amputés » ils ont élaboré l'histoire et l'étiologie des amputations et aussi les traitements et la rééducation des amputés.

On peut définir l'amputation comme intervention chirurgicale qui consiste à sectionner une partie du corps ou un membre, cela doit gérer des soins et envisager de nouvelles perspectives de vie afin de retrouver un équilibre.

L'équilibre de l'homme se fonde sur son état mental et physique « identité, image corporelle et estime de soi interviennent dans le processus d'acceptation d'une maladie, d'un handicap ou d'une modification corporelle et agissent aussi dans la participation à la démarche qui mène à la guérison ». (**Patricia A et all ,2005 ,p.80**)

L'amputation est l'atteinte de l'image du corps de la victime, ce dernier sera affecté sur le plan psychique, il sera face à un débordement des affects.

- Est-ce que le traumatisme psychique développé par des personnes qui ont subies une amputation d'un membre de leur corps varie dans son degré d'une personne à une autre ayant un lien direct avec le temps de l'accident?
- Est-ce que l'atteinte de l'image du corps influence sur l'équilibre psychique de la victime ?

Problématique

- Les sujets ayant subis une amputation arrivent-ils à surmonter le traumatisme dont ils font face.

Les hypothèses

1-Hypothèse générale :

Les personnes ayant subi une amputation d'un membre présenteront des symptômes d'un traumatisme psychique même après une longue période.

2- Hypothèse opérationnelles:

* l'amputation d'un membre est vécue comme un événement traumatique, et le traumatisme développé par ces personnes amputées varie dans son degré d'une personne à une autre.

*L'atteinte de l'image du corps aura un impact sur le devenir psychologique du sujet.

Objectif de l'étude :

Notre travail a pour objectif d'étudier l'impacte de l'amputation sur les victimes, on tend à savoir si ces dernières arrivent à élaborer un processus de protection qui leurs permettra la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme .nous voulons aussi savoir dans quel état psychologique se trouvent les amputés.

Définition et opérationnalisation des concepts clés

1-Traumatisme : on peut définir le traumatisme psychique ou trauma comme *un* phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.(**Crocq L ,2007 ,P.7**).

Définition opérationnel : choc grave qui peut provoquer une atteinte à l'intégrité psychique.

2-La Résilience : La résilience peut se définir comme un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme. Ce processus met à contribution des ressources relevant de compétences internes et de compétences externes à l'individu, ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo-développement malgré l'adversité. Ainsi, le

Problématique

processus de résilience peut être appréhendé comme un phénomène multifactoriel, qui comprend des dimensions individuelles (caractéristiques de l'individu), des dimensions Socio-affectives (familiales, amoureuses, amicales) et enfin des dimensions contextuelles ou socio-environnementales. (Senon, J, L.2012, p.4)

Définition opérationnel : faculté à rebondir et vaincre une situation traumatique.

3- Amputation : L'amputation consiste à enlever une extrémité du corps, normalement par la chirurgie, mais peut parfois être indépendante de la volonté sous forme du résultat d'un traumatisme où le membre est arraché. ([Downloads/amputation-definition-8063-mujutl.pdf](#))

Définition opérationnel : Une amputation est une opération qui consiste en une ablation d'un segment de membre ou un membre.

Partie Pratique

Méthodologie de la
Recherche

Préambule :

La recherche scientifique peut être perçue comme une aventure, c'est-à-dire un ensemble d'activité, d'expériences de nouveauté, se déroule dans le monde de la science .Elle ne se vit donc pas au hasard mais suit une démarche particulière faite de précision, de méthode et d'objectivité.

Au cours de ce chapitre on va retracer l'ensemble des étapes de la réalisation de notre thème d'étude qui est « *le traumatisme psychique chez les amputés* » Notre choix de ce thème découle du fait qu'il aborde la relation entre le psychisme et le somatique (l'état mentale et psychique)

D'autre part pour mener notre recherche sur les amputés nous avons opté pour un entretien clinique semi directif et le questionnaire d'évaluation de traumatisme « *traumaq* » cette combinaison des techniques nous permet de cerner la nature de l'organisation mentale chez les amputés

1. Pré-enquête

Dans toute recherche scientifique, La prés-enquête joue un rôle primordial. À ce sujet NISABWE indique que : « La pré enquête est une reconnaissance ou une familiarisation du terrain et permet la reformulation du guide d'entretien ».

La- pré enquête a été pour nous une étape qui nous à permis d'être au courant des réalités de notre terrain d'enquête.

Nous sommes rentré en contact avec des personnes amputées, après avoir expliqué l'objectif de notre démarche, on a eu leurs consentements, et nous avons commencé la passation de notre guide entretien qui est constitué de plusieurs axes suivi du questionnaire d'évaluation du traumatisme (Traumaq).

Durant l'entretien avec nos sujet, nous les avons laissé s'exprimer librement sans diriger ni interrompre leurs discours, Ce ci en nous référant aux propos de *Pintor (1964, p.815)*, qui souligne l'importance de laisser l'enquêté parler « A partir du moment ou l'enquêté commence à parler l'enquêteur ne doit pas l'interrompre ou le questionner mais demeure dans une attitude de compréhension »

2. La méthode de la recherche

La psychologie clinique étudie et traite tout «fait »ou « événement » psychologique normal ou pathologique indépendamment de la cause comme on suppose. Elle vise la mobilisation des processus proprement psychologique au sein d'une relation donnée. **(Chhraoui Kh et al, 2003, p .11)**

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthodes corrélacionnelle, méthodes normative développementales, enquêtes ...) elles interviennent en milieux naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes

Dans notre recherche on s'est appuyé sur la méthode descriptive, cette dernière fait référence à l'étude de cas ; qui consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus .l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence .c'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution. Par l'étude de cas le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défenses ...) **(Ibid, pp.125 ,126)**

3. Objectif de l'étude de cas

3.1. Objectif dans le champ de la pratique clinique

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné .elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles clinique, témoignages de proche) à fin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même à son histoire et à son contexte de vie

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer mais plutôt d'élaborer des hypothèses.

3.2 Objectif scientifiques de l'étude de cas

- Le premier objectif de l'étude de cas étant d'aider et de comprendre un sujet, cela ne permet pas la généralisation des connaissances, ni la démonstration des hypothèses.
- Décrire des méthodes ou des traitements nouveaux.
- Pour bien connaître un problème avant de mettre en place une observation plus systématique.
- Après une étude systématique pour confirmer ou infirmer sur un individu donné les résultats issues de données groupales. (Chahraoui Kh et al, 2003)

4. Présentation du lieu de la recherche :

Nous avons effectué notre recherche dans diverse wilaya. Nous avons rencontré sept cas dont les sujets ont été victimes d'une amputation qui a été causée par un accident. Ils sont répartis géographiquement comme suit :

A-Bejaia :

On a quatre cas à Bejaia qui sont répartis comme suit :

- 3 cas à *Tazmalt*
- 1 cas à *Bejaia ville*

B- Tizi ousou :

- 1 cas à *Ath-yanni*

C- Alger :

- 1 cas à *Blida*
- 1 cas à *Belkour*

Comme il n'y a pas un centre spécialisé dans la prise en charge des personnes qui ont subi une amputation

Nous étions contraintes de nous déplacer à domicile des victimes

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

5. Population d'étude :

Elle se compose de sept cas. Leurs amputations sont dues à différentes causes

5.1 Caractéristiques :

1-Notre population d'étude est composée de différents sexes.

2-Leurs âges varient entre 20ans à 60ans.

3-Ils ont tous un membre de leurs corps amputés.

5.2 Tableau N° I- récapitulatif de notre population d'étude

Nom	Age	Etat civil	Niveau d'instruction	Profession	Membre amputé
Moukhtar	22ans	célibataire	Universitaire	étudiant	Genou gauche
Samir	37ans	marié	9 AF	Vendeur	poigné gauche
Omar	43 ans	marié	3 As	Chômeur	Hanche gauche
Zahia	50ans	Mariée	7 A F	Femme au foyer	L'épaule droite
Meriem	30 ans	veuve	6 AF	Femme au foyer	Coude gauche
Meziane	60 ans	Marié	9 AF	commerçant	Cuisse droite
Daoud	32 ans	célibataire	universitaire	Retraité de l'armée	Genou droit

6. Les techniques de la recherche :

On a utilisé les techniques d'évaluation dans le but d'établir un état précis du fonctionnement du sujet parmi les techniques qu'on a utilisé :

6.1. L'entretien clinique :

L'entretien avec le patient nous a permis d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet. Il n'est pas la seule méthode d'évaluation et même s'il peut être complété considérablement par d'autres telles que les observations, examens et tests psychologiques.

Dans notre recherche l'entretien clinique va être complété par l'échelle d'évaluation du traumatisme «traumaq »

On a choisi l'entretien semi directif qui favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse

6.2. Questionnaire d'évaluation du traumatisme clinique : « *traumaq* »

La clinique dite « instrumentale » s'appuie sur des instruments proprement psychologiques.

Les informations issues de l'échelle clinique ont pour objectifs de préciser le diagnostic symptomatique ou syndromique des caractéristiques psychologiques mais aussi le fonctionnement psychique singulier permettant l'identification des problèmes d'un sujet et de proposer les plans de traitement ou des orientations thérapeutiques.

7. Objectif du *traumaq* :

*Evaluer des troubles traumatiques aigus et chroniques, voire des modifications de personnalité suite à un événement traumatique.

*Contribuer à la recherche méthodologique.

*Participer à la validation thérapeutique.

*Ainsi, intégré à la pratique du clinicien, le questionnaire *traumaq* peut apporter une aide au diagnostic. Il peut aussi être un outil de recherche en vue d'études épidémiologiques ou de contrôle de l'effet d'un traitement psychothérapeutique. (Damiani C et Perira M, 2009, p9)

8-Axes du guide de l'entretien

Axe I : Déroulement de l'événement

1. Parlez nous de l'événement (pourquoi, comment, quand) le vécu de l'événement?
2. Qu'avez vous ressenti pendant l'événement?
3. Comment vous étiez avant et après l'événement?
4. Avez-vous constaté que votre comportement a changé après l'événement?
5. Est-ce que vous parlez de ça à votre famille?
6. Comment êtes-vous chaque année en même date de l'événement?
7. Avez-vous déjà été hospitalisé pour quelconque maladie avant et après l'événement?
8. Comment vous voyez vous de puis l'amputation (image du corps et représentation du corps)?
9. Comment l'annonce de l'amputation a été faite?
10. Comment votre entourage a vécu votre amputation? (acte chirurgical, absence du membre, l'hospitalisation, rééducation et vie quotidienne)

Axe II : Santé actuelle:

1. Parlez nous de la qualité de votre sommeil?
2. Avez-vous d'appétit?
3. Parlez nous de vos rêves ? Racontez nous un rêve que vous avez fait dont vous vous rappeler?
4. Vous arrive t'il d'avoir l'impression que votre membre est toujours la?
5. Vous arrive-t-il de revivre la scène de l'accident? Si oui quand est ce que le jour ou la nuit?
6. Vous arrive-t-il de vous réveiller fatigué et irrité?

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Axe III : L'état de santé avant l'événement:

1. Parlez nous de votre état de santé avant l'accident?
2. Avez-vous déjà consulté un spécialiste de la santé mentale?
3. Avez vous vécu des événements qui t ont marqué avant l accident?

Axe 4 :L'image du Corps:

1. Comment vous voyez votre Corps avant l'amputation?
2. Et qu'en est-il actuellement ?
3. Comment s'est passé le premier pansement à la première vision du membre amputé?
4. Que s'est il produit en vous la première fois que vous avez touché votre moignon?
5. Est-ce que sa vous affecte encor aujourd'hui?
6. Comment avez vous vécu la rééducation et le port de prothèse?

Axe V : Le regard vers l'avenir

1. Y'a il un suivi psychologique ? si oui, qu'est ce que sa vous a apporté?
2. Combien de temps pensez-vous avoir mis pour accepter cette nouvelle situation?
3. Avez-vous ressenti que vous êtes coupable de ce qui est passé?
4. Comment voyez-vous votre avenir?
5. Avez-vous des projets que vous souhaitez réaliser? Si oui, de quoi s'agit-il?

9. Etalonnage normalisé en cinq classes :

Afin de faire apparaitre les différent niveaux de gravité du syndrome post traumatique et compte tenu des distributions des notes brute aux différentes échelles et pour la note total (proche des caractéristique de distribution normale), une étalonnage normalisé en cinq classe à été construit pour les note brute par échelle et pour la note total de la partie1 le choix de lisibilité idéal pour l'utilisateur du questionnaire.

9.1 Tableau 1 : conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle.

Echelle	1	2	3	4	5
Echelle A	0-6	7-12	13-18	19-23	24
Echelle B	0	1-4	5-7	8-9	10 et +
Echelle C	0	1-3	4-9	10-13	14 et +
Echelle D	0	1-4	5-9	13-13	14 et +
Echelle E	0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
Echelle F	0	1-14	4-6	7-9	10 et +
Echelle G	0	1-2	3-5	6-7	8 et +
Echelle H	0	1-3	4-11	12-17	18 et +
Echelle I	0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
Echelle J	0	11	2-5	6-7	8 et +

9.2 Tableau 2 : conversion de la note brute total de la partie en note étalonnée et en niveau d'intensité.

Classe	1	2	3	4	5
Notes brutes	0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +
Evaluation clinique	Absence de traumatisme	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort

10. La méthode suivie dans la présentation des cas :

D'après l'utilisation des techniques de recherche déjà cités, on peut résumer la méthode d'analyse du contenu des entretiens selon la succession des étapes suivante : on analyse les données de l'entretien clinique de chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche.

Concernant la manière de présenter notre travail. On analysera en premier lieu 7 cas illustratifs en détaillant l'entretien clinique, et l'analyse de l'échelle de chaque cas en suite on s'étalera sur la conclusion générale de chaque cas. Enfin, on mettra

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

l'accent sur la discussions des hypothèses de notre problématique.

Synthèse du Chapitre :

Au cœur de notre recherche on a eu recours à l'une des méthodes descriptives qui est l'étude de cas .Nous avons utilisé l'entretien clinique semi directif avec les sujets. Ce dernier est la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentation, sentiments, émotion, expérience ...) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet.

En plus de l'entretien semi-directif, nous avons fait la passation du *questionnaire d'évaluation du traumatisme* qui nous a permis d'évaluer des troubles traumatique aigus et chronique et voire les modifications de personnalité suite à un événement traumatique.

Présentation, Analyse et
discussions des
Hypothèses

Préambule

Dans le chapitre, nous allons tenter en premier lieu d'exposer et d'analyser les données des entretiens, suivi de l'analyse des données du questionnaire de l'évaluation du traumatisme (*traumaq*), en second lieu nous allons procéder à la discussion de nos hypothèses soit en les affirmant ou les infirmant.

1. Résumé et analyse des entretiens

1.1 Analyse du premier cas

1.1.1 Présentation du cas de Samir :

Samir est âgé de 37ans, marié, père de deux enfants, une fille de 6ans et un garçon 2ans, vendeur dans un magasin de meuble, Samir a été victime d'un accident de travail en 2007 qui lui a causé l'amputation du poignet gauche.

1.1.2 Analyse de l'entretien

Au début de l'entretien, Samir nous paraissait à l'aise, coopératif et largement communicatif, il répondait aisément à nos questions, on illustre cela avec les propos suivants : « *je répondrais à toutes vos questions, n'hésitez pas à me demander ce que vous voulez ...* »

D'après les données recueillies durant notre entretien on constate un élément relevant du traumatisme qu'il a subi lors de l'amputation de son poignet gauche, selon Crocq L « *le traumatisme psychique est occasionné par un événement soudain et violent menaçant un sujet qui ne s'est attendu pas et c'est une rencontre tragique avec la mort qui agresse son intégrité physique et mentale* »

Occasionnellement le sujet revoit des images et des flashs back en relation avec son accident « *la vue du sang les images de mon accident me reviennent en tête* »

Samir nous a rapporté que sa main a été prise dans une machine de menuiserie « j'ai été en plein travail et soudainement la machine m'a aspiré ma main, et moi j'ai essayé de la sauver, j'ai tout de suite attaché mon bras avec mon pulpe pour éviter l'hémorragie, mes collègues ont appelé une ambulance pour m'emmener à l'hôpital, mais c'était trop tard la machine a coupé ma main selon Kozki N et al 1997 « *la perte d'un membre crée alors une distorsion de ce schéma corporel amenant parfois le patient à délaisser cette partie du corps* »

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

à la négliger ,il peut aussi ne pas reconnaître le segment de membre restant comme étant sien ,cela s'appel l'angoisse du Corps. »

Quand le sujet nous parle sur le membre amputé il nous a dit : « *dés fois je sens que ma main est toujours la* »

Selon Lemaire C le membre fantôme le plus pure et le plus caractéristique est bien celui des amputés qui consiste en une élaboration sensorielle souvent vivace et durable du segment anatomique du soi pourtant définitivement perdu par chirurgie sectionnaire ou accident mutilant 1998.P 16

D'après les données de l'entretien avec Samir en constate que malgré qu'il a subi un événement traumatique qui lui a couter l'amputation de son poigné mais il a eu la capacité de dépasser cette situation « au début j'avais du mal même a toucher ma main mais actuellement non, je me dis qu'il ya pire que moi, le plus important c'est que ma femme et mes enfants sont avec moi, ils sont bien ... »

Ce ci renvoie a ce que Cyrulink dit dans sa définition de la résilience « 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 présence d'événement déstabilisants, de condition de vie difficiles de traumatisme parfois sévère » Cyrulinik 1999 P.4

1.1.3. L'analyse de l'échelle (SAMIR) :

Après, l'entretien, le sujet a répondu au questionnaire (le traumaq) nous notons qu'il présente un léger traumatisme psychique, ce dernier était déjà confronté à un événement traumatique qui la marqué (la mort de son oncle) et qu'il ne s'est jamais engagé d'une psychothérapie.

Nous l'avons sollicité à nous parler de ses sentiments pendent l'événement c'est-à-dire au moment de l'accident, il disait qu'il a eu très peur (item A1) il avait eu la conviction qu'il allait mourir ((item A6) en raison de la gravité du drame qu'il a vécu.

Depuis l'événement, on note qu'il a pu dépasser cette événement on peut dire que c'est une personne résiliente d'après ses réponses (item B3, B4).

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

Le sujet à moins de difficulté d'endormissement qu'auparavant .mais il souffre de trouble de sommeil qui sont caractérisés par une impression de ne pas dormir et une fatigue au réveil. (item C4, C5).

On constate qu'il souffre aussi d'une anxiété et cela selon (item D1) et d'une légère angoisse selon les réponses des (Item D3, D4, D5).

On note aussi selon la réponse de (item E1) que le sujet est plus vigilant et attentif au bruit qu'auparavant.

Sa consommation de certaine substance (item F5) a augmenté. Et selon la total note (2) du résultat des réponses H qu'il ne souffre pas de dépression, et qu'il n'a pas changé beaucoup de ces habitudes selon les (item I1, i2 i4 i5 i6) et que sa vie ne va pas changer selon (j1, j8, j10).

Synthèse du cas de Samir :

D'après l'analyse de notre entretien, on relève que Samir a vécu un traumatisme moyen, du au choc de l'accident et l'ablation de son poigné.

Cependant l'ensemble des signes traumatiques se sont manifestés immédiatement après l'événement qui ont duré environs plus d'un an. Samir n'a pas suivi de psychothérapie ni de rééducation. Mais on a trouvés qu'il a la capacité de continué a projeté dans l'avenir.

2. Présentation du cas d'Omar:

Mr Omar 43ans, victime du printemps noir de 2001 qui lui a causé l'amputation de la hanche gauche, sans emploi fixe depuis ces événements, à l'époque il avait 35ans. Marié depuis 2002 et père de trois enfants et demeure a Tizi-Ouzou.

1.2 Analyse du deuxième cas

1.2.1 Analyse de l'entretien d'Omar :

En demandant à Mr Omar de nous parler sur le déroulement des événements et son vécu durant cette période qu'il qualifié de « *printemps noir* », il nous décrivait la situation en Kabylie comme étant une situation de guerre, il insistait sur l'injustice et la *hogra* à l'égard des jeunes kabyles à cette époque.

Il nous rapporte que le jour de la tragédie, il a perdu connaissance sur place après avoir reçu une balle en plein cuisse. Ce qui fait qu'il n'a pas beaucoup de souvenirs concernant ce

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

moment sauf ce que les personnes qui étaient avec lui, lui ont rapporté deux jours après son réveil du coma.

Monsieur Omar nous rapporte : *« c'était du mépris qu'on a subi durant cette période du pure mépris, les terroristes en Kabylie c'est le pouvoir algérien, ils ont donnés l'ordre de tirer avec des balles réelles partout en Kabylie »*.

Cependant le déroulement de ces événements ont fait que ce dernier nous décrit cet environnement comme étant hostile et persécuteur.

Il nous informe aussi qu'il a subi une intervention durant sa période comateuse, et une seconde opération les jours qui ont suivi.

Cet évènement a marqué sévèrement la vie de Mr Omar, vue son intensité, le traumatisme est quasi-présent chez ce dernier.

Mr Omar nous signale qu'avant l'évènement, il était autonome, bon vivant et subvenait aux besoins de ses frères et sœurs dont il était l'ainé. Néanmoins après l'évènement il décrit son état comme étant; irrité, nerveux, souffrant souvent d'insomnie sans oublier qu'il est devenu angoissé du milieu extérieur sur lui et sa famille.

Ici, on remarque la présence de plusieurs éléments relevant des caractéristiques de traumatisme présentées dans le (DSMIV, 1995) à savoir les troubles des conduites instinctuelles telles que les insomnies (insomnie réactionnelle, qui peut être un moyen de bloquer la survenu des cauchemars), des troubles de la vigilance (un autre des symptômes spécifique du traumatisme) , trouble de l'humeur.

En demandant à Mr Omar de nous parler sur sa vie onirique, celui-ci nous apprend qu'il se réveille parfois en pleine nuit et qu'il n'arrive plus à se rendormir, car il a des douleurs au niveau de sa cuisse, et que parfois aussi il ne peut pas s'empêcher de penser à son drame, il nous dit aussi que quand il se réveille sa femme Dihya se réveille avec lui et qu'il craignait pour son état de santé ,on illustre cela avec ces propos :*« Ça m'arrive de perdre sommeil la nuit, parce que je pense beaucoup, et cela affecte beaucoup ma femme et je crains que cela la rende malade »*.

À travers les propos de Mr Omar, on conclut que le traumatisme qu'il a subi est toujours présent qui affecte sa qualité de sommeil. Le DSM (1995) qualifie ces réveils nocturnes d'insomnie réactionnelle, pour éviter la survenue de cauchemars intrusifs.

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

En demandant à monsieur Omar de nous décrire son comportement à l'égard de son entourage avant et après les événements celui-ci nous rapporte : « *Avant j'étais très dynamique, c'est moi qui subvenais aux besoins de mes frères et sœurs, mais là je suis devenu très stressé et nerveux je ne supporte même pas un petit bruit, même mes enfants quand ils jouent à la maison je ne supporte pas qu'il crient, parfois je les frappe, mais avec du recul je me culpabilise et ma femme me remet toujours à l'ordre* ».

D'après les dires de Mr Omar on constate qu'il y'a une atteinte psychique à savoir ; la présence de l'un des symptômes spécifique du traumatisme psychique qui est la perte des capacités, sentiment de culpabilité à l'égard de ses agissement vis-à-vis de ses enfants.

Il ajoute « *En trois ans, toute ma vie a changé, j'ai été amputé en 2001, une année après je me suis marié, et en 2003, on a eu notre première enfants, ma famille m'a beaucoup aidé à traverser ce que j'ai vécu* ».

On constate que Mr Omar, idéalise sa famille et s'étaye à la fois sur elle à fin de faire face à son traumatisme.

On peut déduire que Mr Omar, malgré le traumatisme qu'il a subit et la souffrance qui est toujours là, il a pu grâce à sa femme contenir son traumatisme et a la capacité de se projeter dans l'avenir. On peut ajouter aussi que sa femme a occupé une place fondamentale dans la résolution de la crise occasionnée par le traumatisme que ce dernier a vécu lors des événements de 2001.

1.2.2Analyse de l'échelle d'Omar :

Monsieur Omar est amputé de la jambe gauche a cause de la blessure par balle des les événements du printemps noir, il n'avait jamais eu d'accident et n'avais jamais vécu d'événement marquant auparavant, suite à cet événement son profile au questionnaire *traumaq* met en évidence un syndrome psychotromatique intense.

Durant l'événement se parent a eu la conviction qu'il allait mourir en raison de la gravité de sa blessure, (item A1). Les troubles de sommeil sont caractérisés par les réveils nocturnes qui l'empêchent de dormir et le fatiguent. Il est angoissé des qu'il évoque la scène traumatique et les images s'imposent a lui jour et nuit sous forme de flash back et de souvenir intensifs. Il répète sans arrêt et de façon pénible le déroulement de l'accident, ce qui engendre

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

en lui des difficultés d'endormissement (item C1, C5).ce pendant il est angoissé dès que un bruit des fais entendre il est envahi par des tremblements (item F1).

Monsieur Omar présente des signes dépressifs selon la note brute de l'échelle H accompagné de comportement agressifs (item E6)

Ce parent estime que sa vie n'est plus comme avant et ne pourra jamais dépasser cet événement

Synthèse du cas d'Omar :

En guise de conclusion, on retient de l'analyse précédente qu'une intense souffrance manifesté chez le parent Omar le perturbe moralement et psychologiquement, et cela est du au choc parvenu lors de l'amputation sa jambe, mais ya toujours sa femme qui lui porte son aide. On constate qu'il souffre d'un traumatisme fort selon la note brute étaloné sur l'échelle, et souffre aussi d'un pessimisme car il estime que sa vie n'est plus la même et ne le redeviendrais jamais.

1.3 Analyse du troisième cas :

1.3.1-a-présentation du cas de zahia :

Zahia est une victime d'un accident à domicile en 2012 qui lui a couter l'amputation de l'épaule droit, elle a 49 ans femme au foyer mère de deux enfants, demeure à Tazmalt .

1.3.2 Analyse de l'entretien :

Zahia nous a déclaré qu'elle a subi des moments difficiles dans sa vie « des fausse couches », mais celui de l'amputation de son bras lui a marqué grave « *c'est horrible de voir ma main se couper et moi je ne peux pas arrêter sa, et je ne peux rien faire* »

Dans cet accident elle a subi un vrais cauchemar « *tout est devenu noir, je ne sais pas comment c'est passé ...* »

D'après l'entretien en constate que la victime présente des signes du traumatisme psychique, selon Crocq L « *le traumatisme n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de l'inconscient, il est aussi déni de tout ce qui était valeur et sens, et il est surtout aperception du néant mystérieux et redouté ce néant dont nous avons tous l'entière certitude qu'il existe mais dont ne savons rien* »Bouatta, 2007, p.48

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

Zahia nous rapporte qu'elle ne peut pas accepter cette nouvelle situation elle essaye de s'adapter mais elle n'arrive pas, car elle n'a été pas comme sa avant selon ces propos « *avant j'ai fais tout avec mes mains, les taches ménagères, l'agriculture ... et maintenant je suis handicapé, mon Corps a changé même mon comportement ...* » selon Potter P et al 2005 « *l'identité, image corporelle et estime de soi interviennent dans le processus d'acceptation d'une maladie, d'un handicap ou d'une modification corporelle et agissent aussi dans la participation à la démarche qui mène à la guérison* » 2005, P.80

La victime nous décrit la nuit de l'accident comme une nuit horrible, insomnie peur, frayeur, des crises d'angoisse, de pleure « *mes yeux ouvertes toutes la nuit ...* ». Même après deux ans elle éprouve des perturbations dans son sommeil et des insomnies « *je dors plus comme avant* », elle évite le maximum des situations et les lieux qui ont rapport directe avec l'accident « *je ne peux pas m'approcher de puits, je ne peux pas voir du sang et tous ce qui me fais rappeler de mon accident* ». Elle éprouve aussi un phénomène psychique qui est le Membre fantôme, elle perçoit son bras est toujours là, elle peut le bouger. Selon Taillens F « *le membre fantôme est la présence d'une partie de la représentation du corps qui ne devrait pas être donnée puisque le membre correspondant n'est pas là* » 2000, P. 62

L'amputation engendre une sensation de tristesse chez la patiente, la personne amputée se préoccupe de son image corporelle, le membre n'étant plus là, il est donc difficile de se sentir comme avant, mais l'envie de retrouver son membre perdu subsiste

D'après les résultats de l'entretien on constate que Zahia après deux ans de son accident présente, toujours des symptômes du stress post traumatique, qui lui empêche de vivre comme avant.

1.3.3 Analyse de l'échelle :

Zahia a été coopérative. Elle a répondu au questionnaire du Traumaq, nous notons quelle présente un traumatisme psychique moyen selon la conversion de la note brute on note étalonné

Elle confirme qu'elle a déjà eu de un événement marquant auparavant et qu'elle n'avait jamais suivis de psychothérapie. nous l'avons sollicité de nous parlé de ses sentiment pendant l'événement. Quant a sa réaction au moment de l'accident elle s'est évanoui au quand elle vue son bras qu'il n'était plus là. Elle était terrifié a cause de son rencontre avec le réel de la mort,

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

et elle a ressentie une grande angoisse (item A1, A2), elle pensait qu'elle pouvait mourir (item A6).

Depuis l'événement, on note que le sujet a des reviviscences anxiogènes telle que les cauchemars et les images qui lui revienne jour ou nuit et elle ressent de l'angoisse lorsque elle parle de l'événement (item B1, B2, B4).

Le sujet souffre aussi de trouble de sommeil qui est caractérisé par des réveils nocturnes et une impression de ne pas dormir du tout et qui la fatigue au réveil (item C1, C2, C3 C4 et 5)

On constate de ce qui précède qu'elle est anxieuse et ce la dans (item D1) et les résultats obtenus de l'échelle (D).

Par là on note que l'accident qu'a eu le sujet lui a laissé des séquelles, qu'on qualifie de méfiance et de vigilance aux bruits. (item E1, E4). Elle souffre des réactions physiques en pensant à l'événement. Telle que les maux de tête et les nausées....

En revanche, elle a l'impression que sa vie a définitivement changé et qu'elle ne sera jamais la même. Elle a trouvé un soutien de sa famille, ce qui a augmenté l'acceptation de l'événement traumatique.

Synthèse du cas de Zahia :

Enfin d'après la cohésion entre les résultats de l'entretien et ceux de l'échelle, le sujet montre qu'elle souffre d'un traumatisme moyen par rapport à l'accident qu'elle a eu et aux séquelles qu'il a laissées en elle telle que l'amputation de son épaule. Mais l'acceptation de l'événement traumatique s'est faite avec le soutien de sa famille.

1.4 Analyse du quatrième cas :

1.4.1 Présentation du cas de Meziane:

Monsieur Meziane âgé de 60 ans, et père de deux filles et de deux garçons, depuis six ans, il a eu un accident de voiture qui lui a laissé une séquelle, une désarticulation trans fémorale (amputation de la cuisse droite). Suite aux difficultés de se déplacer à l'hôpital de rééducation fonctionnelle en raison de l'amputation de sa jambe et de ses engagements professionnels, il nous a donné un rendez-vous à sa demeure familiale.

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

1.4.2 analyse de l'entretien avec Mr Meziane :

Avant de commencer l'entretien, nous avons constaté une euphorie de la part de ce parent.

On a constaté par ailleurs. Qu'il avait l'air timide et non collaboratif au début de l'entretien. Il répondait à nos questions avec des phrases très courtes, par exemple « *je veux bien vous répondre mais je ne sais pas comment* » ainsi, on remarqué qu'il avait une attitude de fuite, pendant l'entretien il manifestait beaucoup d'affects, il pleurait en sanglot du fait de ces affectation sa avec, ce qui nous a pas facilité de faire les relances à cause de ces moment de larme, de silence et des difficultés d'expression. Cela prouve que ce parent vit des conflits internes au fond de lui. On a constaté que notre interlocuteur s'intègre de plus en plus avec notre sujet. Le début nous été difficile, car la présence de sa femme de sa femme fut un élément qui l'a perturbé afin d'être à l'aise.

L'analyse du contenu de cet entretien permet d'abord de détecter chez ce parent la représentation de l'image traumatique dans l'appareille psychique. C'est ce qu'on constaté dans les expressions suivante « *je me souviens des pompiers, je cris a haute voix je c que j'allais perdre ma jambe ; ce qui ma fias vraiment peur* ». Cette expression était une réponse spontanée et une justification d'avoir vécu une mauvaise situation traumatique sans lui demandé comment et pourquoi. Pour Freud, l'effet de surprise et de la brutalité du choc permettent l'incrustation de l'image mortifère. En cela l'auteur rejoint l'avis de crocq qui souligne « *le traumatisme psychique est occasionné par un événement soudain et violent, menaçant un sujet qui ne s'y attendais pas c'est une rencontre tragique avec la mort qui agresse son intégrité physique et mentale* ». (www.enm.justice.fr), c'est le cas de ce parent. Ce qui très remarquable c'est qu'il se met à parler nos explications avant la réalisation de l'entretien que nous allons suivre avec un ensemble de question.

Cependant, Mr Meziane a pris conscience qu'il allait perdre sa jambe, ce qui lui a provoqué un choc. En suite, c'est qui la conduit a se que culpabiliser de différentes manières.

Depuis l'événement ce parent est envahi par des flash back et les reviviscences anxieuses avec des larmes qu'évoque la scène traumatique et cela dans ses dires « *je n'arrive pas a dormir je soufre même dans la journée* » en effet, ce parent manifeste le refus de son handicap tout en admettons qu'il l'accepte le plus normalement du monde, phrase évoqué sans lui posée la question sur l'handicap.il répond a la question, il s'est contenté de dire : « *si c'est une chose je fabriquerai un moule pour pouvoir avoir une jambe* ». Ce qui signifie que

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

le parent n'a pas accepté le fait d'être sur la chaise roulante. *« je n'aime pas parler ou entendre le mot handicapé »* il veut négliger l'impacte de l'accident, une scotomisation de la réalité qu'il vit, il dénie son handicap par l'invention des critères de classification, qui l'excluent dans la catégorie des handicapés : *« celui qui me voit pas, ceux qui ont la durée de vie courte, ou ceux qui ont des maladies organique sont dépendants de leur parent et de leur famille »*. il pense ainsi que tant qu'il n'est pas atteint d'une maladie organique ou physique, il n'est pas dépendant et par conséquent, il n'est pas handicapé. Cela dit, qu'à travers les critères qu'il a inventés, il a la conviction d'être normal. Ce recours au déni signifie que le moi arrive à trouver un compromis pour ne pas se sentir coupable.

Cependant, les contradictions sont retenues lors des réponses sur son avenir ou il reconnaît ses limites en disant *« l'accident m'a fait perdre mes revenus, ce qui m'a fait perdre ma liberté et mon autorité chez moi »*.

1.4.3 Analyse de l'échelle :

Durant l'événement Mr Meziane a eu la conviction qu'il allait mourir en raison de la ténuité de l'accident. De ce fait, il aurait l'interruption totale du travail, qui est déterminée par la voie d'expertise et correspond aux séquelles définitives. Par là il a eu extrêmement peur (item A1) et paralysé par des réactions physiologiques massives (item A4). Depuis l'événement Mr Meziane est envahi par des flashes back et les reviviscences anxieuses (item B1 et B2). Il est angoissé dès qu'il évoque la scène traumatique. Celle-ci s'impose à lui à tout instant de la journée. Durant la nuit, il a des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes qui le fatiguent (item C1 et C5) ce qui gêne dans la concentration et la mobilisation de son attention (item G1, G2). Il est anxieux dans un état permanent d'hyper-vigilance et de méfiance (item D1, D4). Mais cela ne l'empêche pas de ne pas se laisser battre, il voulait passer dans la rue où il eut l'accident pour ne pas donner de raison à la situation traumatique. Cependant il est angoissé et dès qu'un bruit se fait entendre un bruit il est envahi par des tremblements et d'une tachycardie (item F1). Cet accident lui a changé fondamentalement sa façon de voir la vie. Il a eu un changement sur sa vie sociale et ses relations avec les proches, ce qui est remarquable vu l'événement qu'il a vécu, c'est un fort sentiment de culpabilité chez lui. Il a l'impression que sa vie est définitivement changée qu'il ne sera jamais le même (item I1, I5) ce qui explique ses réponses à l'entretien.

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

Synthèse du cas de Meziane :

D'après l'analyse de l'entretien de contenu de Mr Meziane, on relève qu'il a vécu un traumatisme du fait du choc et qui tient notamment à la brutalité de l'accident et à l'ablation de sa jambe, ce qui a engendré chez lui un traumatisme, mais au fur et à mesure, il s'est adapté à son état par un déni de la situation et ensuite par un pseudo acceptations.

1.5 Présentation du cinquième cas

1. 5.1présentation du cas de mokhtar :

Mokhtar est un étudiant âgé de 22 ans célibataire, il a été victime d'une erreur médicale qui lui a causé l'amputation du genou gauche à l'âge de 14 ans.

1. 5.2.Analyse de l'entretien :

Au Début l'entretien, Mokhtar nous paraissait alaise il nous a raconter l'événement en détail « je suis né normale, un jour lors d'un match de foot Ball j'ai eu une fracture dans mon genou ... », son discours était plein d'affecte il a même pleuré en parlant du rejet qu'il ressentait de la part de sa famille « mon père avait honte de moi il préfère mon petit frère ... » et dans son entourage « *mon entourage me fait toujours rappeler mon handicap, c'est tout le monde qui m'en veut, il m'appellent 75°/ °* »

Le traumatisme est donc un choc émotionnel important, généralement lié à une situation ou une personne ou un groupe de personne a senti sa vie en danger et qui met en péril son équilibre psychique. (crocq.1999).

Moukhtar nous rapporte qu'il a fait plusieurs tentatives de suicide depuis son amputation « j'ai fait deux tentatives de suicide et même dernièrement j'ai essayé de me noyé a la plage en sautant d'un roché très haut »

Lebigot F dans son article dit que la dépression va de la simple tristesse avec rumination de la mort, dont rien ne peut tirer le sujet, jusqu'à la mélancolie délirante qui présente un important risque de suicide (2009, p.203)

Il nous a ajoute qu'il ne peut pas accepter cette nouvelle situation « *moi je ne peux pas et je ne veux pas accepter ce cas* » il a fait une fixation à l'événement traumatique

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

Price B 1998 a définit l'image du corps par trois principes qui sont : le Corp. réel, le Corps. Idéal et l'apparence. L'équilibre de l'homme se fonde sur son état physique et mentale ; si le corps idéal est perturbé alors l'équilibre est remis en question .L'apparence de la façon dont on se présente a autrui.

La personne amputée présente donc une modification de son corps, et apparence étant différente car dorénavant la personne marche différemment, s'habille différemment.

1.5.3 L'analyse de l'échelle :

Mokhtar répond le jour même a notre échelle, il mentionne qu'il n'a jamais vécu d'événement marquant auparavant. Suite a cette événement il présente un syndrome psychotraumatique intense

Durant l'accident Mokhtar ne saisi jamais imaginer qu'il allait perdre sa jambe a cause de cette fraction.

Mais pendant son retour a l'hôpital il ressentit une grande frayeur et angoisse et il a eu l'impression d'être dans un état second (item A1 A2, A3).

Depuis l'accident Mokhtar a des troubles de sommeil, des difficultés d'endormissement, des réveils nocturne et être fatigué le au réveil (item C1, C3, C4, C5).

On remarque dans les repenses des item D1 D2) jusqu'à (D5) qu'il a dépassé même la frayeur et l'angoisse qu'il avait, et s'est même rendu a lieux de l'accident.

Il 'est dans un état permanent d'hyper vigilance et méfiance (item E1, E2, E3). Et il ne ressent pas de l'agressivité ou de la nervosité. C'est une personne très calme qui aime être seul et souffre de trous de mémoire qu'auparavant (item G2 G3).

Selon la note brute de l'échelle H puisque elle correspond a la note maximal, en remarque que notre sujet a perdu tout intérêt a la vie et il ne pourra pas supporter tous sa.car il a dit dans ces propre propos

Synthèse du cas de mokhtar :

D'après les résultats de l'entretien et ceux de l'échelle, le sujet montre qu'il souffre d'un traumatisme fort a cause de son amputation de la jambe, accompagné d'une dépression

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

d'après ces dire et son passage à l'acte de se donner la mort. Car il n'a pas trouvé de soutien dans son entourage et n'arrive pas à accepter sa situation actuelle.

1.6 sixième cas :

1.6.1 Présentation du cas de Daoud :

Daoud est un jeune célibataire de 32 ans, demeure à Tazmalt victime d'une explosion de mine lors d'un ratissage qui lui a coûté l'amputation de sa jambe droite en 2010.

1.6.2 Analyse de l'entretien :

Au début de l'entretien on a constaté que Daoud avait l'air non collaboratif, il répondait à nos questions avec des phrases courtes, il avait une attitude de fuite « *je ne veux pas me rappeler ce drame* » en respectant son silence, après un peu de temps il s'est lancé à parler sans cesse de l'événement qu'il a vécu « *moi et mes collègues en ne savais pas qu'il y a des mines dans ce champs, un ami a mis son pied sur cette mine et tout s'est explosé ...* », il a exprimé sa fatigue « *je me sens tout le temps épuisé* »

Il se culpabilise sur le fait de continuer ces études supérieures et d'avoir s'engagé à l'armée pour avoir un bon statut en disant : « *je regrette d'avoir m'engager à l'armée, j'aurais dû abandonner mes études pour être un manœuvre mieux que cette situation d'handicapé ...* »

Dans la discussion de Daoud on a constaté que cet événement a bouleversé sa vie, il ne peut pas l'oublier selon ces propos « *c'est des images horribles ; du sang et des morceaux de viande hachés ..., j'ai vu la mort devant mes yeux* »

L'analyse du contenu révèle d'abord, que le sujet présente des signes du traumatisme psychique qui est défini par Claude Barrois 1988 « *comme une rupture des liens avec le monde, envahissent par l'angoisse de la néantisation bris de l'unité de l'individu et cessation de sens* », et l'installation de l'image de réel de la mort dans le psychisme du sujet et cette image ne trouve pas de représentations pour la porter, Lebigot 1999 nous précise qu'elle « ne se comportera pas comme un souvenir ; elle restera intacte au détail près et lorsqu'elle surgira à la conscience dans le cauchemar ou dans la vie éveillée, ce sera toujours au temps présent comme un événement en train de se produire »

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

Cette événement inattendu a changé tout pour lui il disait : *« depuis l'événement je me sens dans un état second, mon sommeil a changé, mon comportement, mes rêves ... tout s'est fondrez »*

En parlant de l'image de son corps, il nous a dit «j'arrive pas voir mon corps incomplet, j'ai été avant un lieutenant avec mes grades et la j suis devenu un handicapé ... » c'est l'image du corps que la personne aura, qui va définir son comportement et c'est l'image que nous avons de notre corps que nous pouvons entrer en contacte avec autrui selon Françoise Dolto

D'après les données de l'entretien avec Daoud en a constaté qu'il a eu l'expérience d'un événement difficile qui a altérer son état physique et psychique, l'événement traumatique été imprévisible et incontrôlable, il fait voler en éclats le sentiment de vivre en sécurité et laisse la victime vulnérable et perturbé *« a chaque fois que je marche a pied j'ai l'impression de revivre le même événement, je sens que je suis toujours menacé dans un état d'insécurité »*

En plus dans certaine expression le sujet donne un sens au déni de l'événement *« pourquoi il m'arrive sa à moi de vivre un tel cauchemar ... »*

Par ailleurs Daoud à une vision pessimiste en vers l'avenir en disant *« maintenant je ne peux pas marcher comme avant »*

Le sujet a été confronté é un événement violent et exceptionnel relativement à sa personnalité, et sa réaction vers cet événement s'est traduite par un sentiment d'effroi, d'incompréhension ,d' incapacité et le déni tout ces éléments prouve que le sujet a subi un choc émotionnel important, et les signes de stress post traumatique sont toujours présent

1.6.3 Analyse de l'échelle :

Au début de notre entretien notre sujet paraissait très alaise mais on avançant dans l'entretien on remarqué que notre sujet change de traits de visage et il commencé à devenir mal alaise, mais malgré cela répondu au questionnaire du traumaq.

Pendant l'événement Daoud a ressenti une grande frayeur, car il na jamais vécu de situation traumatique auparavant, il a ressenti une très grande angoisse et il c'est sentie paralysé et a faillit mourir (item A1, A2, A3).

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

Depuis l'événement notre sujet a des troubles de sommeil qui se traduit sous forme de difficulté d'endormissement et des réveils nocturne, des cauchemars, et la fatigue en se réveillant (item C1, C2,...C5).

Mr Daoud ressent toujours de l'angoisse et de l'anxiété en il parle de l'événement ou quand il voit des scènes qui lui font rappeler ce dernier (item D1, D3, D4 et 5), il remarqué aussi qu'il est hyper vigilant et hyper attentive au bruit (itemE1), il à ressentie que son sentiment d'agressivité a augmenté l'égerment (item E5).

Synthèse du cas de Daoud :

D'après l'analyse de l'échelle et de l'entretien on constate chez Daoud des signes de traumatisme forts a cause de la gravité de l'événement qu'il a vécu et les images qui le tourmentent jour et nuit, il ressent aussi de la culpabilité a cause du choix qu'il fait. Et ce dernier lui a couté une amputation.

1.7 :septième cas

1.7.1 Présentation du cas de Mariem :

Meriem est une jeune veuve de 30 ans, victime d'un accident de voiture en 2010 qui lui a causé l'amputation de son bras gauche elle demeure à Blida.

1.7.2 Analyse de l'entretien :

Débutant notre entretien avec Meriem commence à culpabiliser son père qui lui a forcé de se marier à l'âge de 18 ans, elle n'avait pas l'intention de se marier « je me suis marier très tôt car mon père ma forcer, il me disait que ce n'été pas un homme à refuser avec un bon statu financier ... » la culpabilité est pleinement avouée dans l'expression précédente

Pendant l'entretien elle a manifesté beaucoup d'affects, elle pleurait en criant « ma vie est gâcher ... »

L'analyse de contenu de l'entretien nous a permet de détecter le choc et le traumatisme de l'accident de l'accident disait « c'est une vrai torture, vous ne pouvez pas sentir sa sauf ce qui ont vécu ce drame ... »

Durant l'accident tout est devenu noir pour elle, car elle ne se rappel pas de beaucoup de chose durant l'accident car elle été soule « en rentrant d'une soirée, de retour pour me

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

déposer chez moi, un terrible accident est arrivé la voiture a dérapé, je me souviens d'un grand bruit c'est tout ,j'avais peur de mourir »à ce titre François Lébigot dit « dans un choc inattendu, il ya eu peu d'angoisse, mais une activité psychique intense et durable auteur de la culpabilité et de la mort »,ce drame a engendré chez elle un choc intense . la victime vit toujours dans une situation de tristesse et de fatigue, cela dans ce passage « je suis toujours triste de mauvaise humeur, fatiguer ... »,la façon dont elle s'exprimé qu'elle vit des conflits interne, elle vit un désespoir dans sa vie, la première qu'elle est stérile ,la seconde est veuve ,elle travail dans un endroit pas sein et qui est rejeter par sa famille et la société « je suis vraiment débordé » tout sa a fait l'objet d'un traitement psychiatrique (des neuroleptique)

Elle nous a dit « que tout sa a cause de mon père qui ma rendu folle a cet âge »

En suite en s'est étalé sur les difficultés d'endormissement ; des cauchemars, réveil nocturne, insomnie « je ne Dor plus comme avant, j'ai l'impression c'est je ferme mes yeux je vais revivre le même événement » depuis l'événement j'ai augmenté la consommation de certaines substance telle que le café cigarette et l'alcool, pour que j'oublie tous ce qui s'est passé

Quand parle de se membre amputé et l'image de son corps, commence a pleurer et a crier « ce n'est pas de ma faute c'est le destin » ce qui mène à dire à dire qu'elle se culpabilise pas, ajoutant a sa elle nous a dit « a mon âge je suis devenu handicapé, ma vie est devenu noir » la blessure narcissique de Mariem à déborder son moi. Pour faire face elle fait recours au déni, une telle réaction s'explique par le besoin de démineur les conflits psychique

En fin l'analyse révèle que Meriem a vécu un traumatisme psychique, et qu'elle ne peut pas accepter l'amputation de son bras « c'est une souffrance intense, je ne suis pas convaincue de cette situation »

Selon ces propos nous déclare que son psychiatre lui a dit qu'il faut voir un psychologue qui va l'aider à accepter cette amputation et elle lui est répondu que « personne ne pourra me rendre comme avant ; ce psychologue ne va pas me rendre ma main, donc ce n'est pas la peine »

Cependant des contradictions sont retenues dans ces réponses sur son avenir « ma vie ne vau rien ,dans cette situation je ne peux rien faire »ce qui veu dire qu'elle refuse sa situation actuelle ,dans d'autre propos elle dit « quand j'aurais les moyens je vais faire une chirurgie esthétique pour griffer mon bras » elle vit dans le déni de sa situation ,elle se sens

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

abandonner par sa famille ,sa société et par le monde entier « une jeune comme moi qui na personne, c'est normale que je vit des moments très difficile dans ma vie... »

Mariem souffre d'un traumatisme psychique, et un débordement dans son état mental, elle n'est pas convaincu de son état, elle avance dans d'autre situation des expressions de rejet total de son traumatisme « heureusement que cet accident ne ma pas laisser de séquelles mentale »

1.7.3 Analyse de l'échelle :

Durant l'événement Meryem ne se souviens pas trop de l'accident car elle avait but mais on repensant a l'accident, elle devient comme feuil qui tremble. (Item A1, A4).

Et selon le résulta total des item(A) on constate un traumatisme profond chez elle.

Depuis l'événement notre sujet a étai envahi par des flashs back et des reviviscences anxieuse (item B1, b2) elle st angoissé dés qu'elle évoque la scène traumatique. Celle-ci s'impose à elle toute la journée. Durant la nuit elle a des difficultés d'endormissement qu'auparavant (item C1) elle fait d'avantage des cauchemars (item C2) et elle se réveil fatigué (item C4, C5) la on constate des troubles de sommeil. Elle est anxieuse dans un état permanent d'hyper vigilance et de méfiance (itemD1, D4) (item E1), elle a augmenté la consommation de certaines des substances (F5). Elle a l'impression que sa vie est définitivement gâchée. Plus qu'elle n'était (item H1, 2,3,...8). Elle ne sera plus jamais la même.

Synthèse du cas de Meriem :

Le sujet a été confronté é un événement violent et exceptionnel relativement à sa personnalité, et sa réaction vers cet événement s'est traduite par un sentiment d'effroi, d'incompréhension ,d' incapacité et le déni tout ces éléments prouve que le sujet a subi un choc émotionnel important, et les signes de stress post traumatique sont toujours présent.

2. Synthèse générale des cas :

Les résultats que nous allons présenter montre le degré du traumatisme de tout les cas comme suit :

$$97+81+94+113+112+62+81=640$$

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

640/7 = 91,42

D'après ces résultats on déduit que le degré du traumatisme psychique chez les amputés est mesuré fort.

D'abord tous les sujets ont vécu l'événement comme un traumatisme parce qu'ils étaient face à une situation inattendue, brusque, menaçante ; ils étaient en contact avec le réel de la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais ce que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient.

Cet événement traumatique diffère d'un sujet à un autre, selon la subjectivité de chacun, décrit par Scelle Régine comme un événement traumatique vécu de façon singulière par chacun des sujets, par exemple dans le quatrième et le septième cas « je cris à haute voix... », les sujets étaient choqués au point qu'ils ont été l'objet d'un traitement psychiatrique.

Après le choc de cet événement traumatique vient le choc de la perte d'un membre, tous les sujets se voyaient comme des handicapés comme s'est exprimé le sixième cas « je suis devenu handicapé » et dans le troisième cas le sujet exprime son inutilité « je ne peux rien faire... »

Suite à cette perte physique la plus part des sujets ont un sentiment de culpabilité qui est exprimé de plusieurs manières ; il est lié soit à un choc, soit à un acte ou à une faute comme le sixième cas l'illustre « je regrette d'avoir m'engager à l'armée », soit par rapport à la vision négative de l'autre comme cela a été exprimé par le cinquième cas « mon entourage me fait toujours rappeler mon handicap ... »

La perturbation de l'image corporelle démine l'estime de soi des sujets comme dans le troisième cas « maintenant je suis inutile », face à ce changement les sujets ont recours aux mécanismes de défense afin de supporter ces situations difficiles, et les mécanismes de défenses les plus utilisés dans nos cas c'est le déni de sa situation actuelle, l'évitement de tout ce qui lui rappelle de la situation traumatique ou de son amputation et l'isolement dans ce cas le sujet isole sa charge affective, il ne montre aucun signe de malheur par exemple dans le premier cas « je vais bien maintenant... »

3. Discussion des hypothèses

Après l'analyse des entretiens et l'échelle d'évaluation du traumatisme nous arrivons à la discussion de nos hypothèses

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

3.1 Discussion de la première hypothèse :

Rappelons le principe de cette hypothèse qui dicte :

l'amputation d'un membre est vécue comme un événement traumatique, et le traumatisme développé par ces sujets varie dans son degré d'une personne à une autre.

D'après l'analyse des résultats de chaque cas et selon l'échelle qui mesure l'intensité et le degré du traumatisme psychique nous avons constaté que l'arrivée d'un événement violent, inattendu, menaçant, suivant d'une rencontre avec le réel de la mort et la perte d'un membre, nous avons constaté que toutes ces victimes présentent un syndrome psychotraumatique qui diffère d'un sujet à un autre ; dans le premier, le troisième et le quatrième cas le traumatisme est mesuré moyen, et dans le deuxième, le cinquième, le sixième et le septième cas le traumatisme est mesuré fort .

On peut avancer que notre première hypothèse est confirmée dans tous les cas.

3.2. Discussion de la deuxième hypothèse :

Cette hypothèse estime :

l'atteinte de l'image du corps aura un impacte sur le devenir psychologique du sujet.

L'expérience du corps comme une entité complète exige une intégration du schéma corporel permettant de percevoir notre corps comme un ensemble, qui appartient et non comme un ensemble d'unité détachée.

La perte d'un membre n'est pas seulement perte physique mais aussi une souffrance psychique qui est souvent mal ou peu prise en compte dans la pratique médicale quotidienne, la plus part de nos amputés n'ont pas bénéficié d'une prise en charge psychologique sauf dans le deuxième cas pendant l'hospitalisation et le deuxième cas pendant et après l'hospitalisation.

« L'existence de l'homme s'inscrit dans un cheminement .un "événement de vie " peut créer à un endroit du chemin une difficulté, un drame, une "rupture de vie", une cassure dans la continuité » (J .Dufour ,1995)

L'amputation peut représenter cette "rupture de vie ", elle est exprimé par les sept cas, elle touche douloureusement la victime dans son intégrité physique, elle bouleverse sa manière de vivre, son activité quotidienne, ses études, son métier ou ses loisirs

Présentation, Analyse et discussion des hypothèses

La majorité des cas ont décalés qu'ils ont changé de personnalité « je ne suis pas comme avant, je suis devenu étrange a moi-même » ici les sujets avancent sa pour signaler la profonde altération qu'a subie leur personnalité

Ajoutant à les perturbations des représentations corporelles du sujet et le confronter à la perte et à un travail de deuil

Le corps est atteint, blessé et le rapport avec celui-ci, sa relation aux autres sont totalement modifiés, l'individu est confronté à cet événement d'une façon globale à la fois sur le plan corporel et psychique.

Nous arrivons a la confirmation de notre deuxième hypothèse qui est l'atteinte de l'image du corps a un impacte sur le devenir psychologique des victimes.

Conclusion :

De ce qui précède, on constate que nos hypothèses sont confirmées ce qui mène à dire que l'amputation d'un membre est vécue comme un événement traumatique ainsi que le traumatisme développé par ces personnes amputées varie dans son degré d'une personne à une autre, en effet l'amputation entraine des désordres psychologique important liés à la destruction du schéma corporel et à la modification de l'image du corps.

Conclusion Générale

Conclusion générale

Cette recherche s'est voulue être une étude de l'impacte de l'amputation d'un membre sur l'état psychique de l'individu. Ce travail était pour nous l'occasion de découvrir et d'approfondir nos connaissances acquises tout au long de notre parcours universitaire.

Notre groupe de recherche est constitué de (7) sept cas. Ces derniers ont tous vécu un événement traumatique qui leurs a couté une ablation d'un membre de leur corps. Tous issus d'un milieu différent. Notre recherche s'est déroulée dans différentes régions de l'Algérie à domicile des victimes.

Sur le plan théorique, il nous a permis de comprendre le traumatisme psychique, son étiologie, les modes de prise en charge des amputés et de mieux comprendre les concepts clés de la recherche ; (l'effroi, la vulnérabilité, la culpabilité et la résilience).qui explique la survenue d'un événement inattendu sur les sujets. Et aussi cette présente recherche nous a permise de découvrir les travaux en rapport avec notre thème comme ceux de Louis Croq qui s'intéresse à l'effet d'événement traumatique sur les sujets et au traumatisme psychique en généra, ajoutant à cela les travaux de François Lebigot qui se base sur les différentes méthodes de traitement du traumatisme psychique. Et on peut citer aussi Catherine Lemaire qui s'est intéressée à l'état psychique des amputés et d'autres travaux de Raupp J-C qui a travaillé sur l'appareillage et la rééducation des amputés.

Dance notre présente recherche on spécifie le type du traumatisme qui est le traumatisme psychique chez les amputés. En étudiant l'impacte de l'événement traumatique et de l'amputation sur leurs états psychiques.

L'analyse du contenu de l'entretien de notre groupe de recherche nous a permis de constater que ces sujets sont traumatisés au moment de la survenue inattendu de l'événement traumatique et de l'amputation engendré par ce dernier .cet événement produit une dépression avec des sentiments de culpabilité, de tristesse, d'agressivité, de peur, de terreur et de désespoir dû au fait de la gravité et les séquelles engendrées.

On déduit que nos sujets en question utilisent des mécanismes de défenses pour faire aux sentiments de culpabilités éprouvé, à fin de s'y adapter à leur nouvelle situation et leur nouvelle image du corps .les sujets font preuve d'une agressivité projeté sur le monde extérieur.

L'analyse des entretiens nous a permise aussi de remarquer qu'il y'a eu une atteinte a leur image du corps, et par conséquence sur leur estime de soi.

Conclusion générale

Cette transformation corporel inacceptée par le sujet leur fait rappeler l'événement traumatique.

Face au traumatisme physique et psychique que représente l'amputation, il faut prendre conscience de l'importance que représente une prise en charge globale et pluridisciplinaire dans ces cas.

Bibliographie

Liste bibliographique :

1. . Anaut M « **trauma, vulnérabilité et résilience** », connexions, n °77 2002
2. Barrois C, **la névrose traumatique**, ed dunod 2^{ème} édition paris 1998
3. Boudoukha A-H. « **Burn-out et traumatismes psychologiques** ». Paris. Dunod, 2009.
4. Cario R, « **Victime du traumatisme à la restauration** ». Paris, Harmattan : 2002
5. Ciconne A, Ferrant A. « **Honte et culpabilité et traumatisme** », Paris, Dunod : 2009
6. Coutonceanu R et all. « **Trauma et résilience** ». Paris. Dunod : 2012.
7. Crocq L. **les traumatismes psychiques de guerre**. Odile Jacob. Paris, 1999
8. Crocq L, Lebigot F, « **traiter le traumatisme psychique, clinique et prise en charge** », Paris, Dunod : 2005
9. Crocq L et all « **traumatisme psychique** » édition Elsevier Masson 2007
10. Croq L et all. « **Traumatisme psychique, prise en charge des victimes** », Paris Masson : 2007
11. .Crocq L « **Histoire du trauma** ». www.info-trauma.org/pdf
12. Curreli A, « **douleur de membre fantôme influence de facteurs psychologique** »2004
13. Cyrulnik.B. « **Un merveilleux malheur** ». paris : Odil jakob 1999
14. De Clerq M, Lebigot F. « **Les traumatismes psychiques** ». Paris. Masson 2001
15. De soir et Vermirene E. « **Les debriefings psychologiques en question** ». Garant.2002
16. François L « **Le traumatisme psychique articles pdf . Stress et trauma** » 2009 P 203-204
17. Freud S, « **Au delà du principe de plaisir** », Paris, Payot : 1968
18. Freud S « **les concepts du trauma** » (revue québécoise de psychologie, vol, 23 no 3, 2003
19. Guay S et Marchand A. « **les troubles liés aux événements traumatiques** ». Paris 1949.
20. Kédia M et all. « **Dissociation et mémoire traumatique** ». Paris, Dunod 2012
21. Kotzki N, Brunon Anne,Pellisier Jaques. « **Amputation et schéma du corporel. Kenesisithérapie scientifique** ». 1997/10 N371.P17-50
22. Lahcen L le « **traumatisme suite a l' accident de la route** » mémoire de magister 2008/2009.
23. Lebigot, F, « **traiter les traumatisme psychique** ». Duno paris 2005
24. Rrestemi N. « **syndrome de stress post traumatique, valeur maladie** ».2010 pdf
25. Senon J-L « **trauma et résilience victime et auteurs** » Duno paris 2012.
26. stoffel J- F Mouton L , « **douleur fantôme et boîte miroir et réalité virtuelle** »2010.revus des questions scientifique.273/304.
27. Taillens, Françoise. « **le corps au cour de la relation soignante, soins infirmières** » kranken PDF .Liege decembre 2000n12 p 58/62
28. Pascal A Frecon Valentine . « **Diagnostic infirmiers intervention et résultat** » 3eme édition- Masson, paris ; 2006.

29. Pitter, Patricia , Perry Anne. G. « **Concept de soi image corporelle et pathologies** ». Pratique de du soignant 2005/27/09 n7 p 80.
30. Premier colloque international de psychotraumatologie et victimologie 10.11.12 juin 2009. pris-asiem

Annexes

Résumé :

L'amputation est une pratique très ancienne. À l'époque d'Hippocrate on utilisait les ligatures contre les hémorragies et proposait l'amputation en cas de gangrène. Les batailles ont longtemps été les seules motifs d'amputation. Mais aujourd'hui, d'autres causes peuvent être à l'origine d'une ablation ou amputation d'un membre chez un individu comme les accidents de travail de circulation autre maladie comme le diabète etc.

Dans notre présent travail nous tentons d'expliquer quel sont les répercussions de cette amputation sur le plan psychique chez ces individus, présentent il tous des traumatismes psychique ? Nous allons aussi aborder les différentes réactions entre ces personnes.