



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane mira de Bejaia Faculté des
Sciences Humaines et Sociales Département de
psychologie et d'orthophonie*

Mémoire de fin de cycle

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

Thème

L'anxiété préopératoire chez les personnes diabétique a amputées

Etude de quatre (04) cas réalisée au niveau

CHU MOUHAMED BOUDIAF à Bouira

Réalisé par:

BELGHANEM Amar

TOUAHRIA Christina

Encadré par:

M^{me} MEHENNI Zahoua

Remerciements

*En premier lieu je remercie Dieu le plus puissant
qui m'a procuré la volonté, la force et la
connaissance pour accomplir ce modeste
travail.*

*J'adresse mes vifs remerciements et gratitude à
ma promotrice **M^{me} MEHENNI Zahoua**, pour son
encadrement et efforts qu'elle a déployé durant
tout le long de mon travail de recherche.*

*Aussi je remercie très chaleureusement, tous les
intervenants et toutes les personnes qui, par leurs
écrits, leurs paroles, leurs conseils et leurs
critiques ont guidé mes réflexions.*

*Je remercie très vivement mes très chers parents,
pour leurs encouragements constants et leur
soutien de tous les instants.*

Je remercie ma famille,

*Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance et
estime à tous et toutes intervenants (es)*

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail

*A ma mère qui toujours rêve de ce jour et qui a tout souffert pour
me voir*

Grandie et accomplir réussite.

a sacrifie toute sa vie pour notre bien-être.

*Je leur dédie cette réussite en guise de récompense et de
reconnaissance.*

Que dieu les protèges et les garde pour moi.

A mon cher frère Yanis.

A ma chère sœur Ryma.

A ma grand-mère maternelle Saliha.

Que Dieu la garde

A mon oncle et « khouya » Moumouh.

A ma fiancée tinhinane

Et mon brave frère hamza

*Et je le dédie surtout à mes amis qui m'ont soutenus, qui étaient là
pour moi, de croire en moi et me guider pour voir ce travail
enfin naître dans la réalité. Sans exception, de ma part, je vous
remercie tous.*

Amar

Dédicaces

C'est avec pensée plein de reconnaissance : d'amour et gratification , que je dédié ce modeste travail à :

Mes chers parents : KHODIR et FARIDA :qui m'ont donnée la vie, qui ont été toujours à mes cotés avec leur tendresse, leur soutien et qui mon soutenu durant toutes mes années d'étude, leur sacrifice inégalable et considérable.

*A mes chers frères :FATEH, HANIBAL, BADIS,
MASSINISSA.*

*A mes très chers sœurs : LYNDA, LYZA, SOUHILA,
THILLELI.*

A tous mes oncles, tentes, cousins et cousines.

A tous mes amies : KAMELIA, ASMA, LYDIA , Samira.

A mon chère Binôme AMAR et tout sa famille.

A tous ce qui m'ont aidé de près où de loin à réaliser ce travail.

Christina

Liste des abréviations

Abréviation	Transcription
ATS	Aide soignant
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM10	Classification international des maladies de sante
DID	Diabète insulino dépendant
DSM IV	Manuel diagnostique des troubles mentaux N°4
FSS	Fear survey schedule
ISP	Infermière de sante publique
LADA	Latent auto-immune diabète adulte
MMPI	Minnesota multiplicité personnalité inventorie
OMS	Organisation mondial de la sante
PS	Phobie social
PS	Phobie spécifique
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TAT	Thématique apperception test
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TPA	Trouble de panique avec agoraphobie
TPSA	Trouble de panique sans agoraphobie
TSPT	Trouble de stress post traumatique

Liste des tableaux

Numéro du tableau	Titre du tableau	Page
Tableau N° 1	récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche	75

Liste des figures

Numéro du figure	Titre du figure	Page
Figure N°1	blochage du sang dans les artères d'orteil	38
Figure N°2	progrès du diabète a amputé	40
Figure N°3	Pieds qui nécessitent une amputation	41

Résumé

Le diabète est une maladie chronique, qui peut se détériorer d'un moment à l'autre. Elle peut aussi rencontrer des complications, une des complications du diabète est l'amputation. L'amputation peut bouleverser toute la vie d'un être humain, ou d'une présentation il est normal de se sentir un peu anxieux. L'anxiété préopératoire est une réaction courante chez les patients admis à l'hôpital pour une intervention chirurgicale peut créer des sentiments de peur, d'inquiétude, de difficulté et de crainte, Notre recherche porte sur "l'anxiété préopératoire chez les personnes diabétiques amputées", plus précisément de 04 Sujets adultes, Dans le but de vérifier l'hypothèse qui se pose que l'anxiété des diabétiques amputés est mauvaise. L'étude a été réalisée à partir de l'outil de recherche, est l'entretien semi directif, et pour la réalisation du travail de recherche, nous avons sollicité le CHU Mohamed Bouafia Bouira.

Les mots clés : diabète-amputation-anxiété préopératoire.

ملخص

مرض السكري مرض مزمن يمكن أن يتدهور من مرض السكري لحظة بلحظة. كما يمكن أن يصاحبها مضاعفات، من بينها البتر. يمكن للبتر أن يقلب حياة الإنسان بأكملها رأساً على عقب، و أنه من الطبيعي أن تشعر ببعض القلق. القلق قبل الجراحة هو رد فعل شائع لدى المرضى الذين يدخلون المستشفى لإجراء عملية جراحية يمكن أن يخلق مشاعر الخوف والقلق والصعوبة والتخوف، ويركز بحثنا على "القلق قبل الجراحة لدى مرضى السكري وقد بُتر"، وتحديداً عند 04 شخص بالغ، بهدف التحقق من صحة الفرضية التي تظهر أن قلق المبتورين السكري سيء، وقد أجريت الدراسة من خلال أداة البحث، وهي المقابلة شبه التوجيهية، ولتحقيق العمل البحثي سألنا CHU محمد بوضياف البويرة.

الكلمات الأساسية : مرض السكري - بتر - القلق قبل الجراحة.

SOMMAIRE

- Remerciement
- Dédicace
- Liste des abréviations
- Liste des tableaux
- Liste des figures
- Liste des annexes

Introduction	1
---------------------------	----------

Cadre méthodologique de la recherche

1-Problématique	7
2-Hypothèses de recherche	10
3-Définition et opérationnalisation des concepts clés	10
4-Les raisons du choix du thème	11
5-Les objectifs de recherche	11

Partie théorique

Chapitre I : Le diabète

Préambule	15
I- L'aspect médical du diabète	15
1-Aperçu historique du diabète	15
2-Définition du diabète	17
3-Les différents types du diabète	17
4-Clinique du diagnostic du diabète	19
5-Epidémiologie du diabète	20
6-Classification du diabète	20
7-Les facteurs de risque de diabète	22
8-Les symptômes du diabète	22
9-Les traitements du diabète	23
10-La prise en charge médicale de diabète :	24

II- L'aspect psychologique du diabète	26
1-Le coté psychologique du diabète	26
2-Le vécu psychologique du diabétique	27
Synthèse.....	30
Chapitre II : L'amputation	
1-Aperçu historique de l'amputation.....	34
2-Définition de l'amputation.....	36
3-Les causes de l'amputation	37
4-les conséquences de l'amputation	38
5-Les Types d'amputations	39
6-Nécessité d'amputé.....	40
7-Les factures de risques.....	41
8-Le déroulement de l'intervention chirurgicale (amputation)	42
9-Le vécu psychologique de l'amputation.....	43
Synthèse.....	46
Chapitre III : L'anxiété préopératoire	
Préambule	49
1-Aperçu historique sur l'anxiété préopératoire	49
2-définition de l'anxiété préopératoire	51
3-l'anxiété normale et anormale.....	52
4-les concepts liée a l'anxiété	53
5-L'étiologie de l'anxiété.....	55
6-Les différents troubles anxieux.....	56
7-Les modèles théoriques de l'anxiété	59
8-Les types de l'anxiété	60
9-La symptomatologie anxieuse.....	61
10-classification de DSM IV ou CIM10.....	63
11-Tests psychologique	63
Synthèse.....	65

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule	69
1-La pré-enquête.....	69
2-Présentation du lieu de recherche.....	70
3-Les limites de la recherche	71
4-La méthode de la recherche	71
5-Population d'étude.....	73
6-Les techniques de la recherche	75
7-Le déroulement de la pratique.....	80
Synthèse	81

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule	84
1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif ...	84
2-discussion des hypothèses.....	100
Synthèse.....	102

Conclusion

Liste bibliographique

Annexes

Introduction

La vie humaine quotidiennement confrontée à de multiples maladies chroniques (cancer, pathologie cardiaques, diabète.....) ces dernières constituent une menace sur les perspectives présentes ou futures de la vie d'un individu sur tous les plans physique, social, affectif, spirituel cognitif et psychologique.

La maladie est définie "comme étant toute altération de l'état de santé se traduisant habituellement de façon subjective par des sensations anormales.

Le diabète est une maladie qui survient lorsque le corps est incapable de produire suffisamment d'insuline ou de l'utiliser correctement. Le corps a besoin d'insuline pour transformer le sucre en énergie. Le diabète peut entraîner de graves complications et une mort prématurée. Ceux qui ont le diabète s'avèrent cependant prendre des mesures pour contrôler et produire les risques de communication, il est essentiel que le patient parvienne à comprendre sa maladie.

Le diabète, représente une perte d'intégrité corporelle ou l'image corporelle peut être profondément affectée par des changements physiques liés à la maladie. Ainsi, la maladie force le sujet à prendre conscience de son corps.

En conséquence, le diabète est une maladie qui affecte et modifie le mode de vie de ceux qui en souffrent, que ce soit professionnellement, personnellement ou émotionnellement. Ce segment de patients est affecté par des troubles anxieux qui peuvent se manifester dès le premier jour de l'annonce de la maladie.

L'anxiété est une composante de notre vie, chaque personne est confrontée à des situations anxiogènes. Cependant, cette anxiété peut être

Introduction

positive, si elle est dans les normes, ou négative si elle devient exagère ou pathologique, notamment quant on est face a une maladie chronique.

C'est l'état dont nous parlons qui est essentiellement lié à des facteurs négatifs liés soit à l'individu tels que les maladies ou le manque de confiance en soi, soit liés à l'environnement dans lequel l'individu vit comme l'inattention ou l'abandon. Mais comme ce dernier est la cause d'une maladie, il peut provoquer des sentiments graves et mauvais chez le patient et son environnement, puisque l'être humain agit et réagit sur la société. Ainsi toute maladie de l'être provoque en lui une vision d'infériorité envers les autres qui sont en bonne santé.

Pour notre travail de recherche nous avons retenu l'amputation comme complications engendré par le diabète qui se manifeste chez différente tranche d'âge, qui est caractérisé par les lésions microangiopathiques et macroangiopathiques dues à l'effet du glucose présent dans le sang, parmi les conséquences de ce diabète on comprime " l'amputation " qui est une intervention chirurgical jugé comme dernier recours de soin qui consiste en l'ablation du membre inférieur suite à une infection causée par un diabète mal régulé durant une longue période, et la circulation du sucre dans le sang provoque le resserrement des artères entraînant une perte de sensibilité nerveuse et aussi la diminution de l'oxygénation empêche la cicatrisation, ce qui induit à la mort du membre d'une manière graduelle.

Pour atteindre notre objectif, nous avons organisé un plan du travail, dont on a commencé par une introduction, on a suivi ça par le cadre méthodologie de la recherche qui contient la problématique et les hypothèses, définition et opérationnalisation des concepts, les raisons du choix du thème, les objectifs de la recherche, et après on a devisé notre travail en deux parties la partie théorique qui est subdivisé en deux

Introduction

chapitres, le premier porte sur le diabète et l'amputation qui se subdivise en deux parties, une qui aborde des généralités sur le diabète et l'amputation, dans lequel nous avons donné l'Aperçu historique du diabète, Définition du diabète, Les différents types du diabète, Clinique du diagnostic du diabète, Epidémiologie du diabète, Classification du diabète, Les facteurs de risque de diabète, Les symptômes du diabète, le traitement du diabète, la prise en charge médicale de diabète, l'aspect psychologique du diabète, le vécu psychologique du diabète.

Ensuite enchaîne à L'amputation, dans lequel nous avons donné l'historique de l'amputation, Définition de l'amputation, Les causes de l'amputation, les conséquences de l'amputation, Les Types d'amputations, Nécessité d'amputé, les facteurs de risques, le déroulement de l'intervention chirurgicale (amputation), Le vécu psychologique de l'amputation, enfin une synthèse du chapitre.

Le deuxième chapitre est consacré à l'anxiété préopératoire, on a présenté l'historique, aperçu historique sur l'anxiété préopératoire, définition de l'anxiété préopératoire, l'anxiété préopératoire chez les diabétiques, l'anxiété préopératoire chez les diabétiques amputés, l'anxiété normale et l'anormale, les concepts liés à l'anxiété, l'étiologie de l'anxiété, les différents troubles anxieux, Les modèles théoriques de l'anxiété, les types d'anxiété, La symptomatologie anxieuse, classification de DSM IV ou CIM10, les tests psychologiques, en on termine par une conclusion.

La partie pratique : est réservée à la description du groupe de recherche, au plan méthodologique adopté dans la recherche ainsi qu'au technique utilisé à savoir, l'entretien clinique et l'échelle de Spielberger, pour le dernier chapitre il se constitue de deux parties la première est consacrée à la présentation des cas ainsi que la description des résultats obtenus de chacun, la deuxième partie concerne l'analyse détaillée de la

Introduction

problématique ainsi que la discussion des résultats obtenus.

Enfin, on a achevé notre recherche par une conclusion accompagnée d'une liste bibliographique et des annexes.

Cadre méthodologique de la recherche

Cadre méthodologique de la recherche	6
1-Problématique	7
2-Hypothèses de recherche	10
3-La définition opérationnelle des concepts clés	10
4- Les raisons du choix du thème	11
5- Les objectifs de recherche	11

1-Problématique

La maladie somatique est caractérisée par des symptômes physiques dont l'étiologie est multiple, une altération de la santé des fonctions des êtres vivant en particulier quand la cause est connue. (Larousse, 2012, p.649)

Parmi les maladies qui nuisent au corps, et qui sont très courantes aujourd'hui, il y a le diabète.

Le diabète sucré est un trouble endocrinien chronique caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à une carence insulinique relative ou absolue ». (Chantal, 2005, p.37)

Il n'existe pas un mais plusieurs diabètes, la forme la plus répandue chez les enfants et les adolescents et le diabète de type 1 (DID), tristement connu, la seule et unique façon de le soigner est par l'injection d'insuline. Etre diabétiques, c'est donc devoir endurer un traitement extrêmement contraignant jusqu'à la fin de sa vie. (HOUDAN, J, 2006, P, 03).

Plusieurs étude scientifique montre que le diabète est un fléau mondial, dont la modernisation est la première cause, dans le monde le seuil des diabétiques a atteint 50.1% de la population, ce qui rend cette maladie deuxième après l'hypertension-artérielle, et ce qui le rend encore plus complexe se sont les différentes complications chronique qui peuvent s'avérer létal pour l'organisme.

De nombreux chercheurs se sont penchés sur l'étude de la personnalité diabétique et la souffrance psychologique, telle que l'anxiété qui est considéré comme « une disposition de la personnalité à percevoir le monde comme menaçant ». (Naranjo D. Hood K., 2013, p, 40)

D'après May (1977) l'anxiété est une réponse humaine visant à réduire ou détruire des forces telles que l'agressivité, la fatigue, l'ennui et la mort. Pour Lui l'anxiété est « *l'expérience de l'affirmation de soi face à la non-existence* ».

L'anxiété est comme une sensation de malaise face à une expérience anticipée. Elle est liée aux peurs de l'enfance ainsi qu'aux réactions des enfants aux expériences nouvelles. Il est normal pour les enfants d'éprouver une certaine anxiété. Il y a lieu de s'inquiéter, en revanche, lorsque cette anxiété est anormalement intense, quelle se manifeste fréquemment et dans des contextes différents. (Engels N. et al, 2004)

K. Fallstrom (1974) ajoute que les employant des instruments projectifs confirment ses résultats obtenus, qui démontrent que l'anxiété et l'hostilité sont plus élevées chez les personne diabétique.

Ces altérations tirent une partie de leur origine de la psyché, comme le diabète qui a une relation avec la souffrance psychique et parmi ces souffrances psychiques, nous trouvons l'anxiété qui fait l'objet de nos recherches, « L'anxiété est un symptôme fréquent, remplissant une fonction d'alarme, qui éveille le plus souvent un caractère adaptatif ».

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la santé, l'anxiété est « un sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voir d'anéantissement ». (Tamisier et Briand,1999. P 53).

« Etat affectif caractérisé par un sentiment d'inquiétudes, de troubles physiques et psychique, d'atteinte d'un danger devant lequel on est impuissant». (Tamisier et Briand, 1999. P 53).

Lacroix souligne que : « la survenue de la maladie constitue un

événement ni choisi ni désiré, qui annonce la perspective de menaces, parfois vitales, et dont les répercussions au plan émotionnel sont déterminantes ». (Lacroix, 2011, P.33)

Parmi les événements qui peuvent affecter le patient diabétique est l'amputation, qui est une complication provoquée par la négligence ou de la maltraitance des membres inférieurs.

Cet événement, qui représente un grand bouleversement dans la vie des patients et suggère une grande tension et des manifestations anxieuses et qui nécessite une prise en charge afin de réduire les symptômes qui peuvent persister tout au long de cette maladie.

La psychologie est souvent négligée dans la prise en charge des patients diabétiques, mais que les changements dans le niveau corporel apparent peuvent induire une nouvelle tendance psychologique, et la déficience de l'intégrité physique peut avoir des répercussions au niveau de la psyché.

Patrick et Erikson(1993) précisent que la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, des blessures, des traitements ou les politiques de la santé (Lourel, 2007, p.4-17)

Donc la maladie affecte l'être, c'est-à-dire qu'à côté du vécu corporel de celle-ci il y a aussi le vécu psychologique de cette pathologie qui touche un aspect fondamental de la vie pour l'être humain qui est le cœur. À partir de là, nous avons posé les questions suivantes :

- Les personnes diabétiques amputées souffrent-elles d'anxiété lors de la phase préopératoire ?

- Si oui, quel est le degré d'anxiété chez les personnes diabétiques

à amputées ?

2-Hypothèses de recherche

Les personnes diabétiques à amputés souffrent d'anxiété lors de la phase préopératoire.

Les personnes diabétiques à amputés souffrent d'une anxiété sévère lors de la phase préopératoire.

3-Définition et opérationnalisation des concepts clés

Nous commencerons nos recherches en définissant les concepts clés, qui nous guideront dans notre approche théorique et pratique, puis nous essaierons de les rendre opérationnels, concrets.

-Anxiété :

-L'anxiété : Etat émotionnel de tension nerveuse, de peur fort, mal différenciée, et souvent chronique (Bloch H. et al, 2011, p.70)

-L'anxiété : état de malaise, d'agitation de peur de sentiment d'impuissance

-Diabète :

Selon (Khiati) le diabète est un terme d'origine grecque (diabaino) qui signifie passer a travers. Il désigne un état au cours duquel les liquides absorbés semblent traverser immédiatement l'organisme et s'élimine par les urines.

- Diabète : maladie caractérisé par la présence du sucre dans l'urine et dans le sang

-Amputation :

L'amputation consiste à enlever une extrémité du corps, normalement par chirurgie, mais peut parfois être indépendante de la

volonté sous la forme du résultat d'un traumatisme ou le membre est arraché dans notre étude, c'est l'amputation d'un membre inférieur en raison du diabète.

- Amputé : enlever à l'aide d'instruments tranchants un membre, une partie du corps.

4- Les raisons du choix du thème

Les raisons qui nous incitées pour le présent objet de recherche sur anxiété chez les personne diabétiques amputés sont :

- La fréquence de cas souffrant de diabète qui mène à une autre pathologie physique dont l'handicap moteur et cette pathologie «diabète» qui touche différents tranche d'âge d'individu aujourd'hui nous à inciter a s'intéresse de ce dernier.

- L'importance de ce coté psychologique sur le vécu du malade et sur sa maladie.

- La disponibilité de l'échantillon pour réaliser cette recherche sur le terrain.

5- Les objectifs de recherche

L'objectif de notre recherche est de :

- Saisir l'expérience psychologique du patient souffrant d'une maladie chronique qu'est le diabète, évaluer la symptomatologie de l'anxiété chez ses patients, et souligner qu'il existe un ensemble de facteurs qui déclenchent et amplifient le risque de maladies chroniques et en particulier le diabète.

-Décrire le lien entre le diabète et l'amputation.

-L'amputation de cette dernière sera un avenir qui déclenchera et

Cadre méthodologique de la recherche

amplifiera le risque de diabète et aura des répercussions négatives sur la vie de la personne touchée, en particulier sur le plan psychologique de l'anxiété.

- Décrire l'anxiété de ces personnes par rapport à cette maladie.
- Attirer l'attention sur la nécessité de prendre soin de sa personne.

PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE I

LE DIABÈTE

Chapitre I : Le diabète

I- Le coté médical du diabète	15
1-Aperçu historique du diabète	15
2-Définition du diabète	17
3- Les différents types du diabète	17
4- Clinique du diagnostic du diabète	19
5-Epidémiologie du diabète	20
6-Classification du diabète.....	20
7- Les facteurs de risque de diabète	22
8-Les symptômes du diabète.....	22
9-Les traitements du diabète	23
10-La prise en charge médicale de diabète :.....	24
II- Le coté psychologique du diabète	26
1-L'aspect psychologique du diabète	26
2-Le vécu psychologique du diabétique	27
Synthèse.....	30

Préambule

Les maladies chroniques de toute nature peuvent infecter un éventail de personnes de tous âges, comme le diabète, qui affecte un groupe d'âge plus large, à savoir de la naissance à la vieillesse, qu'elle soit héréditaire ou non.

Dans ce chapitre, nous aborderons d'abord le côté médical du diabète, où nous ferons le point sur son histoire, sa définition, sa classification, ses types. Deuxièmement, le côté psychologique du diabète où nous nous concentrerons sur ses aspects psychologiques, afin d'identifier l'influence du diabète sur l'état psychique.

I- L'aspect médical du diabète

1-Aperçu historique du diabète

Le diabète sucré est défini comme une maladie caractérisée par une hyperglycémie pathologique, cette maladie est connue depuis l'antiquité. La première référence au diabète sucré est le « papyrus Ebers », écrit environs 1550 av.j.c, et conservé à l'université de « Leipzig ».

Parmi les nombreuses prescriptions, figurant les remèdes pour le traitement de la polyurie signe de diabète non traité. Cependant sa nature et son origine demeuraient parfaitement mystérieuses. (E. Jouzier, 2007, p160).

La médecine hindou ou la médecine ayurvédique, ancienne tradition médecine indienne, inventent le terme « *urines au miel* », un millénaire avant que les européens, n'ajoutent *mellites* au mot diabète. (E. Jouzier. 2007, p161).

Le père de la médecine grecque « *Hippocrate* » décrit la « maladie de la soif » Sans donner de précisions quant aux causes. Selon « *Galien* »

(131-201, apr. J-C), il s'agit d'une infection des reins qui sont incapables de retenir l'eau.

Avicenne à son tour distingue le goût sucré du résidu brun qui laissent les urines diabétiques. (Ibid, p161).

Au XVIème siècle « *Paracelse* » avance l'hypothèse suivante « *le diabète serait causé par l'accumulation d'un sel nuisible dans l'organisme qui irrite et altère les reins* ». (Ibid, p163).

Au début du XIXème siècle « *Claude Bernard* » considère comme « *le père de la physiologie expérimentale* », découvre la fonction glycogénique du foie et définit une méthode de dosage de glucose dans le sang.

« *Oscar Minkowski* », avec son associé « *Von Mering* » l'ont une découverte constituant une des plus grandes contributions, à notre compréhension du diabète, il montre qu'un mauvais fonctionnement du pancréas cause le diabète une ablation du pancréas subi à rendre les chiens diabétiques. (Ibid., p166).

On trouve aussi « *Nicolas Paulescu* », professeur de physiologie à l'université de Bucarest, contribua à la découverte de l'insuline ayant préparé un extrait pancréatique, qu'il est nommé « *pancreine* », il injecta dans la veine jugulaire d'un chien extraient une réduction du taux de glucose dans le sang. (E. Jouzier, 2007, p167).

Pour « *Banting* », jeune chirurgien canadien, réussit avec l'aide de Best, son jeune collaborateur biochimiste à isoler l'insuline, le projet génome humain a permis le séquençage complet en 2000, la carte de génome humain marque une nouvelle ère en recherche médicale ouvrons la voie au traitement de plusieurs maladies dont le diabète.(Ibid, p168).

2-Définition du diabète

Le diabète est une maladie chronique qui est défini selon l’OMS comme une « glycémie à jeun supérieure a 1,26 g/L a deux reprise, est suffisante pour affirmer le diagnostique, il n’y a pas lieu de demander une hyperglycémie provoquée orale ». (A. Grimaldi et all,2009, p97).

Le diabète est défini aussi comme : « un terme générique désignant un groupe d’affections caractérisées par une polyurie avec polydipsie, on utilise généralement dans le sens de diabète sucré ». (J.Quevauvilliers, 2007, p04).

Selon le dictionnaire médical le diabète est un : « terme désignant plusieurs maladies distinctes qui ont on commun un trouble métabolique d’origine génétique ou hormonale, d’ont la nature est défini par l’épithète qui suit le mot diabète. Employé tout court, il désigne le diabète sucré ». (G. Delamare, 2009, p243).

3-Les différents types du diabète

Les deux premiers types de diabète « diabète de type 1 et diabète de type 2 », sont les plus connus, en fait, ce sont deux maladies différentes à la fois sur la physiopathologie et la clinique.

Le diabète de type 1 : C’est une maladie qui touche préférentiellement les enfants et les jeunes adultes, bien qu’elle puisse survenir parfois plus tard dans la vie. Il n’y a pas de facteur favorisant, ce diabète arrive souvent comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu chez une personne jusque- là en bonne santé. (Jean-Jacques ALTMAN, DR Roxane DUCLOUX, 2014, p .8)

Ce type de diabète impose l’apport extérieur d’insuline c’est pourquoi on l’appelle également diabète insu lino dépendant.

Le diabète insulino dépendant comme son nom l'indique, si l'on est atteint de cette maladie. On devient dépendant d'un apport en insuline car le corps n'est plus capable d'en fabriquer, on doit donc s'injecter plusieurs fois par jour une dose précise en insuline pour compenser la carence de l'organisme. (Menât. E, 2005, p.13)

C'est la forme la plus courante de diabète chez l'enfant et l'adolescent, il s'agit de la destruction de la cellule bêta par les lymphocytes T (les globules blancs intervenant dans le système immunitaire), les symptômes cliniques du diabète se manifestent lors de la destruction d'environ 90% des cellules bêta.

Les cellules manquent d'énergie, l'organisme dégrade les réserves de glucose du foie, des muscles et tissus graisseux, les enfants et adolescents atteints du diabète type 1 ont donc une perte de poids. (Brink, 2011, p.22)

Le diabète de type 2 : Qu'on appelait au paravent « diabète non insulino dépendant » est le plus fréquent des diabètes sucrés ; il en représente environ 90% des cas. (Jean-Jacques ALTMAN, DR Roxane DUCLOUX, 2014, p.16)

Ce type de diabète résulte d'une carence relative de la sécrétion d'insuline. Dans ce cas, le pancréas continue à sécréter de l'insuline, mais cette hormone est devenue moins efficace, le malade doit donc faire régime pour réduire sa glycémie, le diabète non insulino dépendant est parfois appelé « diabète gras » du fait de son lien étroit avec l'obésité et touche surtout les individus après 50 ans. (Brink, 2011, p.14)

Autres types de diabète :

Le diabète se manifeste aussi mais moins fréquemment sous la forme de :

-Diabète associé à la malnutrition : les nourrissons de moins de 6 mois

peuvent développer une forme particulière de diabète appelé « le diabète néonatal » cette forme est relativement rare et due à des anomalies génétiques, il peut être transitoire ou permanent, la plus part des cas de diabète néonatal sont traités par l'insuline. (Brink, 2011, p.23)

-Diabète gestationnel : apparait pendant la grossesse et augmente le risque de macrosomie fœtale, donc accouchement par césarienne, il accroît aussi le risque de malformations ou de mort à la naissance, en outre, la mère et le bébé sont prédisposé à développer un diabète de type 2 plus tard. (Brink, 2011, p.24)

-Diabète médicamenteux : plusieurs médicaments peuvent induire un pré diabète ou un diabète en particulier chez les sujets à risque en inhibant la sécrétion d'insuline ou un bloquant ses effets périphériques. (Martin BUYSSCHAERT, 2006, p.37)

4-Clinique du diagnostic du diabète

À l'état normal, la glycémie fluctue tout au long du nyctémère dans des limites étroites, Chez un sujet non diabétique, elle est de l'ordre de 70 à 80 mg/dl et ne dépasse pas 100 mg/dl à jeun. En période postprandiale, elle reste habituellement inférieure à 140 mg/dl, on indique un diabète sucré lorsque le taux de glycémie plasmatique a jeun est égale ou supérieure a 126mg/dl ou lorsqu'en présence de symptômes clinique, prélevée a un moment quelconque de la journée, elle dépasse 200mg/dl, la présence de plusieurs critères de diagnostic du diabète sucré peut, dans certains cas, amener une certaine équivoque diagnostique, un patient classé comme diabétique par une glycémie supérieure à 2g/L à la 120 minute HPO peut aussi avoir une glycémie à jeun inférieure a 126mg/dl, il est donc utile de préciser, en cas d'ambiguïté l'approche de diagnostic qui a été privilégié. (Grand livre du diabète, 2012).

5-Epidémiologie du diabète

Contrairement à la croyance populaire, le diabète sucré n'est pas l'apanage des personnes économiquement développées payées et des populations suralimentées. C'est une maladie universelle qui touche aussi bien les pays riches que les pays pauvres.

Cependant sa fréquence à travers le monde est très hétérogène allant de 1% en Papouasie à 30% à 40% chez les indiens primitifs ou les micronésiens des îles du Pacifique. Dans les pays occidentaux, le diabète sucré touche 5 à 10% de la population. En Algérie, en absence d'études épidémiologiques rigoureuses, la fréquence du diabète se situe probablement entre 2 à 4%.(S.Khalfa, 2011, p.3)

Quoi qu'il en soit, les analyses épidémiologiques récentes objectivent une tendance à une augmentation globale et « planétaire » de l'incidence de la maladie, en particulier chez les enfants de moins de 15 ans.

Le pic de fréquence de diabète de type 1 se situe autour de la puberté. La moitié des sujets développeront la maladie avant l'âge de 20 ans. Certains malades n'expriment cependant leur pathologie qu'à après l'âge 30-40 ans. Il s'agit alors d'une variante de type 1 appelée LADA (latent auto-immune diabète of the adulte). (Martin BUYSSCHAERT, 2006, p.28).

6-Classification du diabète

Elle distingue principalement le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Cette classification repose sur l'étiopathogénie des deux maladies. Dans le premier cas (diabète de type 1), l'hyperglycémie est due à une carence absolue en insuline, secondaire à une destruction auto-immune des cellules B des îlots de Langerhans. Certains (rares) diabètes de type 1 sont

«idiopathiques» (Martin BUYSSCHAERT, 2006, p.4).

Ce type du diabète est souvent associé avec de multiples signes le caractérisant et bien sur le définissant. « La polyurie -polydipsie » ; le sujet atteint représente une polydipsie jusqu'à en boire une quantité abondante de liquide (4-5L /jr) pour apaiser sa soif, conjuguée certainement avec une polyurie importante ainsi qu'une glycosurie et une cétonurie, quoi que, à l'examen, il s'observe qu'une sécheresse de la bouche, et des muqueuses s'annoncent, bien que le patient se plaigne de boire cette quantité. Parmi d'autres signes, que l'on peut lui attribuer, et souvent très observable, un amaigrissement, une fonte musculaire et grasseuse et une asthénie : une perte de poids remarquable, même une polyphagie. (B.DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p.22)

Dans le second cas (diabète type 2), l'hyperglycémie fait suite à une carence relative en insuline dans le cadre ou non d'un syndrome métabolique avec insu lino résistance. (Martin BUYSSCHAERT, 2006, p.4)

La symptomatologie que l'on peut en représenter, seront presque les mêmes, ou un peu différentes de celles du type 1. De convergence, on trouve une certaine polyurie-polydipsie diurne et/ou nocturne associé à la cétonurie la cétose, et une certaine asthénie et amaigrissement de la masse musculaire et grasseuse. (B.DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p.35)

Le plus souvent et généralement, le type 2 est la forme la plus ciblée chez les adultes mais aussi, de plus en plus, chez les enfants et les adolescents.

Dans ce cas, le pancréas produit et sécrète de l'insuline, mais variable et influence ; « l'organisme est capable de produire de l'insuline, mais soit la quantité produite est insuffisante, soit l'organisme ne réagit

pas l'action de l'insuline » (N.H.CHO et all, 2003, p.23)

7-Les facteurs de risque de diabète

De nombreux facteurs entrent en ligne de compte dans l'apparition d'un diabète; il faut distinguer :

- **Les facteurs héréditaires** : Vrais relevant des lois génétiques, La présence de ces facteurs dans le code génétiques d'un sujet le rendrait plus sensible au diabète surtout en cas de rencontre avec le virus dits « diabétogènes », tel que le virus des oreillons ou de la rubéole.

-**Les facteurs prédisposant** : On regroupe ici toutes les causes relevant du mode de vie de sujets : Obésité, alcoolisme, stress physique ou psychique et infection virales.

- **Les facteurs révélateurs ou déclenchant** : La grossesse n'est pas la cause de diabète mais permet son extériorisation franche.

Hypoglycémie fonctionnelle ; ce syndrome survient souvent chez des sujets qui développeront plus tard un diabète. (B. Damiens- Dollaye, 1985, pp22-23).

8-Les symptômes du diabète

-**Au stade préclinique** : Ils sont absents, l'évaluation de la glycémie à jeun où lors d'un événement HPD relativement tardif dans l'histoire naturelle du type 1, on peut cependant observer dans les mois précédant l'apparition du patient, une diminution de la réponse à l'insuline, en particulier sa phase précoce, lors d'une surcharge de glucose administrée par voie intraveineuse.

-**Au stade clinique** : Les symptômes apparaissent brutalement, par foi à l'occasion de circonstance inter courante par exemple, une infection. Il s'agit surtout d'une polyurie et d'une polydipsie c'est-à-dire le patient se

levé plusieurs fois la nuit pour uriner et boire, d'un amaigrissement en dépit d'une onivore, d'une asthénie et d'une intolérance digestive. La durée des symptômes se compte en jour ou, si le diagnostic est trop retarder, en semaine. L'évolution se fait inévitablement vers l'acidocétose si un traitement par insuline n'est pas instauré. (Martin BUYSSCHAERT, 2006, p.13)

9-Les traitements du diabète

L'insulinothérapie est de loin la principale thérapie actuelle. Il nécessite un dosage flexible qui permet à l'insuline d'exercer son action en réponse à l'absorption des aliments et à l'activité physique.

Un traitement, Il permet un bon contrôle du diabète mais nécessite un environnement médical très spécialisé pour prévenir le risque d'acidocétose qui permet de se produire rapidement à la moindre défaillance technique.

L'insulinothérapie peut causer certains effets secondaires, en particulier l'hyperglycémie si l'insuline est administrée en excès. L'insuline peut rarement provoquer le développement d'anticorps, d'anti-insuline et encore plus rarement de réactions allergiques.

L'insulinothérapie veut atteindre les objectifs glycémiques définis par le diabétologue, cela nécessite d'adapter les doses d'insuline en prévision des besoins ou en compensation d'un déséquilibre glycémique observé lors de l'autosurveillance sanguine quotidienne.

Le plus souvent une consultation de diététique informe le diabétique de l'ensemble des principes permettant un régime adapté des consultations spécialisées régulières sont également requises pour dépister ou contrôler l'évolution des principales sources de complication du diabète. Les hospitalisations sont l'occasion de faire un bilan

approfondi de la santé du diabétique comme de ses connaissances, il semble souhaitable que l'hospitalisation ait lieu régulièrement et non pas seulement en cas de grand déséquilibre de la glycémie, des complications ou l'éventuel accident. (ANNE BETRAN DE BALANA, 2015, p .17)

10-La prise en charge médicale de diabète :

1-Dépistage :

-Dépistage du diabète de type 1 : La présence dans une majorité de cas de symptôme évocateurs (polyurie, polydipsie, amaigrissement) rend aisé le diagnostic de diabète de type 1. Dans l'optique éventuelle de futur traitement préventif immo modulateurs, il sera utile pour le clinicien d'identifier les sujet à risque de développer la maladie. Et ce au stade asymptomatique de la « normo glycémie ».Seront particulièrement concernées les apparentés directs de diabétique et /ou des sujets présentant des stigmates d'auto-immunité extra-pancréatique.

Le dépistage repose sur la mise en évidence d'une altération de l'insu lino sécrétion et la présence de marqueurs génétique et immunologique (Anti corps anti-ilots).

-Dépistage du diabète de type 2 : Le diabète de type 2, souvent asymptomatique, reste long temps méconnu. Sa prévalence élevée justifie systématiquement son dépistage, au moins une fois par un chez tous les sujets à risque, en particulier au-delà de 45 ans. Surtout s'ils ont des antécédents familiaux de diabète et/ou des antécédents personnels d'obésité, d'altération de l'homéostasie glucidique, d'hypertension et/ou de dyslipidémie, on soupçonne également un diabète face à des infections récidivantes et à des complications chroniques astériques, micro-angiopathie ou neuropathie inexplicées. Le dépistage le plus faible

repose sur une glycémie à jeun et /ou sur L'HPO. Un dépistage basé sur la glycosurie est obsolète. (Martin BUSSYCHAERT, 2006, p.33)

2- L'anamnèse : L'interrogatoire est un des moments forts de suivi du diabétique. Les antécédents médicaux du patient, sa vie privée et socio professionnelle sont des informations importantes à documenter : une maladie, un tracas familial, des examens et/ou une modification d'horaire de travail sont susceptible de déséquilibrer un diabète. Le médecin fait aussi préciser au patient son activité physique et sportive, les conditions de son alimentation et la prise éventuelle de médicament hyperglycémiant. Il recherche un syndrome des apnées du sommeil il analyse les résultats d'auto surveillance glycémique ambulatoire ainsi que les incident éventuels.

Il vérifie si les modifications de traitement ont été adéquates. Enfin, il s'informe des signes évocateurs de complication chronique. Ce dialogue se situe dans le contexte particulier d'une relation « médecin malade » et d'une pathologie « chronique », avec ses exigences d'écoute, d'information, d'éducation et si nécessaire d'aide psychologique. (Martin BUYSSCHAERT, 2006, p.34)

3-L'examen clinique : L'examen clinique peut être normal. Il est primordial de mesurer le poids et la taille, ainsi que le tour de taille. L'évolution du poids et du périmètre abdominal est un témoin de l'efficacité du traitement. Un malade qui maigrit suit bien son régime.

Hypocalorique au s'il présente un diabète de type 1, n'est pas correctement traité. Au contraire un diabétique que grossit ne respecte pas ses prescriptions diététiques ou est sur dosé en insuline et/ou en insu lino stimulants (à moins qu'il ne reçoive une glitazone). L'évolution de la taille est aussi importante chez l'enfant. Si non traitement insulinique est indiquant, il grandit mal et restera « un petit adulte ». L'attention sera

encore attirée par la peau et les muqueuses, les mains, les pieds, la pression artérielle en position couchée ou debout. Les souffles vasculaires, les pouls périphérique ainsi que par les réflexes ostéo-tendineux, la sensibilité au diapason du dos du tarse et au mono filament à la voite plantaire. La recherche d'une lipo dystrophie est essentielle. La surveillance des dents et de bouche fait également partie du bilan.

4-Examen spécialisés complémentaires : L'examen ophtalmologique du fond d'oeil (pubelle dilatées) est effectué au moins une fois l'an. Il sera éventuellement complet par une angiographie à la fluorescéine. Une électro myographie étayera le diagnostic et neuropathie périphérique qui reste néanmoins avant tout anamnétique et clinique.

Dans certains cas, il faudra aussi confirmer une atteinte autonome .Il est indispensable de dépister un coron apathie (silencieuse) et/ ou artérite des membres inférieures, en particulier chez les sujets à risque.

Enfin, le diabétique doit consulter régulièrement un dentiste et la diabétique, un fois l'an, un gynécologue. (Martin BUYSSCHAERT, 2006, p.33 .34.35)

II- L'aspect psychologique du diabète

1-Le coté psychologique du diabète

La prise en charge d'une maladie chronique peut être difficile, d'où l'importance d'élaborer des stratégies de gestion efficaces pour assurer la santé et l'équilibre. Le diabète de type 1 est l'une des maladies chroniques les plus courantes chez les enfants qui nécessite une administration fréquente d'insuline, une activité psychique, des rendez-vous réguliers... etc. ces tâches exigeantes peuvent être dérangeantes et stressantes et causer à l'enfant diabétique et à sa famille une série de stress. Les enfants atteints de diabète connaissent des taux de dépression

et de problèmes émotionnels, ce qui entraîne des difficultés à contrôler le diabète.

2-Le vécu psychologique du diabétique

Toute attente corporelle, qu'il s'agisse d'un handicap ou d'une maladie chronique, a des dommages et des influences sur la vie du patient. Des manifestations peuvent survenir, peu de temps après et même dans certains cas, une période de temps, à l'annonce du diabète, et avoir un impact sur la vie quotidienne des patients diabétiques, entre sur le plan psychologique.

-les phases d'acceptation du diabète :

Accepter, d'ailleurs un incident et une répercussion négative du quotidien, qui nous arrivent et nous procurant de l'anxiété du stress, c'est déjà une tâche à en faire part sérieusement et une conscience en plein gré de la personne, chose plus éminente si l'on renvoie à une maladie chronique quelconque que telle que le diabète.

Les phases de l'acceptation du diabète sont difficilement et durement approuvées ; comparable au cycle du deuil de FREUD, elles s'orientent vers quelques capacités de la personne malade, des attitudes qui ne sont pas données à tout le monde. Pour franchir vraiment ces étapes, fallait-il qu'elle la personne diabétique possède un certain estime et une confiance en soi et aux soignants et une certain croyance dans les relations sociales à être un soutien et un aide. (M.POPELIER, 2006, p.77)

Le cycle d'acceptation se résume sous huit points et attitudes du malade :

-La phase du choc : c'est la première étape, elle résulte par l'annonce de la maladie, et dans laquelle le patient est surpris et angoissé, le fait de savoir qu'il est atteint, il serait inadmissible.

-La phase de dénégation : le patient ici se détache de sa maladie en se convaincant qu'il ya des maladies plus graves et plus capricieuses et plus fastidieuse que celle qu'il a ; il la banalise en niant tout simplement son degré de gravité et des complications qu'elle génère.

-La phase de révolte : généralement, le patient dans cette phase, se met dans un état d'irritabilité sévère et de colère, soit un état agressif, et le plus souvent, un état d'alerte :

Il se sent attaquer et menacer ; il revendique la cause de l'atteinte et c'était à qui la faute, surtout, il cherche la cause et l'objet inconscient de sa révolte.

-La phase de marchandage : A ce moment, il est plutôt collaborant et attentif aux instructions mais avec une certaine anticipation et manipulation dirigée au préalable vers ses intérêts et ses intentions : souvent il négocie des points secondaires, ce qu'il rend parfois irritable et il est généralement finit par remettre en question toutes ces instructions ordonnées.

-La phase de dépression : cette étape est primordiale, car elle apprête, celle qui suit, ce qui est l'acceptation, le patient est triste et méditatif .A cet instant, il manifeste deux attitudes, l'une d'elles est une dépression réactionnelle due à la perte de la sainteté de son corps, et de la perception de soi. La deuxième, comme nous l'avons mentionné, est une succession dépressive et de chagrin, qui sera préparatoire à la phase d'acceptation.

-La phase d'acceptation : sur le plan d'un état privé de sentiment, le malade est tranquille et très collaborant, encore très persuasif à vivre le plus normalement en la présence du diabète.

-La phase de résignation : sous une aptitude de régner et d'espoir, le patient est passif et docile, il obéit aux instructions et dévoue aux

médecins.

-La phase pseudo-acceptation : souvent la personne atteint, soit du diabète ou d'autre maladie, le vit comme une menace ou un danger excessif sur la vie, et plus précisément, sur son intégrité sociale et professionnelle même ; un refus consciemment de se sentir malade et d'en soumettre aux instructions. C'est d'ailleurs 25% des diabétiques manifestent ce trouble quasiment psychologique, de refuser d'être diabétique. (A.GRIMALDI, 2005, p.129) ;(J.L.PEDINELLI, 2005, p.43)

Parfois, dans certain cas d'attitude du diabète, les patients oublient ce qu'ils ont une oublie substitutif de l'état silencieux de l'atteint peut faire croire une désactivation et une dissimulation des manifestations de la maladie, cependant, en cas de prise médicamenteuse contraignante, cette quiétude silencieuse de la maladie aboutit à un état péjoratif, une réactivation du traumatisme et une apparition des effets secondaires. (G.N.FISCHER, 2002, p.236)

L'inconnaissance de la maladie diabétique ainsi que l'inconscience de ses complications mettent l'enfant dans une souffrance liée aux souvenirs attributifs aux premiers contacts avec la maladie ordonnée ; des souvenirs survenus lors du traitement et essentiellement lors de son hospitalisation brutale, peuvent être validés comme des chocs permanents, des angoisses et des peurs, accentués sur son premier contact avec le diabète. La peur d'être piqué, souvent était sous une prise de sang, une pose de perfusion et un traitement par insuline. (F.MANNA, S.TERUYA TERAN, 2013, p.112)

L'annonce à un couple de parents, d'un diabète observable.il est un véritable traumatisme pour toute la famille les parents traversent des sentiments contradictoires le choc, le déni, la peur, la colère, la tristesse, la culpabilité, le comportement de surprotection envers l'enfant, mais

aussi l'attitude de rejet et d'hospitalité.

Le diagnostic du diabète a aussi un impact sur la représentation des parents de leurs enfant et font preuve de deuil, soit une perte de l'enfant parfait fantasmé durant la grossesse, soit une perte de l'enfant normal qu'ils connaissent déjà. (D.GRAS, 2009, p.6)

L'opportunité que soit adéquate à suivre dans l'annonce du diabète chez un enfant sera d'approcher ses parents et sa famille, c'est d'ailleurs « un moment clé ». Ce premier contact est une occasion essentielle de faire comprendre aux parents et la famille, puis à l'enfant les objectifs et les règles basiques du traitement du diabète, notamment l'intégration de la famille à l'équipe thérapeutique, tout en mettant l'accent sur ses dimensions caractéristiques. (S.J.Brink et All, 2011, p.102)

L'apparition de la maladie chez l'enfant exige aux parents une accommodation et une réorganisation des nouvelles conditions et de nouveaux modes de vie à savoir des tâches excessivement multiples et complexes (procurer les soins nécessaires...), de gérer l'angoisse et d'en réguler leur souffrance, des contraintes et de nouvelles responsabilités difficile à gérer ou à délaissé.

Le diabète s'applique aussi sur l'organisation de la famille, son impact sur la fratrie est très observé, les conséquences les plus attitrées sont des sentiments ambivalentes qui varient entre : la tristesse, l'anxiété et la culpabilité d'être en bonne santé, et soit la solitude, la colère et la jalousie envers l'enfant malade que les parents s'occupe. (D.Gras,2009, p.9)

Synthèse

Durant ce chapitre nous avons présenté le diabète d'une manière approfondie et tout en explorant tout les aspects biologique, médical et

psychologique, en présentant le vécu psychologique des patients diabétiques face au diabète.

CHAPITRE II

L'AMPUTATION

Chapitre II : L'amputation

1-Aperçu historique de l'amputation.....	34
2-Définition de l'amputation.....	36
3-Les causes de l'amputation.....	37
4-les conséquences de l'amputation.....	38
5-Les Types d'amputations.....	39
6-Nécessité d'amputé.....	40
7-Les facteurs de risques.....	41
8-Le déroulement de l'intervention chirurgicale (amputation).....	42
9-Le vécu psychologique de l'amputation.....	43
Synthèse.....	46

1-Aperçu historique de l'amputation

Au Moyen Âge, l'homme utilisait des méthodes douloureuses et choquantes pour traiter de nombreuses maladies incurables. Les hauts gradés étaient exécutés par des barbiers, des médecins qui se sont formés à ce métier au fil du temps, avant que les sciences médicales modernes ne soient atteintes.

L'écrivaine Natalia Zalko a également confirmé - dans un rapport publié par le site Internet russe "FPR" - qu'au Moyen Âge, les gens n'étaient pas traités de manière équitable, et que seuls les nobles étaient soignés par de vrais médecins, tandis que le grand public était soigné par des médecins non spécialistes, ils travaillaient comme barbiers.

Les méthodes approuvées de traitement du grand public sont l'effusion de sang, les sangsues, les extractions de dents, les amputations de membres et d'autres méthodes dures, sans donner au patient un anesthésique ou un analgésique, afin que les douleurs causées par ces méthodes soient soulagées.

D'autre part, les médecins qui travaillaient à l'origine comme barbiers n'ont pas reçu de formation universitaire dans le domaine de la médecine, ce qui leur permettrait de pratiquer le travail de barrer les membres.

La médecine est une tâche que les médecins instruits refusent d'accomplir après des années de formation chez un barbier, en traitant les plaies ouvertes, les brûlures, les éruptions cutanées, les fractures, les maladies sexuellement transmissibles, les maladies de la peau, les maladies infectieuses et d'autres maux.

Alors que les barbiers effectuent également des amputations et repassent des patients, et au fil du temps, ils ont pu améliorer et affiner

leurs compétences en médecine pratique; Cela leur a permis de rivaliser avec l'élite des médecins instruits

De sorte qu'ils dépendent de la méthode de diagnostic de la maladie en fonction de la couleur, de l'odeur et du goût de l'urine, la plus courante au Moyen Âge, tandis que le sang corrompu est tiré du corps à l'aide de sangsues, et plus tard les barbiers ont commencé à inciser le corps du patient et blesser sa veine pour le traitement, afin de commencer le processus d'amputation

L'écrivain rapporte que les premiers barbiers qui pratiquaient la chirurgie au Moyen Âge sont apparus dans les monastères de toute l'Europe, qui employaient en l'an 1000 après JC des personnes qui maîtrisaient ce métier

Au fil du temps, les barbiers ont été autorisés à effectuer des opérations médicales, telles que l'extraction de mauvais sang grâce à l'utilisation de sangsues, avant que les monastères catholiques d'Europe n'ouvrent des hôpitaux pour les pauvres, ce qui a contribué à l'expansion du travail des barbiers

Et au XIIIe siècle, une loi a été promulguée en France obligeant les médecins universitaires à prêter serment de ne pratiquer aucune chirurgie, ce qui a accru l'activité des barbiers, qui ont commencé à pratiquer des chirurgies dans les monastères et les villes

En l'an 1375 après JC, le travail des barbiers a été réglementé en les divisant en deux catégories: la première comprend les barbiers ordinaires qui ont le droit de coiffer les gens, et la seconde les barbiers qui peuvent pratiquer la chirurgie, tandis qu'un décret a été publié obligeant les barbiers qui veulent s'engager dans la pratique médicale pour obtenir une licence

Bien que les barbiers aient réussi à améliorer leurs méthodes de traitement au fil des ans, ces méthodes devenaient de plus en plus dures.

2-Définition de l'amputation

L'amputation se définit comme « une séparation brutale, accidentelle Ou chirurgicale. Du restant du corps, d'un membre ou de l'extrémité d'un membre» (Semler-Collery, Buisson-Marchal, Lignon, & Soyer, 2013, p.80)

Plus spécifiquement « *L'amputation chirurgicale est un acte de dernier recours et souvent entrepris dans un contexte d'urgence. Cependant différentes chirurgies vasculaires et traumatiques chez l'amputé être effectuées avant cette ultime décision*». (Simley-Collery, al.2013, p.93)

Définition du membre inférieur « *Désigne les membres de la locomotion, permettant aux humains de se soutenir et de se déplacer d'un endroit à un autre en marchant.* »(Wavreille, 2008, p.13)

Les raisons qui ramène la personne à subir amputer se sépare en deux catégorie bien distinct les amputations médicales aussi appelée amputation non traumatique qui est considéré comme dernier recours du traitement, et l'amputation traumatique qui est non programme et non préparé ni par le corps médical ni par le concerné.

-Amputation traumatique : Elles Sont effectuées à la suite de situations imprévues où d'accidents physiques qui amènent le sujet à devoir subir une amputation sans qu'il N'en soit psychiquement préparé. (Orthopédie, traumatologie,2008)

-Amputation non traumatique : L'amputation est définie par l'ablation d'un membre ou d'un segment de membre ou bien le retranchement important d'un élément faisant parti d'un tout. L'amputation majeure

d'un Membre inférieur implique un sacrifice talonnière, l'amputation semble inévitable et elle représente généralement la dernière voie possible après de nombreux traitements médicaux inscrits dans le cadre d'une maladie chronique qui résistent aux médicaments ou la chirurgie. (Orthopédie, traumatologie,2008).

3-Les causes de l'amputation

Le mouvement du sang se produit à travers les vaisseaux sanguins vers les organes du corps, y compris les jambes, pour lui fournir du sang et de l'oxygène afin qu'il puisse remplir pleinement sa fonction. Dans certains cas, tout blocage des artères peut causer beaucoup de dommages au membre, ce qui peut parfois conduire à son amputation, et le blocage des artères est généralement dû à plusieurs raisons, dont la plupart sont pathologiques.

Spasme des organes du corps : le diabète chez la personne atteinte entraîne des lésions de ses organes avec une neuropathie périphérique, une perte de sensation, des douleurs intenses et une température élevée
Infection de la peau avec ulcères : L'homme affecté chez un patient diabétique peut commencer à produire des ulcères en exerçant une forte pression sur eux ou parce que l'homme est exposé à des températures élevées.

Malformations congénitales : une petite partie des personnes qui ont du diabète peut souffrir la plupart du temps de l'absence d'un membre, voire d'une taille différente de la taille normale des organes, donc cet organe est automatiquement considéré comme amputé car il est devenu en besoin membres artificiels

Mais aussi les problèmes de santé et esthétiques que nous avons déjà mentionnés, il ne faut jamais oublier que la cause de l'amputation

d'une jambe peut être des blessures liées à des accidents de voiture, des sports violents ou des tumeurs qui affectent les os. Se débarrasser de la tumeur et traiter les blessés.



Figure n° 1 : blocage du sang dans les artères d'orteil

4-les conséquences de l'amputation

Comme toute intervention chirurgicale, l'amputation peut entraîner des complications et des effets secondaires potentiels qui dépendent de l'âge du patient, de son état de santé et de bien d'autres facteurs.

Voici quelques complications potentielles :

Thrombose veineuse profonde: Problèmes cardiaques et du système circulatoire, tels que :

Une crise cardiaque, Inflammation du site d'amputation ou de la plaie qui ne cicatrise pas, Douleur du membre fantôme, où le patient a l'impression que son membre amputé est toujours attaché à son corps et lui fait mal.

Pneumonie : Sensation de chaleur anormale, rougeur ou douceur de la

peau au niveau de la zone d'amputation. Liquide ou pus et pus s'écoulant de la zone de la blessure. Augmentation de l'enflure de la zone d'amputation au fil du temps. Il convient de noter que les complications ci-dessus sont rares chez les personnes ayant déjà subi une amputation planifiée.

5-Les Types d'amputations

Amputation mineur : Amputation d'orteils ou partielle d'orteils Il faut privilégier la résection la plus économique possible notamment en cas de pied neuropathique : ablation d'une seule phalange ou de deux phalanges sont souvent possibles et évite la désorganisation secondaire des orteils contigus. (Pied diabétique, 2008)

Amputation majeurs : Une amputation majeure est le plus souvent faite pour traiter une nécrose ischémique ou des douleurs ischémique sévères et en l'absence de possibilité de revascularisation, de traitement médical des douleurs et d'impossibilité de faire une amputation mineure. Une autre indication est l'infection sévère extensive du pied neuropathique non contrôlé par un débridement chirurgical et par l'antibiothérapie adaptée et optimisée. Cette indication est liée le plus souvent à un traitement trop tardif ou inadéquat d'une plaie ayant un potentiel de cicatrisation excellent mais mal traitée. Certains pieds de Charcot avec déformations majeures notamment de la Talo crurale ou de la calcanéocuboïdienne, incompatibles avec la marche sans ulcérations, même avec une chaussure thérapeutique sur mesure faite dans une équipe spécialisée, peuvent être une indication une amputation majeure. (Pied diabétique,2008)



Figure n° 2 : progrès du diabète a amputé

6-Nécessité d'amputé

La prise en charge rapide et adéquate des plaies permet d'éviter et d'avoir le besoin de la chirurgie, par ailleurs dans certain cas lorsque la situation est jugée trop évoluée et le chirurgien va participer à une prise en charge qui même si elle laisse des séquelles, permettra de guérir.

Dans le cas si la plaie est sévèrement infectée avec une septicémie qui menace l'existence du malade il faut intervenir en urgence enlevé les tissus malade ou plus encore si une artère s'est bouchée et qu'un orteil est devenue complètement noir car il ne reçoit plus de sang on doit parfois l'enlevé chirurgicalement. (Havan,2008, p.84)



Figure n° 3 : Pieds qui nécessitent une amputation

7- Les factures de risques

Les facteurs de risque sont la polyneuropathie périphérique des nerfs situés dans le système nerveux périphérique, la maladie artérielle obstructive des membres inférieurs et la maladie des infections des artères des membres inférieurs.

La neuropathie diabétique, surtout caractérisée par la perte de la sensibilité à la douleur, prédispose à des traumatismes et à des lésions du pied non ressentis : corps étranger dans le soulier, ampoules, coupures et hyperkératose. Cette perte de la sensibilité explique le retard de la prise en charge rapide et favorisera la surinfection. L'évolution vers une atteinte des structures profondes en présence d'une artériopathie est quasi certaine entraînant cellulite, ostéite, ostéomyélite et gangrène. (Grand livre du diabète, 2012)

8-Le déroulement de l'intervention chirurgicale (amputation)

Premier étape :

-Bilan préopératoire : À moins que vous n'ayez besoin d'une amputation d'urgence, vous serez entièrement évalué avant la chirurgie afin de déterminer le type d'amputation le plus approprié et tout facteur susceptible d'affecter votre réadaptation. L'évaluation est susceptible d'inclure.

-Examen médical complet : évaluation de la condition physique, de l'état nutritionnel, des fonctions intestinale, vésicale, cardiovasculaire et respiratoire.

-Évaluation de l'état et de la fonction du membre sain : L'ablation d'un membre peut exercer une pression supplémentaire sur le membre résiduel, il est donc important que vous preniez soin des membres sains.

-Évaluation psychologique : pour déterminer dans quelle mesure vous pouvez gérer l'impact psychologique et émotionnel de l'amputation et si vous aurez besoin d'un soutien supplémentaire.

Deuxième étapes : Les amputations peuvent être réalisées sous anesthésie générale ou avec une péridurale qui engourdit la moitié inférieure du corps. Une fois le membre retiré, un certain nombre de techniques supplémentaires peuvent être utilisées pour aider à améliorer la fonction du membre résiduel et réduire le risque de complications.

Troisième étape : Après l'amputation, votre plaie sera fermée avec des points de suture ou des agrafes chirurgicales, elle sera recouverte d'un pansement et un tube pourra être placé sous la peau pour drainer tout excès de liquide. Le pansement doit généralement être maintenu en place pendant quelques jours pour réduire le risque d'infection

Quatrième étape : Rééducation après amputation La réadaptation

physique est une partie importante du processus de rétablissement, et cela peut être un processus long, difficile et frustrant, mais il est important de persévérer après la réadaptation, vous devriez pouvoir retourner au travail et à d'autres activités.

9-Le vécu psychologique de l'amputation

1. Annonce de l'amputation : Il n'existe pas de méthodes ou bien une technique à pouvoir annoncer le diagnostic de l'amputation à un patient cependant le corps médical en est obligé de se fait l'équipe soignante doit scrupuleusement choisir les mots adéquats en se référant toujours à la conséquence de la neuropathie si le patient refuse l'amputation, L'annonce du diagnostic est donc un moment clef celui qui fait basculer le sujet du monde des bien portants à celui des malades en sursis et c'est le basculement dans l'incertitude.

2. Le choc de l'annonce : Le choc est défini comme « *Toute modification brusque et rapide de l'équilibre nerveux et humoral, constitue un choc* ». Selon la psychanalyste Joyce McDougall, le sentiment d'identité s'appuie sur la conviction que l'on vit à l'intérieur de l'enveloppe charnelle et la certitude que le corps et le soi sont indissociables. (Delay , Pichot ,1990, p.290)

L'inimaginable surgit avec angoisse et coupure d'une partie de soi, Le sujet doit faire face non seulement à la révélation soudaine du diagnostic de l'amputation et la réalité et de sa vulnérabilité et à des traitements pénibles souvent mutilants mais aussi à la désobjectivisations du monde médical.

3. Répercussion psychique de l'amputation (image du corps et schéma corporel altéré) : Lors de l'amputation l'image corporelle ainsi que le schéma corporel que l'individu a développé depuis son enfance, se

voie altéré et ceci diffère d'un sujet à un autre, la perte d'un membre inférieur (orteil, pied) amène la psyché de l'individu à modifier d'une manière instantanée suite à un processus d'adaptation la structure du schéma corporel ainsi que l'image de corps, le processus d'adaptation amène le patient à refouler la partie malade et jugée néfaste pour l'intégralité du corps et s'intègre plus naturellement à la vie sociale sans occulter les autres difficultés liées à son handicap.

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.

L'image de soi est liée à l'image corporelle. La modification de l'un modifie l'autre, l'être tout vécu en relation avec soi-même et par rapport aux autres avec lesquels on est en relation humaine, affective. L'amputation d'un membre inférieur modifiera la marche et les capacités physiques du sujet, ce qui peut l'obliger à changer de profession, à reconsidérer ses relations émotionnelles avec ce corps mutilé. Cela soulève le problème de la remise en question de l'identité par la modification corporelle et l'acceptation d'une nouvelle identité habitant ce corps et se reconnectant, à partir de là, avec l'environnement émotionnel 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, le corps, 1995)

4. Le deuil du membre : Le deuil est défini comme « une réaction affective très forte à un événement majeur de la vie chez la personne qui vit la perte d'un être cher, d'une fonction importante de son corps, d'un

membre, de son autonomie personnelle, de sa vie, de son couple ou de son travail.» (Phaneuf,2016, p.04)

Après la perte obligatoire d'un membre suite à une intervention chirurgicale le sujet s'estime anéanti du fait qu'il n'a pas conservé la totalité de son corps.

Elizabeth kubler-ross en se basant sur l'analyse du comportement de personnes mourante puis par extension vers leur famille établa un modèle de deuil en cinq étapes.

-Le déni : La patient étant amputé refuse de faire à la réalité cette étape est généralement caractérisé par une courte durée.

-L'agressivité et la révolte : Phase suivant l'état de dénégation le sujet est généralement en état de colère et émotionnellement anéanti se pose des questions (c'est de la faute de qui ...) (pourquoi moi, pourquoi pas un autre).

-Le marchandage : Le sujet se projette dans l'avenir essayant d'assimilé sa situation nouvelle Il rentre en négociation avec son entourage et le personnel soignant : «*Comment trouver un arrangement avec le changement?* ».

-La dépression : Dans ce cas le terme dépression ne désigne pas la maladie en elle-même mais un fort sentiment de tristesse qui submerge le sujet par le fait de constaté une perte définitive d'un membre.

-L'acceptation : Le sujet commence a saisir sa modification que son corps a subi, un nouveau sentiment apparait, celui de reprendre gout a la vie.

D'un point de vue subjective Elizabeth kubler-ross (le patient amputé ne sera jamais dans la phase d'acceptation mais plutôt dans celle d'adaptation). (Kubler-ross.E.D, Kessler.D, 2011)

Synthèse

Diabète constitue un fléau de santé touchant toutes les sociétés sans exception, dont la prévalence prend de l'ampleur de jours en jours, ainsi que face à l'amputation qui se révèle un événement qui peut chambouler la vie de ces personnes.

CHAPITRE III
L'ANXIÉTÉ
PRÉOPÉRATOIRE

Chapitre III : L'anxiété préopératoire

Préambule	49
1-Aperçu historique sur l'anxiété préopératoire	49
2-définition de l'anxiété préopératoire	51
3-l'anxiété normale et anormale.....	52
4 -les concepts liée a l'anxiété	53
5- L'étiologie de l'anxiété :.....	55
6. Les différents troubles anxieux :	56
7 -Les modèles théoriques de l'anxiété	59
8-Les types de l'anxiété	60
9- La symptomatologie anxieuse.....	61
10-classification de DSM IV ou CIM10.....	63
11- Tests psychologique :	63
Synthèse.....	65

Préambule

Tout au long de ces quinze dernières années, les différentes pathologies liées à l'anxiété et aux troubles anxieux représentent les syndromes cliniques les plus remaniés au sein des dernières versions des manuels diagnostiques des troubles mentaux. (Piazzolla, 2007, p.61)

L'anxiété est au départ un phénomène parfaitement normal chez tout être humain. C'est un mélange d'inquiétude et d'inconfort que tout le monde ressent de temps en temps, par exemple à la veille d'un examen ou d'une présentation, il est normal de se sentir un peu anxieux. L'anxiété est donc une réaction normale à un danger potentiel.

Dans ce chapitre en va explorer l'anxiété d'une manière approfondie en mettant l'accent sur les différents types d'anxiété et en explorant la normale, la pathologie et des différents concepts.

1-Aperçu historique sur l'anxiété préopératoire

Historiquement, dans un symposium sur l'anxiété, en Allemagne, il y a une décennie. Le rapporteur sur « l'angoisse dans la littérature » a souligné que les sentiments anxieux n'apparaissent qu'à la fin du 18^{ème} siècle, en particulier dans le roman noir gothique anglais. Dans le pré-romantisme, comme un printemps d'intérêt.

Désormais les œuvres imaginatives attiraient en provoquant l'angoisse, appréhension sans cause réelle, une de ses amies pouvait alors écrire à Voltaire : « je n'y crois pas, mais j'en ai peur ». (Savelli, 2005, p.2). Il existe un sentiment de peur vis-à-vis de dangers permanents, pour cet historien, la description de la peur sans objet, l'anxiété, est apparue lorsque a disparu la vraie peur, avec l'augmentation de la sécurité générale.

On sait que l'anxiété névrotique augmente dans la mesure où la peur diminue. En épidémiologie psychiatrique, un seul facteur qui diminue l'anxiété névrotique est la guerre (par ce qu'elle est remplacée par la peur d'un danger réel).

L'anxiété est peut être ce dont on paye la sécurité, de même que la délinquance est peut être ce dont on paye l'abondance. Si l'anxiété est devenue le symptôme centrale de la psychopathologie, c'est là une donnée récente. Au 18ème siècle. La première classification des peurs avec le dictionnaire de médecine de Lavoisier en 1771, ne l'évoquent pas, dans la littérature psychiatrique française, le mot anxiété n'est mentionné au 19ème siècle que trois fois et toujours à propos de la mélancolie. (Savelli, 2005, p.3)

En 1871, Freud parlait de névrose d'angoisse dont l'une des manifestations était l'attaque d'angoisse. selon lui, le mécanisme de la névrose d'angoisse est à chercher dans la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation qui en est la conséquence. (Freud, 1999, p.40)

En 1899 .Kraepelin, psychiatre allemand, affirme dans son traité de psychiatrie « que le trouble affectif le plus important rencontré chez ses malades, c'est l'anxiété ».

En France, 1902, La Lannes, au congrès des aliénistes de langue française déclare « il faut arriver à ces derniers temps pour avoir assigné à l'angoisse sa vraie place et son véritable rôle ».

Puis, en 1915, Freud a été le premier à définir les bases psychologiques de l'anxiété dans son approche psycho-dynamique.

Depuis cette date, sous l'influence des cliniciens mais surtout au début des psychanalystes et phénoménologues, l'anxiété a pris une place de premier plan. (Savelli, 2005, p .4)

La psychologie des névroses nous a montré que lorsque des désirs ont subi un refoulement, Leur libido se transforme en angoisse. (Freud, 1912, p.55).

2-définition de l'anxiété préopératoire

L'anxiété est un état émotionnel qui possède la qualité subjectif expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, diriger vers le futur, parfois exagérée par apport a la menace, et inclus les symptômes corporels subjectif et manifestes. (Berrada S et Al. 2010, p252)

L'anxiété est une tension résultant d'une appréhension de la crainte d'un danger, parfois mal défini ou inexplicable, perçu comme imminent. (A.H.Stroud, 1997, p, 15)

L'anxiété se défini comme « un état psychologique et physiologique caractérise par des composants somatique, émotionnels, cognitives, et comportementaux. En l'absence ou présence de stress psychologique, l'anxiété peut créer des sentiments de peur, d'inquiétude, de difficulté et de crainte ». (M. Ferreri, 1998, P.09)

2-1-l'anxiété préopératoire chez les diabétique :

L'anxiété préopératoire est une réaction courante chez les patients admis a l'hôpital pour une intervention chirurgical. Il peut être décrit comme un état désagréable de tension ou de malaise qui résulte des doutes ou des peurs du patient avant l'opération.

2-2- l'anxiété chez les diabétiques amputé :

l'anxiété après la chirurgie enlever un membre une partie du corps est courante chez les diabétiques amputé les symptômes d'anxiété peuvent être liés à des facteurs tels que réaction à l'anesthésie prise d'antibiotique douleur et inconfort pendant la convalescence réactions corporelles à la prise d'analgésiques stress physique mental et émotionnel résultant de la chirurgie et l'une des causes les plus importantes d'anxiété accrue après l'opération est la possibilité de décès.

3- l'anxiété normale et anormale

L'anxiété est une émotion naturelle, vécue par chacun de nous, mais dont la gravité et la fréquence varient.

L'appréhension d'événements douloureux a provoqué cette réaction émotionnelle. Contrairement à ce qui se passe en cas de peur. La menace semble ici plus diffuse, plus lointaine ou plus vague. L'anxiété remplit la même fonction que les réactions d'alarme et de peur: elle attire l'attention sur une menace ou un danger, prépare le corps à agir afin d'apporter un changement.

L'anxiété et la peur sont des expériences si courantes chez les humains que n'importe qui pourrait donner des exemples personnels. L'anxiété fait partie de la nature humaine, c'est une réponse normale au stress quotidien, dans certains cas, elle améliore même les performances. Lorsque l'anxiété est vécue avec modération, elle peut motiver l'individu et le pousser à se dépasser.

L'anxiété est considérée comme anormale lorsqu'elle n'est liée à aucune cause évidente ou identifiable et lorsqu'elle devient chronique. Dans la plupart des cas, les périodes d'anxiété intense s'allongent avec des périodes d'apaisement relatif.

Certaines des personnes touchées par les troubles anxieux ont réussi à vivre plus ou moins normalement. Cependant, l'anxiété peut être si dérangeante qu'elle finit par servir d'activités de questionnaire et causer différentes différences conjugales, familiales, professionnelles et financières, lorsque l'anxiété est pathologique ou rend l'individu dysfonctionnel, ou parle de trouble anxieux ou de différents types de manifestations anxieuses.

Une bonne façon de distinguer l'anxiété normale de l'anxiété anormale est d'analyser les conséquences de cette émotion sur la qualité de vie de l'individu anxieux et de ceux qui l'entourent.

Des conséquences néfastes sur le travail et la vie relationnelle de l'individu, sa détresse, sa souffrance, son sentiment d'impuissance à contrôler ses symptômes ainsi que la durée du trouble (en général au-delà de six mois) établissent le seuil de la pathologie. (Lodouceur R et Marchand A et Boisvert J-M, 1999 pp02-03).

4 -les concepts liée a l'anxiété

Plusieurs concepts sont laissés avec le concept d'anxiété tels que le stress et l'anxiété: Les deux sont intimement liés. Lorsque vous souffrez d'un trouble anxieux, vous dramatisez et réagissez de manière excessive. Dans ce contexte « inflammable », les situations stressantes accentuent la réactivité. De plus, nous savons que les facteurs de stress précoces (séparation pendant l'enfance, expériences traumatisantes, etc.) influencent le risque de troubles anxieux plus tard à la hausse.

Effroi : Un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable. Lazarus(1991) a employé le terme d'effroi avec celui de peur et d'anxiété. Il considère l'effroi comme un état émotionnel provoqué par la conséquence de dangers concrets et immédiats d'une lésion(ou d'un mal

ou d'un dommage) physique imminente.

Comme l'anxiété, l'effroi est caractérisé par l'incertitude (ou ambiguïté), le danger étant toujours dans le futur. Mais ce qui différencie l'effroi de l'anxiété est le peu de temps disponible pour la réflexion face au danger imminent. De plus, le doute, l'indécision et l'incertitude ne sont pas les caractéristiques principales de l'effroi. Elles le sont pour l'anxiété dans laquelle s'ajoute la menace existentielle. Les décisions du sujet anxieux s'accompagnent d'incertitude qui concerne ce qui est en train de se passer et les moyens pour le modifier.

Peur :

- Focalisation spécifique sur le danger Lien clair entre le danger et la peur.
- Habituellement épisodique Tension circonscrite.
- Danger identifié Provoquée par des signaux de Danger Ce qui l'atténue est détectable.
- Les limites du danger sont circonscrites.
- Danger imminent Caractère d'urgence.
- Sensation physique de l'urgence Caractère rationnel.

L'angoisse : selon Lacan l'angoisse au « corps morcelé » auquel le sujet est confronté au niveau du stade du miroir ; l'unification du corps entier autour de pénis donne lieu à une angoisse de castration, mais il réfère aussi l'angoisse à la crainte d'être engouffré par une mère dévorante. Dès lors, ce qui angoisse n'est pas tant d'être séparé de la mère que de ne pouvoir s'en séparer.

Il est donc faux de dire que l'angoisse se caractérise par l'absence d'objet et la distinguer de peur. « L'angoisse n'est pas sans objet »

simplement, cet objet ne prend son sens que par la chose cette chose que le sujet ne peut ni dire, ni caractériser, ni envisager sans vestige. L'angoisse est donc une expression, un signifié imaginaire de cette détresse qui est solitude absolue. (Cléro. 2002, P 13)

L'anxiété est l'appréhension irraisonnée que nous avons en face d'un danger. Elle se distingue quantitativement de l'angoisse. (Bensonson.1993, P.14)

5-L'étiologie de l'anxiété

Il n'y a pas de cause unique qui explique le développement et l'apparition de problèmes d'anxiété. On considère qu'il existe une interaction entre les facteurs prédisposants, précipités et les facteurs d'entretien (ou d'entretien).

Les facteurs prédisposants sont définis comme les caractéristiques d'un individu qui le rendent plus susceptible de développer un trouble anxieux. Ces caractéristiques ne causent pas directement le problème d'anxiété: certaines personnes peuvent en effet présenter tous ces facteurs sans développer de troubles, tandis que d'autres personnes, d'autre part, développent un trouble anxieux sans trouver de facteurs prédisposants, Ainsi, la présence d'un ou plusieurs de ces facteurs chez une personne ne constitue pas une garantie de développement du trouble, mais augmente le risque qu'il soit affecté. En général, les éléments prédisposants des différents troubles anxieux sont les suivants : la vulnérabilité biologique, l'influence de l'environnement familial, certains traits de personnalité, le stress important ou chronique pendant l'enfance.

Les facteurs précipitant peuvent prendre la forme d'un traumatisme, d'un facteur de stress psychosocial ou d'un facteur de stress chronique. Par exemple, il peut s'agir de causes physiques réelles (p. ex.,

crise d'hypoglycémie...) Très souvent, ces déclencheurs ont un impact significatif car ils se produisent à un moment où la personne est à la limite de ses ressources d'adaptation.

Il existe également des stressseurs psychosociaux qui précipitent souvent la première manifestation anormale d'anxiété (divorce, décès ou maladie d'un être cher, perte d'emploi).

Les stressseurs chroniques ont plus de chance de déclencher des manifestations anxieuses anormales ou disproportionnées quand l'individu est constamment anxieux et un peu dépressif et quand il vit un stress majeur qui dure depuis longtemps et qui affecte son fonctionnement (p. ex ; maladie). (Landouceur R et Marchand A et Boisvert J-M. 1999, pp4-5)

6-Les différents troubles anxieux

Examinons brièvement les différentes manifestations de l'anxiété « pathologique » les principaux troubles anxieux que l'on distingue aujourd'hui sont la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble panique sans agoraphobie, le trouble panique avec agoraphobie, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de stress post-traumatique et le trouble d'anxiété généralisée. (Landouceur R et Marchand A et Boisvert J-M, 1999, p03)

La phobie spécifique (PS) : La phobie spécifique ou phobie simple (PS) consiste en une peur d'objets ou de situations particulières et bien circonscrites.

La PS se caractérise par une peur importante d'un objet ou d'une situation spécifique (p. ex : l'avion, les hauteurs, les injections ou le sang). Cette peur est excessive ou déraisonnable, ce que la personne elle-même reconnaît ; cette reconnaissance peut toutefois être absente chez les

enfants. L'exposition au stimulus anxiogène provoque presque toujours une réponse immédiate d'anxiété. (Ibid, 1999, p 07)

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) : La description catégorielle du trouble d'anxiété généralisée (TAG) reprise par le DSM-IV consiste en une anxiété excessive qui dure plus de quelques jours, au moins sur une période de 6 mois. L'anxiété et l'inquiétude sont disproportionnées par rapport à la probabilité d'un événement négatif et /ou l'exagération de la gravité de l'événement qui devrait se produire. Les sujets affectés par ce trouble contrôlent difficilement l'anxiété et la préoccupation. Il est accompagné par un nombre de signes physiques, notamment un arousal élevé et des tensions musculaires. (Graziani P. 2003.p67)

Le trouble de panique sans agoraphobie (TPSA) : Ce trouble se caractérise par la présence d'attaque de panique (AP) récurrents et inattendues associées à la crainte, persistance pendant au moins un mois, de revivre une autre AP, à des préoccupations quand aux conséquences possibles de ces AP, et un changement significatif de comportement découlant de AP (critère A) les critères diagnostique de l'agoraphobie doivent être absente (critère B). Les AP ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (critère C)

Finalement, le diagnostic de TPSA n'est posé que si l'individu a ressenti au moins AP inattendues. (Landouceur R et Marchand A et Boisvert J-M, 1999, p62)

Le trouble de panique avec agoraphobie (TPA) : Afin de poser le diagnostic de TPA, le clinicien doit observer les critères diagnostics de accompagné, c'est-à-dire, la présence d'agoraphobie (AGO) (critère B)

L'agoraphobie constitue la manifestation la plus courante du trouble. En effet, les personnes ayant des AP récurrentes et inattendues appréhendent de les revivre dans les endroits où la panique est déjà survenue ; elles se mettent donc à éviter lieux par peur de paniquer.

Quand un individu ayant des attaques évite beaucoup de situation, on peut dire qu'il souffre de TPA. (Ibid.1999. p63)

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) : Le DSM-IV (APA, 1994) définit le TOC par la présence chez le sujet d'observation soit de compulsions. Il décrit les obsessions comme des pensées, des impulsions ou des représentations récurrents qui à certain moment de l'affection, sont senties comme intrusives, inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.

Le DSM-IV définit les compulsions comme des comportements répétitifs (par exemple, lavage des mains ordonné, vérifié) ou actes mentaux (par exemple, prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. (Graziani P. 2003. p55)

La phobie Sociale (PS) : La principale caractéristique de la PS consiste en peur importante et persistante de situations sociales ou de situations de performance (p. ex. des examens) ou l'individu est exposé à la présence de personnes étrangères ou au regard d'autrui. Il craint alors humilité ou embarrassé à cause de ses façons d'agir ou de ses symptômes d'anxiété (rougissement, palpitations etc). Tout en reconnaissant que sa peur est excessive ou irrationnelle, Par ailleurs, à l'approche d'une situation anxiogène, il Ya souvent de l'anxiété anticipatrice et l'inquiétude. (Landouceur R et Marchand A et Boisvert J-M, p122)

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) : Est caractérisée par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme. (Palazzolo J. 2007,p63).

7-Les modèles théoriques de l'anxiété

Le modèle biologique : L'existence de récepteur cérébraux aux benzodiazépines est établie depuis 1977. Leur découverte laisse sous entendre la possible existence substance produite par l'organisme et qui viendrait s'y fixer, régulant ainsi l'état d'anxiété de chaque individu. Cependant, un tel « ligand endogène » n'a pas encore été (ligand : molécule capable de se lier a un récepteur donnée).

La structure et le fonctionnement des récepteurs paraissent très complexe, La compréhension de l'action anxiolytique des benzodiazépines reste donc très lacunaire.

On sait par ailleurs que, certaines substances telles que la caféine, la cholecystokinine, le lactate de sodium, sont susceptibles d'induire des phénomènes anxieux, et notamment des attaques de panique.

Chez l'animale, la stimulation du locus céruleus, ou sont localises les neurones noradrénergique, provoque des comportements d'alarme comparables dans un e certaine mesure aux comportements anxieux observes chez l'homme. Le rôle de neuromédiateurs plus récemment individuels (sérotonine, gaba) est actuellement étudié.

La théorie psychanalytique de l'angoisse : Freud a élaboré successivement deux théories de l'angoisse qui paraissent a premier vue contradictoire :

- La première théorie (1895) est économique ou l'angoisse est conçue (comme la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par

répression (exigence de sur moi), soit par insatisfaction (privation, coût interrompu) .

- La deuxième théorie (1926) est génétique ou l'angoisse reçoit un sens. Elle est le signal de l'effraction d'une angoisse automatique liée à un conflit intrapsychique. Elle alerte le moi et provoque le refoulement du conflit.

Le modèle comportemental et cognitive : Comme les autres émotions, l'anxiété résulte d'un apprentissage par des conditionnements plus au moins précoces. L'approche cognitive, plus récente, paraît aussi plus pertinente.

L'inhibition représente le phénomène central de l'anxiété. Elle est conçue comme résultant de l'activation d'un système d'inhibition comportementale (J.Gray) ayant un support neuroanatomique.

Devenu incapable de traiter les informations qu'il reçoit, le sujet anxieux ne peut plus agir (interruption de « plan d'action »). L'anxiété elle-même est considérée ici comme secondaire à l'inhibition. En plus de l'expérience subjective désagréable, il comprend un véritable hypervélicule psychique destiné à favoriser la recherche de plans d'action, recherche qui s'avère improductive; d'autant plus qu'il semble exister dans l'anxiété un traitement sélectif de l'information, les perceptions anxiogènes étant favorisées.

A cet égard, les symptômes somatiques, fréquemment interprétés comme témoignant d'une maladie possiblement grave, renforcent l'anxiété du sujet. (G. Bessancon, 1993, P.45-4)

8-Les types de l'anxiété

Selon Spielberg il existe une distinction entre l'état d'anxiété (anxiété situationnelle) et le trait d'anxiété.

-L'anxiété état : se rapporte à une anxiété passagère liée à une situation limitée dans le temps. Il est associé à une réponse physiologique secondaire à l'activation du système nerveux autonome.

L'intensité et la durée de l'anxiété situationnelle varient en fonction de l'interprétation de l'événement. Ce modèle peut être répétitif si les situations se reproduisent dans le temps.

- L'anxiété trait : est une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et plus précisément ; la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressants. Cette dernière fait le lit des troubles anxieux. (Berrada et Al, 2010, P. 255).

9-La symptomatologie anxieuse

Comme tout affect, l'anxiété s'exprime dans deux registres : psycho-comportementale et somatique. (Besançon, 1993, P. 39)

Le registre psycho-comportemental : A moins qu'elle ne soit d'intensité vraiment mineure, l'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne, les pensées de l'anxieux sont généralement orientées vers l'avenir. Il craint facilement pour lui-même ou pour ses proches.

L'activité cognitive et intellectuelle est consacrée à forger des scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs (professionnelle ou affectifs). Ainsi par les mimiques et le comportement, l'anxiété s'exprime et se montre facilement ressentie par les membres de l'entourage. Un certain degré de contagion anxieuse existe habituellement, susceptible d'aboutir dans certains cas à un certain rejet du patient par son entourage. (Besançon, 1993, P.39)

Manifestation somatique de l'anxiété : Cardio-vasculaire : tachycardie, palpitations, douleurs dans la poitrine, battements des

vaisseaux, sensations syncopales, extrasystoles.

Sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression des sensations plus intense d'étouffement « souffle coupé ».

Dans la sphère digestive : sensation de « boule dans la gorge » (qui gêne l'alimentation), nausées, ballonnements abdominaux, diarrhée motrice.

Au niveau génito-urinaire : pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidité, dyspareunie chez la femme ;

Sur le plan neuromusculaire : tension musculaire quelquefois douloureuses (notamment céphalées postérieures dite de « tension » tremblement, sursauts, paresthésie, bourdonnements d'oreilles, phosphènes) ;

Sur le plan vaso-moteur : hypersudation parfois profuse, pâleur bouffées motrice. La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux. Ils sont même souvent au premier plan dans la plainte du patients, ce qui l'amène à consulter, plus souvent qu'un psychiatre, son médecin généraliste, le médecin de l'urgence ou un cardiologue. (Besançon, 1993, P.39).

Tout le monde éprouve de l'anxiété un jour ou l'autre. Ce sentiment peut survenir dans des situations anticipées comme étant perturbantes ou menaçantes par l'organisme :Présentation orale, accident de voiture évité de justesse, attente de résultats d'analyses médicales.

Cependant, un certain niveau d'anxiété peut être bénéfique. L'anxiété peut aider à faire face à une situation inquiétante, lorsqu'elle devient une force qui permet une étude plus intense pour un examen ou augmenter les performances sportives.

L'anxiété modérée n'est pas nocive et il est rare qu'elle dure très longtemps.

10-classification de DSM IV ou CIM10

La pathologie de l'anxiété a été démembrée en plusieurs troubles différenciés. Cela a conduit à la multiplicité des entités cliniques et facilité leur chevauchement. Ces troubles ne sont plus contraints par des hypothèses psychopathologiques mais par l'existence statistique de liens entre eux, ils sont en revanche clairement définis permettant ainsi un maximum de fidélité entre la recherche jugée et donc clinique plus facile à emballer.

- Anxiété généralisée (névrose d'angoisse)
- Troubles paniques (bouffée d'angoisse)
- Troubles phobiques : agoraphobie, phobie simple et phobie sociale.
- Troubles obsessionnelle-compulsives (névrose obsessionnelle).
- Troubles convertifs et somatomorphes (névrose hystérique)
- Etat de stress post-traumatique (névrose traumatique).

Le dénombrement de la névrose hystérique amène du DSMIV a proposé 03 catégories différentes de trouble (AXEI) : Troubles somatique, Troubles dissociatifs, Troubles factices.

Auxquels il faut ajouter le diagnostic de la personnalité pathologique sous-jacente (AXEII) Type hystérique. Type passif dépendant. Type agressif. Type borderline. (Guelft J-D, 1994).

11-Tests psychologique

S'il n'y a pas de tests biologiques spécifiques pour l'anxiété, les tests psychologiques peuvent être d'un appoint certain :

Le RORSCHACH :

- L'attention exagérée au détail à la symétrie peut faire penser à des réponses obsessionnelles compulsives.
- Les réponses anatomiques et les atteintes corporelles feront plus penser aux phobies.
- Les réponses couleurs, les formes peu structurée et les réponses mouvements sont en faveur de l'existence d'une anxiété.

Le M.M.P.I (Minnesota Multiplicité Personnalité Inventorie) :

En cas d'anxiété on retrouve un score élevé des échelles d'hypochondrie, hystérie, psychasthénie.

T.A.T (THEMATIQUE Apperception Test) :

Thématique agressive ou sexuelle, augmentation des réponses fantasmatique. (Farid K, 2003, p 113)

Échelle d'anxiété de Hamilton : Les articles couvrent tous les domaines de l'anxiété physique, somatique, musculaire et viscérale, des troubles cognitifs et du sommeil et enfin de l'humeur dépressive.

Questionnaire d'anxiété de Spielberg (STAI-YL 1983) : Le questionnaire d'anxiété State-Trait Anxiété Inventory est constitué par deux auto-questionnaires indépendants : son originalité réside dans la possibilité de quantifier de façon indépendante l'anxiété actuelle lors de la passation (Anxiété-état) et le tempérament anxieux habituel du sujet (Anxiété-trait).

En général, l'échelle d'anxiété-état est peu utilisée en clinique, elle est proposée surtout dans un sujet est confronté à une situation anxiogène. L'échelle d'anxiété-trait est employée dans la plupart des études (Christine M et Sarron L.V. 2004. Pp 33-36).

Les échelles des peurs FSS (Fear Survey Schedule) : Ont été créés dans le but d'évaluer la nature et l'intensité des peurs irrationnelles. La version la plus récente, FSS III, permet d'identifier les peurs présentes chez un sujet et de donner un score global de pathologie phobique. (Graziani P .2003.p 93)

Le coping : Le coping joue un rôle dans L'étiologie et le maintien de troubles psychologiques associés à l'anxiété et à la dépression. (Graziani P et Swendsen J. 2005. P 91).

Synthèse

Pour conclure ce chapitre, on peut constater que l'anxiété et un trouble sévère et peut bouleverser la vie d'un patient facilement ce qui demande des formes de prise en charge pour diminuer une symptomatologie qui se manifeste chez les patients diabétiques et amputés.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE IV
LA MÉTHODOLOGIE DE
RECHERCHE

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule	69
1-La pré-enquête.....	69
2-Présentation du lieu de recherche.....	70
3-Les limites de la recherche	71
4-La méthode de la recherche	71
5-Population d'étude.....	73
6-Les techniques de la recherche	75
7-Le déroulement de la pratique.....	80
Synthèse.....	81

Préambule

Dans ce chapitre, nous nous intéressons à l'approche scientifique de la recherche suivie pour conclure notre étude, qui consiste à décrire les principes fondamentaux à mettre en œuvre dans tout travail de recherche et à mettre en place les différentes voies conçues pour être adaptées aux domaines étudiés.

Cette approche nous aide à décrire les limites de la recherche puis nous définissons la méthode utilisée, puis nous présenterons le lieu et le groupe de recherche, puis nous mettrons en évidence les outils de recherche que nous avons utilisés et leur analyse, nous discuterons de la conduite de l'enquête, de l'attitude du chercheur et enfin des difficultés de la recherche.

1-La pré-enquête

La pré-enquête est une phase majeure du projet de recherche, elle se fait par l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations qui permettent la conduite de l'enquête.

L'importance de cette dernière apparaît dans la définition suivante : la pré-enquête Est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soit valides, fiables, renseignées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer en meilleur connaissance de cause, des objectifs précis aussi bien finaux que partiels que le chercheur à réaliser pour vérifier ces hypothèses. (Aktouf. O, 1987 : 102)

La pré-enquête nous permet de découvrir notre domaine d'étude et d'enrichir notre thème avec des références bibliographiques et de pouvoir

limiter et identifier notre thème de recherche, en améliorant nos connaissances sur le sujet d'étude et en conduisant à un maximum d'informations. Comme cela nous permet de vérifier la disponibilité des cas et la fiabilité des outils d'enquête.

Notre pré-enquête s'est déroulée au sein du CHU MOUHAMED BOUDIAF BOUIRA. Notre première visite s'est effectuée le 09/05/2022, on a eu une discussion avec Le psychologue sur la possibilité pour avoir accès afin d'effectuer notre stage pratique en vue de réaliser notre recherche.

Après l'avis favorable de psychologue il nous a permis d'assister à toutes les consultations psychologique tout en ayant le consentement des patient ce qui nous a servi dans la construction de notre guide d'entretien et aussi cibler notre population d'étude. Après avoir eu l'accord des personnes atteintes de diabète, en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin de s'informer sur leurs états psychologiques.

Au départ on a remarqué une sorte de déni chez certains patients, ce qui a attirer notre attention et a évoqué en nous une curiosité de découvrir l'influence de l'amputation sur l'état psychique des patients.

Cette pré-enquête nous a permis de construire le guide d'entretien et l'échelle de Spielberger, alors nous sommes dans l'obligation d'assister au moins deux fois par semaine.

2-Présentation du lieu de recherche

Notre recherche à été effectuée au sein du « CHU De MOUHAMED BOUDIAF de BOUIRA » nous allons procéder à la description des lieux : ce service est reparti en deux côté, côté droit femme et côté gauche est réservé aux hommes.

- Le personnel

- Aide-soignant(ATS) : 06
- Infirmière de santé publique (ISP) :04
- Surveillante médicale : 01
- Psychologue : 01
- Médecin : 02 professeurs, 03 maitres assistant, 01 endocrinologue. 05 gastro logues.

3-Les limites de la recherche

- Limite spatiale : Hôpital Mohamed Boudiaf
- limite du temps : du 11-05-2022 au 31-05-2022
- limite du groupe : l'enquête s'est portée sur quatre (04) sujet Diabétique Amputés, d'âge adulte.
- Outils : Entretien clinique, échelle de Spielberger.
- Approche : psychanalytique.

4-La méthode de la recherche

En recherche scientifique, le chercheur doit suivre une méthode adaptée à la nature de son étude. Nous avons opté pour la Méthode Clinique qui semble être la plus appropriée aux objectifs de notre recherche, La Méthode Clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes sur le cas, c'est-à-dire l'individualité. Elle fait partie d'une activité pratique qui vise à la reconnaissance et à la nomination de certains états, compétences et comportements, la spécialité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler cette information et qu'elle tente de la regrouper en la plaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond à l'utilisation de techniques, la collecte in vivo

d'informations, tandis que le second niveau est défini par l'étude approfondie et exhaustive du cas.

La différence entre les deux niveaux ne tient pas aux outils ou aux démarches, mais aux buts et aux Résultats, le premier niveau, fournit des informations sur un problème, le Second vise à comprendre un sujet. (Pedielli, 1994, pp.33-34).

La méthode clinique envisage : "la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet au prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à désordre ces conflits". (Chahraoui et Bénony, 2003, p.11) elle a pour objet l'étude approfondie de cas individuels. (Grawitz, 2001, p.358)

La méthode clinique va nous permettre d'étudier et analyser le sujet de façon d'arriver à la fin à une synthèse sur l'image du corps d'un diabétique amputé. C'est pour cela que nous avons fait recours à l'étude de cas.

L'étude de cas permet le recueil de données concernant un sujet, ces données doivent être riches, diversifiées, subjectivités, étendues. Et la production, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité. (Pedielli & Fernandez, 2015, p.123)

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, elle consiste en observation approfondie d'un individu, elle est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychologues comme, Freud

ou Janet pour décrire les névroses, et illustre des hypothèses théoriques, elle a été aussi pratiquée en médecine pour décrire les maladies et leur évolution. (Chahraoui & Bénony, 2003, pp. 125-126).

L'étude de cas permet de regrouper un certain nombre de données issues de différentes méthodes afin de mieux comprendre le sujet de manière globale en se référant à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie.

Nous avons choisi l'étude de cas, parce que celle-ci va nous permettre une observation, l'observation clinique privilégie la dimension expérientielle de l'être humain. Le champ de l'observation clinique concerne aussi la socialité, les réactions, les inter relations. Mais il concerne surtout l'intériorité du sujet, sa subjectivité. (Cicone,1998, pp.33-34)

L'observation clinique attentive est au fondement de la méthode clinique, elle en est l'aspect le plus essentiel. Elle est une méthode à la fois pour la pratique et pour la recherche clinique, que leur objet soit le sujet, un groupe. Une telle Méthode impose des exigences et requiert une discipline importante, conditions à sa portée clinique et à sa dimension on heuristique. (Cicone,1998)

Le propre de l'observation clinique est considérer que les conduites sont des productions significatives d'une personne et qu'elles expriment quelque chose dès lors qu'il y'a un observateur présent. (Chahraoui & Bénony,2003, p.31).

5-Population d'étude

Nos travaux de recherche ont été réalisés avec des amputés diabétiques, notre sujet de recherche concerne les personnes (18-65 ans selon l'OMS), on a effectué nos travaux de recherche sur quatre cas.

Critères d'inclusion

- les sujets du groupe de recherche doivent être âgés de 18 ans ou plus pour des raisons raisonnables.
- Ils doivent être des diabétiques amputés.
- la durée de l'amputation doit être dépassée pour s'assurer que la période du choc initial est passée et que les réactions immédiates se sont dissipées afin de ne pas interférer avec les résultats de la recherche.
- les sujets qui n'ont pas de troubles du langage pour l'application des outils.
- les sujets qui n'ont pas de démence ou de délires. Pour qu'ils puissent répondre à mes questions de l'entretien.

Critère d'exclusion

- Les sujets souffrant de troubles du langage parce qu'ils ne peuvent pas échanger avec nous.
- Amputés non diabétiques.
- Sujets atteints de démence ou de délire parce que les outils de recherche que nous avons utilisés ne leur conviennent pas.

Dans ce qui suit, nous illustrerons et définirons dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche, ce tableau contient les prénoms de nos sujets que nous avons évidemment modifiés pour respecter l'éthique de la recherche.

Tableau N° 01 : récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche

	Age	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Situation professionnelle	Dure du traitement	Niveau d'amputation	Dure d'amputation
ali	65	primaire	marie	retraite	10 ans	Orteil droit	18 jours
mouhamed	73	secondaire	marie	photographe	15 ans	Genou droit	1 mois
amran	59	secondaire	marie	Commerçant	8 ans	Orteil droit	2 jours
hamid	51	bac	marie	D.R.H	11 ans	Genou gauche	3 mois

Dans ce tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.

On remarque que les sujets de notre recherche se sont de catégorie adulte. Leur âge est varié entre 51 ans et 73 ans, avec des prénoms changés, pour préserver l'anonymat et la confidentialité. Tous les sujets de notre recherche ont la même situation matrimoniale marie, les sujets de recherche ont un niveau d'instruction différent (Analphabète, primaire, Cem et Lycée), on trouve dans notre groupe de recherche (04) cas de sexe masculin, des sujets ont tous un niveau professionnel qui se diffère d'un à l'autre, et la durée de traitement s'est entre 8ans et 15 ans. Et le niveau d'amputation soit de genou ou l'orteil, et la durée d'amputation varie. Certain amputé du côté gauche d'autre droit.

Nous avons utilisé un ensemble d'investigation avec ces sujets pour reprendre à nos questions et vérifier nos hypothèses.

6-Les techniques de la recherche

Tout recherche scientifique nécessite l'utilisation des outils d'investigation valides qui vont nous permette d'atteindre nos buts. Sachant que notre travail de recherche porte sur l'anxiété préopératoire chez les personnes diabétiques ampute, nous avons choisi l'entretien

semi-directif et l'échelle spielberger.

-L'entretien clinique : L'entretien clinique est donc un entretien qui s'inscrit dans le cadre de la relation d'aide. Plus précisément, son objectif est l'aide psychologique, qu'il s'agisse de la réalisation d'évaluations psychologiques, de soutien et de conseils psychologiques ou de psychothérapies. L'entretien clinique est réalisé par un psychologue clinicien.

D'autres professionnels peuvent mener des entretiens cliniques, tels que des psychiatres ou parfois d'autres soignants (infirmières) sous la supervision d'un psychologue ou d'un psychiatre.

L'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue comprend la vie psychique et favorise l'évolution psychique d'un sujet le plus souvent en difficulté psychologique, dans le cadre d'une relation d'aide psychologique. Au sein de cette relation, le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en oeuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet. (Bouvet. C, 2015 :11-12)

Sachant que l'entrevue clinique comprend trois types 03; l'entretien clinique directive, semi-directive et non directive, et dans nos travaux de recherche, nous avons opté pour l'entretien clinique semi-directif.

-L'entretien clinique semi-directif : Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions

qui correspondent à des thèmes sur lesquelles il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnées mais au moment opportun de l'entretien à la fin d'une association du sujet.

Dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours, l'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non-directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Bénony . H, Chahraoui . Kh, 2013 : 16)

-Présentation de guide d'entretien :

- Les informations personnelles du patient.
- Axe N°01 : Informations sur la maladie du diabète.
- Axe N°02 : Informations sur l'anxiété préopératoire.
- Axe N°03: Informations liées à son adaptation à la maladie.
- Axe N°04 : Informations en relation avec la qualité de vie.

-Présentation de l'échelle d'anxiété de spielberger : (voir l'annexe 1).

Inventaire d'anxiété État-trait :

Notre choix s'est porté sur cette échelle pour la raison que cette dernière permet une opérationnalité pratique de notre objet de recherche, et en plus de recueillir des données importantes pour nos études de cas.

L'inventaire d'anxiété état-trait est l'adaptation du State trait anxiety inventory forme Y, il est destiné à évaluer d'une part l'anxiété trait et d'autre part l'anxiété. L'anxiété état se rapporte à l'anxiété ressentie à un moment particulier.

Il permet d'identifier les sujets anxieux au sein de divers groupes, il a été largement utilisé dans l'étude de l'effet de l'anxiété sur les performances, la manière et dans des groupes de sujets hospitalisés pour différentes maladies. (Bouvard, Cotteraux, 2002, p.97, 98)

Le concept anxiété-Trait et anxiété-État ont été introduits par Cattell puis approfondie par Spielberger, l'évaluation de l'anxiété en tant que trait de personnalité (sentiment d'appréhension, de tension, de nervosité et d'inquiétude que le sujet ressent habituellement), et de l'anxiété en tant qu'état émotionnel lié à une situation particulière (sentiment d'appréhension, de tension, de nervosité et d'inquiétude que le sujet ressent à un moment précis. Selon Spielberger 1993 : « l'échelle d'anxiété-E comprend vingt propositions qui permettent de savoir ce que les sujets ressentent « à l'instant, juste en ce moment ».

« Il permet d'évaluer les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude, les scores AE s'élèvent face à un danger physique ou à un stress psychologique et diminuent en réponse à une séance de relaxation ».

Nous avons utilisé seulement la forme Y-A de l'inventaire d'anxiété État-Trait de C.D. Spielberger et Al (échelle de Spielberger pour la mesure de l'anxiété en situation d'hospitalisation qui permet d'évaluer les sentiments d'appréhensions, de tension, la nervosité et l'inquiétude.

Il existe de nombreuses traductions (italienne, norvégienne, portugaise, espagnole...) dont l'adaptation Française de Bruchon-Schweitzer et Paulhan (Spielberger, 1993) et l'adaptation canadienne de Gauthier et Bouchard (1993).

-La correction de l'échelle d'anxiété :

Chaque réponse à un item de l'État-Trait correspond à un score de 1 à 4, 1 indiquant le degré le plus faible d'anxiété, 4 le degré le plus fort. En plaçant le corrigé sur la page correspondante, on repère pour chaque item, à droite, 1 point entouré d'un cercle par le sujet. On aligne soigneusement le corrigé à côté des items. Il y a deux cas :

-Si le corrigé indique 1 2 3 4, il s'agit d'un item exprimant la présence d'anxiété (ex : j'ai peur). Le sujet ayant entouré à droite l'un des quatre points (...), on comptera un score de 1 (si le premier point est entouré), ou de 2 (deuxième point), ou de 4 (quatrième point) conformément à la ligne correspondante du corrigé. Le correcteur écrit ce score dans le cercle tracé par le sujet.

-Si le corrigé indique 4 3 2 1, il s'agit d'un item exprimant l'absence d'anxiété (ex : je me sens calme). Conformément à la ligne correspondante du corrigé, on écrira 4 (si le cercle tracé par le sujet entouré le premier point), ou 3 (deuxième point), ou 2 (troisième), ou 1 (quatrième) dans le cercle tracé par le sujet.

- Items exprimant la présence d'anxiété-E : 3 _ 4_ 6_ 7_ 9_ 12 _ 13
_ 14 _ 17 _ 18
- Items exprimant l'absence d'anxiété : 1_ 2 _ 5 _ 8_ 10_ 11_ 15_
16_ 19_ 20

Pour faciliter l'interprétation, on peut classer des notes comme suit
Calcul du total :

-Pour les lignes indiquées par, la réponse « non » est cotée 4, plutôt non = 3, plutôt oui = 2 et oui = 1.

-Pour les lignes indiquées par, le « non » est coté 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4.

La note totale varie donc de 20 à 80.

-Interprétation :

-En dessous de 35 : Votre niveau d'anxiété est minimal : vous êtes de nature sereine.

-De 36 à 45 : Votre niveau d'anxiété est faible.

-De 46 à 55 : Votre niveau d'anxiété est modéré, il pourra être utile de le prendre en charge afin de vivre de façon plus détendue. Le manuel Relaxation et principes d'équilibre associé au manuel Confiance et apaisement vous seront certainement utiles.

-De 56 à 65 : Votre niveau d'anxiété est élevé, important, et l'aide complémentaire d'un professionnel se révélera très utile afin de vous aider à progresser ou à traverser ce mauvais passage.

-Au-dessus de 66 : Votre niveau d'anxiété est très élevé. Nous vous conseillons de consulter rapidement votre médecin traitant afin de chercher avec lui la meilleure solution pour passer ce cap. Il vous proposera peut-être une aide médicamenteuse temporaire.

7-Le déroulement de la pratique

Notre recherche s'est déroulée dans une (CHU MOUHAMED BOUDIAF BOUIRA), on a commencé par la passation de l'entretien semi-directif après avoir le consentement des personnes atteintes du diabète à fin de mesure le degré d'anxiété préopératoire pour la participation à cette recherche.

Dans notre population d'étude, nous avons rencontré des cas qui ne comprenaient pas la langue française alors, nous avons traduit en arabe ou en kabyle les questions pour arriver à acquérir des réponses.

Synthèse

Pour conclure, ce chapitre méthodologique nous sert à assurer meilleur organisation et planification de notre travail de recherche pour aboutir à des résultats pertinents.

CHAPITRE V
PRÉSENTATION, ANALYSE DES
RÉSULTATS ET DISCUSSION DES
HYPOTHÈSES

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule	84
1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif ...	84
2-discussion des hypothèses.....	99
Synthèse.....	102

Préambule

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats de guide d'entretien semi-directif.

Cette analyse nous permettra de déduire des synthèses de chaque cas qui vont nous aider à confirmer ou infirmer nos hypothèses.

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

-Présentation des résultats du guide d'entretien semi-directif de Mr Ali :

L'entretien avec Mr Ali était bien passé, il a accepté facilement de nous parler sur l'histoire de sa maladie, il a l'air triste en regardant ses expressions faciales, mais il nous a fait confiance ce qui nous a permis de récolter le maximum d'information.

Informations générales sur le cas :

Mr Ali est un homme de 65 ans, primaire, marié et il a trois enfants deux garçons et une fille, il est retraité.

Axe N°01 : Informations sur le diabète

Dans ce premier axe on a tenté de recueillir des informations sur le diabète du cas de Mr Ali. Quand on a questionné Mr Ali sur le début de sa maladie, il nous a informé que ça a débuté lorsqu'il était à l'âge de 55 ans.

Lorsqu'on a interrogé Mr Ali sur le début du diabète, il nous a dit : « asmi iligh dakhedam isfaqagh i lehlak agui thevda thettetfiyi doukha d la faiblesse ». (Cette maladie m'a commencé dans le travail avec des vertiges et de la faiblesse).

On a voulu savoir les causes qui ont provoqué son état actuel, il nous a répondu : « balak dassekhledh n lmakla parce que seg mi ligh damechtouh hemlagh ad kethragh lmakla w sekhladagh atas ». (Peut être c'est la nutrition car depuis mon jeune âge j'aime manger et mélanger).

Mr Ali annonçait qu'il était choqué d'être atteinte d'une maladie chronique dans cette période « imi iwdhegh ar tviv yennayid que d diabète hossagh ki chghel yewthiyid s lmous parce que d neck i dakhedam f okham d neckini i d kolach ». (Quand le spécialiste m'a informé que j'ai du diabète j'étais vraiment choqué car je suis le responsable de la maison et cette maladie va m'empêcher de travailler et d'aider ma famille).

Cette maladie semble difficile à supporter pour M Ali, elle lui a causé des problèmes qui réduisent son autonomie : « tthoussough anemel deg idharniw aked ossemidh et tloussough thlatha icha9chiren bach ad izmiregh ad tsagh ». (Je sens des picotements à mes pieds sont glacés, je porte trois à quatre chaussettes le soir pour pouvoir dormir).

Axe N°02 : Informations sur l'anxiété préopératoire

Monsieur Ali disait j'étais amputé depuis 18jours il regarder sa femme, lors de l'annonce du diagnostic l'amputation Mr Ali était indécise vis-à-vis l'intervention chirurgical, par le fait qu'il ne voulait pas se séparé d'une partie de son corps, il déclare « mi ydenan lekhver ni que ila9 ad ksagh thifedniniw d sah ur zrih ara quoi faire almi ythekhdem thmetothiw chwiya l courage parce que iw3er akeksen une partie si l corps ik ». Et on lui a posé des questions quand l'opération était terminé comment sa était passé ? il a répondu froidement : « amek thevghidh a diligh ? ur tthoussough ara ithfedniniw mais lhamdoulah 3ala koli hala ka wala kther bna dem ad yerdha s wayen s difka rebi ». (Comment veux tu que je sens ? j'ai aucun sens a mes orteils)

Axe N°03: Informations liées à son adaptation à la maladie

J'ai demandé à Mr Ali peut-il effectuer des activités quotidiennes par lui-même ? Il m'a répondu : « welah ar dacho ak dinigh a mmi welah ar ttbojigh khedmagh les besoins ino wahdi appart sa mazal ur vdigh ara aherek s watas ». (Je déménage pour faire mes affaires et à part ça je n'ai pas trop commencé à bouger comme d'habitude). Après, je lui ai dit tu demandes de l'aide ou pas ? Et si oui, à qui demandez-vous? Il m'a dit : « thvan s3igh ma femme dima sidissiw ur ythettadj ara yak wahdi ma thkemel aka salamat yerna ur settdemandigh ara yak wahdes i thtethala ». (Bah oui c'est ma femme qui est toujours à mes côtés. Elle fait tout ce que j'ai besoin que dieux la garde pour moi).

Mr ali s'est adapté avec l'amputation qu'il nous a dit : « a9lagh am imgharen dayen an3ich aka obliger anwalef aka mais lhamdoulah olach star ni a9lin a chaque fois yettassed tviv ghoru ye9ariyid 9riv attehlohd wa ttoghaledh aken telidh ». (Il faut s'habituer à ce drame, la douleur s'est arrêtée et à chaque fois que le médecin me rend visite il me dit que ma santé va mieux).

Axe N°04 : Informations en relation avec la qualité de vie

Mr Ali veut qu'il vive sa vieillesse entouré de sa famille et évite les conflits familiaux, il déclare : « a mmi vghigh ad kemlegh donithiw aked thfamilt ino zdath warawiw zdath thmetothiw wa d siyigh ad ksagh ak amenough deg okham ». (je veux vivre mes moments restants entouré avec ma famille et éviter les problèmes).

L'analyse des données de l'échelle d'anxiété-E

Pour remplir l'échelle Ali a mit environ 16 mn et d'après les résultats on a constaté qu'il s'agit d'une anxiété très élevée avec une note T= 76 sur 80 (le score max que le sujet peut obtenir) Au dessus de 66

- Dans les items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4 Ali a répondu comme suit :

- Dans les items 4, 13, a répondu par plutôt non qui compte un score de 2

- Dans les items 6, 7, 12, 18 a répondu par plutôt oui qui compte un score de 3

- Dans les items 3, 9, 14, 17, a répondu par oui qui compte un score de 4
Le total est 32

- Dans les items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4 3 2 1 Ali a répondu comme suit :

- Dans les items 1, 5, 11, 16, 19, 20, a répondu par non qui compte un score de 4

- Dans les items 2, 8, 15, a répondu par plutôt Non qui compte un score de 3

- Dans les items 10 a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 2

Le total des items exprimant l'absence d'anxiété est de 44

Il est conclu que le total de 76 sur 80 exprime la présence d'anxiété la plus élevée chez M. Ali, nous notons que la majorité des scores sont très élevés. Cela dit, plusieurs signes montrent le cas anxieux dans le sujet.

Il y a deux éléments avec un score de (2), quatre avec un score de (3) et quatre avec un score de (4). Ce qui indique la position négative du sujet par rapport à l'idée d'avoir complètement manqué sa vie, ces éléments se concentrent sur la tristesse et la perte d'énergie. Ainsi les items N° 1, 5, 11, 16, 19 et 20 qui comptent un score de (4), ou le sujet manifeste clairement une anxiété intense et c'est t'exprimé dans ces apparences et ses mimiques (difficulté à se concentrer).

Les items N° 2, 8, 15 qui comptent un score de (3), représente un peu le sentiment du pessimisme « je me sens plus découragé qu'avant ».

La conclusion du cas « Ali » :

L'analyse de l'interview et de l'échelle d'anxiété spielberger et AL indique que le sujet souffre de l'anxiété la plus élevée, et cela revient aux résultats de l'échelle par le fait que la majorité des éléments ont des réponses qui expriment la présence d'anxiété.

Il a été déduit que notre sujet a de l'anxiété, dominée par le stress, l'inquiétude et la fatigue, se concentre sur le fait que le sujet manque de force physique et psychologique et d'incapacité à assumer la responsabilité de sa famille. On peut dire que l'anxiété de M. Ali se résume à un état d'alerte face à une catastrophe et à un désarroi absolu.

-Présentation des résultats du guide d'entretien semi-directif de Mr Mouhamed :

Mr mouhamed Lors de l'entretien, Mr mouhamed était très confus et actif, quand on lui a demandé de nous parler de sa maladie, il a accepté facilement.

Informations générales sur le cas :

Mr mouhamed âgé de 73 ans, marié, père de trois enfants, possédant un niveau d'instruction de 1 année secondaire, photographe.

Axe N°01 : Informations sur le diabète

Commencé Mr mouhamed a découvert sa maladie par l'intermédiaire d'un ami qui était également diabétique il y a 7 ans dit-il : « eligh twa9erhegh mlih quand j'urine hachak ». (j'avais très mal quand j'urinais). Au début monsieur mouhamed a consulté un urologue mais ce dernier n'avait rien diagnostiqué, en évoquant le sujet avec ses amis ces

derniers lui ont dit : « wa9ila tes3it diabète ». (Normalement tes3it le diabète) Mr mouhamed déclare « le moment d3igh nchalah diabète et machi haja grave ». (J'avais vraiment espéré que sa soit un diabète et non pas quelque chose de grave).

A l'annonce du diagnostic de diabète M. mouhamed était un peu découragé car il n'était pas prêt pour une telle responsabilité, suivant un régime alimentaire particulier, surveillant constamment sa glycémie et il savait que sa maladie constituerait un frein à son travail, il déclaré : « même si nighed bghigh loukan d le diabète mais sdakhliw walah ma bghigh parce toura obligé toura ad3Assegh imaniw inoumghara aka ». (même si j'ai dit espérant que sa soit un diabète mais au fond de moi j'avais envie de resté en bonne santé , je suis pas prêt pour une tell responsabilité) , maintenant Mr mouhamed fait de son maximum afin de gardé son équilibre glycémique il dit : « les premier temps ni obligé ades9ssigh t3Assagh din kan ogadegh adeghligh tamtouthiw tbed arghouri chaque minute hamdoulah tet3Assayi g koulech , mais omb3ED dayen nomegh snegh imaniw, oss9ssayghara chaque minute ». (Les premiers temps j'étais obligé de mesuré mon taux glycémique, j'avais peur de faire un hypo et succombé, et aussi ma femme prenais soin de moi dieu merci, mais maintenant je me connais très bien je ne mesure pas chaque minute).

Axe N°02 : Informations sur l'anxiété préopératoire

M. mouhamed était gêné de parler de son état mais il a dit : « khezreggh toujours gh lemri ». (je me regarde toujours au miroir), et il éprouvé une certain gêne quand il est devant sa femme il déclare « amek akomdinigh normalement tfahmem , amek za3ma setehagh ». (je sais comment vous le dire mais normalement vous avez compris), on peut voir directement que le monsieur se sent mal à l'aise de se mettre nu et on

peut dire que son activité sexuelle a cessé ou a considérablement diminué.

Avant l'amputation M. Mouhamed était un homme tout-terrain dynamique et maintenant il constate une certaine inadéquation entre lui et son milieu social, il déclare : « zik khedmegh koulech toura izmirghara même adaligh drouj , izmirghara même pas adedough am el 3ibad normal ghlinted ikel feli , tiswi3in tagadegh ayt3of tamtouthiw ». (avant je pouvais tout faire, maintenant je ne peux rien faire, je ne peux même pas escaladé un escalier ou bien marcher comme les gens normaux, parfois j'ai peur que ma femme s'en lasse de moi).

Axe N°03: Informations liées à son adaptation à la maladie

Après s'être habitué à son diabète M. mouhamed a retrouvé son train habituel et par hypo glycémie M. mouhamed perd la sensation de ses pieds et au bout d'un moment une plaie diabétique se forme, il dit : «assemi iydinan tebib il y'a 2 ans belik c'est une plaie diabétique khel3Egh parceque 3Almegh dachout , même miydina on peut la traité othominghara ». (le moment où il m'a dit il y'a 2ans que c'est une plaie diabétique je l'ai pas cru parce que je savais qu'est-ce que c'était), après un certain temps, la plaie s'est agrandie, tuant progressivement le membre inférieur, Mr mouhamed : « la vérité kan is3ighara el courage athzregh , il était noir, itfouh amaken machi datariw ikel , temnigh athekssegh labouda bghigh ad3ichegh ideryaw ». (sincèrement j'avais pas le courage de le regardé, peu a peu il devenais noir et puant j'avais qu'une envie l'enlevé).

Après l'amputation non traumatique, M. Mouhamed a eu l'impression de renaître, il déclare : « 3almegh belik ad3ichegh hamdoulah , tamtouthiw thela toujours zathi tet3Awnyi hamdoulah». (je sais que j'allais vivre, ma femme ne m'a jamais laisser tomber , elle prenais toujours soin de moi dieu merci).

Axe N°04 : Informations en relation avec la qualité de vie

Mr mouhamed s'est acheté un véhicule pour faciliter s'est déplacement il déclare « oghighthid bachi ayisehel el hal en cas d'urgence on sait jamais ». (je l'ai acheté pour faciliter mes déplacement et intervenir plus rapidement en cas d'urgence), peu a peu la circulation sanguine diminue et au moment de la conduite.

En ce qui concerne la qualité de vie Mr. mouhamed n'a aucune vision précise, mise a part qu'il est sur le point d'ouvrir un petit magasin pour vendre tout ce qui concerne le matériel électrique « izmirghara ad9imegh aka bla el khedma el 3ibad et ma famille iyt3Awnara a vie obligé adkhdemegh f deryaw adeldigh oussan ayi nchalah un magasin ». (je peux rester sans rien faire mon entourage ne m'aidera pas éternellement, je dois subvenir aux besoins de ma famille , j'ouvrirai bientôt un magasin).

L'analyse des données de l'échelle d'anxiété-E :

Pour remplir l'échelle, Mouhamed a mit environ 7 mn et d'après les résultats on a constaté que Mr mouhamed a un niveau d'anxiété minimal avec une note T= 34 sur 80 (le score max que le sujet peut obtenir).

- Dans les items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4 Mouhamed a répondu comme suite :
- Dans les items 3, 9, 12, 13, 14, 18, le sujet a répondu par Non qui compte un score de 1 ;
- Dans les items 17, il a répondu par plutôt non qui compte un score de 2 ;
- Dans les items 4, 6,7, il a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 3.

Le total est 17.

- Dans les items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4 3

2 1 Mouhamed a répondu comme suit :

- Dans les items 10,19, il a répondu par plutôt non qui compte un score de 3 ;

- Dans les items 1, 5, 20, il a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 2 ;

- Dans les items 2, 8, 11, 15,16, il a répondu par plutôt Non qui compte un score de 1 ;

- Le total des items exprimant l'absence d'anxiété est de 17

Nous voyons que le total de 34 sur 80 ne manifeste pas la présence d'anxiété chez le sujet. La majorité des articles montrent des signes de légèreté de l'anxiété chez le sujet par rapport à sa bonne humeur par rapport à sa maladie.

Il a été remarqué que Muhammad a l'air calme et sage pendant la remise. L'amour de soi que nous avons remarqué chez Muhammad est un bon indicateur qui exprime la stabilité psychique et qu'il vit en harmonie avec sa maladie.

Conclusion du cas de Mouhamed :

L'analyse de l'interview et de l'échelle indique que l'anxiété de notre sujet est minime, elle est sereine dans la nature. Cela se traduit par sa haute estime de soi et le raisonnement positif qu'il possède, cela aide à surmonter et a surmonté les difficultés de sa maladie.

Le soutien et la résistance de la famille donnent au sujet une plus grande confiance et une forte personnalité.

-Présentation des résultats du guide d'entretien semi-directif de Mr Amran :

Notre sujet semble mal à l'aise, stressé, il est resté longtemps sans rien dire, il a mis longtemps à parler de sa maladie.

Informations générales sur le cas :

Mr Amran âgé de 59 ans, marié, il n'a pas d'enfant, commerçant et possède un niveau secondaire.

Axe N°01 : Informations sur le diabète

Par contribution à la découverte du diabète Mr Amran, avait ressenti quelques symptômes dont la fréquence revenait considérablement, il a déclaré «Eligh tehossough la3you tout le temps hadregh il3ibad rohegh 3Alegh un dépistage.» (Je me sens fatigué tout le temps, je parlais aux personnels de dépistage), lorsque nous avons demandé à M. Amran de bien vouloir préciser la date de son diagnostic, elle a immédiatement exprimé une certaine tristesse sur son visage, « sa fait exactement 8 ans, chfigh f l'année machi f la date exacte 2014, a 51 ans aken ». (sa fait exactement 8 ans, je me souviens de l'année mais pas de la date exacte s'était en 2014, j'avais 51 ans), La cause de son diabète reste inconnue, qu'il soit héréditaire dans sa famille ou l'effet d'une infection, «Oui imawlaniw wahi la plupart de mes oncles ». (oui mes parents et la plupart de mes oncles), monsieur amran disait « Izmirghara achegh ce que je veux ma femme te9el nerveuse thet3ayit feli bachi ad3assegh imaniw sur ma thezrayid je mange haja dirit, et elle me force as9issegh sekriw tout le temps. » (Je ne peux pas manger ce que je veux, ma femme s'énerve trop, elle me crier dessus pour m'occuper de moi sur tout quand je mange quelque chose de mauvais, et elle me force a mesuré mon sucre à chaque fois) le fait qu'il va vivre sa vie avec le diabète ne le

honte pas il nous a informé «Non parce que 3Almegh oulach dwa pour soigner le diabète donc ayen idifka rebi merahba bih. » (non, parce que je sais que y a pas de médicament pour soigner le diabète donc j'accepte ce que ma donner le bon dieu) monsieur amran a déclaré qu'il a trouvé le soutien de la part de sa femme qu'il l'a toujours soutenu et aidé , « thametothiw toujours didi même assema afghegh thetla3id gher vara tt le temps » (ma femme est toujours avec moi même quand je sort de la maison elle m'appel tout le temps).

Axe N°02 : Informations sur l'anxiété préopératoire

Monsieur amran disait j'étais amputé depuis 5 jours, lors de l'annonce du diagnostic l'amputation Mr amran était indécise vis-à-vis l'intervention chirurgical, il déclare : « 9vel ma d kechmegh ttkhemimagh kan amek ara thekfou l opération ni ». (avant d'entrer je pense juste de l'opération et quand elle va être terminé). La cause de l'imputation c'est une infection aussi, Monsieur amran nous a dit pendant la période de l'imputation ma famille était instable. Par conséquent un atmosphère d'instable entre le couple, il nous disait , « thametothiw thenayid c'est de ta faute nenough thenayid itehadartara imanik » (ma femme m'a dit c'est de ta faute, on s'est disputer elle m'a dit tu ne prends pas soin de toi).

Axe N°03: Informations liées à son adaptation à la maladie

Lors de l'annonce du diagnostic de l'amputation Mr amran, n'a pas accepté l'idée de se séparé d'une partie de lui , les remaniement du jours de l'annonce de l'amputation le honte toujours il déclare « o3ssghara ikel belik ad3Adigh dans cette étape dans ma vie » (je ne m'attendais pas a passé une tel étape dans ma vie) , concernant les facteurs qui ont conduit à l'amputation, mr, amran lui reproche de ne pas avoir pris soin de lui. Le jour de l'opération l'a vraiment marqué, quand il s'est réveillé il ne pouvait pas regarder son membre ablaté, il n'avait pas accepté l'idée qu'en

peu de temps il se soit réveillé avec une partie en moins, déclare-t-il en s'effondrant : « tsagh 12heures kerghed oufigh oulach thifedniniw amek itebghit adiligh bien » (je me suis endormis a mon réveille, je me suis trouvé avec des orteils en moins).

Axe N°04 : Informations en relation avec la qualité de vie

Mr amran annonce qu'il a des projets «Izmer el hal ade9legh coturiere pour tuer le temps kan en plus snegh adkhitegh » « c'est possible je vais devenir un couturier pour tuer le temps en plus », monsieur amran espère bien regagner son terrain habituel « Nchalah ade9legh azemregh ademeqh la famille ynew». (inchalah, je vais être capable de m'occuper de ma famille), par apport aux changement il nous a informer « Tiswi3in kan thametothiw thet9eli9 itehibighara attezregh aken». (Des fois ma femme s'énervé, je n'aime pas la voir dans cette état », il a trouvé le soutien au sein de sa famille de la part de sa femme, sa mère et sa sœur.

L'analyse des données de l'échelle d'anxiété-E :

Pour remplir l'échelle, Amran a mit 10 mn d'après les résultats on a constaté que Mr Amran a un niveau d'anxiété faible avec une note T= 30 sur 80 (le score max que le sujet peut obtenir) Au dessus de 66

Dans les items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4 Amran a répondu comme suit :

- Dans les items 7, 12, 13, 14 a répondu par Non qui compte un score de 1
- Dans les items 18 a répondu par plutôt Non qui compte un score de 2
- Dans les items 9,6, 17 a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 3
- Dans les items 3 ,4 a répondu par Oui qui compte un score de 4 Le total est 23

- Dans les items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4 3 2 1 Amran a répondu comme suit :
- Dans les items 5 a répondu par Plutôt non qui compte un score de 3
- Dans les items 8, 10, 19, 15 a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 2
- Dans les items 1, 2, 11, 16, 20 a répondu par Oui qui compte un score de 1

Le total est 16

Il est conclu que le total de 39 sur 80 exprime une présence de faible anxiété chez le sujet.

Conclusion du cas de Amran :

De l'analyse de l'interview et de l'échelle, on déduit qu'Amran montre peu d'anxiété et d'inquiétude quant à son état physique, car le score des éléments exprimant la présence d'anxiété.

Son anxiété se concentre sur la fatigue et le manque d'énergie causé par sa maladie qui est un obstacle à son travail car il est le père d'une famille.

Les signes indicateurs d'anxiété chez Amran sont l'attitude critique envers soi-même, se concentre sur le fait que le sujet est un manque de force physique et une incapacité à prendre des responsabilités. Il se sent dévalorisé.

Amran est pour un remède psychologique, il aime l'idée d'être entendu et écouté par un psy.

-Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif de Mr hamid

Informations générales sur le cas

Mr hamid, est âgé de 57ans, marié, il a trois enfants (deux filles et un garçon). Il est issu d'une famille nombreuse de 10 enfants, il occupe la deuxième position dans la fratrie, il a un niveau d'instruction primaire (6ème année primaire). Il ne travaille pas actuellement pour des raisons de santé. Mais avant, il a occupé un poste dans une entreprise de conditionnement à Alger, il a été DRH au sein de cette entreprise, jusqu'en 1988, car cette année-là, il a subi un choc, il a dit que c'était la période terroriste qui lui a laissé des traces traumatisantes, et ce choc des terroristes a causé le diabète à M. Hamid.

Axe N°01 : Informations sur le diabète

Mr hamid a découvert sa maladie par le biais des symptômes du diabète il disait « eligh tehosseg j'urinai beaucoup hachak » (j'urinai beaucoup), par-dessous Mr, hamid est quelqu'un de stressé de nature il déclare « el haja simple thela tet9li9iyi » (une chose simple me stressait), ce qui a accéléré le processus de la maladie, ou le moment de l'annonce de la maladie M. Hamid était calme n'a ressenti aucune manifestation interne ou sentiment interne, il déclarais « normal el3ibad ikel halken diabète en plus toura hed oritmtath s diabète » (j'avais rien ressenti, tout le monde est atteint du diabète, en plus de notre temps personne n'est mort du diabète) , Mr hamid a vécu l'annonce de son diabète de manière normale sans manifestation en suivant un régime strict, surveillé par son épouse.

Axe N°02 : Informations sur l'anxiété préopératoire

Avant l'amputation Mr Hamid était satisfait de l'état de son corps,

voir d'après ces déclarations qu'elle avait une bonne image corporelle, il déclare : « Eligh normal ogdkarghara kemlegh hacha rebi iykemlen mais eligh normal ». (j'étais normal je te dis pas je suis complet parce que y a que le bon dieu qui est complet mais j'étais normal). Mais aujourd'hui je me vois autrement il disait en pleurant « aka toura zaregh imaniw ne9Ssegh mlih » (maintenant je me vois moins compétent), monsieur hamid n'a pas pu vraiment s'adapter à sa nouvelle situation, il nous a informé qu'il ne se compare pas aux autres personnes, mais, il regrette son ancien état il disait « Loukan ofigh loukan 9imegh aken eligh » (j'aurais aimé de rester comme avant).

Axe N°03: Informations liées à son adaptation à la maladie

Le monsieur trouve des difficultés à s'adapter à certaines activités « Oui akam thilhin g vara izmirghara toura adedough aken di yihwa ». (Oui, comme les activités sportives je n'arrive pas à les faire adéquatement).

Avec le manque apparent qu'exprime le corps de Mr hamid, ce dernier s'attache toujours au miroir, la cicatrice se trouvant au niveau de son pied le dégoûte, il déclare : « tisiwi3in khezreggh gh lemri j'imagine mon ancien moi ». (Parfois je me regarde au miroir je me rappelle de mon état antérieur). Maintenant le quotidien de Mr Hamid, ces habitudes, ces hobbies, ces hobbies, changent complètement, il déclare « 9legh amaken d la statue ». (Je pense je suis devenue une statue).

Axe N°04 : Informations en relation avec la qualité de vie :

Mr hamid a demandé une prothèse pour pouvoir marcher librement sans avoir besoin de l'aide des béquilles, il déclare : « thora aka ad yawedh adhar ni n plastique ad thenigh si les biki ad izmiregh ad lhough libre am neck am wiyadh ». (maintenant je vais attendre les prothèses et quand ils

arrivent je vais marcher comme les autres sans biqués).

L'analyse des données de l'échelle d'anxiété-E

Pour remplir l'échelle , Hamid a mit 15 mn et d'après les résultats on a constaté que Mr Hamid a un niveau d'anxiété modéré faible avec une note T= 44 sur 80 (le score max que le sujet peut obtenir)

Dans les items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1 2 3 4 Hamid a répondu comme suit :

- Dans les items 18 a répondu par Non qui compte un score de 1
- Dans les items 3,7, a répondu par plutôt Non qui compte un score de 2
- Dans les items 4, 9, 12,13, a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 3
- Dans les items 6 a répondu par Oui qui compte un score de 4 Le total est 21

Dans les items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4 3 2 1 Hamid a répondu comme suit :

- Dans les items 2 ,8 ; 15 ,16 a répondu par Plutôt non qui compte un score de 3
- Dans les items 1, 5, 10,17 a répondu par plutôt Oui qui compte un score de 2
- Dans les items 11, 19,20 a répondu par Oui qui compte un score de 1

Le total des éléments exprimant l'absence d'anxiété est de 23 On conclut que le total de 44 sur 80 exprime la présence d'une faible anxiété chez le sujet

Conclusion du cas de Hamid :

De l'analyse de l'entretien et de l'échelle, nous déduisons que

Hamid montre un faible niveau d'anxiété car le score total varie entre 36 et 45. Hamid a de l'anxiété qui exprime son inquiétude au sujet de sa condition physique parce qu'il souffre de douleur aiguë au niveau organique. Son optimisme lui permet d'avoir des projets pour l'avenir il a une vision positive des choses, il nous a dit qu'il voulait d'abord guérir.

2-discussion des hypothèses

Dans cette partie, nous exposerons une hypothèse des résultats de l'analyse de l'entretien semi-directif, et l'échelle de Spedbelger dans le but d'établir une discussion des hypothèses qui viennent répondre à la question de notre problématique. .

L'objectif est de décrire le degré de l'anxiété lors de la phase préopératoire chez les personnes diabétiques amputées.

A travers les résultats obtenus, on a contesté nos hypothèses émises au début comme suit:

-La première hypothèse : «les personnes diabétiques amputées souffrent d'anxiété sévère lors de la phase préopératoire ».

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et le test de SPEILBERGER Selon le discours des cas, nous avons retenu qu'ils représentent certains sentiments tels que le stress, dégoût, désespoir, manque de confiance en soi, détresse et un sentiment de honte, ce qui montre clairement que leur qualité de vie globale est mauvaise.

C'est dans ce sens que Patrick et Erickson(1993) affirme que « la qualité de vie correspond à la satisfaction d'un individu dans les différents domaines de sa vie incluent le bien être physique, social, économique, et psychologique ». (Achachra. A, 2015 : 17), telle qu'il est indiqué dans 04 cas de notre population d'étude

-Cas de Ali : D'après ses dires dans l'entretien «dunith ayi to3ar lahlak, Imahna, arnu lham l3ibad sufla».

-Cas de mouhamed : D'après ses dires dans l'entretien « je n'ai pas que la douleur physique mais aussi une souffrance psychique, vraiment j'ai des douleurs insupportables ».

-Cas de amran : D'après ses dires dans l'entretien «lahlak ayi iddirenjiyi grave hussegh imaniw qriv adetredhqagh ».

-Cas de hamid : D'après ses dires dans l'entretien «wallah ar digutigh ak ikechmiyi l3edzan fkullech karhagh imaniw akkayi, qlagh karhegh ikkel adezragh hed ».

Ces 04 cas se déclarent stressés, fatigués, tristes et désespérés, ce qui indique que leur anxiété est élevée.

Et pour la deuxième hypothèse «les personnes diabétiques à amputés souffrent d'une anxiété lors de la phase préopératoire» on la confirmé, car d'après l'entretien semi directif qu'on a entamé avec nos patients, on a constaté que plusieurs d'entre eux, souffrent d'un degré d'anxiété plus ou moins élevé qui a été manifesté dans leur discours et l'observation de leurs comportements et ainsi dans leurs réponses au questionnaire d'entretien et de l'échelle, comme on a remarqué aussi le degré d'anxiété, et qui dépendent d'un malade à l'autre comme le facteur de l'âge :

On trouve ça dans les cas n° 1 (ali : 65 ans), cas n° 2 (mouhamed : 73ans), cas n°3 (amran : 59 ans), la majorité des patients dépassants les cinquantaines on exprimé une anxiété élevée puisque souffrir d'insuffisance cardiaque est tout d'abord traversée un état de crise au plans psychologique, leurs habitudes de vie et l'image de soi change profondément et aussi par rapport a l'idée de la mort et de la vieillesse.

On a remarqué aussi que le degré de l'anxiété varie selon la situation des patients car l'effet de l'environnement favorable et non favorable qui déroule autour de leur situation familiale, économique, financière et sociale, et la qualité de cet environnement dépend mauvais à la bonne joue un rôle important dans l'apparition de ce degré.

Synthèse

Enfin, d'après les résultats obtenus dans l'analyse de l'entretien semi directif, nos hypothèses est confirmé pour les 4 cas (Ali, Mouhamed, Amran, Hamid).

Conclusion

Conclusion

De tout ce que nous avons vu dans la réalisation de nos recherches sur l'anxiété préopératoire chez les amputés diabétiques et à travers les résultats et leurs analyses, nous pouvons retenir que le diabète est une maladie chronique, inquiétante, qui peut avoir un fort impact sur la vie et altérer la qualité de vie des personnes concernées. Ces derniers sont confrontés à des dépenses personnelles élevées et à l'exclusion sociale. Selon la gravité et l'emplacement des lésions cutanées, les porteurs peuvent ressentir un inconfort physique et une incapacité importants. Ils peuvent être gênés par leur apparence et avoir une faible estime de soi induite par la peur d'être rejetés socialement ou par des difficultés psychologiques telles que l'anxiété, l'angoisse et une faible estime de soi. Pour la réalisation de ce travail nous avons choisi 04 cas atteints a une amputation chez des diabétiques vus en consultation de dermatologie et nous avons opté pour la méthode clinique basée sur étude de cas, entretiens semi-directifs, nous avons constaté que la majorité des cas sont stressés et souffrent de un déséquilibre au niveau psychique et tous les adultes souffrant de DT et une amputation au vu de l'anxiété des amputés diabétiques est sévère.

LISTE
BIBLIOGRAPHIQUE

Liste bibliographique

I-Ouvrages :

1-AKTOUF, O. (1987). « **Méthodologie de sciences sociales et approche qualitative des organisations** », Québec : HEG Presses.

2-Anna Bertan de Balanda, une approche (2015), « **une approche psychosomatique du diabète** » : « l'identité en souffrance ».

3-Bernad, M. (1995). **Le corps**, Paris.

4-Berrada, S, (2010) « **Définition et étiopathogénie des troubles anxieux** » centre universitaire, Ibn-Roched.

5-Bessancon, G, (1993) « **manuel de psychopathologie –anxiété, dépression et psychopathologie du corps** », Dunod, Paris.

6-CHAHRAOUI, K et BENNY H-A. (2003). « **L'entretien clinique** », France : Dunod.

7-Mirabel-Sarron. C et Vera. L, (2004), « **l'entretien en thérapie comportementale et cognitive** », Paris, Dunod.

8-CLERO. J, (2002), « **Vocabulaire de Lacan** », Paris, ellipses.

9-Damiens-Delloye. B. (1985), « **Diabète et nutrition** », Paris, Edition Vigot.

10-Fischer, G-N. (2002). « **Traité de la psychologie de la santé** ». Paris : Dunod.

11-FREUD.S, (1912), « **Totem et tabou** », paris, édition Masson.

12-FREUD. S, (1999), « **Choix du texte** », paris, édition Masson.

Liste bibliographique

13-Jean-Jacques Altman, R. D.-D. (2012). « **Le grand livre du diabète** ». Paris : Eyrolles.

14-Gras, D, (2009), « **santé et équilibre de vie des frères/ et sœurs d'enfant atteints de maladie chronique** », éditions, Médecine, université de Nantes

15-GRAWITZ. M (2001), « **Méthodes des sciences sociales** », 9^e édition paris, dalloz.

16-GRAZIANI. P, (2003), « **Anxiété et trouble anxieux** », Paris, édition Nathan / VUEF.

17-Graziani. P et Swendsen. G, (2005), « **le stress, émotion, et stratégies d'adaptation** », Paris, Armand colin.

18-Grimaldi A, (2005), « **traité de diabétologie** », tane 1, Paris, éditions Flammarion Médecine-science.

19-Grimaldi. A, et all, (2009), « **Guide pratique de diabète** », Paris, 4^{eme}Edition Elsevier, Masson.

20-Jean-Jacques et al, (2014), « **le grand livre du diabète** », 4^{em}éditions, Paris.

21-Jouzier. E (2007), « **L'histoire de diabète** », in Laboratoire de biochimie fondamentale et clinique, Faculté des sciences pharmaceutiques, université Victor- Segalen Bordeaux 2,146, Rue-LéoSoignat.

22-LACROIX.A, (2011), « **L'éducation thérapeutique des patients** », Paris maloine, 3 édition.

23-Manna, F., Sachiko, T-T, (2013). « **Dessine-moi ton diabète** », Haute

Liste bibliographique

école de santé, soin infirmière, Genève.

24-Martin.Buyschaert, (2006), « Diabétologie clinique », 3emeedition Boeck, Paris.

25-Menat, E, (2005), « la dététique du diabète », Paris, Alpen.

26-Palazzolo. J, (2007), « Dépression et anxiété mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge », Paris.

27-Pedinielli. J.C, (1994), « introduction a la psychologie clinique », Nathan, Paris.

28-Pedinielli. J.L, (2005), « Cours de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (psychologie des maladie somatique) », Paris, IED.

29-Pedinielli,J-L &Fernandez, (2015), « L'observation clinique et l'étude de cas (3) », paris: Armand colin.

30-Popelier M, (2006), « diabète », Paris, le clavier bleu.

31-Stroud.A.H, (1997), « L'anxiété le stress », En Nakhla.

32-Kubler-ross.E.D, Kessler.D, (2011), « Sur le chagrin et sur le deuil », Poche.

II-Dictionnaires :

1-Delamare. G. (2009), « Dictionnaire illustré des termes de médecin » Malouine, Edition Elsevier, Masson.

2-Bloch, H et Al. (2011). le grand dictionnaire de la psychologie. Paris.

3-Quevauvilliers J, (2007), « dictionnaire Médicale », Paris, 5éme édition Masson.

Liste bibliographique

4-TAMISIER J.C et BRIAND.C, (1999), « Grand dictionnaire de la psychologie », France, édition Larousse.

III-Revues :

1-Brink S, J et all, (2011), « le diabète de l'enfant et de l'adolescent », Danemark, Novo Nordisk, l'International Society for Pediatric and Adolescent Diabètes (ISPAD)

2-Houdan J, (2006), « le père des enfants diabétiques est –il en sucre ? », le journal de la psychologie, Paris, n°234.

3-Savelli, (2005), « L'anxiété et ses avatars, ou de Freud a Freud », conférence.

IV-Sites internet :

<http://www.changingdialetesacces.com/>

ANNEXES

Annexe N°01 : Guide d'entretien

-Les informations personnelles du patient :

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quel est votre profession ?
- Quel est votre situation matrimoniale ?
- Avez-vous des enfants ! Si oui combien ?

Axe N°01 : Informations sur la maladie du diabète :

Dans cet axe nous visant a récolte des donnes nécessaires sur le diabète et l'événement de l'amputation.

Axe N°02 : Informations sur l'anxiété préopératoire :

Dans cette axe en vise à savoir comment et de quelle façon l'anxiété persiste avant l'événement de l'amputation et plus précisément la période pré opératoire

Axe N°03: Informations liées à son adaptation à la maladie

- Peux- tu effectuer des activités quotidiennes tout seul ?
- Demandes- tu de l'aide ? a qui vous le faites ?
- Consultes-tu régulièrement ton médecin traitement ?

Axe N°04 : Informations en relation avec la qualité de vie :

Dans cette axe notre objectif et de savoir comment les patient ampute vive avec leur maladie et obtenir des informations sur la qualité de vie

Annexe N°02 : Questionnaire d'auto-évaluation de C.D. Spielberger.

Inventaire d'anxiété État-Trait / forme Y-A :

Nome :

Prénom :

Age :

sexe :

Date de passation :

E	T

Consigne : Un nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme				
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté				
3. Je suis tendu(e), crispé(e)				
4. Je me sens surmené(e)				
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau				
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				

7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment				
8. Je me sens content				
9. Je me sens effrayé				
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)				
11. Je sens que j'ai confiance en moi				
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable				
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)				
14. Je me sens indécise(e)				
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)				
16. Je suis satisfait(e)				
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)				
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)				
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)				
20. Je me sens de bonne humeur, aimable				

Annexe N°03 : CORRIGE

Inventaire d'anxiété État-Tait Forme Y-A

Assurez-vous d'être bien sur la page correspondant à ce corrigé. Ensuite, comptez simplement les points correspondant au cercle fait par le sujet sur la feuille de réponses. Reportez le total dans les cases appropriées sur la feuille de réponses. Référez-vous au manuel pour les données nominatives.

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme	4	3	2	1
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté	4	3	2	1
3. Je suis tendu(e), crispé(e)	1	2	3	4
4. Je me sens surmené(e)	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	4	3	2	1
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	1	2	3	4
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	1	2	3	3
8. Je me sens content	4	3	2	1
9. Je me sens effrayé	1	2	3	4
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)	4	3	2	1
11. Je sens que j'ai confiance en moi	4	3	2	1
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	1	2	3	4

13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	1	2	3	4
14. Je me sens indécise(e)	1	2	3	4
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)	4	3	2	1
16. Je suis satisfait(e)	4	3	2	1
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	1	2	3	4
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me Sens déconcentré, dérouté(e)	1	2	3	4
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)	4	3	2	1
20. Je me sens de bonne humeur, aimable	4	3	2	1

Annexe N° 04 : Cas d'Ali

Présentation des données de l'échelle d'anxiété-E :

Questionnaire d'auto-évaluation de C .D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'anxiété Eta-Trait / forme Y-A

Nom :

Prénom : Ali

Age : 65 ans

Sexe : masculin

Date de passation : 22/05/2022

E	T
76	80

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme	4			
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté		3		
3. Je suis tendu(e), crispé(e)				4
4. Je me sens surmené(e)		2		

5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	4			
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)			3	
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment			3	
8. Je me sens content		3		
9. Je me sens effrayé				4
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)			2	
11. Je sens que j'ai confiance en moi	4			
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable			3	
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)		2		
14. Je me sens indécise(e)				4
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)		3		
16. Je suis satisfait(e)	4			
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)				4
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)			3	
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)	4			
20. Je me sens de bonne humeur, aimable	4			

Annexe N° 05 : Cas de Mouhamed

Présentation des données de l'échelle d'anxiété-E :

Questionnaire d'auto-évaluation de C .D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'anxiété Eta-Trait / forme Y-A

Nom :

Prénom : Mouhamed

Age : 73 ans

Sexe : masculin

Date de passation : 24/05/2022

E	T
34	80

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme			2	
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté				1
3. Je suis tendu(e), crispé(e)	1			
4. Je me sens surmené(e)			3	

5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau			2	
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)			3	
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment			3	
8. Je me sens content				1
9. Je me sens effrayé	1			
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)		3		
11. Je sens que j'ai confiance en moi				1
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	1			
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	1			
14. Je me sens indécise(e)	1			
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)				1
16. Je suis satisfait(e)				1
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)		2		
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)	1			
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)		3		
20. Je me sens de bonne humeur, aimable			2	

Annexe N° 06 : Cas de Amran

Présentation des données de l'échelle d'anxiété-E :

Questionnaire d'auto-évaluation de C .D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'anxiété Eta-Trait / forme Y-A

Nom :

Prénom : Amran

Age : 59 ans

Sexe : masculin

Date de passation : 25/05/2022

E	T
39	80

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme				1
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sureté				1
3. Je suis tendu(e), crispé(e)				4
4. Je me sens surmené(e)				4

5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau		3		
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)			3	
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	1			
8. Je me sens content			2	
9. Je me sens effrayé			3	
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)			2	
11. Je sens que j'ai confiance en moi				1
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	1			
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	1			
14. Je me sens indécise(e)	1			
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)			2	
16. Je suis satisfait(e)				1
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)			3	
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)		2		
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)			2	
20. Je me sens de bonne humeur, aimable				1

Annexe N° 07 : Cas de Hamid

Présentation des données de l'échelle d'anxiété-E :

Questionnaire d'auto-évaluation de C .D. SPIELBERGER et AL.
Inventaire d'anxiété Eta-Trait / forme Y-A

Nom : Prénom : Hamid

Age : 51 ans Sexe : masculin

Date de passation : 26/05/2022

E	T
44	80

Consigne : un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme			2	
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté		3		
3. Je suis tendu(e), crispé(e)		2		
4. Je me sens surmené(e)			3	

5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau			2	
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				4
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment		2		
8. Je me sens content		3		
9. Je me sens effrayé			3	
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)			2	
11. Je sens que j'ai confiance en moi				1
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable			3	
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)			3	
14. Je me sens indécise(e)				4
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)		3		
16. Je suis satisfait(e)		3		
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)		2		
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté(e)	1			
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)				1
20. Je me sens de bonne humeur, aimable				1