



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du Diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème

Travail de deuil chez les diabétiques amputés de leurs membres inférieurs

Etude clinique réalisée auprès de quatre (04) cas au sein du service
chirurgical de l'EPH de SIDI AICH- Bejaia

Réalisé par

M^{elle} MOULAOUI Dyhia

M^{elle} MENNIF Hafsa

Dirigé par :

Mme. MESSAOUR Dalila

Soutenu le **15 septembre 2021**

Devant le jury

Mme BENAMSILI Lamia

M.C.A

Université de Bejaia

Présidente

Mme MESSAOUR Dalila

M.A.A

Université de Bejaia

Encadreur

Mme SAHRAOUI Antissar

Professeur

Université de Bejaia

Examinatrice

Année Universitaire : 2020/2021

Remerciements

Nous remercions le bon Dieu le tout puissant de nous avoir accordé le savoir, la force et la volonté de mener cette recherche et de nous avoir orientées vers le meilleur chemin.

Nous tenons à remercier notre promotrice Mme. MESSAOUR Dalila pour ses conseils, ses remarques et son orientation pour la réalisation de ce travail.

Nos profonds remerciements sont adressés à Monsieur KERRBOUB, nos sujets de recherches et tout le personnel de L'EPH de SIDI AICH plus précisément l'ensemble des infirmiers pour leurs accueils si chaleureux.

Nous remercions nos parents de nous avoir encouragées, aidées et soutenues.

Enfin, nous remercions l'ensemble des enseignants qui ont contribué à notre formation tout au long de ces cinq années d'études.

Dédicaces

Dieu merci de m'avoir donné la force d'accomplir ce modeste travail que je dédie particulièrement à :

Mes parents, pour leur amour, leurs encouragements, leurs prières, leurs efforts et leurs sacrifices pour être ce que je suis aujourd'hui, je ne vous remercierai jamais assez j'espère pouvoir vous rendre fiers.

A mes très chers oncles Fatah et Nassim, vous êtes à mes côtés depuis que j'ai ouvert les yeux, vous m'avez protégée, soutenue, vous m'avez aidée encouragée, avec vous je ne suis en manque de rien, les mots ne suffiront jamais mais merci, merci de faire de moi la plus heureuse de toutes les nièces.

A mon grand-père Laarbi, à Ima Assia et à Nana Djamila, que Dieu vous protège.

A mes sœurs Thanina, Amina, Kahina, Celia et mes deux frères Abderrahmane et Yousef, vous êtes ma joie et mon bonheur.

A Habiba et à mes petits cousins Koceila et Zakaria qui font illuminer nos jours

A mes chères tantes que j'aime tellement Saloua, Souad, Wahiba, Nassima, Kika et leurs enfants

A la mémoire de ma grand-mère Khoukha, mon grand-père Rabah et ma tante Oumessaad, j'aurai tellement voulu que vous soyez présents aujourd'hui, que Dieu vous accueille dans son vaste paradis, je ne vous oublierai jamais.

A toutes mes copines surtout à Sabrina, Meriem, Wazna, Yasmine, Mina et Zahra.

A ma chère Hafsa et à toute sa famille

Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour la réalisation de ce modeste travail.

Dyhia

Dédicaces

Je dédie ce travail à tous ceux qui me sont chers

*A ma raison d'être, l'être le plus cher au monde, mon école de courage,
ma source de force : ma chère maman.*

*A l'homme qui a été toujours à mes côtés, mon précieux offre du dieu :
mon cher Papa.*

*A la femme qui a tout sacrifié pour nous qui a été toujours la grande et la
chère dame : ma grand-mère Yama Howa.*

A mon cher unique frère Madjid et sa femme Sabrina.

A mes chères sœurs : Soraya, Yamina, Nora, Katia, Fadhila, Zoulikha.

A tous mes beaux-frères.

A tous mes neveux et nièces.

A mes oncles.

A mes tantes en particulier Nana Zahra.

A mes cousins en particulier Djamel, Lamine et Sadek.

A mes Cousines en particulier Fatyet Meriame

A mes amies Bahia, Soraya, Nadia, Lycia, Tina.

A ma Chère Dyhia pour son soutien tout au long de ce travail.

Hafsa

Liste des abréviations :

- CIM : Classification Internationale des Maladies.
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).
- DT1 : Diabète de type 1
- DT2 : Diabète de type 2
- EPH : Etablissement Public Hospitalier
- FID : Fédération internationale du diabète
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- UPD : Ulcération du pied diabétique

Sommaire

Remerciement

Dédicaces

Liste des abréviations

Sommaire

liste des tableaux

liste des figures

liste des annexes

Introduction	15
<i>Partie théorique.....</i>	<i>20</i>
<i>Chapitre 1 :Diabète, Pied diabétique</i>	<i>21</i>
□ Préambule :	22
□ 1 Diabète	22
1. Aperçu historique sur le diabète.....	22
2. Définition du diabète.....	23
3. Données épidémiologiques du diabète.....	24
4. Classification du diabète selon l'organisation mondiale de la santé.....	25
5. Critères diagnostique du diabète	25
6. Types de diabète.....	25
7. Facteurs de risque de diabète de type 2.....	27
8. Complication du diabète de type 2.....	29
9. Traitement du diabète de type 2.....	31
□ 2 Pied diabétique	33
1. Définition du pied diabétique.....	33
2. Pied, un organe ciblé.....	33
3. Données épidémiologiques du problème du pied diabétique.....	34
4. Diagnostique du pied diabétique.....	34
5. Physiopathologie du pied diabétique	35
6. Classification des plaies du pied diabétique	37
7. Prévention du pied diabétique.....	38
8. Prise en charge du pied diabétique.....	39
9. Amputation comme dernier recours.....	39
□ Synthèse	40

Chapitre 2 : amputation	41
□ Préambule.....	42
1. Aperçu historique sur l'amputation.....	42
2. Définition de l'amputation.....	43
3. Epidémiologie.....	43
4. Etiologie de l'amputation.....	43
5. Niveaux d'amputation.....	44
6. Annonce de l'amputation.....	46
7. Déroulement de l'amputation.....	47
8. Complication liées à l'amputation.....	47
9. Membre fantôme.....	48
10. Impact de l'amputation.....	51
11. Accompagnement du malade amputé.....	55
□ Synthèse.....	57
Chapitre 3 : Travail de deuil	58
□ Préambule.....	59
1. Définitions.....	59
2. Deuil comme processus psychique.....	64
3. Deuil comme Traumatisme.....	65
4. Deuil comme souffrance aux multiples dimensions.....	66
5. Objet perdu chez le diabétique amputé.....	67
6. Caractéristique de deuil selon S.Freud.....	68
7. Etapes de travail de deuil.....	68
8. Reconnaissance de la perte.....	70
9. Types de deuil.....	71
10. Facteurs favorisant l'évolution de travail de deuil.....	74
□ Synthèse.....	76
Chapitre 4 : Problématique et hypothèses	78
Partie pratique	87
Chapitre 5: Méthodologie de la recherche :	88

□ Préambule.....	89
1. Méthode de la recherche.....	89
2. Lieu et durée de la recherche.....	92
3. Groupe de recherche.....	93
4. Outils de recherche.....	82
5. Groupe de recherche.....	93
6. Outils de recherche.....	96
7. Analyse des outils de recherche.....	100
8. Déroulement de la recherche.....	101
9. Déontologie de la recherche.....	105
□ Synthèse.....	106
Chapitre 6: Présentations et analyses des résultats	107
□ Préambule.....	108
1. Présentation et analyse des résultats.....	108
CANS N°1 : Mohamed.....	108
CAS N°2 : Bachir.....	112
CAS N°3 : Zoubida.....	115
CAS N°4 : Akli.....	118
Chapitre 7 : Discussion des hypothèses.....	120
Préambule.....	121
1. Discussion des hypothèses.....	121
□ Synthèse.....	125
Conclusion.....	126
Liste bibliographique.....	131
Annexe.....	136

Liste des tableaux :

N° DU TABLEAU	TITRE	PAGE
01	Caractéristiques du groupe de recherche	84

Liste des figures :

N° DE LA FIGURE	TITRE DE LA FIGURE	PAGE
01	Diabète type 2 dans le corps	26
02	Schéma explicatif de l'amputation comme dernier recours	36
03	Niveaux d'amputation du membre inférieur	42

Liste des annexes :

N° DE L'ANNEXE	TITRE
01	Guide d'entretien semi directif
02	Grille d'observation
03	Grille d'observation de monsieur Mohamed
04	Grille d'observation de monsieur Bachir
05	Grille d'observation de madame Zoubida
06	Grille d'observation de monsieur Akli

La femme pleurait :

- N'y a-t-il donc plus d'espoir, docteur?

- Il est mort, dit Rieux.

(Albert Camus, La peste)

Introduction

- **Introduction :**

Depuis la nuit des temps, l'homme s'est toujours intéressé à sa santé, il a enquêté dans les divers domaines de la flore et de l'esprit rien que pour garder cette unité fondamentale et préserver son bien le plus précieux.

A cet égard, les progrès réalisés dans la plupart des disciplines scientifiques (pharmacologie, physique nucléaire, biochimie, électronique...) ont permis à la médecine de faire un fantastique bond en avant pour faire face à tout ce qui menace cette santé, ce qui fait notre arsenal thérapeutique s'enrichi avec le développement des techniques médicales et chirurgicales que la vie humaine devienne statistiquement plus longue et nous ne pouvons que nous en réjouir,

En revanche, plusieurs maladies s'opposent à cette santé tant préservée, dont les maladies chroniques qui envahissent la vie de la personne et qui sont caractérisées par des retentissements sur la vie quotidienne, leurs permanences, leurs irréversibilités et leurs complications néfastes qui peuvent toucher les autres parties du corps.

Le diabète fait partie de ces maladies chroniques où l'Algérie, comme tous les autres pays, est aussi touchée par ses grands chiffres qui ne font qu'accroître et dont l'estimation des spécialistes indique encore de grandes augmentations d'ici les années à venir. Cette maladie qui se caractérise par un excès de sucre dans l'organisme provoquant une hyperglycémie ou le taux de glycémie à jeun est égale ou supérieur à 1.26 g/l à deux reprises, ou égale ou supérieur à 2 g/l à n'importe quel moment de la journée. Le diabète peut être contrôlé en suivant les recommandations des médecins mais lors de la négligence, il provoque de multiples complications dont le pied diabétique qui incite une destruction du tissu du pied survenant chez les diabétiques de type 2 dont parfois le recours à une amputation pour l'ablation de la partie affectée demeure le dernier recours pour sauver le reste du membre inférieur.

De ce fait, nous avons choisi de s'intéresser à ce deuxième type de diabète autrement appelé non insulino-dépendant et d'apporter les complications qu'il engendre sur le pied du malade qui nécessitent une amputation pour ensuite étudier, expliquer puis comprendre le travail de deuil fait face à cette perte qui modifie tout l'équilibre de l'organisme ; voilà pour quoi nous avons construit notre thématique de recherche intitulée « Travail de deuil chez les diabétiques amputés de leurs membres inférieurs »

En ce qui concerne le diabète de type 2, mentionnons qu'il se caractérise par une sécrétion de l'insuline mais de son non efficacité pour réguler le taux de sucre dans le sang où ce dernier reste élevé après chaque repas. Cependant, en avançant dans l'âge du malade, des accidents touchants le pied peuvent provoquer en ce dernier des lésions menant à de multiples affections ou parfois le traitement médical ne saurait sauver la partie atteinte et dont la propagation se fait très rapidement ; Pour cela, faire appel à une intervention chirurgicale reste nécessaire pour sauver le reste du pied/jambe et diminuer le risque d'autres complications chez le malade.

Par ailleurs, les conséquences de cette amputation ne peuvent passer inaperçues ; Après l'intervention chirurgicale, le malade se trouve face à une nouvelle situation qui inclut des douleurs, une nouvelle image de son corps, un manque, une perte, une blessure et des sensations que la partie amputée est toujours présente par les picotements et la chaleur qu'elle dégage, tout cela et plus dont le surmonter demeure tout un chemin à mener pour dire oui à tout ce changement.

En effet, l'annonce elle-même d'une telle intervention chirurgicale provoque un ensemble de sentiments dont le malade ne peut exprimer que par une peur, cependant, se retrouver après cette amputation détachée d'un membre ou d'un segment de membre n'est sûrement pas d'une situation facile à accepter, où le malade se trouve entraîné de souffrir pour pouvoir se créer à nouveau et garder sa pulsion de vie.

De même, faire son deuil est le cheminement que ces malades doivent adopter pour pouvoir accepter la perte, laissé passer et choisir la vie. Le deuil qui dans son sens large, représente l'ensemble des réactions qui font suite à n'importe quelle «perte d'objet». Ce travail qui dispose de plusieurs étapes du moment de l'annonce et du choc jusqu'à l'acceptation totale de la perte en exprimant toute la douleur qui va aider à éviter d'autres atteintes physiques et organiques en s'appuyant sur tous les facteurs qui peuvent favoriser un bon cheminement pour atteindre son but qui est de surmonter la souffrance.

De ce fait, pour pouvoir mener notre recherche qui permettra de comprendre tout ce travail de deuil que vit le diabétique amputé, nous nous sommes penchées vers l'approche psychanalytique pour enrichir nos connaissances à propos et définir les mécanismes de défenses que choisit l'appareil psychique du malade dont accepter la perte est son objectif. Nous avons même empreint

quelques concepts de l'approche psychosomatique pour pouvoir décrire et mieux présenter nos malades.

Ensuite, pour mieux projeter nos connaissances sur le terrain et pouvoir les observer et les explorer nous nous sommes rendues vers l'EPH de SIDI AICH, où nous avons mené notre enquête auprès de quatre(04) diabétiques de type 2 que nous avons sélectionnés en suivant des critères bien définis pour un meilleur déroulement de la recherche qui permettra vers la fin de tester la fiabilité de nos hypothèses. A cet égard, nous avons choisi d'utiliser un entretien semi-directif et d'élaborer une grille d'observations que nous avons construite soigneusement pour pouvoir accueillir des données concernant notre thématique dont assister à l'avant et après amputation était un point d'avantage très important pour notre enquête.

Enfin, pour mieux apporter les résultats de toute notre recherche, après l'introduction nous avons structuré notre travail en deux parties fondamentales, la partie théorique et la partie pratique. Dans la première, nous avons divisé la partie en trois chapitres, comprenant le diabète en premier lieu dans le 1^{er} chapitre que nous avons défini expliqué et apporté son étymologie par rapport à notre pays en se basant sur le diabète de type 2, ensuite nous avons abordé les complications du pied diabétique en deuxième lieu, que nous avons aussi défini et expliqué en citant sa physiologie, ses facteurs et ses types.

Ensuite, le deuxième chapitre que nous avons consacré pour parler de l'amputation, cette intervention chirurgicale considérée comme dernier recours des médecins pour sauver la vie du malade, nous l'avons défini, nous avons parlé de son évolution à travers le temps puis citer son déroulement et ses différents niveaux en se référant aux membres inférieurs qui sont les plus touchés par le diabète de type2, par la suite, nous avons parlé de l'importance de son annonce et tout son impact sur la vie du malade sur plusieurs dimensions en soulignant l'état psychologique du malade et ses mécanismes de défense.

Et pour clôturer cette première partie nous avons parlé dans le troisième chapitre de notre variable dépendante qui est « le Deuil » où nous l'avons défini selon plusieurs approches au début puis expliquer selon S. Freud et ses successeurs avant de mettre l'accent sur l'inconscience de l'endeuillé et ses mécanismes de défense suggérés par le MOI pour ensuite, expliquer le sens de la perte d'objet et les différentes étapes qu'il doit surmonter, arrivant à différencier

entre ses différents types et vers la fin, citer les facteurs qui peuvent aider l'endeuillé à l'accomplir et accepter sa perte.

D'un autre côté, nous avons consacré la deuxième partie pour parler en premier lieu et sous forme d'un chapitre complet de notre démarche méthodologique où nous avons expliqué le déroulement de notre stage pratique avec la méthode et les différents outils choisis où nous avons terminé par la déontologie de la recherche et l'attitude de clinicien, ensuite dans le dernier chapitre en deux parties, nous avons commencé à présenter nos cas et analyser les résultats obtenus à travers les outils utilisés, et vers la fin, dans la dernière partie, nous avons terminé par une discussion de nos hypothèses.

Après cette deuxième partie, nous avons construit une conclusion générale qui englobe tous les points essentiels de notre recherche suivie par des annexes où se trouvent les réponses des malades aux entretiens et la grille d'observations de chacun d'eux.

Partie théorique

Chapitre I

**DIABETE ET PIED
DIABETIQUE**

- **Préambule :**

Le diabète est la maladie chronique qualifiée de maladie du siècle ou épidémie du siècle, celle qui touche de plus en plus de gens au point où les experts prévoient qu'au rythme où cette maladie progresse, le monde devra faire face à une véritable catastrophe dans les prochaines décennies.

Etant la première cause de cécité, le diabète peut provoquer de multiples autres complications qui peuvent toucher toutes les parties de l'organisme, des problèmes cardiovasculaires, de l'insuffisance rénale ou même des problèmes aux pieds qui vont provoquer ce que nous appelons le pied diabétique et qui est l'un des problèmes les plus pénibles pour les diabétiques qui peut faire appel à des amputations.

Dans ce premier chapitre nous allons aborder les grands axes de cette maladie, la définir et citer son classement, étiologie et types pour ensuite s'appuyer sur le diabète de type 2 ou nous allons arriver aux complications qui vont intéresser notre recherche.

➤ **I Diabète :**

1. Aperçu historique sur le diabète :

Le diabète occupe une place singulière dans l'histoire de la médecine. Le texte le plus ancien qui y fait mention est le papyrus d'Eber, écrit en 1500 ans avant J-C, même si la maladie était déjà connue en Chine 4000 ans avant J-C sous le nom d'urine sucrée ou d'urine de miel. A cause de ses symptômes typiques (urine abondante et sucrée, soif et faim excessives), le diabète a pu être observé et décrit par les plus grands médecins dont Aristote, Galien, Avicenne et Paracelse. D'ailleurs le nom même de la maladie, diabète, signifie en grec « couler à travers », métaphore des symptômes de la maladie.

A la fin du XVIII^{ème} siècle, alors que le médecin du roi Charles II d'Angleterre, Thomas Willis, fait état du goût sucré de l'urine des diabétiques, l'approche chimique prouve la présence de sucre dans les urines. De là à soupçonner la présence de sucre dans le sang, il n'y avait qu'un pas ; mais il a fallu deux siècles pour que ce pas fût accompli. La preuve scientifique de la présence de sucre dans les urines diabétiques ne fut réellement donnée qu'en 1775 par Matthew Dobson qui observa la fermentation spontanée de l'urine avec production d'un alcool que Franck de Pavie disait « être très agréable ». A la

même époque, en 1772, deux médecins ont donné au diabète une classification nosologique. Sauvage le situe dans sa neuvième classe des flux ou maladies évocatoires, et Pinel, dans les maladies litigieuses du groupe qualifié d'*incertae sedis*.

Après plusieurs années de recherches et d'autopsies pour trouver l'organe intérieur atteint et responsable de ce sucre, Claude Bernard imposa son génie expérimental au vaste problème du diabète, après avoir démontré que le sucre est l'un des éléments physiologiques et constants du sang, il prouve que la glycosurie n'est que la conséquence de la glycémie, et il admet enfin que la glycémie est indépendante de l'alimentation et que le sucre est une production de l'organisme animal. Il s'agit alors de trouver l'organe producteur de ce sucre. Dans ce but, il fait plusieurs prises de sang dans différents vaisseaux, et en arrive à la conclusion que « le sang, relativement pauvre en sucre aux extrémités, s'enrichit à mesure qu'il approche du cœur droit, et là, il a une richesse en sucre égale et même supérieure à celle du sang artériel. Il a donc accru sa provision de sucre dans son trajet. La source de glucose est donc comprise entre la périphérie et le cœur droit. Cette source, nous le savons, c'est le foie. En résumé, le foie est un organe d'une importance capitale dans la question de la glycémie ». (Dupasquier, 1955, p.11)

L'année 1889, deux auteurs allemands, Von Mehring et Minkowski réussissent pour la première fois à provoquer, sur des chiens, un diabète persistant par l'extirpation totale du pancréas. Ce fut ce qu'on appela, par la suite, le diabète pancréatique. Cette découverte permit non seulement de reproduire le plus fidèlement possible les caractéristiques essentielles du diabète, mais elle ouvrit la voie à d'autres découvertes en attirant l'attention de tous les savants sur un des sièges possibles de l'atteinte organique. En effet, à partir de ce moment, toutes les recherches se concentrent sur le pancréas, et trente ans plus tard, en 1922, l'extraction, par deux auteurs canadiens, Banting et Best, de l'Insuline, hormone pancréatique dont l'utilisation ne tarda pas à s'étendre à la clinique humaine et à faire de cette découverte l'une des plus grandes de toute l'endocrinologie. Cependant, on se rendra compte que l'insuline est impuissante à guérir tous les diabètes. (Dupasquier, 1955, p.12).

2. Définition du diabète :

Le diabète est une affection métabolique caractérisée par la présence d'une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline et/ou

d'anomalies de l'action de l'insuline sur les tissus cibles du fait d'une résistance à l'insuline. (Simon.D,2016,p.02).

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

Le diabète est donc une maladie chronique caractérisée par la présence d'un excès de sucre dans le sang appelé hyperglycémie qui apparaît lorsque le pancréas ne secrète pas suffisamment d'insuline ou lorsque l'organisme utilise mal cette dernière qui est considéré comme une hormone responsable de la régulation de la concentration du sucre dans le sang qui est en 1g/l.

3. Données épidémiologiques du diabète :

Selon la fédération internationale du diabète, La prévalence estimée du diabète (type 1 et type 2 combinés, diagnostiqué et non diagnostiqué) chez les personnes d'âge 20 à 79 ans est passée de 151 millions (4,6 % de la population mondiale à l'époque) à 463 millions (9,3 %) aujourd'hui. En l'absence de mesures suffisantes pour faire face à la pandémie, nous prévoyons que 578 millions de personnes (10,2 % de la population) vivront avec le diabète d'ici à 2030. On atteindra 700 millions (10,9 %) d'ici à 2045.

On estime également que plus de quatre millions de personnes âgées de 20 à 79 ans mourront de causes liées au diabète en 2019. Le nombre d'enfants et d'adolescents (jusqu'à 19 ans) vivant avec le diabète augmente chaque année. En 2019, les chiffres indiquent que plus d'un million d'enfants et d'adolescents vivent avec le diabète de type 1. On estime que 136 millions de personnes de plus de 65 ans vivent avec le diabète et la prévalence de cette pathologie dans ce groupe d'âge varie considérablement en fonction des régions. La FID montre également que l'hyperglycémie pendant la grossesse affecte environ une grossesse sur six. Autre cause d'inquiétude, le pourcentage de personnes vivant avec le diabète non diagnostiqué (en très grande majorité de diabète de type 2) reste très élevé, actuellement supérieur à 50 %. Ce chiffre met en lumière le besoin urgent de diagnostiquer les personnes vivant avec le diabète (sans le savoir) et de fournir des soins appropriés à toutes les personnes vivant avec le diabète le plus tôt possible. (Nam.H,2019,p.3)

A travers ces données et selon toutes les recherches menées sur le diabète, nous allons de suite constater qu'il s'agit d'une maladie qui touche toutes les tranches d'âge et tous les sexes, une pathologie qui a vu un développement très rapide au cours de ces dernières années.

4. Classification du diabète selon l'organisation mondiale de la santé :

L'Organisation mondiale de la santé a simplement défini le diabète sucré comme un état d'hyperglycémie chronique exposant à des complications vasculaires. Le diabète est très fréquent : 5 % des Français recevaient un traitement médicamenteux antidiabétique en 2016 : 3 300 000 personnes. La prévalence est plus élevée : chez les hommes : 1 800 000 personnes. Dont l'âge est : 20 % des hommes et 14 % des femmes entre 70 et 85 ans. (Blanco et al,2020)

5. Critères diagnostique du diabète :

-Une glycémie à jeun supérieur à 1.26 g/l (7mmol/L).

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

6. Types de diabète :

Il existe plusieurs types de diabète dont nous avons choisi d'aborder les deux types les plus connus et les plus fréquents : diabète de type 1(DT1), diabète de type 2 (DT2).

6.1 Diabete de type 1 :

Autrement appelé diabète insulino-dépendant ou diabète Juvénile qui apparait le plus souvent avant l'âge de 15 ans.

Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui détruit les cellules insulinosécrétrices et dont l'hyperglycémie est la conséquence. (Boitard,2020,p.45)

Le DT1 résulte dans la majorité des cas d'une destruction des cellules bêta des îlots de Langerhans par un processus auto-immun se développant sur un terrain génétique de prédisposition, éventuellement à la faveur de facteurs déclenchant. Les symptômes les plus connus chez les diabétiques de type 1 sont

les suivants: excrétion excessive d'urine (polyurie), sensation de soif (polydipsie), faim constante, perte de poids, altération de la vision et fatigue. Ces symptômes peuvent apparaître brutalement. (Blickle,2018,p.18)

6.2 Diabète de type 2 :

Le diabète de type 2 représente l'essentiel du problème de santé publique constitué par l'« épidémie de diabète » puisque plus de 90 % des diabétiques ont un diabète de type 2 dont la croissance dans un futur proche devrait être très forte (Simon.D,2016,p.26)

Il est la conséquence d'un excès de sucre dans le sang appelé hyperglycémie ou le taux étant à jeun est supérieur à 1.26g/l lors de deux dosages successifs. L'insuline, l'hormone responsable de la régulation de taux de ce sucre autour de 1g/l, est soit inefficace soit d'une quantité insuffisante, ce qui fait que la glycémie augmente de façon excessive et en l'absence de traitement elle devient trop élevée, c'est l'hyperglycémie chronique qui définit le diabète. (Pauline,2016)

Le second type de diabète qui est beaucoup plus fréquent, survient généralement chez les adultes. Contrairement au diabète de type 1, les personnes qui ont ce type de diabète produisent de l'insuline, mais leur corps semble devenir insensible à cette substance. Le diabète de type 2 peut souvent être prévenu ou contrôlé par de bonnes habitudes de vie qui incluent une alimentation saine et de l'activité physique. Malgré cela, beaucoup de patients diabétiques doivent avoir recours à des médicaments pour maîtriser leur maladie.

De nombreuses personnes atteintes de diabète de type 2 en sont longtemps inconscientes car plusieurs années peuvent s'écouler avant que les symptômes n'apparaissent ou soient reconnus : Une envie fréquente d'uriner, surtout la nuit, une augmentation de la faim et de la soif, avec une sensation de bouche sèche, une somnolence excessive qui se remarque surtout après les repas, une vision trouble, des infections bactériennes ou à champignon plus fréquentes (Florence, 2016, p.208).

Comme dans notre thématique de recherche nous nous sommes intéressées au diabète de type 2, nous allons continuer le cheminement pour arriver aux complications pouvons aller jusqu'aux atteintes aux niveaux des pieds.

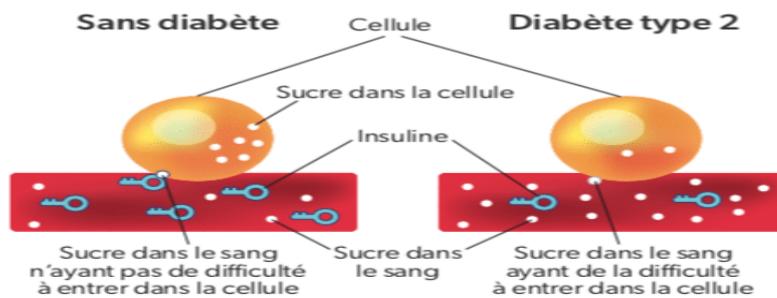


Figure 1 : Diabète type 2 dans le corps (D'après <http://www.adepta.fr>)

7. Facteurs de risque de diabète de type 2 :

Le risque de diabète de type 2 dépend à la fois des facteurs génétiques, organiques et environnementaux. Ces facteurs réagissent en parallèles pendant une certaine période jusqu'à l'apparition définitive de la maladie.

7.1 Facteurs génétiques :

Les facteurs génétiques jouent un rôle indéniable dans la survenue du diabète de type 2 puisque l'héritabilité de ce second type est estimée entre 20 et 80 % suivant les études. En effet, le risque de développer un diabète de type 2 est de :

- 40 % chez les individus qui ont un parent diabétique de type 2.
- Jusqu'à 70 % si les deux parents sont affectés par la maladie ;
- 80 % chez les jumeaux monozygotes ;
- alors qu'elle n'est que de 20 % chez les jumeaux dizygotes. (Agnes, 2019, p.5)

7.2 Facteur organique :

La résistance à l'insuline, ou insulino-résistance, décrit une situation où les cellules deviennent moins sensibles à cette hormone. Lorsque les cellules hépatiques, musculaires et adipeuses deviennent résistantes à l'insuline, il y a moins de glucose qui entre dans ces cellules et celui-ci reste dans le sang.

En réponse à la résistance à l'insuline, les cellules pancréatiques sécrétant l'insuline ont tendance à en produire davantage (hyperinsulinémie) et peuvent finir par s'épuiser. La production d'insuline devient alors insuffisante et le taux de glucose dans le sang trop élevé (hyperglycémie). (Agnes, 2019, p.10)

7.3 Facteurs environnementaux :

Désormais, l'environnement et le mode de vie de la personne influence aussi sur l'apparition du diabète de type 2, on cite :

7.3.1 La mauvaise alimentation :

Une mauvaise alimentation constitue l'un des principaux facteurs de risque d'un éventail de maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et d'autres affections liées à l'obésité

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

7.3.2 Le manque d'activité physique :

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

7.3.3 Le tabagisme :

Le tabac expose tous les fumeurs à de nombreux risques mais associé au diabète, il augmente considérablement le risque et la gravité des complications micro et macro-vasculaires. Tabac et diabète ne font pas bon ménage. Le tabagisme provoque des changements physiologiques impliqués également dans l'apparition du diabète de type 2. (Nam.H,2019,p.10)

7.3.4 Le Stress :

Le stress psychologique libère des hormones de stress ; glucagons catécholamines, hormone de croissance et cortisol qui ont pour effet d'augmenter la glycémie. Il s'agit en général d'un diabète qui commence par des glycémies certes élevée, mais n'entraînent ni les symptômes ni la découverte de sa présence. (Grimaldi, 2000).

8. Complication du diabète de type 2 :

Le diabète de type 2 touche 90% des diabétiques. Cette pathologie se déclare le plus souvent après 40 ans et dans ce cas on est en présence d'une maladie asymptomatique, dont le risque de complications à long terme est souvent mal évalué par le patient et qui est fréquemment associée à d'autres problèmes de santé perçus comme prioritaires. Les contraintes liées à la prise en charge thérapeutique apparaissent souvent démesurées par rapport au bénéfice ressenti.

8.1 Complications métabolique:

8.1.1 Coma hyperosmolaires :

Elévation de la glycémie contribue largement à l'élévation de l'osmolarité. Il faut y penser devant des troubles de conscience francs ou même débutants associés à une hyperglycémie et une déshydratation massive, sans acidocétose. La gravité de ce coma métabolique tient au terrain sur lequel il survient et à ses complications : infectieuses ou thromboemboliques, collapsus cardiovasculaire et œdème cérébral lorsque la réhydratation est trop massive et rapide.(Thierry,2019)

8.1.2 Acidose lactique :

L'acidose lactique est une acidose métabolique organique due à une accumulation d'acide lactique par augmentation de sa production ou diminution de son utilisation. On parle d'acidose lactique en présence d'une acidose métabolique organique associée à une lactatémie supérieure à 5 mmol/L (Ichai,2008)

8.1.3 Santé buccodentaire :

L'état buccodentaire est plus fréquemment altéré chez la personne diabétique âgée. Il augmente le risque de mycoses, de caries, de gingivites et de parodontites du fait d'une augmentation du glucose salivaire et d'une diminution du flux. Les conséquences en sont des difficultés de mastication et donc le renoncement à certains types d'aliments avec risque de dénutrition. Le risque d'infections pulmonaires est aussi augmenté. La prévention repose sur contrôle du diabète, le brossage de dents et l'examen par un chirurgien dentaire. Le traitement parodontal.(Thierry,2019,p.340)

8.2 Complications micro angiopathiques :

8.2.1 Rétinopathie diabétique :

Elle reste la première cause de cécité dans les pays développés, chez les sujets de 20 à 60 ans. La rétinopathie diabétique se développe sans que le malade ne perçoive de symptôme. La baisse de l'acuité visuelle témoigne de lésions très avancées.

Lors du diagnostic du diabète non insulino-dépendant, il existe déjà, dans 10 à 20 % des cas, une rétinopathie diabétique. Il est donc indispensable, dès le diagnostic de diabète non insulino-dépendant, d'effectuer une angiographie rétinienne à la recherche de lésion. (Heurtier et al,2020,P.9)

8.2.2 Néphropathie diabétique :

La néphropathie est aussi une atteinte des petits vaisseaux par excès de sucre dans le sang, mais les organes concernés ne sont pas les yeux mais les reins. On parle de "complication rénale du diabète" ou de "néphropathie diabétique". Au premier stade, l'atteinte se situe au niveau du filtre rénal.

Le rein forme l'urine en filtrant le sang. A cause du diabète, le filtre rénal s'encrasse. Il n'élimine plus certains déchets et laisse passer dans les urines des molécules qui ne le devraient pas (albumine). Les déchets s'accumulent dans l'organisme, il s'ensuit une augmentation de la pression artérielle. Le développement de la maladie se fait sans bruit. Il faut pourtant repérer les premiers signes pour éviter les formes les plus graves de cette complication. (Heurtier et al,2020,P.10)

8.2.3 Neuropathie diabétique :

La neuropathie est une atteinte des nerfs qui transmettent des messages entre le cerveau et le reste du corps. On parle de neuropathie diabétique lorsque la glycémie, c'est-à-dire le taux de sucre dans le sang, est souvent élevée et endommage les vaisseaux sanguins qui nourrissent les nerfs.

Nous avons deux formes de neuropathie : Neuropathie périphérique: touche particulièrement les nerfs des jambes et des pieds. Neuropathie autonome: touche les nerfs de certains organes tels que le cœur, les organes génitaux, l'estomac, les intestins et la vessie.

Le pied diabétique est l'une des complications les plus redoutables du diabète. En effet, lorsque ce dernier n'est pas équilibré, l'hyperglycémie chronique peut induire une neuropathie, c'est-à-dire une atteinte du système nerveux

périphérique. Cette neuropathie des membres inférieurs perturbe considérablement la sensibilité à la douleur. (Heurtier et al,p.12)

9. Traitement du diabète de type 2 :

La prise en charge du diabète, comme celle de toute maladie chronique, repose sur une collaboration active du patient à son traitement.

Le traitement hygiéno-diététique représente une base fondamentale du traitement. Il comporte deux volets d'importance égale : la diététique et l'activité physique. Ces mesures hygiéno-diététiques doivent être mises en place dès le diagnostic de diabète posé, voire à titre préventif chez des sujets considérés comme ayant un risque élevé de développer un DT2 en raison de leurs antécédents familiaux de diabète, d'une surcharge pondérale androïde ou d'éléments du syndrome métabolique. L'efficacité de ce traitement est attestée par plusieurs études de prévention du diabète. Instauré au moment du diagnostic. Avec le temps, l'évolution de la maladie rend généralement nécessaire l'adjonction progressive de traitements médicamenteux, mais le traitement hygiéno-diététique garde une place majeure dans le contrôle de la glycémie, des paramètres lipidiques ou du poids, et par conséquent dans la prévention des complications vasculaires du diabète. (Blicke,2018)

9.1 Hygiène de vie :

Le traitement de référence du diabète de type 2 est basé sur l'hygiène de vie. Cette dernière repose sur une double nécessité: une alimentation équilibrée et une activité physique régulière. L'objectif étant de mieux réguler les niveaux de sucres dans le sang et favoriser la perte de poids.

Ces habitudes de vie sont suffisantes pour stabiliser la glycémie. Toutefois, adopter un tel mode de vie nécessite un effort personnel et une certaine volonté de la part du patient. La priorité est donc d'accepter le changement pour favoriser une meilleure qualité de vie. Cela aidera ainsi à diminuer la prise alimentaire et à perdre du poids. (<http://www.info-diabet.com>)

9.2 Traitements médicamenteux :

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

9.2.1 Les biguanides :

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

9.2.2 Les inhibiteurs des alpha glucosidases :

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

9.2.3 Les sulfamides :

Les sulfamides agissent par stimulation de l'insulino sécrétion de la cellule β , leurs effets extra pancréatiques sur l'insulino résistance sont controversés et peu probables. Les sulfamides agiraient en liant à un récepteur de la membrane de la cellule β , ce dernier, s'ensuivrait une dépolarisation de la membrane et une activation des canaux calciques. (Simon, 2000, p.328)

9.2.4 Les glinides :

Le même mode d'action que les sulfamides hypoglycémiant. Ils stimulent également la sécrétion d'insuline par les cellules bêta des îlots de Langerhans, dans le pancréas. La différence ? C'est que leur durée d'action est plus courte. C'est pourquoi les spécialistes les appellent aussi des sécrétagogues de l'insuline à courte durée d'action. Ils sont très rapidement absorbés par la muqueuse gastro-intestinale. (Simon, 2000, p.330)

9.2.5 Les Incrétino-potentiateurs :

Hormones intestinales agissant sur l'homéostasie glucidique à différents niveaux. Elles exercent d'une part des actions directes sur le pancréas, en augmentant l'insulinosécrétion et diminuant la sécrétion de glucagon

(aboutissant à une baisse de la glycémie post prandiale) et ralentissent d'autre part la vidange gastrique et la prise alimentaire. (Simon,2000,p.320)

➤ **II Pied diabétique :**

1. Définition du pied diabétique :

1-1 Définition du pied :

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

1-2 Définition de la plaie :

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

Le pied diabétique se caractérise par une ulcération ou une destruction des tissus profonds du pied, associée à une neuropathie et/ou une artériopathie périphérique des membres inférieurs. Il s'infecte à l'occasion d'une invasion tissulaire avec multiplication de micro-organismes, qu'il y ait ou pas une réponse inflammatoire. (Dalibon,2018)

Il est donc une destruction du tissu de pied, infecté ou pas, due à une perte de sensibilité des pieds qui est le résultat d'une atteinte au niveau des nerfs, à une diminution de l'hydratation ou à une déformation osseuse en l'apparition de points de pression .

2. Pied, un organe ciblé :

Les études en médecine ont montré que le pied est le premier organe ciblé :

- parce qu'il est en contact direct avec le sol et donc en milieu septique ;
- parce que la neuropathie débute au bout des orteils ;
- parce que l'artérite est plus volontiers distale (en dessous du genou) chez les diabétiques ;

- parce que les plaies non douloureuses inquiètent moins les soignants et les patients ;
- parce que la chaussure traumatise volontiers le pied selon les diktats de la mode ;
- parce que les patients à risque pédologique ont souvent une rétinopathie avec baisse de l'acuité visuelle qui rend l'auto surveillance des pieds moins efficace ;
- parce que les plaies s'infectent plus facilement si la glycémie est élevée de façon chronique ;
- parce que le pied n'est pas considéré par la communauté médicale comme un organe noble, et que les soignants sont mal formés au dépistage et à la prise en charge des pathologies du pied en général.

3. Données épidémiologiques du problème du pied diabétique :

Les données épidémiologiques sont alarmantes: toutes les 30 secondes, un membre inférieur est perdu en lien avec le diabète. Dans 85 % des cas, l'ulcère est à l'origine de l'amputation. Dans les pays développés, pas moins de 5 % des diabétiques présentent un ulcère du pied, infecté dans un cas sur deux. Un épisode infectieux est rarement isolé: 34 % des patients ayant eu un mal perforant plantaire en développent un autre un an plus tard. Ce chiffre atteint 70 % après cinq années.(Dalibon,2018,p.40)

4. Diagnostique du pied diabétique :

Le diagnostic reposant sur la mise en évidence d'au moins deux des signes suivants : augmentation du volume, induration, érythème péri-lésionnel, sensibilité locale ou douleur, chaleur locale ou décharge purulente. Leur présence définit une atteinte de grade 2, à partir duquel une documentation de l'infection par prélèvement microbiologique est indiquée. Le grade 3 se caractérise par un érythème supérieur à 2 cm ou une infection touchant les structures au-delà de la peau et du tissu sous-cutané. Le grade 4 voit l'apparition d'au moins deux signes systémiques : hypo- ou hyperthermie, fréquence cardiaque supérieure à 90 bpm, fréquence respiratoire supérieure à 20 cycles/min, pression partielle en dioxyde de carbone inférieure à 32 mmHg, leucocytes supérieurs à 12 000 ou inférieurs à 4 000/mm³ ou 10 % de formes leucocytaires immatures. (Dalibon,2018,p.43)

5. Physiopathologie du pied diabétique :

Il y'a plusieurs mécanismes qui entrent en jeu conjointement dans la survenue des problèmes de pied chez le patient diabétique :

5.1 Les neuropathies périphériques :

Les neuropathies se distinguent selon les nerfs qu'elles altèrent, la gravité du déficit et les symptômes qu'elles provoquent. (Martineau, 2017, p.35)

La neuropathie diabétique est un facteur de risque majeur de lésion du pied, par les défauts de perception qu'elle engendre : l'hypoesthésie au tact comme à la chaleur supprime les signaux d'alerte permettant d'éviter les lésions. Elle peut entraîner des complications micro-angiopathiques de tous les nerfs du système nerveux périphérique, sur les fibres aussi bien sensibles que motrices ou végétatives. (Altman,2012)

La neuropathie est donc une atteinte des nerfs. Les nerfs permettent de transmettre des messages entre le cerveau et le reste du corps. On parle de neuropathie diabétique lorsque la glycémie, c'est-à-dire le taux de sucre dans le sang, est souvent élevée et endommage les vaisseaux sanguins qui nourrissent les nerfs. Ces dommages nuisent au bon fonctionnement des nerfs et entraînent un ralentissement ou même l'arrêt de la transmission des messages entre le cerveau et la zone du corps qui est touchée.

5.1.1 La neuropathie motrice :

Elle favorise les troubles statiques et les déformations caractéristiques du pied diabétique : pied creux, orteils en griffe ou en marteau. Elle est à l'origine des points d'appui anormaux soumis à une pression inhabituelle, sources de durillons et de callosités. La plupart des ulcères neuropathiques surviennent sur des zones d'hyperpression plantaire. (Hartemann,2019)

5.1.2 La neuropathie sensitive :

C'est une atteinte au niveau des nerfs (nerfs sensitifs)au système nerveux périphérique dont on observe : Hypersensibilité, Augmentation de la douleur ou perte de capacité à ressentir de la douleur, Perte de capacité à détecter les changements de chaleur et de froid, Perte de coordination et de proprioception, Douleurs de type brûlure, dont l'intensité peut augmenter la nuit, Modifications

de la peau, des cheveux ou des ongles, Ulcères du pied et de la jambe, infection, voire gangrène (Lozeron,2016)

5.1.3 La neuropathie végétative :

La modification de la distribution sanguine avec l'ouverture de shunts artérioveineux aboutissant à un phénomène de vol vasculaire. Il en résulte une sécheresse cutanée anormale favorisant la formation d'hyperkératose, parfois exubérante, au niveau des points d'appui (Hartemann,2019)

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

5.2 L'artériopathie des membres inférieurs :

L'artériopathie des membres inférieurs est une maladie qui provoque de manière en général progressive l'occlusion des artères irriguant les membres inférieurs. Le premier symptôme apparaît souvent lors d'une marche, une douleur localisée au niveau des jambes.

Elle est plus fréquente, plus précoce, plus sévère ; Elle est le plus souvent asymptomatique, notamment la circulation intermittente est absente chez plus de 50% des diabétiques ; Il y a moins de différence entre les sexes. L'artérite touche deux hommes diabétiques pour une femme diabétique ; Elle progresse plus rapidement. (Havan,2008)

5.3 L'infection :

L'infection est définie comme l'invasion des tissus par des micro-organismes et leur multiplication, s'accompagnant d'une destruction tissulaire ou d'une réponse inflammatoire de l'hôte. L'idée généralement répandue que le diabète favorise les infections ne repose pas sur autant de preuves solides que l'on croit. Des altérations du système immunitaire ont été décrites chez le patient diabétique en rapport essentiellement avec l'hyperglycémie.

Le diagnostic repose sur l'anamnèse (recherche d'un facteur déclenchant), et sur l'examen qui montre un pied rouge et œdématisé, une porte d'entrée (crevasse ou fissures) et /ou une mycose interdigitale (qui peut être responsable sur infection avec cellulite)(Senneville,2019)

5.4 L'ostéo-arthropathie :

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

6. Classification des plaies du pied diabétique :

6.1 Pied diabétique à risque :

Les ulcérations du pied diabétique (UPD) à risque ont une réputation de complexité due à la lenteur de cicatrisation, aux infections fréquentes secondaires et au risque d'amputation. Ces risques sont pourtant largement maîtrisés lorsque le patient est pris en charge dans une équipe spécialisée multidisciplinaire. (Havan, 2019, p.55)

6.2 Plaie neuropathique :

Une plaie de type neuropathique survient sur un pied bien vascularisé avec des pouls présents aux pieds. Elle est plutôt plantaire ou pulpaire, entourée d'hyperkératose et non douloureuse. C'est le classique mal perforant plantaire (Havan, 2019, p.56)

6.3 Pied de Charcot :

Autrement appelé ostéoarthropathie diabétique, est une complication qui se manifeste, au stade précoce, par une inflammation localisée du pied ou de la cheville secondaire à une ostéolyse d'origine inflammatoire et neuropathique. En l'absence de décharge, elle conduit à de sévères atteintes osseuses, responsables d'une forte morbi-mortalité. (Borens, 2013, p.10)

6.4 Plaie ischémique et neuro-ischémique :

La plaie ischémique a une localisation plutôt dorsale ou latérale, non entourée d'hyperkératose. La présence de douleurs peut être d'origine infectieuse ou ischémique ou les deux. La nécrose signifie une infection mais en milieu ischémique. Les plaies neuro-ischémiques ont les caractéristiques des plaies

ischémiques et neuropathiques avec des douleurs associées moins importantes (Havan,2019)

6.5 Pied diabétique infecté :

L'infection du pied diabétique se définit par l'invasion et la multiplication de micro-organismes entraînant une réponse inflammatoire allant jusqu'à la destruction des tissus atteints dont on observe augmentation de volume, œdème péri lésionnel, sensibilité locale ou douloureuse, présence de pus ou chaleur locale. L'incidence vie-entière de cette pathologie est estimée à environ 4% chez le diabétique. (Havan,2019,p.60)

7. Prise en charge des plaies du pied diabétique :

7.1 Décharge de la plaie :

C'est l'élément le plus important du traitement. Il permet de limiter les contraintes cutanées et favorise la cicatrisation. Différentes techniques sont possibles : chaussure de décharge de l'avant-pied ou de l'arrière-pied, botte plâtrée ou en résine sur mesure. Le dispositif adapté est choisi en fonction de la localisation de la plaie. L'usage des béquilles et du fauteuil roulant est utile pour les patients à l'équilibre précaire, et l'alitement est parfois la seule solution possible chez les patients multi compliqués et multi pathologiques.(Larger,2017)

7.2 Soins locaux :

Ils visent à nettoyer la plaie, retirer les tissus altérés, maintenir la plaie en milieu humide et la protéger des agressions extérieures. Ces soins doivent être pratiqués par une infirmière diplômée d'État formée à la cicatrisation : en effet, le temps du débridement de la plaie est primordial pour faire apparaître le tissu de granulation. Il faut retirer tous les tissus dévitalisés, la fibrine, la corne avec précision à la curette ou au bistouri. Un geste chirurgical est parfois requis pour les plaies avec hypodermite bactérienne ou nécrosante. Le nettoyage des plaies au sérum physiologique est suffisant ; il n'est pas utile d'utiliser des produits désinfectants et les produits trop agressifs. (Larger,2017,p.30)

8. Prévention du pied diabétique :

- Établir si la personne est à même d'effectuer une inspection des pieds. Si ce n'est pas le cas, déterminer qui pourrait assister la personne dans cette tâche. Les personnes ayant une déficience visuelle importante ou incapables physiquement de voir leurs pieds ne peuvent réaliser correctement cette inspection.
- Expliquer la nécessité d'effectuer une inspection quotidienne couvrant toute la surface des pieds, y compris les espaces entre les orteils.
- Veiller à ce que le patient sache comment informer le professionnel de santé approprié en cas d'augmentation perceptible de la température du pied ou en cas d'apparition d'une ampoule, d'une coupure, d'une égratignure ou d'un ulcère.
- Passer en revue les pratiques suivantes avec le patient : - Éviter de marcher pieds nus, en chaussettes sans chaussures ou avec des pantoufles à semelles fines, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. - Ne pas porter de chaussures trop serrées, ayant des bords rugueux ou des coutures irrégulières. - Inspecter et palper quotidiennement l'intérieur des chaussures avant de les enfiler. - Porter des chaussettes/bas sans couture (ou avec les coutures à l'intérieur) ; ne jamais porter de chaussettes hautes ou serrantes (les bas de compression ne doivent être prescrits qu'en collaboration avec l'équipe soignante et changer de chaussettes tous les jours. - Se laver les pieds tous les jours (avec une température de l'eau toujours inférieure à 37°C) et les sécher très soigneusement, particulièrement entre les orteils. - Ne pas utiliser de radiateur ou de bouillotte pour réchauffer les pieds. - Ne pas utiliser de produits chimiques ou de pansements pour enlever les cors et les cals / durillons. (Nicolaas,2019)

9. Amputation comme dernier recours :

Etant une démarche très délicate, le recours à l'amputation reste la dernière solution du spécialiste de la santé pour sauver la vie du malade diabétique, et elle ne doit être faite qu'après un bilan artériographique à la recherche d'une possibilité de revascularisation, en sachant qu'une plaie ne cicatrisant pas depuis plusieurs mois sans possibilité de revascularisation n'est pas forcément une indication d'amputation. (Havan,2019)

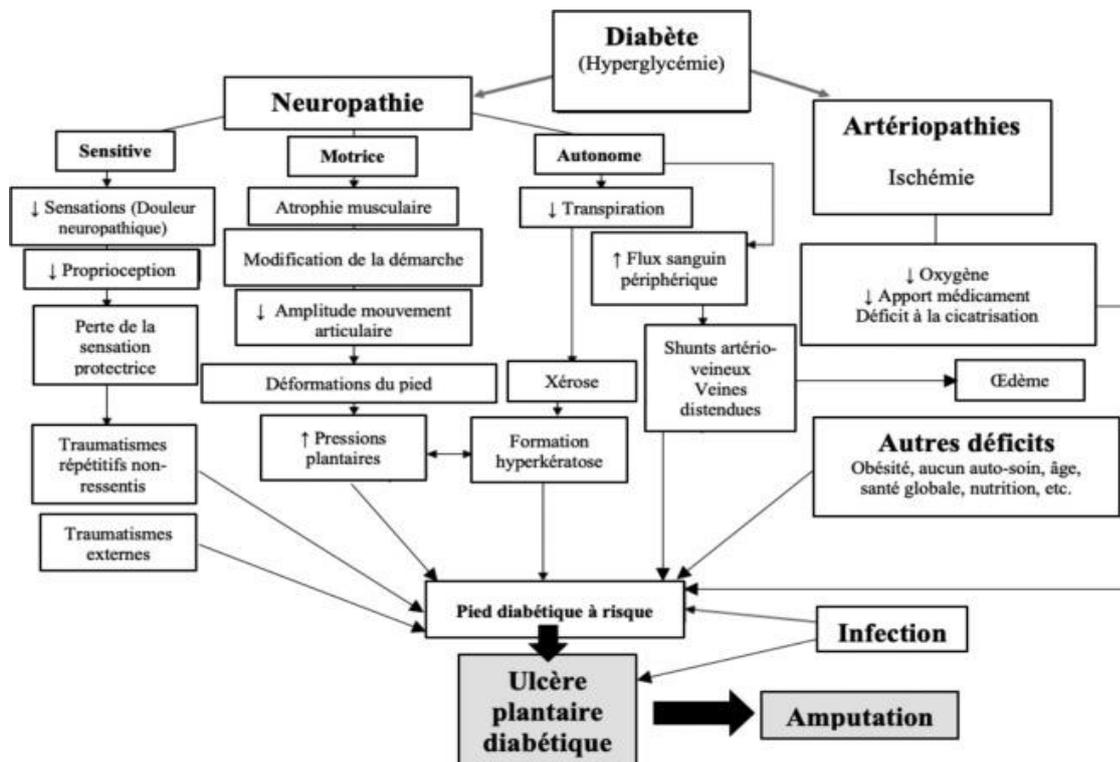


Figure 2 : Schéma explicatif de l'amputation comme dernier recours (D'après <http://www.campuce.cerimes.fr>)

- **Synthèse :**

Le diabète de nos jours est considéré comme la maladie du siècle dont les statistiques des personnes atteintes ne font qu'augmenter.

Une maladie vilaine qu'elle ne se contente pas de ses symptômes mais plutôt elle essaie de toucher toutes les parties de l'organisme.

En effet, avec ses différents types, le diabète de type 2 restera le plus sévère par ses complications qui arrivent à affecter les organes les plus sensibles : reins, poumons, yeux, cœurs et même les pieds qui sont en premier contact avec le milieu septique !

Par ailleurs, la survenue de cette maladie dans le corps va engendrer plusieurs anomalies dans le pied, ce qui va provoquer les problèmes du pied diabétique dont la prévention doit toujours être présente et d'une manière très précise dans le but d'éviter toute plaie ou infection qui pourra à tout moment et avec une simple négligence mener vers une amputation, cette intervention chirurgicale qui sera le titre de notre prochain chapitre.

Chapitre II
AMPUTATION

- **Préambule :**

L'amputation est l'intervention chirurgicale qui consiste à faire une ablation d'un membre ou d'une autre structure du corps. Elle est considérée comme une épreuve physique et psychologique majeur car elle modifie toute une partie du corps.

Dans le présent chapitre, nous allons nous étaler sur cette opération en abordant sa définition, son histoire, son étiologie en suite nous allons parler de l'annonce et de son déroulement et finalement de l'effet qu'elle engendre sur le côté physiologique, social et psychologique surtout en mettant l'accent sur le membre fantôme et ses douleurs pour mieux comprendre la souffrance du malade.

1. Aperçu historique sur l'amputation :

L'histoire de l'amputation remonte à l'aube de l'humanité. Les plus vieilles traces d'amputations peuvent être retrouvées sur des peintures rupestres préhistoriques datées de 36 000 ans. Elles montrent en négatif des empreintes de mains mutilées. Les raisons de ces amputations peuvent s'expliquer par des croyances religieuses. Or que, dans une partie des œuvres littéraires d'Hippocrate (460-377 av. J.-C.), nous apprenons que dans la Grèce antique, l'amputation est réservée aux membres gangrenés. Elle se fait à hauteur du tissu nécrosé ou à travers l'articulation pour éviter le risque hémorragique et diminuer la douleur. (Devos,2009)

À la fin du XVIII siècle, le palâtre fut introduit par Mathysen A, médecin militaire Néerlandais, pour immobiliser les fractures. Vers 1843, Syme James, décrit une technique d'amputation au niveau de l'articulation tibiotarsienne. En 1857, Rocco grititi, et en 1881 Pirrogof, décrivaient respectivement des techniques auxquelles ils donneront leurs noms. En 1895, ce fut la découverte des rayons x par Wilhelmy conrad röntgen, ce ci facilitera l'étude de la pathologie osseuse et de diagnostiquer les fractures. Plus tard, en 1914, Panchet préconise l'amputation en saucisson en cas d'extrême d'urgence et de choc intense, cette intervention est synonyme de la guillotine anglaise.

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

2. Définitions :

2.1. Membre inférieur :

Membre qui permet à l'homme, qui en possède deux, de se déplacer. Il est situé sous le bassin et il comprend six parties : la région glutéale, la cuisse, le genou, la jambe, la cheville et le pied.

2.2 Amputation :

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

Elle nécessite une opération pour retirer le membre affecté, l'amputation est souvent mise en place pour éviter les complications incontournables, la douleur ou même les décès.

3. Épidémiologie des amputations des membres inférieurs chez le diabétique :

La grande majorité (85 %) des amputations chez le diabétique est précédée d'un ulcère du pied et est la conséquence d'une détérioration d'une gangrène ou d'une surinfection et, en cas de pied infecté, l'amputation est requise dans 20 % des cas. Avec l'âge, les amputations sont plus fréquentes et chez l'homme, elles sont également plus souvent multiples et distales. (Schuldiner, 2019, p.71)

4. Etiologie de l'amputation du membre inférieur :

Pour pouvoir comprendre l'amputation nous devons d'abord parler de son étiologie qui se résume en :

4.1 Amputation d'origine ischémique :

L'arrêt brutal de la circulation sanguine du membre soit suite à une section traumatique de l'artère nourricière ou suite à une autre cause (artérite diabétique, infectieuse, toxique, embolie, athérosclérose ou autre), va être à l'origine d'ischémie avec anoxie tissulaire. L'artérite des membres inférieurs demeure une raison importante d'amputation (presque la moitié des amputations des membres inférieurs). Dans ce cas l'amputation n'est envisagée par le chirurgien qu'après échec des autres possibilités thérapeutiques (traitement médical, pontage, greffe...), il est possible dans ce cas de choisir un niveau d'amputation qui favorisera l'appareillage. Mais la mise en place et l'usage de la prothèse doit

se faire de façon plus prudente en raison de la vascularisation souvent déficiente et de la fragilité des téguments (peau du moignon) (Hiani,2008)

L'ischémie est donc la première raison d'une amputation du pied diabétique qui se fait selon le niveau prescrit par le chirurgien responsable du malade après l'échec du traitement médical.

4.2 Amputation d'origine infectieuse ou inflammatoire :

Elles posent souvent des problèmes très particuliers inhérents à leur nature et à l'âge du malade. Devenus rares, dans les pays médicalement développés. Tous les stades de l'inflammation peuvent se voir intéressant l'os et les structures articulaires, du stade banal aux stades les plus évolués, imposent l'amputation après l'échec du traitement médical et des méthodes conservatrices. L'amputation pour infection succède le plus souvent à des fractures ouvertes (fracture avec plaie). L'indication d'amputation n'est jamais posée en urgence. (Hiani,2008,p.50).

5. Niveaux d'amputation :

Le choix du niveau d'amputation dépend :

- De l'étiologie
- Des possibilités de l'appareillage
- De l'âge du patient

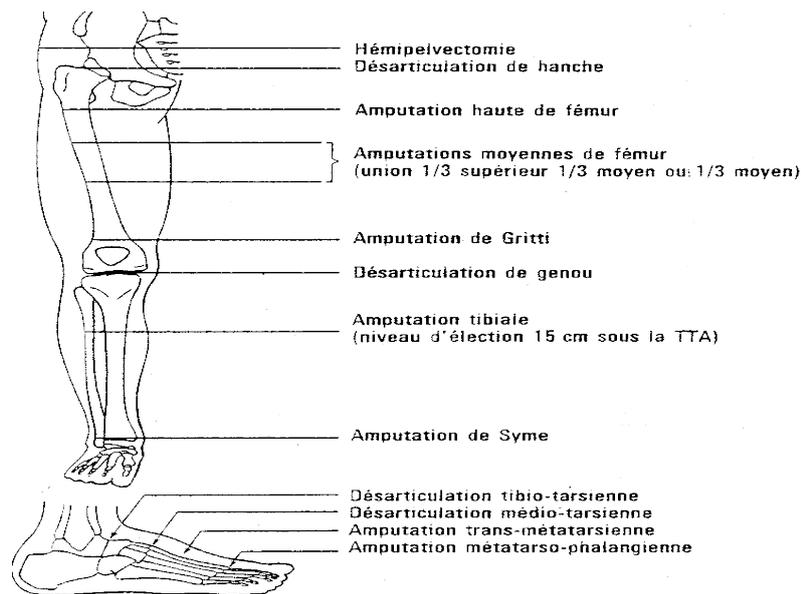
Le niveau chirurgical est donc le résultat d'un compromis entre :

1- Le potentiel de cicatrisation : L'évaluation du niveau d'amputation offrant un bon potentiel de cicatrisation est une étape délicate pour laquelle aucun outil n'offre de valeur prédictive élevée. Cela se traduit par un taux de reprise important pouvant atteindre 30% tant pour les amputations au-dessus que celles au-dessous du genou.

2- la préservation de l'autonomie du patient : Plus un niveau de coupe est distal, meilleur sera le pronostic fonctionnel, mais plus les risques de complications (déhiscence de plaie et infection) et de ré-opération seront importants.(Nicodème,2014), on trouve :

. Amputation de Syme

. Amputation transtibiale



Désarticulation du genou

. Amputation transfémorale

. Désarticulation de la hanche

. Amputation transpelvienne

Les différents niveaux amputations du pied :

– Désarticulation interphalangienne

– amputation transphalangienne

– désarticulation métatarsophalangienne

– amputation transmétatarsienne

– désarticulation de Lisfranc

– désarticulation de Chopart

– amputation de l'arrière-pied : double arthrodèse et arthrodèse tibio-calcanéenne. (Hiani,2008,p.90)

Figure 3 : Niveaux d'amputation du membre inférieur (D'après <http://www.adepa.fr>)

6. Annonce de l'amputation :

L'annonce ne se résume pas à répondre uniquement aux questions concernant les soins et l'acte chirurgical, même s'il s'agit d'une attente importante de la part des patients. Celle-ci doit les aider à se projeter dans un avenir où ils vont devoir vivre avec leur nouveau statut de patient amputé. L'objectif de cette préparation préopératoire est de réduire le choc de l'amputation, en informant au maximum le patient, et en répondant à ses inquiétudes quant à son futur. Il s'agit, à la fois de réduire le stress de la chirurgie, mais également d'éviter une angoisse postopératoire liée à l'ignorance de son devenir. Cependant, Un temps de préparation préopératoire est toujours nécessaire, malgré l'urgence du geste, constituant la première étape indispensable à un meilleur vécu de l'amputation.

Wilson-Barnett, en 1980 décrit l'intérêt de la préparation préopératoire : « Donner la bonne information réduit l'anxiété et aide aussi à trouver une adaptation rapide à des événements stressants, parce que les malades peuvent se préparer avant qu'ils ne se produisent, c'est-à-dire au moment où ils sont plus aptes à recevoir ces informations, et non lorsqu'ils sont sous l'emprise de la douleur. La préparation est un véritable processus du partage des connaissances médicales et infirmières avec les malades afin que les stratégies à mettre en œuvre pour faire face soient plus efficaces. Quand on est prévenu, on est armé. Si les malades font confiance aux infirmières pour qu'elles anticipent leur besoin d'informations, d'autres événements qui nécessitent un ajustement plus important peuvent sembler moins menaçants. ». (Baudoux.Fatouhi,2015,p.412)

L'amputation peut donc modifier tout le comportement et l'attitude du malade où il y'aura réellement un « avant » et un « après amputation » dans sa vie de diabétique, cette différence significative d'attitude tient au fait que les patients ont vécu et ressenti la peur, la peur de mourir. (Ce que nous avons remarqué durant notre stage pratique), voila pour quoi annoncer une telle intervention doit être faite d'une manière très correcte pour transmettre l'idée au malade que cette dernière ne s'agit pas d'une fin mais plutôt d'un moyen pour pouvoir tourner la page.

7. Déroulement de l'amputation :

Avant l'intervention, une consultation avec l'anesthésiste est organisée. Il vous propose le type d'anesthésie le mieux adapté à votre situation, en fonction de votre état de santé, du niveau d'amputation et de vos souhaits. Le chirurgien vous explique le déroulement de l'intervention juste avant l'amputation. N'hésitez pas à lui poser vos questions ou lui confier vos craintes. Par mesure de sécurité, le chirurgien signe le membre atteint afin de garantir l'exactitude du côté à opérer.

Le jour de l'opération, votre identité, votre dossier ainsi que le côté à opérer sont vérifiés à plusieurs reprises avant votre départ pour le bloc opératoire. La durée de l'intervention varie selon le niveau d'amputation. Après avoir enlevé la partie atteinte de votre membre, le chirurgien utilise les muscles et la peau afin de former votre moignon (nom donné au membre résiduel après amputation). Cette intervention dure en général entre 1h30 et 2h. (Robert,2015)

8. Complications après la chirurgie :

8.1 Douleur fantôme :

C'est une sensation douloureuse qui se présente rapidement après l'amputation et que les individus perçoivent dans leurs membres amputés. La douleur fantôme est très commune chez les amputés, elle peut s'expliquer par les changements au niveau du système nerveux central ou encore par les dommages aux nerfs périphériques (Orr, et al, 2018).

8.2 Douleur au membre résiduel

C'est une sensation douloureuse distale localisée sur le membre affecté (membre résiduel) qui est souvent causée par la présence de névromes (Ahmed *et al*, 2017)

8.3 Névrome :

Les névromes sont formés d'un assemblage d'axones lorsqu'il y a des dommages aux nerfs. Ils sont présents dans 10 à 25 % des cas et causent souvent de la douleur au membre résiduel (Amp et al., 2016).

8.4 Contracture :

Après l'amputation, il se peut que la personne développe une contracture à l'articulation la plus proche du site d'amputation. Dans la majorité des cas, les contractures se développent lorsque l'individu est en position de repos trop prolongé après l'amputation (Yoo, 2014).

8.5 Croissance osseuse (ossification) :

Asymptomatique dans 80 % des cas, elle peut tout de même devenir problématique dans les cas où elle engendre de la douleur ou lorsqu'elle crée un point de pression pour la prothèse (Yoo, 2014).

8.6 Intégrité de la plaie :

Le maintien de l'intégrité de la peau du membre résiduel est impératif après une amputation et c'est encore plus important chez les clients qui ont également le diabète. Si l'intégrité de la peau n'est pas bien maintenue, le risque d'infection et d'une deuxième opération augmente (Yoo, 2014).

D'autres symptômes et complications possibles incluent l'hypersensibilité, la pneumonie, les infections à la plaie, les caillots de sang pouvant engendrer une embolie ou un accident vasculaire cérébral, la septicémie, l'ostéomyélite, etc. (Low et al, 2017).

9. Membres fantômes :

Décrite pour la première fois en 1545, la douleur de membre fantôme est une complication fréquente de l'amputation de membre, ressentie par 60 à 85 % des patients. Douleur du moignon, sensation de membre fantôme et douleur de membre fantôme apparaissent souvent lorsque le niveau de l'amputation est en dessous du genou.

Actuellement, le terme « membre fantôme » est également utilisé pour désigner une dissociation entre la position exacte d'un membre et celle ressentie par le patient.

La « conscience » du membre fantôme, indépendamment de toute douleur ou sensation perçue dans le membre fantôme, peut durer de nombreuses années après l'amputation. Douleur du moignon, sensation de membre fantôme et douleur du membre fantôme peuvent coexister chez un même patient, bien que leurs physiopathologies soient différentes. (Brochet,2009,p95)

Le membre fantôme est donc cette sensation que la partie amputée est toujours là, cette sensation qui se manifeste soit par des douleurs soit par une chaleur soit par des piques...

9.1 Douleur du moignon :

Il s'agit de la douleur localisée au moignon, également décrite comme « douleur du membre résiduel ». Elle est fréquente dans la période précoce postopératoire (74 %), mais dans la majorité des cas elle disparaît avec la cicatrisation. Les qualificatifs les plus employés pour décrire cette douleur sont : douloureux, tranchant, lancinant, brûlure, piqûre d'aiguille, coups.

L'examen du moignon permet de révéler des facteurs liés à la douleur : infection, névromes, éperon osseux, cicatrice adhérente.

L'intensité de la douleur ressentie dans le membre avant l'amputation est un facteur de risque indépendant de l'intensité de la douleur du moignon en postopératoire immédiat. L'intensité de la douleur aiguë postopératoire est elle-même un facteur de risque de développement d'une douleur chronique du moignon à six et 12 mois. (Brochet,2009,p96)

9.2 Sensation de membre fantôme :

Il s'agit de toute sensation ressentie au niveau du membre absent. Les sensations les plus souvent décrites sont : picotements, piqûres d'aiguille, décharges électriques, contractions, pressions, démangeaisons, chaleur, flexion des orteils ou des doigts, membre engourdi. Elles sont ressenties principalement à la partie distale du membre.(Brochet,2009,p97)

Le membre fantôme est senti comme identique au membre amputé en terme de forme, longueur et volume. Cette sensation peut être très vive et inclut souvent des impressions de posture et de mouvements : le patient « sait » où est son membre et peut le « mobiliser » à sa guise.

9.3 Douleur du membre fantôme :

Elle correspond à toute sensation douloureuse qui se rapporte au membre absent. Ces sensations douloureuses sont : courant électrique fort, piqûres, brûlures, crampes, écrasement, pressions, coups de couteau

La douleur du membre fantôme est décrite comme lancinante, ennuyeuse, pressante et brûlante. Elle est essentiellement localisée à la partie distale du membre manquant. 75% des patients amputés d'un membre inférieur rapportent une incapacité modérée à effectuer les tâches de la vie quotidienne due à leur douleur.(Brochet,2009)

9.4 Théorie de Feldenkrais : prise de conscience par le mouvement

Cette technique est destinée à améliorer la posture et la conscience qu'a le sujet de ses mouvements. Elle est basée sur l'image de soi, la plasticité du système nerveux et ses possibilités d'apprentissage. Selon Feldenkrais, le corps est le reflet de ce qui se passe dans l'esprit et inversement. Il s'agit de mouvements de faible ampleur en douceur qui visent à accroître la conscience corporelle en laissant le patient se concentrer sur ses sensations.

Prendre conscience de soi, de son corps, par le mouvement, c'est prendre conscience du mouvement que l'on effectue dans toute notre structure corporelle, c'est prendre conscience des relations des différentes parties du corps entre elles dans l'espace. L'intention est de s'organiser afin de bouger avec un minimum d'effort et un maximum d'efficacité, non pas avec comme seul moyen la force musculaire, mais grâce à une conscience accrue de son fonctionnement corporel. Le mouvement conscient aide à concorder image et schéma corporel.(Volk,2000,p.10)

9.5 Influence du toucher dans la représentation de l'image corporelle :

Le toucher se définit comme la stimulation de la peau par des stimuli thermiques, mécaniques, chimiques ou électriques. La peau n'a pas de système de fermeture, elle est toujours prête à recevoir des messages. C'est l'organe le plus étendu et le plus sensible du corps. La peau et le système nerveux sont issus de la même couche de cellules embryonnaires. D'après Tiffany Fiel, on peut considérer la peau comme une portion exposée du système nerveux. Une stimulation atteignant la peau est rapidement transmise au cerveau qui à son tour régule l'ensemble du corps. Le toucher peut soulager la douleur en bloquant le

message douloureux, en effet les signaux du toucher parviennent plus vite au cerveau que les signaux de douleur. (Field,2001)

10.Impact de l'amputation :

L'amputation est une intervention chirurgicale très délicate, douloureuse et sensible qu'elle laisse des séquelles sur le coté psychologique, économique, social et sexuel, nous l'expliquons par suite :

10.1 Impact psychologique :

L'amputation provoque une modification sur le corps du malade, cette modification engendre plusieurs sentiments chez ce dernier qui se trouve dans une nouvelle image incomplète, c'est cette nouvelle perception de soi qui va donc influencer sur son état psychologique dont le MOI de l'appareil psychique essaie de régulariser la souffrance.

10.1.1 Image du corps et schéma corporel :

Freud dans son introduction au narcissisme en 1914, nous dit que la maladie organique est une des voies permettant d'aborder le narcissisme, En effet l'apparition d'une maladie organique, qui plus est lorsqu'il s'agit d'une maladie grave, modifie la répartition de la libido en obligeant le sujet malade à désinvestir le monde objectale pour reporter sa libido sur son corps (E. Automne, 2006)

L'amputation qui fait perdre le pied ou le membre inférieur du malade provoque alors une modification sur le corps de ce dernier, le schéma corporel et l'image du corps sont donc altérés, chacun de façon différente. La perte du membre modifie le schéma corporel que le patient s'était construit pendant l'enfance. Vivre avec le manque d'un orteil, d'un pied, ou encore d'une jambe n'étant pas inscrit dans les mœurs, le patient peut alors être amené à négliger cette partie blessée puisqu'elle est vécue comme néfaste. Seulement, cette modification du schéma corporel peut être atténuée par l'utilisation de prothèses bien adaptées permettant un retour proche de la normalité visuellement, c'est-à-dire que le sujet pourra se déplacer verticalement et s'intégrer plus naturellement dans la vie sociale, sans occulter les autres difficultés liées à son handicap, assurément. Concernant l'image corporelle, le sujet dépossédé d'une partie de son corps ne se reconnaît plus et se perçoit d'une façon négative, pour une période indéterminée. Un jugement défavorable envers lui-même peut alors le mener à une dévalorisation de son identité. Puisque le patient est privé d'une

image satisfaisante, il ne porte plus d'intérêt positif sur son corps, ne veut plus s'admirer et donc s'aimer. L'idéal corporel, qu'il s'était fixé au fil du temps, est alors atteint (Pauline,2016)

En effet, l'image de soi est reliée à l'image corporelle. La modification de l'une modifie l'autre, le tout étant vécu par rapport à soi-même et par rapport aux autres avec lesquels on est en relation humaine, affective. L'amputation d'un membre inférieur va modifier la marche et les aptitudes physiques du sujet, ce qui peut l'obliger à changer de métier, à reconsidérer ses relations affectives avec ce corps mutilé. Cela pose le problème de la remise en question de l'identité à travers la modification corporelle et l'acceptation d'une nouvelle identité habitant ce corps et se remettant en relation, à partir de là, avec l'environnement affectif et professionnel. Le membre fantôme fait partie de la représentation mentale du corps, autrement dit du schéma corporel ; ce qui fait que le patient perçoit des sensations soit disant que son membre est encore en place. (Bernard,1995)

10.1.2 Mécanismes de défense :

Expression utilisée en psychanalyse pour désigner plusieurs types d'opérations psychiques destinées à « protéger » le moi .

Dans le cas de l'amputé, les mécanismes de défense sont utilisés pour lutter contre l'angoisse provoquée par la modification de l'image de corps qui engendre un schéma corporel défaillant.

Le déni est le mécanisme de défense utilisée chez l'amputé, que les expressions de : « *Non, ce n'est pas à moi que cela arrive !* », « *C'est un mauvais rêve, je vais bientôt me réveiller !* ». ne cesse de surgir (Curelli,2004,p.30)

La souffrance psychique s'exprime alors à l'état brut. La perte est toujours trop violente, trop subite, trop insupportable, sa réalité matérielle est donc souvent refusée dans un mouvement d'incrédulité.

10.1.3L'agressivité et la révolte :

Après la dénégation de l'amputation, la révolte contre la réalité de ce nouvel état physique est fréquente. Elle peut être plus ou moins intense, et même être pénible à vivre, tant par le sujet amputé que par son entourage. (Curelli,2004,p,31)

10.1.4 Le marchandage :

A ce stade, il est fréquent que la personne amputée refuse de mettre en pratique les conseils de l'équipe soignante ou de l'entourage, ou refuse une partie du traitement, sous prétexte d'incertitude par rapport à la façon de réagir face à l'amputation. (Curelli,2004,p.32)

«D'accord puisque je n'ai pas le choix ; mais il m'est impossible d'accepter tout ce que l'on me dit être nécessaire. Je ferai uniquement ce que j'estime indispensable».

10.1.5 La dépression :

Cette étape est appelée dépression dans le modèle de Kübler-Ross, mais elle n'est pas une dépression au sens psychiatrique du terme où il y a perte des intérêts, absence de plaisir, absence de projet, trouble de l'appétit, trouble du sommeil, perte de l'estime de soi, sensation de «voie sans issue», idées suicidaires, etc..

C'est plutôt une amertume (c'est-à-dire un ressentiment mêlé de tristesse causé par le constat de la perte définitive de quelque chose) à laquelle est associée une interrogation quant à la façon dont l'amputation peut être intégrée dans la vie de tous les jours. (Curelli,2004,p.34)

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

10.1.6 Le deuil :

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

Le deuil du membre se définit par l'acceptation du handicap et de la modification de l'image corporelle. Cette phase a pour but de permettre à l'individu de retrouver ses habitudes de vie se rapprochant au maximum de celles présentes avant l'intervention. Elle est différente pour chacun, peut varier dans le temps voir même ne jamais se réaliser entièrement chez certains patients. (Pauline,2016,p.63)

Pour pouvoir décrocher ce deuil, l'amputé doit passer par plusieurs étapes dont nous allons mieux les expliquer dans le chapitre suivant ou nous allons voir ses différents types aussi.

10.2 Impact économique et social :

L'amputation va également avoir des répercussions sur le plan économique et social. En effet, la personne amputée peut vivre une perte d'emploi nécessitant une reconversion professionnelle qui, selon l'âge et l'ancienne profession exercée peut s'avérer difficile. L'amputation et le handicap qu'elle entraîne nécessite souvent une adaptation de l'habitat avec par exemple, la mise en place dans la salle de bain de barres d'appui permettant un accès facilité à la douche (ou à la baignoire), du véhicule, etc. (Curelli,2004,p.47)

Pouvant ainsi devenir source de désordre financier. L'amputation peut également entraîner un certain nombre de conséquences indirectes sur le plan social comme des conflits familiaux, un isolement social, le rejet de certaines personnes pouvant en effet conduire la personne amputée à un repli progressif sur soi. (Curelli,2004,p.48)

10.3 Impact sur le coté sexuel :

L'amputation va également avoir un retentissement physique à plus long terme notamment avec la réduction de l'autonomie qu'elle engendre, mais également en modifiant la sexualité. En effet, si l'on considère ce qu'affirme Ellis en 1981 « la sexualité est une partie intégrante de chaque personne et elle se compose de la conscience que l'on a de son propre corps comme source de plaisir, de la perception de soi comme être masculin ou féminin ainsi que de la conscience que l'on a d'être, intrinsèquement, un être sexué. », on peut s'attendre à ce qu'une personne amputée ait peur de se montrer à l'autre avec une partie de membre manquant, s'inquiète de la réaction de son partenaire, se pose la question de la possibilité d'avoir à nouveau des rapports sexuels...(Curelli,2004)

11. Accompagnement du malade amputé :

A la suite de la décision du chirurgien, plus ou moins rapide suivant le contexte, d'effectuer une amputation, une prise en charge immédiate, multidisciplinaire est mise en place.

11.1 Phase préchirurgicale :

Cette phase est souhaitée mais rarement appliquée. Elle existe lorsque le délai entre l'accident causal et l'amputation permet de préparer la rééducation. Lorsqu'elle est possible, elle devrait permettre d'une part un travail de préparation physique (renforcement des membres, correction des attitudes vicieuses éventuelles, rééducation respiratoire...), et d'autre part un travail de préparation psychologique avec idéalement la rencontre d'un médecin spécialiste de la prise en charge des amputés et la rencontre de patients amputés. (Hiani, 2008, p.68)

11.2 Phase préprothétique :

Cette phase consiste à préparer le moignon et le patient à l'appareillage. Le médecin, par la prescription médicale, fixe une ligne de conduite commune, des objectifs à court terme et une orientation thérapeutique pour le long terme. En relation avec le kinésithérapeute il adapte le traitement antalgique suivant le ressenti du patient pendant les soins de rééducation (déprime, plaies). L'éducation de la famille et de l'entourage est primordiale afin d'aider le patient à évoluer. (Hiani, 2008, p.70)

11.3 Le rôle du masseur-kinésithérapeute :

- Stimulation électrique transcutanée
- Mobilisation de la cicatrice
- Techniques de détente comme le massage mobilisation
- Mise en place précoce du manchon afin d'avoir une contention permanente
- Appuyer sur le moignon
- Masser la partie proximale du moignon en y associant des points de pression
- Bouger le membre controlatéral dans une position de confort pour imiter la position du membre fantôme lorsque des douleurs apparaissent dans celui-ci.

11.4 Le rôle des autres professionnels de santé :

Comme la prise en charge est multidisciplinaire, plusieurs professionnels de la santé se mettent en collaboration pour aider le malade à mieux s'adapter à son nouvel mode de vie, dont nous citons :

11.5 Le médecin/chirurgien :

Après avoir réalisé l'amputation, le chirurgien met en place le traitement pharmacologique en fonction des besoins du patient.

L'amputé doit suivre un traitement composé de médicaments luttant contre la douleur, l'agrégation plaquettaire, et l'insomnie. (Grosclaude,2013,p.5)

11.6 Le psychologue :

La prise en charge psychologique immédiate mais surtout sur le long terme tient un rôle important, en effet le patient est en état de choc émotionnel. Le psychologue amène le patient à verbaliser ses émotions, faire exprimer ce qu'il ressent au plus profond, son vécu de la situation. Il a besoin d'être rassuré, le doute et la peur de l'avenir peuvent freiner son évolution, il se demande ce qu'il va devenir, dans la vie personnelle et professionnelle, se questionne sur la relation aux autres et ses futurs moyens de déplacements.(Delrez,2003,p.25)

Le travail de psychologue est plus que nécessaire pour l'amputé, son accompagnement et sa psychothérapie d'après l'amputation va aider le malade à surmonter sa douleur psychique engendrée par son nouveau schéma corporel ce qui fait que le deuil de la partie amputé sera fait sans difficulté. Mais aussi, a travers notre pratique nous avons constaté que le psychologue doit aussi être présente lors de l'annonce de cette amputation pour pas dire qu'il est préférable qu'elle soit faite par lui même, tout ce que pour éviter les annonces froide qui font que influencer négativement l'état psychologique du malade.

11.7 L'ergothérapeute :

Il intervient dans le choix du fauteuil roulant manuel le mieux adapté, ainsi que dans l'installation du patient dans celui-ci et dans sa chambre afin d'améliorer sa qualité de vie.(Delrez,2003,p.25)

11.8 Le nutritionniste :

Ajuste, avec le patient, les repas quotidiens en fonction des objectifs posés. Dans la population des patients amputés vasculaire on retrouve un grand nombre de diabétiques, son objectif est alors de stabiliser le diabète qui peut être dérégulé suite à l'opération chirurgical.(Delrez,2003,p.26)

11.9 Prise en charge prothétique :

Cette étape de la rééducation doit être le plus précoce possible pour une récupération des capacités fonctionnelles la plus optimale possible, elle débute normalement au plus tard le 21ème jour. De plus l'appareillage rapide permet de lutter efficacement sur les douleurs fantômes.(Delrez,2003,p.28)

Malheureusement, cette équipe multidisciplinaire n'est pas présente au près de l'amputé dans tous les pays, ce qui fait que ce dernier subit plusieurs difficultés pour s'adapter à sa nouvelle situation douloureuse et d'handicapante au même temps.

- **Synthèse :**

A la lumière des données que nous avons abordées, nous pouvons dire que l'amputation est vécue comme un moyen thérapeutique indispensable pour obtenir enfin la cicatrisation et pouvoir « tourner la page ». Mais, de sa définition jusqu'à sa prise en charge nous comprendrons l'ampleur de cette intervention et son impact sur la vie du malade et sur son état psychologique ou il subit des moments difficiles pour pouvoir faire le deuil, et accepter son nouveau schéma corporel malgré la présence de la prothèse qui ne pourra jamais remplacer un membre humain.

Chapitre III

TRAVAIL DE DEUIL

- **Préambule :**

Le mot deuil sous-entend de nombreux sens. Il désigne autant l'événement aigu que représente le décès d'un être cher, d'une fonction importante du corps, d'un membre, de son autonomie personnelle que les signes extérieurs du deuil consacrés par la coutume. Il évoque aussi la période aiguë après le décès, appelée « travail du deuil », et il fait aussi référence à des sentiments ou à des notions de psychologie, de psychanalyse, voir à des notions médicales ; le deuil c'est un problème central en psychanalyse auquel se sont confrontés les pionniers de l'analyse, S.Feud, et M.Klein, Bowlby qui nous ont laissé des textes fondamentaux sur lesquels nous continuons à réfléchir.

Dans ce chapitre nous tenons à présenter le travail de deuil que font les diabétiques amputés face à leurs membres perdus pour une cicatrisation de sa blessure psychique. De ce fait, toute explications est renvoyée pour le membre inférieur perdu et non seulement pour une perte humaine.

1. Définitions :

Avant d'entamer la psychanalyse, nous allons donner quelques définitions d'autres recherches attribuées au Deuil :

- Le deuil dans les recherches francophones :

Le deuil est une entreprise laborieuse, sous ce seul et même terme, en français, il existe tout un ensemble de définitions qui viennent s'enrichir à la lumière des considérations pluri linguales. Dans la langue française le mot « deuil » signifie communément « l'affliction, la douleur que cause la perte d'une personne chère ; l'ensemble des marques et des signes extérieurs d'affliction prescrits par l'usage à l'occasion de la mort d'un proche ; la grande tristesse et l'abattement que provoque un événement funeste ; la résignation à la perte, le regret ou le renoncement ». (Gana, 2010, p.13).

- Le deuil dans les recherches anglo-saxonnes :

La langue anglaise comporte un vocable plus riche permettant davantage de différencier les notions que recouvre le deuil, aussi, existe-t-il trois termes bien

distincts (mais souvent interchangeables dans la littérature scientifique) renvoyant à notre terme unique du « deuil » :

bereavement: traduit la perte elle-même (la perte affective).

Grief traduit: la peine, le chagrin, la douleur (tous les affects qui adviennent suite à la perte).

Mourning: renvoie au processus du deuil, aux réactions psychologiques et comportementales qui suivent la perte en ce sens il s'inscrit dans un contexte social et culturel dans lequel le comportement des endeuillés s'exprime). (Gana, 2010, p.14)

- **Le deuil dans les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :**

Les réactions de deuil se caractérisent par un complexe de manifestations comportementales (retrait social, apathie ou hyperactivité), affectives (humeur dépressive, anxiété, culpabilité, hostilité). Cognitives (préoccupation par rapport au décédé, difficultés à se concentrer sur les tâches quotidiennes ou à prendre des décisions) et physiologiques (anorexie, troubles du sommeil) qui s'apparentent si bien à la dépression qu'elles sont considérées cliniquement comme une forme de dépression. Cette dernière se distingue des autres formes de dépression par le fait qu'elle se manifeste à la suite d'une perte significative au moment où il y a anticipation d'une telle perte. On dit qu'il y a perte significative lorsqu'il y a perte d'une personne ou d'un objet (matériel ou symbolique) pour lequel il existe un attachement émotionnel important. Ceci signifie qu'il existe une multitude de situations qui peuvent susciter une réaction de deuil. En effet, il n'y a pas seulement celle de l'employé qui reçoit un avis de congédiement, celle de la personne qui se fait amputer d'un membre, celle de la famille dont demeure est incendiée, celle des conjoints qui se séparent ou divorcent, celle du réfugié qui s'enfuit de son pays, et encore bien d'autre. (Fontaine, 1983, p.123).

- **Le deuil dans le DSM5 :**

C'est une situation traumatique qui produit une régression, en tant que défense, face à la perte narcissique que provoque la disparition d'un être cher.

Ce mécanisme de défense apparent qui pousse à la « psychologisation » du deuil. Celle-ci peut entraîner une erreur de diagnostic dommageable pour le sujet. En pratique, il apparaît que le balisage de ce temps de deuil est très variable selon les individus, leur histoire et leur culture. Il semble que l'indicateur le plus pertinent pourrait être celui de la souffrance du sujet (deuil vient du mot latin *dolere* qui signifie souffrir), celui-ci amenant le sujet qui ne parvient pas à dépasser sa souffrance à une démarche de psychothérapie. (lemonnier,2016, p.6).

1.1 Le deuil en psychanalyse :

- Selon Freud :

Le deuil est, d'ordinaire, la réaction à la perte d'un être aimé ou bien d'une abstraction qui lui est substituée la patrie, la liberté, un idéal parmi ces circonstances, on trouve chez nombreuses personnes que nous soupçonnons pour cela la description morbide, une mélancolie ou lieu du deuil.

Il est aussi très remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'esprit de voir le deuil comme et morbide relevant d'un traitement médical, bien qu'il comprenne de graves écarts par rapport au comportement normal, nous nous faisons en cela à l'idée qu'il sera surmonté après un certain laps de temps, et nous considérons peu convenable, voire malsain de la perturber. (Auray,2016, p.139)

Le deuil représente une expérience tout à fait spécifique pour l'être humain, elle oblige chacun à s'engager dans un processus inconscient ou préconscient appelé « travail de deuil » cette notion introduite par Sigmund Freud dans son ouvrage « deuil et mélancolie » en 1915. Le travail de deuil est un processus qui permettra au sujet de parvenir à une cicatrisation de la blessure psychique provoquée par la perte de l'être cher, d'un objet d'attachement.

Sigmund Freud parle de la capacité d'auto-transformation : « le deuil confronte le sujet à l'absence de retour possible. L'objet disparaît définitivement de la réalité. Il est mort ou perdu. Le travail psychique engagé implique un processus d'identification, de transformation d'un moi tel qu'il intègre certaines qualités de l'objet perdu fond désormais partie du sujet ; le sujet devient un peu « comme ce qu'il a perdu ». on peut souligner ici que se reproduit la même

opération que celle qui permet au tout petit enfant de devenir autonome lorsqu'il s'approprie les qualités de l'objet qui lui sont nécessaires : se nourrir lui-même, se caresser, être propre... « L'être humain soigne les pertes inévitablement subies par le moyen de ses capacités d'auto-transformation ».(Auray,2016, p.139)

Freud décrit « le travail qu'accomplit le deuil » de la manière suivante :

-La confrontation à la réalité : celle de la perte de la personne, de l'objet aimé. Cette épreuve de réalité exige le retrait de toute la libido, c'est-à-dire l'énergie psychique investie sur un objet d'attachement, des liens rappelant le défunt.

-La rébellion compréhensible : liée à la nécessité d'abandonner la libido. Ce travail nécessite beaucoup d'énergie psychique et de temps durant lequel l'objet perdu se poursuit psychiquement. Ainsi, progressivement le principe de réalité l'emporte dans le processus normal.

-Et alors le moi redevient libre et sans inhibition avec l'achèvement du travail de deuil.

- **Selon Bowlby :**

Selon petit Larousse illustré (édition 2007), la définition psychanalytique du travail de deuil est la suivante : « processus psychique par lequel le sujet parvient progressivement à se détacher d'un être cher qui est mort » d'après cette définition, le processus de deuil il s'agit de « détacher », ce qui représente une perte sèche et définitive. Le terme se détacher renvoie à John Bowlby et sa théorie de l'attachement qui décrit plusieurs formes de lien du petit enfant à sa mère (sécurisant, évitant, ambivalent-résistant, désorganisé). Ce lien déterminera, à l'âge adulte, sa gestion des différentes pertes auxquelles il sera confronté. (Lemonnier,2016,p.7)

Selon J. Bowlby, l'attachement est un instinct humain fondamental, une pulsion autonome permettant d'instaurer des liens forts et durables.les premiers liens avec la mère et leurs qualités sont essentiels dans le développement du « petit homme ». Cette qualité de la relation d'attachement prend racine dans la qualité de la figure d'attachement qui peut être (la mère, le père ou un pair) que se sera constitué l'enfant comme une source de sécurité/ d'insécurité. (Gana,2010, p.37)

Toujours selon Bowlby , la qualité du processus de deuil à l'âge adulte résulte directement du comportement d'attachement et des circonstances de séparation avec la mère dans la petite enfance. L'intensité du deuil serait

fonction de l'intensité de l'attachement éprouvé vis-à-vis de la personne défunte. (Gana.2010, p37)

Bowlby et ses collaborateurs ont distingué l'idée de « prototypes » théoriques à deux dimensions concernant l'attachement : l'anxiété relative à l'attachement et l'évitement relatif à l'attachement. En expliquant Le système vigilance impliqué dans le processus d'attachement (système sous influence de la dimension d'anxiété) peut provoquer, chez l'individu, des réponses inadaptées au deuil. Théoriquement, les personnes, présentant un haut degré d'anxiété, sont plus vigilantes et ont développé un style d'attachement de type insécure à l'égard de leur disponibilité et de leur accessibilité psychologique pour les personnes aimées.

En contre partie, les individus « évitant » présentent des difficultés d'ajustement à la perte qui transparait à travers un haut degré d'anxiété. Ce modèle implique que les effets de l'anxiété relative à l'attachement sont prédictifs de certains modèles de deuil et non les effets de l'évitement relatif à l'attachement. Concluent , dans une de leur recherche, par le postulat qu'une personne dont le style d'attachement est hautement secure peut puiser largement dans ses ressources psychologiques pour minimiser, à la fois, la détresse de séparation induite par la perte et pour réguler l'anxiété générée par cette expérience. (Gana, 2010.p37)

Bowlby à parler de la dépression (en tant qu'humeur ressentie par la plupart des personnes de temps à autre) accompagne inévitablement tout état au cours duquel le comportement se désorganise, comme c'est vraisemblablement le cas à la suite d'une perte. Son classement dans le travail de deuil, il la considéré comme un mécanisme d'effondrement psychique du à la perte du lien d'attachement avec le défunt et avec le monde extérieur.

Ainsi Bowlby écrit a propos de la dépression :

« Tans qu'il existe des échanges actifs entre nous-mêmes et le monde extérieur, que ce soit par la pensée ou par l'action, notre vécu subjectif n'est pas celui de la dépression : l'espoir, la peur, la colère, la satisfaction, la frustration ou n'importe quelle combinaison de ceux-ci, peuvent être ressenties. C'est quand l'échange cesse que la dépression survient (et ce poursuit) jusqu'au moment ou de nouveaux modèles d'interactions s'organisent par référence a un nouvel objet ou but ».

Bowlby avance l'idée que la dépression se caractérise par l'absence d'échanges actifs (pensée ou action) entre la personne et le monde extérieur.

Celle-ci se referme sur elle-même et focalise son attention et toute son énergie sur la souffrance intérieure qui l'anime. (Beuzon, 2016.)

- **Selon M.Klein :**

Dans ses articles de 1934 et 1940, le deuil n'est jamais une situation nouvelle : à chaque fois, il nous remmène régressivement à nos angoisses dépressives (peur d'avoir détruit l'objet) de la période du sevrage et demande un travail de réélaboration, de réédification (au frichtung) dans le moi, non seulement de l'objet perdu dont le deuil est à faire, mais surtout de nos objets primaires. L'élaboration des angoisses dépressives nécessite habituellement le recours à des défenses maniaques provisoires et limitées. Le souci pour les bons Objets implique une certaine limitation de la toute-puissance narcissique ; la position maniaque à la fois refuse et inaugure ce renoncement. M. Klein insiste également sur l'importance de « l'épreuve de réalité » ou s'effectue la confrontation, la comparaison entre notre monde interne et la réalité. Elle considère le deuil comme une maladie normale, habituellement bénigne et nécessaire. Le deuil pathologique consiste à se dispenser de faire un deuil. (Hanus, 2015.p16)

Melanie Klein, l'angoisse de séparation et de perte d'objet s'inscrit dans le cadre de sa conception des relations objectales et de sa propre théorie de l'angoisse. Pour elle, au départ de la vie, il n'y a pas d'indifférenciation moi-objet comme pour Freud (narcissisme primaire), car selon elle la perception du moi et celle de l'objet existent depuis la naissance, et l'angoisse est une réponse directe au travail interne de la pulsion de mort.

De la part de Melanie Klein elle défend l'idée selon laquelle celui qui échoue dans le travail de deuil n'a pas pu dans la première enfance établir « ses bons objets » internes pour se sentir en sécurité dans son monde intérieur. Elle évoque la position dépressive infantile non surmontée par le sujet.

2. Le deuil comme processus psychique :

Au niveau psychique le deuil, n'est pas un état figé mais un « processus » qui s'inscrit dans le temps et qui est inauguré par la rupture violente avec la vie que représente la perte brutale d'un être proche. Si le deuil est une souffrance, c'est moins par la réalité de la perte que par la représentation de cet événement et le sens de cette perte dans la vie du sujet. Ce processus psychique, qualifié par

Freud en 1915 de « travail de deuil » est une expérience singulière, propre à chaque endeuillé, à ses ressources antérieures, à ses référentiels culturels et religieux, au contexte du décès, et aux ressources qu'il trouvera suite à cette perte. « L'objectif premier et immédiat » du travail de deuil étant comme l'a si bien explicité Michel Hanus « de nous maintenir en vie ». (Romano, 2015, p.8)

Cependant il ne s'accuse pas d'être la cause de la perte et ne s'auto dévalorise pas, comme dans le cas d'une dépression majeure par exemple. En 1915, Freud différencie « deuil et mélancolie » dans un article qui va rester célèbre et nous permet encore aujourd'hui de distinguer le « deuil normal ou non compliqué », du « deuil compliqué » (le plus souvent d'un état dépressif pathologique. Pour Freud, le deuil peut être considéré comme une dépression normale, mais de laquelle sont retranchées une culpabilité et une dépréciation de soi disproportionnées. Le processus psychique du deuil est donc à la fois détachement du lien à la personne aimée et élaboration d'une nouvelle relation avec elle. La perte d'un être cher n'est pas comparable à celle d'une activité professionnelle. Je mets donc à part toutes les pertes abstraites pour n'envisager que les pertes affectives : perdre un membre, un ami donne lieu aux mêmes stades du deuil : refus de la réalité, révolte contre l'injustice de la perte ou ses circonstances et parfois contre le défunt lui-même, dépression normale du deuil, retour à la réalité et acceptation que la vie ne sera plus jamais la même. Ces phénomènes sont variables et chronologiquement non linéaires. L'anniversaire de la perte est particulièrement douloureux. C'est un moment de retour de l'état dépressif initial qui entraîne à nouveau l'endeuillé dans le désespoir de ne jamais pouvoir retrouver son bien-être psychique antérieur. (Baqué, 2019.p24)

3. Le deuil comme traumatisme :

Au sens général, le traumatisme est une blessure avec « effraction ». Au niveau psychique, le deuil est un traumatisme en raison de l'impact de la confrontation à la mort et des bouleversements intrapsychiques et intersubjectifs qu'elle impose. Si l'on considère que tout sujet est doué d'un psychisme et que celui-ci s'étaye à partir des relations qu'il élabore avec son environnement, il est aisé de comprendre que le moindre bouleversement du monde extérieur est susceptible d'avoir des répercussions au niveau de sa dynamique intrapsychique et intersubjective. La mort d'un proche conduit à une rupture violente des repères antérieurs, des certitudes et des habitudes. Elle fait véritablement effraction dans la continuité de vie d'un sujet et s'impose à lui ; Tout autant que s'imposent toutes les conséquences de ce décès (bouleversement dans la

dynamique familiale, désorganisation dans la vie quotidienne, enjeux matériels et économiques...). Ce véritable cataclysme intérieur, selon Bowlby, conduit à une crise existentielle source de multiples remaniements. La majorité de deuilés parvient à se dégager progressivement de l'état d'agonie psychique dans la quel cette effraction les a figés, par ce qui pourrait être qualifié de deuil « adapté ». D'autres restent durablement blessés psychiquement ce qui conduit à des deuils « difficiles », « compliqués » ou « pathologique ». (Romano, 2015, p.8).

4. Le deuil comme souffrance aux multiples dimensions :

Le deuil est devenu progressivement un terme associé aux réactions de douleur spécifiquement liées à la mort d'un proche. La notion originelle de « douleur » à ainsi pris une valeur polysémique, en regroupant à travers le même terme, différentes dimensions n'ayant pas toute la même signification :

- **Dimension somatique** : correspond aux réactions physiologiques consécutives à la mort d'un proche qui viennent bouleverser l'équilibre somatique antérieur. L'expression qui y fait référence est celle d'« être en deuil » qui traduit les différentes manifestations somatiques liées à cet état comme le ralentissement idéique, les troubles du sommeil, l'asthénie, les douleurs diffuses, ... etc.

- **Dimension psychologique** : relevée initialement par Freud qui la décrit en expliquant le fait que le deuil est « régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place ». Ce processus psychique réactionnel à la perte d'un être cher traduit le travail psychique nécessaire pour le surmonter et parvenir à supporter la réalité de cette disparition. C'est la notion de « travail de deuil » qui traduit les enjeux psychologique du deuil.

- **Dimension psychiatrique** : résulte des réactions du deuil pouvant conduire à des troubles psychopathologiques et à des symptômes spécifiques. L'approche psychiatrique conduit à différentes classifications qui ont valeur de consensus au niveau de la communauté scientifique internationale comme celle du DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et celle de CIM (classification internationale des troubles mentaux).

- **Dimension culturelle** : liée aux référentiels culturels des deuilés et de celui qui est mort. La diversité culturelle est multiple et cette dimension est spécifique à chaque culture : le rapport à la mort ; le sens donné à cette mort ; les représentations sur le devenir du corps et de l'âme du défunt ; les soins portés au

corps ; les manifestations du chagrin ; les modalités d'expression du deuil ; la place des proches dans les rituels funéraires.

- **Dimension religieuse** : correspond aux croyances des endeuillés, en particulier au sens donné à la mort à travers des références religieuses, la croyance de la mort comme une étape et d'une survie de l'âme dans le « royaume des morts » ou dans la réincarnation d'une autre âme, est commune à la nombreuses religions, au-delà de leurs divergences le christianisme, le judaïsme, l'islam, l'hindouisme, le bouddhisme, le jainisme et le sikhisme, partagent cette représentation de la mort comme un passage entre la vie et une autre forme d'existence.

- **Dimension sociale** : traduit les conséquences sociales qui suivent une perte pour l'endeuillé et les représentations sociales de ce deuil pour l'ensemble de la société. Elle conduit à l'expression « porter le deuil ». Cette dimension sociale du deuil évolue à travers les époques comme l'évolution des codes vestimentaires des endeuillés ou des cortèges funéraires en témoignent

- **Dimension familiale** : liée au rapport que chaque famille entretient avec la mort du fait des ses références culturelles, éducatives et religieuses. Pour exemple la rédaction des faire-part de décès ; la place de chaque endeuillé au moment de rituels funéraires ; les lieux d'inhumation comme les caveaux familiaux ; les réunions familiales organisées ou non autour du décès. (Romano, 2015, p.6)

5. L'objet perdu chez le diabétique amputé :

La douleur ressentie quand l'objet est perdu permet de mettre en évidence l'importance capitale de l'objet. C'est par lui que passe le travail obligé du psychisme face aux exigences pulsionnelles. Dans inhibition, symptôme et angoisse, en partant des relations qui s'établissent entre la mère et son bébé, Freud pourra répondre à la question de la douleur, restée en suspens dans « deuil et mélancolie » : « ce n'est nullement chose aisée que de motiver du point de vue économique, la douleur extraordinaire que provoque ce compromis : la réalisation en détail de chacun des ordres dictés par la réalité. » le petit enfant immature et impuissant attend tout de la personne attentionnée qui, en satisfaisant ses besoins, lui procure une source de plaisir. Si ne perçoit pas cette personne, alors qu'il a besoin de sa présence, de son amour, il croit qu'il ne la reverra plus. Il ne fait pas la différence entre une absence temporaire et une absence définitive, il ressent de l'angoisse et de la douleur, comme le prouvent ses larmes et l'expression de sa physionomie. (Hanus,2005, p.129)

L'absence de la mère crée la situation traumatisante. Mais pour que la douleur soit ressentie et différenciée de l'angoisse, il est nécessaire que l'objet, « la mère » se soit constitué. Ainsi l'explique Freud : « des situations répétées ont créé l'objet « la mère », objet qui est absent et désiré au moment où un besoin est ressenti, subit un investissement intense qu'on doit nommer nostalgique, il faut rapporter la douleur à ce nouvel état de chose ; la douleur est la réaction proprement corrélative à la perte de l'objet aimé lui-même » , C'est alors que Freud est en mesure de justifier la douleur de l'affect du deuil en référence à la douleur physique, en même temps qu'il peut motiver, du point de vue économique, la douleur du travail du deuil : « L'investissement nostalgique d'un objet aimé (provisoirement absent ou perdu définitivement) qui en raison de l'impossibilité de s'assouvir, est en croissance permanente, crée les mêmes conditions sur le plan de l'économie psychique que l'investissement douloureux d'une partie corporelle lésée. » (Hanus,2005,p.130)

Par ailleurs, le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique dépend de la direction de l'investissement, narcissique (une partie du corps), ou objectal. « Le haut niveau de la charge affective des rapports d'investissement et d'attachement auxquels s'effectuent des rapports d'investissement et d'attachement auxquels s'effectuent ces processus qui conduisent à des sensations de déplaisir, expliquent l'intensité et l'accroissement d'une douleur qui ne peut s'apaiser ». (Hanus, 2005,p.130)

6. Les caractéristiques de deuil d'après S.Freud :

- Une humeur profondément douloureuse.
- Un désintérêt pour le monde extérieur.
- La perte de la faculté d'amour.

L'inhibition de toute activité et une auto-dépréciation qui s'exprime par des reproches et des injures envers soi-même et qui va jusqu'à l'attente délirante du châtement. (Auray, 2016,p.139).

7. les étapes de travail de deuil :

« Le travail de deuil » c'est une démarche active qui permet de canaliser la douleur et d'aller vers la guérison intérieure ; comme il est un cheminement psychique qui permet au sujet de passer d'une relation extérieure objective à une relation intérieure subjective, d'une absence externe à une présence interne. C'est une expérience vécue par le sujet endeuillé pour laquelle il y'a pas d'oubli

de la défunte. « Le travail de deuil », qui implique à la fois les circonstances de la perte, les relations de l'endeuillé avec la personne défunte et les sentiments autour de la perte.

Les théoriciens des stades du deuil ont identifiés plusieurs phases (stades) en jeu lors de l'expérience liée à la perte. Bowlby et Parkessont les premiers à proposer une théorie des stades du deuil, stades servant à l'ajustement du survivant. Cette théorie stadiste décrit quatre phases :

- Phase de choc et d'engourdissement.
- Phase de nostalgie et de recherche.
- Phase de désespoir et de désorganisation.
- Phase de réorganisation.

Kubler-ross adapte la théorie des stades et distingue cinq phases (déli/dissociation/isolation, colère, incrédulité, dépression et acceptation) que le sujet subit. Worden ajoute l'idée qu'il est important d'inclure, au sein des stades d'élaboration du deuil, l'acceptation de la réalité de la perte ainsi que l'expérience du chagrin engendrée par cette perte. Ces deux éléments permettent de redéfinir les relations avec le défunt et de s'ajustera un environnement dans lequel celui-ci ne fait plus partie, pour, enfin, y retirer l'énergie émotionnelle allouée et réinvestir d'autres relations.

Cependant, la plupart des modèles du deuil s'articulent selon trois stades importants :

7.1 Une période initial de choc :

C'est état psychique lors de cette première phase, c'est le choc, la sidération pour la personne endeuillée. Elle met en place des protections massives et procède à une sorte « d'anesthésie » émotionnelle. Elle parait comme figée et montre un aspect robotisé de sa personne. Elle peut également apparaitre comme étant dans le déni de ce qui se passe. C'est pourquoi les rituels liés au décès sont essentiels (funérailles, veillées...) car ils lui octroient le droit au deuil et le soutien de son entourage. L'objectif de cette période pour l'endeuillé est d'être capable de gérer ce qu'il ya à faire à la suite du décès à l'aide d'un peu d'adulte : préparer les obsèques, continuer à s'occuper des autres membres de la famille, accueillir la tristesse des autres. Cependant, certaines personnes vont être dans une incapacité totale de faire front à la réalité même pour ce qui est matériel. Cette étape est nécessaire et dure entre une semaine et six mois.

7.2 Une période d'acceptation de la réalité de la perte :

Etape d'agitation et de mise en mouvement « c'est réel mais », lors de cette deuxième période, la personne réalise que le lien sensoriel n'est plus là et elle souffre de cette absence. Elle va mettre en place un système à la fois de recherche et de fuite. Ce sera une période d'agitation pour essayer de retrouver le contact avec le défunt. Elle trouvera des échappatoires au travers de rituels, écouter de la voix sur des messages téléphoniques, parlera encore et encore de lui ou d'elle, se retournera subitement vers le spirituel (dieu, spiritisme...) ou encore dans des cas plus extrêmes s'adonnera à diverses addictions lui permettant ainsi d'échapper à la réalité du décès. Il s'agira d'une sorte de mouvement et de lutte contre l'éloignement. Cette phase dure généralement entre six mois et un an.

7.3 Une période de réorganisation et d'acceptation :

Cette période est la dernière phase de prise de conscience, elle apparaît comme une renaissance et un réajustement du socle de l'existence. La personne retrouve des parties d'elle-même, de ce qu'elle était avant le deuil mais avec une autre tonalité. Elle s'ajuste dans un état d'être ni tout à fait différent ni tout à fait le même. Elle redéfinit son rapport au monde, à autrui, à la personne disparue et à elle-même. C'est aussi la période qui permet de donner du sens à ce qui est arrivé. Les identifications deviennent positives et résonnent comme un héritage au sens de richesse. Le lien égaré ou perdu se tisse à présent en interne, c'est une relation intime qui s'installe en compte à chaque instant ce qu'il en est de l'acceptation de la réalité de la perte et de ses conséquences de celle-ci. . (Romano, 2015, p.10).

8. La reconnaissance de la perte :

Le travail du deuil consiste à retirer l'investissement de l'objet dans toutes les situations où ce dernier avait polarisé sur lui un investissement considérable. Ce travail n'est possible que si la perte est reconnue. Cette reconnaissance n'est ni évidente, ni facile. L'endeuillé doit reconnaître l'absence de l'objet, mais aussi que cette absence ne sera plus suivie de la présence de l'être désiré.

Certes, la perte est connue, mais seulement au niveau préconscient. Ce n'est que lorsqu'un besoin intense de la présence de l'objet, besoin inassouissable et continu, réanime les traces des premières expériences nostalgiques de l'enfant en détresse, quand il constate que l'objet désiré est absent ou perdu, que

l'endeuillé sait qu'il a subi une perte, et seulement à ce moment là. Il ne sait pas encore que cette perte sera définitive, une deuxième épreuve l'attend : accepter que l'objet ne reviendra plus jamais.

Au cours de ses expériences, l'enfant avait appris à prévoir qu'après un temps d'absence sa mère revenait, qu'elle apaisait alors la douleur au travers de ses soins et ses consolations. Par son activité de jugement, il avait acquis le concept d'absence-présence-alternance. L'endeuillé devra faire seul l'apprentissage du désespoir. C'est le point extrême de la douleur qui réanime toutes les expériences des douleurs survenues dans le passé. (Hanus, 2005 ,p.130).

9. les types du deuil :

Il est maintenant bien connu qu'il n'existe pas un deuil mais des deuils qui se déclinent autant de fois, dans leurs expressions, qu'il existe de personnes l'éprouvant.

Tous ces deuils ont donné lieu à une classification, à priori, exhaustive mais qui demeure, cependant, mouvante et évolutive.

Selon Bourgeois, il existe trois formes fondamentales du deuil :

9.1 Le deuil normal :

Après plus d'un siècle de description relativement aux processus psychiques du deuil, cette forme de deuil élabore relativement vite selon trois phases :

- Phase d'impact de choc : détresse, dépression et d'adaptation.

- Phase de dépression et de repli : grâce aux processus de désinvestissement, d'intériorisation et d'identification à l'objet perdu, de culpabilité. Cette phase semble être marquée par une désorganisation psychologique importante. On l'apprécie à travers:

- Un état émotionnel intense : pleurs, culpabilité, honte, troubles du comportement, sentiment de vide.
- Un retrait social : incapacité à maintenir un lien social dans les relations professionnelles qu'interpersonnelles
- Une identification au défunt.

-Phase de récupération : de détachement, d'acceptation et de réinvestissement de la réalité. Une période de résolution durant la quelle s'élabore l'acceptation de la perte à la fin pour permettre un retour au bien-être et d'avoir la possibilité de se souvenir du défunt sans douleur subjective.

Cependant, Ces diverses étapes ont chacune leur importance. Certains endeuillés peuvent rester « bloqués » à la seconde phase, entraînant des complications d'ordre psychologique.

Par contre, Plusieurs phénomènes psychologiques peuvent faire obstacle au travail de deuil tout comme les mécanismes de défenses tels que le déni, l'identification, le refoulement. Des troubles psychopathologiques du deuil peuvent alors surgir, mettant en danger la sante psychologique de la personne endeuillée. (Gana, 2005,p26)

9.2 Le deuil compliqué au traumatique :

Se caractérise par un blocage du travail de deuil avec une prolongation de la phase dépressive, par des réactions de stress et par des passages à l'acte suicidaire particulièrement fréquents.

Le deuil compliqué recouvre toute une constellation de deuils. Certains chercheurs énoncent l'idée selon laquelle le deuil compliqué résulterait de distorsion de la réalité ou de faillite de l'élaboration chez le sujet (Gana,2010).

Dans un autre ordre d'idée, des chercheurs se sont appliqués à en dégager d'autres caractéristiques. Lors de l'expérience du deuil compliqué, les survivants se questionnent sur leur propre vie avec tonalité pessimiste ; se demandant pourquoi ils vivent. La perspective d'un futur épanouissant sans le défunt ne peut être envisagée. La vie après la perte s'inscrit dans une réalité difficile et importune que beaucoup ont du mal à accepter. Ces survivants ressentent une profonde détresse, accompagnée d'une nostalgie et d'un alanguissement pour le défunt, un sens du vide et un manque d'intérêt, des troubles de détachement, d'hébétude, parfois même, le sentiment qu'une partie d'eux s'en est allée avec le défunt. Récemment, Pigersons et ses collaborateurs insistent sur l'importance de distinguer le deuil compliqué des autre formes pathologiques du deuil, aussi, ces auteurs préfèrent-ils retenir la terminologie de deuil traumatique et réfléchissent-ils même à la terminologie du « trouble du deuil persistant ». Nous avons ainsi une perception plus aiguisée de ce que peut engendrer le deuil compliqué ou trouble du deuil persistant en ce qui concerne la dynamique

psychologique de certains endeuillés. Cependant, des interrogations demeurent. Nous appréhendons également, à travers les recherches, que même pour un type de deuil particulier, ici le deuil compliqué, il est difficile de poser une définition claire. (Gana, 2005 ,p.27)

9.3Le deuil pathologique:

Provoque essentiellement la survenue d'une maladie mentale. Ses critères sont :

- Une prolongation de son évolution au delà de deux ans.
- Une menace réelle sur la sante psychique.

Ce type de deuil pose un problème aux chercheurs car son opérationnalisation interroge. Il peut y avoir deuil psychiatrique selon deux cas de figures :

- Le sujet présente des antécédents psychiatriques, personnels et familiaux ; le deuil est événement déclenchant la pathologie.

- La pathologie résulte des premières manifestations induites par le deuil. Ainsi la psychiatrie dégage comme symptomatique : l'accès brutal de dysphorie, une quête, une protestation, une humeur anxieuse, une humeur dépressive, des symptômes végétatifs, des symptômes non spécifiques (symptômes somatiques, comportements sans but), un évitement en un sentiment d'intrusion. Les symptômes reflètent une détresse de séparation, un processus de deuil difficile et une détresse traumatique bien particulière.

9.4Le deuil difficile :

Connait également le cheminement des trois phases postulées dans le deuil « normal » mais se différencie par sa difficulté d'élaboration et par sa temporalité plus longue du fait de facteurs tels que l'état de la personne décédée et celui du survivant ainsi que les circonstances de la mort

Introduit une nouvelle spécificité du deuil : sa difficulté. Elle est à comprendre, comme étant proche du deuil normal mais qui s'en diffère par l'intensité des affects engendrés et par l'extrême difficulté à surmonter une perte violente (qu'il s'agisse de la perte d'un enfant (le deuil le plus difficile), les circonstances de décès : accident, maladie...) ou traumatisante. Toutes les phases normales du deuil se trouvent, dans ce cas de figure, prolongées, notamment, la souffrance et la dépression qu'engendre la perte. L'auteur apporte

la conclusion que « si tous les deuils difficiles ne se compliquent pas et ne deviennent pas pathologiques, ils sont cependant plus en risque de le faire » (Gana, 2005,p.29)

10. Les facteurs favorisant l'évolution de travail deuil :

Comme le deuil est un ensemble de processus psychologiques, conscient et inconscient, déclenché par une perte. Le deuil sain c'est une tentative réussie chez un individu d'accepter l'existence d'un changement dans son environnement extérieure, survie de la modification corrélée de son monde de représentation interne et de la réorganisation, voire de la réorientation, de son comportement d'attachement.

Et permet au sujet endeuillé de modifier ses relations à l'égard de l'objet désormais disparu, sans que cela n'entraîne un effondrement psychique total. Les autres constatent que les sujets qui s'adaptent à cette expérience si douloureuse du chagrin sont pour la majorité des personnes qui ont bénéficié antérieurement d'un attachement Secure ; c'est-à-dire un attachement suffisamment protecteur et valorisant. Certains facteurs sont aujourd'hui reconnus comme ayant une incidence sur l'évolution du deuil :

10.1 Les facteurs individuels :

- La variable sexe : les hommes endeuillés s'isoleraient socialement davantage, auraient des consommations plus importantes de tabac et d'alcool alors que les femmes seraient plus à risque de déprimer. Les veuves supporteraient davantage le décès de leur conjoint, que les veufs celui de leur épouse.
- L'âge de l'endeuillé : avec aux deux extrémités de la vie (enfant et vieillesse) une incidence majeure du deuil sur la santé physique et psychique.
- La personnalité des endeuillés : certains types de personnalité seraient plus prédisposés au deuil pathologique. La vulnérabilité psychique face au deuil pourrait s'expliquer chez des personnes sans troubles mentaux préexistants mais fragilisées sur le plan physique ou psychologique.
- Les blessures et handicaps irréversibles subis par les endeuillés au moment du décès de leur proche ou de leurs objets perdus (suite par exemple à un accident). Rappelant constamment l'événement mortel elles majoraient la détresse du deuil.

- La qualité des liens avec l'endeuillé : selon les cas, les liens de l'endeuillé avec la perte étaient positifs et très investis ; dans l'autre situation difficiles, ils pouvaient être faits de rivalités de défiance. (Romano ,2015, p.11).

10.2 Les facteurs sociaux culturels :

Plusieurs facteurs sont reconnus comme limitant la majoration de la souffrance du deuil :

- Un environnement social familial et social soutenant, comme l'appartenance a une communauté étayant, évite l'isolement contrairement aux situations ou l'endeuillé est isolé et sans relation familiale, sociale ou même professionnelle ; comme par exemple certains célibataires sans enfant.
- La présence d'enfants dans la famille (dans le cas de mort d'un enfant) est considérée comme un facteur fréquent de protection d'un effondrement conduisant a un deuil compliqué.
- Une activité professionnelle valorisante permettrait aux endeuillés d'éviter de sombres dans une rumination de leur détresse.
- La religion participerait a donner un sens a la mort et rituels religieux seraient d'un secours important pour certains endeuillés. L'appartenance a une religion mobilise également souvent la communauté qui assure alors un soutien auprès des endeuillés. (Romano, 2015,p.12).

10.3 Les facteurs exogènes :

Certaines circonstances liées au contexte du décès et a l'état du corps sont déterminantes dans l'évolution du deuil :

- Soudaineté et violence de la perte (telles que perçues par l'endeuillé) : majorent les risques de deuil compliqué.
- Mort d'un enfant. Démontrent que les parents endeuillés d'un enfant, un risque de mortalité significativement plus élevé.
- Mort intentionnelle (crime, attentat, suicide) : elle conduit, a des ajustements plus difficiles pour l'endeuillé avec des risques plus importants de symptômes pathologiques en particulier de troubles post-traumatiques.

- Mort par suicide : elle a des incidences variables selon les sociétés et les cultures, certaines considérant l'acte suicidaire comme une transgression majeure, signe de pathologie psychiatrique ; d'autres l'intégrant comme rituel adapté à leurs référentiels (exemple des veuves issues des hautes castes en Inde qui partagent la mort de leur époux en laissant mourir sur le bruche funéraire).
- Corps très endommagé : cela empêche les endeuillés de rendre un dernier hommage au défunt en le regardant une dernière fois. Quand le « corps n'est pas visible » les endeuillés doivent accepter d'effectuer les funérailles sans avoir pu « avoir » et être assurés qu'il s'agit bien de leur proche. Ils sont certains de faire confiance à ceux chargés du corps et qui sont des personnes qu'ils ne connaissent pas ; démarche particulièrement délicate à un moment où la perte de repères et de confiance à l'égard du monde extérieur certains de faire confiance à ceux chargés du corps et qui sont des personnes qu'ils ne connaissent pas ; démarche particulièrement délicate à un moment où la perte de repères et de confiance à l'égard du monde extérieur et majeur.
- Corps non retrouvé ou disparu, les familles peuvent être dans une incertitude sur le devenir de leur proche (cas de disparitions) et espérer pendant des mois, voir des années qu'il réapparaisse bien vivant. Dans d'autres circonstances (incendie, accident d'avion, avalanche, aveu d'un crime...) la certitude qu'il est mort peut être présente, mais l'absence matérielle du corps rend souvent le deuil difficile, ne serait-ce qu'au niveau du rituel. Les funérailles sont en quelque sorte « suspendues » à l'espoir de retrouver un jour le corps.
- Impossibilité d'être présent aux funérailles, par exemple lorsque le décès a lieu dans un pays lointain ou lorsque l'endeuillé n'est pas informé de la mort de son proche (cas fréquent des jeunes enfants ou des adultes âgés tenus à l'écart de cette information par les proches pour les « préserver ». (Romano, 2015, p.10).

- **Synthèse :**

Les personnes endeuillées présentent souvent des risques accrus de dépression, d'anxiété, et d'autres troubles psychiatriques, souffrent de plaintes somatiques et d'infections et d'une variété d'autres maladies physiques. Elles consultent plus

leur médecin, consomment plus de médicament et sont hospitalisées plus souvent et ont plus de jours d'incapacité de travail...

L'amputation d'un membre pour une personne est un phénomène traumatisant et bouleversant qu'il faut savoir accompagner. Cette situation peut aisément être comparé a une situation et un processus de deuil. La personne amputée peut être traversé par une multitude d'émotions, et de différentes réactions. Cette épreuve peut être assimilée à un processus de deuil avec ses différentes étapes. Après l'annonce de l'amputation la personne peut ressentir de la colère, de la révolte ou bien de la tristesse.

L'image de soi est généralement impactée, puisque la projection mentale de la personne n'est plus la même. L'image corporelle est modifiée et l'acceptation de cette nouvelle image peut être difficile...c'est alors que le processus de deuil prend alors tout son sens et qu'il doit être accompagnée dans ces différentes étapes.

Tour à tour il s'agit d'effectuer un travail d'accompagnement en identifiant les étapes de travail de deuil qui sont généralement marqué autour de l'étonnement et le déni, la rage et la colère, le découragement et la dépression...en fin l'oublie et l'acceptation. L'accompagnement psychologique va consister à identifier un déroulement de ce travail afin d'aider l'endeuillées a oublie son objet perdu et accepter sa situation.

Chapitre IV

Problématique et hypothèse

- **Problématique :**

La santé a toujours été le souci majeur de l'homme depuis son existence, et pour remédier à ce souci, il a toujours cherché un remède pour préserver son bien être en puisant dans son environnement floral et spirituel. Et malgré les progrès qu'a fait la médecine jusqu'à nos jours, certains obstacles demeurent dévastateurs non seulement pour l'organisme mais aussi pour le psychisme de la personne.

Cependant, ces obstacles peuvent parfois évoluer pendant des années d'une manière lente et discrète pour provoquer ce que nous appelons maladies chroniques, ces maladies qui touchent les deux sexes et qui peuvent se déclencher à tout âge en provoquant de multiples complications.

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

Pour mieux l'expliquer, cette maladie qui est considérée comme maladie du siècle selon les articles internationaux, est la conséquence d'un excès de sucre dans le sang appelé hyperglycémie ou le taux étant à jeun est supérieur à 1.26g/l lors de deux dosages successifs. L'insuline, l'hormone responsable de la régulation de taux de ce sucre autour de 1g/l, est soit inefficace soit d'une quantité insuffisante, ce qui fait que la glycémie augmente de façon excessive et en l'absence de traitement elle devient trop élevée, c'est l'hyperglycémie chronique qui définit le diabète.

À l'instar de tous les pays, le nombre d'algériens atteints par cette maladie non transmissible invalidante, s'est considérablement accru ces dernières années. Une enquête nationale, nommée Transition and Health Impact in North Africa (TAHINA) a été menée dans le cadre global d'un projet de recherche sur la transition épidémiologique et son impact sur la santé en Afrique du nord. Elle a été réalisée en 2005 par l'Institut national de santé publique d'Alger (INSP) en collaboration avec l'Union européenne dans 16 wilayas. Selon cette étude, le diabète est le deuxième état morbide le plus fréquent (18,78 %) après l'hypertension artérielle (16,23). Il touche 12,21% d'Algériens dont une prédominance féminine de 12,54 %. Le diabète est plus fréquent en milieu

urbain, il est de l'ordre de 10,15 % contre 6,40 % en milieu rural. (Salemi, 2010).

A travers ces chiffres, nous allons vite comprendre l'ampleur de cette maladie qui envahie notre pays dont les efforts doivent être d'une vitesse maximale pour attirer l'attention du peuple et le sensibiliser sur tout ce que cette maladie porte comme danger. Et ce qui nous a motivé à aborder ce sujet est le fait qu'elle touche plusieurs personnes de nos proches et que ses complications ne cessent de se propager chose que nous avons vite constaté en se rendant aux hôpitaux, donc nous avons choisi de traiter son deuxième type dans notre thématique de recherche ou nous lui avons attribué le processus de deuil pour comprendre l'état des amputés après avoir eu des complications au niveaux du pied.

Le diabète de type 2 qui est donc l'intitulé de notre thématique de recherche, est défini comme la maladie non auto-immune qui se caractérise par une insulino-résistance au niveau des tissus périphériques et une anomalie des cellules bêta pancréatiques ne pouvant plus contrer au bout d'un moment cette insulino-résistance. Cependant, la sécrétion d'insuline étant insuffisante du fait du dysfonctionnement des cellules bêta pancréatiques, l'insuline ne va pas réussir à agir complètement et va entraîner une augmentation des glycémies au-delà de la valeur seuil. (Pauline,2016)

En effet, des études en médecine ont approuvées que ce type qui apparait à l'âge adulte reste le plus fréquent par rapport aux autres types de diabète par ces multiples complications qui peuvent toucher le cœur, les vaisseaux sanguins, les reins et les nerfs et provoquer par la suite les problèmes du pied diabétique.

Par ailleurs, le pied diabétique, qui fait parti des multiples complication du diabète de type 2 se caractérise par une ulcération ou une destruction des tissus profonds du pied, associée à une neuropathie et/ou une artériopathie périphérique des membres inférieurs. Il s'infecte à l'occasion d'une invasion tissulaire avec multiplication de microorganismes, qu'il y ait ou pas une réponse inflammatoire. (Dalibon,2018)

En outre, les complications de ce pied diabétique et en manque de prise en charge précoce, nécessite parfois une intervention chirurgicale appelée amputation qui sera le derniers recours prescrit par les médecins qu'ils ont définit par : une ablation d'un membre ou d'un segment de membre, par section de ses parties osseuses dans le but de préserver la vie du malade.

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

L'amputation qui fait perdre le pied ou une partie du membre inférieur du malade provoque alors une modification sur le corps de ce dernier, le schéma corporel et l'image du corps sont donc altérés, chacun de façon différente. La perte du membre modifie le schéma corporel que le patient s'était construit pendant l'enfance. Vivre avec le manque d'un orteil, d'un pied, ou encore d'une jambe n'étant pas inscrit dans les mœurs, le patient peut alors être amené à négliger cette partie blessée puisqu'elle est vécue comme néfaste. Seulement, cette modification du schéma corporel peut être atténuée par l'utilisation de prothèses bien adaptées permettant un retour proche de la normalité visuellement, c'est-à-dire que le sujet pourra se déplacer verticalement et s'intégrer plus naturellement dans la vie sociale, sans occulter les autres difficultés liées à son handicap, assurément. Concernant l'image corporelle, le sujet dépossédé d'une partie de son corps ne se reconnaît plus et se perçoit d'une façon négative, pour une période indéterminée. Un jugement défavorable envers lui-même peut alors le mener à une dévalorisation de son identité. Puisque le patient est privé d'une image satisfaisante, il ne porte plus d'intérêt positif sur son corps, ne veut plus s'admirer et donc s'aimer. L'idéal corporel, qu'il s'était fixé au fil du temps, est alors atteint (Pauline,2016)

En effet, après l'amputation d'un membre, la perception de ce dernier persiste avec des propriétés sensibles dégradées : contours flous, forme incomplète, taille raccourcie, etc. Le sujet peut alors ressentir des sensations anormales au niveau du membre amputé comme une crampe, une brûlure, un serrement, parfois des sensations électriques.

Ce phénomène intrigant tient à la persistance du schéma corporel qui correspond à l'intégralité du corps avant l'amputation. Ce syndrome du membre fantôme, appelé aussi l'algothallucinoïse, correspond à l'interprétation erronée par le cerveau de sensations nerveuses venant du moignon comme si elles provenaient du membre amputé. (Pauline2016)

De même, la majorité des recherches mettent en lumière les divers symptômes présentés par des sujets ayant été amputés. Selon ces recherches, les signes cliniques les plus fréquemment observés sont les suivants : tristesse, dépression, anxiété, pleurs fréquents, insomnie, état de stress post-traumatique et deuil. (Rybarczyk et al, 2004).

Selon Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre et psychologue en soins palliatifs : « le deuil est causé par la séparation brutale ou la mort d'un être cher. ». Mais faire son deuil peut aussi s'appliquer face à d'autres situations telles que le divorce, la perte physiologique ou physique. D'ailleurs comprendre le deuil face à cette perte physique qui est l'amputation du membre inférieur due à des complications diabétiques touchant le pied est le sujet de notre recherche, vue l'immense douleur physique et psychique engendrée chez le malade.

De ce fait, plusieurs courants en psychologie ont donné leurs théories pour expliquer le deuil, ou chaque courant théorique a apporté sa pierre à la construction du savoir et des connaissances complexes des deuils. Afin de rendre plus intelligible les articulations des processus à l'œuvre lors de ce moment de vie singulier,

D'une part, l'approche psychiatrique, Dans la CIM- 10, dit que le deuil est répertorié dans les « troubles de l'adaptation » et, dans le DSM- IV, noté en « comportement antisocial de l'adulte ». Le deuil et ses composantes sont alors perçus comme des déviations par rapport à une « normalité » psychologique. La psychiatrie clinique s'appuie en grande partie, en ce qui concerne le deuil, sur divers modèles psychopathologiques tels que l'épisode dépressif majeur, le trouble de l'anxiété, le syndrome de stress post- traumatique et le deuil psychiatrique. Cependant, elle se heurte à la difficulté de dégager la symptomatologie propre du deuil.(K'Delant,2010)

Donc, devons nous forcément parler de symptômes pour le deuil, alors qu'il est une réaction« normale » consécutive à la perte d'un être cher, ou d'un membre dans notre cas ?

C'est pour cela que d'autre part, la psychanalyse le définit autrement ; D'après S.Freud : Le deuil est, d'ordinaire, la réaction à la perte d'un être aimé

ou bien d'une abstraction qui lui est substituée la patrie, où il lui donne les caractéristiques suivantes : Une humeur profondément douloureuse ; Un désintérêt pour le monde extérieur ; La perte de la faculté d'amour ; L'inhibition de toute activité et une auto-dépréciation qui s'exprime par des reproches et des injures envers soi-même et qui va jusqu'à l'attente délirante du châtement.

Freud dans DEUIL ET MELANCOLIE continue à nous expliquer que la douleur apparaît elle-même comme une des expressions de la blessure narcissique que la perte des objets aimés nous inflige : « Dans notre lien narcissique à l'objet, nous avons très peur de l' « éphémère » ; cette fascination pourrait nous engloutir. Alors la douleur est aussi un signal qui nous réveille à la vie » (Hanus, 2005)

Soulignons qu'après la revue de littérature et notre apport théorique, nous sommes maintenant convaincues par l'explication donnée par la psychanalyse au deuil et l'importance qu'elle a attribuée à ses phases et ses étapes, que cette dernière restera la plus adéquate pour pouvoir nous aider à mener notre recherche qui porte l'objectif d'étudier et de comprendre tout ce processus.

Au final, et à travers nos lectures et nos données théoriques qui nous ont enrichi les connaissances concernant nos variables indépendantes « diabète de type 2, pied diabétique et amputation » nous allons mener notre enquête au près des diabétiques amputés aux différents niveaux de leurs membres inférieurs où nous allons étudier l'état de ces malades et si ces derniers arrivent à déclencher un travail de deuil, qui est notre variable dépendante, pour leur perte objectale (pied/jambe) considéré comme outils de déplacement et d'équilibre pour l'acceptation de la nouvelle situation, ensuite nous allons décortiquer les différentes étapes de ce travail de deuil pour pouvoir conclure ses types en se basant sur les divers facteurs favorisant ce processus chez l'endeuillé.

Pour cela, et pour mieux cerner notre problème de recherche nous allons poser les questions suivantes :

-Question générale :

.Comment se fait le travail de deuil chez le diabétique amputé ?

-Questions partielles :

. Est ce que le diabétique amputé fait son deuil face à son membre perdu ?

. Qu'est ce qui favorise le travail de deuil chez le diabétique amputé ?

- **Hypothèses :**

A partir des revues de la littérature et de notre pré-enquête qui nous a permis d'avoir plus amples de renseignements sur les caractéristiques de notre groupe de recherche ainsi d'apporter des modifications et des correctifs qu'il faut à nos outils de recherche et de pouvoir les tester et de maîtriser leurs applications, nous avons émis des réponses à nos questions posées sous forme d'hypothèses suivantes :

-Hypothèse générale :

L'acceptation de la perte d'un membre inférieur chez le diabétique amputé nécessite un travail de deuil pénible pour ce dernier et cela en allant de la face de choc pour passer à plusieurs étapes afin d'accepter cette perte d'objet et faire face à sa blessure narcissique et à l'altération de son image de corps. Et cela ne peut se réaliser qu'à l'aide des capacités de émotionnelles du malade, ses mécanismes de défense et la contribution de son entourage familiale

-Hypothèses partielles :

- . Pour faire son deuil, le diabétique amputé se retrouve face à plusieurs étapes.
- . Le diabétique amputé enclenche un deuil par la mobilisation de plusieurs facteurs dont les capacités émotionnelles et l'entourage qui joue un rôle primordial dans l'acceptation de la perte en faisant sa par-excitation.

- **Opérationnalisation des concepts :**

- **Diabète type 2 :**

Selon le dictionnaire médicale, le diabète de type 2 appelé également diabète gras ou de la maturité ou non insulino-dépendant est une maladie métabolique caractérisée par un excès chronique de sucre dans le sang (hyperglycémie).

Chez un individu sain, le taux de sucre dans le sang est régulé par la sécrétion d'une hormone appelée Insuline par le pancréas. Or que, chez une personne atteinte du diabète de type 2, l'organisme devient incapable de réguler le taux de ce glucose dans le sang, le pancréas secrète donc de l'insuline mais pas d'une quantité suffisante.

D'après les médecins et selon le témoignage des malades, nous pouvons extraire les points suivants : un pancréas qui ne produit pas assez d'insuline, par ailleurs une glycémie élevée à jeun ; Une augmentation du volume et de la

fréquence des urines ;Parfois même une bouche sèche suivie par une soif et faim exagérée

- **Pied diabétique :**

Le pied est la partie la plus distale du membre inférieur s'articule avec la jambe, il comprend 26 os ,29 articulations ,42 muscles et une multitude de ligaments et de tendons, les programmes mécaniques du pied sont multiples avec les situations qui se rencontrent lors de la marche aussi bien en terrain plat qu'en terrain irrégulier .les deux fonctions principales sont la stabilité et la mobilité

Le Consensus international sur le pied diabétique IWGDF : International Working Group on Diabetic Foot, de 2007 donne la définition suivante du pied diabétique : Infection, ulcération ou destruction des tissus profonds du pied associée à une neuropathie et/ou une artériopathie périphérique des membres inférieurs chez le diabétique

Selon notre lecture et à l'aide de notre enquête au près des diabétique ayant des atteintes aux plusieurs niveaux du membre inférieur, un pied diabétique peut être sous forme d'une :

Atteinte au niveau des nerfs, d'une perte de sensibilité, d'une sécheresse des pieds et fissures, d'une déformation osseuse du pied, d'une ischémie, ou d'une plaie infectée

- **Amputation :**

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

Elle consiste à enlever une extrémité du corps, notamment par une intervention chirurgicale majeure et mutilante pouvant se pratiquer partout dans le monde, du fait que ses causes ne se limitent pas à un niveau quelconque.

Dans notre thématique on s'intéresse aux complications du pied diabétique dont l'amputation se fait aux plusieurs niveaux du membre inférieur du malade.

Et à travers nos recherches, nous pouvons lui attribuer les concepts suivant : une ablation d'un membre ; une ablation d'une structure du corps ; des douleurs physiques et une modification d'une partie du corps

- Deuil chez le diabétique amputé :

S.Freud définit le deuil comme une réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal...

A travers notre enquête, nous avons pu donner une explication concrète de ce travail de deuil et à l'aide de notre entretien et notre observation que nous avons élaborée sous forme d'une grille, nous pouvons citer les étapes suivantes exprimant le deuil chez le diabétique amputé : Le choc : ou le malade reste figé les yeux bien ouvert en ne prononçant aucun mot.

La colère : qu'il exprime par des paroles à haute voix ayant tout le corps en agitation suivit par des pleurs et des cris.

Sensation de la présence du membre amputé par une chaleur, douleurs, picotement.

Le repli sur soi : qu'il refuse toute communication et interaction avec les autres.

Perte d'appétit et somnolence.

Partie pratique

Chapitre V

**METHODOLOGIE DE LA
RECHERCHE**

- **Préambule :**

La recherche en psychologie comme dans les autres secteurs de l'investigation scientifique, implique la mise en œuvre d'une méthode, c'est-à-dire d'un ensemble de principes et de règles de planification de démonstration inductive et de l'administration de la preuve.

Dans notre recherche et au cours de ce chapitre on va citer la méthode et la manière dont on a réalisé notre thème d'étude qui est « le deuil chez les amputer diabétique » notre choix de thème suit au fait de l'influence entre le soma et la psyché.

D'autre coté pour mener notre recherche sur le deuil des amputer nous avons opté pour entretien semi directif et une grille d'observation, ces deux outils de recherche nous permettent de recueillir toutes les informations sur « le deuil qui fasse les amputer qui ont un pied diabétique » et de comprendre l'état suite à leurs situations.

1. Méthode de la recherche :

La psychologie clinique désigne à la fois un domaine et une méthode. Son domaine a d'abord été celui de la psychopathologie (tentative d'interprétation psychologique de la pathologie mentale et/ou interprétation de la pathologie d'origine psychologique), puis s'est étendu à toutes les formes de conflits individuels, de souffrance et de dysfonctionnement, tant chez les adultes que chez les enfants. La méthode « clinique » - qui s'oppose à la méthode expérimentale est « naturaliste », se référant à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus, à l'aspect concret des situations, à leur dynamique, à leur genèse et à leur sens, l'observateur faisant partie de l'observation. La méthode clinique va ainsi produire une situation, avec une faible contrainte, pour faciliter en recueillir les productions d'une personne. Cette méthode suppose ainsi la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi sa liberté d'organiser les situations proposées comme il le souhaite. Elle s'appuie sur des techniques utilisées dans le domaine de la pratique (entretien, observation, tests,...) qui ont pour but d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique d'évaluation et de thérapie) ou de problèmes plus généraux et d'en proposer une interprétation ou une explication (théories psychologiques). (Fernandez, Pardinielli, 2006,p.46)

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

De ce fait, dans notre travail de recherche nous avons adopté :

La méthode clinique que nous avons trouvée la plus adéquate pour notre thématique de recherche intitulée « travail de deuil chez les diabétiques amputé » et qui va nous permettre de répondre à nos questions et de confirmer ou infirmer nos hypothèses. Cette méthode va nous aider à comprendre le sentiment de la perte que vivent les diabétiques amputés, en les observant et les décrivant dans leurs singularités pour les comprendre, les analyser et les mettre en valeurs.

Selon Pedinielli, la méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit de contrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. (Paillé, 2006).

D'ailleurs durant notre stage pratique, en utilisant cette méthode nous avons pu recueillir toutes les informations en laissant aux les sujets de notre groupe de recherche le champ de s'exprimer à leurs façons, en nous appuyant sur la compréhension de la réaction de chacun face à la douleur organique et psychique que provoque cette amputation qui les oblige à se détacher de leurs membre inférieur, en prenant en considération que chaque cas est un cas unique qui se distingue de l'autre par les traits de sa personnalité et de son fonctionnement psychique tout comme l'explique la méthode clinique.

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

Et à fin de mieux réaliser notre recherche nous avons opté pour cette démarche « qualitative » ou nous avons mis l'accent sur les expressions verbales et non verbales des sujets de notre groupe de recherche, ou cette démarche nous a aidé à les décrire, les comprendre et les analyser pour pouvoir étudier leur travail de deuil après leurs amputations.

Ensuite, et dans le but de mieux décrire les conduites des sujets, et étant dans la méthode clinique nous nous sommes appuyées sur :

L'étude de cas : pour pouvoir observer et étudier d'une manière approfondie nos sujets du groupe de recherche.

L'étude de cas consiste donc à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe. En d'autres mots, il s'agit, par son moyen, de saisir comment un contexte donne acte à l'événement que l'on veut aborder (Manuella, 2020, p.37). Par ailleurs, et grâce à cette l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenu actuelles et passées (histoire de sujets, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense, etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre des données issues des entretiens avec le sujet, mais également d'autres sources, bilan d'examens psychologiques, témoignes des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet, d'un contexte de vie, où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, évènements présents et passés. Aussi, de l'ensemble de ces

données le clinicien ou bien le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Albarelo, 2011).

De plus, les données concernant un sujet que l'étude de cas permet de recueillir doivent être riches, diversifiées, subjectives et étendues. Il en résulte la production d'une représentation ordonnée, explicative, qui rend compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité. (Fernandez, Pedinielli, 2006).

Selon Pedinielli (2006), l'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle du travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la deuxième étape et l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à des principes fondamentaux.

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que la méthode clinique et celle qui s'appuie sur la singularité de la personne et prend chaque cas comme un cas différent aux autres de côté de ses pensées, sa personnalité, sa réaction face aux multiples situations et son histoire dont la manière où le sujet les aborde et les montre est très importante pour pouvoir les comprendre. C'est pourquoi, dans notre recherche nous avons inclus quatre cas différents pour pouvoir comprendre le travail de deuil chez les diabétiques amputés.

2. Lieu et durée de la recherche :

Notre recherche nous l'avons effectuée au sein du service de chirurgie pour homme et femme de l'EPH de Sidi Aich de Bejaia que nous allons présenter par suite :

L'établissement Public Hospitalier de Sidi Aich RACHID BEL HOCINE est un établissement public de santé instruit en 1986 qui couvre trois daïeras : Sidi Aich, Chemini, Timezrit et neuf communes, avec un bassin de population de 106850 habitants. Et pour une meilleure couverture sanitaire, l'EPH se compose des services et unités suivantes: Pédiatrie, Maternité (Gynéco-Obstétrique), Médecine Interne, Chirurgie Générale, Orthopédie, Ophtalmologie, Laboratoire, Epidémiologie, Médecine du travail, Néphrologie,

ORL, Pharmacie, UMC. Et vue la crise mondiale sanitaire, ils ont ajouté un service d'isolement pour prendre en charge les cas de COVID-19

Les différentes missions de l'EPH de SIDI AICH sont :

- La prévention et soins de base.
- Le diagnostic.
- Les soins de proximité.
- Les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base.
- Les activités liées à la sante reproductive et à la planification familiale.
- La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.

Il est chargé également de :

- Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.
- De contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des sciences de santé.
- EPSP servie de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalier sur la base des subventions signes avec les établissements de formation.

Nous avons eu un stage pratique de 5 semaine, et nous nous sommes rendues jusqu'à 4 fois par semaines au sein de l'hôpital de 9.00h du matin jusqu'à 14.30.

3. Groupe de recherche :

Lors de notre recherche nous avons sélectionné 4 cas tous caractérisés par les critères de sélections que nous avons choisi bien choisis au préalable.

3.1 Critères d'inclusion :

Les critères dont nous nous sommes basées pour la sélection des cas de notre groupe de recherche sont :

- L'âge : Les sujets sont tous des personnes âgées qui dépassent les 60 ans.
- L'atteinte par le diabète de type2 : Les sujets sont tous diabétiques du type 2.
- La survenue du pied diabétique : Les sujets sont tous touchés par le pied diabétique.

- La survenue de l'amputation : Les sujets sont tous des amputés
- Le rencontre : Les sujets nous les avons tous interrogé avant et après leurs amputation avant et après l'amputation
- Le début de la maladie
- Le niveau de l'amputation

Nous avons pris en considérations les informations personnelles, les antécédents de la maladie du diabète et tout ce qui suit l'amputation, des douleurs et sensations physiques et psychiques en arrivant à faire le lien avec le deuil.

3.2 Les Critères d'exclusion :

- Le sexe des malades
- La situation matrimoniale
- Le début de la maladie
- Le niveau de l'amputation
- Les enfants
- Le diabète de type 1

Dans ce qui suit nous allons présenter les caractéristiques de noire groupe de recherche sous forme d'un tableau qui contient tous les critères :

Tableau n°1 : Caractéristiques du groupe de recherche.

<u>Prénom</u>	<u>Age</u>	<u>Situation matrimoniale</u>	<u>Début de la maladie</u>	<u>Début du pied diabétique</u>	<u>Type d'affection</u>	<u>Niveau d'amputation</u>
<i>Mohamed</i>	<i>80 Ans</i>	<i>Marié</i>	<i>10 Ans</i>	<i>7 mois</i>	<i>Ischémique</i>	<i>Transtibiale (En dessous du genou)</i>
<i>Bachir</i>	<i>72 Ans</i>	<i>Marié</i>	<i>7 Ans</i>	<i>6 mois</i>	<i>Neuropathique</i>	<i>Transtibiale (En dessous du genou)</i>
<i>Zoubida</i>	<i>68 Ans</i>	<i>Veuve</i>	<i>15 Ans</i>	<i>2 mois</i>	<i>Neuro-ischémique</i>	<i>Trans-métatarsien (La moitié du pied)</i>
<i>Akli</i>	<i>73 ans</i>	<i>Veuf</i>	<i>9 ans</i>	<i>6 mois</i>	<i>Ischémique</i>	<i>Transtibiale (En dessous du genou)</i>

Dans ce tableau nous représentons les caractéristiques de notre groupe de recherche ou nous avons trois cas de sexe masculin et un cas de sexe féminin dont la tranche d'âge est entre 68 et 80 ans et chez qui le diabète est présent depuis plus de 5 ans.

Nous observons que nous avons trois types d'affection différente dont une ischémie chez Mohend âgé de 80 ans et Akli âgé de 73, une neuropathie chez Bachir âgé de 72 et une neuro-ischémie chez Zoubida âgé de 68 ans.

Nous constatons aussi que la vie du pied diabétique est très courte qu'elle fait appel à une amputation même après 2 mois, le cas que nous retrouvons chez madame Zoubida. Voilà pour quoi que le niveau d'amputation vari selon le niveau de l'atteinte qui se propage d'une grande vitesse.

Nous tenons à mentionner que par manque de temps, nous n'avons pas pu mener notre enquête avec les autres malades chez qui la douleur physique était

toujours présente et intense, pour cela nous avons préféré garder que quatre cas pour représenter notre groupe de recherche.

4. Outils de recherche :

4.1 Entretien :

Le petit robert, définit ainsi le terme entretien : « action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes ». On peut échanger des paroles dans bien des circonstances et de bien des manières. Le terme vient de la médecine, et que, la clinique, c'est ce qu'on fait au lit du malade (le lit en grec se dit « kliné »).(Borst, 2018, P30)

En psychologie clinique particulièrement, mais aussi dans d'autres sous-disciplines de la psychologie, l'entretien constitue l'une des méthodes permettant d'avoir accès à des informations, relatives notamment à la biographie, aux événements de la vie, aux croyances, aux représentations et aux émotions, aux souffrances, à l'histoire, aux rêves et aux fantasmes

On en trouve trois types :

4.1.1 Entretien directif :

Dans l'entretien directif, l'ordre et la formulation des questions sont définis avant l'entretien. Cette méthode est typiquement utilisée dans les enquêtes présentées précédemment. Elle est de nature à mettre en confiance l'individu, ce qui permet au chercheur d'aborder des thèmes plus intimes, qu'il aurait été difficile d'aborder sans ce lien de confiance. La présence du chercheur permet également de reformuler les questions que les individus peuvent avoir du mal à comprendre. En recherche clinique psychanalytique, ce type d'entretien est souvent considéré comme peu informatif, car il limite la possibilité pour l'individu de développer sa propre problématique, son propre récit. (Borst, 2018, P31).

4.1.2 Entretien non directif :

Dans l'entretien non directif, le chercheur ne définit ni les questions ni l'ordre dans lequel elles sont posées. Il définit une problématique, une consigne et laisse l'individu développer son récit. Il n'est donc pas rare que pour accompagner le récit en respectant les silences et en adoptant de manière générale une attitude bienveillante et empathique. Bien que non directif, le chercheur prépare au préalable un guide d'entretien qui comprend non

seulement la consigne, mais également l'ensemble des axes thématiques qu'il souhaite aborder au cours de l'entretien. (Borst, 2018, P32).

4.1.3 Entretien semi-directif :

Dans l'entretien semi-directif, le chercheur dispose d'un guide dans lequel certaines questions sont préparées mais, contrairement à l'entretien directif, il est libre de décider de l'ordre de ces questions. Il les pose au moment qu'il juge le plus opportun. En recherche clinique, ce type d'entretien permet à l'individu d'associer librement ses pensées sur chacune des questions, lesquelles servent de cadre et de trame à son récit. (Borst, 2018, P31).

Dans notre recherche nous avons choisi ce troisième type d'entretien par conviction de notre part que c'est le meilleur qui pourra nous accueillir les bonnes informations de la part des diabétiques amputés.

Nous avons élaboré un guide d'entretien en s'appuyant sur des paramètres de base qui ont mieux enrichi notre travail de recherche et que nous avons réparti en 5 axes différents dont chacun représente des questions concernant une partie précise de ce que nous recherchons recueillir comme donnée. Ces axes nous les avons présentés après avoir commencé par 5 questions personnelles contenant : L'âge, classement dans la famille, situation matrimoniale, le niveau d'instruction et l'activité professionnelle.

Les axes sont présentés comme suit :

Axe n°1 : Informations sur l'état de santé organique :

Dans ce premier axe nous avons abordé l'état de santé de la personne en lui posant des questions sur la survenue de la maladie du diabète et ses antécédents en s'appuyant sur le pied diabétique, de comment il s'est provoqué et de la manière dont le malade vivait ses douleurs.

Exemple : Vous êtes diabétique depuis combien de temps ?

Axe n°2 : Informations sur l'amputation :

En enchainant avec le 2eme axe, nous avons pu poser des questions concernant l'étape de l'amputation, son annonce, la nature de l'affection, son niveau et la réaction face à cette intervention.

Exemple : A quel niveau se situe votre amputation ?

Axe n°3 : Informations sur le membre fantôme et ses douleurs :

Ensuite, Après l'amputation nous avons appris dans notre documentation que les membres fantômes surviennent chez les amputés donc nous avons choisi d'en consacrer un axe ou nous avons posé des questions sur : le déroulement du premier pansement qui est considéré comme un rappel total de l'intervention, des sensations ressenties sur la partie amputée, la nature de ces sensations, et de la manière qu'il procède pour calmer les sensations et douleurs ressenties.

Exemple : Avez-vous des sensations sur la partie amputée ?

Axe n°4 : Informations sur l'état de santé mental :

Le 3eme axe nous l'avons consacré pour avoir des informations concernant les réactions, les émotions, de l'image dont l'amputé se perçoit après l'amputation, de la qualité de son sommeil et de la réaction de la famille face à sa situation.

Exemple : Avez-vous vécu une telle situation émotionnelle auparavant ?

Axe n°5 : Informations sur le processus de deuil :

Et pour finir, nous avons posé des questions sur le travail de deuil, de la position face à l'amputation, de la présence ou non des sentiments de colère, de culpabilité et de peur, du partage ou de l'isolement et clôturer par les projets d'avenir.

Nous avons choisi de poser des questions simples dont les malades n'auront pas la difficulté d'y répondre, et à travers, nous avons pu avoir beaucoup plus d'informations sur la situation des diabétiques amputés.

Exemple : Vous sentez vous coupable ?

4.2 Grille d'observation :**4.2.1 Observation :**

L'observation est une technique fréquemment utilisée pour mener une étude qualitative. Elle permet de recueillir des données verbales et surtout non verbales. Cette technique propose à l'enquêteur de se focaliser sur le comportement d'une personne, plutôt que sur ses déclarations. La technique de

l'observation permet d'expliquer un phénomène à travers la description de comportements, de situations et de faits. Pour y parvenir scientifiquement, la description de l'observation doit être fidèle à la situation réelle et il est important de faire des rapports systématiques. (Gaspard,2019).

4.2.2 Grille d'observation :

La grille d'observation énumère un ensemble de concepts, d'habiletés ou d'attitudes dont vous noterez la présence ou l'absence. Elle est destinée à servir de façon continue pour pouvoir aboutir à dresser un profil de l'élève et, finalement, à l'évaluer.(Goulet, 2021,p.40)

Dans notre grille d'observation nous avons abordé toutes les différentes observations verbales et infra verbales : gestes, mimiques, grimaces, échanges, communication, interactions avec les médecins et visiteurs, expressions de la douleur, réactions face à l'annonce, face à l'amputation et face au travail de deuil et même les attitudes pendant la présence d'autres personnes.

Et en se référant à la grille d'observation élaborée par Claud GOULET¹ et celle de madame Messaour², nous avons réussi à construire notre grille d'observation que nous avons répartie comme suite :

. Avant l'amputation, nous avons parlé de toutes les différentes réactions face à l'annonce de cette dernière, et en se référants l'assis théorique nous avons pu les regrouper dans : Choc, peur, angoisse.

.Ensuite nous avons répartie les observations de la phase qui suit l'amputation ou nous avons construis 4 aspects

L'aspect somatique en citant : l'appétit, la fatigue, sommeil, somnolence et la perte de poids

L'aspect psychique en citant : Agitation, désespoir, anxiété, sentiment de vide, intérêt paralysé, hyper sensibilité, humeur dépressif, relation avec l'objet perdu et la réaction face à la mort.

Le côté relationnel en citant : l'isolement, l'évitement, la communication avec la famille, partage de la douleur, échange avec la famille et l'accueil de visiteurs.

¹ Maitre de conférences, professeur en éducation physique à l'université de Montréal

² Maitre assistante en psychologie clinique, grille d'observation élaborée lors de la présentation du CM(cours magistral) en matière thérapie systémique année universitaire 2018 /2019

L'enchaînement du travail de deuil en citant : la colère, la vérification de la jambe, gratter le moignon, la culpabilité, le repli sur soi, les rechutes et les projets d'avenir.

Par la suite nous avons complété le tableau par la présence ou l'absence de toutes ces observations chez chaque cas.

La grille d'observation que nous avons utilisée et complétée nous a permis d'enrichir nos informations concernant le travail de deuil chez les diabétiques amputés ou nous avons pu conclure plusieurs déductions que nous allons voir par la suite de notre présentation.

5. Analyse des outils de recherche :

5.1 Données de l'entretien clinique semi-directif :

Puisque notre thème contient trois variables différentes dont le diabète de type 2, l'amputation et le deuil, nous avons opté pour un entretien semi-directif que nous avons décortiqué en 5 axes différents suivant l'assis théorique et notre pré-enquête.

Le premier axe parle sur l'état de santé organique dont l'objectif d'avoir des informations précise sur la santé du patient avant son hospitalisation, cela nous a servis comme une initiation pour une bonne avance dans la quête des données.

Dans le 2eme axe, après avoir recueilli assez d'information sur l'état de santé antérieur, nous avons construit ce dernier pour décrire l'effet de l'annonce de l'amputation sur l'état de santé et la situation de l'amputé après son intervention.

En passant au 3eme axe, nous avons parlé du membre fantôme qui était un point essentiel dans notre recherche qui relie le corps et la psyché.

Ensuite, nous avons construit le 4eme axe où nous avons abordé des questions sur l'état psychologique de l'amputé pour pouvoir décrire les différentes émotions ressenties après cette perte.

Et vers le 5eme et dernier axe nous avons conclu par des questions sur le deuil pour pouvoir mettre l'accent sur l'apport de la bonne mentalisation chez le diabétique amputé.

5.2 Analyse de la grille d'observation :

Elle est composée de quatre variables de base. Avant l'amputation ou nous nous sommes basées sur l'annonce de cette dernière qui était une étape importante, ensuite l'après amputation ou nous nous sommes étalées sur le côté somatique, psychique et relationnel et l'enchaînement de travail de deuil, ces derniers qui sont le plus touchés par les constances de cette amputation ou chacun contient les observations initiales que expose le diabétique amputé juste vers l'annonce jusqu'après l'amputation pour construire au final 29 sous variables. La grille nous l'avons complété par les mentions présente /Absente pour pouvoir compléter l'entretien et présenter les cas sur plusieurs aspects qui mènent à mieux comprendre l'état psychologique du malade et pouvoir détecter le type de deuil qu'enchaîne l'amputé.

6. Déroulement de la recherche :

7.1 Pré-enquête :

Disons que procéder à une pré-enquête est la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique pour préparer son enquête, enrichir sa problématique et construire son guide d'entretien.

L'étape de la pré-enquête est une étape cruciale. A cette étape, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet. A quelle population s'adresse l'enquête? Quelles sont les caractéristiques de cette population. Il faut rechercher toutes les données pertinentes sur la population et sa composition, chercher les données d'enquête déjà réalisées auprès de cette population ou de populations similaires, que ce soit sur le même sujet ou sur un sujet relié. Il est aussi important de recueillir les questionnaires déjà utilisés sur le même sujet avec des populations similaires. Sur le plan théorique, une recherche documentaire sert à tracer un portrait du contexte dans lequel s'insérera l'étude, ce qui permet de mieux cibler le projet. (Durand,2009)

Elle est donc une investigation de type qualitatif (interviews semi-directifs, documentation, réflexion) destinée à élaborer les dimensions de l'enquête, les hypothèses, le libellé des questions et des tests.

Parlons de notre recherche, cette année un problème s'est produit au niveau du service des stages de notre département et qui a causé des réponses de refus dans pratiquement tous les établissements hospitaliers de la wilaya de Bejaia. Au tout début nous avons voulu travailler sur les femmes atteintes de la maladie du VITILIGO mais désormais les refus nous étaient réponses à chaque demande. Donc nous avons changé notre thématique de recherche pour en choisir celle de « Travail de deuil chez les amputés ». Ici le EPH de Sidi Aich accepte finalement notre demande après plus de 10 jours d'attente pour nous accorder un stage pratique qui dura cinq semaines seulement mais que nous voulions pas rater d'une part pour nous enrichir en ce qui concerne le deuil lorsque la perte est organique, et d'une autre part pour enrichir nos connaissances concernant tout ce qui suit une telle intervention chirurgicale.

Donc nous nous sommes rendues vers le responsable de l'établissement qui nous a expliqué les règlements au sein de l'hôpital dont le port de blouse et du masque est désormais obligatoire. Et après avoir parlé avec la psychologie clinicienne responsable du service des chirurgies, elle nous informe que les critères de notre groupe de recherche que nous avons sélectionnés sont disponibles. Ensuite nous nous sommes dirigées vers les malades pour avoir leurs consentement éclairé et choisir les heurs dont ces derniers sont disponibles pour ne pas déranger les soins des médecins. Et au final nous avons pris monsieur Karim de 75 ans pour le déroulement de notre pré-enquête.

Avant de commencer, nous étions déjà avec une méthode clinique, démarche qualitative et une étude de cas, et vue les cas disponible nous avons opté pour un entretien semi-directif, une grille d'observation et le test projectif de Rorschach.

Après notre présentation face à monsieur Karim, nous avons commencé notre pré-enquête, au début nous lui avons laissé le champ de s'exprime, ça nous a aidé à bien enrichir notre guide d'entretien que nous devons préparer pour notre enquête, en suite par notre observation, nous avons construit notre grille d'observation détaillée. Mais surtout cette pré-enquête nous a permis de tester la fiabilité du test de Rorschach face à cette situation et que nous n'avons pas trouvé dans les mesures de l'appliquer avec un diabétique qui n'admet pas encore la grandeur de sa perte et que la douleur physique est toujours présente.

Monsieur Karim a refusé catégoriquement les planches, qu'il nous a rendues directement avec un geste de « laisser moi tranquille ».

Ce malade que nous avons eu la chance de voir avant et après l'amputation nous a permis d'enrichir nos connaissances concernant cette intervention et toutes les douleurs physiques et organiques qu'elle engendre ce qui nous a permis d'enrichir notre guide d'entretien à son tour, et surtout de maitre un point sur le test de Rorschach que nous avons préparé au début comme outil principale pour notre recherche mais que nous avons abandonné à cause de l'immense douleur qu'engendre l'amputation et le choc que subit le malade après la perte de son membre qu'il devient dans l'impossibilité de se concentrer sur autre chose que sa souffrance.

C'est déjà le cas de monsieur Karim après une semaine de son amputation il se trouve toujours à parler que de son membre et a refusé catégoriquement et avec colère de contribuer à la passation du test, ce qui nous a laissé s'appuyer sur notre grille d'observation que nous avons enrichi et corrigé et que nous trouvons un bon outil pour ce genre de situation qui suit directement l'amputation, par le lapse de temps qui ne nous a pas permis d'appliquer des tests projectifs.

A la fin de notre pré-enquête, qui a duré toute la première semaine de notre stage pratique nous avons pu améliorer notre problématique, construit un problème de recherche qui s'est terminé par une question globale et deux questions partielles et surtout nous avons conclue les hypothèses qui allaient cerner notre recherche et nous guider dans notre enquête.

7.2 Enquête :

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

Notre enquête s'est déroulée au sein du service de chirurgie pour homme et femme ou nous nous y rendions jusqu'à quatre fois par semaine de 09h jusqu'à 14.30 dans le but d'accueillir le maximum d'informations possible sur le travail de deuil chez les diabétiques amputés que l'opportunité d'assister à l'annonce de leurs amputations.

Lors des premières séances, nous nous sommes présentées, et nous avons eu le consentement éclairé des malades pour affecter notre recherche ou notre accord été de bien garder l'anonymat et de se servir des données que pour une recherche scientifique. D'ailleurs les malades se sont montrés coopératifs tout au long de notre enquête.

Ensuite, pour enchaîner avec notre entretien semi directif nous avons commencé par la consigne choisie qui était : « *Nous allons vous poser quelques questions concernant votre diabète, la survenu du pied diabétique et ensuite votre amputations pour comprendre comment vous vivez ces situations.* », dont nous étions obligées dans quelques cas de parler en dialecte kabyle pour mieux transférer notre idées aux malades.

Et afin de mieux éclairer nos informations reçus qui étaient parfois d'une manière non verbale, et à l'aide de ce que nous avons eu dans nos lectures, nous avons construits nos grilles d'observations ou nous avons mentionné tout ce qui avait attiré notre attention.

Notre enquête s'est déroulée au prés des lits de 04(quatre) malades qui ne pouvaient pas se déplacer dans d'autres chambres ce qui fait que nous étions obligées de nous mettre sur une chaise à coté pour pouvoir passer notre entretien, dont la durée était variée entre 20 et 45 minutes selon le malade et selon sa façon de s'exprimer, en mentionnant que l'avantage était que chaque malade avait sa propre chambre ce qui fait qu'il n'avait pas de facteurs perturbateurs.

En tenant à mentionner que chaque cas était différent par rapport à l'autre malgré les même circonstances que subissaient les malades, ou chacun à sa façon d'exprimer la douleur de sa perte, d'ailleurs parmi nos cas nous avons ceux qui veulent surmonter leurs situations comme nous avons ceux qui n'arrivaient pas à surmonter le choc de cette perte. Et nous allons voir tous les détails dans la partie de la présentation des résultats et tout ce que nous avons constaté par rapport à chaque cas.

7. Déontologie de la recherche :

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

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

Chaque recherche doit donc être appuyée sur des règles déontologiques, ou le psychologue se trouve dans l'obligation de respecter la dignité, les choix, les courants de pensée, les points de vue...de chaque personne.

Dans la notre, nous avons respecté toutes les règles en commençant par avoir le consentement éclairé de ces derniers qui étaient coopératif pour nous aider à mener notre recherche. Nous avons ensuite apporté toutes les réponses verbales et infra verbales en respectant celle de chaque cas.

7.1 Attitude de chercheur :

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

Donc il doit écouter tout ce que le patient lui dit, même si il ne prononce rien du sujet ouvert, il va essayer de comprendre avec toute empathie tout ce qu'il dit sans aucun jugement de valeur ou critique ou désaccord en utilisant plusieurs expressions dont : Oui, oui, je vois... ; Je comprends ce que vous dites...ou de

reformuler sans faire une synthèse qui ne traduirait pas la pensée du sujet, ou qui montrerait que l'écoute n'a pas été attentive.

Et c'est ce que nous avons suivi lors de nos rencontres avec les malades ou nous avons été neutre, bienveillantes, souriantes en essayant de comprendre avec toute empathie chaque expression dite, prononcée ou montrée.

Tout cela nous a permis d'instaurer un climat de confiance avec nos sujets, et à accompagner leur paroles durant chaque rencontre, afin d'assurer leur coopération. Au cours de ce type d'entretien et durant l'utilisation de chaque outil de recherche, l'attitude du psychologue reste la plus « non directive » possible.

- **Synthèse :**

En concluant ce chapitre, nous tenons à mentionner que la méthodologie est une étape indispensable dans chaque recherche scientifique, et avec ses outils et sa déontologie elle permet de décrire et de comprendre les processus mentaux.

A travers notre recherche nous avons abordé l'étude de cas qui est une méthode descriptive ou nous avons utilisé l'entretien semi-directif et une grille d'observation qui nous ont permis de recueillir les différentes informations pour comprendre l'état psychologique des diabétiques amputés face à leurs membres perdus et leurs cheminements psychiques vers l'acceptation de leur perte qui nécessite un travail de deuil dont nous avons présenté nos cas d'une manière détaillée dans le prochain chapitre.

Chapitre VI

PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

- **Préambule :**

Dans ce dernier chapitre nous allons présenter les quatre cas de notre groupe de recherche avec leurs analyses et les différents résultats obtenus pour qu'à la fin pouvoir discuter l'ensemble des hypothèses proposés.

Comme nos outils sont de types qualitatifs, nous allons nous étaler sur les réponses de l'entretien pour après apporter les différentes observations mentionnées sur la grille d'observation élaborée.

Vers la fin nous allons confirmer ou infirmer les deux hypothèses partielles pour chaque cas ensuite l'hypothèse générale pour englober tous l'ensemble des quatre cas.

1. Présentation et Analyse des résultats :

Dans cette première partie du chapitre, nous allons présenter nos cas à travers nos outils utilisés qui sont : l'entretien semi directif et la grille d'observations.

Présentation et analyse des cas selon l'entretien semi directif et la grille d'observation

➤ Cas n°1 : Mohamed **- Selon l'entretien :**

Mohamed est un diabétique âgé de 80 ans, marié et père de 6 enfants. Il est le cadet de sa famille et retraité après plusieurs années d'infirmerie. Il présente un diabète de type 2 depuis 10 ans, il dit que peut dans sa famille sont atteint de cette maladie et qu'il l'avait constaté lors d'une prise de sang pour ses vertiges répétées. Mohamed a beaucoup enduré pendant la guerre d'Algérie ou il était blessé plusieurs fois. D'ailleurs à la survenu de son pied diabétique il n'a pas trop donnée de l'importance à la blessure qu'il croyait une simple plaie qui allait guérir seule, or que l'affection ne faisait que se propager jusqu'à une atteinte ischémique de tout son pied et de la moitié de sa jambe en 7mois seulement. Lors de l'annonce de l'amputation, Mohamed et malgré qu'il était au courant de la possibilité de mener une telle intervention, s'est senti triste et stressé pas pour la chirurgie mais par peur de mourir qu'il n'arrêtait pas de dire : « *je veux une assurance de vie* »¹.

Les premiers jours d'après l'amputation, Mohamed avait très mal à dormir la nuit, mangeait peu et ne parlait que de son pied perdu et du mal qu'il ressent lorsque son neveu lui pose des questions à propos. Et pourtant sa famille était toujours présente pour lui soulager sa douleur psychique surtout.

Le changement du premier pansement était très douloureux pour monsieur Mohamed, il dit « *J'ai ressenti des douleurs beaucoup plus intenses que les douleurs de mon pied d'avant l'amputation, et lorsque l'infirmière s'est approchée de mon pied j'ai ressenti revivre toutes les circonstances et pourtant je voulais oublier* »³. Il l'avait exprimé avec des grimaces comme si qu'il revivait les moments.

En avançant dans les questions de notre grille d'observation, nous avons demandé à monsieur Mohamed de nous parler du membre fantôme, ce dernier nous avoue qu'il ressentait comme de la chaleur et piques d'aiguille sur son moignon, il exprime : « *je le ressens tout chaud avec des sensations de piques de tous les cotés, je ne sais pas comment l'expliquer, mais comme si que mon pied est toujours là* »⁴, et quand on lui a posé des questions sur comment il faisait pour les calmer, il commença à caresser son moignon et sa jambe, en nous montrant les gestes qu'il fait il dit : « *ça me soulage comme ça, ça me soulage* »⁵.

Monsieur Mohamed a pris un grand souffle lorsqu'on lui a parlé de ce qu'il ressent face à tout ce qui lui est arrivé, il dit : « *Je regrette, si j'étais allé consulter juste après ma blessure je ne serai pas été la maintenant* »⁶.

A la fin de notre entretien, nous avons demandé à monsieur Mohamed de nous parler de sa famille, de leur position face à cette amputation, avec un sourire il nous déclare : « *Dieu merci je suis toujours en vie, ma famille est toujours présente, mes enfants et petits enfants viennent tout le temps me voir, je souhaite juste vivre encore quelques années pour partager des moments avec eux* »⁷.

³ Hossagh s le9erih kerathar n lejeroh ni g 9ejariw, w made9ereven ghorri taraniyid ak ige3edan vghigh athetogh.

⁴ lh , tehossoghass iwomekani yehema, assethinit d tisseyenathin iyedineton,ozerrigh ara amk akondessefahemagh mais assethinit a9ejariw athan da.

⁵ Aka bien, aka isserethahagh.

⁶ Nedemagh, lokan kan rohagh ossan imeneza ossetehezagh ara, thilli owitegh ara aneda wetagh.

⁷ Hamdoullah, a9elin mazal iyi heyigh w deryaw dareya deryaw ahenan ghorri tezoroniyid, temenighed kan aderenogh ade3ichagh aderenogh kerra wossan.

L'entretien de monsieur Mohamed avait duré 30 minutes ou l'entretien s'est déroulé après 5 jours de son amputation.

- Selon la grille d'observation :

Après avoir terminé avec le guide d'entretien semi directif, nous avons enchaîné avec la grille d'observation pour mentionner les différentes réactions de tous les aspects avant et après l'amputation.

Avant l'amputation, et comme monsieur Mohamed était hospitalisé et que les douleurs au niveau de son pied était atroce, et vue qu'il était un ancien infirmier, ce dernier s'attendait à une telle chirurgie, ce qui fait qu'il soit préparé psychiquement. Mais au moment où le chirurgien est devant lui pour lui dire qu'il allait se faire amputé le lendemain, Mohamed a réagi par une réaction de choc qu'il avait un visage figé et des mains agitées ou il a pris des secondes avant de prononcer le premier mot. Mohamed était choqué par cette annonce du jour au lendemain qu'il a vite demandé un moment pour réfléchir et une assurance de vie. Ce dernier avait très peur, le sentiment qu'il avait exprimé à travers son infra verbale ou il était devenu pal avec les deux mains qui tremblaient, aussi par sa phrase qu'il répétait à son chirurgien : « *J'accepterai à condition que tu me donne une assurance de vie* »⁸. De ce fait, de l'annonce jusqu'au jour de l'amputation, Mohamed ne cessait de montrer son angoisse et son stress, nous l'avons vite constaté à travers ses tremblements, ses mots de tête et son irritabilité.

Après l'amputation, Mohamed s'est montré fatigué, il a perdu l'appétit et a eu un sommeil assez perturbé ce qui a fait que son poids soit baissé, mais ces manifestations ne furent durer que pendant les premiers jours, après ça commençait à se réorganiser de nouveau petit à petit.

Or que, sur le plan psychique, Mohamed ne s'est pas montré anxieux ni hyper sensible, il semblait être heureux d'être toujours en vie, et grâce à sa personnalité et son courage nous avons eu l'impression qu'il essayait jour après jour d'aller mieux et de penser au futur. D'ailleurs aux moments des soins et des visites de la famille, Mohamed s'est toujours montré accueillant qu'il exprimait ses ressentis d'une manière verbale et partager des paroles avec toutes sa famille en pensant toujours à sa sortie de l'hôpital et ce qu'il compte encore partager avec eux.

⁸ Athe9evellagh a condition ayederassurim thizemarethiw.

Mohamed vérifie toujours son moignon comme si qu'il essayait de découvrir la nouvelle morphologie et de confirmer que sa jambe n'est plus là, mais et pourtant il veut encore aller de l'avant, il a refusé de s'isoler et de se replier sur soi au contraire on avait l'impression qu'il se montrait encore plus fort qu'il s'exprime très convenablement et attend le moment des visites avec impatience pour pouvoir partager des moments avec sa famille, cette dernière qui s'est montré en soutien avec sa situation et en mesure de l'aider à surmonter cette étape.

- Synthèse du 1^{er} cas :

En analysant le cas de monsieur Mohamed on constate qu'il est sur la voie de faire un deuil normal malgré la douleur de la perte, dont les traits de sa personnalité, son appareil psychique, son courage sa volonté et l'apport de la famille et entourage apport beaucoup d'aide pour sa santé physique et psychique.

➤ **Cas n°2 : Bachir**

- **Selon l'entretien :**

Il s'agit de Bachir, 72 ans, marié et père de 7 enfants. Cadet de sa famille qui a travaillé jusqu'à sa retraite comme chauffeur d'engin. Il est diabétique de type 2 depuis 7 ans, découvert après les analyses rituelles qu'il avait l'habitude de faire. Après 6 mois de la survenue de son pied diabétique qui a commencé avec de simples grattements, monsieur Bachir se retrouve atteint d'une neuropathie qui nécessite une amputation au niveau Transtibiale. Tellement étrange pour lui, qui ne s'est jamais fait opéré ni hospitalisé auparavant, Bachir comme si qu'il banalisait l'annonce de cette amputation et même de la perte de son membre, il dit : « *Ce n'est pas une perte, ce n'est rien du tout* »⁹.

Après l'amputation, monsieur Bachir et dès sa prise de conscience tout à changé, une très grande déception est apparue en lui, et c'était très remarquable physiquement lors de notre entretien ou il répondait difficilement aux questions sans même pas nous regarder. Cela était due non seulement à la présence des douleurs mais aussi pour le sentiment de tristesse qu'il dégageait. En lui demandant sur comment il se voit après l'amputation, Bachir nous répond d'un air froid : « *je n'ai rien à dire* »¹⁰. Et même en parlant de son entourage, il nous avoue qu'ils n'ont pas l'habitude de le voir de telle situation chose qu'il a vite constaté du coup il préférerait que la présence de sa femme, de ce fait exprime : « *J'ai dit à mes enfants de ne pas trop venir et même de trop leurs parler au téléphone.* »¹¹

Le premier changement de pansement de monsieur Bachir était complètement différents par rapport aux autres cas, il nous informe n'avoir fait aucune réaction, il continue par dire : « *j'avais mal certes mais je ne voulais pas crier* »¹². D'ailleurs à travers ses réponses on avait l'impression qu'il se débarrassait des questions

En enchaînant les questions sur son membre fantôme, il nous avoue qu'au début il évitait de toucher sa jambe, mais en ressentant les contractions et les

⁹ Ahh machi d leknessara ak.

¹⁰ Ouressigh dachou awendinigh

¹¹ Nighassen idereyaw odetassen ara, ola d telephone nighass oyedetehiwillem ara assiwei.

¹² Twa9arehagh mais ouvghigh ara adinigh

picotements il commença à le caresser, il nous explique en répétant les mouvements : « *ça me soulage quand je fais ceci* »¹³

Vers la fin de l'entretien, Bachir tout fatigué mais content que ça soit la dernière question termine par nous dire : « *Dés ma sortie d'ici je vais chercher une prothèse pour pouvoir me déplacer!* »¹⁴. En suite il balance la phrase suivante : « *C'est Dieu qui veut ç ce n'est pas moi* »¹⁵.

Ainsi étaient les réponses de monsieur Bachir avec un air tout dur et froid sans nous regarder ni même pas exprimer ces ressenties avec de longues phrase mais plutôt comme si qu'il ne faisait que prononcer des mots pour finir.

L'entretien de monsieur Bachir a duré 25 minutes ou nous y sommes rendus après 6 jours de son amputation.

- Selon la grille d'observation :

Dans la grille d'observation de monsieur Bachir, nous observons qu'avant l'amputation (lors de l'annonce), il n'avait présenté aucun choc ni peur ni angoisse, il était tout calme dans sa chambre d'hôpital comme si qu'il a sous estimé cette intervention. Il parlait et se comportait avec sa garde malade qui était sa femme comme si qu'il avait l'air d'être très confiant. Et comme c'est la première intervention chirurgicale de sa vie et qu'il n'a pas l'habitude de subir de telle situation, nous nous permettons de dire qu'il ne s'est pas rendu compte de la gravité de son état surtout que son pied ne représentait aucune plaie ou blessure, ça le grattait seulement.

Après l'amputation, un très grand changement est survenu chez Bachir, nous avons vite observé une grande tristesse qui se manifestait sous forme de fatigue intense, de manque de concentration et manque important d'appétit. Il dormait difficilement et pourtant il avait toujours les yeux fermés en se forçant à s'endormir. L'amputation a aussi influencé sur le plan psychique de Bachir, ce dernier avait comme une humeur dépressive, nous l'avons vite remarqué à travers sa position de toute la journée face au mur. Il n'était pas agité bien au contraire il s'est replié sur lui même comme si que tout était vide autour de lui. Il s'est montré hyper sensible que sa femme réclamait ce changement remarquable qu'il comprenait toujours mal ses propos pour ensuite se remettre allongé face au mur. Et comme on se rendait souvent vers sa chambre à

¹³ Tehossogh serraha, ama tetochigh aka.

¹⁴ Adhefghigh sa adeelegh la prothèse enni.

¹⁵Rebi igeveghan, machi d neki.

différents moments de la journée, un comportement qu'il répétait très souvent nous a tellement attiré, celui de câliner sa jambe ! Il essayait par ses deux mains de rapprocher sa jambe vers lui et la tenir entre ses bras comme si qu'il câlinait une personne entière, il l'a dépose doucement, la caresse, puis la câline à nouveau ! Et quand sa femme essaie de lui parler ou même de comprendre ce qu'il ressent il lui répond toujours pas des silences.

Au moments des visites en s'attendant à ce que son attitude change devant sa famille, au final nous avons remarqué la même chose même devant sa famille proches et ses enfants, non seulement qu'il ne partageait aucune parole avec eux mais aussi il se montrait souvent comme si qu'il était gêné ou qu'il ne voulait pas qu'ils soient dans sa chambre, d'ailleurs, en parlant de ses enfants, nous étions présentes plusieurs fois lorsqu'ils refusait de répondre aux appels téléphoniques de ces derniers, ce qui poussait sa femme a toujours réclamer ce changement surtout qu'il s'est toujours montré très fort d'après elle.

- Synthèse du 2eme cas :

L'atteinte physique de monsieur Bachir qui a provoqué la perte de son membre inferieur a beaucoup influencé sur le coté somatique, psychique et relationnel de ce dernier. Cette blessure narcissique due à la perte d'objet a provoqué en lui un sentiment de vide, de tristesse et de début de dépression par un humeur dépressive très remarquable. Bachir veut continuer sa vie mais son grand attachement à sa jambe le laisse dans un état de détresse qui l'empêche d'entamer un travail de deuil normal, ce qui fait que ce dernier sera difficile pour lui.

➤ **Cas n°3 : Zoubida**

- **Selon l'entretien :**

Notre troisième cas s'agit de Zoubida, âgée de 68 ans, veuve et qui élève sa petite fille orpheline âgée de 17ans. Elle est la 3eme de sa fratrie et après son mariage elle a eu 4 enfants. Zoubida nous informe qu'elle a toujours vécu dans les montagnes, et depuis son jeune âge, elle s'est toujours occupé de la terre, elle aimait planter et voir les fruits de ses effort, elle dit : *« je sais tout faire, mon jardin est toujours propre et je suis contente lorsque les fruits et légumes voient le jour »*¹⁶. Cette dame est atteinte du diabète de type2 depuis 15 ans, elle s'en occupait de mieux qu'elle pouvait surtout qu'elle a l'habitude de voir plusieurs membre de sa famille souffrant de cette maladie, donc les symptômes n'étaient pas étranges pour elle, elle exprime : *« Ma mère était diabétique, ma grand mère aussi, ma grande sœur l'a eu étant très jeune donc il était venu mon tour »*¹⁷. Mais il y'a 2mois de ça, En ne faisant pas attention, elle s'est coincée l'orteil vers la table ce qui lui a provoqué une plaie qui s'est vite transformé, et en manque d'entretien, en neuro ischémie qui a nécessité une amputation au niveau Trans-métatarsien. L'annonce de l'amputation lui faisait peur d'après elle, mais elle était obligé de se montrer forte pour pouvoir continuer de veiller sur sa petite fille, elle exprime : *« J'ai eu très peur lorsque le médecin m'a annoncé sur l'amputation, mais c'est rien le plus important pour moi est de rester en vie pour ma petite fille qui n'a personne d'autre que moi »*¹⁸.

Après l'amputation, Zoubida était stressé et triste mais elle se sentait soulagée d'être toujours en vie pour la petite fille, elle nous dit : *« Dieu merci, je supporte les douleurs et je peux encore les supporter je souhaite juste ma guérison, ma petite fille à besoin de moi »*¹⁹. En parlant de la qualité de sommeil, elle nous a avoué qu'elle a du mal à s'endormir en pensant à la petite. La famille à Zoubida était choquée par rapport à cette amputation qu'ils prétendent être encore jeune pour subir une telle intervention mais ils essaient de mieux qu'ils pouvaient de la soutenir.

¹⁷ Yema thesse3a lehelak nessekar, jida tesse3ath w wotma thamo9erante tesse3at g themezi w thorra d novaw.

¹⁸ Khel3agh imi iyidenan athe3ellagh l'opération ayi ; ma3na imi kan mazal ade3ichagh wathe9imagh gh tha9echichethiw othesse3i hed ala neki.

¹⁹ Hamdoullah,sevragh ile9erih w mazal adesseveragh ; temenigh thojeyethiw tha9echichethiw thete3assayi.

En posant des questions sur notre 4eme axe, Zoubida nous raconte que le premier pansement lui était très douloureux, et depuis elle ressent comme des démangeaisons elle essayait de caresser pour les calmer, en nous montrant les gestes elle dit : « *Voila comment je fais, ça me soulage un peu* »²⁰

Zoubida se sent un peut coupable et elle est en colère aussi, et c'est ce qu'elle n'arrête pas de dire à sa belle fille : « *j'aurai du faire attention, je n'aurai pas du m'en arriver là* »²¹. Voila pour quoi elle est déterminée pour guérir et continuer à veiller sur sa petite fille, elle termine par dire : « *je ne serai pas tranquille temps qu'elle n'est pas encore mariée et n'a pas encore construis sa vie, la pauvre elle n'a que moi* »²².

L'entretien de madame Zoubida a duré 45 minutes ou l'entretien était le 5 eme jour après son amputation.

- Selon la grille d'observation :

Sur la grille d'observation de madame Zoubida on observe une réaction de choc lors de l'annonce de l'amputation suivit par une grand peur de mourir.

Après l'amputation, Zoubida s'est senti fatiguée et pourtant elle a du mal a dormir la nuit et comme elle ne mangeait pas bien son poids a vite rechuter. Cette intervention a beaucoup infecté son coté psychique, ou nous avons observé une culpabilité part rapport à ce que son état à engendré, qu'elle répétait la phrase de : « *j'aurai du faire attention* » et une sorte d'anxiété par rapport à l'avenir et sa responsabilité envers sa petite fille qu'elle s'est montrée souvent agitée, les mains qui tremblaient et les étouffements répétés qu'on voyait les mouvement de sa cage thoracique pour expirer.

Nous avons remarqué plusieurs fois que madame Zoubida vérifie son pied quelle que soit son autre occupation, quand elle mange, quand elle parle et même quand elle essaie de s'endormir, le caressait avec l'air de le soulager d'après ce que nous avons constaté.

Lors des visites, cette dernière se montrait très accueillante envers les visiteurs qu'elle parlait et échangeait la parole avec tous les membres de sa famille en exprimant sa douleur quand c'est fort ou de parler de l'avenir qu'elle

²⁰ Hathan amk ikhedemagh, serethahagh aka.

²¹ Lokan hoderragh, thili owitegh ara ar waka.

²² Otelez ara woliw madame ossetahenagh ara zeyess, madame athesse3ara the menho atecherek el hayatis.

attendait juste le jour ou elle quittera l'hôpital pour rejoindre sa famille et continuer sa vie.

- Synthèse du 3eme cas :

Avoir la responsabilité de veiller sur sa petite fille était pour Zoubida comme un facteur favorisant son travail de deuil qu'elle a vite engendré pour surmonter les douleurs physiques et psychiques de cette amputation et pouvoir continuer sa vie.

➤ Cas n°4 : Akli

- Selon l'entretien

Notre quatrième cas s'agit de monsieur Akli, âgé de 73 ans, veuf et père de 3 enfants et qui est l'ainé de ses parents. Akli était un ancien directeur d'école, chez qui le diabète de type 2 est apparu juste après sa retraite, il l'a découvert lors d'une prise de sang faite pour les multiples symptômes qui ont surgis.

Par une petite plaie au niveau de son orteil, un pied diabétique est survenu chez monsieur Akli qui par manque d'entretien lui a provoqué une ischémie qui a nécessité une amputation transtibiale (transmis par le fils aîné de Akli qui était son garde malade).

Lors de l'annonce de l'amputation, Monsieur Akli était choquée, il réclame : « *Le médecin m'a fait peur, j'ai peur de mourir, je ne pourrai pas survivre face à cette perte* »²³. Le fils continue les propos de son père en disant : « *Depuis l'annonce, mon père ne se retrouve plus, il ne dort pas la nuit, et à chaque petit instant il me dit qu'il ne va pas bien, et depuis l'amputation je ne vois son état de santé se dégrader de plus en plus* »²⁴. En essayant de s'approcher vers monsieur Akli pour comprendre ses ressentis d'après l'amputation, il a difficilement prononcé : « *Comment je vivrai sans ma jambe ? Pour rien* »²⁵.

- Selon la grille d'observation

D'après la grille d'observation élaborée pour monsieur Akli nous avons observé que l'annonce de l'amputation a provoqué pour lui un choc et un immense sentiment de peur suivie par une angoisse, lui qui ne s'attendait pas du tout à une telle décision, cette dernière qui a influencé son état psychique.

Après l'amputation, Akli avait refusé de manger, avait du mal à dormir et a souffert d'une grande fatigue qui a fait baisser son poids d'une manière très remarquable ou son état de santé de fait que rechuter.

²³ Issekhel3i teviv ni, ote3ichagh ara, ousszemregh ara l lekhsra ayi.

²⁴ Gasseni issedenan, vava ichuter, ogegan ara la nuit, w yessekarayiyid la nuit ye9ariyi neki oligh ara bien. W gassemi y3el son opération elhalass tetchuter kethar mekethar.

²⁵ Amk ade3ichagh bla donithiw bla a9ejariw, bla nefa3.

Le fils de monsieur Akli n'arrêtait pas de réclamer le changement apparu chez son père, il s'est replié sur lui même, il ne parlait même plus à son fils et refuser de voir ses autres enfants et il s'est compétemment isolé de tout le monde, tout ça parce qu'il s'est retrouvé dans un état de santé qu'il ne voyait pas venir, ou sa seule phrase qu'il prononçait était : « *je vais mourir, j'ai peur* »²⁶, il avait perdu le sens de la vie comme si qu'il a tout laissé partir avec sa jambe amputée

- Synthèse du 4eme cas :

La perte de son membre inférieur a provoqué chez monsieur Akli une grande dégradation de son état de santé organique, chose que nous avons constaté selon son attitude et sa façon de s'exprimer. Monsieur Akli avait du mal à parler vue la situation dont il était, il n'a répondu qu'à 3 questions, son fils a pris la parole pour nous donner plus d'informations sur l'état de son père qu'on pouvait décrire rien qu'on le regardant.

Monsieur Akli est décédé après 7 jours de son amputation !

²⁶ Ogathagh, athemethagh.

Chapitre VII

Discussion des hypothèses

- **Préambule :**

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos quatre cas de différents sexes et âges à travers l'entretien semi directif et la grille d'observation et à l'aide de notre assis théorique et pratique, nous sommes arrivées à cette étape ou nous allons répondre à nos questions posées par confirmer ou infirmer nos hypothèses que nous avons décortiqué en : une hypothèse générale et deux hypothèses partielles, dont l'objectif est de déterminer le travail de deuil chez les diabétiques amputé en se basant sur ses étapes, ses types et les facteurs qui le favorisent.

1. Discussion des hypothèses :

Hypothèse n°1 :

« Pour faire son deuil, le diabétique amputé se retrouve face à plusieurs étapes. »

Cas n°1 : Mohamed

D'après la théorie que nous avons choisie et l'analyse de toutes les informations recueillies à travers l'entretien semi directif et la grille d'observation, nous avons constaté que Mohamed est passé par une période de choc surtout lors de l'annonce subite de son amputation. Mais après nous avons constaté que ce dernier a pue la dépasser cela malgré la présence des douleurs et il commence même à aller vers l'acceptation de la perte de son membre inférieur par ces nombreuse projections vers l'avenir.

Cela confirme notre hypothèse pour notre premier cas.

Pour la renforcer on peut s'appuyer sur ce qui suit : « Le processus de deuil commence immédiatement à l'annonce du décès. Même lorsque l'individu est préparé au décès de son proche, l'annonce constitue toujours un choc. L'individu comprend que son proche est mort puisqu'on vient de le lui dire, mais il ne comprend pas immédiatement ce que cela signifie. L'individu prend ensuite conscience de la perte puis va progressivement accepter la disparition ». (Hanus,2004).

Cas n°2 : Bachir

Notre hypothèse est confirmée pour le 2eme cas, qu'en se référant aux résultats obtenus à travers l'entretien semi directif et la grille d'observation, nous pouvons dire que monsieur Bachir est toujours dans un déni de ce que cette amputation a engendré en lui que ce dernier essaie juste de refouler sa dépression et d'ignorer toutes les circonstances qui l'entourent.

Bachir et avec son replis sur soi et sa position face au mur de toute la journée qui implique un humeur dépressif nous fait pensé ce qui est dit dans une étude : « une forte ambivalence est à l'origine de ce type de deuil. Plusieurs formes sont décrites principalement une dépression avec auto-accusations délirantes (deuil mélancolique) ou un deuil qui ne repose pas sur l'assurance de la mort (décès présumé, absence de corps, etc.) (Hanus,2000)

Cas n°3 : Zoubida

Selon les résultats obtenus lors de l'analyse des résultats des deux outils utilisés pour madame Zoubida, nous constatons que cette dernière a dépassé les premières étapes du travail de deuil qui sont le choc, la colère et la dépression, et elle est face à l'acceptation de sa perte, et cela à travers ses projections vers l'avenir. Donc notre hypothèse est confirmée pour notre 3eme cas.

Cas n°4 : Akli

Le cas de monsieur Akli est différents par rapport aux autre cas, ce dernier qui a manifesté un sentiment de refus, ce qui la empêchais d'entamer les étapes de son travail de deuil.

Hypothèse n°2 :

« Le diabétique amputé enclenche un deuil par la mobilisation de plusieurs facteurs dont les capacités émotionnelles, les mécanismes de défense et l'entourage qui joue un rôle primordial dans l'acceptation de la perte en faisant sa par-excitation. »

Cas n°1 : Mohamed

Les résultats de Monsieur Mohamed ont confirmé la deuxième hypothèse ou sa richesse fantasmagique et sa bonne mentalisation et l'apport de sa famille qui

fait son para excitation ont aidé ce dernier à surmonter les circonstances de l'amputation et à avoir recouru à un travail de deuil que nous avons pu constater par ses différentes étapes en lui.

Cas n°2 : Bachir

Monsieur Bachir a de son tour confirmé cette deuxième hypothèse, ou nous avons constaté que la richesse fantasmatique et la relation familiale mentalisation ont un grand impact sur l'endeuillé ou l'absence de ces derniers influence négativement sur l'enchaînement de travail de deuil pour la perte d'objet.

Cas n°3 : Zoubida

D'après le cas de madame Zoubida on confirme par son tour la fiabilité de notre hypothèse, ou le recours à la famille et avoir une richesse favorisent l'enchaînement du travail de deuil.

Cas n° 4 : Akli

Au final Akli a aussi confirmé cette hypothèse par nous démontrer que avoir une faiblesse dans la personnalité qui se caractérise par une carence fantasmatique influence négativement sur le deuil qui devrait être fait face à la perte d'objet. L'annonce de cette amputation a aussi mal orienté le déroulement de l'acceptation de la perte que la mort est directement devenue sa première vision : « *je vais mourir* »

Pour cela une étude explique que : « la manière dont est annoncé un décès peut constituer un traumatisme. L'endeuillé souffrira alors de « flash-back » où il revit l'annonce et ses propres cris. (Hanus,2006)

Hypothèse générale :

« L'acceptation de la perte d'un membre inférieur chez le diabétique amputé nécessite un travail de deuil pénible pour ce dernier et cela en allant de la face de choc pour passer à plusieurs étapes afin d'accepter cette perte d'objet et faire face à sa blessure narcissique et à l'altération de son image de corps. Et cela ne peut se réaliser qu'à l'aide des capacités émotionnelles du malade, ses mécanismes de défense et la contribution de son entourage familiale ».

Les quatre cas de notre groupe de recherche ont confirmé notre hypothèse générale sur le travail de deuil, ou l'acceptation de la perte ne pourra se faire

sans le passage sur plusieurs étapes importantes et ainsi l'acceptation du nouveau schéma corporel ne pourra se faire sans la contribution de tous ces facteurs personnels et familiaux ou nous trouveront : la richesse fantasmatique, la bonne mentalisation, les traits de personnalité, les projections dans l'avenir, le soutien familial, le partage, ou ces derniers sont les caractères de base qui font que l'endeuillé enchaîne un travail de deuil normal .

Ce qui veut dire que l'absence de ces facteurs va inhiber tout le processus ou l'endeuillé se retrouve dans un deuil difficile ou par fois même pathologique.

Pour renforcer la confirmation de nos hypothèses, nous pouvons faire appel à des études antérieures ou nous citons :

- Selon Freud, le travail de deuil comporte plusieurs étapes : - L'idéalisation de l'objet perdu. L'objet correspond au membre du corps amputé. Elle se manifeste par la douleur dès la perte du membre. - L'introjection de cet objet idéalisé avec dans le même temps un désinvestissement de la réalité. Cette étape est caractérisée par l'apparition d'une sensation de membre fantôme qui permet de recréer le membre perdu, l'individu se représente un corps imaginaire. - Un détachement progressif de l'objet intériorisé. Ce détachement est représenté par la diminution progressive des sensations fantômes jusqu'à leurs disparitions. - La possibilité de nouveaux investissements affectifs. L'acceptation de la perte permet d'intégrer son nouveau corps amputé. (Ferragut,1995)

-Selon Elisabeth Kübler-Ross, « le sujet passerait par 5 étapes constituant le travail de deuil. Ces étapes ne sont pas toutes vécues nécessairement par tous les patients. Il se peut également que certaines étapes se chevauchent, soient absentes, voir même inversées ». Il y a une phase de déni qui peut être liée au refus du patient d'accepter sa situation. On peut également constater une phase de colère où le patient se révolte car sa situation est difficile. Puis il peut y avoir une phase de marchandage où le patient a plus ou moins accepté sa situation mais il essaie de gagner du temps. Le patient peut également passer par une phase de dépression où il va se replier sur lui-même. La dernière étape est l'acceptation ou le patient accepte sa situation et voit de nouveau sa vie de façon optimiste. Il faut également noter que chaque personne est différente et ne vit donc pas forcément toutes ces étapes, de même, leur durée est variable d'un patient à l'autre. (Gana,2010)

-Encourager l'expression des émotions et montrer de l'empathie favorise le bon déroulement du deuil. Au contraire, si l'entourage décourage l'expression émotionnelle, l'endeuillé s'enfermera plus facilement dans la culpabilité et sera donc à risque de présenter des complications du processus de deuil. De même, la

qualité du soutien se mesure dans le temps : beaucoup d'endeuillés racontent à quel point ils étaient entourés le premier mois du deuil puis livrés à eux-mêmes : la solitude de cette deuxième phase est difficile à vivre et peut s'accompagner d'un véritable sentiment d'abandon. Ainsi les traits de caractère, la personnalité de l'endeuillé : l'expression du deuil peut être alors modulée avec, par exemple, un excès de manifestations chez certains ou, au contraire, avec une forte inhibition chez d'autres (Hanus,2006)

- Dans les épreuves se révèlent alors les points faibles et les points forts de la personnalité. Puisque les traits prédominants de la personnalité vont apparaître comme exacerbés, les réponses de l'individu endeuillé pourront apparaître comme anormales pour l'environnement, dans la mesure où elles sont inhabituelles.(De Broca,2010)

- **Synthèse du chapitre :**

À travers l'ensemble des présentations faites pour le groupe de recherche et après les avoir suffisamment analysés, nous avons obtenus des résultats qui ont pu confirmer la fiabilité de nos hypothèses pour dire que le travail de deuil après la perte d'un organe nécessite plusieurs étapes pour pouvoir accepter la vie sans la présence de ce dernier.

Conclusion

- **Conclusion :**

Nous voilà donc à la fin de notre recherche effectuée sur « Le deuil chez les diabétiques amputés ». Cette dernière nous a donné l'opportunité d'approfondir et de pratiquer nos connaissances sur le terrain où nous avons eu l'occasion d'assimiler l'état psychique, somatique et relationnel des cas et même de découvrir leurs réactions émotionnelles face à cette perte qui a modifié leurs perceptions de soi.

Notre enquête a été effectuée au service chirurgie de l'EPH de Sidi-Aïchde Bejaia où nous avons sélectionné notre groupe de recherche contenant quatre (04) cas de différents âges et sexes. Ces derniers sont tous atteints du diabète de type 2 et ayant le problème de pied diabétique qui a nécessité une amputation à différents niveaux et avec qui nous avons marqué le point d'assister à l'annonce de cette intervention chirurgicale, ce qui fait que nous soyons en mesure de parler d'avant et d'après amputation.

En effet, la documentation nous a permis d'abord de comprendre et d'approfondir les variables de notre thématique, ensuite, à connaître le diabète et ses types en s'appuyant sur le diabète de type 2 et ses complications, pour après comprendre la physiopathologie et les différentes classifications et types des plaies du pied diabétique avant d'arriver enfin à sa prise en charge et ses moyens de prévention pour éviter les amputations que parfois les médecins les trouvent obligatoires pour sauver la vie des malades.

Par ailleurs, cette amputation que nous pouvons qualifier de terrible nouvelle, engendre chez le malade un tas de sentiments de détresse, de stress, de culpabilité, de peur, de colère, tous précédés par le choc de l'annonce que parfois n'aident pas trop le malade à aller de l'avant mais plutôt elles ne font que l'affaiblir encore plus.

Tout ce nouvel état dont se retrouve le malade subitement provoqué par son schéma corporel qui devient allaité, de sa blessure narcissique et de son détachement à jamais de son membre responsable de tout son équilibre va mettre ce dernier face à des étapes dont faire le deuil de son pied/membre perdu est l'objectif.

Notre attention s'est alors portée sur ce travail de deuil que nous avons expliqué selon la psychanalyse, ses différents types et étapes que le diabétique amputé

surmonte dans son cheminement vers l'acceptation de sa perte du nouveau schéma corporel.

L'utilisation de différents outils de recherche l'entretien clinique semi-directif et la grille d'observation nous a permis de recueillir de différentes informations sur l'état de santé mentale et physique des patients où nous avons constaté que ces derniers sont anéantis par la perte de leurs membres inférieurs. L'analyse des résultats nous a menées à comprendre que plusieurs facteurs sont pris en considération pour aboutir à ce travail de deuil.

En outre, par manque de temps qui allait nous permettre de suivre les malades même lorsque la douleur physique ait disparu, nous n'avons pas pu utiliser d'autre outils tels que les tests projectifs, dont le Rorschach surtout que nous avons tant voulu appliquer pour mieux comprendre le fonctionnement psychique des malades à travers leurs projections sur les planches, par ailleurs nous avons essayé de choisir les bonnes questions pour formuler notre guide d'entretien que nous avons dû apprendre et reformuler pour ne pas vexer les malades qui souffraient encore de leurs douleurs physiques, puis ensuite faire appels à nos sens pour bien construire notre grille d'observations que nous a fallu se rendre vers les malades dans différents moments de la journée. Nous nous sommes également retrouvées face à un certains nombres d'obstacles sur la documentation pour ce qui concerne le deuil et travail de deuil, d'où les ouvrages et articles utilisés étaient en générale canadiens donc parfois l'accès nous était difficile, et comme cette variable n'a pas été beaucoup traitée vis-à-vis des amputés, nous nous sommes retrouvées face à de nombreuses informations dont nous n'avons pas pu choisir pour notre chapitre ce qui fait que ce dernier est très long.

Par contre, et malgré les obstacles croisés, nous avons quand-même obtenu des résultats qui nous ont permis de vérifier la fiabilité de nos hypothèses construites, d'où nous avons déterminé les différents types de deuils qu'avaient commencé les malades et leurs étapes essentielles.

Après toutes l'analyses des résultats nous avons confirmé que pour faire son deuil, le diabétique amputé se retrouve face à plusieurs étapes que nous avons réparties en période de choc, d'acceptation de la réalité de la perte et de réorganisation, ou l'endeuillé se retrouve dans un ensemble d'émotions de tristesse, de culpabilité, de déni, de refus et même de dépression, où nous avons

mis l'accent sur l'apport primordial de la famille et de type de personnalité dans l'enchaînement de ce travail de deuil.

Nous tenons à préciser qu'à travers cette recherche nous avons su l'importance de l'annonce de la maladie ou du diagnostic pour le malade. Généralement dans les hôpitaux et centres hospitaliers de l'Algérie cette annonce se fait par le médecin traitant, or que parfois la manière de le faire apparaît très froide, choquante et douloureuse pour les malades qui attendent une lueur d'espoir surtout pour ceux qui souffrent des maladies graves.

Dans les cas des diabétiques qui ont des problèmes aux pieds par exemple, nous avons assisté aux annonces et nous pouvons témoigner qu'elles n'étaient pas en mesure d'être dites à des personnes âgées dont la majorité ne s'attendait pas à une telle décision, voilà pourquoi nous voudrions mettre l'accent sur ce point dont nous proposons que les médecins revoient leurs façons d'annoncer les diagnostics en se formant en psychologie clinique. Comme nous proposons ainsi de s'ouvrir sur d'autres spécialités dans la formation des psychologues qui vont concerner spécialement la prise en charge dans les hôpitaux et même la prise en charge spécifique des personnes âgées.

En effet, grâce à cette recherche nous avons pu explorer le milieu hospitalier et être plus près des malades ce qui nous a aidées à comprendre leur souffrance et de connaître la valeur de leurs membres qu'ils avaient du mal à accepter leur perte surtout après avoir eu la chance d'assister à l'avant et après amputation.

Nous espérons donc à travers notre travail de recherche avoir apporté plus d'informations sur la signification de la perte chez les diabétiques amputés, que le deuil soit leurs recours pour soulager cette douleurs psychique, et de donner plus d'explications sur le diabète, le pied diabétique et l'amputation pour comprendre tous les affects que engendre cette dernière sur le narcissique et le schéma corporel du malade.

Cette recherche restera une excellente expérience en termes de découverte et d'apprentissage sur tous les plans y compris méthodologique, scientifique et humain dont nous souhaitons plus y approfondir pour mieux apporter d'avantages.

Par ailleurs, et après avoir passé cinq semaines auprès des malades et plusieurs mois de recherches et de littérature, nous tenons à rappeler qu'une prévention

peut sauver la personne de plusieurs maladies et de plusieurs complications qui peuvent provoquer ces maladies.

Et pour conclure, nous souhaitons que les camarades des prochaines promotions puissent compléter notre travail en se basant sur ces données, les enrichir à travers plusieurs tests notamment le Rorschach, ensuite même l'échelle de dépression et d'estime de soi pour pouvoir comprendre tout le processus psychique de l'amputé et pourquoi pas apporter d'autres résultats. Nous souhaitons aussi qu'ils puissent aborder cette thématique en s'appuyant sur l'approche psychosomatique que nous trouvons adéquate pour cette situation pour bien expliquer les types de mentalisations présents chez les amputés endeuillés et de mieux explorer les facteurs favorisant le travail de deuil.

Nous allons terminer par poser une grande question, que : « Si les personnes âgées ont du mal à faire le deuil et d'accepter la perte de leurs membres, comment est le cas chez les plus jeunes à leur fleur d'âge qui subissent de multiples amputations pour de différentes raisons ?! ».

Bibliographie

Bibliographie :

- Aboukrat,p. (2000) et prévention du pied diabétique a risque :paris : mf.
- Ahmed, A, Bhatnagar,S,Mishra,S, Khurana,D,Joshi,S. et Ahmad,S.(2017).Prévalence of phantom limb pain.Stump pain, and phantom limb sensation amongthe amputated cancer patients in india .A prospective,observational study.(original article)(repart).indian journal of palliative care. 23(1), 24.doi :10.41 03 /0973-1075.197944.
- Agnes, H. Adré G. (2019). Pourquoi devient-on diabétique de type 2. Guide pratique du diabète. Elsevier Masson. SAS.
- Albarello, L. (2011). Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche. Paris : de boeck.
- Altman, J. doclaux, R. (2012) pied du patient diabétique. Paris : Elsevier Masson.
- Amar,N. Couvreur,C. Hanus, M.(2005). Le deuil. Revue francais de psychanalyse. Presses universitaires de France. Paris
- Amp, apos, Reilly,M .A.R , reilly, P,M,R.,Sheahan,J.N.(2016). Neuromas as the cause of pain in the residual limbs of amputees. Am ultrasoud study. Clinical radiology. 71(10), 1068.e1061-1068.e1066.doi :10.1016/j.crad.2016.05.022.
- Auray,I .(2016). Processus de deuil du « proche-tiers ». thèse de doctorat de l'université de Lyon.France
- Bacqué,MF.Hanus,M(2000) Le deuil.Paris :Puf
- Baudoux, F. Fotoohi, B. (2015). L'annonce d'une amputation chez un patient diabétique. De : médecine maladies métabolique. Volume.9.numéro, 4. Paris. Elsevier Masson.
- Beuzon,O. (2016). L'isolement, le silence et l'ombre de la dépression. Paris
- Blanchet, A, Gotman, A. (2014). L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin.
- Bernard,M.(1995).Le corps.Paris
- Blanco, L. Faussard, N. Mohammedi, K. Monlun, M. Rigalle au, V. (2020). Diagnostic du diabete. EMC. Traité de médecine Akos.
- Blicke, J. (2018) diabète in : nutrition clinique pratique : Pons Else Vier Masson SAS.Chapitre 22.
- Boitard, C. (2020). Les diabètes. De l'agénétique a l'environnement. Bulletin de l'académie nationale de médecine.
- Borns, O. Gastaldi, G. Ruiz, J. (2013) pied de charcot. In : un diagnostic a ne pas manquer. Suisse. Mise au point.
- Brochet, b, nauetten, G, k. Raullet,S.(2009). Douleur du membre fantôme de la physiopathologie a la p révention in annales françaises d'anesthésie et de réanimation. Pariss. Elsevier Masson. Chapitre 5.

- Brun, H. Mercier. J (2020). Diabète et sport de : médecine du sport. Paris. Elsevier Masson 6 Edition. Chapitre 27.
- Couttraux, G. Fontaine, O. Ladouceur, J. (1983). clinique de thérapis comportementales. Paris
- Curelli, A. (2004) Douleurs du membre fantôme « influence des facteurs psychologique. these de maitrise. université Charls de Gaulle. ILLE 3. France
- Dalibon, P. (2018). Le pied diabétique infect in : actualités pharmaceutiques. Paris. Elsevier Masson SAS.
- Debroca, A. (2010) Deuil et endeuillé. Paris : Elsevier-Masson
- Delamare, J. Delamare, F, Gelis Malville, E. (2009). Dictionnaire illustré des termes en médecine. Paris : Maloine.
- Delrez, G. Fardjad, S. Mazaltarine, G. Tahrani, H. (2003). Douleurs post-amputation. Médecine Physique et de Réadaptation.
- Devos, B. (2009). Amputation et désarticulation du pied et de la cheville. In : Pathologie du pied et de la cheville. Paris : Elsevier Masson
- Dupasquier, E. (1955). Contribution a l'étude de la théorie de diabète. Repère a <https://www.e-periodica.ch/>
- Durand, C. (2009). La pré-enquête, l'élaboration de la question de recherche. Département de sociologie, université de Montréal.
- Fantini, H. Pedinielli, J-L. (2009). Ethique en psychologie clinique, dans lonscu, S, blanchet, A. (2009). Méthodologie de la recherche en psychologie clinique. (381-396). Paris : PUF.
- Ferragut, E. (1995) La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique. Paris : Masson
- Field, T. (2001) Les bienfaits du toucher. Paris : Payot
- Floren ce, M. (2016). Stress oxydant et pathologie diabétique. Thèse de doctorat, médecine humaine et pathologie. Université de Saint-Denis.
- Gana, K. (2010) Le trouble du deuil persistant chez la personne âgée. thèse de doctorat. université de Nancy. France
- Grimaldi, A. (2009). Traité de diabétologie-paris : Lavoisier.
- Grimaldi, A. (2000). Diabétologie question d'internat. Université de paris VI pierre et marie curie. Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière.
- Guillausseau, P.J, la loi-Michelin, M. (2003). Physiopathologie du diabète de 2. La revue de médecine interne, 24(11), 730-737.
- Grosclaude, C. (2013). De l'amputation a l'appareillage : une rééducation pas a pas réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute- université de Besançon.
- Hannus, M. (2004) Le deuil après suicide. Paris : Malonie
- Hannus, M. (2006). Deuils normaux, deuils difficiles, Deuils compliqués et deuils pathologiques. Annales Medico-Psychologique. 164 :349-56
- Hatemann, A. Havan G. (2019) troubles trophiques du pied diabétique in : diabétologies : paris. Elsevier Masson. Chapitre 18.

- Havan, G. (2008). Pied diabétique paris : Elsevier Masson.
- Havan,G. (2019). Conduite a tenir devant une plaie chronique du pied diabétique in : le syndrome du pied diabétique. Paris : Elsevier Masson : Chapitre 6.
- Heurtier, A. grimaldi, A. sacho,C (2020). Complications du diabète. Paris. Elsevier Masson
- Hiani. A. (2008). L'appareillage des amputations des membres en traumatologie. These de doctorat en médecine. CASA Blanca.maroc.
- lchain, C. Orban, J. (2008), Complications métaboliques aiguës du diabète in: reanimation médicochirurgicale. Nice. France Elsevier Masson.
- K'Delant,P.(2010).Le trouble de deuil persistant chez la personne agée.These de doctorat. Université de Nancy
- Larger, E. Mbermba, J. (2017), pied diabétique. Paris Elsevier Masson.
- Lemonnier,M. (2016), le deuil ou la quête de la transaction interne. Paris.
- Lozeron, P. (2016). Neuro pathie chez les diabétiques in: neurologie. Paris Elsevier Masson.
- Manuella, D, luca. (2020) actualités de la méthode de l'étude de cas. Proposition d'une méthodologie hypothético. Processuelle et traductive pour recherches référées a la psychanalyse. Paris. France. Elsevier Masson.
- Mardaga,p. (). Cliniques de thérapie comportementale
- Meftah, A. tegguich,S.
- Miret, J, C. (2006). Les amputations des membres suites aux traitements des facteurs. Thèse de médecine. Université du Mali.
- Moira, M(2013). Les interventions en psychologie de la santé. Paris : Dunod.
- Nam,P,cho. (2019). L'atlas du diabète. De « fédération internationale du diabète ». 9eme édition.
- Nicodeme, J. zingg, M. (2014). Amputations du membre inferieur : indication bilan et complications in : orthopédie revue médicale suisse.
- Nicolaas, C. Schaper, van.N. (2019). Recommandations pratiques de l'i.g.f. sur la prévention et la prise en charge du pied diabétique, Pays-Bas, guide line.
- Organisation mondiale de la santé. Diabète de type 2 : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr>.
- Orr, A, Glover, J. et Cook, C. (2018). Amputation and prosthétic dans : mchugh Pendleton et schutz-krohn,pedretti occupational therapy : practice skills for physical days function 8 edithion,ed. st. Luis, mo : Elsevier, 2018.
- Paillé, P. (2006). La méthodologie quantitative. Paris : Armand colin.
- Pascal, A. (2006). Diagnostique infirmiers intervention et résultat. 3eme édition. Paris : Masson. Esquenazi, A. (2004). Amputation eretabilitation and prosthetic restoration. From surzer to community reintegration. Disability and réhabilitation, 26(14-15) ,831-836. Bernard, M. (1995). Le corps : Paris.

- Pauline, F. (2016). L'amputation, le deuil d'un membre. Mémoire de fin d'étude. Institut de formation aux métiers de la santé. Centre hospitalier de valenciennes.
- Perlumter,G.(1997). En docimologie diabétologie nutrition. Paris : Estem et Madeline.
- Quevauvillier, J. (2009). Dictionnaire médical. Paris, France : Elsevier Masson.
- Robert.le noir. Giglio. (2015) Chirurgie de l'amputation des membres inferieurs. Geneve suisse. HUG.
- Romano,H.(2015). Acompagner le deuil en situation traumatiques.Dix situation cliniques. Paris
- Rubarcz yk. B. Edwards, R. et Behel, J. (2004). Diversité dans l'adaptation a l'amputation d'une jambe.
- Salemi, O. (2010). Pratiques a cimentaire des diabétiques. Etude de quelques cas a oran(algerie), économie rurale,318,(4),80-95. Aouiche, S. Hammachi, R.
- Schuldiner, S. (2009). Epidémiologie du pied diabétique et aspects économique in : leSyndrome du pied diabétique. Elsevier Masson : chapitre3.
- Senneville, E. (2019). Infection du pied diabétique : physiopathologie in : le syndrome du pied diabetique. Paris :elsevier Masson. Chapitre 7.
- Simon, D. (2016). Epidémiologie du diabete. Paris, France : EMC.
- St-lys, D,martineau, L. (2017). L'ulcère du pied diabétique. Pratique clinique, 14(1).35-42.
- Thierry, C. (2019) diabète in : gériatrie, Paris. Elsevier Masson. Chapitre 34.
- Volk,E.(2000) Prise de conscience par le mouvement.Méthode eldenkrais.Encyclopédie-medecine.Physique readaptation :26-061-8-10
- You,S.(2014). Complication following amputation. Physical medecin and rehabilitation clinic of north Africa. 25(1),169-178.doi:10.1016/j.pmr
- www.adepa.fr
- www.campuice.cerimes.fr
- www.info-diabet.com
- www.psychologue-beuzon.fr

Annexes

1. Le guide d'entretien semi directif :

- **Informations personnelles :**

- . Quel âge avez-vous ?
- . Quel est votre classement dans la fratrie ?
- . Quel est votre niveau d'instruction ?
- . Quel est votre état matrimonial ?
- . Quelle est votre activité professionnelle ?

- **Axe 1 : Information sur l'état de santé antérieur et actuel :**

- . Étiez-vous malade pendant l'enfance ?
- . Étiez-vous hospitalisé auparavant ?
- . Avez-vous des antécédents de diabète dans votre famille ?
- . A quel âge on vous a-t-il diagnostiqué votre maladie ?
- . Le diabète vous a-t-il provoqué des complications ? Si oui, lesquelles ?
- . Comment est ce que le pied diabétique a été provoqué ?
- . Comment vous viviez ses douleurs ?

- **Axe 2 : Information sur l'amputation :**

- . Vous êtes amputé depuis combien de temps ?
- . Comment s'est passé l'annonce de votre amputation ?
- . Quelle était votre réaction face à cette annonce ?
- . A quel niveau se situe l'amputation ?
- . Quelle est la raison de cette amputation ?
- . Étiez-vous au courant de la possibilité de subir une amputation ?

- **Axe 3 : Informations sur le membre fantôme et ses douleurs :**

- . Comment s'est passé le premier changement de pansement ?
- . Que s'est-il produit en vous la première fois que vous avez touché votre moignon ?
- . Avez-vous des sensations sur la partie amputée ?
- . De quelle nature sont-elles ?

(De douleur, de chaleur, de froideur, de mouvement, de toucher ...)

- . Avez-vous déjà ressenti de telles sensations ?
- . Ces sensations vous gênent-elles ?
- . Comment calmez-vous la douleur ?

- **Axe 4 : Information sur l'état psychologique :**

- . Comment avez-vous vécu l'annonce de votre amputation ?
- . Avez-vous vécu une telle situation émotionnelle auparavant ?
- . Comment vous voyez-vous après l'amputation ?
- . Parlez-moi de votre sommeil.
- . Quelle est la réaction de votre entourage face à cette amputation ?

- **Axe 5 : Information sur le travail de deuil :**

- . Quelle est votre position face à votre amputation ?
- . Êtes-vous en colère ?
- . Vous sentez-vous coupable ?
- . Partagez-vous votre peine avec quelqu'un de votre entourage ?
- . Comptez-vous continuer vos activités ?
- . Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous ?
- . De quoi vous avez le plus peur ?
- . Parlez-nous de vos projets d'avenir.
- . Partagez-vous ça avec quelqu'un de votre entourage ?
- . Avez-vous quelque chose à rajouter ?

2. « Grille d'observation élaborée pour les diabétiques amputés avant et après leur amputation » :

+ Les différentes réactions émotionnelles observées chez les diabétiques amputés lors de l'annonce de leur amputation :

Avant l'amputation	Réactions émotionnelles	
Lors de l'annonce faite par le chirurgien		Présent absent
	•Choc	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Peur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Angoisse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

+Les différentes réactions physiologiques somatiques observées chez les amputés

Après l'amputation	Réactions physiologiques	
Aspect somatique	Présent absent	
	•Appétit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Fatigue	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Sommeil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Somnolence	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Perte de poids	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

+L'aspect psychique des diabétiques après l'amputation :

Après l'amputation	Réactions émotionnelles		
Aspect Psychique	Présent	absent	
	•agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•désespoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Sentiment de vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Intérêt paralysé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•hyper sensibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Humeur dépressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Relation avec l'objet perdu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Réaction face à la mort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

+Les différentes interactions retrouvées chez les diabétiques amputés :

Après l'amputation	Réactions relationnelles		
Aspect relationnel	Présent	absent	
	•isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•évitement des médecins et visiteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•communication Avec la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•partage de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Echange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•accueil des Visiteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+L'enchaînement du travail de deuil vis à vis de la perte du membre inférieur chez les diabétiques amputés :

Après l'amputation	Réactions lors de travail de deuil
Enchaînement du travail de deuil	Présent absent
	•Colère <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Vérification de la jambe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Gratter le moignon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Culpabilité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Repli sur soi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Rechute <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Projet d'avenir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. Grille de cas n°1 :Mohamed

+ Les différentes réactions émotionnelles observées chez Mohamed face à l'annonce de son amputation :

L'avant amputation (annonce)	Réactions émotionnels
Lors de l'annonce faite par le chirurgien	Présentabsent
	•Choc <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Peur <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Angoisse <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

+ Les différentes réactions physiologiques somatiques de Mohamed :

Après l'amputation	Réactions physiologiques		
Coté somatique	Présent	absent	
	•Appétit	✓ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Fatigue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•insomnie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Perte de poids	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+ L'état psychique de Bachir après l'amputation :

Après l'amputation	Réactions émotionnelles		
Coté Psychique	Présent	absent	
	•agitation	✓ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•désespoir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Sentiment de vide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Intérêt paralysé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•hyper sensibilité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Humeur dépressive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•sentiment de détachement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

	•acceptation de la mort	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------	--------------------------	-------------------------------------

+ Les différentes interactions retrouvées chez Mohamed :

Après l'amputation	Réactions relationnelles		
Aspect relationnelle	Présent	absent	
	•isolement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•évitement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•communication	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•partage de la douleur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•échange	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•accueil des Visiteurs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+ L'enchaînement du travail de deuil face à la perte du membre inférieur chez Mohamed:

Après l'amputation	Réactions de Travail du deuil		
Enchaînement du travail de deuil	Présent	absent	
	• colère	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• vérification de jambe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Gratté le moignon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•culpabilité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•repli sur soi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Rechute	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
•projet d'avenir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Grille de cas n°2 : Bachir

+Les différentes réactions émotionnelles observées chez Bachir face à l'annonce de son amputation :

L'avant amputation (annonce)	Réactions émotionnelles	
Lors de l'annonce faite par le chirurgien	Présent	absent
	•Choc	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	•Peur	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	•Angoisse	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

+Les différentes réactions physiologiques somatiques de Bachir :

Après l'amputation	Réactions physiologiques	
Coté somatique	Présent	absent
	•Appétit	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	•Fatigue	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Sommeil	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	•Somnolence	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Perte de poids	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

+L'état psychique de Bachir après l'amputation :

Après l'amputation	Réactions émotionnelles	
	Présent	absent
	•agitation	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	•désespoir	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Aspect Psychique	•Anxiété	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Sentiment de vide	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Intérêt paralysé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•hyper sensibilité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Humeur dépressive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•relation avec L'objet perdu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•réaction face à La mort	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+Les différentes interactions retrouvées chez Bachir:

Après l'amputation	Réactions relationnelles	
Aspect relationnelle	Présent absent	
	•isolement	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•évitement des Médecines et visiteur	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•communication Avec la famille	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	•partage de la Douleur	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	•Echange	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	•accueil des Visiteurs	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

+L'enchaînement du travail de deuil face à la perte du membre inférieur chez Bachir :

Après l'amputation	Réactions de travail du deuil	
	Présent absent	
	•colère	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•vérification de jambe	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Enchaînement du travail de deuil	•Gratter le moignon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•culpabilité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Repli sur soi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Rechute	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•projet d'avenir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Grille de cas n°3 :Zoubida

+Les différentes réactions émotionnelles observées chez Zoubida face à l'annonce de son amputation :

L'avant amputation (annonce)	Réactions émotionnelles	
Lors de l'annonce faite par le chirurgien		Présentabsent
	•Choc	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Peur	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Angoisse	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

+ Les différentes réactions physiologiques somatiques de Zoubida :

Après l'amputation	Réactions physiologiques	
Aspect somatique	Présent	absent
	•Appétit	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	•Fatigue	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Sommeil	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	•insomnie	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	•Perte de poids	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

+ L'état psychique de Zoubida après l'amputation :

Après l'amputation	Réactions émotionnelles		
Aspect Psychique	Présent	absent	
	•agitation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•désespoir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Anxiété	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Sentiment de vide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Intérêt paralysé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•hyper sensibilité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Humeur dépressive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Relation avec l'objet perdu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Réaction face à la mort	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

+ Les différentes interactions retrouvées chez Zoubida :

Après l'amputation	Réactions relationnelles		
Aspect relationnelle	Présent	absent	
	•isolement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•évitement des Médecines et visiteurs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•communication Avec la famille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•partage de la douleur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Echange	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•accueil des Visiteurs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+ L'enchaînement du travail de deuil face à la perte du membre inférieur chez Zoubida :

Après l'amputation	Réactions de Travail du deuil		
Enchaînement du travail de deuil	Présent	absent	
	•colère	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•vérification de jambe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Gratter le moignon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•culpabilité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•repli sur soi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•rechute	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•projet d'avenir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Grille de cas n°4 : Akli

+Les différentes réactions émotionnelles observées chez Akli face à l'annonce de leur amputation :

L'avant amputation (annonce)	Réactions émotionnels		
Lors de l'annonce faite par le chirurgien	Présent	absent	
	•Choc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Peur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Angoisse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+ Les différentes réactions physiologiques somatiques d'Akli :

--	--

Après l'amputation	Réactions physiologiques		
Aspect somatique	Présent	absent	
	•Appétit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Fatigue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Somnolence	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Perte de poids	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+ L'état psychique d'Akli après l'amputation :

Après l'amputation	Réactions émotionnelles		
Aspect Psychique	Présent	absent	
	•agitation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•désespoir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Anxiété	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Sentiment de vide	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Intérêt paralysé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•hyper sensibilité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Humeur dépressive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•Relation avec l'objet perdu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•Réaction face à la mort	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+ Les différentes interactions retrouvées chez Akli :

Après l'amputation	Réactions relationnelles

Aspect relationnelle	Présent	absent
	•isolement	<input checked="" type="checkbox"/>
•évitement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avec la famille		
•partage la douleur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
•Echange	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
•accueil des Visiteurs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

+L'enchaînement du travail de deuil face à la perte du membre inférieur chez Akli :

Après l'amputation	Réactions de travail du deuil		
Enchaînement du travail de deuil	Présent	absent	
	•colère	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•vérification de jambe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•gratté le moignon	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•culpabilité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•repli sur soi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•rechute	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	•projet d'avenir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Travail de deuil chez les diabétiques amputés de leurs membres inférieurs

Etude clinique réalisée auprès de quatre (04) cas au sein du service chirurgical de l'EPH de SIDI AICH- Bejaia

Résumé

Cette recherche porte sur « Le travail de deuil chez les diabétiques amputés ». Elle s'est déroulée au sein de l'EPH de SIDI AICH-Bejaia auprès d'un groupe de recherche qui se compose de quatre (04) malades diabétiques, amputés et hospitalisés au niveau du service chirurgical pour homme et femme. Pour la réalisation de notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique où nous avons fait appel à l'étude de cas qui nous a menées à adopter deux principaux outils : L'entretien semi directif et la grille d'observation. Dans notre recherche nous avons eu l'objectif d'apporter une modeste contribution pour mettre en avant la signification du travail de deuil lorsque la perte touche un membre inférieur de la personne, pour cela nous avons décrit soigneusement les cas de notre groupe de recherche pour expliquer la signification de la perte que vit ces amputés et ensuite comprendre l'enchaînement du travail de deuil pour l'acceptation du nouveau schéma corporel en se basant sur ses différentes étapes et les facteurs qui le favorisent, cela, malgré la présence du membre fantôme qui surgit durant tous les premiers jours d'après l'amputation. En se référant à l'approche psychanalytique, cette étude a révélé pour la totalité de nos cas la présence de plusieurs étapes dont l'endeuillé qui doit surmonter à l'aide de ses traits de personnalité et de l'apport de sa famille pour pouvoir dire qu'il a réussi à faire son deuil.

Mots clés : Diabète de type2 ; Pied diabétique ; Amputation du membre inférieur ; Membre fantôme ; Deuil.

Abstract

This research treats "The mourning process in amputated diabetic people". It was conducted in the EPH of SIDI AICH, Bejaia, on a research group composed of four (4) diabetes patients, amputated and hospitalized in the men and women's surgical department. To proceed with our research work we chose the clinical method where we resorted to a case study that led us to use two main tools: the semi-directive interview and the observation chart. In our study, we set the objective to modestly contribute to shedding the light on the significance of the mourning process regarding the loss of a lower limb. Therefore, we thoroughly described the case of our research group to explain the importance of the loss that these amputated people go through. Then, to understand the progression of the mourning process so as to accept the new bodily scheme, based on its different stages and its enabling elements. This, in spite of the phantom limb that makes an appearance during the first few days that follow the amputation. In reference to the psychoanalytic approach, this study revealed that for the sum of our participants, the bereaved person needs to overcome several stages, with the help of his personality traits, as well as the support of his family, in order to make their grief.

Keywords: Type 2 diabetes; Diabetic foot ; Lowerlimb amputation ; Phantom limb ; Mourning.