

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE (CRFD) EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

LABORATOIRE DU DEVELOPPEMENT ET
DU MAL DEVELOPPEMENT



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR
HUMANITIES, SOCIAL SCIENCE AND
EDUCATIONAL

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
SOCIAL SCIENCES

PSYCHOLOGY DEPARTMENT

LABORATORY OF DEVELOPMENT
AND MALDEVELOPMENT

VECU TRAUMATIQUE DES DIABETIQUES AMPUTES ET REPRISE DU MOI-CORPS : UNE ETUDE DE CAS

*Mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du diplôme de Master en
Psychologie*

Option : Psychopathologie et clinique

Par

LONTSI KIAMPI Franklin

18B631

Licencié en Psychologie

JURY

Président : NYOCK ILOUGA, *Maître de conférences*

Rapporteur : IGOUI MOUNANG Gilbert, *Chargé de cours*

Examineur : MENGUE GADENA, *Chargé de cours*



28 Juillet 2023

SOMMAIRE

DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iiii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
RESUME	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	4
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	5
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	18
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	93
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	94
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	128
CHAPITRE V : INTERPRETATION DES RESULTATS.....	153
CONCLUSION	167
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	171
ANNEXES.....	178
TABLE DES MATIERES	179

A

MA FAMILLE

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche n'aurait pu être possible sans le soutien multiforme de nombreuses personnes à qui nous souhaitons témoigner notre gratitude. Nos remerciements vont à l'endroit :

- Du Docteur IGOUI MOUNANG Gilbert, qui nous a accompagné tout au long de ce travail de recherche, sa disponibilité, ses précieux conseils constructifs, ses commentaires et suggestions ; son savoir être et son savoir-faire scientifique ont été d'un grand apport ; ainsi a-t-il dirigé ce travail.
- Du chef de département de psychologie ; le Pr EBALE MONEZE Chandel; pour ses conseils et son écoute;
- De l'ensemble du personnel enseignant et administratif du département de psychologie de l'Université de Yaoundé I, pour leur encadrement et leur suivi tout au long de notre formation au travers des enseignements qu'ils ont toujours su mettre à notre disposition ;
- De l'ensemble de nos camarades de la Psychologie de la Faculté de psychologie de l'Université de Yaoundé I, de la promotion 2022/2023 avec qui nous avons passé des moments inoubliables notamment Chepannou Henri et Mbiadou Kevin ;
- De Monsieur le Directeur du CNRPH qui a autorisé cette recherche au sein de l'illustre institution dont il a la charge ;
- De Monsieur Bessala qui a encadré notre séjour au sein du CNRPH ;
- De tous les patients qui ont acceptés de prendre part et de contribuer à cette recherche ;
- De ma famille ; la famille KIAMPI pour les différents soutiens ;
- De la famille ligue pour la lecture de la bible au Cameroun et les des moniteurs du culte d'enfants de la paroisse de Nkomo pour le soutien moral et l'accompagnement ;
- De notre frère et de notre sœur (Alex et Christiane) pour les encouragements.

SIGLES ET ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IDF/ DIF : International Diabetes Federation/ Fédération Internationale de Diabète

SCP : Société Canadienne de Psychologie

CIPD : Consensus International du Pied Diabétique

Os : Objectif Spécifique

HR : Hypothèse de Recherche

HCY : Hôpital Central de Yaoundé

HARS : Hamilton Anxiety Rating Scale

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

IAMI : Insuffisance Artérielle du Membre Inférieur

CNRPH : Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées

DSM : Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau synoptique récapitulatif des variables, modalités, indicateur, indices.....	15
Tableau 2 : Population de l'étude	115
Tableau 3 : Estimation de la taille de l'échantillon théorique de la recherche et ses caractéristiques (portrait des participants).....	117
Tableau 4 : Fiche individuelle d'observation de madame jolie :	129
Tableau 5 : Fiche individuelle d'observation de monsieur Lajoie.....	136
Tableau 6 : Fiche individuelle d'observation de monsieur bobo :.....	143
Tableau 7 : Fiche individuelle d'observation de monsieur baba :	148

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Image d'une plaie diabétique,	37
Figure 2: Algorithme de prise en charge des lésions trophiques du membre inférieur.	40
Figure 3: Amputation transfémorale-tracé des incisions ; tiré de l'EMC.....	41
Figure 4: Désarticulation de la hanche.	41
Figure 5: Désarticulation du genou.....	42
Figure 6: Amputation transtibiale	42
Figure 7: Amputation de chopart et de lise franc.....	43
Figure 8: Différents types d'amputation de la cheville.....	43

RESUME

Ce travail de recherche répond à la question de savoir en quoi le vécu traumatique induit-il des difficultés de reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputés ? La recherche a adopté une approche qualitative avec pour instrument de collecte des données un guide d'entretien administré aux diabétiques amputés et hospitalisés au Centre national de réhabilitation des personnes handicapées, Paul Emile léger d'Etoug-Ebé. Ces participants ont été obtenus après avoir défini les critères de sélection. Les résultats auxquels nous sommes parvenus révèlent que le vécu traumatique chez les diabétiques amputés induit sur les difficultés de reprise du Moi-Corps. Néanmoins, ils développent eux-mêmes des ressources qui leurs permettent de surmonter leur traumatisme et de se reconstruire une image et une identité positive d'eux-mêmes. Certains développent des mécanismes tel que l'identification projective s'appuyant sur leur statut social et bénéficient aussi de l'accompagnement d'un bon support social qui est leur famille ; tandis que d'autres s'appuient sur leurs croyances, puisent au fond d'eux, s'identifient en elles, à cela vient s'ajouter le soutien familial et le psychologue qui joue le rôle d'objet médium malléable.

À cet effet, pour accompagner efficacement ces diabétiques amputés dans leur processus de reprise du Moi-Corps, le psychologue doit créer un cadre permettant le travail d'élaboration psychique du patient, identifier les besoins du patients, ses stratégies de survie et ressources et l'accompagner en prenant compte des facteurs personnels ou de la personnalité, des facteurs contextuels, social comme le statut social du patient et surtout travailler sur l'environnement du patient. Pour permettre de faire face à des obstacles et permettre l'augmentation de confiance et de bien-être bien d'autres symptômes qui permettront le développement maximal de l'autonomie de ceux-ci de même que leur travail de réaménagement psychique qui leurs permettront d'accepter et de se réconcilier avec leur corps. La plus-value de ce sujet réside alors au niveau de la compréhension du traumatisme chez les diabétiques amputés, les répercussions psychologiques émotionnelles et sociales de la perte d'un membre incluant des deuils, des altérations d'image de soi, une diminution de l'estime de soi et des problèmes d'adaptation. La meilleure compréhension de cet aspect peut conduire à une prise en charge appropriée et efficace de ces patients. Aussi, en identifiant les facteurs, qui favorisent la reconstruction d'un équilibre et l'union entre le corps et la psyché, il devient alors possible de développer des stratégies d'accompagnement et de soutien approprié pour ces individus.

ABSTRACT

This research work answers to question of how does the traumatic experience induce difficulties in recovering the body ego in diabetic amputees? The research adopted a qualitative approach with an interview guide administered to diabetic amputees hospitalized at the National Center for the Rehabilitation of Persons with Disabilities, Paul Emile Léger in Etoug-Ebé, as a data collection instrument. These participants were obtained after defining the selection criteria. The results revealed that diabetic amputees themselves develop resources that allow them to overcome their trauma and rebuild a positive image and identity of themselves. Some develop mechanisms such as projective identification based on their social status and also benefit of follow up with good a social support, lead by their family; while others rely on their culture, draw deep within them, identify with them, to this is added family support and the psychologist who plays the role of a malleable medium object.

To effectively support these diabetic amputees in their process of reclaiming their sense of self, the psychologist must create a framework that allows for the patient's needs, survival strategies, and resources, and provide support while taking into account personal factors or personality, Contextual factors, social factors such as the patient's social status, and especially work on the patient's environment. This will enable them to face obstacles and promote increased confidence and will allow for the maximal development of their autonomy, and their psychological readjustment that will help them accept and reconcile with their bodies. The added value of this topic lies in understanding the trauma experienced by diabetic amputees, the emotional and social psychological repercussions of losing a limb, including grieving, alteration in self image, diminished self-esteem, and adaptation issues. A better understanding of this aspect can lead to appropriate and effective care for these patients. Additionally, by identifying factors that facilitate the reconstruction of balance and the integration of the body and the psyche, it becomes possible to develop strategies for appropriate support and accompaniment for the individuals.

INTRODUCTION

De l'antiquité au siècle du matérialisme où nous vivons, l'homme a toujours été agressé par la maladie. Pour Sillamy (1999) la maladie se définit comme étant « *une altération de la santé par suite de l'incapacité du corps à utiliser ses défenses organiques contre par exemple, la toxi-infection, ou pour résoudre ses conflits psychologiques* » (p.170). Dans la même lancée, Igoui (2018). Définit la maladie comme : « *l'altération de la santé, de l'équilibre des êtres vivants. Les causes sur le plan biologique ... sont somatiques, c'est-à-dire dans le corps. Bactéries, virus, toxines ou dysfonctionnement métaboliques.* » (p.28). Ces facteurs suffisent pour expliquer le processus pathogène de la maladie qui se déroule de façon indépendante chez le sujet. Même s'il est vrai que, ces facteurs biologiques expliqueraient le processus de maladie, il n'en demeure pas moins qu'elle a des répercussions sur le plan sociologique et psychologique. Sur le plan sociologique, il s'agit de l'influence que subit celui qui est malade de ses alter-égos qui peut se traduire par des stigmatisations, ou de l'influence qu'il a lui-même sur ses semblables créant des pathologies de lien. Sur le plan psychologique, il s'agit, des troubles de comportements, des états émotionnels négatifs (anxiété, dépressions...), des traumatismes psychiques causés par cette maladie. Ainsi, la maladie est déclarée quand il y a disfonctionnement physique et ou psychique d'un ou plusieurs individus, menaçant l'équilibre psychique, physique d'un ou plusieurs individus et menaçant l'ordre social. (Igoui, 2018). On comprend alors que la maladie peut avoir un effet, sur l'individu et sur son entourage. Parmi ces maladies, on les maladies chroniques qui durent plus d'un an et le plus souvent, le sujet est amené à vivre avec cela toute sa vie à l'instar du diabète qui est le cas échéant dans notre étude.

Ainsi dit, le dictionnaire Larousse de médecine (1971) définit le diabète comme « une maladie caractérisée par une hyperglycémie, c'est-à-dire un taux de sucre élevé dans le sang. Le taux moyen normal est de 1 gramme par litre ; il triple en cas de diabète. Il se caractérise alors par une hyperglycémie chronique, c'est-à-dire un excès de sucre dans le sang et donc un taux de glucose (glycémie) très élevé. Dans la même lancée, la fédération française des diabétiques le définit comme un trouble de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage des sucres apportés par l'organisme. Il s'agit alors de manière simple d'une maladie chronique qui affecte de la façon dont le corps régule la glycémie.

Sur le plan cellulaire et moléculaire, le diabète est causé par une destruction auto-immune des cellules bêta du pancréas qui sont responsable de la sécrétion d'insuline, le

système immunitaire attaque ces cellules et les détruit progressivement. En conséquence, l'organisme ne produit plus suffisamment l'insuline ce qui entraîne une hyperglycémie chronique, il s'agit-là d'un diabète de type 1.

. Le type 2 lui causé par une combinaison de résistance à l'insuline et une production insuffisante d'insuline par les cellules bêta. En conséquence, le glucose s'accumule dans le sang, conduisant à une hyperglycémie chronique, entraînant divers problèmes de santé à long terme, tels que des complications cardiovasculaires, rénales, nerveuses et oculaires. Aussi, cette hyperglycémie peut perturber de nombreux processus métaboliques. La résistance à l'insuline dans ce diabète est associée à divers facteurs comme l'obésité, la sédentarité, l'excès de graisse abdominale et certains changements inflammatoires au niveau des cellules. Ces facteurs perturbent les voies biologiques qui régulent la sensibilité à l'insuline, les protéines de signalisation et les transporteurs de glucose peuvent être altérés, entraînant une résistance à l'insuline.

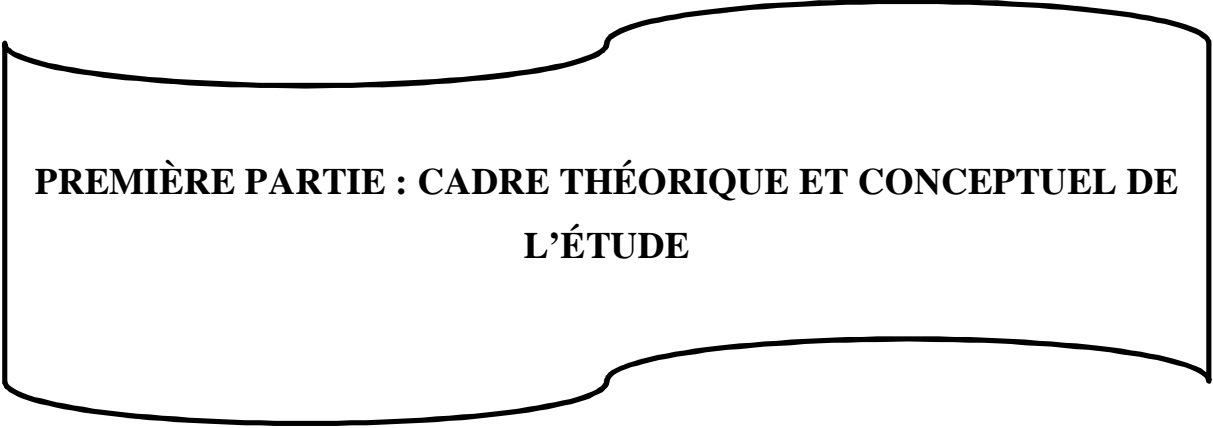
Sur le plan épidémiologique, cette maladie recouvre de plus en plus la population mondiale dont de 537 millions de personnes dans le monde en 2021 (FID, 2021). Cette pathologie touche de plus en plus les pays d'Afrique parmi lesquels le Cameroun avec une prévalence de 5,5% de camerounais atteint du diabète (Banque Mondiale, 2021). Cette maladie, lorsqu'elle est mal prise en charge peut causer des complications comme des gangrènes, plaies diabétiques et des métastases, si ces complications sont aussi négligées, on peut aboutir à une amputation. Cette opération engendre un bouleversement physique, psychique et social important pour les individus concernés. Comment vivent-ils cette expérience traumatique ? Comment cette épreuve impacte-t-elle leur rapport au corps ? Comment parviennent-ils à se reconstruire ? Autant de questions qui ont motivé notre recherche pour ce mémoire de Master. Dans cette étude, nous nous intéressons au vécu traumatique des diabétiques amputés et à leur reprise du Moi-Corps, nous proposons une analyse des différents éléments qui influencent dans ce processus de reconstruction, en termes de représentation mentale, d'ajustement émotionnel, de relation à l'entourage et de prise en charge médicale. Cette recherche se veut une contribution à une meilleure compréhension de la souffrance ressentie par les personnes amputées et un outil pour élaborer des interventions de soutien et d'accompagnement. Dans un raisonnement logique et une démarche scientifique nous allons essayer de répondre au problème relatif à notre étude intitulée « vécu traumatique des diabétiques amputés et reprise du Moi-corps ». Celui du **Travail de réaménagement psychique influençant le vécu traumatique des diabétiques amputés et leur processus de**

reprise du moi corps. A cet effet, pour développer notre recherche, nous allons présenter notre travail en deux grandes parties à savoir :

- Le cadre théorique et conceptuel ;
- Le cadre méthodologique et opératoire

La première partie intitulée cadre théorique et conceptuel consistera à présenter d'abord le chapitre premier, celui de la problématique de l'étude qui s'attèlera au contexte et justification, à la formulation du problème de recherche autour de la question de recherche, de l'hypothèse générale et des hypothèses de recherche, l'objectif général et les objectifs spécifiques. On y trouve également l'intérêt de la recherche et l'originalité. Ensuite, le chapitre deuxième lui sera consacré à la définition des notions, le cadre de référence autour de l'insertion théorique et des théories explicatives du sujet.

Au niveau du cadre méthodologique et opératoire qui constitue notre deuxième partie, nous aurons le chapitre troisième qui définira les processus méthodologiques utilisés pour réaliser l'étude. Le quatrième chapitre de notre réflexion sera consacré à la présentation, et le cinquième à l'interprétation des résultats qui découlent des processus méthodologiques et la collecte des données.



**PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE
L'ÉTUDE**

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre consacré à la problématique de notre étude, consistera à construire l'objet d'étude autour de la question principale. En effet, les principales opérations permettant la construction de cet objet seront entre autres : le contexte, la justification de l'étude, la formulation et la position du problème.

1.1.CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Selon Pourtois et Desmet (2004), le contexte est « *l'ensemble des circonstances qui accompagnent un évènement, il devient un élément incontournable des recherches de type qualitatif qui insistent sur le fait que les sujets ne sont pas réduits à des variables mais sont considérés comme un tout* » (p.37). Par contre, en psychiatrie, ce mot désigne le milieu humain dans lequel apparaissent et évoluent des troubles mentaux. C'est cet espace (famille, école, institution sanitaire ou sociale) qui permet de donner un sens aux symptômes quand ces derniers y sont replacés afin d'y être décrypté. Dans le cadre de notre travail, le contexte que nous présenterons sera articulé autour des continents à l'intérieur desquels quelques pays sur lesquels nous nous appesantirons.

Les problèmes (Douleurs physiques et psychiques, les troubles identitaires, l'altération de l'image du corps) issus des amputations découlant des pathologies diabétiques offrent plus de souffrance et douleur dans le vécu des victimes du fait de présenter l'impossibilité de cicatrisation mais accentuer une décompensation de nature cancérogène. C'est ainsi que de manière générale, en 2014, le diabète affectait 422 millions de personnes au niveau mondial, selon (OMS, 2016), le diabète est un véritable fléau mondial, le nombre de personnes atteintes est passé de 3,1% en 1980 à 7,1% en 2016 alors qu'il ne concernait que 108 millions de patients dans le monde en 1980. Dans la même lancée, l'International Diabetes Federation (IDF, 2017) s'inquiétait en 1990 du risque de voir le diabète affecter 240 millions de personnes en 2025. En 2019, les chiffres sont énormes car le diabète affectait plus de 463 millions de personnes dans le monde, dont 59 millions en Europe (Atlas, 2019 de l'International Diabetes Fédération). En 2021, les données sont énormes, car cette pathologie touche plus de 537 millions de personnes dans le monde (soit 1 personne sur 10) (Fid, 2019). En 2021, 81 % des adultes diabétiques vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire contre 79 % en 2019, (OMS, 2019). Les prévisions actuelles de ces deux organismes (OMS, 2019 & IDF, 2019) sont très préoccupantes, elles annoncent 643 millions de patients

diabétiques pour 2030 et 784 millions pour 2045. On retient aussi d'après le CEED (2018) que en multipliant par huit (8), elle est la première cause d'amputation dans le monde. Ce centre révèle que, pour les patients les plus âgés, les amputations sont passées de 11 à environ 4 pour 1000 personnes.

Au-delà d'être, une pathologie, le diabète expose le patient à des complications sévères : notamment celle des amputations, le Consensus International du Pied Diabétique (CIPD, 2019) confirme que 80% des amputations non traumatiques surviennent chez les diabétiques. D'après le Magazine de santé Développement et santé (2020), on estime que dans 25 à 50% de cas, les pieds diabétiques conduisent à des amputations. Par ailleurs Richard et *al.*, (2008) expliquent que dans le monde entier, on estime qu'une amputation des membres inférieurs est réalisée toutes les 30 secondes dans la population diabétique.

En occident, les sujets et/ ou amputés sont légions. Les causes sont en plus des pathologies liées au diabète, les accidents de voyages et de travail, on estime que 1,5 million de personnes sont amputées chaque année dans le monde et 15% de ces amputations concernent le membre supérieur et dont 85% le membre inférieur. (Richard & *al.*, 2008). Alors 65 millions de personnes vivent aujourd'hui avec une amputation. Au plan épidémiologique, on recense en Europe, notamment en France en 2020, 8000 amputés par an présentant des expériences difficiles et réductibles de leur vie au quotidien suite à ces causes. (Journal santé le figaro, 2015). Toujours en France, les amputations des membres inférieurs concernent environ 1 % de la population diabétique. D'après une recherche en Franche-Comté en 2001 le rapport montre une incidence annuelle de 3,45 pour 1000 diabétiques, 2/3 des amputations ont été réalisées chez des diabétiques (Richard & *al.*, 2008), aussi, ils montrent une autre étude ; une enquête nationale en 2003 à partir de la base PMSI en France qui donne une incidence moins forte, de 1,84 pour 1 000 diabétiques, 14 fois supérieure à celle observée dans la population non diabétique : Il s'agissait majoritairement d'amputations mineures (62,3 %) avec des gestes de ré-amputation (15 % des cas) deux fois plus fréquents que chez les personnes non diabétiques. En Amérique, notamment aux Etats Unis, selon une étude de Dago (2016), aux États-Unis en 1987, l'on estimait à 56 000 le nombre d'amputations de pied chez les diabétiques. On se rend compte dans ce pays que le taux d'amputation a considérablement diminué car dans un rapport s'appuyant sur des statistiques de 2015.

De manière générale, on se rend donc compte d'après ces données statistiques que la situation n'est guère reluisante dans le monde, on en dénombre massivement ces cas.

En Afrique, la situation est plus grave qu'en occident, l'épidémie touche l'Afrique en plein fouet. Elle est même l'une des causes principales de décès en Afrique. Rien qu'en 2017, le diabète a tué plus de 300 000 personnes sur le continent et selon les projections 41 millions d'Africains seront diabétiques en 2045 et d'après le journal jeune Afrique (2021), On dénombre 25 Millions de personnes atteintes de diabète sur le continent (FID, 2017).

Selon l'International Diabetes Federation (IDF, 2017) en Afrique la prévalence de Diabète a augmenté plus rapidement dans les pays à revenu faibles et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé, l'Afrique est comptée parmi les trois régions les plus touchées dans le monde. Avec le plus grand risque d'amputation. Au vu des références et statistiques ci-dessus, il se dégage que dans ce grand continent, le nombre élevé de personnes souffrantes des traumatismes issues des amputations dont l'étiologie est diabétique est élevé.

De manière plus synthétique, on observe en Afrique du nord, Notamment en Egypte, le pays compterait, chez les 20-79 ans, 8,2 millions de personnes atteintes du diabète en 2017 et 2,2 millions de prédiabétiques. Il y aurait 53 % de diabétiques non diagnostiqués et avec les risques de complications, le taux d'amputation est de 10% (FID, 2019). En Afrique de l'est notamment à l'île Maurice, 500 amputations ont été effectuées chaque année alors que 85% peuvent être évité (OMS santé/Maurice, 12 Novembre 2020). En Afrique de l'ouest ; plus précisément en côte d'ivoire le diabète provoque 50% des amputations et près de 700 000 personnes souffrent de diabète (Dago & al, 2016), aussi, ces auteurs ont montré dans leur étude que, la prévalence de l'amputation chez les diabétiques était de 3,3% et que la plupart des amputations étaient liées à des problèmes de pieds diabétiques au CHU de Youpougon. Bien plus, ils ont constaté durant leur étude allant de Décembre 2016 à Février 2022 que 53% des diabétiques amputés devaient subir une amputation du membre opposé dans les trois années qui sont enregistrées ou dans les cinq à six ans après l'amputation si le pied opposé présentait aussi une lésion .Pour finir, une étude réalisée à Abidjan en 1999 au CHU de Treichville rapporte que 63,81% des patients hospitalisés pour lésions du pied chez le diabétique ont été amputés et dans 91,43% il s'agissait de gangrènes (Dago & al, 2016). En Afrique du sud, la prévalence du diabète est la plus élevée d'Afrique, atteignant 12,8 % (Pheiffer & al., 2018). En ce qui concerne le taux d'amputation chez les patients diabétiques, cette étude a révélé que, les taux d'amputations chez les patients diabétiques étaient de 21, 9 pour 100 000 personnes (Pheiffer & al. 2018).

En Afrique Central plus proche de nous, nous avons le Gabon troisième pays le plus touché et dont la population diabétique est passée de 2% à 10% de la population en 2013 d'après une étude menée par le centre hospitalier de Libreville (Mané, 2017). En plus d'après Diallo Ibrahima Mané, dans son article intitulé *Profil clinique et évolutif des lésions de la peau et des parties molles chez les diabétiques* en 2017 à la salle de pansement du Centre Marc Sankale de Dakar. Sur 37173 cas en soins dans ce centre. Les activités de soins à la salle de pansement représentaient 16418 cas soit une prévalence de 14,16% et donc 37% de cas finissait avec une amputation mineure. Enfin plus proche de nous notamment le cas du Cameroun, la situation est manifeste et actuelle, du fait que dans nos hôpitaux, on retrouve une population surabondante des personnes présentant un vécu traumatique élevé non seulement autocentré, mais aussi dans les familles qui sont plus ou moins affectées par ces situations douloureuses des vécus traumatiques des membres de familles. Les statistiques montrent qu'en 2005 l'hôpital central de Yaoundé (HCY) à lui seul a procédé à « trois amputations environ par mois » dues au diabète (Fankam, 2005). Cinq (5) ans plus tard, Tékogno et al, (2010) révèlent que le taux d'amputation chez les diabétiques présentant des ulcères au Cameroun est de 16%. Plus proche de notre ère, la Banque Mondiale dans un rapport révèle que, au Cameroun on a 5,5% de camerounais atteint du diabète. (BM, 2021).

1.2. JUSTIFICATION

Le vécu traumatique des diabétiques amputés est un sujet important en termes de santé mentale et physique. Les diabétiques subissent souvent des amputations majeures, ce qui modifie considérablement leur qualité de vie car ils souffrent doublement d'abord du fait du diabète lui-même qui impose un nouveau rythme de vie sur le plan alimentaire, hygiénique et le fait de vouloir uriner chaque fois et des difficultés à retenir ses urines ce qui crée un trouble de l'image de soi et ensuite du fait de l'amputation qui vient altérer ce trouble de l'image corporelle et augmenter la souffrance du sujet. La reprise du Moi-Corps donc est une étape essentielle pour les aider à s'adapter à leur nouvelle réalité. Des recherches précédentes (Ferdjallah & al., 2019, Mohamed K& al., 2015) ont démontré que les patients diabétiques ayant subi une amputation ont des niveaux élevés de stress, de dépression et d'anxiété, ce qui affectent leur quotidien, C'est pourquoi il est important d'examiner les expériences des diabétiques amputés, afin de mieux comprendre les défis auxquels ils sont confrontés et de permettre aux professionnels de la santé d'élaborer des stratégies d'intervention appropriées pour aider les patients à surmonter ces difficultés.

Bien plus, l'étude sur le vécu traumatique des diabétiques amputés et leur reprise du Moi-corps n'est d'une importance capitale pour les personnels de santé ainsi que pour les patients concernés, car elle vise à explorer les expériences traumatisantes vécues par ces malades amputés et leur capacité ultérieure à se reconnecter avec leur corps afin de retrouver une qualité de vie normale. En effet, l'amputation est une intervention médicale souvent nécessaire chez les diabétiques pour prévenir les complications (le pieds diabétique, les blessures inguérissables, les métastases etc...) liées à la maladie, néanmoins, elle peut avoir des conséquences psychologiques dramatiques telles qu'un risque élevé de développer des troubles de l'adaptation, l'altération de la perception du corps, les neuropathies, les douleurs et pertes de sensations dans les membres affectant ainsi leur relation avec le corps pour les patients qui subissent une modification physique résultant d'une perte partielle ou totale d'un membre (Curelli , 2004). Même s'il est vrai que les recherches sur le vécu traumatique de ces patients existent déjà, on note que l'accent est rarement et difficilement mis sur la façon dont ces personnes envisagent à nouveau leurs corps après l'amputation et comment ils gèrent cette perte et essaie de se réappropriier leur corps.

De ce fait, en abordant cette étude, elle permettra aux professionnels de santé d'acquérir une meilleure compréhension de l'expérience subjective de ces patients, de leur douleur émotionnelle, de leur capacité de résilience, de leurs mécanismes d'adaptation, leur capacité à se réappropriier leur corps, s'intégrer à nouveau dans la société et vaquer à leur occupation tout ceci dans le but de leur aider à avoir une bonne santé mentale.

Enfin de compte, cette étude pourrait non seulement en plus de fournir des informations aux professionnels de santé, d'aider les patients à mieux comprendre leur situation et à trouver des voies pour se réadapter à leur nouvelle identité post-amputationnelle.

1.3. POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME

La vie des sujets diabétiques qui subissent une amputation suite aux complications de leur pathologie est gravement secouée et l'image qu'ils ont d'eux même est fortement atteinte. En effet, il s'agit d'une étape à la fois redoutée et significativement douloureuse entraînant une grande souffrance chez celui-ci.

Premièrement, cette souffrance est liée à la douleur physique (EPP, 2011), car le soma du patient est atteint. On fait recours à l'amputation lorsqu'elle se présente comme étant la seule solution pouvant aider le patient, cependant, après l'ablation le sujet ressent des

douleurs surtout quand l'anesthésie ne fait plus effet. Il doit vivre avec ce membre fantôme qui l'introduit dans une souffrance psychique.

Deuxièmement, cette souffrance psychique se traduit par le fait que cette amputation altère l'image du corps du patient. Selon Forducey et *al* (2006), une amputation, qu'elle soit causée par un accident physique ou par les effets d'une maladie chronique (Diabète), entraîne nécessairement une perte subjective à la fois réelle et symbolique chez le sujet amputé. En effet, à la suite de cet acte chirurgical, le sujet se trouve non seulement privé physiquement d'une partie de son corps mais il doit également faire face à une atteinte psychique au niveau du corps libidinal désaltérant l'image de son corps ainsi du moi corporel.

Troisièmement, sur le plan social le patient ne parvient plus à jouer son rôle objectif et semble avoir perdu son identité (Forducey & *al*, 2006). Néanmoins, on se rend compte que le vécu traumatique varie d'un sujet amputé à un autre. On se pose alors la question de savoir comment est-ce que certains sujets amputés parviennent à être résilients vis-à-vis du traumatisme lié à leur situation et se réapproprient leurs corps ? En d'autres termes, quels sont les processus intrapsychiques sous-jacents à ce travail de construction de l'image du corps et de réappropriation du corps auquel ces sujets se voient confrontés ?

Plusieurs auteurs ont essayé de répondre à cette question bien avant. En effet, (Maatouk, 2016) a montré que l'entourage prompt du patient agissait considérablement sur la qualité de vie après l'amputation. Bien que pertinent, cette explication paraît limitée car rend-t-elle le patient dépendant et passif. Maatouk (2016) signale aussi que, c'est la manière avec laquelle un patient apprend sa pathologie qui expliquerait cette variation dans laquelle certains développeront un traumatisme important et d'autres pas. Elle explique que la manière avec laquelle celui-ci apprend que l'amputation est le seul recours conditionne l'acceptation de sa situation et facilitera une reprise identitaire. Cette autre explication nous paraît elle aussi insatisfaisante dans le cadre d'une amputation dans la mesure où l'annonce du diagnostic ne nous semble pas l'unique facteur. Enfin, Forducey et *al*. (2006) affirment que cette reprise identitaire souvent douloureuse, s'effectue tant sur le plan physique que psychique et dépend à la fois de l'âge du sujet amputé, de son niveau de maturité, de sa personnalité, du support social et familial dont il bénéficie ainsi que des causes et du contexte de l'amputation.

Marty (1990) pour sa part explique que, la survenue de la maladie psychosomatique est la résultante de l'incapacité du patient à élaborer. Ainsi il soutient que, une coupure de l'individu avec son inconscient le prive de toute liberté fantasmatique. Il explique, s'appuyant

sur la première topique freudienne, que c'est le préconscient qui est incapable de remplir sa fonction de mentalisation, chargée normalement de réguler les affects et les émois. Les affects empruntent ainsi la voie somatique pour s'exprimer sans avoir été soumis à des contraintes représentationnelles préalables. On comprend avec cette explication que les patients capables de mentaliser, de faire le travail d'élaboration et donc de donner un sens à ce qui leur arrive ne présenteront pas un traumatisme important et reconstruiront d'une certaine manière plus vite une image positive du corps. Or, le traumatisme contraint le patient à situer le fait dans l'un ou l'autre des espaces : ce qui tend à cerner le travail d'élaboration psychique. (Roussillon, 2002). Cependant, l'approche psychanalytique quant-à-elle tente de répondre à cette question.

Bergmann et Freud (1965) sont parmi les rares auteurs à avoir écrit sur le vécu de sujets ayant subi une amputation médicale d'un point de vue psychanalytique. Lorsqu'un sujet est amputé, il perçoit très souvent cette amputation comme étant une punition inconsciemment méritée pour des actes qu'il aurait posés. En effet, les auteurs notent que, les interventions chirurgicales augmentent les fantasmes et les pleurs relatifs aux attaques mutilées et le prive d'une partie importante de son corps. Ainsi, l'amputation vient réactiver l'angoisse de castration, et le sentiment de culpabilité propres à la phase œdipienne retentissant ainsi sur la qualité du Moi-Corps qui se construit dans l'enfance selon Dolto : de la naissance à l'acquisition du langage. Il est le fruit de l'histoire du sujet : *« elle est liée au sujet et à son histoire. Elle serait la synthèse vivante des expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. »* (Dolto, 1984, p. 16). Dolto ici montre comment se construit l'image du corps dans l'enfance au travers des interactions, mais puisque l'effraction physique entraîne une effraction du moi (Anzieu, 1995) par conséquent du Moi-Corps. Comment les amputés diabétiques parviendront-ils à reconstruire cette image détruite, alors qu'ils ont traversé l'enfance ? Les psychanalystes sont d'avis que, le corps est le premier objet d'investissement et objet de satisfaction. La perte d'un membre peut donc entraîner une altération de satisfaction corporelle, du corps idéal et de l'image corporelle. La reconstruction corporelle peut alors passer par différents mécanismes de défense tels que l'identification projective ou l'intégration de la perte dans l'identité (Modell, 1990). Ces deux éléments sont insuffisants selon d'autres approches.

L'approche phénoménologique mentionne que, les traumatismes corporels sont vécus comme une perte de l'intégrité du corps, ce qui a des conséquences sur la relation avec le corps et le sentiment de soi (Van der Kolk, 2015), selon Merleau-Ponty (1961) pionnier de ce

courant, le Moi-corps serait l'expérience vécue de notre propre corps comme étant à la fois objet et sujet de notre expérience. Dans le cas des amputés, cette rupture avec leur corps entraîne des difficultés à accepter la perte du membre, et le sujet est dans une obligation de prendre soins de ce corps effracté, il faudrait alors que le sujet accepte l'absence du membre pour pouvoir commencer un travail de réaménagement psychique. Cette autre idée semble avoir des limites car elle nie le rôle de l'environnement dans ce travail de reprise du corps.

Le constat que nous avons fait en milieu hospitalier nous montre que les diabétiques amputés sont confrontés à des défis émotionnels, psychologiques et physiques considérables traduisant ainsi leur souffrance.

Emotionnel car ses sujets sont généralement dans la tristesse se caractérisant par une morosité, une pâleur sur le visage et chez d'autres des pleurs.

Psychologique parce que, la perte d'un membre du corps impact profondément sur leur estime de soi, leur identité personnelle et leur bien-être général. Ceci se traduit par le fait qu'ils ont de mal à accepter leur corps et à s'adapter à la réalité. Les troubles d'adaptation, les diabétiques amputés éprouvent une grande tristesse, une colère et un sentiment qui peut affecter leur vie personnelle et professionnelle.

En outre, la perte du membre chez ces patients a un impact négatif sur leur santé physique. Ils peuvent souffrir des douleurs du membre fantôme, des troubles de sommeil (des insomnies) des problèmes de mobilité, ce qui pourrait entraver leur capacité à mener une vie saine. Aussi, les défis auxquels sont confrontés ces patients sont le plus souvent liés à leur relation avec leur propre corps. Ils ressentent un sentiment d'aliénation, de perte de contrôle et de responsabilité à l'égard de leur corps et de leur santé. Les traitements souvent lourds et répétitifs tels que les injections d'insuline et les changements de régime alimentaire constant contribuent à un sentiment d'isolement et de désespoirs.

On a également noté que, les malades ont exprimé des sentiments d'anxiété ; de stress, et de dépression liée à leur condition qui souvent conduit à une faible estime de soi et un sentiment d'isolement. Ces sentiments négatifs ont été amplifiés par la régulation et l'exclusion sociale subies par ces sujets. En ce qui concerne leur reprise du Moi-Corps, les patients signalaient une difficulté à s'adapter aux nouveaux changements physiques et émotionnels qui accompagnent souvent cette amputation, la cicatrisation lente et la fatigue. Ils ont signalé ces difficultés à accepter leurs corps dans son état actuel, ce qui les a empêchés de se concentrer sur la reprise en main de leur santé.

On souligne néanmoins que ces amputés ont la possibilité de se réapproprier leur corps, ainsi sont capables à reprendre leur Moi-Corps. Ceci, grâce à un soutien adéquat, notamment de la part de leur famille, de leur équipe médicale, ils peuvent retrouver la confiance en eux et retrouver leur place dans le monde.

Dès lors, ces observations peuvent faire écho dans les théories citées plus haut, du Moi-Corps et de l'image corporelle. Le moi corporel, selon Merleau-Ponty (1961) du courant phénoménologique qui est l'expérience vécue de notre propre corps comme étant à la fois objet et sujet de notre expérience. Dans le cas des diabétiques, leur corps est souvent perçu comme un objet dont ils doivent prendre soin de manière incessante. Cela peut conduire à une perte de la spontanéité et de l'unicité de leur expérience. L'image corporelle est également un élément important de la conscience de soi, et les diabétiques peuvent avoir une image corporelle très négative, caractérisée par la honte. Cela peut se manifester par les comportements d'évitement social, une préoccupation excessive pour l'apparence et une faible estime de soi.

Bien plus, l'étude des théories du Moi-Corps et du traumatisme, a permis avec les quelques auteurs cités plus haut, de comprendre les facteurs sociaux, culturels, psychologiques et physiques à l'origine du vécu traumatique et des difficultés à reprendre le Moi-Corps. Ces auteurs ont mis en évidence l'importance de l'estime de soi et des relations interpersonnelles pour la construction de l'identité de soi et de l'intégration du Moi-Corps. Toutes ces théories illustrent d'une manière claire la complexité de la relation entre le corps, le traumatisme et la conscience de soi.

De ce qui précède, nous constatons que, les auteurs sont d'avis de ce que l'amputation chez les diabétiques est source d'une grande souffrance, d'un trouble identitaire et d'un trouble de l'image de soi. Les auteurs ont proposé des mécanismes de défense, l'acceptation de la perte du membre, le soutien social pour aider les diabétiques à une reprise du Moi-Corps. Nous avons aussi vu que les approches utilisées ont leurs limites tour à tour. Le regard posé en institution nous a donné de voir que l'une des clés véritables pour cette reconstruction est l'assemblage de ces différents points de vue. De mener un travail sur la personne tant psychiquement qu'en tenant compte de son rang social, pour accepter, surmonter et se réapproprier son corps et mené un travail sur le support social, l'environnement familial de l'amputé afin que cet environnement soit un support pour une reprise identitaire et sur l'aspect individuel pour le travail d'acceptation de la nouvelle identité corporelle. Il s'agit-là d'une

approche globale et holistique dans la prise en soin du patient. Le présent travail entrant dans le modèle psychanalytique nous permettra de mieux comprendre les mécanismes psychiques mis en jeu dans le vécu traumatique des diabétiques amputés afin de les aider à reconstruire une nouvelle image d'eux même pour mieux s'insérer dans la société. Cette étude pose ainsi le problème du **Travail de réaménagement psychique influençant le vécu traumatique des diabétiques amputés et leur processus de reprise du moi corps.**

1.4.QUESTION DE RECHERCHE

Notre étude répond à la question générale de recherche suivante : « le vécu traumatique rend-t-il compte des difficultés de reprise du Moi-corps chez les diabétiques amputés en situation de deuil suite à la perte du membre ? » En d'autres termes, « le vécu traumatique induit-il des difficultés de reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputé ? ».

1.5.HYPOTHÈSE GENERALE DE RECHERCHE

Notre hypothèse est inspirée de la pensée de Didier Anzieu qui met en relation l'effraction corporelle qui est perçu comme un traumatisme pour Freud, dans son livre intitulé « *Le Moi- peau* ». Pour lui, l'effraction corporelle blesse et vide le moi de la même manière que l'effraction du moi brise et blesse le corps du point de vue narcissique. (Anzieu, 1995). Nous formulerons donc notre hypothèse ainsi : les mécanismes psychiques mis en jeu dans le vécu traumatique des diabétiques amputés induisent les difficultés de reprise du Moi-Corps. De là, nous allons décliner les hypothèses de recherches suivantes :

- HR1 : La souffrance crée par l'amputation retentit sur la difficulté de reprise du Moi-Corps.
- HR2 : Le vécu traumatique sur le plan comportemental induit des difficultés de reprise du Moi-Corps
- HR3 : Le vécu traumatique sur le plan cognitif a une incidence sur la reprise du Moi-Corps

1.6.OBJECTIFS DE RECHERCHE

Objectif général

Ce travail a pour objectif d'appréhender l'incidence du vécu traumatique des patients diabétiques amputés sur les difficultés de reprise du Moi-Corps.

Objectifs spécifiques

Os1 : Evaluer l'impact de la souffrance sur la difficulté de reprise du Moi-Corps ;

Os2 : Appréhender l'incidence du vécu traumatique sur le plan comportemental sur les difficultés de reprise du Moi-Corps.

Os3 : Appréhender l'impact du plan cognitif du vécu traumatique sur la reprise du Moi-Corps.

En résumé, l'objectif général de cette recherche est d'explorer le vécu traumatique des diabétiques amputés et son influence sur la reprise du Moi-Corps, en analysant les facteurs physiques, psychologiques et sociales qui peuvent aider ou entraver ce processus.

Tableau 1 : tableau synoptique récapitulatif des variables, modalités, indicateur, indices

Question de Recherche	Hypothèse Générale	Variables	Modalité	Indicateurs	Indices
En quoi le vécu traumatique induit-il des difficultés de reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputé ?	Les mécanismes psychiques mis en jeu dans le vécu traumatique des Diabétiques amputés retentissent sur la reprise du Moi-Corps.	Variable indépendante : Vécu traumatique	<p>1) Vécu sur le plan de la souffrance</p> <p>2) Vécu sur le plan comportemental</p> <p>3) Vécu sur le plan somatique</p> <p>4) Vécu sur l'axe de la mémoire ou cognitif</p>	<p>- Choc émotionnel</p> <p>- Trouble de comportement</p> <p>- Manifestations corporelles</p> <p>- Processus cognitifs en jeu</p>	<p>- Sentiment d'impuissance et de détresse</p> <p>- Sentiment de désespoir et déshumanisant</p> <p>- Sentiment de solitude</p> <p>- Hypervigilance</p> <p>- Asthénie</p> <p>- Bradykinésie</p> <p>- Agressivité</p> <p>- Hyperactivité</p> <p>- Syndrome de fatigue Chronique</p> <p>- Douleurs physiques</p> <p>- Trouble du sommeil</p> <p>- Gène corporelle</p> <p>- Agression émotionnelle</p> <p>- Perception du temps</p> <p>- Souvenirs douloureux</p> <p>- Flash-back</p>

Question de Recherche	Hypothèse Générale	Variables	Modalité	Indicateurs	Indices
En quoi le vécu traumatique induit-il des difficultés de reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputé ?	Les mécanismes psychiques mis en jeu dans le vécu traumatique des Diabétiques amputés retentissent sur la reprise du Moi-Corps.	Variable Dépendante : Reprise du Moi-Corps	<p>1) Schéma corporel</p> <p>2) Image du corps</p> <p>3) Reconstruction du corps</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schéma postural - Représentation de soi - Stratégies d'adaptation engageant le sujet dans ses relations aux objets 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensations kinesthésiques - Sensation Tactile - Interactions sociales - Perte de la sensibilité corporelle - Représentation mentale - Sentiment d'acceptation/rejet avec les autres - Conscience de soi - Procédé d'identification - Emotion vis-à-vis du corps. - Travail d'acceptation de la perte du membre - Qualité de la relation aux membres de la famille (relation avec les parents, avec la fratrie, avec la famille éloignée) et soutien familiale - Qualité des relations aux pairs non familiaux (collègue de service, professionnel de santé,) et gestion des besoins de soutien. - Adaptation à la nouvelle situation

N.B : issues de nos théories du sujet, nous avons également utilisé nos théories explicatives du sujet pour opérationnaliser ses variables

1.7.INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

Cette étude présente quatre intérêts :

Sur le plan scientifique

Elle permet de produire la connaissance en explorant le lien entre le vécu traumatique des patients ayant subi une amputation et la reprise de leur propre corps. Les résultats peuvent aider les professionnels de la santé à mieux comprendre les besoins et les problèmes psychologiques des patients amputés et à développer des stratégies pour mieux améliorer leur bien-être.

Sur le plan clinique

Les résultats peuvent aider et être utilisés pour développer des thérapies psychologiques et des interventions spécifiques pour aider les patients à mieux accepter leur corps et leur condition.

Amener les patients diabétiques à une bonne gestion de leur souffrance

Sur le plan social :

Cette étude peut sensibiliser un grand nombre de personnes à la situation des diabétiques amputés et leur expérience de vie. Elle peut contribuer à briser les stigmates négatifs associés aux personnes amputées et favoriser l'empathie et la solidarité.

Sur le plan psychologique :

Cette étude peut aider les patients à mieux comprendre et à mieux intégrer leur propre expérience et à mieux se connaître. Ce qui pourra leur apporter des pistes pour trouver des stratégies pour mieux gérer les émotions liées à l'amputation favorisant ainsi une acceptation de leur corps, une reprise du Moi-Corps et un contrôle de leur nouveau corps.

1.8.ORIGINALITÉ.

Notre travail s'effectue dans un contexte où les sujets diabétiques ayant subi une amputation souffrent tant physiquement que psychique. Le travail vise donc à comprendre ces sujets dans leur totalité et leur singularité pour les permettre de retrouver l'équilibre rompue et de reconstruire leur identité.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Encore appelé revue bibliographique, elle consiste à une analyse critique et synthétique des travaux de recherche existants sur un sujet spécifique, elle vise à examiner et à résumer les connaissances actuelles dans le domaine afin de situer la recherche dans un contexte tout en justifiant la pertinence et le but. Il s'agit d'une analyse critique et synthétique des travaux de recherche existant sur un sujet spécifique. Elle a pour but de faire le point de connaissances actuelles dans un domaine de de recherche particulier afin de fournir une orientation et perspective claire sur le sujet à étudier.

2.1. DEFINITION DES CONCEPTS

2.1.1. Le vécu traumatique

Pour mieux comprendre la notion du vécu traumatique il serait important pour nous de décortiquer les deux termes à savoir celui du vécu et du traumatisme et les expliquer.

2.1.1.1. La notion de vécu

Le mot vécu est le participe passé du verbe vivre : qui signifie en lui-même faire une expérience, le vécu serait alors ce qui appartient à l'expérience de la vie qui s'est passée réellement. Les vraies images sont des gravures. L'imagination les graves dans notre mémoire. Elles approfondissent des souvenirs vécus, elles déplacent des souvenirs vécus pour devenir des souvenirs de l'imagination. (Bachelard, 1957, p.46). Il s'agit donc de l'expérience que vit un sujet suite à un évènement, cet évènement serait alors intégré dans la mémoire grâce à l'imagination pour devenir des souvenirs qui peuvent être traumatisant ou pas en fonction de l'évènement et de la personnalité du sujet.

2.1.1.2. Le traumatisme

En grec ancien, « traumatismos » est l'acte de blesser et « trauma », qui est la blessure. Le mot a donc été utilisé en chirurgie vers 1855 pour désigner un choc mécanique exercé par un agent physique d'origine extérieur sur une partie du corps en y provoquant une blessure ou une contusion.

D'après le dictionnaire Larousse de psychologie (1999), le traumatisme psychique est « *un évènement subi par un individu qui en ressent une très vite atteinte affective et émotionnelle mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou de diverses somatisations* ». (p.965). De ce fait, le traumatisme émerge, naît suite à certains éléments comme une privation, une

castration et même d'une amputation ainsi, peut-elle être d'origine exogène et de manifestation externe et/ ou interne. Actuellement, il est réservé à la description des atteintes névrotiques et psychosomatiques qui sont la conséquence directe des violentes émotions à la suite d'accidents, d'agressions, de catastrophes, incendies, naufrage, tremblement de terre (Larousse de psychologie, 1999.P 965). Nous pouvons donc dire que l'amputation étant une agression sur le corps est également source de traumatisme. Aussi, il faut plusieurs temps successifs pour qu'on arrive à un traumatisme, ces temps sont encore appelés séquences. (Pardinielli & Mariage, 2015). On peut donc citer :

•**L'avant traumatisme (préhistoire)** : il y a bien un « avant » du traumatisme. D'une part, l'événement et les affects suscités interviennent toujours après (ou au cours) d'autres états émotionnels ou moments de vie. C'est le cas des amputations des personnes diabétiques ou l'ablation arrive et trouve le vécu de la maladie qui n'est pas déjà facile à vivre. La rupture provoquée par l'événement, sa brutalité, le débordement émotionnel sont importants et perturbants lorsqu'ils rompent un état et ne sont pas anticipés, comme lorsqu'ils interviennent dans un univers menaçant, insécurisant, perturber. Mais, le contexte n'est pas le seul élément de l'« avant » qui joue un rôle. L'apparition d'un traumatisme a souvent comme précurseur d'autres traumatismes, voire d'autres événements déplaisants. (Pardinielli & Mariage, 2015). L'événement déclenchant, un traumatisme dépend de l'histoire du patient et dans certains cas, reproduit d'autres traumatismes, ou condensent des événements douloureux oubliés. La théorie psychanalytique insiste sur les traumatismes infantiles, qui ne sont pas tous liés à des événements datables.

•**Le moment (acuité) de l'événement** : Les descriptions du traumatisme montrent des caractéristiques communes. Un événement traumatique, c'est-à-dire qui devient un traumatisme possède certaines caractéristiques : il est surprenant et brusque, vécu dans l'impuissance, parfois dans l'horreur ; il est subi sans préparation, et entraîne une surcharge émotionnelle, une submersion du moi par des manifestations émotionnelles incontrôlables, indifférenciées accompagnées de sensations physiques déplaisantes telles que : tachycardie, troubles de la respiration, tremblements, sensation d'évanouissement, de perte de conscience, troubles ressemblant aux manifestations physiques de l'anxiété, de l'attaque de panique ou de l'effroi (Schreck chez Freud). La pensée est perturbée dans ses capacités d'analyse, de compréhension, de synthèse, d'interprétation, de fournir du sens, et de contrôle. Le vécu de catastrophe est celui d'une perte des repères, des symboles et des certitudes, notamment celle de son invulnérabilité. Le traumatisme aura donc pour conséquences des dysfonctionnements

psychiques et somatiques. D'un point de vue quantitatif, il y'a un excès d'émotions déplaisantes. Subjectivement, on note une perte de sens, des repères et des symboles. Temporellement, tout se passe en un instant et sur le plan structural on note une modification du Moi. Donnant ainsi lieu à la troisième séquence du traumatisme les suites de l'évènement.

•**Les suites de l'évènement** : Après un temps de latence, parfois assez court, apparaissent les manifestations cliniques du traumatisme qui se caractérisent par des phénomènes angoissants comme différentes formes de répétitions : reviviscences (flash-back) de tout ou partie de l'évènement, cauchemars, réactualisation de la scène, pensées intrusives, manifestations massives d'angoisse (attaque de panique), pleurs, souffrance affective, évitement de situations. Chez beaucoup de victimes d'évènements traumatiques comme les diabétiques amputés, les réactions psychologiques peuvent s'associer en un syndrome nommé différemment selon les époques, les courants et les disciplines : névrose traumatique ou état de stress post-traumatique.

Sur le plan clinique on distingue trois phases de pathologies psycho-traumatiques :

- **La phase immédiate ou réaction émotionnelle immédiate** : elle dure quelques heures à une journée et peut être appelé Stress. Ce stress peut être adapté, dépassé avec sidération ou agitation conduisant à des fuites de panique et action automatique. En effet, Hans Selye définit le stress comme une réaction de l'organisme face à une agression ou une menace.
- **La phase post immédiate** : elle est la phase d'évolution, plus loin une phase de latence précédant l'installation d'une névrose traumatique. Ici, le psychologue peut alors intervenir et procéder à une thérapie ou une prévention.
- **La Phase différée ou Chronicisée** : c'est la période de mise en place du syndrome post-traumatique, totalement différente de la phase de stress. L'une des caractéristiques de ce syndrome est la compulsion liée à la reviviscence. Celle-ci formant le syndrome de répétition et se manifeste sous forme d'hallucination, de ruminations mentales, d'obsédantes et de cauchemars.

Bien plus, le vocabulaire de psychanalyse ne lui définit le traumatisme comme étant « un choc violent, susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychiques. » Il devient alors un coup entraînant des dysfonctionnements psychiques parce que très difficile à supporter ou à être géré par l'individu. Alors, Pour la psychanalyse, le traumatisme est un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet

d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et élaborer psychiquement ces excitations. (Laplanche & Pontalis, 1981).

2.1.1.2.1. Historique

Les traumatismes ont toujours existé, et on retrouve leur trace depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

Les premières traces relatives aux réactions psycho traumatiques remontent à 2000 ans Avant Jésus Christ et révèlent la souffrance des sumériens de la basse Mésopotamie à la suite de la destruction de Nipper (Smolak & Brunet, 2017). L'histoire s'articule par la suite autour d'observations de troubles. Mais ce n'est qu'au début du 19^{ième} siècle qu'il va susciter l'intérêt du monde médical avec Pinel qui en 1809 qui établit la première description d'une névrose traumatique dans son traité *pour l'humanisation du traitement des aliénés*.

A la seconde moitié du 19^{ième} siècle, les scientifiques anglais et français étudient alors les réactions post-traumatiques manifestent à la suite d'accident ferroviaires et en 1884, Herman Oppenheim neurologue allemand les regroupe sous le vocable de « Névrose traumatique ».

Au 20^{ième} siècle, l'intérêt pour les troubles somatiques va connaître son essor. Les deux conflits mondiaux et la guerre du Vietnam révéleront un terrain particulièrement porteur de fruit grâce à d'études théoriques et d'expérimentations pratiques. C'est dans ce sens que Sigmund Freud, Ferenczi et d'autres auteurs développeront et enrichiront les connaissances sur les mécanismes mis en jeu dans le traumatisme et initient les premiers traitements psychothérapeutiques (hypnothérapie, psychanalyse...) comme moyen de prévention des séquelles à long termes des évènements traumatiques. La cerise sur le gâteau serait alors en 1980 suite à ces séquelles traumatiques durables objectivement observables chez les blessés de guerre ou chez les soldats, le DSM introduira dans sa nosographie un trouble psychiatrique appelé « Post Traumatic Stress disorder » (PTSD). Bien que beaucoup critiqué, ce terme beaucoup permis de faire connaître la notion de Traumatisme psychique à un grand public.

2.1.1.2.2 Les types de traumatismes

Lenore Terr, en 1991, a proposé une première catégorisation de deux types de traumatismes.

- Les traumatismes de type I correspondent à un événement traumatique unique présente un début net et une fin claire, Ce type de traumatisme est déclenché par un agent stressant aigu ; par exemple une agression ou une amputation, un accident, une catastrophe naturelle, un incendie....
- Les traumatismes de type II : on parle de ce cas lorsque l'événement s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment, ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps ; par exemple la violence intrafamiliale, les agressions sexuelles par une même personne ayant autorité, la violence carcérale.

D'un point de vue sémantique et psychopathologique, le type II correspond à une extension de la définition habituelle du traumatisme (type I) dans la mesure où il y a anticipation angoissante possible de la répétition et implique des mécanismes différents quant au sens et aux relations avec l'agresseur. Cette extension paraît logique puisque les mêmes effets se retrouvent. (Pedinielli & Mariage, 2015).

Par contre d'autres auteurs, comme Solomon et Heide (1999) ont mentionné un troisième type de traumatisme correspondant à des événements violents, multiples, envahissants, répétés pendant une longue période de temps. Ces traumatismes sont provoqués par un agent stressant chronique et/ou abusif : les camps de détention et de concentration, la torture, l'exploitation sexuelle forcée, la violence et les abus sexuels intrafamiliaux... Ils représentent donc une extension et une systématisation du type de II de Terr.

Néanmoins, Selon le type de traumatisme, le contexte joue différemment, tant dans l'apparition du trouble lui-même, sa reconnaissance, que dans son vécu ultérieur et de nombreux éléments de la vie peuvent jouer le rôle de traumatisme, même si certains sont assez éloignés des situations dramatiques comme la guerre, les agressions, les amputations, les violences, les accidents. Ce contexte renvoie aux conditions d'apparition de l'évènement traumatogène et l'environnement.

2.1.1.2.3. Quelques Auteurs et leurs conceptions du traumatisme

Du point de vue psychanalytique, l'orthodoxie freudienne (le traumatisme est sexuel et interne) a été complétée, par les conceptions de plusieurs auteurs parmi lesquels Ferenczi,

puis de Winnicott, qui mettent en avant le rôle des traumatismes précoces désorganisateur liés aux carences de l'objet primaire (environnement maternel) et des traumatismes structurant le développement (par exemple séparation, perte, deuil...) et leur rôle dans la gestion affective des événements négatifs de la vie (catastrophes diverses mettant en jeu - ou en échec - la liaison, la symbolisation, l'élaboration psychiques des excès d'excitation déclenchés par l'événement). Lacan lui se distingue en mettant en avant la « rencontre manquée » avec le Réel, c'est-à-dire ce qui échappe à la symbolisation, Roussillon avec le vécu déshumanisant. Et Nguimfack et Ovambé se distinguent eux par la place qu'ils attribuent aux croyances dans les psychotraumatismes.

❖ **Freud et les traumatismes.**

Dans ses études sur l'hystérie et l'esquisse en 1895, Freud postule que, la majorité de ses patients au cours du traitement en viennent à se remémorer des expériences de séduction, vécu passivement et avec effroi. Pour lui, ce type de traumatisme se fait en deux temps. Dans sa première théorie, il montre que tout sujet névrotique lors de son enfance ait été victime d'une forme de séduction (agression) sexuelle imposée de l'extérieur par un adulte.

La première conception du traumatisme selon Freud va de 1895 à 1912 et se divise en deux positions : D'abord, c'est l'agression sexuelle réelle qui est en cause, une agression subie dans l'enfance. Puis, Freud considère que cette agression n'est pas forcément réelle, mais qu'il pourrait s'agir d'un fantasme. (Pardinielli & Mariage, 2015).

S'agissant de l'**Aggression sexuelle subie dans l'enfance**. Freud remplace le choc traumatique événementiel de Charcot par le Trauma psychologique d'une séduction (Verführung) choquante, c'est à-dire, des abus sexuels perpétrés sur un enfant innocent par un adulte pervers, souvent un proche. Il montre que, tout sujet névrotique lors de son enfance ait été victime d'une forme de séduction imposée de l'extérieur par un adulte. Il considère alors que l'événement traumatique « trauma psychique » est une expérience émotionnelle catastrophique qui laisse des traces (souvenirs). Ce sont ces souvenirs qui sont producteurs de pathologie comme l'hystérie. Le souvenir refoulé qui reste dans l'Inconscient ou l'énergie circule librement tente de réapparaître se comporte comme un « corps étranger » dans le psychisme, et les symptômes qu'il provoque sont des symboles mnésiques du traumatisme (un ou plusieurs vécus d'expériences sexuelles prématurées). Bien plus, pour Freud, le traumatisme se fait en deux temps :

Dans un premier temps : le premier traumatisme est lié à une expérience sexuelle prématurée réelle avec des affects de déplaisir. C'est donc la réalité externe qui est en cause et qui produit un « effroi sexuel ». Le souvenir est refoulé (rejeté dans l'Inconscient où il demeure actif). Pendant une période rien ne se produit. Dans le deuxième temps, on note le retour du souvenir, à la suite d'une forte situation, souvent après la puberté, donnant lieu à des symptômes notamment hystériques : crise d'allure convulsive, troubles d'allure organique mais sans étiologie somatique. Ce deuxième temps, Freud l'appelle « après-coup ». Toutefois, dans sa lettre à Wilhem Fliess le 21 septembre 1897, il avoue ne plus croire en cette proposition (Neurotica) en raison de cette incertitude du fait que toutes ses patientes aient véritablement subi un acte de séduction de la part des parents. Pour Freud, ce n'est plus la scène de séduction réelle qui est l'organisateur de la névrose, mais plutôt le fantasme de celle-ci. L'agression dont parlent les patients n'est pas réelle mais imaginaire et correspond à un fantasme. Il ne s'agit plus de réalité externe, mais de réalité interne. C'est le désir qui est en cause dans l'apparition de la névrose. La question du traumatisme ne disparaît pas pour autant de l'œuvre de Freud, mais l'origine de la névrose se trouve dans le conflit interne et dans la vie pulsionnelle. Le traumatisme de l'amputé naît donc de son désir à se servir du membre amputé et de marcher et l'incapacité de le faire car ce membre est absent.

Le nouveau fait qu'il souligne est que les hystériques fantasment certaines scènes vécues comme traumatisante et qu'il est donc indispensable de tenir compte à côté de la réalité pratique d'une « réalité psychique » (Freud, 1914, P. 275).

La deuxième conception commence en 1920. La pensée freudienne évolue, donnant au trauma une nouvelle direction, mettant en éclairage sa dimension économique (effroi), son rôle dans la pathologie (défense du moi contre l'angoisse suscitée par la menace de répétition du trauma), la domination du danger interne sur le danger externe. La définition économique du traumatisme est celui d'un afflux excessif d'excitations débordant les capacités de maîtrise et d'élaborations psychiques. L'événement inattendu comme l'amputation des diabétiques, brutal, constitue une effraction du « pare-excitation » qui joue le rôle de protection déclenche de l'effroi (Schreck), situation très proche de la détresse. En effet, dans son livre intitulé *au-delà du principe du plaisir*, (1920) Freud développe cette notion de « membrane pare excitante » qui non seulement protège l'appareil psychique par l'amortissement des excitations en provenance de l'extérieur mais permet aussi un travail psychique, un emmagasinement des quantités pulsionnelles. Ainsi, le traumatisme devient comme une effraction de la membrane par excitante, une rupture de la barrière de défense par manque de

préparation de l'appareil psychique. On comprend par là que le sujet est d'autant plus susceptible de vivre un traumatisme. Dès lors qu'il y a traumatisme, le Moi impréparé se voit vulnérable par rapport à l'effraction quantitative d'origine externe et devient submergé d'effroi. Le principe de plaisir est donc mis à l'échec et l'appareil psychique s'efforce de se « rendre maître de ces excitations, d'obtenir leur immobilisation psychique d'abord, leur décharge progressive. » (Freud, 1920, P.302). Le sujet est donc sidéré, médusé et n'arrive pas à s'approprier ce à quoi il est confronté. Nous en ressortirons quelques autres conceptions de Freud dans certaines de ses œuvres.

- Freud, dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), propose une nouvelle théorie de l'angoisse : ce n'est plus le refoulement qui déclenche l'angoisse, mais celle-ci est un signal de danger pour le moi qui provoque la mise en place de systèmes de défense, dont le refoulement. Une situation de détresse vécue, qu'il nomme « traumatique », est à l'origine de l'angoisse : « L'angoisse réaction originaire à la détresse dans le traumatisme, est reproduite ensuite dans la situation de danger comme signal d'alarme. Le moi, qui a vécu passivement le traumatisme, en répète maintenant de façon active une reproduction atténuée, dans l'espoir de pouvoir en diriger le cours à sa guise » (Freud, 1926, P. 96)
- Dans *Moïse et le monothéisme* (1939), Freud souligne que les expériences traumatiques originairement constitutives de l'organisation et du fonctionnement psychiques peuvent entraîner des atteintes précoces du moi et créer des blessures narcissiques.

Un autre auteur se servira de ses conceptions dans *Inhibition, symptôme et angoisse* et *Moïse et le Monothéisme* pour développer sa conceptualisation du traumatisme. Il s'agit de Ferenczi.

❖ **Ferenczi et le Traumatisme**

Disciple de Freud, Sándor Ferenczi (1873-1933) a donné une nouvelle conception au traumatisme qui occupe une place prépondérante dans la psychanalyse. Dans les années 1920, il reprend les travaux de son maître sur la notion de traumatisme dans la première théorie en décrivant la quantité de d'excitation vécue comme trop prématurée chez l'enfant (Smolak & Brunet, 2017). Il démontre donc que, le trauma procède de l'irruption de la réalité externe dans la réalité subjective et il souligne que le trauma exerce un profond effet négatif sur le fonctionnement du moi, chez les enfants, sur son développement, sa structuration. (Pedielli,

& Mariage,2015). En d'autres termes, le traumatisme est la conclusion d'un élément extérieur vécu comme traumatique qui fait irruption dans la psyché de l'individu brisant ainsi les lignes préalables de structuration. Bien plus, Ferenczi va remanier les travaux de Freud et postuler que le traumatisme n'est pas secondaire à une séduction liée à l'objet (comme Freud le proposait), mais à l'action excessive et violente d'une excitation prématurée provoquée par la réponse inadéquate ou à l'absence de réponse de l'objet, ou encore la disqualification de l'affect, c'est-à-dire lorsque la mère dénie, ne reconnaît pas l'affect et les éprouvés de l'enfant très jeune. (Smolak & Brunet, 2017). De ce fait, le traumatisme naît de l'incapacité de la mère, voire de l'environnement à reconnaître les besoins de l'enfant et d'y apporter la réponse adéquate, l'environnement n'est donc plus « suffisamment bon » pour parler comme Winnicott, l'enfant ressent donc un manque d'amour. Pour le cas échéant, le traumatisme chez l'amputé serait donc issu du fait que l'environnement n'arrive pas à entendre le malaise de celui-ci et cela ne fait qu'ajouter sa souffrance. Il s'agit-là des effets du déni et de la disqualification de la souffrance traumatique chez l'individu. Aussi l'auteur a formulé une autre théorie la « confusion de langue ».

S'agissant du déni et de la disqualification des affects par l'entourage, Il se rend compte que, ce sont surtout ces deux éléments de l'objet réel (entourage, personnes significatives) qui donnent le caractère traumatique d'un évènement sans toutefois nier l'effet de l'acte lui-même. Ainsi par sa réponse ou son absence adéquate de réponse, l'objet réel peut causer une véritable déchirure identitaire chez le sujet traumatisé. (Smolak & Brunet) 2017. « *La réaction de l'adulte à l'égard de l'enfant qui subit le traumatisme fait partie du mode d'action psychique du traumatisme* » (Ferenczi, 1933, P. 141). Il explique que cette inadéquation de réponse, sera du soit à un deuil, une dépression ou une pathologie narcissique. Rendant ainsi difficile le fait d'entendre et reconnaître le malaise de ces sujets traumatisés, ce qui renforce leur souffrance. Au-delà de cette agression extérieure, s'y joint le narcissisme du sujet qui se rejette la faute en s'auto accusant, développant de ce fait les sentiments de culpabilité.

S'agissant de la confusion de la langue, La « confusion de langue » est celle de l'adulte qui interprète le désir de tendresse de l'enfant comme une demande d'ordre érotique et sexuel et une confusion du langage de la tendresse, qui vient de l'enfant, avec celui de la passion, de l'érotisme. L'enfant sans aide, incapable de protestations, ignorant la sexualité ou paralysé par l'angoisse, se soumet à ce qui est une agression de l'adulte. Pour conserver la tendresse venant de l'adulte, il s'oblige à s'identifier à ce que veut son agresseur, par une

sorte de « fragmentation » de sa personnalité. Il intériorise alors un parent inadapté et incapable de s'occuper des besoins du Moi de l'enfant. On peut donc assister à un phénomène de clivage de la personnalité ou clivage du Moi.

Ferenczi donnera aussi les conséquences dans la vie du sujet tout en évoquant trois réactions face au traumatisme : la désagrégation, la paralysie, le clivage.

- L'impossibilité de fuir le traumatisme peut provoquer une destruction de la conscience qui peut se manifester par la désorientation, l'atomisation, la fragmentation du moi.
- La paralysie est un arrêt de l'activité psychique doublé d'une passivité ; le traumatisme subi est impossible à élaborer.
- Le clivage consiste en la séparation d'une partie du moi (partie clivée) qui observe, mesure l'étendue de l'atteinte, et une autre partie qui supporte le trauma.

Mais, cliniquement, ce type de traumas, tels que les conçoit Ferenczi, a de multiples conséquences : intériorisation d'un objet défaillant, maintien d'une souffrance psychique irréprésentable, réactivation fréquente d'un sentiment de détresse, utilisation de mécanismes de défenses « archaïques » (expulsion, rejet) clivage entre la pensée et le corps, répétition de situations d'amour ou de haine primaires rappelant les relations mère-enfant.

❖ **Lacan et le traumatisme**

Pour Lacan (1901-1981), le traumatisme n'est pas un fait accidentel, c'est un fait de structure. Avec les progrès de la linguistique, les apports de signifiants, signifiés, sens, non-sens ; significations, permirent d'autres pas décisif et Lacan s'en ait servi pour explorer les champs de la parole et du langage. (Emerich, 2016, P. 8). Chez Lacan, le traumatisme est « un élément traumatique fondé sur une image qui n'a jamais été intégrée, c'est là où se produit les points, les trous, les points de facture dans l'unification, la synthèse de l'histoire du sujet, ce en quoi tout entier il peut se regrouper dans les différentes déterminations symboliques qui font de lui un sujet ayant une histoire. » (Emerich, 2016, p. 9). Ici Lacan met l'accent sur l'effet d'un élément imaginaire, qui devient faute d'avoir pu intégrer dans l'histoire de l'individu, et du fait de cette extra-territorialité devient un élément réel qui n'a pu être symbolisé d'où son insistance sur la répétitions. L'évènement traumatique sera donc fondé sur une image qui n'a pas pu être intégré dans la psyché du sujet. En effet, En 1953, à propos de l'Homme aux loups, il privilégie la face fantasmatique du trauma (représenté par la scène primitive) au détriment de sa face événementielle. Il avance aussi que, ce qui fait trauma c'est

qu'un événement (produisant une effraction pour l'imaginaire narcissique de l'enfant) n'a pas été intégré au système verbal du sujet.

Plus tard, il remanie sa pensée sur le traumatisme en 1964, dans le Séminaire XI, sous la forme de la « rencontre manquée » (avec le Réel) ; il reprend les travaux de Freud dans au-delà du principe de plaisir. Il postule alors l'idée selon laquelle Chaque sujet dès sa naissance est exposé à l'irruption du sexuel qui le déborde. Emerich, (2016) : il est soumis frontalement au désir de l'autre réel qui est une personne ayant une forte signification, à quoi il ne comprend rien. L'enfant dès sa naissance se trouve plongé dans un bain symbolique où le signifiant va le déterminer à son insu et a une place et une fonction qu'il ne peut qu'accepter ou récuser au péril de son existence même. Le trauma est donc le fait d'un réel inassimilable ; dans la rencontre manquée qu'est le trauma, la représentation manque, il n'y en a qu'un tenant lieu.

Aussi, Pour Lacan, le trauma c'est le trou-matisme ; néologisme qu'il créa dans les non dupes errant, le trauma c'est un trou dans le symbolique. C'est de la rencontre du sexuel impossible à symboliser avec une jouissance ineffable, a-symbolisable que s'organise pour un sujet, un fantasme autour d'un noyau insaisissable, l'objet a, cause de son désir. (Emerich, 2016). Le fantasme va donc devenir la trace de ce trou qu'opère le réel dans le symbolisme et le traumatisme va confronter le sujet à une absence de signification, structurale, à un impossible à Dire. En d'autres termes, le fait que la parole ne peut pas tout dire est qu'il y a des trous qu'elle ne peut pas combler. C'est cette impossibilité, ce « trou dans la langue » qui fonde le trauma dont résulte la souffrance subjective dont se plaint le sujet.

Enfin, Lacan dira encore le traumatisme est la façon dont chaque parlêtre s'ordonne dans un fantasme autour d'un noyau ; objet a, cause d'un désir qui le déplace voir qui le fait courir pour une jouissance qui le dépasse et à laquelle il ne comprend rien.

❖ **Le traumatisme chez René Roussillon**

René Roussillon lui, tentera d'unifier les travaux laissés par ses prédécesseurs en élaborant le concept de « *situation extrême de la subjectivité* » qui favorise l'émergence du traumatisme.

En effet, dans son texte *les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique* (2005). Il décrit la situation extrême de la subjectivité comme étant les circonstances « *dans lesquelles la possibilité de continuer de se sentir sujet, de continuer de*

maintenir le sentiment de son identité, et d'une identité inscrite au sein de l'humaine est portée à son extrême, voire au-delà du pensable. » (Roussillon, 2005, P. 221). Ce sont donc les événements qui plongent l'individu dans un monde où règne des logiques mortifères de répétition et d'économie de survie. Comme dans le cas des amputations l'individu se trouve dans un tourbillon de ruminations mentales.

Selon Roussillon (2005), les situations extrêmes ne se résumeraient pas seulement à des situations dans lesquelles sont vécu le sentiment d'impuissance et de détresse. Elles vont au-delà de l'impuissance et de la détresse qui présentent « *des formes de dégénérées de celle-ci voire de déshumanisation* » (Roussillon, 2005, p.223). Ainsi, Les situations extrêmes noient le sujet dans un bain de douleur aigue, intelligible et quelquefois corporelle, mais surtout psychique. Ce qui les rend donc traumatique est son irréprésentabilité, le fait qu'elle soit insignifiante, illogique et incompréhensible. (Smolak & Brunet, P 111). La fuite de l'évènement traumatique s'avère dans ce cas impossible ou vaine, le vécu d'impasse ajoutant à l'impression d'une situation insensée. Le sujet souffre alors à la fois d'une perte de son organisation psychique et de la perte des « logiques du choix ». Successivement, le traumatisé est envahi d'un état de désespoir absolu, qui le relie à l'humanité. Dans cette situation, la déshumanisation entraîne non seulement un sentiment de perte de dignité humaine, mais aussi de honte, de déréliction, de solitude incommensurable ; le sujet est donc jeté hors de l'ordre symbolique qui organise l'humanité. Il se sent fondamentalement seul devant son éprouvé, vécu comme absurde et insensé.

Roussillon caractérisera de paradoxale la principale défense associée aux stratégies de survie des sujets traumatisés qui est l'évitement selon lui : à défaut de pouvoir fuir la situation extrême dans la réalité, le sujet « se retire de son expérience subjective, se quitte, se coupe de lui-même » (Roussillon, 2005, p. 226), comme le lézard qui, lorsque pris au piège, accepte de sacrifier une partie de soi pour sauver le tout. Le sujet se retrouve face à l'indispensabilité de se couper d'une expérience subjective centrale, d'anesthésier la partie de soi en contact avec cette douleur insupportable, de se « tuer » pour subsister, ce qui renvoie au clivage narcissique évoqué par Ferenczi. Roussillon (2005) précise que : « *on ne gagne pas contre une situation extrême, mais on peut survivre psychologiquement, mettre en œuvre des stratégies pour "survivre", ce qui n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir.* » (p. 226).

Il évoque quelques conditions extrinsèques ou « objectives » à ce qu'il nomme les conjonctures traumatiques, il précise néanmoins que « les causes du déclenchement de la

situation extrême peuvent être de natures très différentes » (Roussillon, 2005, p. 223) et que celles-ci affectent chaque sujet de manière particulière, spécifique et individuelle. Selon l'auteur, le processus de symbolisation ou d'appropriation de cette expérience ainsi que la mise en place de solutions à cette dernière dépendent de quelques facteurs particuliers :

- **L'âge et le degré de structuration de l'appareil psychique** : plus un sujet se développe, plus le degré d'organisation de son appareil psychique se complexifie. Ainsi, un bébé, par exemple, serait plus enclin qu'un adulte à être traumatisé et durablement désorganisé par une situation extrême, étant donné la pauvreté de sa constitution et son immense dépendance envers le monde extérieur.
- **Les moyens de récupération et la plasticité de l'appareil psychique** : les jeunes enfants, toujours en période de structuration, montrent « des moyens importants de récupération et de plasticité » (Roussillon, 2005, p.227) lorsque confrontés à des modifications de leur environnement. Dès lors, si la situation pathogène se modifie et s'ils se voient soutenus par leur milieu, ceux-ci semblent pouvoir se sortir des situations extrêmes de la subjectivité sans trop de dommages psychiques. Toutefois, si l'environnement s'avère nocif, celui-ci acquiert un caractère « traumatisant » et l'équilibre psychique des jeunes sujets s'en voit d'autant plus fragilisé.
- **La durée de la situation** : la durée de la période pendant laquelle le sujet est exposé aux circonstances inhumaines sera d'une importance sur les effets que celles-ci auront sur sa psyché. Ainsi, plus la situation extrême de la subjectivité dure, plus grandes sont les probabilités que les traces laissées par celle-ci soient traumatiques ou durables.
- **L'intensité de la situation** : l'intensité « objective » de l'excitation engendrée par certaines circonstances sur le plan économique vient moduler l'aspect quantitatif des situations extrêmes de la subjectivité.
- **L'impréparation du sujet** : moins la psyché est préparée à recevoir un choc, par l'apparition progressive d'angoisse signal, plus grandes sont les probabilités que le sujet se voit traumatisé. L'individu, surpris par la survenue de la situation extrême, n'a point l'occasion de se préparer contre le danger menaçant son intégrité en mobilisant son système défensif et en subit donc d'autant plus les effets de débordement.
- **La vulnérabilité du sujet** : la vulnérabilité du sujet se manifeste sur deux plans. D'abord, elle est définie par le fait que le traumatisme se produise tandis que le sujet a relâché sa vigilance et ses défenses, par exemple, en s'adonnant à une activité qui lui

était habituelle et connue. Puis, la vulnérabilité évoque l'état de fragilité dans lequel le sujet peut se retrouver au moment de la conjoncture traumatique, alors que celui-ci met en « crise » ou en « drame » certains conflits ou enjeux psychiques qui lui sont propres au moment de sa survenue.

On comprend donc par là qu'un sujet sera plus susceptible de vivre un traumatisme en fonction de son âge, du degré de structuration de son appareil psychique, la plasticité de son appareil psychique, sa vulnérabilité et son impréparation.

❖ Plus proche de nous, on peut présenter **Nguimfack et Ovambé (2021)**

Ils soulignent l'importance des différences ethnoculturelles dans l'analyse et la prise en charge des psychotraumatismes. Selon eux, les facteurs culturels tels que les croyances, les coutumes et les normes peuvent influencer la manière dont les victimes de traumatisme perçoivent et vivent leur expérience. En effet, dans une étude sur : *expériences mystico-culturelles dans les psychotraumatismes de guerre en Afrique : cas de quatre soldats camerounais*. Ils relèvent que ces sujets : « ont vécu le psychotraumatisme comme résultant d'un complexe de conflits mystérieux. Aussi, la symptomatologie psychotraumatique a été pour eux un ensemble de manifestations d'attaques surnaturelles. Selon eux, il existe deux mondes dans le champ de bataille, l'un visible et l'autre invisible. » Par là nous pouvons voir la place des croyances dans le vécu de leurs traumatismes. De même chez certains patients diabétiques amputés. Nous avons noté quelque croyance dans leur vécu traumatique comme une punition de la part des dieux quant-à-leur comportement, nous en expliquerons d'avantage au chapitre 4. Bien plus, Dans une autre étude menée sur des soldats de guerre de Boko Haram, ces auteurs Camerounais expliquent que, La symptomatologie psycho traumatique est l'expression d'une atteinte de « la personnalité totale » Par des forces surnaturelles (Nguimfack & Ovambé, 2021). Les symptômes dissociatifs retrouvés dans plusieurs états de stress post traumatique seraient alors l'expression une atteinte du principe spirituel.

2.1.2. Le vécu traumatique

Si le vécu vient du mot vivre, qui signifie en lui-même avoir une expérience, le vécu traumatique serait donc l'expérience de l'individu confronté au traumatisme, l'ensemble des mécanismes mis en jeux dans son traumatisme. Plus clairement la façon dont celui-ci vit son traumatisme subjectivement car le vécu est toujours subjectif. C'est-à-dire la perception, la représentation de la réalité. Par ailleurs, ce vécu diffère d'un individu à un autre. Pedinielli et

Mariage (2015) ont décrit ses expériences sur deux axes : l'axe de la mémoire et l'axe de la souffrance.

2.1.2.1. Le vécu traumatique sur l'axe de la mémoire ou cognitif

Suite au traumatisme, la personne commence graduellement à se souvenir d'éléments énigmatiques, comme si la mémoire s'imposait de manière incoercible. (Pedieli & Mariage 2015, p 29.) C'est-à-dire que certains éléments du traumatisme refont surface dans la mémoire de l'individu. Pour mieux étayer leurs pensées, ces auteurs ont présenté quelques cas de figures.

- La personne garde le même vécu d'horreur chaque fois qu'elle évoque la scène. Elle donne l'impression d'y être encore. L'événement, les émotions s'imposent à la conscience. La situation traumatique est toujours là et rien ne semble bouger. Au moment où elle en parle la distinction présent-passé est abolie, comme si ce n'était par un travail de mémoire mais la situation elle-même. Le sujet ne la revit pas, il la vit. (Pedieli & Mariage 2015, p 29.). Autrement dit, les souvenirs les flash-backs de l'évènement remontent à la surface et le sujet perd la perception du temps. Il vit la situation au moment où il parle. Exemple, il décrit l'annonce de son amputation, son entrée en salle d'opération, l'anesthésie, son sommeil, l'amputation, son réveil. Il décrit comme s'il vivait la scène.
- La personne a des réactions d'angoisse ou de déplaisir, parfois des conduites d'évitement, sans savoir d'où elles proviennent. (Pedieli & Mariage 2015). Le sujet méconnaît l'origine de ses réactions dans un premier temps, il ne fait pas le lien avec ce qui s'est produit. C'est le thérapeute qui en donne un sens et fait le lien. La personne évoque des souvenirs déplaisants, qui ont fait naître un choc au moment de l'évènement, lorsqu'elle y repense, elle se sent très mal à l'aise, voire très angoissée. C'est le cas le plus fréquent dans le traumatisme, l'évènement traumatogène vient rappeler d'autres évènements que le sujet aurait subi ultérieurement qui auraient grandement perturbé la personne sur le moment et qu'elle essaie de laisser de côté. On comprend par la que l'amputation qui vient rappeler au diabétique d'autres évènements qu'il aurait vécu bien avant, et qui auraient été source d'émotions négatifs.

2.1.2.2. Le vécu traumatique sur l'axe de la souffrance

Le sujet traumatisé se souvient et est envahi par des souvenirs, des affects et des émois qu'il ne peut contrôler. Le lien entre le souvenir, la souffrance et son évocation verbale ne se manifeste pas toujours de la même façon, il dépend du sujet et d'ailleurs même le sujet ne verbalise pas toujours ses ressentis dans ce moment qu'il traverse. Pour Pedinielli & Mariage (2015). « *La douleur subie obnubile le sujet qui lui attribue la souffrance qu'il ressent maintenant, mais, parfois, c'est la mémoire incontrôlable de ce qu'il a redouté alors qui, après-coup, produit en lui la souffrance dont il vient se plaindre.* » (p.33). La souffrance chez les diabétiques amputés est donc une composante importante de l'expérience traumatique des diabétiques amputés, elle peut prendre de nombreuses formes. Tout d'abord, la douleur physique, la sensation de brûlures et de picotement et d'autres symptômes désagréables. Ces douleurs peuvent être difficiles à soulager, même avec des analgésiques puissants et peuvent interférer avec la qualité de vie des patients.

Ensuite, il y'a l'impact émotionnel de l'amputation. Pour beaucoup de diabétique, la perte du membre est un choc émotionnel pouvant déclencher des sentiments, d'anxiété, de dépression et de stress post traumatique. Ils doivent faire face à des problèmes d'estime de soi, et de perte.

Leurs relations sociales sont souvent entachées, ils ont du mal à s'adapter à leur nouveau corps (Curelli, 2015) et avoir peur d'être stigmatisés ou rejetés socialement, ce qui conduit à des symptômes d'isolement empiétant sur leurs santé mentales.

2.1.2.3. Le vécu traumatique sur le plan somatique

Sur le plan somatique, il s'agit d'un ensemble de symptômes ou plaintes physiques pour lesquels aucune anomalie organique identifiable de type lésionnel ne peut être validée. Selon Lorenzo (2019) il s'agit de la présence d'arguments en faveur d'une origine psychologique avec relation temporelle manifeste entre la survenue du trouble et celle d'un événement stressant ou traumatisant ou perturbation des relations interpersonnelles, relation qui est ardemment niée par le patient. Ainsi on note : le syndrome de fatigue chronique, le syndrome de l'intestin irritable, les douleurs thoraciques non coronariennes, le syndrome d'hyperventilation. (Lorenzo, 2019, p 23). On peut ainsi affirmer que le traumatisme est une expérience douloureuse et dévastatrice pour toute personne qui en est victime. Cependant, le traumatisme a également un impact somatique, ce qui signifie qu'il affecte le corps et la santé physique de la personne. Le vécu somatique dans le traumatisme peut se manifester de

différentes manières. Certaines personnes peuvent ressentir des douleurs physiques comme des maux de tête, des douleurs musculaires, des troubles gastro-intestinaux ou des douleurs chroniques ; des troubles digestifs, des troubles obstétricaux, les troubles gastro-respiratoires et les céphalées (Rozenblum, 2023). D'autres peuvent avoir des symptômes psychosomatiques tels que des nausées, des vomissements, des vertiges, des tremblements et une transpiration excessive. Certains peuvent avoir des troubles de sommeil comme l'insomnie, les cauchemars et les flashbacks qui peuvent également causer une fatigue chronique. (Dumet & Ménéchal, 2017).

Le vécu somatique peut également se manifester par une hypersensibilité à l'environnement en raison de la réaction de stress de la personne. La personne peut réagir de manière excessive aux stimuli tels que le bruit, la lumière, les odeurs et les goûts, ce qui peut entraîner une augmentation de l'anxiété et de la détresse. Ce vécu somatique peut être causé par la libération de l'hormone du stress, le cortisol, dans le corps en réponse à des événements traumatiques. Cette hormone peut affecter négativement le système immunitaire, ce qui peut augmenter le risque d'infections et de maladies.

Cependant, il est important de noter que la réponse somatique au traumatisme peut varier d'une personne à l'autre en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge, le genre, l'histoire de la personne, la culture, les croyances et la personnalité.

La prise en charge du vécu somatique dans le traumatisme peut nécessiter une approche multidisciplinaire incluant des interventions pour les symptômes physiques, psychologiques et sociaux. Les professionnels de la santé peuvent aider les personnes à gérer les symptômes physiques en utilisant des techniques telles que la relaxation musculaire progressive, le biofeedback, la thérapie cognitivo-comportementale.

Par ailleurs, nous avons d'autres vécus comme le vécu sur le plan comportemental.

2.1.2.4. Le vécu traumatique sur le plan comportemental

Selon Lalumière (2023), le comportement des personnes vivant avec un traumatisme se caractérise généralement par des cauchemars réguliers, l'individu peut alors se retrouver en train de faire les mêmes rêves de manière répétitive en une nuit ou en plusieurs ayant chacun une étape de l'évènement traumatique. En plus de ces rêves qui rendent le sommeil le plus souvent agité. Ces personnes présentent des comportements d'agressivités, une agressivité accrue, généralement verbale avec le personnel soignant ou leur garde malade, car ils se sentent le plus souvent incompris (Aldwin, 1994). L'on note également l'hyper activité, chez

les diabétiques amputés l'on a observé chez certains le fait de vouloir toujours tout faire même lorsqu'il est incapable de le faire et refuse de demander de l'aide. Pour finir on note également les cas de fatigues, le sujet dort anormalement beaucoup, ce qui est pour lui un moyen de fuir sa réalité.

2.1.3. Le Diabète

2.1.3.1. Définition et statistiques

Le diabète est une maladie chronique grave qui se déclare lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline (hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang, ou glycémie), ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser correctement l'insuline qu'il produit. (OMS, 2016). Le diabète est donc le résultat d'une défaillance du pancréas ou de l'organisme incapable de faire usage efficace de l'insuline qu'il produit. Ce qui crée un taux de glucose élevé dans le sang. (Hyperglycémie). Le diabète est aujourd'hui l'une des préoccupations majeures de santé dans le monde.

D'après le rapport mondial de l'OMS en 2016, on estime à 422 millions le nombre des adultes qui vivaient avec le diabète en 2014, contre 108 millions en 1980. La prévalence mondiale du diabète (normalisée selon l'âge) a presque doublé depuis 1980, passant de 4,7 à 8,5 % de la population adulte. Cette maladie a causé 1,5 million de morts en 2012 (OMS, 2016).

Par contre, la fédération internationale de diabète en 2017 estimait à 425 millions de personnes le nombre de personnes atteintes de diabète dans le monde, et prévoit que le diabète touchera 629 millions de personnes en 2025 (Atlas du diabète de la Fédération internationale du diabète, 2017).

2.1.3.2. Type de Diabète et facteurs de risques

On distingue deux types de Diabète

- Le Diabète de type 1 autrefois appelé diabète insulino-dépendant ou diabète juvénile, c'est lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline (hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang, ou glycémie). Il est habituellement découvert chez les personnes jeunes : enfants, adolescents, ou jeunes adultes. Les facteurs de risque chez lui sont multiples parmi lesquels :
 - ✓ Les facteurs génétiques : Des antécédents familiaux de diabète de type 1 qui peuvent augmenter le risque de maladie.

- ✓ L'auto-immunité : Dans le cas du diabète de type 1, le système immunitaire attaque par erreur et détruit les cellules du pancréas responsables de la production d'insuline, une hormone nécessaire pour réguler la glycémie.
 - ✓ Les facteurs environnementaux : Il s'agit des infections virales qui peuvent jouer un rôle dans le développement du diabète de type 1 chez certaines personnes prédisposées génétiquement.
- Le diabète de type 2 : qui se traduit par l'incapacité de l'organisme à utiliser correctement l'insuline qu'il produit. Comme facteurs de risques ici on a :
- ✓ Les facteurs génétiques et héréditaires ; les antécédents familiaux et héréditaires peuvent augmenter le risque le risque de développer le diabète de type 2.
 - ✓ L'obésité et le mode de vie sédentaire
 - ✓ La résistance à l'insuline, dans le cadre du diabète de type 2, les cellules du corps deviennent moins sensibles à l'insuline, ce qui nécessite une production accrue d'insuline par le pancréas.
 - ✓ Les facteurs environnementaux : Des facteurs comme l'alimentation déséquilibrée, une consommation excessive de sucre ou de graisses, le tabagisme et le stress peuvent augmenter le risque de diabète de type 2.

2.1.3.3. Sémiologie et symptomatologie

Le diabète se traduit se manifeste différemment en fonction des types, ainsi :

- Chez le type 1, en plus de l'incapacité de l'organisme de produire l'insuline, on note : émission d'urine et soif excessive, faim constante, perte de poids, altération de la vision et fatigue. Ces symptômes génèrent en elles même une certaine souffrance chez le sujet pouvant conduire à un trouble de l'image de soi.
- Chez le type 2 en plus de l'utilisation inefficace de l'insuline par l'organisme, on note aussi les mêmes symptômes que chez le type 1.

2.1.3.4. Complication

Lorsque la prise en charge du diabétique n'est pas bien suivie et qu'il y a la négligence tant de la part du patient que du personnel soignant. On peut arriver à des complications mettant la vie en danger. Ainsi, nous avons les complications aiguës telles que :

- Une glycémie anormalement élevée peut mettre la vie en danger si elle déclenche des maladies comme l'acidocétose diabétique chez les diabétiques de type 1 ou 2, et un coma hyperosmolaire chez les diabétiques de type 2. (OMS 2016).
- Quel que soit le type de diabète, une hypoglycémie peut survenir et provoquer une crise épileptique ou une perte de conscience. Cela peut se produire lorsque le patient a sauté un repas ou fait plus d'exercice que de coutume, ou si la posologie d'un antidiabétique était trop élevée.
- Au fil du temps, il peut affecter le cœur, les vaisseaux sanguins, les yeux, les reins et les nerfs, et accroître le risque de cardiopathie et d'infarctus du myocarde. Ce qui peut augmenter le risque d'ulcérations et d'infection des pieds (Pied diabétique), nécessitant en définitive une amputation qui fait l'objet de notre recherche.



Figure 1: Image d'une plaie diabétique,
Source : Zellat B (2014), Séquelles d'amputation

Le diabète semble accroître sensiblement le risque d'amputation des membres inférieurs dus aux ulcérations des pieds qui ne guérissent pas. Les taux d'amputations des membres inférieurs sont 10 à 20 fois plus élevés chez les personnes atteintes de diabète. Plus élevés que dans les populations non diabétiques et, ces dernières années, l'OMS estime entre 1,5 et 3,5 cas pour 1000 personnes par an dans les populations chez lesquelles un diabète avait été diagnostiqué.

2.1.4. Amputation

2.1.4.1. Définitions et statistiques

L'amputation consiste en une ablation d'un segment de membre ou d'un membre en entier lors d'une intervention chirurgicale majeure. (Fernandez & al, 2012). L'amputation est

alors une technique médicale visant à retirer sur le corps du patient un membre ou un organe. Ainsi elle porte atteinte à la vie du patient dans son intégrité physique, psychologique et sociale. Elle bouleverse sa manière de vivre : ses activités quotidiennes, ses études, son métier ou ses loisirs, par ailleurs, elle crée une perte corporelle du sujet. Pour Frantz, (1970, p. 62), l'amputation confronte la personne à l'immense difficulté de faire face au choc psychologique provoqué par l'amputation elle-même, de par l'altération de l'image de soi qu'elle constitue, et aux conséquences qui en découlent, c'est-à-dire, une capacité et une validité qui ne sont plus récupérables, mais seulement compensables. On peut donc affirmer que le patient se voit comme déshumaniser et sa personnalité est atteinte de façon générale. D'après une étude menée par GHIMBI (2014), sur l'« *amputation d'un membre et souffrance psychique: une étude de cas à Brazzaville* » On estime aujourd'hui que 92% des amputations sont dues à une insuffisance artérielle, l'une des causes dans plus de 50% de cas est le diabète ou mieux dit des complications de la maladie. Bien plus, estime que le nombre de personnes amputées pour insuffisance artérielle des membres inférieurs (IAMI) augmentera de 50% d'ici 2030 et de 100% d'ici 2050 (Balint, 2005, p. 89).

De façon générale, on peut estimer avec Fernandez & al. (2012) à 10 000 par an le nombre d'amputation majeure des membres inférieurs liés à une pathologie vasculaire, et à 150 000 le nombre de patients vivant avec une amputation en France.

2.1.4.2. Causes des amputations dans le monde

Les causes des amputations sont nombreuses. Néanmoins, On divise classiquement les causes principales d'amputations en trois grandes catégories : les causes traumatiques, les causes pathologiques et les causes congénitales ou le défaut de développement d'un membre qu'on appelle communément *l'agénésie*.

- **Les accidents** (20%) : Ici on note, les accidents de la route, les accidents domestiques, au travail, de la voie publique, ou des brûlures-électrocutions.
- **Les maladies** (80 %) ici les causes sont des complications de certaines maladies à l'instar des cancers, des fractures ouvertes, les insuffisances artérielles des membres inférieurs, par le diabète, le tabac par exemple etc...
- **Les amputations congénitales** : On estime 10 à 15 cas pour 100 000 Naissances.

Peu importe les causes de l'amputation, elle touche le sujet dans son intégrité physique (défaillance dans son fonctionnement physique). Elle bouleverse la manière de vivre (activités de la vie, déplacement, soins personnels).

Sur le plan psychologique, la personne éprouve des difficultés à se confronter au choc psychologique provoqué par cet acte opératoire (traumatisme) mais aussi, son image qu'il a de lui-même se désaltère le plongeant dans un sentiment d'anéantissement, la dépression et l'anxiété. Pour Fernandez (2012), La personne est effondrée, souvent dépressive et anxieuse. « Dépossédée d'une partie de son corps désormais mutilé, elle est privée d'une image d'elle-même qui lui apportait satisfaction ou du moins qu'elle avait faite sienne et qu'elle avait totalement intégrée. » (p. 2). On peut donc conclure en disant que l'amputation d'un membre entraîne une perte de fonction de sensation, un deuil, une atteinte corporelle, une atteinte de l'image du corps. Par conséquent pour sa prise en charge elle nécessite une équipe pluridisciplinaire, le personnel soignant (le kinésithérapeute, le médecin) pour l'aspect physique, biologique et surtout le psychologue pour l'acceptation et une révision de l'image corporelle par conséquent une reprise du Moi-Corps.

2.1.4.3. Mécanisme d'amputation

Pour que l'on arrive à une amputation surtout chez les diabétiques, il y'a tout un long mécanisme à respecter. Lorsqu'on observe les liaisons ou ulcères on évalue la menace vitale (Sepsis, insuffisance rénale etc...) si la menace est vitale, alors on passe à l'amputation du membre, si c'est le contraire, on fait un bilan complémentaire suite auquel, s'il y a la présence d'IAMI, on procède par une revascularisation, au cas où la revascularisation est impossible, la lésion progresse alors à ce moment l'amputation devient la solution si la stabilisation de la lésion est possible on passera à contrario par un traitement conservateur. Le schéma sous dessus résume le processus.

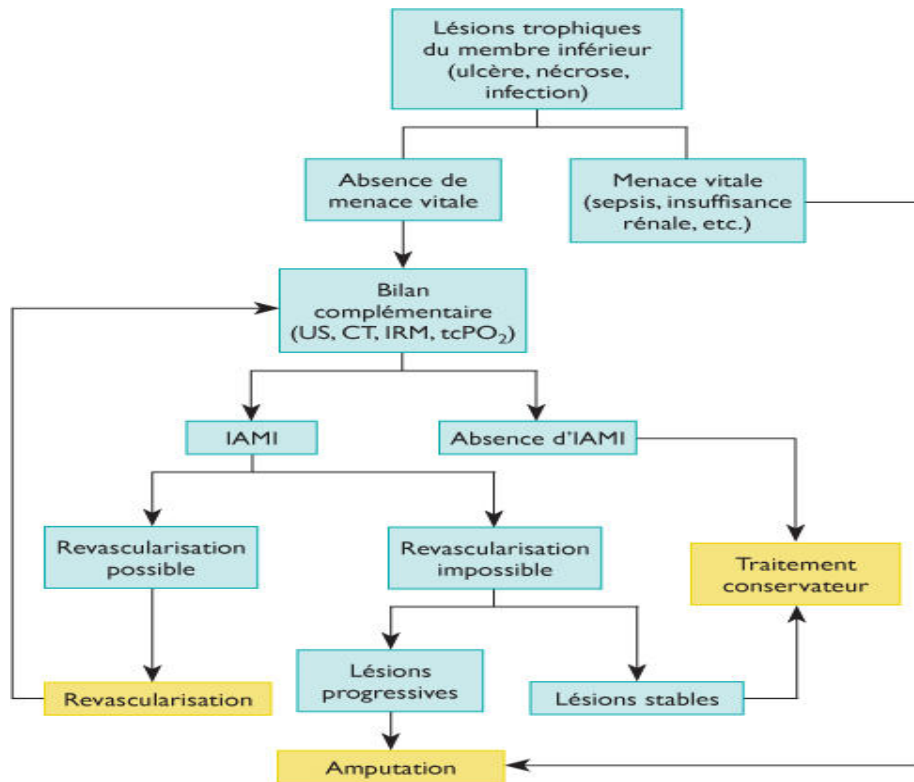


Figure 2: Algorithme de prise en charge des lésions trophiques du membre inférieur.

Nicodème et Al (2014). *Amputation du membre inférieur : indications, bilan et complications. Revue médicale suisse.*

2.1.4.4. Les types d'amputations :

Nous avons l'amputation du membre inférieur et du membre supérieur, nous nous attarderons dans notre étude sur l'amputation du membre inférieur.

🚩 Amputation du membre inférieur

Bhumet (2015) nous propose trois niveaux d'amputation du membre inférieur.

- Le niveau de l'amputation Transfémorale.

Il est généralement situé 8-10 cm au-dessus des condyles fémoraux et 10 cm sous le petit trochanter. Le risque avec cette amputation est d'obtenir une malposition en flexum-abductum de la hanche surtout en cas de moignon court. Pour une amputation au 1/3 moyen-proximal, le patient est installé en décubitus dorsal ou en $\frac{3}{4}$, la fesse homolatérale soulevée par un coussin. On obtient généralement ces explications données par Zellat (2014).

- Désarticulation de la hanche :
- Amputation 1/3sup de la cuisse
- Amputation 1/3moy de la cuisse
- Amputation 1/3inf de la cuisse



Figure 3: amputation transfémorale-tracé des incisions ; tiré de l'EMC.

Source :Bhumet (2015), l'amputation peut-elle être un choix thérapeutique dans les traumatismes fracturaires sévères des os longs de membre inférieur ?Université de Lorraine.



Figure 4: Désarticulation de la hanche.

Source : Zellat (2014), Séquelles d'amputation

✚ La Désarticulation de genou

La présence des condyles fémoraux ici permet la conservation d'une surface d'appui assez conséquente.



Figure 5 - Amputation transtibiale

Figure 5: Désarticulation du genou

Source : Zellat (2014), Séquelles d'amputation

✚ Amputation transtibiale

Elle est réalisée au-dessous du genou, en enlevant le tibia et le péroné. Généralement, on procède par l'utilisation d'une prothèse pour restaurer la fonctionnalité.

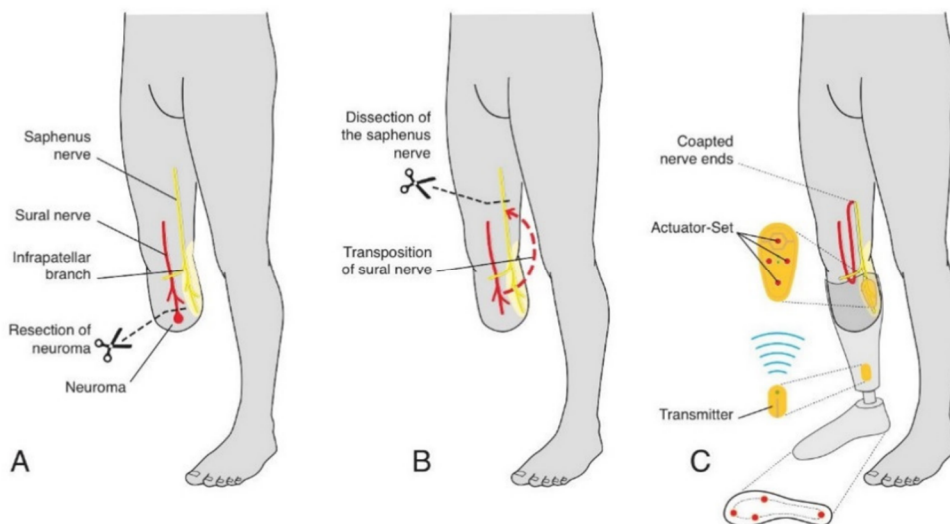


Figure 6: amputation transtibiale

Source : Brown & McQueen, (2019). Atlas de chirurgie reconstructrice. Paris : Masson

✚ Désarticulation de la cheville,

Cette désarticulation à plusieurs niveaux, soit au niveau du médio-tarsien, du tarso métatarsien, métatarso phalangienne et interphalngienne.

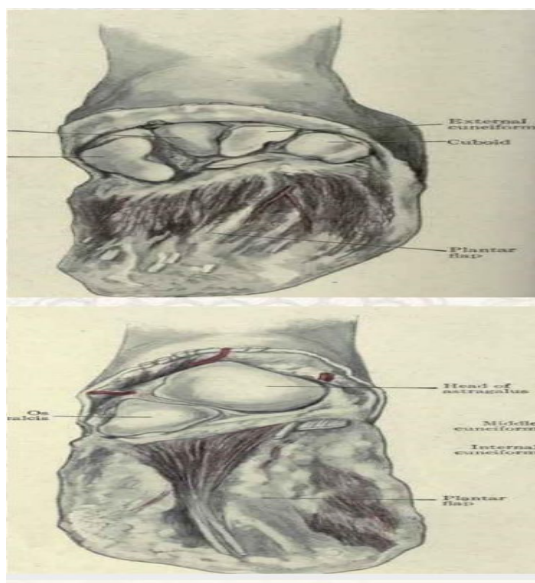


Figure 7: amputation de chopart et de lisefranc.

Source : Zellat B (2014), Séquelles d'amputation

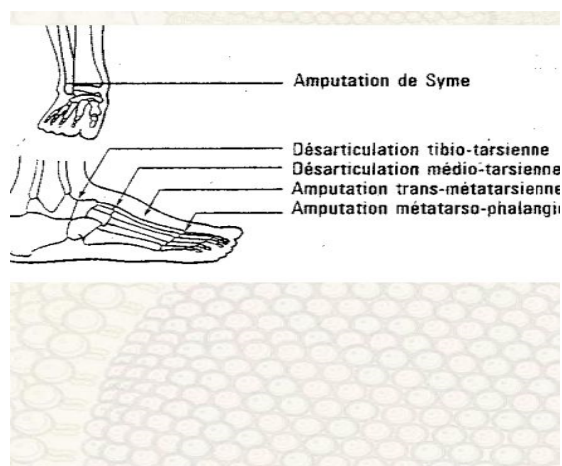


Figure 8: Différents types d'amputation de la cheville

Source : Zellat (2014), Séquelles d'amputation

2.1.4.5. Conséquences :

- Les conséquences psychologiques

L'amputation provoque généralement un grand choc psychologique et altère l'image de soi. En effet, elle confronte la personne à l'immense difficulté de faire face au choc psychologique, de par l'altération de l'image de soi qu'elle constitue, et aux conséquences qui en découlent c'est à dire une incapacité qui n'est plus récupérable, mais seulement compensable. (Curelli, 2004.). La perte d'une partie de soi est mise en exergue dès lors par un

sentiment d'anéantissement ce qui chez Curelli (2004), se traduit par la phrase suivante à la suite de l'amputation : « je ne suis plus rien » (p.10). Un travail de deuil est donc nécessaire pour aider le sujet à accepter la situation et à mobiliser des ressources et comprendre qu'il reste une totalité vivante bien. En effet, l'amputé est privé d'une image de lui-même qui produisait en lui une certaine satisfaction et un certain plaisir, désormais, à cause de l'ablation, il ne se retrouve plus dans le regard porté sur son corps et donc sur lui-même des raisons de s'admirer, de s'aimer

- **Les conséquences sociales**

L'amputation entraîne souvent une réadaptation du milieu de vie et de l'habitat avec par exemple, la mise en place dans la salle de bain de barres d'appui permettant un accès facilité à la douche (ou à la baignoire), du véhicule, etc. pouvant ainsi devenir source de désordre financier. (Curelli, 2004, P 10).

L'amputation peut également conduire sur le plan social à des conflits familiaux, un isolement social, le rejet de certaines personnes pouvant conduire la personne nouvellement en situation de handicap à un repli progressif sur soi.

- **Les conséquences Physiques**

Ici, on peut noter après l'opération et la conséquence physique sur le plan de la sexualité.

- ⌚ **Après l'opération** : la personne aura fait face à une douleur post-opératoire. Celle-ci correspond à la douleur ressentie juste après l'acte chirurgical et après l'effet de l'anesthésie au cours duquel la peau, les muscles, les nerfs et les os sont coupés. Cette douleur est en généralement contrôlée par une médication et disparaît normalement à mesure que les tissus dégonflent et commencent à cicatriser.
- ⌚ **Conséquence sur la sexualité** : Ellis (1981), cité par Curelli (2004), la sexualité est une partie intégrante de chaque personne et elle se compose de la conscience que l'on a de son propre corps comme source de plaisir, de la perception de soi comme être masculin ou féminin ainsi que de la conscience que l'on a d'être, intrinsèquement, un être sexué. On peut alors s'attendre à ce que la personne amputée ait peur de se faire découvrir par l'autre avec cette partie de lui manquante, ce qui peut l'amener à soit une baisse de performance sexuelle, soit à des questionnements concernant sa sexualité.

⌚ **La douleur du moignon** : Elle renvoie à la douleur du reste du membre amputé après l'acte chirurgicale. Notons que, une amputation peut se faire à moignon fermé. Là, on utilisera l'ostéomyoplastie, une technique chirurgicale de choix pour réaliser un moignon parfait et adapté à l'appareillage. Soit l'amputation avec moignon ouvert elle est utilisée quand les causes d'amputation sont vasculaires, Il est laissé ouvert, afin de suivre le processus de cicatrisation pour des raisons d'ischémie, car toute suture risquerait d'entraîner des tractions sur les tissus, responsables de nécrose et d'ouverture secondaire.

⌚ **La Douleur du membre fantôme**

Le concept de la douleur fantôme existe depuis des siècles. Il a été introduit au 16^{ième} siècle par le chirurgien militaire français Ambrose Paré. Il était le premier à décrire une douleur dans un membre n'existant plus. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont développé ce concept. Curelli (2004) citant : (Szasz, 1949, Zuck, 1956, Kolb, 1950, Weil, 1991, Parkes, 1977) explique que, la douleur fantôme est la production inconsciente de la preuve de la présence d'un membre, tel qu'une barrière contre la perte inconsciente, comme expression de la souffrance causée par la perte d'une partie importante du corps ou comme expression d'agressivité envers les soignants et les personnes normales, comme expression de la culpabilité qui en résulte, ou encore simplement de la honte ou de la culpabilité qu'ils doivent prendre en charge. En gros la douleur du membre fantôme est liée à des affects inconscients.

Rollot (2006) définit le membre fantôme comme « *un phénomène courant à la suite d'une amputation correspondant à la persistance de la présence du membre amputé.* » (p.6). Il s'agit donc de sensation de la présence du membre amputé. 9 amputés sur 10 en font l'expérience. Notons aussi que l'expression « *membre fantôme* » est attribuée à Weir-Mitchell en 1984. Ce membre absent physiquement mais présent psychiquement est parfois très douloureux. Ces sensations sont souvent perçues par les patients comme des courants électriques forts, des piqûres, des crampes, des écrasements, des pressions, des coups de couteaux.

2.1.5. Prise en charge du diabétique amputé

Dans le domaine médical, la prise en charge du diabète nécessite de nombreuses interventions à l'instar du : contrôle glycémique, une alimentation saine et équilibrée des activités physiques régulières, la prise de médicaments tels l'insuline, les hypoglycémiantes

oraux, les antihypertenseurs et les anticholestérolémiants, ajouté à ceci les contrôles tensionnels et lipidiques destinés à réduire les risques cardiovasculaires et d'autres complications; et les examens réguliers destinés à dépister les lésions oculaires, rénales et des pieds, qui faciliteront un traitement précoce permettant d'éviter ou de diminuer les risques d'amputations. Il est à noter que cette prise en charge n'est pas facile du côté du malade à cause de sa régularité et de sa pérennité, il devra suivre des traitements à vie, ce qui implique une auto-gestion de la maladie, chose pas évidente nécessitant l'intervention du psychologue

Dans le domaine de la santé mentale, les psychologues aident les personnes à bien vivre avec le diabète qui représente un défi de taille et cause du stress chez le diabétique. Plusieurs aspects psychologiques qui accompagnent le diabète ont une incidence sur le fonctionnement, la santé et la qualité de vie (SCP, 2020). Le patient peut donc sombrer dans une détresse émotionnelle à cause de son nouveau régime de vie. Sa détresse est aussi liée aux relations avec la famille et les amis, et le personnel de santé. Selon la société canadienne de psychologie (2020), la peur de l'hypoglycémie est une autre conséquence psychologique importante chez de nombreuses personnes atteintes de diabète, tout comme la résistance psychologique à l'insuline. Tous ces problèmes psychologiques propres au diabète exposent l'individu à un risque accru de troubles dépressifs.

Les psychologues interviennent aussi pour aider la personne qui vient de recevoir le diagnostic de diabète dans le but de mieux gérer sa maladie et acquérir de nouveaux comportements pour maintenir leur glycémie et adopter de comportement de vie sains.

Par contre, lorsqu'il y a amputation, la prise en charge s'intensifie encore plus et nécessite une intervention pluridisciplinaire demandant l'implication de plusieurs corps de la santé tel que : les infirmiers, le chirurgien, les kinésithérapeutes, le psychologue et le diabétologue, le travailleur social et si le patient a des moyens l'unité d'appareillage.

De ce fait, le premier soin est d'abord celui de la prise en charge du moignon après l'amputation ; Le premier pansement se fait 24h précédant l'opération, puis en général tous les deux jours en fonction de l'évolution de la cicatrisation. La coupure des fils de suture a lieu vers le 21^e jour. Pour faciliter la cicatrisation, les spécialistes mettent en place plusieurs mesures :

- Position adaptée dans le lit
- Bandage du moignon légèrement compressif dès que possible

- Attelle de positionnement si amputation tibiale
- Arceau dans le lit
- Oxygène (dans le nez avec des lunettes) en continu les premiers jours pour favoriser une meilleure régénération des tissus.

Par la suite, l'unité de rééducation entre en jeu avec trois étapes : avant l'appareillage, appareillage provisoire, appareillage définitif.

L'avant appareillage : Dans un premier temps, le bandage du moignon est effectué par un soignant, puis la technique est enseignée au patient pendant sa rééducation. Il est important de bien la saisir, puisque le sujet fera lui-même cet exercice de bandage chez, il est à noter que chez les diabétiques amputés, la cicatrisation est plus lente, généralement elle se tend sur plus de trois à quatre semaines. Un physiothérapeute participe aussi à la rééducation. Dès l'annonce de l'amputation, il explique les différentes étapes et propose un ensemble d'exercices visant à développer une habileté et une facilité lors des transferts du lit vers la chaise roulante, nécessaires pendant les premières semaines. Il entraîne avec lui la force des bras ainsi que le membre du côté opposé à l'amputation, pour un nouveau déplacement. Dès que la cicatrisation est terminée, l'on passe à une étape qui est l'appareillage provisoire.

L'appareillage provisoire : pour débiter la rééducation, une première prothèse est réalisée à l'hôpital, Selon l'évolution du moignon et l'avis du chirurgien. D'autres exercices d'équilibre et de marche sont proposés ; pour aider à retrouver une autonomie optimale. Après acquisition d'une certaine autonomie, l'on passe à l'appareillage définitif.

L'appareillage définitif : Elle dépend du niveau d'amputation, de l'âge ou potentiel physique et des souhaits d'activités ou de loisirs du patient.

A côté e tout ceci, il y'a un travail du psychologue qui est fait, pour un soutien et des thérapies en fonction du sujet.

La prise en charge psychologique d'une personne qui vient d'être amputée est une étape essentielle pour l'aider à s'adapter à sa nouvelle condition physique, sociale et psychologique. Selon Lazarus et Folkman (1984), l'adaptation est un processus continu où l'individu évalue constamment les exigences de la situation et les ressources disponibles pour y faire face.

Dans un premier temps, il est important de procéder à une évaluation initiale des réactions psychologiques de la personne amputée. Selon Lerner et Karayannis (2002), cette évaluation peut comprendre une évaluation des symptômes anxieux, dépressifs et de stress post-traumatique. Les outils d'évaluation couramment utilisés comprennent l'échelle d'Anxiété de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS), l'inventaire de Dépression de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), ainsi que la mesure du stress post-traumatique (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist, PCL).

Une fois l'évaluation initiale complétée, le psychologue peut aider la personne amputée à comprendre et à accepter sa nouvelle condition. La théorie cognitivo-comportementale (TCC) est souvent utilisée comme approche pour aider les personnes amputées à apprendre de nouvelles stratégies de coping. Selon Beck et *al.* (1979), la TCC se concentre sur la modification des pensées dysfonctionnelles et des comportements qui peuvent maintenir des émotions négatives.

Le psychologue peut également aider la personne amputée à se concentrer sur ses forces et à développer de nouvelles compétences pour la vie quotidienne. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) peut être utilisée pour aider la personne à identifier ses valeurs et à travailler vers des objectifs significatifs (Hayes et al, 1999).

Enfin, le psychologue peut aider la personne amputée à reprendre confiance en elle et à développer un sentiment de contrôle sur sa vie. La théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1977) soutient que les expériences de maîtrise et de réussite peuvent renforcer la confiance en soi et la capacité de faire face aux défis.

Enfin de compte, la prise en charge psychologique d'une personne qui vient d'être amputée peut prendre plusieurs formes, selon les besoins individuels. Cependant, une évaluation initiale des réactions psychologiques de la personne est un point de départ essentiel. Les approches basées sur la théorie cognitive-comportementale, d'acceptation et d'engagement ainsi que la théorie de l'auto-efficacité peuvent toutes être utiles pour aider la personne à s'adapter à sa nouvelle réalité et à vivre une vie satisfaisante et épanouissante. Tout ceci passe par la création d'un cadre empathique, il est essentiel pour le psychologue de créer un environnement thérapeutique sécurisé et empathique où le diabétique amputé se sent compris et accepté, ce qui lui permettra de partager librement ses sentiments et émotions ce qui facilitera la construction d'une relation thérapeutique solide.

Par la suite, il faut procéder à une validation des sentiments du patient concernant la perte de son membre et les émotions qui en découlent. Par la suite l'encourager à exprimer sa douleur, sa colère, sa tristesse ou toute autre forme d'émotion liée à l'amputation. Tout en favorisant aussi l'expression des sentiments positifs et de ses relations malgré les difficultés.

Pour l'aider à la reconstruction de l'estime de soi, il faut mettre l'accent sur sa ressource personnelle. Il est important de soutenir l'exploration des compétences et des talents qui ne sont pas affectés par l'amputation. L'encourager à participer à des activités qui lui procurent du plaisir et renforcent son estime de soi. Toutefois, pour faciliter la réappropriation du corps, il faudrait utiliser des techniques thérapeutiques créatives pour permettre au patient d'explorer et de réintégrer progressivement son corps amputé. Cela peut inclure les activités telles que, la thérapie par le mouvement qui fournissent des moyens non verbaux d'explorer les sensations du corps, d'exprimer les émotions et de se réconcilier avec le corps amputé. La thérapie par miroir est aussi un outil important qui permet d'intégrer et d'accepter la nouvelle image de soi.

Il est aussi nécessaire d'encourager l'expression symbolique en utilisant les outils tels que le dessin, l'écriture pour les aider à exprimer symboliquement ses sentiments. Ceci facilite la symbolisation et favorise la compréhension et l'intégration psychique de l'amputation.

Tout compte fait, il faut noter que, ces stratégies ne sont pas exhaustives.

2.1.6. Le Deuil

En français, le terme "deuil" contient plusieurs définitions.

- Au sens courant, la notion de deuil se renvoie à l'expérience de la mort d'autrui. Il désigne alors la perte liée au décès d'un être proche chère.
- Il renvoie aussi à une réaction psychologique suite à une perte et des différents états traversés par l'endeuillé (notamment la tristesse propre au deuil), ou du processus psychologique évolutif et prolongé on parle la du "travail du deuil" conduisant à la fin de l'expérience.
- Il désigne enfin les différentes manifestations individuelles, familiales et sociales liées au deuil, ces manifestations étant plus ou moins ritualisées en fonction des cultures.

Par extension, notamment en psychanalyse, le travail de deuil est une expression créée par Sigmund Freud dans l'article *Deuil et mélancolie* en 1915. C'est donc un processus intrapsychique suite à la perte d'un objet d'attachement, d'un être cher. D'un objet sur lequel

on était investi. « Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal. » (Freud, 1915). Ici on comprend que le deuil n'est pas seulement perte d'un être chère mais aussi d'un objet exemple : un membre amputé. De ce fait, le travail du deuil s'impose, il est une tâche affective mettant en exergue une grande énergie psychique et physique passant de manière générale par la reconnaissance de la perte, la souffrance issue de cette perte (réagir à la perte, crier, être triste) et le réinvestissement c'est se reconstruire, accepter la vie sans la personne chère ou sans l'objet disparu. Selon les auteurs, on a différent type de deuil.

● Selon **Freud 1915**, cité par Angladette et Silla (2004) : le travail du deuil se fait en trois étapes :

- La confrontation à la réalité : c'est celle de la perte de la personne aimée. Cette épreuve de réalité exige le retrait de toute la libido, c'est-à-dire l'énergie psychique investie sur un objet d'attachement, des liens rappelant le défunt. Dans notre étude, il peut renvoyer à la réalité d'avoir perdu son membre suite à l'amputation. Le retrait de la libido sur cette partie du corps s'impose alors. En effet, La première étape du deuil plonge le sujet dans un anéantissement qui essaie de décharger brutalement son émotion par des pleurs ou des cris. Quel que soit le déplaisir provoqué et vécu, le sujet est dans l'obligation de se confronter à réalité. Ce travail dans lequel s'oppose de façon conflictuel principe de plaisir et principe de réalité, va introduire le sujet à une deuxième phase, celle du détachement et de la dépression.

- La rébellion compréhensible encore appelée phase de la dépression : elle est liée à la nécessité d'abandonner la libido c'est-à-dire de désinvestir sur l'objet perdu. Ce travail nécessite beaucoup d'énergie psychique et de temps durant lequel "l'objet perdu se poursuit psychologiquement". En effet, lorsque la réalité de la perte est prise compte, cette deuxième étape du deuil se caractérise par des comportements d'inhibition et un ralentissement des activités, une perte d'élan vital, un repli sur sa douleur et ses souvenirs. D'où la dépression. La phase de dépression est un processus peu complexe car, elle mobilise fortement le sujet et le confronte à de nombreuses déstabilisations, pouvant être à l'origine soit de nouveaux blocages du deuil. Soit à une dynamique de détachement vis-à-vis de l'objet perdu encore appelé le désinvestissement cette étape lui donne d'entrée dans la troisième période celle du désinvestissement.

Ces deux processus conduisent ainsi à la libération du moi et sans inhibition avec traduisant donc l'achèvement du travail de Deuil. C'est-à-dire la période de rétablissement.

En effet, avant, de défaire les liens qui nous unissent à l'objet perdu ou au membre amputé, il faut d'abord les renforcer, et pouvoir se représenter cet objet. Ceci passe par un surinvestissement analytique des souvenirs attachés à l'objet et un désinvestissement très progressif traduisant le rétablissement et la sortie du deuil. Sortir du deuil se caractérise par :

- Le processus d'intériorisation de l'objet perdu : le stade nécessaire de recouvrement du Moi et de l'objet est dépassé, en effet, l'objet interne laisse une trace qui n'envahit pas tout le moi et permet ainsi la reconstruction de nouveaux liens et de nouveaux objets internes. Le sujet est donc libéré, de toute occupation, et devient disponible pour se consacrer à autre chose.
- La gestion réussie des sentiments de culpabilité.

● Selon **Hanus (2006)** : Il décrit quatre étapes du deuil,

- le refus : le déni de la réalité.
- la dépression
- la régression
- la fin du deuil

Nous notons que, le deuil normal se déroule d'après un processus comportant plusieurs étapes. Néanmoins, Chaque deuil reste particulier, subjectif et individuel, puisque dépendant de la personnalité de tout un chacun, du type et de la qualité de relation à l'objet. Les différences individuelles apparaissent dans les manifestations du deuil et dans le rythme d'évolution de ce processus. Lorsque ce travail de deuil n'est pas résolu, on parle de deuil pathologique ou Complicé. Angladette et Silla (2004, p. 913) en établissent la différence.

Pour ces auteurs, dans les deuils compliqués, le déroulement habituel du travail de deuil est entravé, sans toutefois conduire à une pathologie psychiatrique caractérisée. Néanmoins, la suspension de l'accomplissement du deuil a des conséquences sur le fonctionnement psychique et social. Or Les deuils pathologiques constituent d'authentiques maladies, psychiatriques mais aussi somatiques, survenant au décours d'un deuil, chez des sujets n'ayant généralement aucun antécédent psychiatrique ou médical. Le deuil est également un facteur de perturbation au cours de l'évolution de maladies mentales préexistantes et peut, sur un tel terrain, prendre plus facilement une forme pathologique.

Néanmoins, que ce soit deuil pathologique ou deuil compliqué on en dénombre quelques facteurs de risques similaires, Angladette et Silla (2004) proposent cinq facteurs de risques, ils comportent :

- Le type de liens avec le disparu, décès d'un enfant, d'un conjoint, d'un père ou d'une mère (surtout dans l'enfance ou à l'adolescence); relation conflictuelle ou ambivalent. Dans notre cas d'espèce ; il pourrait s'agir du type de lien avec l'objet ou le membre perdu, sa position et sa fonction dans nos vies.
- La circonstance du décès : le décès brutal et inattendu ; décès par suicide ; décès par homicide ; décès lors d'une catastrophe naturelle ou d'un attentat (décès multiples) ; décès dont on a été le témoin (pathologie aiguë, accident, etc.) Ici en ce qui concerne les amputations des diabétiques, il s'agirait d'une amputation inattendue et brutale.
- Annonce du décès : absence de préparation au décès ; absence de tact dans l'annonce ; absence de préparation du sujet concernant l'amputation ou le manque de tact dans l'annonce.
- Caractéristiques de l'endeuillé : il s'agit des caractéristiques tels que : l'âge (les sujets jeunes souffrent plus de culpabilité et de symptômes anxieux, dépressifs et somatiques, que les sujets plus âgés) (Angladette & Silla 2004), le sexe, le type de personnalité, les antécédents psychiatriques.
- Environnement social et affectif : un environnement familial pas étayant ou peu étayant.

Même si les deux ont de facteurs de risques semblables, il faut noter que ces deux ont des caractéristiques différentes.

2.1.6.1. Le Deuil compliqué

Angladette & Silla (2004) énumère quatre types de deuils compliqués.

2.1.6.1.1. Deuil différé

Ici, Le sujet en deuil est maintenu dans une position de déni de la réalité. Il n'accepte pas encore la réalité de la perte de son membre.

2.1.6.1.2. Deuil inhibé

Ici, le sujet endeuillé intègre la réalité de la perte, mais il refuse les émotions et la douleur qui y sont afférent de cette perte. Les émois, non exprimés pendant une certaine période plus ou moins long réapparaissent le plus souvent subitement et parfois de manière

difficilement compréhensible, à l'occasion d'un rappel conscient ou inconscient de la disparition de l'objet. Ce sont eux qui déclenchent alors le processus de deuil.

2.1.6.1.3. Deuil prolongé ou deuil chronique

C'est lorsque la symptomatologie dépressive persiste avec la même intensité, même après plus d'une année d'évolution. Est considéré comme deuil prolongé qui si après plusieurs années, l'évocation du membre provoque une grande tristesse intense chez l'individu, des réactions douloureuses et aussi si le sujet endeuillé n'a pas pu réinvestir des relations affectives ou des activités professionnelles.

2.1.6.1.4. Deuils pathologiques

Plusieurs formes de la pathologie mentale peuvent être issues des deuils pathologiques. Dans l'ensemble, leurs expressions cliniques sont comparables à celles de la pathologie habituelle, même si ce contexte particulier du deuil leur imprime cependant quelques caractères spécifiques. On distingue classiquement les deuils marqués par un syndrome psychiatrique, les deuils caractérisés par la décompensation d'une personnalité névrotique, le deuil traumatique proposé par des auteurs américains.

- **Syndromes psychiatriques**

✓ Les États anxieux : méconnues, Ils sont néanmoins fréquents dans la période du deuil. Ils se manifestent par une anxiété généralisée. Ces états peuvent donner un état de stress post-traumatique c'est ainsi qu'on pourra noter l'apparition du syndrome de répétition, l'évitement des situations qui rappellent l'événement traumatique, sentiment de détachement d'autrui et restriction des affects, sentiment d'un avenir vain, réduction des intérêts, hypervigilance ou état de « qui-vive », troubles du sommeil, de la mémoire et de la concentration, irritabilité chez les sujets traumatisés.

✓ L'Accès mélancolique : Là, nous notons un ralentissement psychomoteur, une diminution importante de l'estime de soi, des sentiments excessifs de culpabilité, des idées d'indignité, la présence d'idées suicidaires, et des idées de damnation sont en faveur d'un état mélancolique.

✓Épisode maniaque : ici le sujet vit dans un déni de la réalité, et paraît faire face à la situation. Dans la manie du deuil, la perte du membre semble ne pas avoir d'importance chez le sujet.

✓ Troubles psychotiques : Ici, la situation de deuil peut révéler un état mental qui évoluait et perdurait depuis un certain temps, ça peut être des délires chroniques (paranoïa etc...).

2.1.6.4.2. Décompensation d'un trouble névrotique de la personnalité

→ **Deuil hystérique** : l'individu en suite à la perte de son membre exprime très rapidement de manière générale sa souffrance, avec des manifestations bruyantes. Le plus souvent, il s'agit d'une violente crise émotionnelle avec décharge motrice, parfois passages à l'acte auto agressifs. Le tableau clinique d'un deuil hystérique se caractérise par la présence de quatre symptômes (Angladette & Silla, 2004) :

- **Comportements autodestructeurs** : Ce qui se caractérise par la récurrence des tentatives de suicides. L'autodestruction se caractérise aussi par des comportements d'incurie, ces personnes négligent leurs besoins vitaux (alimentation, sommeil, etc.) et leur santé physique et psychique.
- **Chronicité de l'état dépressif** : dans le deuil hystérique, l'état dépressif est particulièrement prolongé, s'étendant souvent sur plusieurs années.

→ **Deuil obsessionnel** : Ici, suite à la perte de l'objet (membre) le sujet ne manifeste pas de réaction de chagrin, il garde sa souffrance en lui. Il fait tout pour s'occuper, après un bon moment, apparait la culpabilité qui marque l'évolution du deuil obsessionnel. Après apparait la dépression se manifestant par la lassitude, une anhédonie et une asthénie intense. La culpabilité va se manifester par des reproches que l'endeuillé s'adresse à lui-même et par lesquels il ne cesse de se torturer avec des phrases comme : « je suis mort, vous m'avez tué. » Ou des images obsédantes et compulsives de la mort s'imposent. Ce blocage obsessionnel inhibe le travail de deuil. Il s'agit d'un blocage des affects destiné à se protéger contre les émotions douloureuses et agressives suscitées par la perte. (Angladette ;& Silla., 2004).

Tout récemment en Amérique, des auteurs ont développé le deuil traumatique (Prigerson & *al.*, 2001).

2.1.6.2. Deuil traumatique

Les auteurs à l'origine de ce concept, pensaient que, le deuil peut réaliser un certain traumatisme de façon particulière : le traumatisme de la séparation. Ils soulignent d'ailleurs l'existence d'un certain nombre de symptômes communs au deuil et à l'état de stress post-traumatique il s'agit du détachement d'autrui, d'un sentiment d'un avenir vain, de perte des sentiments de sécurité, de confiance et de contrôle, de colère et d'irritabilité. Le deuil «

traumatique » est ainsi défini par la présence de 2 catégories de symptômes : d'une part les symptômes reflétant la difficulté de la séparation, d'autre part les symptômes indiquant l'impact traumatique du décès. D'après Prigerson, Jama, (2001) cité par (Angladette ;& Silla 2004), il existe quatre critères diagnostic de deuil traumatique, il s'agit de :

- Critère A (difficulté de séparation) ; il se traduit par la présence des symptômes suivants : les intrusions répétitives de pensées concernant l'objet perdu, le sentiment que l'objet perdu manque et un sentiment excessif de solitude.
- Critère B ((impact traumatique du décès) : les symptomatologies ici se révèlent par un sentiment d'un avenir sans but ou vain, un sentiment de détachement ou restriction des affects, un sentiment d'une vie vide ou dépourvue de sens, un sentiment d'avoir perdu une partie de soi, le bouleversement de la vision du monde (perte des sentiments de sécurité, de confiance et de contrôle), une irritabilité, amertume ou colère du membre absent.
- Critère C : Les symptômes (critères A et B) évoluent et durent depuis au moins 6 mois
- Critère D : Les symptômes retentissent de façon négative sur le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

2.1.7. La reprise du Moi-corps

2.1.7.1. Notion générale sur la reprise

Le dictionnaire spécialisé de *Microsoft office Word 2013* définit la reprise comme étant un accommodement, une réparation ou une correction de quelque chose qui a été préalablement détruit. Il s'agirait donc dans notre cas d'une reconstruction d'un Moi-Corps effracté par une amputation ayant causé un traumatisme au préalable. En d'autres termes s'il est vrai que l'effraction du corps entraîne une effraction du moi, un trouble de l'image de soi. Quels sont donc les éléments nécessaires et importants pour une reconstruction du Moi-Corps et par ailleurs de l'identité.

2.1.7.2. Le Moi

Le Moi est une instance dans la deuxième topique qui elle a été fondée en 1920, suite au désir de Freud de remanier et d'enrichir la première topique de 1900 qui contenait les systèmes inconscient, préconscient et conscient (perceptif). Freud découvre que, ce qui est inconscient ne passe pas facilement à la conscience. Il décide prendre en compte les

résistances notamment celles qui sont liées à la pulsion de mort où il remarque la compulsion de mort dans son ouvrage *au-delà du principe de plaisir*, il améliore alors sa théorie et élabore la deuxième topique. Il centre son travail sur la notion de conflit, et l'opposition entre les différentes instances. En 1923, dans le texte « le ça et moi » qui fait partie des essais de psychanalyse, il réarticule les éléments, le ça, le moi et le surmoi. Nous en développerons ici le concept de moi.

Le Moi est l'instance normative de régulation de l'appareil psychique en interface entre le ça et le surmoi. En effet, celui-ci est régi par le principe de réalité par opposition au principe de plaisir au niveau de l'instance du ça. Il doit s'adapter au réel aux mondes extérieurs puisqu'il a perception de celui-ci et contraindre les désirs du ça. Il est par ailleurs aussi conscience du monde intérieur. Il tend vers ce qui est utile, œuvrant pour l'équilibre et l'autoconservation. Le moi est à la fois conscient et inconscient.

De manière plus explicite, le moi englobe le conscient et le préconscient, mais a aussi une partie inconsciente, A cet effet, Freud (1923, p. 17) affirme que : « le Moi est également inconscient. ». Il prend racine dans le ça. Le moi serait une partie du ça qui serait différenciée sous l'influence du monde extérieur. C'est dans ce sens que Freud (1923) affirme : « *Je propose d'en tenir compte en appelant Moi l'entité qui a son point de départ dans le système P et qui est, en premier lieu, préconscient, et en réservant la dénomination Ça (Es) à tous les autres éléments psychiques dans lesquels le moi se prolonge en se comportant d'une manière inconsciente.* » (p.18). Montrant par là que cette instance contient le conscient, le préconscient et une partie du ça. Le moi est régi par le principe de réalité par opposition au ça qui lui est régi par le principe de plaisir. Il tente alors de brider les pulsions du ça, afin qu'elles soient acceptables par la société, à cet effet, il représente ce qu'on appelle la raison et la sagesse. Freud (1923). C'est à juste titre qu'on lui attribue le rôle de filtre de l'appareil psychique. Il est l'interface entre les différentes motions reçues de l'intérieur par le ça et le surmoi et les agressions de l'extérieur. C'est pourquoi dit-on il est perception du monde intérieur et du monde extérieur. Il est avant tout une entité corporelle, il est non seulement une entité de surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface. C'est lui qui nous permet de nous représenter notre corps. (Freud, 1923). Nous développerons plus ce point dans les lignes suivantes sur le Moi-Corps. Le Moi a donc une place prépondérante au sein de la personnalité. Pour se préserver, il peut utiliser la censure, qui est inconsciente et adaptative. Il met aussi en place des mécanismes de défense (pour se préserver du conflit entre les pulsions ou désirs du Ça et les interdits du Surmoi).

2.1.7.3. Le corps

Pour mieux comprendre la notion du corps, nous nous attèlerons à présenter quelques conceptions du corps dans des disciplines ayant pour objet d'étude l'homme.

•Le corps biologique

Il renvoie au corps anatomique, celui constitué des cellules, des systèmes et des appareils et des organes, relié entre-deux et interdépendant. Le corps est alors un assemblage de parties et de mécanismes qui fonctionnant de façon systémique. Ainsi, pour mieux décrire ce corps, Valas (1985) compile, entre autres, deux modèles pour une description claire du corps :

- Maquette d'une machine thermodynamique apparentée à la machine à vapeur inventée par Denis Papin. Valas (1985) précise que les mécanismes de carrosserie sont similaires sur cette machine. En effet, son équilibre est assuré par la prise en compte de forces de stress compensatoires, régulatrices, dont l'énergie est obtenue par des réactions physiques et chimiques complexes.

- Un modèle de machine cybernétique qui fonctionne grâce aux systèmes et réseaux de communication qui en assurent le bon fonctionnement. Cette opposition dans le corps est la même, la relation entre les systèmes qui le composent, à savoir le système immunitaire, le système génétique, le système hormonal, etc. Ces systèmes sont également assurés par des réseaux de communication, où circulent des messages véhiculant un certain nombre d'informations nécessaires au bon fonctionnement de l'ensemble de la machinerie (corps). Ici, l'équilibre homéostatique de l'organisme dépend de la répartition de l'énergie à travers ces réseaux.

•Le corps Anthropologique

Pour les anthropologues, le corps définit la personne et lui donne une identité à la fois individuelle et collective. Cela permet aux autres de porter des jugements justes sur nous, c'est donc une façon de nous distinguer des autres, mais aussi de nous connecter avec eux. C'est donc une condition sinequanone nécessaire et inhérente à la vie humaine, elle permet l'identification, c'est-à-dire avec elle je m'identifie différemment des autres, elle est source de représentation et d'imaginaire (image de soi et de l'autre), elle permet la socialisation, le contact avec les autres. Le Breton (1990) suggère à juste titre que le corps est un matériau inépuisable pour les pratiques sociales, la représentation et l'imaginaire (Le Breton, 1990).

Tout comme de la naissance à la mort une personne ne fait que se comporter, le corps est la condition humaine d'une personne. On peut alors comprendre cet argument chez Le Breton (2008, p. 330), parlant du corps, il dit : « C'est précisément par lui que les personnes sont nommées, reconnues et leur appartenance sociale est reconnue. La peau entoure le corps, les frontières de soi, établit la frontière entre l'intérieur et l'extérieur d'une matière vivante et poreuse, car elle est aussi une ouverture sur le monde, une mémoire vivante. »

•Le corps Sociologique

L'acception du corps en sociologie n'est pas très loin de celle de l'anthropologie, en effet pour Le Breton (1992) « *le corps est l'axe de notre rapport avec le monde* ». Le corps permet ainsi à l'individu de s'insérer dans la société, pour mieux étayer sa pensée, il précise que, *exister* c'est d'abord se mouvoir, c'est transformer son environnement par une somme de gestes appris, c'est attribuer une signification aux données offertes par la réalité grâce aux activités perceptives. Toutes ces actions et ses gestes sont des codes et des façons multiples d'expérimenter notre existence quotidiennement ce qui exprime la médiation de notre corps avec la société. Ainsi le corps produit continuellement le sens au travers des différents récepteurs et ce faisant il permet d'insérer l'individu à l'intérieur d'un espace social et culturel.

Dans la même lancée plus tôt, Marcel Mauss dans son article sur "*Les techniques du corps*" (1934) propose une idée sur " la façon dont les hommes, société par société et d'une façon traditionnelle savent se servir de leur corps" il démontre au travers des études sur la façon de marcher des femmes américaines que même si l'homme a des dispositions naturelles pour marcher, sa démarche reste tout de même conditionnée par la société. De là ressort le postulat suivant, le milieu culturel, social et la place occupée par les individus dans une société retentissent sur la façon dont ceux-ci se servent de leurs corps. Par exemple qu'il n'existe probablement pas de « façon naturelle » de marcher mais seulement des « façons acquises » grâce à l'éducation et à l'imitation. En effet, s'interroger sur la sociologie du corps permet de ressortir trois paradigmes de celui-ci notamment : le corps comme pratique sociale ; le corps comme métaphore ; et le corps comme pouvoir.

Le premier paradigme établit le corps sous l'angle des pratiques quotidiennes. Il s'intéresse particulièrement sur la façon dont la réalité corporelle se construit au quotidien par les sujets et/ou les sociétés situées dans un contexte spatio-temporel. Le corps représente en même temps le principal vecteur de la reproduction de la dynamique sociétale ou de la réalité

sociale car ce corps est façonné par la position de l'homme dans les rapports de reproduction et l'instrument fondamental du rapport au monde de chaque sujet car il est l'objet indispensable et sinéquanone de la socialisation de l'homme et des rapports avec les autres. Socialisation qui lui permettra d'acquérir la culture de sa société. Mauss (1934) démontre alors que, nos gestes, nos activités quotidiennes s'enracinent dans des modèles de comportements façonnés par le champ social : marcher courir, grimper, lancer, nager, plonger etc... Mauss (1934) présentent alors le corps comme instrument de la personne, lui permettant d'agir dans la vie quotidienne et comme un médium institué par la société. Le corps occupe alors une place prépondérante dans l'interaction. À chaque moment de nos rencontres avec les autres, notre apparence corporelle, nos manières et nos mimiques et gestes envoient aux autres des messages appartenant à une fiction symbolique commune...

Le second paradigme étudie le corps comme une matière signifiante et un système de signes voire le symbolisme. En effet, pour Le Breton dans son article "*l'expression obligatoire des sentiments*" publié en 2011 dans le *journal de psychologie* montre que le corps est un récepteur de l'ordre symbolique ainsi qu'un symbole allégorique de la société. Car la signification de la réalité corporelle traduit l'état des systèmes de symboles qui rappellent des faits ou exprime une certaine croyance elle devient manifeste, c'est-à-dire que la signification que le sujet prête à sa réalité corporelle est conditionné par l'ordre symbolique ou représentationnel ayant un effet sur le corps social. En effet, les sentiments tels qu'ils s'inscrivent dans l'épaisseur du corps et transparaissent à travers les comportements du sujet sont assimilés par Mauss (1934) à des productions signifiantes liées donc à la société à un moment particulier de son histoire. Exemple : après avoir mené une étude sur des tribus en Amérique, il explique que, dans cette tribu, les larmes ne sont pas synonymes de souffrance comme on le penserait mais elles sont associées de façon obligatoire à une gestuelle de bienvenu pour saluer la visite d'un étranger ou le retour d'un membre de la tribu. Pleuré devient donc un symbole de la salutation. Ce qui peut se traduire chez le sujet diabétique traumatisé par des pleures qui n'expriment pas nécessairement la douleur du membre ou son absence mais plutôt parce que cette amputation peut l'amener à perdre son travail, à devenir une perte pour sa famille.

Enfin, le troisième paradigme aborde le corps comme une matière ou un système de signes exprimant et supportant des relations de pouvoir. La réalité corporelle apparaît comme un phénomène social déterminé structurellement par un complexe moderne entre les institutions, les discours et la subjectivité. Ici il s'agit du corps social, le corps propre désiré

par une société, le corps idéal et dont tout le monde voudrait s'en enquérir. Exemple ; En Afrique le corps désiré social chez les femmes est être ronde. Ce corps est représenté comme un pouvoir, celle qui semble être supérieur à celle qui est mince.

•Le corps juridique

Le corps humain est aussi un objet d'étude dans les sciences juridiques, en effet, cette science œuvre juste la protection de ce corps et conçoivent ainsi le corps comme un objet de dignité par conséquent inaliénable. L'usage du principe de dignité condamne alors tout Comportement dégradant de la personne qui passe par une atteinte au corps ou un certain usage du corps, raison pour laquelle avant une amputation, le patient doit donner son accord et signer un engagement maquant son accord. C'est ainsi que le corps a davantage intégré le concept de personne, se trouvant lié intimement à sa dignité (Catherine & *al.*, 2017) dans l'histoire de ladite science. Elles expliquent mieux ce concept de dignité en développant « l'extra patrimonialité du corps humain ». Il en résulte que, le corps humain ne peut faire l'objet d'une propriété, d'une vente, d'une location ou d'un prêt. Le principe d'extra-patrimonialité du corps humain permet alors de de garantir la dignité de la personne humaine. Pour Catherine et *al* (2017) il est difficile de réduire le corps à un ensemble de membres, d'organes, de viscères ou de fluides, divers et variés car, Le corps porte aussi notre personne, sa chair nous donne un visage, nous identifie : nous sommes un homme, une femme, petit, grande, laid, beau, gros ou maigre. C'est aussi ce corps qui nous expose socialement, nous fait passer de l'identification à l'identité, individuelle certes, mais aussi collective. Il est le réceptacle de l'esprit voire de l'âme dans une vision spiritualiste. Pour Ces auteurs cités plus haut, la définition du corps obéit à trois principes :

- Le principe d'indisponibilité : qui a pour but de « faire échapper le corps au libre pouvoir de la volonté », la conséquence est donc que la personne ne peut pas tout faire, tout entreprendre, sur son corps. Néanmoins, le droit positif s'oppose à ce principe et affirme une possibilité d'autonomisation de son corps seulement le sujet doit le faire de façon privée, sans toutefois nuire à autrui. Ce qui donne lieu du deuxième principe ;
- Celui de la libre disposition consacrée.
- Le principe de dignité, qui stipule que le corps humain est précieux et ne saurait faire l'objet d'une maltraitance ou d'un abus, physique ou verbale.

•Le corps en psychanalyse :

Le corps en psychanalyse a été longuement discuté et développé par des auteurs, nous en présenterons quelques-uns d'entre eux et leurs conceptions du corps.

►Le corps selon Freud

La question du corps selon Freud n'a pas toujours fait l'unanimité, surtout quant aux textes où il a commencé à traiter la question du corps.

Néanmoins, certains psychanalystes se mettent en accord pour considérer *Pulsions et destins* (Freud, 1915) comme l'œuvre de Freud qui apporte une réflexion plus significative et plus près de la question du corps. Ceci se justifie par la définition qu'il donne de la pulsion « *comme un concept-frontière entre animique et somatique, comme représentant psychique des stimuli issus de l'intérieur du corps et parvenant à l'âme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposé à l'animique par suite de sa corrélation avec le corporel* » (Freud cité par Dejourns 2009, p.227).

Or Dejourns (2009) montrera une limite ou reproche fait à Freud à cette considération, pour lui, Seulement dans ce texte, la position de Freud est donc très vite tranchée. Car, La pulsion est un représentant psychique de ce qui vient de l'intérieur du corps, certes, mais sa source, c'est-à-dire « ce processus somatique dans un organe ou une partie du corps, dont le stimulus dans la vie d'âme se trouve représenté par la pulsion », n'appartient pas à la psychologie. « L'étude des sources pulsionnelles, écrit Freud, n'appartient plus à la psychologie ; bien que sa provenance à partir de la source somatique soit ce qui est purement et simplement décisif pour la pulsion, celle-ci ne nous est pas connue dans la vie d'âme autrement que par ses buts. » Et enfin, « la connaissance plus exacte des sources pulsionnelles n'est pas rigoureusement nécessaire aux fins de la recherche psychologique » (Freud 1915 cité par Dejourns 2009, P 228). Dejourns (2009) ressort donc trois éléments importants pour mieux expliciter sa pensée.

- La source de la pulsion est somatique ;
- La connaissance de la source n'est pas nécessaire à la recherche en psychologie (cette dernière reste exclusivement vouée à l'étude des phénomènes et processus psychiques) ;
- Enfin, cette origine somatique de la source appartient à un corps bien spécifique, c'est le corps anatomophysiologique et rien d'autre que lui.

De ce qui précède, on peut donc se rendre compte que la métapsychologie n'a pas à se préoccuper du corps qui est le ressort des sciences biologiques.

Par contre, d'autres auteurs ne voulant pas abandonner l'étude psychanalytique du corps et par conséquent le statut du corps s'appuie sur le moi et le ça (1923) de Freud pour justifier leurs positions. Réellement ce texte est le contenant de la célèbre phrase de Freud « le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface » (Freud 1923, P. 270). Freud utilise assurément le terme projection pour montrer qu'il s'agit d'un processus qui donne naissance à la représentation imaginée, comme une projection sur un écran. Freud explique néanmoins sa pensée concernant le Moi corporel en bas de page et précise que le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source à la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps. Par conséquent pour Freud (1923), le corps devient le support du fonctionnement mental. Autrement dit, selon Lacan (1992) l'homme pense parce qu'il a un corps, il va de soi mais, s'il n'avait pas de corps, il ne serait pas captivé par l'image de celui-ci, sa réalité, il la fait chose à l'image de son corps, il la corpo-réifie, il anthropomorphise le monde. D'où l'importance du regard par la voie duquel le corps prend son poids.

Par ailleurs dans les œuvres de Freud, il n'est pas question du corps en tant que tel si ce n'est le corps comme lieu symptomatique de la conversion hystérique. Avec les études sur les hystériques, Freud (1895) découvre la sensibilité toute particulière de leur corps aux représentations inconscientes. Aussi, pour désigner le transport de l'énergie libidinale et l'inscription des pensées inconscientes dans le corps. Freud (1895) fait recours au concept de *conversion*. En 1905, il précise que les représentations refoulées « parlent dans le corps ». Ceci est due au fait que, les symptômes hystériques sont de messages codés, pareil aux hiéroglyphes, transmis par l'individu à qui voudrait bien les entendre, espérant et craignant tout à la fois que cet autre puisse aussi les déchiffrer. La conversion est donc de façon plus claire en psychanalyse, le mécanisme psychique qui fait apparaître un symptôme corporel à la place d'un affect refoulé et qui ne peut accéder à la conscience sans provoquée une réaction d'angoisse.

► *Schilder et le corps*

Schilder d'origine Viennois est le premier à proposer une théorie de l'image du corps, il aborde la question du corps dans deux registres fondamentaux : le schéma corporel et l'image du corps.

Ainsi, il définit le schéma corporel comme l'image tridimensionnelle (3D) que chacun a de soi-même, et ce grâce à la coordination des différentes parties de son corps. Schilder (1968). Le schéma corporel se forme donc à partir d'indices moteurs. Il préconise et soutient l'idée selon laquelle le schéma corporel est un schéma standard de notre corps, chaque nouvelle posture correspondant à un mouvement vient se greffer sur ce modèle de référence. C'est dire que le schéma corporel correspond à l'image neurologique du corps. Ainsi, le schéma corporel est l'enveloppe externe, c'est la partie de l'individu visible dans le miroir. C'est une représentation mentale que l'individu se fait de son corps, de son physique.

Quant à l'image du corps, Schilder (1968) est connu comme le premier à produire une théorie sur l'image du corps. En effet, il s'appuie sur les travaux des neurologues tels que (Bonnier et Head, 1911) et partage son intuition selon laquelle au sein de l'appareil neurophysiologique il existerait un système de prise d'informations sensorielles. Il utilise alors l'expression image du corps, qu'il joint au schéma corporel : « Le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons ainsi l'appeler « image du corps », terme bien fait pour montrer qu'« *il y a ici autre chose que la sensation pure et simple, la perception et autre chose qu'imagination, un autre : un apparaît soi-même du corps* » (Schilder, 1950 cité par Morin , 2013, p. 32). Il va aussi apparenter l'image du corps à un modèle postural en constante transformation et en continuelle élaboration à partir des changements de position du corps dans l'espace et des autres perceptions. De plus, l'image du corps se construit selon lui dans la relation à l'autre, il lui confère donc une importance intersubjective. C'est pour cela que le sujet serait incapable de se construire une image du corps si le sujet n'avait pas de contacts sociaux. Pour mieux éclairer son point de vue, concernant l'image du corps. Il présente des éléments importants et inhérents à cette image : les fondements physiologiques de l'image du corps, la structure libidinale et la sociologie de l'image du corps.

- Parlant des fondements physiologiques de l'image du corps : il démontre que, celle-ci peut se fixer sur des zones corporelles précises, dont les orifices, car ce sont d'importantes sources de sensations. Pour arriver à cette conclusion, il va

s'interroger sur la signification de la méconnaissance hémiplégique dans une étude sur les troubles de la représentation du corps d'origine. Pour lui, l'anosognosie consécutive aux liaisons cérébrales droites comme le membre fantôme des amputés sont formations d'ordres psychogènes liés au fait que le psychisme n'arrive pas à admettre le manque. Il appelle alors ce phénomène « le refoulement organique focalisé ». (Morin, 2013, p.37) en conclusion selon Schilder il existerait un système de prise d'informations sensorielles au sein de l'appareil neurophysiologique.

- Quant à la structure libidinale, Schilder fera référence à Freud notamment à son article sur le narcissisme il dira que « la libido narcissique a pour objet l'image du corps. » (Schilder, cité par Morin 2013, p.40) et expliquera que ; dans un premier temps de la vie, la libido est « *en totalité investie dans le corps : c'est le stade du narcissisme.* » (Pireyre, 2015, P. 51). Puis, au cours des stades suivants, elle est « *concentrée sur les parties du corps qui ont une signification érogène particulière* ». (Pireyre, 2015, p.51). L'image du corps serait donc : le résultat d'un fonctionnement sensoriel normal investi au fil du développement par la libido.
- Pour la sociologie de l'image du corps, il parlera de l'implication du facteur social dans l'image du corps. Ainsi cette image du corps se construit grâce aux interactions avec les autres tels que le groupe ou la famille. De ce fait, le sujet serait incapable de se construire une image du corps s'il n'est pas en contact avec les autres. A ce juste titre Pireyre (2015), affirme : « *Une image du corps est toujours d'une certaine façon la somme des images du corps de la communauté, en fonction des diverses relations qui y sont instaurées. Les rapports avec les images du corps des autres sont déterminés par les facteurs de distance spatiale et de distance affective.* » (p.52), autrement dit ; le corps se construit dans la relation à l'autre.

Ainsi le diabétique amputé aura des énormes difficultés de reprise du Moi-Corps, dues à la rupture des liens familiaux, au narcissisme familial blessé, qui ne lui permet pas de reconstruire son narcissisme. L'enveloppe familiale est poreuse, la contenance familiale inefficace, dû au malaise, à la déconstruction familiale. L'amputation est vécu comme un symptôme qui vient déstabiliser l'équilibre et l'image du corps de la personne (il ne se reconnaît plus comme faisant partie de l'existence humaine, d'un groupe, aussi il y'aurai une rupture entre la libido et le membre amputé qui avait une signification érogène.) ce qui conduit également à une incapacité de reconstitution de l'image du corps , la libido lui

permettant d'investir sur différentes parties de son corps ne trouvera pas ce membre, ce qui pourrait causer un trouble de la représentation voire de l'image du corps. En conclusion, Pour Schilder (1968) l'image de notre corps que nous formons dans notre esprit est la façon dont notre corps nous apparaît à nous même. En effet, elle se construit à travers l'expérience sensorielle et émotionnelle, psychique et sociale. Car selon Schilder « *notre attitude à l'égard des différentes parties de notre corps peut être déterminée par l'intérêt que lui porte notre entourage leurs paroles et leurs actions peuvent aussi nous influencer en dirigeant notre attention sur telle ou telle partie de leur corps et du nôtre* » (Schilder, cité par Pireyre, 2015, p. 32). Ainsi, la dimension affective du corps est abordée mais aussi, le rôle qu'à autrui dans la formation de l'image du corps. L'autre renvoie au sujet une image qui va contribuer à faire évoluer la propre image du corps du sujet.

► **Le corps chez Lacan.**

Il soutient l'idée selon laquelle, le signifiant entre dans le corps par le biais de la demande de l'autre et la pulsion que le symbolique définit comme corps, est le premier corps qui, incorporé, fait le second.

Plus tôt, Lacan fonde la théorie du stade du miroir, où il spécifie l'importance du regard de l'autre comme élément constitutif de l'image du corps et du Narcissisme. En effet, Lacan (1966) met en état la façon dont l'image du corps peut être « chargé de sens ». Il soutient que ce stade miroir est crucial, indispensable et inéluctable pour l'identification du sujet, autrement dit avec Morin, (2013) « stade de l'acquisition de l'identité », le sujet s'identifie alors à une image (identification imaginaire). Selon Lacan (1966 cité par Morin 2013, P 42) l'identification est « la transformation produite par le sujet quand il assume son image ». Néanmoins il faudra noter que, ce corps est un corps complet, debout et unitaire. Aussi, notons que, le sujet assume son image par un autre : C'est toujours avec l'œil d'un autre (adulte et investissant son corps) que l'enfant se perçoit et qu'il est en mesure de former et d'accepter une certaine image de lui et de s'engager dans la trajectoire des identifications. En effet, l'adulte est l'objet vers lequel l'enfant va se retourner, indiquer et reconnaître ce corps pour être celui d'un enfant singulièrement nommé : les mots, les éléments symboliques lui sont attachés, réalisant ainsi une identification symbolique qui valide en principe son nom propre.

Rappelons que, Lacan a mentionné les termes moi idéal et idéal du moi chez Freud. Il rapporte donc le premier (moi idéal) pour faire référence à la forme virtuelle de l'image du

corps ce qu'il appelle « l'identification imaginaire ». Autrement dit, le moi-idéal est celui du premier narcissisme et le second idéal du moi aux traits symboliques qui représentent le sujet dans l'ordre du langage, ce qu'il appelle « identification symbolique » ainsi, l'image propre idéale, est recherchée et trouvée dans l'autre. Il est élaboré à partir de l'image propre dans le miroir qui n'a de raison d'existence que parce qu'un autre est présent. C'est dire que, le corps est déterminé par son image.

Bien plus, l'être humain étant un en perpétuelle quête du plaisir et cherchant toujours à combler les vides grâce à son image. Ainsi, le corps selon Lacan (1966) n'est plus seulement l'image mais un imaginaire qui implique la jouissance, le réel. Autrement dit : le corps comme lieu de jouissance, est le support du *fonctionnement mental*. De ce fait, le corps malade ne sera que l'expression des désordres psychiques observés chez l'individu. Ainsi, les manifestations qu'on observera chez les diabétiques amputés telle que, la pâleur, les pleurs, la morosité, la bradykinésie, ne sont que conversion du désordre psychique, car ce corps est rejeté par le diabétique amputé. Il s'agit d'un corps vide, qui recherche la réparation en quête de considération, de réconfort, d'appréciation par l'autre, notamment les membres de la famille.

Au regard de ce qui précède et des analyses menées plus haut, on peut donc affirmer que Lacan (1966) conçoit le corps sous trois aspects : l'ordre de l'imaginaire, du symbolique et du réel.

— *Le corps et l'imaginaire chez Lacan*

Le Larousse de psychologie (1999, p.218), s'appuie sur les études de Lacan (1936), en affirmant que « *l'image du corps ou image unifiante du corps s'édifie à partir de l'image que lui renvoie le miroir, de l'autre : l'image de l'autre et l'image de soi dans le regard de l'autre, la mère principalement, que Lacan appelle image spéculaire* ». Cette image unifiante ne se forme que si au préalable il existe une « pré-image » (rapports et intégration des différentes parties et différents aspects du corps dans l'unité de la personne). Cette pré-image est créée par la relation entre le corps organique de l'enfant et le regard des parents sur celui-ci, il s'agit alors d'une image anticipatrice, idéalisée, objet d'amour et d'investissement libidinal. On peut donc dire que, l'organisation du corps propre de l'enfant est le résultat d'une incorporation dans le réel de l'organisme de l'enfant, de la dimension phallique dont il est revêtu de l'autre parental. Cet investissement parental est dès lors indispensable à la

constitution du corps propre, et par conséquent à l'émergence de l'image spéculaire, du moi et du narcissisme.

Le corps imaginaire chez Lacan est aussi le sac troué des objets *a* (objet de fantasme), un corps désiré. Lacan (1966) cité par Simonney (2014, p. 163) affirme que « *ce manque constitué par l'objet a, cause le désir, c'est-à-dire la quête dans le corps de l'autre d'un objet a imaginaire ou du phallus imaginaire censé venir faire au manque fondamental* ». Le diabétique amputé se trouve donc dans l'incapacité de reconnaître son nouveau corps comme objet de désir, halluciné, fantasmé. Ce qui laisse un Moi-Corps poreux, déséquilibré, sans repères narcissiques, sans étaie.

Le corps est aussi le lieu de la jouissance et dons de l'envie et de la jalousie. Celle qui vise l'objet possédé par l'autre (Lacan, 1966 cité par Pommier, 2009.). Ainsi le diabétique amputé, du fait d'avoir perdu son intégrité corporelle envie, jalouse, fantasme sur le corps de ses pairs et pense que son corps ne fait plus, en aucun cas, un objet de jouissance, d'envie et de jalousie pour les autres.

— *Le corps et le symbolique chez Lacan*

Le Larousse de psychologie (1999, p. 219) présente le corps symbolique comme « *le corps des signifiants* » (Lacan, 1953, 1954). « *Ce concept désigne l'ensemble des signifiants conscients refoulés ou forclos d'un sujet, ainsi que leurs modalités générales et singulières d'organisation* ». Le corps des signifiants est le corps des paroles. Selon Lacan, ces signifiants concernent premièrement son identité. Il s'agit ici de : son nom, son prénom, son sexe, sa race, sa place dans la généalogie, son milieu social... Auxquels s'ajoutent les paroles dites avant la naissance auxquelles viennent s'adjoindre un ensemble des signifiants qui véhiculent les désirs conscients et inconscients, des autres parentaux qui constituent l'aliénation symbolique du sujet.

Aussi, Lacan pense que certains des signifiants des premiers bains langagiers de l'enfant s'inscrivent dans la mémoire psychique et d'autres se gravent sur le corps. Si ces inscriptions sont bien connues dans le cas de l'hystérie et les maladies somatiques, elles ne sont pas réservées à ces seules structures psychiques. Des mots, des syllabes, des phonèmes, de simples lettres peuvent affecter le corps de chacun, quel que soit sa structure. Raison pour laquelle, le corps est considéré comme un livre de chair dans lequel s'inscrivent les signifiants

de la demande et donc du désir de l'autre. Cet impact de la parole sur le corps amène à penser que le corps est parlé.

Pour Lacan le corps est parlant selon lui, « *par son corps même, le sujet émet une parole qui est comme telle, parole de vérité, une parole qu'il ne sait pas qu'il émet comme signifiante* » (Le Larousse de psychologie, 1999, p. 219). Pour Lacan, le corps en dit toujours plus qu'il ne veut en dire, toujours plus qu'il ne sait en dire.

Ainsi le corps déchiqueté et re-fantasmé après une amputation est un corps qui exprimera les désordres psychiques causés par celui-ci. Un corps support du fonctionnement mental. L'amputé est dans une situation de deuil traumatique, il fait face à la réalité et prend conscience de la distance entre le corps fantasmé, symbolisé et le corps réel. Ce corps exprime donc le désordre et l'angoisse psychiques que vit l'amputé. Il continuera de fantasmer et de se représenter le corps uni et debout de ses tiers.

Enfin, Lacan fait un lien entre le corps symbolique et celui de l'imaginaire lorsqu'il affirme que les paroles sont souvent porteuses de désir. Ainsi, la parole ne fonctionne pas dans le registre pur symbolique c'est-à-dire indépendamment de toute signification quand bien même cette signification est souvent refoulée. Le corps qu'il soit fantasmé ou symbolisé est toujours accompagné de désir.

— *Le corps réel chez Lacan*

Le concept de réel chez Lacan est porteur d'au moins trois significations spécifiques : il renvoie à l'impossible, le résistant et l'objet de rejet.

- En ce qui concerne l'impossible, le réel du corps renvoie à tout ce qui échappe aux tentatives d'imaginarisation et symbolisation du corps. Bien qu'il soit absurde de cerner avec des mots ce qui constitue l'impossible à dire pensait Lacan, on peut néanmoins l'approcher en pensant aux diverses théories du corps qui ont vu le jour et qui verront encore le jour au cours des siècles sur les différents continents. Un autre réel trouve une place importante dans l'enseignement de Lacan. Il est ce à quoi on se heurte, ce qui revient toujours à la même place, ce qui vient faire obstacle à nos vœux, à nos désirs, qui vient créer une rupture fantasmatique, ce qui met l'individu dans la réalité comme on dit « *il descend sur terre* », il vient faire obstacle aux vœux infantiles de toute puissance de la pensée. On l'appelle souvent ce corps le corps réel qui rassemble en quelque sorte, les différences anatomiques

des sexes et la mort en tant qu'inévitable destruction du soma. C'est le corps qui se détériore, se désagrège, qui fane, qui se transforme, qui évolue.

Lacan, insiste aussi sur ce qu'il appelle, la pré maturation organique du nouveau-né, son patrimoine génétique et le morcellement corporel originaire, marquée par l'image unifiant du corps. Il est question pour Lacan de l'être désirant en général. Pour tel sujet particulier, le corps réel contient des caractéristiques spécifiques plus ou moins standard. Par exemple, la couleur de la peau c'est-à-dire le teint, la couleur des yeux, ou encore un tel handicap, paralysie, blessure, neurologique, surdité, cécité, infertilité ou impuissance organique, amputation comme dans le cas de notre recherche.

En outre, il pense que tout ce qui est résistant ne fait nécessairement l'objet d'un rejet culturel ou particulier. Néanmoins, ça peut être le cas. Bien plus, Lacan notifie que chacun peut rejeter au sens de refouler et de dénier, l'une ou l'autre de ses caractéristiques corporelles particulières. De ce fait, l'amputation d'un membre s'accompagne par l'effraction d'un corps de fantasme, un corps narcissique objet de plaisir et de jouissance qui devient peu désirant. Ce corps est désormais stigmatisé par l'autre et par le l'amputé à cause de ses croyances. En comparaison avec celui de ses pairs, il vit le changement des caractéristiques de son corps, il vit la différence ce qui peut être source d'angoisse, de culpabilité et de regret impactant ainsi les processus psychiques d'élaboration, de mentalisation et d'équilibration qui se vivent dans la difficulté à reconstituer le corps d'avant.

Il faut conclure comme Freud que l'anatomie est le constituant de l'être désirant c'est-à-dire le l'enveloppe corporelle qui est le support du fonctionnement mental. Il ne suffit donc pas d'avoir un corps de sexe masculin pour se sentir un homme, de même il ne suffit pas de ne pas être porteur d'un chromosome Y pour devenir femme. Être homme ou femme est une réalité psychique et non organique et ce qui sera vécu dans sur le corps de tel ou tel individu en termes de sexualité et de sensualité sera fonction de la réalité psychique consciente ou inconsciente. Il ressort que les identifications imaginaires, les paroles et les désirs des autres parentaux peuvent pousser le sujet à contresens de son sexe anatomique. Ainsi on aura les garçons manqués, les filles phalliques, les homosexuels, les hommes efféminés, des travestis et des transsexuels. Néanmoins, on ne saurait dire que le corps réel en tant qu'organisme soit sans importance.

De même, ce n'est jamais sans quelque dommage qu'un sujet rejette telle ou telle caractéristique singulière. Autrement dit, le corps réel n'est pas sans faire destin, même si

l'anatomie ne fait pas le tout du destin. Ainsi, les difficultés liées à la reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputés sont liées aux résistances du corps décheté, décevant et même désinvesti, aux identifications imaginaires et symboliques. De même que les difficultés d'imaginarisation et de symbolisation sont dues à l'incapacité du sujet à réinvestir son corps comme objet de désir.

➤ **Dolto et le corps**

Dolto en parlant du corps le définit en spécifiant la différence entre le schéma corporel et l'image inconsciente du corps.

Pour Dolto (1984), le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quelque soient le lieu, l'époque et les conditions dans lesquelles il vit et le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus. A cet effet, Morin (2013) affirme que l'image du corps est la conscience que nous avons de notre corps et que l'image du corps est psychanalytique tandis que le schéma corporel est neurologique ou physiologique et par conséquent le même chez tous les individus. Par contre, l'image du corps est *évolutive dans le temps et dans l'espace* et se structure par l'apprentissage et l'expérience. Raison pour laquelle Dolto (1984, p.26). « *L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles.* » l'image du corps est donc propre à chacun et lié à l'histoire personnelle du sujet, elle est spécifique d'une libido en situation, d'un type de relation : « On peut même se rendre compte que l'image du corps s'éloigne de la dimension anatomique : c'est « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant, et ce, avant même que l'individu en question soit capable de se désigner par le pronom "Je", sache dire "Je". » (Dolto, 1984) Par ailleurs, elle propose aussi, une théorie de l'image du corps. Elle va s'intéresser principalement à la construction de l'image du corps durant la prime enfance : de la naissance jusqu'à l'accès au langage.

L'image du corps se construirait par la communication entre le sujet et les traces, au jour le jour mémorisée, du jouir frustrer, réprimé ou interdit (castration, au sens psychanalytique, du désir dans la réalité). L'image du corps réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets. Ainsi, les deux concepts d'image du corps et de schéma corporel se martèlent entre eux précise Dolto (1984, p. 23) : *C'est lui, ce schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce*

sens qu'il permet l'objectivation d'une intersubjectivité et c'est grâce à notre image du corps portée par – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.

Plus loin, Dolto (1984) souligne que l'image du corps est une image composite. Elle va distinguer trois modalités d'une même image du corps : « *image de base, image fonctionnelle et image érogène, lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution* » (Dolto, 1984, p. 49). Aussi, ces modalités sont « *reliées entre elles, à tout moment, maintenues cohésives par l'image dynamique* » (Dolto, 1984, p. 57). Ainsi De ce qui précède, nous pouvons affirmer que l'amputation vient rompre l'équilibre psychocorporel en continuité, voir effracter le Moi-Corps. En effet, le sujet n'aménagera et ne disposera plus ni de son image originelle, ni de son image qui vise l'accomplissement du désir (fonctionnelle) et moins encore une image symbolique (érogène). Car, l'image du corps est une synthèse vivante des trois images reliées entre elles par les pulsions de vie, elles-mêmes actualisées dans l'image dynamique. Ces images reliées par les pulsions de vie sont :

L'image de base serait ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une « *mêmeté d'être* », c'est-à-dire dans un enchaînement spatio-temporel ou continuité narcissique qui réside et se bourre depuis sa naissance. Cela malgré les changements de sa vie, les déplacements imposés à son corps et en dépit des épreuves qu'il est amené à subir. Cette mêmeté induit l'existence même de l'humain puisque, le sentiment d'exister d'un être humain provient de la conviction de la continuité. (Pireyre, 2015). Cette image serait aussi propre au « *narcissisme primordial* », ce qui provoque et conduit son désir de vivre et qui survient avant la naissance, dans le désir des géniteurs qui l'ont conçu. Ce narcissisme primordial est aussi un signifiant qui « donne le sens de l'identité sociale, symbolique ou résident la valeur et l'importance du prénom. (Pireyre 2015). Enfin, avec Dolto, l'image de base correspond à un triple sentiment de rester stable dans l'espace ; rester le même dans le temps, dans l'espace et rester consistant face à l'indifférence des êtres et des choses. Ainsi, cette image est statique, contrairement aux images de base évoluant, spécifiques et propres à chaque stade : image de base respiratoire, olfactive-auditive, puis une image de base orale et enfin une image de base anale. C'est l'image la plus fragile, puisque c'est le lieu où s'affrontent les pulsions de vie contre les pulsions de mort.

L'image fonctionnelle lui serait plus dynamique, elle s'étayerai vers l'action, elle est la deuxième composante de notre image. C'est par elle que le « *sujet vise à l'accomplissement*

de son désir » (Pireyre 2015, p.53). Ce phénomène correspond à un manque localisé dans le schéma corporel qui devient moteur du désir. Le sujet rechercherait alors, de manière active, la satisfaction pulsionnelle dans la relation à son environnement et à l'autre. C'est grâce à l'image fonctionnelle que les pulsions de vie peuvent, après s'être subjectivées dans le désir, viser à se manifester pour obtenir plaisir, s'objectiver dans la relation au monde et à autrui. Ainsi, si le lieu des pulsions est le schéma corporel, le lieu de leur représentation est l'image du corps. Nasio (2007) cité par Pireyre (2015) détaille l'image fonctionnelle comme « l'image du ressenti d'un corps agité et fébrile, tout entier tendu vers la satisfaction des besoins et des désirs. Un corps à l'affût d'objets concrets pour assouvir ses besoins, et à la recherche d'objets imaginaires et symboliques pour satisfaire ses désirs » (Nasio, 2007).

L'image érogène servirait à ouvrir « *la voie d'un plaisir partagé, humanisant en ce qu'il a valeur symbolique* ». Ainsi, l'image érogène peut être exprimée par des mimiques, des actes et des mots. Pour Dolto « elle est associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalisent plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés, traits et trous, imaginés doués d'intentions émissives actives, ou réceptives passives, à but agréable ou désagréable » Cette image serait donc en lien avec le plaisir ou le déplaisir ressenti dans la relation à l'autre.

Ainsi, ces trois composantes de l'image du corps se métabolisent, se transforment et se remanient. Elles sont reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce qu'elle appelle l'image dynamique. Cette dernière correspond au désir d'aller vers un but et à la persévération dans un avenir.

Pour Dolto (1984), l'image inconsciente du corps s'exprime dans l'acte graphique ou plastique, dans la communication langagière, dans les mimiques et dans les gestes.

Dolto (1984), spécifie que, l'image du corps se construit et se remanie tout au long du développement de l'enfant et les castrations symboligènes représentent des étapes importantes et structurantes dans ce développement. Elles dépendent de la maturation psychoaffective et neuromotrice de l'enfant et correspondent aux étapes successives de découverte et d'investissement des zones fonctionnelles du corps. Au contact de l'environnement, l'enfant se trouve obligé d'abandonner un certain mode de fonctionnement et de satisfaction. Cet interdit du pulsionnel l'introduirait au symbolisme et à la civilisation.

L'image du corps se développe avant l'âge de trois ans et l'accès au stade du miroir marque le début son refoulement. A partir de ce moment, l'enfant reconnaît son image dans le miroir. A cet instant, l'enfant sait qu'«*il ne peut plus se confondre avec une image fantasmatique de lui-même* ». L'enfant réalise alors qu'il est semblable aux autres humains, qu'il en est un parmi eux. C'est ainsi qu'il découvre l'écart qui existe entre l'image et son Moi. Dès lors, elle avance que « *le paraître se met à valoir, parfois à prévaloir sur le ressenti de l'être* » (Dolto, 1984, p. 158). Ces évènements entraînent un refoulement de l'image du corps par l'image spéculaire, elle devient alors totalement inconsciente. La constitution et l'évolution tout au long de la vie de l'image du corps sont étroitement liées à la libido narcissique.

De manière Schématique, nous distinguons au cours du développement libidinal : le corps de l'oralité où dominent les thèmes de morcellement, d'introjection et de projection ; le corps de l'analité où l'enfant commence à élaborer la distinction entre le monde extérieur et le monde intérieur ; et le corps de la période phallique, période pendant laquelle l'enfant accède à l'identité sexuelle et achève l'unité émotionnelle du corps par l'intermédiaire de l'identification au parent du même sexe.

Pireyre (2015) ressort d'une façon mieux détaillée les étapes d'évolution de l'image du corps :

À la période orale, c'est le sevrage « du corps à corps nourricier » qui entraîne « l'empêchement de consommer ce qui serait poison mortifère pour son corps, soit l'interdit de manger ce qui n'est pas alimentaire, ce qui serait dangereux pour la santé ou la vie ». (Pireyre, 2015, p. 58). Cette étape est très cruciale et déterminant pour l'évolution de l'image du corps car elle a pour conséquence principale de cet événement est l'accès « au désir et à la possibilité de parler ». Autrement dit, Pour Dolto (1984), le stade oral ne comprend que les mots de plaisir de bouche et de corps porté, ceux qui ont trait au fonctionnement et à l'érotique orale, pour un corps dont le schéma corporel n'est pas encore autonome.

A la période anale, on note la castration anale qui est pour Pireyre (2015). Synonyme de séparation avec l'enfant, devenu capable de motricité volontaire et agile, et l'assistance auxiliaire de sa mère pour tout ce qui est le "faire" nécessaire à la vie dans le groupe familial : c'est l'acquisition de l'autonomie, "moi tout seul", "moi pas toi". C'est aussi la période ou « l'interdit signifié à l'enfant de tout "agir" nuisible, de "faire" à un autre ce qu'il n'aimerait pas qu'un autre lui fasse ». Le fruit de la castration anale (ou rupture du corps à corps tutélaire

mère-enfant) est la privation de l'enfant du plaisir manipulatoire partagé avec la mère. Bien qu'il n'ait plus besoin de l'adulte pour se laver, s'habiller, manger, se torcher, déambuler, son désir souffre d'être privé du retour à des privautés partagées dans des contacts corporels de plaisir.

La castration génitale non œdipienne : il s'agit d'une étape qui survient généralement vers trente mois, où l'enfant découvre la différence sexuelle entre filles et garçons. Nouvel indice apporté par Dolto de l'importance de l'identité sexuée dans l'image du corps.

La castration génitale œdipienne liée à l'interdit de l'inceste. Ici, l'image du corps « doit s'accorder dans la réalité à un corps qui sera plus tard celui d'une femme ou celui d'un homme ». « Cette dernière castration est "initiatrice à la vie sociale". »

On note donc que, ces étapes de développement sont concentrées dans les phénomènes suivants que l'on retrouve chez Dolto (1984).

- L'arrivée du langage parlé (2-3 ans) ;
- La castration œdipienne, c'est-à-dire la prise en compte par l'enfant de l'interdit de l'inceste ;
- La différenciation symbolique entre mère et bébé (à la fin du troisième mois de vie) ;
- Au stade du miroir entre 6 et 18 mois. C'est l'étape importante qui contribue à la formation de l'identité. L'enfant, devant le miroir, se reconnaît une forme humaine, constate la globalité de son corps, et s'y découvre distinct des autres.

Par ailleurs, le développement de l'image du corps du nouveau-né s'explique chez Lefébure (1994) à travers des schémas : *le dessin de l'enfant, le langage sans parole*. En effet, l'image propre du nourrisson n'existe pas, il se sent un avec sa mère. Son image du corps et son schéma corporel sont fusionnés, il n'est donc pas capable de symboliser son expérience. Plus tard, au fur et à mesure qu'il construit une représentation au travers des échanges avec elle, mais aussi au travers des absences de réponses de sa part, il se sent alors une *autre* entité et connaît des retrouvailles aux moments de la succion. Lorsqu'il est rassasié son image du corps correspond alors à un ballon bien gonflé. Le bébé s'aperçoit de l'absence de sa mère lorsqu'il a faim. Son image du corps ressemble à ce moment, à un ballon étranglé au milieu (comme une pelote de laine). Et lorsqu'il a mangé, son image est à nouveau une sphère.

Pendant son développement, se met en place graduellement une image dynamique, et des centres d'intérêt provenant de son environnement apparaissent. Aussi, sa mère est son premier miroir qui lui renvoie une certaine image de lui-même. Le langage et la communication occupent aussi une certaine place dans le développement de l'image de l'enfant, car son image du corps se construit en fonction de ce qu'on a valorisé ou dévalorisé chez lui, quant à ses désirs, ses affects et aux interdits auxquels il est normalement soumis. Au départ les relations mère-enfant sont fusionnelles, et elles vont peu à peu se transformer pour installer une distance dite « interne-externe » qui va lui permettre de créer un espace psychique. On peut donc se rendre compte que les paroles que reçoit un amputé diabétique peuvent aider soit à reconstruire son image corporelle et par conséquent le Moi-Corps ou peut renforcer l'effraction de ce Moi-Corps.

Quant au schéma corporel, Le schéma corporel est une réalité de fait contrairement à l'image du corps qui est imaginaire. Dolto (1984) précise que ce schéma peut donc être indépendant du langage. C'est dire que le schéma corporel d'un individu est le même que ceux de son groupe d'appartenance, mais peut être différent d'un groupe à l'autre. C'est le lieu où s'expriment les pulsions. Le schéma corporel est réel, et indépendant du langage. Ainsi, la notion du schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce humaine, est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine et qui se structure dès l'enfance par l'apprentissage et l'expérience. Autrement dit, le schéma corporel est parfois assimilé à la notion du « corps vu ». Cette notion est utilisée en opposition au « corps vécu » utilisé pour désigner l'image du corps. Le schéma corporel en principe est le même pour tous les individus de l'espèce humaine. Il est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient, il se constitue au travers de l'apprentissage et l'expérience. Or l'image du corps telle que nous l'avons mentionnée chez Dolto (1984) est inconsciente, investie par la libido et porteuse du désir. Il nous paraît donc important de faire le lien avec les nouvelles connaissances proposées par Damasio qui a théorisé l'image composite du corps.

➤ **Damasio et l'image composite du corps :**

L'image du corps peut être pensée, sous une forme composite, c'est-à-dire constituée d'éléments divers. Il s'agit des sous éléments qui composent cette image que nous avons de notre corps. Antonio Damasio, un neuroscientifique renommé, a proposé une théorie de l'image du corps, qui met en évidence l'importance de l'intégration de différentes entrées

sensorielles pour créer une perception cohérente de notre corps. Selon Damasio, notre conscience de notre corps n'est pas simplement le résultat de la sensation de différentes parties du corps, mais également le produit d'une interaction complexe entre différentes entrées sensorielles et des processus cognitifs.

Pour Damasio (1999), L'image du corps a différentes composantes, chacune basée sur différentes sources d'informations sensorielles :

La première composante est le corps propre, également connu sous le nom de schéma corporel ou carte corporelle, qui est une représentation mentale des parties du corps et de leur position relative. Cette composante repose sur les communications internes fournis par les muscles et les articulations, ce qui est appelé proprioception. Le schéma corporel nous permet de connaître la position de chaque partie du corps, même sans la regarder, et il est essentiel pour les mouvements et l'orientation spatiale.

La deuxième composante est l'image visuelle, qui est l'image mentale du corps qui résulte uniquement de l'information visuelle. L'image visuelle est une projection des limites et des formes du corps basée sur l'entrée visuelle, telle que les contours de notre corps lorsque nous regardons dans le miroir ou les réflexions sur d'autres surfaces. L'image visuelle est essentielle pour la reconnaissance du corps en tant qu'objet dans l'espace et pour différencier le soi des autres. C'est donc cette image visuelle qui projette la forme du corps chez le diabétique amputé et lui donne d'avoir une mauvaise image de soi.

La troisième composante est l'image phatique, qui est la représentation mentale des entrées sensorielles tactiles, telles que la pression, la texture et la température. Notre sens du toucher est l'une des principales sources d'informations pour la construction de l'image du corps, et il nous aide à percevoir la surface et la disposition interne du corps en détail. L'image phatique est cruciale pour la communication sociale et la navigation dans l'environnement physique.

Toutes ces composantes de l'image du corps sont intégrées dans une représentation holistique du soi, qui aide à maintenir notre sens de l'identité et de la propriété sur notre corps. L'image du corps n'est pas une entité fixe mais une construction dynamique et flexible qui peut varier en fonction de différents facteurs tels que l'humeur, l'attention, la position corporelle et l'environnement. Par exemple lors de l'amputation on peut se rendre compte que

cette image de soi change, ceci s'observe généralement au travers des troubles de l'humeur telle que la dépression, les troubles de l'attention.

En résumé, l'image du corps est une construction complexe qui dépend de l'intégration de multiples entrées sensorielles, et ses composantes nous fournissent une perception constamment en évolution de notre moi psychique.

Pireyre (2015) ajoutera les éléments suivant à l'image composite du corps.

• **La continuité d'existence** : le phénomène de conviction de la continuité d'existence a été traité, développé et théorisé par plusieurs auteurs qui l'ont défini de manière générale, chez le bébé, comme la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace. Pireyre (2015). Il s'agit d'un sentiment de sécurité intérieure quant à notre existence dans le présent et dans le futur qui nous donne de croire que dans les temps à venir nous serons toujours là et même. C'est Winnicott (1969) cité par Pireyre (2015, P 64) le premier psychanalyste à en avoir parlé dans son ouvrage *Pédiatrie et psychanalyse*. Pour lui, c'est sur un « sentiment continu d'exister suffisant » que repose la structuration du moi. On peut donc constater dans le cadre du moi corporel chez les diabétiques amputés que ce sentiment de continuité d'existence est atteint et endommagé, le sujet pense que sa vie est finie suite à l'amputation et ne se projette pas dans les secondes qui suivent. Son image est atteinte, ainsi que l'estime qu'il a de lui-même. Or ce sentiment continu d'exister, quand il est bien installé, est bénéfique et contribue à faire face à ce que Winnicott appelle les « menaces d'annihilation ». Aussi ce sentiment de sécurité repose sur le développement entre le soma et la psyché. Il existe alors un lien très fort entre la continuité d'existence et la sensibilité somato-viscérale. Damasio lui parlera du *Sentiment même de soi*, il souligne l'idée d'une conscience séparable, chez l'être humain qui joue un rôle dans la représentation du corps et du développement de l'image de soi. Cette conscience qu'il appellera conscience noyau est alors incriminable et liée à certaines zones du cerveau à l'instar de l'hypothalamus qui joue un rôle dans la représentation de l'image de soi. On se rappelle alors de sa célèbre citation « *L'espèce la plus simple, que j'appelle la conscience-noyau, dote l'organisme d'un sentiment de soi relativement un moment, maintenant, et à un lieu, ici. La portée de la conscience-noyau est le ici et le maintenant. Elle n'illumine pas le futur et le seul passé qu'elle nous laisse entrevoir est celui qui s'est produit à l'instant juste avant. Il n'y a ni ailleurs, ni avant, ni après... La conscience-noyau est un phénomène biologique simple ; elle a un niveau d'organisation, elle est stable tout au long de la vie de*

l'organisme. Elle n'est pas exclusivement humaine ; et elle ne dépend pas de la mémoire conventionnelle. Le sentiment de soi qui émerge dans la conscience-noyau est le Soi central, une entité transitoire, sans cesse recréée pour chacun des objets avec lesquels le cerveau interagit » (Damasio, 1999 cité par Pireyre).

• **L'identité**, L'identité s'acquiert pendant le développement psychoaffectif. En théorie, Elle nous est donnée dès la naissance. Elle se fonde dans notre corps et dans la relation aux objets, les parents. Lesquels nous donne des noms pour nous désigner nous. Cette transmission de l'identité est enracinée sur la capacité des parents à laisser l'enfant se construire une subjectivité. Le rôle de l'inconscient parental est donc important. Les positions parentales conscientes et inconscientes doivent être convenables, adaptées, favorables et appropriées. L'enfant ne pourra se construire comme sujet que s'il est représenté, dans l'esprit de ses parents comme différent et séparé de l'adulte. En plus de ce développement psycho affectif et de la relation parent-enfant viennent s'ajouter le regard des autres, la sensorialité et le dialogue. Tous ces éléments sont constitutifs de l'identité. Ces éléments en particulier le regard peut toucher à la sensibilité du diabétique amputé et qui ne se reconnaît plus comme tel déjà à cause du regard.

• **L'identité sexuée**, elle se construit beaucoup plus tardivement, Jusque vers la fin de la deuxième année que la différenciation biologique des sexes. Ceci se fait grâce aux sensations corporelles, l'assignation, consciente et inconsciente, par la relation avec les parents ainsi que des croyances subjectives et sociales participent à cette construction. Des circonstances particulières peuvent comme l'amputation du membre faire vaciller l'identité sexuée. (Damasio 1999, cité par Pireyre 2015). L'identité sexuée est donc un élément essentiel dans la personnalité d'un individu. Elle se réfère donc au ressenti subjectif de l'appartenance à un sexe masculin ou féminin, et à la manière dont cette appartenance est vécue dans les relations sociales et interpersonnelles. L'étude de l'identité sexuée se situe à la croisée de la psychologie, de la sociologie et de la biologie, et repose sur des théories complexes qui ont évolué au fil du temps.

La construction de l'identité sexuée selon la psychanalyse est influencée par de nombreux auteurs, dont Freud (1925, 1932) et Lacan (1958, 1961). Ces auteurs ont mis en exergue l'importance de l'expérience précoce de l'enfant dans la construction de son identité sexuelle. Selon eux, la relation avec les parents et surtout avec la figure parentale du même sexe est déterminante dans cette construction (Green, 2015). Toutefois, la psychanalyse a été

critiquée pour son approche de l'identité sexuelle. Ces critiques ont souligné que l'identité sexuelle n'est pas une donnée naturelle, mais plutôt une construction sociale et culturelle. Cette identité est souvent atteinte, car des recherches suggèrent que les amputés peuvent ressentir une diminution de la satisfaction sexuelle après l'amputation. D'après une étude de Kritzinger *et al.*, (2018), les amputés ont tendance à avoir une plus faible satisfaction sexuelle due à la douleur, à la fatigue, au manque de confiance en soi et aux changements physiques. Les amputés peuvent également avoir des problèmes de communication sexuelle avec leur partenaire en raison de leur sentiment d'incompétence.

En conclusion, l'identité sexuée chez les amputés d'un membre inférieur est complexe et peut être affectée par plusieurs facteurs, notamment les changements physiques, les stigmatisations sociales, les difficultés émotionnelles et la satisfaction sexuelle. Les psychologues devraient alors utiliser une approche holistique pour aider les amputés à explorer leur identité sexuée en tenant compte de tous ces facteurs.

2.1.7.4. Le Moi-Corps

Le concept de Moi-Corps représente l'union entre le corps et l'esprit. Selon Freud (1922), la psyché est structurée en trois parties : le ça, le moi et le surmoi. Le moi est la partie de la psyché qui est en contact avec le monde extérieur et qui permet de réguler les pulsions du ça. Le moi est donc le représentant de la réalité et de l'adaptation aux exigences de l'environnement. Le moi est associé à la conscience de soi et à la perception de son propre corps.

Plus loin, Dans les années 1930, Paul Schilder a formulé le Moi-Corps .et l'a décrit comme la « carte topographique » de la psyché, c'est-à-dire qu'il est une représentation physique de l'ensemble de notre psychologie.

Jacques Lacan (1949) lui a développé la théorie du stade du miroir pour expliquer comment le sujet développe sa propre image de soi en se basant sur l'image que lui renvoie un objet extérieur, comme un miroir. Cette relation à l'objet chez l'enfant renvoie beaucoup plus à la mère, néanmoins l'environnement joue un rôle prépondérant car c'est au travers du langage et de la parole dit en son endroit qu'il aura une certaine perception de lui-même et symbolisera son corps. Le sujet diabétique et amputé développera sa propre image de soi en se basant sur l'image que lui renvoie un objet extérieur, comme un miroir.

Le Moi-Corps ou le Moi corporel est assimilé au Moi extérieur, « visible », il est l'enveloppe (la corporalité) externe qui permet de distinguer le Moi psychique qui est invisible et interne et le Moi corporelle plus concret et dont les manifestations sont visibles. C'est le Moi où s'exprime tout le désordre du Moi interne ou psychique. Pour Sigmund Freud, le corps est le support du fonctionnement mental, montrant par là que ce Moi corporel exprime les émois tant normaux que pathologique du Moi interne. Or dans le raisonnement du Moi-peau d'Anzieu, les deux Moi sont les mêmes dans leurs fonctions et dans les rôles. Ainsi, pour Anzieu (1985), le Moi-peau est « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps [...] Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif* » (p.56). C'est dans les travaux sur la pulsion d'attachement que cette notion apparaît pour la première fois dans les travaux d'Anzieu en (1972- 1973) et traduit en ce moment une différenciation du Moi au sein de l'appareil psychique qui se fonde et se renforce sur les sensations de la peau et consiste en une représentation primaire du Moi.

Anzieu pousse plus loin en soulignant le double rapport de soutien et de figuration symbolique entre le moi et les sensations de la peau. Didier Anzieu reprendra sa première définition de Moi-peau dans son ouvrage publié en 1985 sous ce titre, il fera évoluer l'expression et l'enrichira par sa métaphore très connu : ***le Moi est comme la peau***. Il passera de trois fonctions du moi peau à neuf. Ces trois fonctions sont aux préalables.

- La contenance : est exercée par le halding de la mère, c'est-à-dire les soins que la mère apporte à l'enfant. Cette fonction se réfère de ce fait à la capacité de l'environnement à fournir un soutien psychologique dans lequel l'individu peut se développer. Si l'environnement apporte un soutien émotionnel à l'amputé, ceci peut l'aider à réguler ses émotions et ses comportements et à développer une image cohérente et positive de lui-même
- La communication permettant d'établir des relations et les échanges avec l'environnement
- La fonction d'interface : qui est la limite par rapport au dehors et le milieu intérieur : c'est la barrière qui protège les agressions extérieures.

Plus loin, Il met en exergue les trois dérivations entre le moi et la peau, la relation métaphorique (le moi est une métaphore de la peau), la relation métonymique (le moi et la

peau se contiennent mutuellement comme tout et partie) et la relation elliptique. (Figure englobant à double foyer : la mère et l'enfant) Anzieu (1985). Il s'agit pour Anzieu de montrer que malgré la séparation entre le Moi psychique et le Moi-Corps, les deux restent inséparables et se confondent. On ne saurait donc parler du Moi sans parler de corps ou de peau car les deux entités internes et externes forment l'enveloppe corporelle et l'enveloppe psychique c'est-à-dire ont la même fonction et jouent le même rôle.

2.1.7.4.1. La reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputés

La reprise du Moi-Corps en psychologie se réfère au processus par lequel les individus qui ont subi une amputation ou une autre forme de lésion corporelle grave doivent réintégrer leur corps qui a été altéré ou perdu. Cette notion a été explorée par plusieurs auteurs en psychanalyse

Pour Lacan (1949), la reprise du Moi-Corps est une étape indispensable dans le développement du moi et dans la construction de l'identité. Il considère que le sujet humain doit d'abord s'approprier et intégrer ce corps psychiquement pour pouvoir construire sa propre image de soi et ainsi pouvoir se situer dans le monde. Pour mieux l'expliquer, il a développé la théorie du stade du miroir pour expliquer comment cette reprise du Moi-Corps se produit. En effet, le sujet développe sa propre image de soi en se basant sur l'image que lui renvoie un objet extérieur, comme un miroir. L'amputé développera alors son image en fonction de l'image que lui renverra l'objet qui peut être l'environnement ou le thérapeute etc.

Dans son ouvrage de 1985, "Le moi-peau", Anzieu après développe l'idée selon laquelle le moi est enveloppé dans une "peau psychique" qui sert à la fois de protection contre les agressions extérieures et de support pour l'expérience corporelle. Pour Anzieu, le processus de reprise du corps implique la reconstruction de la peau psychique, qui permet au moi de se sentir à nouveau en sécurité et protégé. Selon Anzieu 1985, l'amputation perturbe l'enveloppe psychique ce qui entraîne une altération de la perception de soi. Il faudrait donc reconstruire cette enveloppe soit en utilisant des prothèses.

Stern (1985) a mis en évidence l'importance de la "sensibilité interpersonnelle précoce" dans la formation de l'expérience corporelle. Stern a montré que les interactions avec l'environnement et les autres dès le plus jeune âge contribuent à la construction de la perception corporelle et de l'identité psychique. Pour Stern, la reprise du corps implique une régulation de cette interaction avec l'environnement, qui permet au sujet de retrouver une

sensation de confort et de contrôle sur son expérience corporelle. Il serait donc important que dès l'amputation pour faciliter la réappropriation du corps que le thérapeute puisse travailler aussi tôt avec le sujet.

En psychologie clinique, la reprise du Moi-Corps chez les personnes diabétiques amputées est généralement étudiée sous l'angle de la réadaptation physique et de la santé mentale, elle inclut des interventions psychologiques pour aider les individus à s'adapter psychologiquement et émotionnellement à leur nouvelle condition physique.

EPP (2011) s'inspirant des travaux de Meleis et al. (2000) a développé les étapes de la reprise du Moi-Corps chez les personnes amputées s'inspirant ainsi de la théorie de la transition développée par ces auteurs. Mais avant il faut noter que la reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputés est un processus complexe qui implique de reconstruire une relation positive avec le corps après une amputation. Les étapes de la reprise du Moi-Corps chez les patients amputés peuvent être décrites comme suit :

1. **La prise de conscience de la perte** : cela implique de prendre conscience de la perte de la partie du corps amputée et de ses conséquences sur le corps et l'esprit.
2. **L'exploration des sensations corporelles** : cela implique de commencer à explorer les sensations corporelles, telles que la douleur, la tension et la relaxation, dans la partie du corps qui reste.
3. **La reconnaissance des émotions** : cela implique de reconnaître les émotions qui sont associées à la perte de la partie du corps amputée, telles que la tristesse, la colère et le déni.
4. **L'intégration des émotions et des sensations corporelles** : cela implique de commencer à intégrer les sensations corporelles et les émotions pour reconstruire une sensation de cohérence corporelle.
5. **L'adaptation à la nouvelle situation** : cela implique de trouver des moyens pratiques de s'adapter à la nouvelle situation, tels que l'utilisation de prothèses ou de techniques de réadaptation.

2.2. THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET

Au regard de notre thème et de sa complexité, nous avons choisi trois théories, la théorie psychanalytique du traumatisme selon René Roussillon et la théorie des schémas corporels et la théorie de l'image du corps.

2.2.1. Théorie psychanalytique du traumatisme de René Roussillon

René Roussillon (2005) tente de faire une synthèse des théories du traumatisme et de la situation intersubjective dans laquelle il se produit. Il développe le concept de "situation extrême de la subjectivité" en décrivant en détail les paramètres à prendre en compte dans la clinique de la survivance psychique. Plus loin, il évoque la fonction contenante et l'objet "médium malléable" qui permet de traiter le phénomène du traumatisme.

Il indique que la situation extrême de la subjectivité est une circonstance dans laquelle la possibilité de se sentir "sujet" est portée à son extrême, voire au-delà du pensable, plongeant l'individu dans des logiques mortifères de répétition et d'économie de survie.

2.2.1.1. La déshumanisation

Roussillon (2005) évoque les situations extrêmes pour désigner celles vécues par le sujet qui vont au-delà de l'impuissance et la détresse et qui présentent des formes "dégénérées" et "déshumanisées" de souffrance. Ces situations noient le sujet dans un océan de douleur inintelligible et le projettent dans l'univers des logiques de la contrainte, la compulsion et la répétition. Le traumatisé est envahi d'un état de désespoir absolu et de rupture du contrat narcissique qui le relie à l'humanité. La déshumanisation entraîne un sentiment de perte de dignité humaine, de honte, de déréliction, de solitude incommensurable et le sujet est jeté hors de l'ordre symbolique qui organise l'humanité. C'est à juste titre qu'il affirme : il s'agit de circonstances « dans lesquelles la possibilité de continuer de se sentir sujet", de continuer de maintenir le sentiment de son identité, et d'une identité inscrite au sein de l'humaine condition, est portée à son extrême, voire au-delà du pensable » (Roussillon 2005, p.221).

2.2.1.2. Se tuer pour survivre

Il s'agit d'une défense paradoxale associée aux stratégies de survie des sujets traumatisés consistant à se retirer de son expérience subjective, à se couper de soi-même pour subsister (Roussillon, 2005, p.211). Tout comme le lézard qui, lorsque pris au piège, accepte de sacrifier une partie de soi pour sauver le tout. Le sujet se retrouve face à la nécessité de se couper d'une expérience subjective centrale parce qu'insupportable à vivre, il se coupe pour survivre. Il s'agit-là du « clivage » Ce mécanisme permet de préserver une partie de la psyché tout en permettant au sujet de passer d'un mode passif à un mode actif pour retrouver un sentiment de maîtrise sur la situation. Sur le plan clinique, il est important de s'intéresser aux stratégies de survie des patients, de les respecter et de repérer les mécanismes d'auto-cure

avant d'offrir un espace de réaménagement du système défensif et d'accompagnement vers la rencontre des éprouvés agonistiques contre lesquels le patient se défendait. Il s'agit d'un paradoxe qui nécessite d'accepter l'autre tel qu'il se présente pour ensuite lui fournir les conditions nécessaires à la mise en œuvre du changement.

2.2.1.3. Les conditions extrinsèques à la conjoncture traumatique

Selon René Roussillon (2005), il existe quelques conditions extrinsèques ou objectives, qui influencent la manière dont le sujet traite et appréhende une situation traumatique. Parmi ces facteurs, on peut citer :

- L'âge et le degré de structuration de l'appareil psychique
- Les moyens de récupération et la plasticité de son appareil psychique
- La durée et l'intensité de la situation
- L'impréparation du sujet
- La vulnérabilité du sujet

Néanmoins, chaque individu réagit différemment aux situations extrêmes et que la mise en place de solutions dépend de chaque sujet de manière bien singulière. Cependant d'après Smolak (2018) Précise que, En situation clinique, le thérapeute doit accepter de se laisser toucher et de laisser le patient déposer en lui sa détresse ou ses affects violent car l'empathie représente la forme d'identification projective non défensive qui permet d'accéder à la subjectivité de l'autre. Le thérapeute se met donc à côté du patient, l'aide à élaborer ses affects et à les verbaliser, Pour Roussillon (2005), ce partage est ce qui met en marche le processus de réhumanisation, ébranlant l'impression que l'expérience psychique vécu dans un traumatisme n'est pas partageable.

2.2.1.4. La prise en charge des besoins du moi

Par besoin du moi, Roussillon (2002) entend « l'ensemble des conditions intra et inter subjectives requises, Pour qu'un sujet puisse faire le travail psychique de métabolisation de son expérience subjective vécue que celle-ci soit traumatique ou pas. » (p.157) Le travail du thérapeute consiste alors à identifier les besoins du moi maintenu dans un état d'agonie de par la non-reconnaissance de ce dernier. Ces besoins sont exprimés par le patient sur trois fonctions particulières auxquelles doivent répondre les cliniciens.

- La première fonction est la fonction Phorique : elle renvoie à la contenance de la quantité et à l'accueil de la subjectivité du sujet par le dispositif humain et matériel qui met l'accent sur la gestion de l'économie psychique du sujet, dont la barrière

défensive a été mise à mal. Il s'agit de façon concrète de baisser les tensions à un niveau tolérable de l'appareil psychique.

- La deuxième fonction est la fonction sémaphorique : elle implique que toute activité humaine comporte des signes et des significations qui doivent être adressés à un autre. Cette fonction consiste à restaurer la qualité des signes qui ont été ignorés et effacés.
- Le troisième besoin est la fonction métaphorique, c'est celle du clinicien, elle concerne la production de sens et l'organisation de l'expérience. Cette fonction est remplie par l'objet tiers (le thérapeute) qui aide à symboliser. Cet objet, Roussillon l'appellera l'objet malléable médium.

La symbolisation elle en psychanalyse est un processus psychique complexe qui permet à l'individu de donner un sens à ses expériences internes et externes en les transformant en symbole. Selon Laplanche et Pontalis (2013) la symbolisation doit s'étendre ici au sens large, c'est-à-dire comme visant à intégrer les expériences, les affects, les relations à travers les significations imaginaires qui les recouvrent.

2.2.1.5. L'objet Médium Malléable

L'objet médium malléable doit être capable de changer et de s'adapter aux besoins du sujet, permettant ainsi une meilleure transformation de l'expérience en symboles et en représentations. Selon Roussillon, l'objet médium malléable est donc un outil essentiel pour le thérapeute, qui doit être présent de manière bienveillante et adaptée, afin de faciliter la transformation et l'intégration des expériences du sujet. Aussi, en plus de baisser la quantité d'excitation, l'objet malléable en tant qu'outil doit soutenir les processus de symbolisation du sujet. En effet, Roussillon (2014, P. 182) précise que l'objet doit être consistant, malléable et résistant à la destructivité, tout en restant sensible, afin de permettre au sujet de transformer les excès émotionnels en représentations symboliques. Smolak (2018) utilise la métaphore de la pâte à modeler pour illustrer ces qualités et souligne l'importance pour le thérapeute de se présenter comme malléables pour soutenir les besoins du moi du patient.

2.2.2. La théorie des schémas corporels

La notion de schéma corporel est utilisée pour la première fois par Bornier en 1893, elle est souvent reliée à « l'image de soi » et de « connaissance de soi ». Cette notion a été développée et introduite à partir des observations et études cliniques sur des patients qui présentaient une altération de la conscience de leur corps suite à des lésions cérébrales.

La notion de schéma corporel a été reprise plus tard en 1911 par le neurologue anglais Head qui l'a associé au concept de « schéma postural ». Selon lui, le cerveau contient un modèle interne représentatif des caractéristiques et des grandeurs biomécaniques du corps qui permet de situer notre corps dans l'espace, de se le représenter grâce aux sens proprioceptifs et kinesthésiques.

Dans une approche psychanalytique, Dolto indique (1984) indique que, l'image du corps et le schéma corporel sont liés. Mais il faut les différencier. Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, il est le même pour tous les individus et se construit par l'apprentissage et l'expérience du corps.

Wallon (1934) cité par Chalmel (2014), lui apporte un nouveau fait concernant le schéma corporel, il mentionne que ce schéma corporel est lié à la notion d'espace. Wallon, (1934), met en évidence l'importance des sensations kinesthésiques dans le développement du schéma corporel. Il considère ainsi que le corps est le premier objet de la perception de l'enfant, ce qui lui permet d'acquérir une représentation mentale de son corps à travers la convergence de plusieurs canaux sensoriels. Selon lui, l'enfant construit son schéma corporel en s'appuyant sur ses sensations kinesthésiques, visuelles, auditives et tactiles, et cela lui permet de développer une connaissance pratique et sensorielle de son corps.

Toutefois, les auteurs précisent que, l'image du corps peut être atteinte sans que le schéma corporel lui ne soit touché et à l'inverse une atteinte du schéma corporel engendre forcément un trouble de l'image du corps. (Aurélien, 2017, p.27).

Aussi la plupart des auteurs en psychanalyse sont d'avis que, les schémas corporels sont des représentations mentales du corps qui sont formées dès la petite enfance. Pour Marty (1963) ces représentations mentales du corps sont liées aux conflits psychiques et aux mécanismes de défense du moi. Car les conflits psychiques peuvent être refoulés dans le corps, entraînant des symptômes somatiques tels que des douleurs, des maladies ou des troubles fonctionnels. Les mécanismes de défenses peuvent aussi influencer les schémas corporels en les rendant rigides ou en les fragmentant, ce qui peut entraîner une perte de la sensibilité corporelle.

Piaget (1945) quant à lui, met l'accent sur l'importance des interactions sociales dans la construction du schéma corporel. Selon lui, c'est à travers les interactions avec son environnement social que l'enfant acquiert une connaissance concrète de son corps. Il

considère que l'enfant apprend à différencier son corps des autres objets en observant les mouvements des personnes qui l'entourent et en interagissant avec eux. Il estime que la représentation mentale du corps se construit donc par des interactions sociales qui se déroulent dans des situations pratiques.

Enfin, Lacan, dans ses écrits sur la psychanalyse, a développé une théorie de la construction du schéma corporel en tant que résultat du symbolique. Dans son livre "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je" (1949), il soutient que le schéma corporel se construit à travers la reconnaissance de son propre corps comme objet de regard. Pour Lacan, le stade du miroir est le moment où l'enfant prend conscience de son corps et de son image dans le miroir. C'est à partir de cette prise de conscience que l'enfant commence à se représenter mentalement son corps comme une image.

Au total, la construction du schéma corporel en psychologie clinique est un processus complexe impliquant l'intégration de différentes dimensions, telles que les sensations kinesthésiques, les interactions sociales et le symbolique. Selon, Dolto, Schilder, Marty Wallon, Piaget et Lacan, le schéma corporel se construit par la convergence de plusieurs canaux sensoriels, par des interactions sociales et par la reconnaissance de son propre corps comme objet de regard. En tant que représentation mentale de notre corps, le schéma corporel joue un rôle clé dans le développement de l'identité de l'individu et de son intégration dans la société.

2.2.3. Théorie psychanalytique de l'image du corps

Les psychanalystes sont d'avis que, l'image du corps est un élément qui se développe au contact avec les autres, pour mieux comprendre ce postulat, nous allons présenter le développement de quelques auteurs psychanalystes et leurs pensées :

Pour Winnicott, (1969), le vrai self qu'il appellera encore continuité d'être se repose sur le développement de la psyché et du soma. Pour lui, le psychisme est le lieu où se développe l'élaboration imaginaire de l'expérience somatique, des parties du corps, de sensations kinesthésiques et des fonctions somatiques, c'est-à-dire la pleine conscience physique.

Lacan (1966), quant à lui, décrit le stade miroir, bien que Wallon en est le précurseur, comme non seulement étant le lieu où s'établit l'identification mais aussi le lieu formateur de l'image du corps. On peut alors observer ce stade miroir chez les enfants entre 6 et 18 mois.

C'est la première expérience d'identification qui s'effectuera graduellement comme une sorte de victoire qu'il va réaliser à partir de sa propre image projetée dans le miroir. Ce processus passera d'abord selon Lacan (1966), par un fantasme du corps morcelé. L'enfant ne vit pas son corps comme un tout unifié. Il ne distingue pas son corps du monde extérieur. Il le perçoit comme quelque chose de séparer. Le stade miroir va mettre fin à ce fantasme et va permettre à l'enfant d'accéder à un vécu psychique de son corps et de se le représenter comme une totalité unifiante.

La représentation du corps propre est de ce fait chez l'enfant une représentation totale de son corps en une seule image, qui est également une identité, l'enfant s'identifie à sa propre image. Pour arriver à ce niveau, Lacan développe ce stade miroir se construit en trois étapes :

- La première : ici, l'enfant perçoit son image dans un miroir non pas comme une image mais comme un être réel, il se comporte aussi devant cette image comme s'il était face à une autre personne.
- La seconde : ici, à force de répétition et de maturation psychique, l'enfant finit par comprendre que, l'autre dans le miroir n'est qu'une simple image, c'est-à-dire, qu'elle n'est pas réelle. On observe que, l'enfant ne fait plus aucune tentative pour attraper ce qui est représenté dans le miroir.
- La troisième étape : c'est celle de la reconnaissance et l'identité, il finit par reconnaître que l'autre dans le miroir n'est que l'image de son propre corps. Il finit alors par intégrer cette image et à la percevoir comme un corps unifié.

Françoise Dolto (1908-1988), a grandement développé la réflexion théorique à propos du concept d'image du corps, particulièrement dans l'image inconsciente du corps (1984). Pour elle, l'image du corps est subjective et propre à chacun, elle est inconsciente, mais peut devenir préconsciente. Elle est liée aux émotions, on peut alors reconnaître cette célèbre phrase : « *L'image du corps est éminemment inconsciente ; elle peut devenir en partie préconsciente, et seulement quand elle s'associe au langage conscient, lequel utilise métaphores et métonymies référées à l'image du corps, tant dans les mimiques langagières que dans le langage verbal. L'image est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant et ce, avant même que l'individu en question soit capable de se désigner par le*

pronom “Je”, sache dire “Je”. » (Dolto, 1984, p.16). Autrement dit, l’image du corps est le fruit de nos expériences émotionnelles, érogènes. Elle se construit dans l’enfance, dès les temps premiers de l’existence. Elle se construit au travers de la communication entre les sujets et renvoie donc à un imaginaire intersubjectif marqué aussitôt chez l’humain par la dimension symbolique. Elle est vivante, et s’actualisable dans la relation ici et maintenant par toute expression langagière, dessin, modelage. Par les médiations de langage, les parents donnent la structure d’une image du corps saine et soutiennent la relation de l’enfant à autrui. Pour Dolto, la maturation de l’image du corps se fait grâce aux castrations successives :

- La castration ombilicale (fin de la vie fœtale et naissance) qui permet le fondement du narcissisme primordial,
- La castration orale (sevrage ou interdit de téter) est la possibilité d’accéder au langage, le fruit de la castration anale marque la fin de l’assistance maternelle qui permet l’accès aux interdits de nuire à soi et aux autres, à la l’autonomie et la socialisation,
- La castration génitale primaire donnant lieu à la différence des sexes,
- La castration génitale œdipienne qui pose l’interdit de l’inceste.

Par ailleurs, l’image du corps serait la synthèse de trois composantes que nous avons développées plus haut

- L’image de base, dite aussi « image de sécurité » assure au sujet la « mêmeté d’être ». Elle renvoie à une structure permettant de se sentir existant de façon continue
- L’image fonctionnelle qui est la caractéristique énergétique portant vers l’action et qui permet l’établissement des relations avec l’environnement,
- L’image érogène : communique avec les deux précédentes. Elle se focalise sur lieu ou plaisir et déplaisir érotisent la relation à l’autre.

2.3. SYNTHÈSE

L’amputation chez les diabétiques amputés est un évènement qui est difficile, ceci est cause des traumatismes car vivre la maladie n’est pas déjà évidente, en plus vient s’ajouter l’amputation qui cause des tensions qui débordent le psychisme, il y’a donc un afflux excessif d’excitations débordant les capacités de maîtrise et d’élaborations psychiques du sujet pour parler comme Freud.

Le traumatisme est donc un concept central dans la psychanalyse et a été étudié en profondeur par plusieurs théoriciens de cette discipline, notamment Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Jacques Lacan et René Roussillon.

Selon Freud, le traumatisme se réfère à une expérience ou un événement traumatisant vécu par un individu qui entraîne une forte réaction émotionnelle et une perturbation psychique importante. Freud a notamment étudié le cas des patients souffrant de névroses traumatiques, tels que des vétérans de guerre ou des victimes de violences sexuelles, qui ont été confrontés à des traumatismes qui ont eu des conséquences durables sur leur vie psychique. Selon Freud, le traumatisme peut entraîner une réponse traumatique, c'est-à-dire une réaction de stress, une anxiété intense, ou encore un sentiment de confusion et de désespoir, qui peut avoir des conséquences à long terme. Ces éléments sont généralement observables chez les diabétiques amputés. Sándor Ferenczi lui a également développé le concept de traumatisme et a souligné l'importance du traumatisme infantile dans la formation de la personnalité. Selon Ferenczi, les traumatismes subis pendant la petite enfance peuvent entraîner des perturbations psychiques profondes qui peuvent affecter le développement émotionnel et psychologique de l'individu. Ces traumatismes infantiles, peuvent remonter à la conscience de l'individu à la suite d'un autre événement traumatique.

Jacques Lacan a développé une approche différente du traumatisme, en l'associant à la notion de manque fondamental. Selon Lacan, le traumatisme est lié à un manque existentiel fondamental, que l'on ne peut jamais combler complètement. Il s'agit donc de la « rencontre manquée » (avec le Réel). René Roussillon a quant à lui étudié le concept de traumatisme dans le cadre de la théorie de l'identification projective. Selon Roussillon, le traumatisme est lié à une rupture dans la continuité de l'identification, qui peut entraîner une fragmentation de l'identité psychique. L'individu est donc dans un processus de déshumanisation Il a souligné l'importance de la thérapie psychanalytique pour aider les patients à reconstruire leur identité psychique et à surmonter les traumatismes.

Quant au diabète, nous notons que, c'est une maladie chronique qui affecte le métabolisme du glucose et peut causer de graves complications chez les personnes atteintes de cette maladie. L'une des complications les plus graves du diabète est l'amputation, qui peut être nécessaire en cas de complications des pieds ou des jambes causées par une neuropathie diabétique.

L'amputation chez les diabétiques peut être un traumatisme profond, comme toute autre forme d'amputation, qui peut affecter à la fois le corps et l'esprit. Physiquement, l'amputation peut entraîner une diminution de l'autonomie, des difficultés pour effectuer des tâches quotidiennes et une douleur chronique. Cela peut également affecter l'image corporelle et l'estime de soi de la personne, en particulier chez les personnes qui ont perdu une ou plusieurs parties du corps.

Sur le plan psychologique, l'amputation peut causer des symptômes de stress post-traumatique, notamment des cauchemars, des flashbacks et des évitements. Ces symptômes peuvent affecter la qualité de vie de la personne, sa capacité à travailler et à entretenir des relations sociales. Les diabétiques amputés peuvent également ressentir de la détresse émotionnelle, comme de la tristesse, de l'anxiété ou de la colère, en relation avec leur condition physique. Dans une approche psychanalytique de la compréhension du traumatisme, le diabète et l'amputation peuvent agir comme un déclencheur de souvenirs traumatiques passés, d'angoisse de mort ou d'autres conflits psychiques. Les théoriciens de la psychanalyse, tels que Ferenczi, Lacan et Roussillon, s'intéressent à la manière dont les traumatismes affectent la psyché en termes de mémoire, de fantasmes et de processus de symbolisation.

Dans le cas des diabétiques amputés, le travail du thérapeute pourrait consister à aider le patient à explorer les conflits psychiques sous-jacents, tels que la peur de la mort, la perte de l'intégrité corporelle, l'acceptation de la maladie chronique et la capacité à envisager un avenir, voir les stratégies de coping.

Chez les diabétiques amputés, le vécu traumatique peut entraîner une altération de l'image corporelle et une perte de l'identité. Ce sont des traumatismes qui peuvent affecter les différents aspects de la vie du patient, notamment son mode de vie, ses relations sociales et son intégration professionnelle.

Lorsqu'un patient subit une amputation, il perd une partie de son corps et cette perte peut avoir un impact psychologique considérable. Cette perte physique peut être vécue comme une perte de soi et peut conduire à un sentiment d'incomplétude. Les patients peuvent ressentir une multitude d'émotions, comme la tristesse, la colère, la frustration, et même la honte, qui peuvent être difficile à gérer. La reprise du Moi-Corps est une étape importante pour permettre aux patients de retrouver une estime de soi et une image corporelle satisfaisante. Cette étape implique de travailler sur l'acceptation du changement physique et d'apprendre à vivre avec une nouvelle forme corporelle. Les thérapies corporelles et les

thérapies d'acceptation et d'engagement, peuvent aider les patients à se réappropriier leur corps amputé en apprenant à l'utiliser de manière optimale pour réaliser les tâches quotidiennes.

Un soutien psychologique peut également être bénéfique dans le processus de guérison du trauma. Le psychologue aide donc les patients à comprendre et à accepter leurs émotions, tout en les aidants à développer de nouvelles stratégies d'adaptation face aux défis psychologiques et physiques de l'amputation.



DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Il s'agit d'établir les choix méthodologiques et de les présenter dans ce chapitre. Ces derniers ont été orientés en fonction des objectifs de notre recherche. A cet effet, notre présentation commencera par des précisions sur la direction méthodologique donnée à cette recherche. Nous situerons ensuite le terrain de l'étude, les caractéristiques de la population et de l'échantillon, l'instrument de collecte des données, ainsi que la méthode qui sera adoptée ; et enfin le traitement et l'analyse des données.

3.1. POSITION ET FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE.

Au sujet de notre analyse théorique, il en ressort avec Didier Anzieu (1985) que, l'effraction corporelle blesse et vide le moi. Ainsi l'amputation chez le diabétique blessera son moi, ce qui conduira à des troubles de l'image de soi, des traumatismes. On se pose alors la question de savoir « en quoi le vécu traumatique induit-il des difficultés de reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputés ? ».

3.2. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Notre hypothèse générale est la suivante : Les mécanismes psychiques mis en jeu dans le vécu traumatique des Diabétiques amputés retentissent sur la reprise du Moi-Corps.

3.2.1. Hypothèses Secondaires

Pour cette étude, nous nous limiterons à quatre hypothèses :

- HR1 : La souffrance créée par l'amputation retentit sur la reprise du Moi-Corps.
- HR2 : Le vécu traumatique sur le plan comportemental induit des difficultés de reprise du Moi-Corps
- HR3 : Le vécu traumatique sur le plan cognitif a une incidence sur la reprise du Moi-Corps
- HR4 : La reconstruction du moi corporel du diabétique amputé est un processus long et complexe qui implique la présence d'un bon support social

3.3. TYPE DE RECHERCHE.

D'après Brown et al (2008), le choix du type de recherche relève d'une démarche scientifique partant de l'élaboration de question de recherche, son hypothèse à une méthode adéquate pour y répondre.

Notre recherche s'inscrit dans le domaine des études menées en sciences d'humaines, plus précisément dans le champ de la psychopathologie et clinique. Elle aborde les questions relatives aux difficultés de reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputés et traumatisés. Pour tenir compte de la complexité et de la singularité des situations vécues par les participants de notre échantillon, nous avons choisi d'utiliser la méthode qualitative. Contrairement à la méthode quantitative, c'est une méthode qui est représentée par des mots et non des chiffres. Elle permet d'explorer les expériences, les opinions, les attitudes, les croyances et les comportements des participants à travers des données non-numériques (Creswell, 2014). Ainsi Comme la plupart des recherches qui sont effectuées dans ce champ, celle que nous réalisons s'inscrit dans une démarche d'exploration, de compréhension et de description. Adoptant ainsi l'approche constructiviste (Fortin, 2010). Aussi il sera question pour nous de décrire et d'expliquer les phénomènes de traumatisme et de réappropriation du corps du point de vue de leurs mécanismes, leurs évolutions.

D'après Delefosse (2002), la méthode qualitative est "une approche subjective c'est-à-dire qu'elle donne la priorité à la parole des sujets en situation et au sens qu'ils attribuent à leur vécu" (p.11). Ainsi, cette méthode apparaît à notre sens appropriée pour une meilleure compréhension de notre problématique. Il s'agit par ailleurs d'une méthode qui encourage l'utilisation d'entretiens, d'observation, de documentation, de focus de groupes et de méthodes d'artefacts culturels pour recueillir les données. (Patton, 2015). En effet, au travers des entretiens, cette dernière nous permet d'entrer au centre même du vécu traumatique des diabétiques amputés et des mécanismes mis en jeu pour la reconstruction perceptive du Moi-Corps.

Pour Fortin (2010), quatre grands types de devis sont généralement utilisés dans les recherches de type qualitative ou constructiviste ; il s'agit entre autres : des études ethnologiques, des études phénoménologiques, la théorisation ancrée et les études de cas. Compte tenu du fait que les recherches de cas ont une visée plus compréhensive et plus descriptive de l'expérience humaine telle qu'elle est vécue par les personnes (Fortin, 2010), cette approche nous semble mieux adaptée à notre sujet de recherche.

Pour permettre d'obtenir une meilleure construction de dialogue entre les participants et le chercheur, la méthode d'analyse qualitative qui a été choisie est celle de l'entretien individuel. Ce qui nous a permis de définir certains thèmes au préalable qui ont guidé les échanges tout en laissant à nos interlocuteurs et à nous-mêmes une certaine liberté d'expression".

Pour Fortin. (2010), la technique de l'entretien semi-dirigée est la principale méthode de collecte de données utilisée dans ces recherches. « Elle consiste en un mode particulier de communication verbale entre deux interlocuteurs, un intervieweur qui recueille l'information et un répondant qui fournit les données » (Fortin, 2010, p.427). C'est une technique qui permet aussi de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes préalablement définis et consignés dans un guide appelé guide d'entrevue. Selon Karsenti et Savoie-Zajc (2011), par ce procédé le chercheur assure une certaine constance d'une entrevue à l'autre, même si, elles peuvent différer selon l'ordre des questions ou la dynamique des rencontres.

Dans la même lancée, Smith, Cattew et Fernandez L (2001) vont soutenir que ce procédé offre la possibilité aux sujets de développer et d'orienter leurs points de vue sur les différents thèmes devant être abordés. De plus, il permet au chercheur d'avoir une souplesse dans son travail en fonction des propos tenus par les individus (De Rorthays, 2013). Ces entretiens offrent donc des informations riches et un réel échange entre l'interviewer et l'interviewé (De Rorthays, 2013). Cette méthode est donc adaptée pour obtenir des informations de qualité et nous aider à avoir des réponses à nos questions de recherche. Nos buts étant de comprendre comment les traumatismes influent sur la reprise du Moi-Corps ou entraînent des difficultés de reprise du Moi-Corps chez les sujets diabétiques amputés. ; Alors nous estimons que ces entretiens permettent d'entrer au cœur des impressions et du ressenti de la personne. Bien sûr y joignant des tests.

3.4. MÉTHODE DE RECHERCHE

Delefosse, M (2002) stipule qu'en psychologie clinique, le type de recherche tient compte d'un champ qui est celui de la psychopathologie et d'une méthode qui est celle clinique. Dans cette étude, nous allons utiliser la méthode qualitative qui est typique à la recherche qualitative.

Son but selon les auteurs cités haut serait alors de : (...) *répondre à des situations concrètes des sujets souffrants (...)* » tout en spécifiant la technique à utiliser, « (...) *se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer* ». Ainsi, la méthode

clinique se caractérise d'abord par le souci de singulariser les faits psychologiques (individuels ou collectifs) qu'elle se propose d'étudier. Elle vise l'évaluation, et le diagnostic, des sujets sains et des sujets malades. Elle s'applique alors aussi bien à ce qui est pathologique que normal. Elle est un moyen d'aide, d'écoute, de support dans la connaissance de soi, dans le traitement de la souffrance psychique. Son cadre, est plus large que celui de la psychopathologie et du traitement des troubles mentaux identifiés.

La méthode clinique s'intéresse à deux niveaux complémentaires dont le premier qui est celui de la technique qui vise à fournir les informations empiriques sur le problème de recherche posé à travers les entretiens, les tests et les échelles et le second à travers l'étude de cas, vise à comprendre les participants via une analyse approfondie et exhaustive (Pediñelli & Fernandez, 2006).

3.5. SITE DE L'ÉTUDE.

Le site de l'étude se définit comme un espace géographique et socioculturel circonscrit et aménagé dans lequel se trouve la population d'étude et où se fait la collecte des données. Ainsi, deux éléments peuvent justifier les choix de notre site d'étude à savoir :

- La présence, au sein de ce site, d'un service spécifique dans la prise en charge ou l'accompagnement de la population.
- La prise en charge ou le suivi effectif de la population d'étude.

Tenant compte que le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées CNRPH est le lieu où certains diabétiques amputés vont pour la rééducation fonctionnelle et l'installation d'une prothèse, nous l'avons choisie comme site de l'étude.

Cette étude est alors réalisée au CNRPH qui est situé dans la région du Centre, ville de Yaoundé, dans le département du Mfoundi, dans l'arrondissement de Yaoundé VI à Etoug-ébé à 100m du carrefour du centre... Pendant la période allant du mois de Février au mois de Juillet pour des raisons stratégiques et de stages (lieu de résidence, contraintes financières et temporelles).

3.5.1. Présentation

Cette Présentation porte sur les éléments comme la création du centre, son fonctionnement, ses missions et ses activités.

3.5.1.1. Création du centre national de réhabilitation des personnes handicapées

Phase 1 : de la création à la rétrocession à l'Etat du Cameroun

C'est en 1967, qu'un prélat Canadien du nom de **Paul Émile LEGER**, décide de démissionner de son poste d'Archevêque de Montréal pour s'installer en Afrique. Il crée sa fondation dénommée **Cardinal LEGER et ses Œuvres (CLO)** et s'engage dans la voie de la philanthropie. Il note le fort taux d'enfants victimes des séquelles post-poliomyélitiques avec atteinte des membres inférieurs (paraplégie) en Afrique et les coûts élevés de leur évacuation en Europe (France, Suisse, Belgique) ou en Amérique du Nord (spécifiquement le Canada).

Après l'ex-Dahomey (actuel Bénin), il se rend au Cameroun, où il avait constaté un fort taux d'enfants atteints d'une épidémie de poliomyélite, et qui étaient porteurs des séquelles post-poliomyélitiques, au travers des malformations physiques des jambes (paraplégie) dont ils étaient porteurs. Sur la base des informations des Congrégations des Sœurs religieuses de l'Immaculée Conception de la Province ecclésiastique de Yaoundé, toujours basées en contrebas de l'« **Echangeur simplifié** » de la Capitale politique, il décide d'y créer une structure de prise en charge des enfants victimes de séquelles post-poliomyélitiques. Avec la baisse des disponibilités financières pour les activités caritatives, l'objectif était de leur éviter le long voyage vers l'Europe et le Canada avec des risques de dépaysement et de schizophrénie, sur le plan mental. Avec l'appui de l'Eglise locale, représentée par Monseigneur Jean ZOA, il va obtenir des populations autochtones du village Etoug-Ebé I, un espace de 9 hectares, pour l'édification de son Œuvre Sociale Privée (OSP) dénommée, « **Centre de Rééducation des Handicapés de Yaoundé** » (CRHY). A la suite de la réception de cette donation, une collecte de fonds est organisée au Canada pour soutenir les travaux, qui vont commencer en 1970 et s'achever en 1971. Le CRHY est inauguré le 15 janvier 1972, par **le premier Président de la République du Cameroun, Son Excellence Ahmadou AHIDJO**.

Au niveau institutionnel, l'œuvre du Cardinal Paul Emile LEGER est une œuvre sociale privée catholique. Au-delà de la rééducation fonctionnelle, le Centre menait comme action proactive, la prévention de la survenue du handicap, à travers les campagnes de sensibilisation dans les quartiers de la Ville de Yaoundé.

Entre 1972 et 1978, le CRHY est sous l'administration du Cardinal LEGER et ses œuvres (CLO), jusqu'à sa rétrocession à l'Etat du Cameroun. Il est à relever que cette initiative était unique dans la Sous-région Afrique Centrale, d'où son statut de Structure de

référence. Cette rétrocession est constatée par le Décret N°78/056 du 23 février 1978 portant création et organisation du **Centre National de Réhabilitation des Handicapés d'Etoug-Ebé (CNRH)**. Il a alors pour principales missions, la mise en œuvre de la politique gouvernementale de rééducation fonctionnelle et de réinsertion sociale des personnes handicapées motrices. Ce centre devient une direction technique spécialisée du Ministère des Affaires Sociales.

Le patrimoine légué par la Cardinal Paul Emile LEGER était constitué de 14 bâtiments destinés à :

- ✓ Bâtiment N°1 : Accueil ;
- ✓ Bâtiment N°2 : Direction ;
- ✓ Bâtiment N°3 : Secrétariat Médical ;
- ✓ Bâtiment N°4 : Service Social ;
- ✓ Bâtiment N°5 : Unité de fabrication des Appareillages ;
- ✓ Bâtiment N°6 : Ateliers de formation et de production ;
- ✓ Bâtiment N°7 : Service de Physiothérapie ;
- ✓ Bâtiment N°8 : Cuisine et Réfectoire ;
- ✓ Bâtiment N°9 : « Case Religieuse ou Maison des Sœurs » ;
- ✓ Bâtiment N°10 : Pavillon-Hommes ;
- ✓ Bâtiment N°11 : Pavillon-Femmes ;
- ✓ Bâtiment N°12 : Bloc Opératoire ;
- ✓ Bâtiment N°13 : Unité d'Ergothérapie ;
- ✓ Bâtiment N°14 : Case-Chapelle.

Il est à relever que les 14 bâtiments sont construits sur une superficie de 4 hectares des 9, constituant la propriété foncière du Centre.

Les missions initiales du Centre sont précisées par les décrets N°82/492 du 14 octobre 1982 et N°89/141 du 14 janvier 1989 portant sa réorganisation. Les activités réalisées par le CNRH étaient centrées sur :

- La réadaptation médicale ;
- La rééducation fonctionnelle ;
- Les appareillages ;
- L'initiation professionnelle ;
- Le rattrapage et l'encadrement scolaire des enfants handicapés ;
- Le Service Social spécialisé auprès des personnes handicapées.

Phase 2 : de 1978 à 2009

Au cours de leur évolution, la plupart des structures privées de prise en charge des personnes handicapées initiées à l'indépendance par les Missionnaires, ont été graduellement abandonnées, faute de ressources humaines et financières nécessaires à leur fonctionnement harmonieux.

Ce qui a eu pour conséquence, le délaissement d'un bon nombre de personnes handicapées, qui avaient bénéficié d'une prise en charge mais, qui se retrouvaient complètement délaissées.

Avec le boom démographique, il y a eu accroissement du nombre de personnes handicapées. Outre les centres s'occupant des handicapés physiques, la structure de prise en charge des handicapés visuels fut créée par le Décret N°80/380 du 13 septembre 1980, sous la dénomination de Réhabilitation Institute for the Blind (RIB) de Buea, avec pour missions d'assurer aux aveugles et déficients visuels, un encadrement scolaire et une formation professionnelle appropriés pour leur réinsertion socioéconomique.

Parmi les mesures importantes prises par l'Etat au cours de cette période, on note :

- Des programmes et projets d'octroi des aides et autres secours de l'Etat aux personnes handicapées, notamment la pension des aveugles, les aides médicales, l'octroi des appareillages sur l'ensemble du territoire ;
- Le recensement des personnes handicapées en 1988 ;
- L'institutionnalisation de Journée Internationale des Personnes Handicapées ;
- Le Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) ;
- Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi ;
- La promulgation de la Loi N°83/0013 du 21 juillet 1983 et son Décret d'application N°90/1516 du 26 novembre 1990, avec pour objectifs d'améliorer la prise en charge multifonctionnelle des personnes handicapées ;
- La création du Comité National pour la Réadaptation et la Réinsertion Socioéconomique des Personnes Handicapées (CONRHA) par le Décret N°96/379/PM du 14 juin 1996, ayant pour but de faciliter la coordination des efforts déployés par les pouvoirs publics et les personnes privées au profit des personnes handicapées, avec la participation de ces dernières.
- Le Paquet Minimum de 2000 ;
- Le Plan d'Urgence de 2006 ;

- La rencontre du Pape Benoît XVI avec le Monde de la Souffrance, le 19 mars 2009.
- Le Contrat-Plan depuis 2016.

Phase 3 : de 2010 à 2016

Au début de cette phase, la préoccupation de la Direction Générale est d'élaborer les documents de base, pour un fonctionnement harmonieux du Centre notamment : l'Organigramme, le Statut du personnel, le Règlement Intérieur, le Cadre Organique, le recrutement d'un Cabinet d'Etudes pour l'évaluation des compétences du personnel existant, le lancement de l'appel d'offres en vue de la sélection des compétences recherchées, la tenue d'un Atelier national d'évaluation du dispositif d'encadrement des personnes handicapées afin d'élaborer un répertoire des partenaires locaux, afin d'identifier le fossé existant entre les besoins des personnes handicapées, et les réponses institutionnelles, dont les résultats devaient servir de base de travail pour le nouveau Centre.

Pour illustrer l'impact de l'action gouvernementale à l'égard des personnes handicapées, le nombre de clients usagers au Centre est allé croissant depuis 1982. La forte demande de réhabilitation des malades provenant des pays voisins a confirmé la place unique qu'occupe cette structure dans la sous-région Afrique Centrale. En outre, sa proximité avec les pays de la sous-région, les coûts relativement acceptables de la réhabilitation et le partage du même espace socioculturel par rapport à celui vécu par ceux évacués en Occident, sont des éléments avantageux pour les malades, et des atouts favorables.

Toutefois, les limites opérationnelles en termes d'infrastructures, de ressources humaines, matérielles et financières se présentent comme des obstacles, pour relever efficacement ces défis. Dans ce contexte, le CNRPH, jadis reconnu comme un centre de référence, doit faire des efforts pour retrouver ses lettres de noblesse, d'où la nécessité de développer de nouvelles compétences, indispensables au bon fonctionnement de la nouvelle structure.

En effet, par Décret N°2009/096 du 16 mars 2009, le CNRH fut transformé en Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER en abrégé CNRPH. Au point de vue institutionnel, le CNRH, précédemment direction technique spécialisée du MINAS a acquis le statut d'Etablissement Public Administratif (EPA) avec une personnalité juridique et jouissant d'une autonomie financière, avec désormais pour missions :

- La prise en charge psychosociale des personnes handicapées et de leurs familles ;
- La prise en charge médico-sanitaire des personnes handicapées ;
- L'apprentissage, de la formation et de la reconversion socioprofessionnelle des personnes handicapées ;
- L'intégration socio-économique et de la réinsertion socioprofessionnelle des personnes handicapées ;
- La promotion de la recherche en vue de l'amélioration de l'intervention en matière de réhabilitation ;
- La coopération technique avec d'autres centres nationaux ou étrangers de réhabilitation de personnes handicapées, ainsi qu'avec les organisations ou les associations à but humanitaire ;
- La participation à toute activité ou opération en rapport avec ses missions et susceptible d'assurer leur développement.

A partir de ces missions il y a un certain nombre de défis à relever, pour rendre fonctionnel le nouveau Centre. Il s'agit notamment :

- De la mise en place du dispositif opérationnel d'accueil pour chaque type de handicap ;
- Le développement des ressources humaines appropriées ;
- La rénovation du plateau technique ;
- L'adaptation des structures par rapport aux missions ;
- La mise à disposition des ressources financières nécessaires au lancement ;
- La réduction du taux élevé des évacuations sanitaires, liées au handicap ;
- La rationalisation du processus de traitement, en vue de réduire la durée du séjour des malades et les cas d'abandon.

Pour ce qui est du principal impact de cette innovation, on peut relever entre autres, les aspects suivants :

- Au plan économique, le Centre servira de pôle d'expertise dans le domaine d'encadrement des personnes handicapées, tout en accélérant le processus de la prise en charge de sa population-cible, à un coût réduit ;
- Au plan sanitaire, l'adaptation du dispositif opérationnel du Centre à ses nouvelles missions, rehaussera la qualité de ses prestations et réduira de ce fait, le nombre d'évacuations sanitaires vers l'étranger et de là partant, l'évasion des devises ;

- Au plan social, la proximité des services de prise en charge des clients, entraîne une certaine stabilité au sein des familles affectées et évite le phénomène d'isolement ;
- Au plan des ressources humaines, le regroupement des diverses compétences au sein du Centre va booster la qualité des soins, et va entraîner la réduction de la durée des hospitalisations.

Le Conseil d'Administration en tenant compte des charges de la Direction Générale du CNRPH, l'a instruite de faire :

- L'état des lieux du fonctionnement des structures œuvrant en faveur des personnes handicapées au Cameroun, par type de déficience, à travers l'organisation de l'Atelier national d'évaluation du dispositif d'encadrement des personnes handicapées ;
- L'échange d'expériences et de bonnes pratiques professionnelles, à travers les voyages d'études au Centre Mutualiste de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle de « *Kerpape* », en France, à « *Ottobock* », en Allemagne et à « *Jaipur* », en Inde ;
- L'élaboration de l'organigramme, dont la validation permet la mise en place des structures de fonctionnement du Centre.

L'organigramme validé par le Conseil, qui devait assurer la mise en place des compétences nécessaires au décollage effectif du Centre, avait été remis en cause par le Conseil d'Administration quelques mois après, comme la plupart des résolutions prises, à l'instar du statut du personnel, du manuel de procédures, le recrutement du personnel, y compris la visite des structures du Centre. L'on peut noter le renvoi perpétuel du recrutement et de la nomination des responsables, ce qui a laissé à la Direction Générale, la lourde charge technique et administrative, et l'a amenée à assurer les liens entre les Services opérationnels et le sommet stratégique.

Face à cette situation, la Direction Générale qui n'était doté que du Directeur Général et du Directeur Général Adjoint et les anciens Responsables en poste, avait fait recours à l'Institut Supérieur de Management Public (ISMP), pour d'une part, faire une évaluation des ressources humaines existantes et d'autre part, proposer la stratégie de recrutement des ressources humaines non disponibles, mais nécessaires au fonctionnement harmonieux du

Centre. A l'issue de cette opération, 42% des personnels en fonction avaient été jugés aptes à leurs postes de travail alors que pour les 58% autres, deux options avaient été proposées :

- Le renforcement de leurs capacités en vue de leur adaptation aux postes de travail prévus dans l'organigramme ;
- Leur retour dans leurs Administrations d'origine.

La première s'est avérée la meilleure c'est-à-dire celle de renforcer les capacités, à travers les séminaires.

Il est à relever que cette opération avait permis de prévoir les départs à la retraite de certains personnels et de faire le plan de la relève. Par ailleurs, un Bureau d'Etudes avait été engagé, pour élaborer les critères de choix et faire passer les tests d'embauche, aux candidats aux divers postes de travail vacants. La nomination des responsables stratégiques (Directeur de la Réhabilitation des Personnes Handicapées, Chefs de Départements, Chef de Division) relève de la compétence du Conseil d'Administration, le Directeur Général ne pouvant nommer les Responsables que jusqu'au rang de Chef de Service. Les attermolements observés dans les désignations attendues du Conseil d'Administration, ont fait que pendant plus de trois ans, la Direction Générale a dû assurer la coordination directe des activités entre les Services et le sommet stratégique, faute de responsables intermédiaires. La solution à cette situation est venue des hautes instructions du Premier Ministre, Chef du Gouvernement, qui avait demandé impérativement au Président du Conseil d'Administration, le recrutement des 27 responsables et au Ministre des Finances, leur prise en solde.

En partant de la situation sus-décrite, considérée comme des éléments ayant permis d'assurer la dynamique de la mise en place de l'EPA, la Direction Générale n'a pas été déviée des objectifs initiaux. Aujourd'hui, la sérénité qui existe entre la Direction Générale et l'organe délibérant, constitue un facteur déterminant, pour la réalisation de ses objectifs. Ce climat social apaisé constitue des atouts précieux, devant permettre au Centre de réaffirmer sa position de Pôle d'Excellence et de Centre de Référence dans la Sous-région.

Au cours des six années passées, et en référence aux missions statutaires du Centre, les actions réalisées, allant dans le sens de la politique sociale du Gouvernement de lutte contre l'exclusion sociale ont porté sur deux axes : (les actions préventives et les actions curatives). Ces actions sont à la fois techniques (appui psychosocial, santé, éducation et formation professionnelle) et d'accompagnement (recherche, étude stratégique et partenariat). Sur la base de la portée de sa compétence qui est nationale, et en référence à la politique de

décentralisation, le Centre a pris l'option de la mise en place des Districts de Réhabilitation à base communautaire.

Par ailleurs, pour rapprocher les services offerts des populations-cibles, la création des annexes a été envisagée mais en attendant leur opérationnalisation, il a été organisé la mise en place du réseautage, pour une action symbiotique des acteurs en faveur des personnes handicapées. Un autre aspect de ce réseautage, est que face à l'absence des structures endogènes d'encadrement de tous les types de handicaps, des conventions de partenariats ont été signées avec certaines structures de référence. Compte tenu du fait que les problèmes sociaux des personnes handicapées sont dynamiques, il y a eu des sessions de renforcement des capacités des intervenants. Le souci constant du Centre d'améliorer la qualité des productions, de réduire les coûts, pour les rendre accessibles aux personnes handicapées, l'a amené à négocier des partenariats avec des institutions pouvant mettre à disposition les matières premières ou matières d'œuvre.

3.5.1.2. Organisation et fonctionnement

Le fonctionnement du CNHPR est coordonné par deux principales structures à savoir : le conseil d'administration présidé par le ministère des affaires sociales (Ministère des affaires sociales) et la direction générale.

3.5.1.2.1. Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est présidé par le ministère chargé des affaires sociales (ministère de tutelle). Il est chargé de fixer les objectifs du centre, d'approuver les programmes d'action conformément à la politique sociale de réhabilitation et d'insertion professionnelle et sociale de la personne en situation de handicap.

Le conseil d'administration est constitué des membres ci-après :

- ✓ Un représentant de la présidence de la république
- ✓ Un représentant des services du premier ministre
- ✓ Un représentant du ministère des finances
- ✓ Un représentant du ministère chargé de la santé publique
- ✓ Un représentant du ministère chargé de la famille
- ✓ Un représentant du ministère chargé de la formation professionnelle
- ✓ Une personnalité désignée par le président de la république
- ✓ Un représentant des organisations des personnes handicapées

- ✓ Un représentant élu du personnel

Cette composition intègre l'approche holistique (pluridisciplinaire) de la réhabilitation et la reconversion des personnes handicapées. Ce conseil d'administration (CA) travaille conjointement avec la Direction Générale (DG).

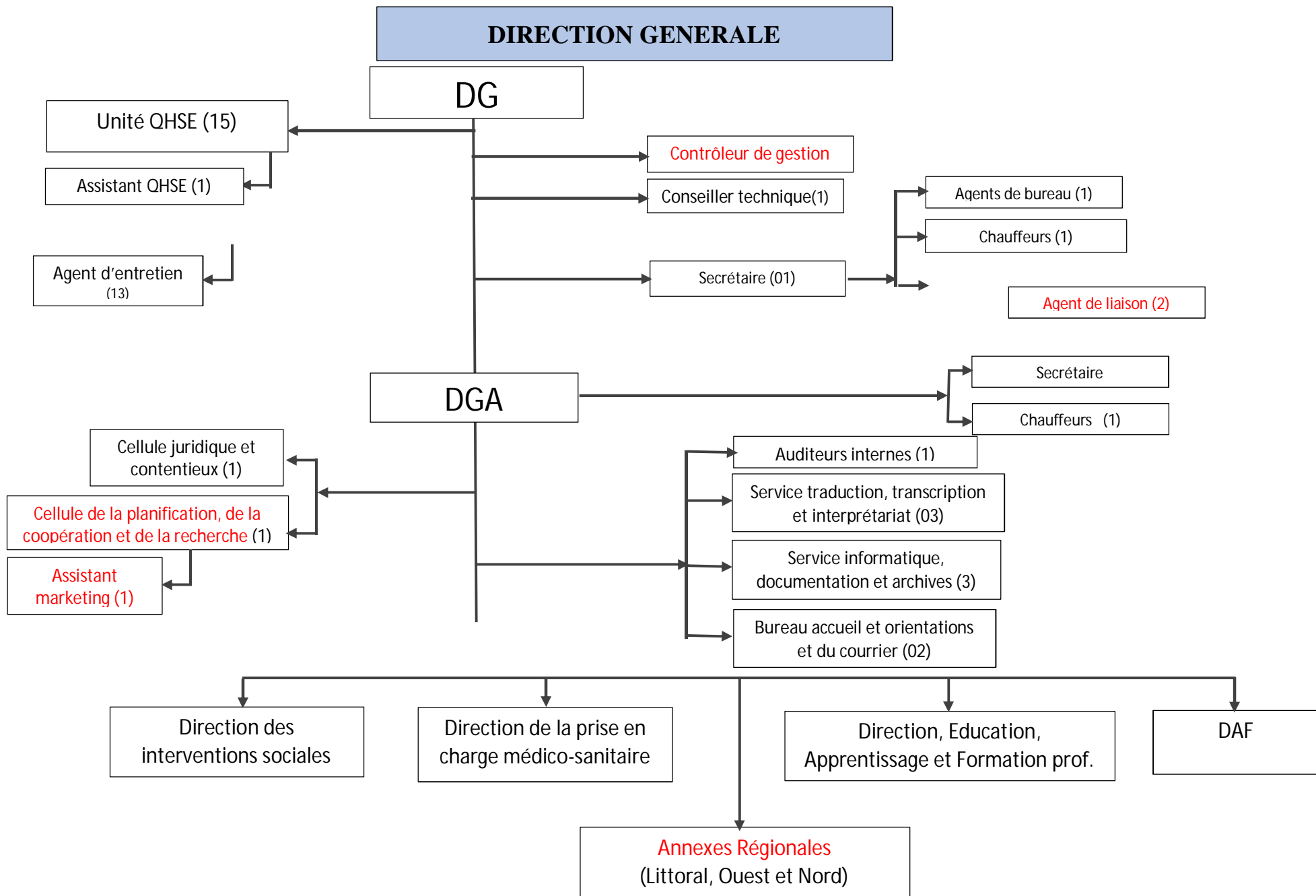
3.5.1.2.2. La direction Générale

Elle est placée sous l'autorité d'un directeur générale assisté d'un directeur général adjoint. Elle est chargée de la gestion et de l'application de la politique générale du centre, elle assure la direction technique, administrative et financière. Pour l'accomplissement de ses missions, la direction générale dispose des services rattachés et d'une administration centrale.

- Les services rattachés sont chargés de l'audit et du contrôle interne, de l'informatique et des statistiques, des affaires juridiques et du contentieux, de la communication et des relations publiques, de la traduction et de l'interprétation, du courrier, de la documentation et des archives.

L'administration centrale du CNRPH comprend aujourd'hui 5 directions : la direction générale, direction administrative et financière, la direction de la prise en charge médico-sanitaire, la direction de l'éducation, de l'apprentissage et de la formation professionnelle et la direction de l'intervention sociale qui constituera le socle de ce rapport car il est le lieu dans lequel nous avons effectué notre stage.

Un bref résumé de cet Institution nous sera présenter dans l'organigramme suivant :



3.5.1.3. Présentation générale et missions de la structure (CNRPH)

- **Présentation Générale**

Le CNHPR s'occupe de la gestion des différents domaines concourant à la réhabilitation des personnes handicapées. Elle comprend Cinq départements que sont : la direction générale, direction administrative et financière, la direction de la prise en charge médico sanitaire, la direction de l'éducation, de l'apprentissage et de la formation professionnelle et la direction de l'intervention sociale. Et les bâtiments sont disposés comme suite :

- Bâtiment 1 : Accueil-Dispensaire-Pharmacie.
- Bâtiment 2 : Haut Standing (1).
- Bâtiment 3 : Direction Générale-Agence Comptable-Consultations- Radiologie.
- Bâtiment 4 : Salle d'écoute-Section des interventions sociales.
- Bâtiment 5 : Atelier d'appareillage/Cordonnerie/soudure-Contrôle financier-Section d'affaires administratives et financières.
- Bâtiment 6 : Menuiserie-Buanderie-Section apprentissage et formation
- Bâtiment 7 : Section de rééducation fonctionnelle.
- Bâtiment 8 : Salle de conférence- section hôtellerie.
- Bâtiment 9 : Maison d'astreinte.
- Bâtiment 10 : Pavillon hommes.
- Bâtiment 11 : Pavillon Femmes.
- Bâtiment 12 : bloc opératoire-Ateliers de couture.
- Bâtiment 13 : Section Ergothérapie-Salles d'hospitalisation.
- Bâtiment 14 : chapelle.
- Bâtiment 15-16 : Section éducation spéciale et inclusive-salle de fête-salle multimédia
- Bâtiment 17-18 : Chambre d'accueil

- **3.5.1.3.2. Missions**

Le CNRPH est investi d'une mission de mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de réhabilitation et de reconversion des personnes handicapées. Il s'agit là de sa mission principale. Aussi note t-on les missions secondaires comme :

- La prise en charge psychosociale des personnes handicapées et de leurs familles.

- La prise en charge médico-sanitaire des personnes handicapées.
- L'apprentissage de la formation et de la reconversion socio-professionnelle des personnes handicapées.
- La promotion de la recherche en vue de l'amélioration de l'intervention en matière de réhabilitation .
- La coopération technique avec d'autres centres nationaux ou étrangers de réhabilitation des personnes handicapées, ainsi que les organisations ou associations à but humanitaire.
- La participation a toutes activités ou opération en rapport avec ses missions et susceptible d'assurer leur développement

Les missions propres au CNRPH doivent s'appliquer auprès d'une population bien précise, une population ciblée.

3.5.1.4. Les cibles

De manière générale, le CNRPH s'occupe des personnes handicapées et leurs familles.

Il prend donc en charge :

- Les handicapés physiques et moteurs : les personnes ayant des déficiences du système locomoteur telles que l'absence des membres, amputation, paralysie flasque ou spastique d'un ou de plusieurs membres (monoplégie, quadriplégie, hémiplegie, ...), allongement ou raccourcissement congénitales ou acquis des membres, faiblesse d'un ou plusieurs membres associés ou non à des mouvements anormaux (tremblement du genre Parkinson, infirmités motrices cérébrales, épilepsie, mouvements stéréotypés).
- Les handicapés mentaux : que sont les déficiences intellectuelles telles que l'imbécillité, l'idiotie, la débilité (moyenne ou profonde), la trisomie 21 ou mongolisme ; ainsi que des troubles de comportements comme l'isolement, l'ostracisme, l'hystérie, l'autisme, les névroses, les psychoses.
- Les handicapés sensoriels : des personnes avec des déficiences des organes de sens en occurrence les troubles visuels (la diplopie, la presbytie, la cécité, la baisse de l'acuité visuelle, les malvoyants, la myopie, ...), les troubles de l'audition (acouphènes, la surdité, l'hypoacousie, les malentendants, les sourds, le bourdonnement d'oreille, ...) et les troubles de langage (le langage parlé, écrit, mimé, le mutisme, les aphasies, les dysarthries, la dysphasie, le bégaiement, ...).

- Les handicapés sociaux : les déficiences dues aux tares sociales de toute sorte (SIDA, variole, lèpre, ...), les handicaps dus à l'âge, au sexe, à la couleur de peau (allunisme), à la taille anormale (nanisme).
- Les familles des personnes handicapées : pour apprendre à mieux savoir vivre avec la personne handicapée et participer à son épanouissement total.

- **Présentation du service dans lequel nous avons effectué la recherche**

La recherche a été effectuée dans la direction de l'intervention sociale qui comprend :

- Le service d'admission et d'accompagnement psychologique des personnes handicapées et de leurs familles. Service qui nous a permis d'investiguer.
- Le service de réhabilitation à base communautaire ;
- Le service de l'éducation spéciale inclusive.

- **Les activités**

Les activités qui y sont menées sont relatifs à :

- ⌚ Accueil et admission des clients ;
- ⌚ Accompagnement psycho-social du client et de sa famille ;
- ⌚ Prévention et dépistage précoce du handicap ;
- ⌚ Organisation des thérapies de groupe ;
- ⌚ Suivi de l'évaluation des pensionnaires et des apprenants ;
- ⌚ Aide et secours matériels aux pensionnaires et à leurs familles ;
- ⌚ Réhabilitation à base communautaire (suivi des handicapés dans les milieux naturels de vie, mise en place d'un réseau le relais de suivis et de prise en charge des personnes handicapées sur le terrain, préparation des rencontres périodiques des partenaires du réseau, renforcement des capacités des membres de réseau).
- ⌚ Placement institutionnel ;
- ⌚ Education spéciale en faveur des enfants normaux et des enfants handicapés.
- ⌚ Activités sportives et culturelles
- ⌚ Recherche sur les phénomènes sociaux et familiaux liés aux différentes déficiences.

Les atouts de cette direction sont :

Le personnel qui y exerce est pluridisciplinaire et catégorisé comme suit :

- Des travailleurs sociaux tous grades confondus dans la chaîne de l'intervention,
- Des psychologues : Deux psychologues cliniciens permanents et une vacataire
- Un sexologue
- Des instituteurs de l'enseignement général
- Des instituteurs spécialisés
- Un (01) professeur d'éducation physique et sportive
- Un (01) professeur spécialisé de sport pour handicapés
- Trois (03) cadres de jeunesse et animation.

Le personnel de prise en charge qui y exerce travaille dans les infrastructures équipées à cet effet. On peut citer :

- Une salle d'écoute équipée ;
- Une salle insonorisée ;
- Des cabinets d'orthophonie et de l'audio phonie
- Une (01) école primaire spéciale à cycle complet avec une capacité de 300 élèves soit 200 dans la section intégrée et 100 dans la section spéciale
- Des structures appropriées pour des activités socioculturelles
- Un (01) terrain pluridisciplinaire de sport pour handicapé
- Des équipements pluridisciplinaires d'animation.

Pour un meilleur rendement, cette direction travaille en étroite collaboration avec d'autres directions telles que :

- **Directions de prise en charge médico-sanitaire des personnes handicapées**

Ce département comprend quatre (04) services :

- ✚ Le service de chirurgie fonctionnelle polyvalente du handicap et d'anesthésie ;
- ✚ Le service de rééducation fonctionnelle polyvalente et d'appareillage ;
- ✚ Le service de médecine générale, de pharmacie et des examens para cliniques
- ✚ La surveillance générale.

Ses activités sont entre autres :

- ✓ En médecine générale : consultation externes et soins appropriés, soins maternels et infantile, soins spéciaux aux enfants de l'école du CNRPH, Laboratoire d'analyses médicales, surveillance générale.

- ✓ En chirurgie fonctionnelle : chirurgie orthopédique et de traumatologie, chirurgie spéciale, anesthésie et réanimation et prescription des appareillages adaptés.
- ✓ En rééducation fonctionnelle : mécanothérapie, hydrothérapie, gypso thérapie, physiothérapie, ergothérapie, psychomotricité, orthophonie, orthoptie, audiophonologie, ...

Ce département de prise en charge médico sanitaire présente un personnel spécialisé en fonction des différents services. On a de ce fait :

- ❖ En médecine générale : 03 médecins généralistes permanents, des infirmiers de tous grades confondus, un radiologue, des techniciens de laboratoire, des techniciens de pharmacie, un surveillant général ;
- ❖ En chirurgie fonctionnelle : deux chirurgiens orthopédistes permanents, un chirurgien orthopédiste vacataire, un anesthésiste réanimateur, un ophtalmologue, un otorhinolaryngologiste, un dentiste ;
- ❖ En rééducation fonctionnelle : des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des psychomotriciens, des audioprothésistes.

Concernant les infrastructures on y trouve une salle de mécanothérapie équipée, une piscine pour hydrothérapie un atelier de confection de prothèses et orthèses, des box de kinésithérapie, une salle d'ergothérapie équipée, un atelier de fabrication des accessoires de déambulation et une salle de plâtre.

- **La Direction de l'apprentissage, de la formation et de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées.**

Ce département comprend deux services : le service de l'apprentissage, de la formation et de la reconversion professionnelle et le service de la réinsertion et de la posture des anciens pensionnaires. Cette direction compte les activités suivantes :

- Elaboration et application des programmes d'apprentissage et réadaptation professionnel en faveur des personnes à besoin éducatifs spéciaux.
- Marketing des projets fabriqués au centre.
- Placement des apprenants hors-centre pour stage de perfectionnement.
- Elaboration des programmes annuels d'insertion, de reconversions professionnelles bancables à soumettre aux partenaires.
- Insertion socioprofessionnelle des apprenants du centre.
- Evaluation de l'impact de réhabilitation des ex-apprenants du centre.

En outre le département de l'apprentissage, de la formation et de la réinsertion, de la formation, de la formation et de la reconversion professionnelle présente un personnel qualifié et des ateliers de formations professionnelles bien équipées. Ses atouts sont :

- Ce département recèle divers types de personnel dont : les travailleurs sociaux, les informaticiens, les menuisiers, les couturiers, les sérigraphes, les cordonniers pour chaussures normales et orthopédiques, des maîtres d'hôtel, ...
- Ce personnel exerce dans des ateliers bien déterminés. Il s'agit en occurrence de : la salle multimédia équipé des ordinateurs avec connexion Internet, un atelier de menuiserie, bois équipé des machines de pointe, un atelier de couture et décoration équipé de machines de pointe industrielle, un atelier cordonnerie équipé, un atelier sérigraphe ...

3.6. POPULATION ET ECHANTILLONAGE

3.6.1. POPULATION

La population se définit comme étant « Un ensemble fini ou infini d'éléments définis à l'avance sur lesquels portent les observations » Tsafack (2004, p.7). Plus loin de lui, Rongere (1979, p.63) considère la population comme « l'ensemble d'individus qui peuvent entrer dans le champ de l'enquête et parmi lesquels sera choisi l'échantillon ».

Une fois les caractéristiques de la population de notre étude présentée, nous donnerons les critères de sélection de celles-ci. Mais avant, nous pouvons définir la population comme étant un ensemble de personnes ayant une ou plusieurs caractéristiques observables communes sur lesquelles sont portées les investigations du chercheur.

3.6.1.1. Les caractéristiques de la population

Pour nous permettre de mieux comprendre comment les traumatismes induisent et rendent difficile la reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputés. Dans le cadre de cette recherche nous nous sommes intéressés aux personnes diabétiques ayant subi une amputation et qui en sont traumatisées, nous avons établis des critères de participations à la recherche. Les caractéristiques de la population dépendent à la fois du chercheur et de la visée de sa recherche. En fonction de ce qu'il veut atteindre, elles tiennent aussi compte de l'étude et des critères de sélection. Ces critères nous les développerons dans les lignes suivantes.

3.6.1.2. Population de l'étude

La population de l'étude est l'ensemble d'individus qui peuvent entrer de façon générale dans l'enquête, mais suite à l'échantillonnage, certains peuvent être exclus. Dans notre cas il s'agit clairement des patients diabétiques amputés. Après échantillonnage, nous avons eu notre population de recherche. Aussi, elle désigne l'ensemble des individus, des groupes ou des objets qui sont visés par une étude donnée et ayant les caractéristiques communes (Grawitz, 1990). Cette population d'étude peut être constituée de tout élément qui s'inscrit dans la recherche en question. Le choix de la population d'étude est crucial, car il détermine la validité et la pertinence des résultats obtenus. En effet, une population d'étude mal définie ou insuffisamment représentative peut conduire à des conclusions erronées ou à des généralisations inappropriées.

Définir une population d'étude dépend de la question de recherche et des objectifs de l'étude. Elle peut être définie selon les critères comportementaux, de santé ou spécifiques selon les caractéristiques spécifiques liées à l'objet. Le choix de la taille de la population est d'une importance capitale, car une population trop petite ne peut pas permettre la généralisation des résultats à l'ensemble de la population cible. Or une population trop grande rendrait difficile à réaliser l'étude et à l'analyser. Il faudrait alors passer par échantillonnage pour sélectionner les participants à l'enquête.

3.6.1.3. Population de recherche

3.6.1.4. Critères de sélection des participants

Afin d'obtenir notre population, les principes d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués. Cela signifie que les sujets présentent les mêmes caractéristiques de sélection établies, sont inclus dans l'échantillon. Cependant, ceux ne présentant pas les caractéristiques de sélection préétablies sont exclus dans l'échantillon.

Les critères de sélection qui définissent pour faire partir de la population étudiée sont :

- Être diabétique
- Être amputé du membre inférieur à cause d'une complication de ce diabète
- Avoir 18 Ans et plus
- Être hospitalisé au CNRPH

Les critères d'exclusion pour ne pas faire partir de cette recherche sont ici sont :

- Avoir moins de 18 ans,
- Ne pas être hospitalisé au CNRPH ou Être Hospitalisé ailleurs

- Être Diabétique amputé suivi de façon ambulatoire

Tableau 2 : Population de l'étude

Participants	Sexe	Statut professionnel	Effectif
Diabétique Amputé 1	F	Directrice d'école primaire	1
Diabétique amputé 2	M	Chauffeur/ Démarcheur	1
Diabétique Amputé 3	M	Agriculteur	1
Diabétique amputé 4	M	Commerçant	1
Diabétique amputé 5	M	Journaliste	1
Total			05

3.6.2. ECHANTILLON ET ÉCHANTILLONNAGE.

Dans le cadre des recherches qualitatives, les techniques d'échantillonnage généralement utilisées sont pour la plupart non probabilistes. Elles ne nécessitent pas par conséquent un tirage aléatoire des participants. Parmi ces techniques, nous avons, la méthode dite intentionnelle ou par choix raisonné qui convient le plus à notre recherche. Car elle précise que c'est en se basant sur son jugement que le chercheur choisit et sélectionne ses participants selon des critères qui lui sont propres dans la mesure où ces derniers sont capables de lui fournir les informations recherchées.

D'après Poupart et al (1997), les techniques d'échantillonnage de recherche qualitative sont guidées par deux principes clés (celui de la diversification et celui de la saturation). Pour eux, bien que différents, ces deux principes sont inters reliés.

La diversification du point de vue externe rejoindrait « une certaine représentativité » de l'échantillon dans le sens où elle inclut toutes les catégories ou toutes les sous catégories de la population selon des critères liés à l'étude. Elle vise alors à avoir une vue d'ensemble ou globale de la situation étudiée en intégrant une diversité de cas (Poupart et al. 1997). Par son volet interne, elle rejoindrait le principe de saturation. Par ce principe, un échantillon est dit saturé lorsque de nouveaux participants n'apportent plus d'informations nouvelles à ce que le chercheur a déjà récolté.

De ce fait, ces auteurs relèvent que ce principe est « moins un critère de constitution de l'échantillon qu'un critère d'évaluation méthodologique de celui-ci » (Poupart et al; p. 157). Le principe de saturation, requiert deux fonctions capitales en ce sens que d'une part, il

indique au chercheur à quel moment il doit arrêter sa collecte de données, et d'autre part, il lui permet de « valider » ses résultats par rapport à l'ensemble de la population étudiée.

Par contre, d'autres stratégies peuvent être aussi utilisées dans les recherches qualitatives en vue de maximiser la validité des résultats. Celles-ci s'obtiendraient par les stratégies d'échantillonnage par contraste et par homogénéisation.

Par la stratégie de contraste, le chercheur ciblerait une certaine diversité dans son échantillon en y intégrant au moins un représentant de chaque groupe pertinent de sa recherche par l'identification au préalable de certaines variables stratégiques qu'il prend le soin de définir. Ils notent également une comparaison des données et des résultats entre les différents sous-groupes de l'échantillon.

La stratégie par homogénéisation de l'échantillon obéit, quant à elle, au même principe que nous venons d'évoquer. La seule différence est qu'à partir du moment où les variables stratégiques pertinentes de la recherche ont été définies par le chercheur, leur nombre et leur croisement permettraient d'avoir une idée de la taille de l'échantillon au regard de l'homogénéité visée.

Même s'il est vrai qu'il est difficile de déterminer d'avance la taille d'un échantillon dans une recherche qualitative (Fortin, 2010), cette stratégie nous permet quand même de combler cette lacune et de tendre vers « une certaine représentativité » de la population étudiée dans le sens où nous pourrions interviewer au moins un membre de chaque sous-groupe de cette population. Toutefois, compte tenu de certaines caractéristiques spécifiques à certains terrains d'étude, elle laisse place à des agencements qu'il serait possible de faire pendant la collecte de données. Vu le sens pratique et le caractère méthodique de cette approche, cette stratégie est retenue pour la constitution de notre échantillon de recherche. Elle s'y prête bien dans la mesure où nous pourrions identifier des variables pertinentes (Le milieu hospitalier, le sexe des participants « masculin / féminin », le statut social, le diabète, l'amputation).

De ce point de vue, cette stratégie nous donne l'avantage de rencontrer toutes les catégories de diabétiques amputés et hospitalisés au CNRPH. La stratégie d'échantillonnage par homogénéisation et par contraste nous permettrait ainsi d'estimer à l'avance la taille de notre échantillon et de catégoriser notre population d'étude. Cependant, pour des raisons liées à notre budget de recherche, au règlement de l'institution qui nous a demandé de tenir compte uniquement des patients hospitalisés, il y'en avait un non hospitalisé qui venait souvent pour

des suivis, il a donc été exclu. Nous avons alors prévu rencontrer quatre au lieu de cinq personnes. Cet échantillon théorique comprend alors quatre (4) participants dont les caractéristiques sont définies dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Estimation de la taille de l'échantillon théorique de la recherche et ses caractéristiques (portrait des participants).

Participants	Sexe	Statut social	Effectif
Groupe			
Diabétique amputé 1	Féminin	Directrice d'école primaire	1
Diabétique Amputé 2	Masculin	Démarcheur immobilier/ Chauffeur	1
Diabétique amputé 3	Masculin	Agriculteur	1
Diabétique amputé 4	Masculin	Commerçant	1

3.7. OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES.

Etant donné que nous sommes dans la méthode qualitative, plus précisément en méthode clinique, nous optons pour l'utilisation d'entretien

Blanchet (1987) définit l'entretien comme étant : « *un entretien entre deux personnes, un interview et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewer sur un thème défini dans le cadre de notre recherche.* »

En psychologie clinique ; Carl Rogers (1959) ; lui définit l'entretien comme étant une « *conversation dans laquelle le but est de comprendre la signification de l'expérience du patient.* »

L'entretien ou l'entrevu, désigne alors un questionnement oral ou une discussion avec un individu et qui porte sur un sujet très déterminé dont on veut approfondir certains aspects à travers les réponses. Ou encore c'est un échange verbal (de parole) entre deux ou plusieurs personnes (un chercheur, un sujet ou groupe de sujet) en vue d'obtenir des informations pour traiter un sujet donné. En fonction du degré de liberté et du niveau de profondeur dans les échanges, il existe trois (03) types d'entretien à savoir l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien non directif.

Dans le cadre cette recherche, nous allons utiliser l'entretien semi-directif. Dans ce type d'entretien, la liberté de l'enquêteur et de l'enquêté est plus grande ; il n'y a pas de consigne de départ mais plusieurs interventions décidées à la base (des consignes portant sur

des aspects particuliers du thème), sinon dans leur forme de déroulement ou du moins dans leur contenu. Aussi, l'enquêté peut répondre à sa guise mais non parler de n'importe quoi. L'enquêteur a donc un guide souple de questions non formulées d'avance pour lesquelles il souhaite les réponses du sujet.

L'entretien semi-directif permet de vérifier les hypothèses et d'utiliser les théories en apportant un réservoir d'opinions et d'anecdotes. Il ne s'agit pas de connaître les caractéristiques de la population, de mesurer les opinions majoritaires ou d'étudier les déterminants sociodémographiques, des pratiques et des représentations ; mais de recueillir les témoignages détaillés et individualisés afin de comprendre les logiques qui sous-tendent les pratiques en provoquant chez les enquêtés la production de réponses à des questions formulées.

L'entretien semi-directif permet plutôt d'entrer dans le champ des représentations et des pratiques individuelles, il permet de formaliser et de systématiser la collecte des données et permet de constituer un corpus de données homogènes ; rendant possible une étude comparative des entretiens.

La recherche en Sciences humaines offre aux chercheurs un ensemble de techniques de collecte de données (Questionnaire, guide d'entretien, guide d'observation, recueil de données documentaire, étude de cas, focus groups etc. ...) permettant de recueillir des informations précises auprès des populations. A cet effet, Karsenti et Savoie-Zajc (2011), considèrent que dans une recherche, « La phase de la collecte de données consiste à employer des stratégies souples visant à favoriser l'interaction avec les participants » (p. 132).

Pour Fortin (2010), cette phase consiste à récolter auprès des enquêtés, des informations utiles et nécessaires en vue de répondre aux objectifs et aux questions de la recherche.

Par ailleurs nous choisissons l'entretien semi directif parce qu'elle favorise l'expression personnelle du sujet. Car il n'est ni entièrement fermé, ni entièrement ouvert. Il permet plus facilement d'explorer les thèmes préalablement établit par le chercheur. Aussi cet entretien étant souple, nous donne plus de latitude, ce qui nous permet de nous adapter au contexte, à l'environnement et à la personnalité du sujet. (Lefrancois, 1991, P.108).

3.7.1. Préparation du guide d'entretien

Notre collecte de données s'est appuyée sur un guide d'entretien. La recherche qualitative utilise des entretiens semi-structurés et des techniques d'études de cas. De plus, il nous a été difficile de réaliser un pré-questionnaire ou pré-test au sens étroit du terme pour un même groupe de recherche, car l'entretien est un entretien en face-à-face. Néanmoins, nous l'avons fait.

3.7.2. Enquête préliminaire

Notre enquête initiale a consisté à identifier l'institution qui constitue notre site de recherche. Nous avons fait des recherches sur les diabétiques amputés, au centre national de réhabilitation des personnes handicapées Paul Emile Leger. Au Cameroun. Nous y sommes allés spécifiquement dans le cadre de la recherche même s'il a été le lieu de notre stage. A l'aide de cette pré-enquête, nous avons pu décider avec les participants du lieu des entretiens, des jours d'entretien, de la durée des entretiens et du matériel à collecter. Ainsi, ce formulaire préliminaire a permis de délimiter les zones de recherche, d'identifier la zone et le type de population pouvant faire partie de la recherche, de déterminer les critères d'échantillonnage, de confirmer les hypothèses, de définir le contenu de la recherche. Concepts qui devaient faire l'objet d'entretiens individuels, d'échanges d'études de cas.

3.7.3. Présentation du guide d'entretien

Ce guide d'entretien a été élaboré pour recueillir des données auprès de la population étudiée. Il convient de rappeler ici que ce guide a été utilisé pour des études de cas et des entretiens individuels. Notre entrevue a commencé par une grande question, et selon la réponse du répondant, nous avons d'autres informations importantes, alors nous avons fait un suivi. Cependant, avant la phase d'échange proprement dite, nous avons dû préciser certains paramètres de l'entretien aux répondants, à savoir la confidentialité des données collectées, le but de l'entretien, le choix des participants, le sujet de l'entretien et l'enregistrement audio de l'entretien. Cette procédure a été utilisée pour obtenir le consentement des personnes interrogées pour toutes les questions que nous avons à traiter. Afin de mieux cerner les informations recherchées auprès des participants, des thèmes ont été retenus pour guider ces entrevues individuelles. Ils ont été élaborés en tenant compte des objectifs fixés dans cette étude.

3.7.4. Cadre de l'entretien.

La situation d'entretien fait référence au lieu de l'entretien et aux méthodes utilisées pour recueillir des informations auprès de la personne interrogée. Le début des entretiens a été marqué par la présentation du formulaire de consentement libre, à l'entretien afin qu'ils puissent confirmer qu'ils termineront cet entretien, mais en précisant que les informations seront totalement anonymes et confidentielles si vous le souhaitez. Nous avons conduit ces entretiens dans les salles d'hospitalisation.

3.7.5. Mener des entretiens.

Après avoir créé le guide d'entretien, nous avons décidé de tester sa pertinence par rapport à nos objectifs. Pour ce faire, nous avons mené deux (2) entretiens exploratoires, puis nous sommes allés à la phase de préparation et l'entretien proprement dit. Concernant la phase de préparation, nous avons rencontré nos participants et organisé une rencontre avec eux, afin qu'ils ne soient pas surpris et donnent leur accord ou non pour chaque activité prévue. Ce déménagement s'est fait en deux jours. Il était également de notre devoir de leur fournir des formulaires de consentement et d'assurer la confidentialité de nos entretiens. Le but de ce processus était de leur faire comprendre la nature et l'importance des informations recueillies auprès d'eux. De plus, cette étape les a aidés à comprendre qu'il n'y a aucune crainte à participer à cette recherche, mais qu'elle les aidera plutôt à mieux comprendre ceux par quoi ils passent. C'était une manière de leur dire que dans les séances de discussion et d'entretien, ils ont le droit de répondre ou non à une question posée de manière rationnelle, car leur participation à l'étude est volontaire, sans obligation ni restriction.

Nous avons alors utilisé les recommandations de Ghiglione et Blanchet (1991) pour conduire nos entretiens, cette recommandation est celle de toujours donner la consigne aux sujets avant le début de l'entretien, ceci initie le discours sur le thème et l'entretien se poursuit avec des techniques de relances.

Nous avons monté notre guide d'entretien en fonction de la théorie du traumatisme selon Roussillon, de la théorie des schémas corporels et la théorie de l'image du corps.

Nous avons d'abord présenté un petit questionnaire d'introduction ou de pré-enquête pour donner un peu le tonus et leur faire comprendre de quoi il est question. Ce questionnaire portait sur six grandes questions à savoir :

- Depuis combien de temps êtes-vous Diabétique ?
- Quelle était votre réaction à l'annonce du diagnostic ?

- Pouvez-vous me parler de votre expérience en tant que diabétique et amputé ?
- Quelle était votre réaction quand on vous a annoncé qu'on devait vous amputer ?
- Comment avez-vous vécu cette situation ?
- Pouvez-vous me décrire comment vous percevez actuellement ?

Ces questions nous ont permis de comprendre la situation de façon générale,

Le guide d'entretien quant à lui porte sur trois thèmes avec des sous thèmes chacun :

Thème 1 : le vécu traumatique lié à l'amputation

- **Sous thème 1** : Vécu sur l'axe de la souffrance
- **Sous thème 2** : Vécu sur le plan somatique
- **Sous thème 3** : Vécu sur le plan cognitif
- **Sous thème 4** : Vécu sur le plan comportemental
- **Sous thème 5** : Affection dans la vie quotidienne
- **Sous thème 6** : Stratégies de survies

Thème 2 : La perte de l'image et du schéma corporel

- **Sous thème 1** : Changement dans la Perception du corps suite à l'amputation
- **Sous thème 2** : Perception et vécu du corps propre
- **Sous thème 3** : Estime de soi
- **Sous thème 4** : Difficultés d'accepter le corps modifié
- **Sous thème 5** : Identification aux mots et relation aux objets
- **Sous thème 6** : Modèle interne représentatif et sens proprioceptifs

Thème 3 : La reprise du Moi-Corps

- **Sous thème 1** : Réajustement dans la perception du corps
- **Sous thème 2** : Acceptation et Travail de réconciliation d'avec le corps
- **Sous thème 3** : Rôle de la famille et qualité de la relation
- **Sous thème 4** : Rôle des praticiens
- **Sous thème 5** : Statut social et réajustement de la perception
- **Sous thème 6** : Identifications aux mots de l'entourage

Les entretiens ont duré en moyenne 35 Minutes, selon le patient et sa disponibilité, les sujets ont été rencontrés quatre fois selon le principe de saturation. Les rencontres répondent à ce principe lorsque la poursuite de la collecte des données n'apprend plus rien au chercheur, n'apporte plus aucune idée nouvelle comparativement à celles déjà trouvées. (Mayer & al. 2000).

Le fait de rencontrer le sujet plusieurs fois permet d'approfondir la relation de confiance, ainsi un transfert. De cette manière, le sujet se raconte la possibilité de réfléchir et se préparer pour l'entretien suivant. Quant aux chercheurs, cela lui donne la possibilité de revenir les prochaines fois sur certains points restés non éclaircis. (Giordano, 2003).

La première rencontre fut alors consacrée à des questions d'ordre exploratoire, pour imprégner les participants dans la collecte de données. Nous avons aussi répondu à leur préoccupation durant cet entretien, ce qui a permis de clarifier l'étude, d'établir une relation sécurisante et confiante tout en leur réassurant la confidentialité et l'anonymat. A cet entretien nous avons fait une présentation identitaire qui nous a permis d'identifier nos sujets.

Le deuxième jour au deuxième entretien, ils ont parlé de leur vécu traumatique suite à l'amputation et l'impact sur la perception qu'ils ont d'eux même. Les entretiens ont été enregistrés par le magnétophone de notre téléphone avec l'accord des participants.

Le troisième jour, nous nous sommes entretenus sur leur processus de reprise du Moi-Corps. Nous sommes néanmoins revenus pour éclaircir certaines zones d'ombre des entretiens passés. Le troisième entretien était réservé aux stratégies utilisées pour se reconstruire sa nouvelle identité et son moi corporel.

Le quatrième jour, nous avons fait un récapitulatif des entretiens antérieurs pour s'assurer du principe de saturation.

Il est important de noter qu'à chaque fin d'entretien nous avons remercié les patients pour leur disponibilité et ensemble, nous avons choisis les surnoms à mettre dans notre recherche. Le tout de ces entretiens nous a donné un flux d'informations qu'il fallait alors analyser selon une technique précise.

3.8. TECHNIQUE D'ANALYSE DES RESULTATS :

3.8.1. L'analyse de contenu

L'analyse des contenus consiste en la lecture du corpus fragment par fragment pour définir le contenu et le coder selon les catégories établit par la lecture. L'analyse de contenu selon Bardin L. (1997). Porte sur « *les contenus, unités de signification supposées véhiculées par un contenant (le langage), traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle.* » Il est donc question de sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. Selon Paillé et Mucchielli (2016), c'est une méthode qui consiste en une réduction des données brutes d'un matériel par la dénomination de thèmes ou de catégories afin de parvenir à leur

trouver un sens et une signification. Dans le cadre de notre recherche, la procédure qui a été utilisée est celle décrite par L'Écuyer (1990).

L'Écuyer (1990), fait savoir qu'une bonne analyse de contenu doit obéir à six exigences principales. Selon l'auteur, une analyse de contenu doit être « objectivée et méthodique » à partir de règles explicitement formulées permettant ainsi son apprentissage, sa transmission et l'aboutissement à des conclusions semblables par différentes personnes associées à la recherche. Elle doit aussi être « exhaustive et systématique » tout en tenant compte de tout le matériel recueilli lors de la collecte de données. Il indique également qu'une analyse de contenu doit aussi être « centrée sur la recherche de signification du matériel analysé » et avoir une pertinence théorique de par son caractère « génératif ou inférentiel ».

Afin de mener à bien la phase d'analyse proprement dite, nous nous sommes inspirés de la préanalyse que nous avons réalisée pendant la collecte des données. Elle consistait en une écoute attentive des enregistrements audio des entrevues réalisées afin d'avoir une idée de l'ensemble du contenu déjà recueilli, d'estimer son niveau de saturation et de repérer les thèmes clés en rapport avec les objectifs de la recherche et notre cadre théorique de référence. Dans la perspective qu'aborde L'Écuyer (1990), la procédure d'analyse de contenu comporte six grandes étapes. Il les présente comme suit :

- ✚ Étape 1 : lecture préliminaire et établissement d'une liste des énoncés,
- ✚ Étape 2 : choix et définition des unités de classification,
- ✚ Étape 3 : processus de classification et de catégorisation,
- ✚ Étape 4 : quantification et traitement statistique,
- ✚ Étape 5 : description scientifique (quantitatif et qualitatif) et
- ✚ Étape 6 : interprétation des résultats.

Afin de mieux aborder les deux premières étapes de cette procédure, nous avons utilisé l'un des schémas basés sur les thèmes proposés par Paillé et Mucchielli (2016). Il s'agit de la démarche par thématisations en continu. Pour ces auteurs, cette technique « consiste en une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique ... Les thèmes sont identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte, puis regroupés et fusionnés au besoin, et finalement hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux regroupant des thèmes associés, complémentaires, divergents » (p. 241). En procédant ainsi, selon eux, l'arbre thématique est construit tout au long de la recherche et n'est véritablement terminé qu'à la fin de l'analyse du corpus. Cette démarche a l'avantage de

faire une analyse de contenu beaucoup plus fine et beaucoup plus riche (Paillé et Mucchielli, 2016). Cependant, son inconvénient majeur réside dans le temps et la durée qu'elle absorbe et consomme chez le chercheur (Paillé et Mucchielli, 2016).

À l'étape de la classification et de la catégorisation, nous avons utilisé le modèle mixte de L'Écuyer (1990). Il s'agit ici pour lui, après avoir découpé le matériel en unités de signification ou de sens, de regrouper ces mêmes unités en catégories de sens. Pour lui, la valeur d'une analyse de contenu dépend largement de la valeur et de la pertinence des catégories qui la composent. Celles-ci doivent avoir les qualités suivantes : elles doivent être « exhaustives et en nombre limité, cohérentes, homogènes, pertinentes, clairement définies objectivées et productives » (p. 81). Pour parvenir à cette condensation des données sous forme de catégories conceptualisantes (Paillé et Mucchielli, 2016). L'Écuyer (1990) propose trois méthodes qu'il identifie clairement.

La première est un modèle ouvert dans la mesure où les catégories étant inexistantes au départ, le chercheur les induit du matériel analysé en faisant des regroupements à partir de leur lien de parenté ou selon leurs similitudes de sens les uns par rapport aux autres (L'Écuyer, 1990).

La deuxième, selon lui est un modèle fermé. Ici, les catégories sont prédéterminées par le chercheur et elles restent invariables tout au long de la procédure d'analyse.

Quant à la troisième, dite méthode mixte (L'Écuyer, 1990), c'est une méthode souple dans le sens où les catégories préexistantes définies dès le départ par le chercheur peuvent subir des modifications ou des transformations en cours d'analyse. Nous avons utilisé cette troisième méthode dans le cadre de notre analyse en raison de sa flexibilité. Elle nous a permis de bonifier et de consolider les dimensions ou catégories qui avaient guidé l'élaboration de notre guide d'entrevue et la phase de la préanalyse.

L'objectif visé ici était d'avoir une autre lecture du matériel que nous avons récolté et de nous assurer de la crédibilité, de la vraisemblance et de la validité des codes et catégories que nous avons déterminées.

Au terme de ce travail de condensation, tout le matériel de notre étude a été regroupé en quatre (04) grandes catégories conceptualisant selon les principes évoqués par L'Écuyer (1990) et Paillé et Mucchielli (2016).

Procéder à une analyse de contenu ne consiste pas à réaliser un résumé du matériau obtenu. Blanchet et Gotman (1992), ont distingué plusieurs types d'analyse de contenu selon leur degré de formation. Parmi ces types d'analyse de contenu, nous avons choisi l'analyse de contenu thématique. Ce choix se justifie par le fait qu'il nous permet de découper transversalement l'ensemble des entretiens et rechercher une sorte de cohérence thématique.

3.8.2. L'analyse thématique

Il s'agit d' « *une recherche méthodologique des unités de sens par l'intermédiaire des propos tenus par les narrateurs relativement à des thèmes* » (Poirier, Clapier-valladon & Raybaut, 1996, P. 215). Elle permet alors l'analyse qualitative de données par la sélection et l'organisation rationnelles des catégories condensant le contenu d'un essentiel d'un texte donné.

Pour procéder à cette analyse, nous avons établi une grille d'analyse, autrement appelé un examen de type classificatoire.

Ces grilles sont construites en fonction de nos théories explicatives du sujet qui nous ont orientées dans nos collectes de données. Le canevas établi nous a permis de ressortir nos thèmes principaux et de les catégoriser. Cette grille sera mieux présentée dans le chapitre suivant.

3.9. LIMITES DE L'ÉTUDE ET CONSIDERATIONS ETHIQUES

3.9.1. Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites, mais en grande partie celles liées à la méthode et au type de recherche utilisée. De manière générale il est reproché à la recherche qualitative l'impossibilité de généraliser les résultats de l'étude effectuée, ce qui pose le problème de la représentativité, de ce fait la présente recherche est confrontée à cette limite Aussi compte tenu du fait que nous n'ayons que travailler avec quatre participants, il nous est impossible de généraliser les résultats à l'ensemble de la population d'étude.

Bien plus, la validation des recherches qualitatives reste très limitée en opposition à la recherche quantitative, ajouter à cela la fidélité. Car, la description systématique du contexte, des procédures de sélection des participants devrait permettre de renseigner les chercheurs qui souhaitent explorer des populations similaires dans des contextes semblables, voir proches. Or en recherche quantitative, on observe une stabilité et une réduplication des résultats d'où sa

fidélité, dimensions considérées comme non pertinentes par quelques chercheurs qualitatifs parmi lesquels Laperrière (1997).

Gauthier (1992) mentionne deux menaces qui font écho dans notre recherche. « *Le désir de plaire* » et « *le biais de l'analyste* ». Pour la première menace, les participants nous ont fait part librement de leur affect, et expériences. Nous ne pouvons affirmer qu'il n'y a eu un moment où le sujet a répondu selon notre désir, car il n'y avait pas de mauvaise réponse.

En ce qui concerne la deuxième menace, Mayer et Ouellet (1991, P.494) affirment « *on doit compter avec les forces et les faiblesses du jugement humain... En outre, chaque chercheur doit démontrer de la constance dans ses propres jugements.* » La faiblesse de notre jugement a souvent été des biais et la codification n'a pas suffi pour contrer cela.

L'autre limite est celle afférente à la nature de la narration (Giordano, 2003). Elle est due au fait que la mémoire humaine fonctionne d'une manière sélective. L'usage du guide d'entretien nous a néanmoins aidés à contrer d'une certaine manière.

Enfin, la plus grande difficulté pour nous qui constitue une grande limite est le passage de l'oral à l'écrit au moment de la transcription des récits. Certes, réécrire est nécessaire, mais faudrait veiller à ne pas trahir les propos de l'interviewer par notre jugement et de déformer ses propos. Chose pas évidente lorsque certaines phrases importantes du sujet ne sont pas bien écoutées ; modulées dans le magnétophone et parfois la voix est entrecoupée ou un mot n'est pas bien saisi.

3.9.2. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Notre thème de recherche sur le vécu traumatique des diabétiques amputés et la reprise du Moi-Corps est un sujet complexe relevant des questions éthiques très importantes. Il est donc crucial pour nous de se préoccuper de l'éthique lorsqu'ils explorent des sujets sensibles tels que ceux que nous avons utilisé. Car cette étude pourrait avoir une incidence sur la dignité et réveiller certains traumatismes. D'où l'extrême nécessité du respect de l'éthique et de la déontologie.

Tout d'abord, il est important de considérer le consentement éclairé des participants à la recherche. Les personnes amputées pourraient être vulnérables d'où l'importance de les informer clairement des implications de leur participation à la recherche. Nous leurs avons fait comprendre les risques et avantages potentiel de leur participation, et nous nous sommes assurés qu'ils peuvent donner leur consentement de manière libre et éclairée.

Par la suite, nous les avons donnés les objectifs et les buts de la recherche et de l'utilisation des résultats. Le contenu de nos entretiens est resté totalement anonyme. Nous avons ainsi respecté leurs dignités et leurs limites. Car elles peuvent se sentir exposés et vulnérables et nous les avons rassurés que la recherche ne peut les nuire, ni leurs dignités, encore moins leurs estimes de soi.

Enfin, les publications des résultats se feront de manière respectueuse telle que nous l'avons promis aux participants, évitant donc toute stigmatisation ou discrimination, une réduction à leur diagnostic.

En résumé, il était important pour nous de soulever des questions éthiques importantes. Nous avons veillé à ce que les participants donnent leur consentement éclairé respecté leur dignité et leur intimité, protéger leur vie privée et présenter leurs résultats de manière respectueuse.

Ce cadre méthodologie était le lieu idéal où nous avons fait usage de la méthode clinique, nous basant principalement sur l'étude de cas. Nous rappelons aussi que nous sommes dans la recherche qualitative qui étudie les phénomènes dans de manière contextuelle. Après échantillonnage, nous avons eu quatre (4) participants. Une dame de 60ans, Trois (3) messieurs ; l'un de 55 ans ; l'autre de 62 ans et un troisième de 49 ans. Après établissement du guide d'entretien, nous avons collecté les données grâce aux entretiens semi-directifs. Notre technique d'analyse est l'analyse des contenus centrée sur le repérage des thèmes significatifs pour l'analyse des résultats.

CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre portant sur la présentation et l'analyse des résultats issus de la collecte des données. Il est alors question qu'après la collecte des données, nous les mettions en forme pour les rendre lisibles et faciliter la compréhension des participants, la présentation descriptive des résultats en prenant compte des thèmes et sous thèmes contenu dans nos entretiens. Tout ce ceci nous permettant de conduire une bonne analyse de nos données récoltées. De ce fait, nous commencerons par présenter les participants avec les items observés y ajoutant un commentaire, par la suite nous ressortirons la façon dont ils ont vécu leur traumatisme et l'incidence sur la conscience de soi, enfin le processus utilisé pour la reprise du Moi-Corps

4.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS

Nous avons mené nos recherches avec deux sujets qui ont participé volontairement et à qui d'un commun accord, nous avons donné les noms de codes suivants : Madame jolie et Monsieur la joie.

4.1.1 Présentation de l'entretien individuelle avec le patient 1

- **Données idiographiques**

Nom de code : Madame Jolie

Sexe : Féminin

Profession : Enseignante (Directrice d'école primaire)

Religion : Catholique

Ethnie : Boulou

Rang dans la Fratrie : 6/7

Nombre d'enfants : 09

Age : 60 ans

Niveau d'amputation : Amputation Transtibiale

Temps mis depuis l'amputation : 3 mois

Lieu de l'entretien : Salle 4, pavillon femme du CNRPH

Date de l'entretien : 10 Mars 2023

Motif d'hospitalisation : Appareillage

Tableau 4 : Fiche individuelle d'observation de madame jolie :

Items observés	CODES	1	2	3
1) Vécu traumatiques et amputation	P			
- Vécu sur le plan de la souffrance				X
- Vécu sur le plan somatique			X	
- Vécu sur le plan cognitif				X
- Vécu sur le plan comportemental			X	
- Affection dans la vie quotidienne				X
- Stratégies de survies			X	
2) Perte du schéma et de l'image corporelle	S			
- Changement dans la Perception du corps suite à l'amputation				X
- Perception et vécu du corps propre				X
- Estime de soi			X	
- Difficultés d'accepter le corps modifié				X
- Identification aux mots et relation aux objets				X
- Modèle interne représentatif et sens proprioceptifs			X	
3) Reconstruction perceptive du corps	Y			
- Réajustement dans la perception du corps				X
- Acceptation et Travail de réconciliation d'avec le corps			X	
- Rôle de la famille et qualité de la relation				X
- Rôle des praticiens				X
- Statut social et réajustement de la perception				X
- Identifications aux mots de l'entourage				X

▪ **Commentaire analytique avec le patient 1**

Les données idiographiques du patient 1 montrent que le patient est de sexe féminin, d'obédience catholique. Elle de profession enseignante et occupe des fonctions

administratives. Elle a été hospitalisée pour un diagnostic d'appareillage et du haut de ses 60 ans et de son handicap il réussit quand même à se retrouver dans une autre salle que celle qui l'accueille.

1. Vécu traumatiques et amputation.

Concernant le vécu traumatique de madame Jolie, nous soulignons quatre éléments parmi lesquels Six points parmi lesquels ; le vécu sur le plan de la souffrance, le Vécu sur le plan somatique, le vécu sur le plan cognitif, le vécu sur le plan comportemental, affection dans la vie quotidienne et les stratégies de survies.

✓ S'agissant du vécu sur l'axe de la souffrance,

L'événement traumatique génère chez elle une grande souffrance caractérisée par un grand choc émotionnel et un sentiment d'impuissante, son sentiment d'impuissance se traduit alors par le fait qu'à l'annonce de son amputation, le choc émotionnel était si Intense qu'elle a plongé dans un Coma. Elle affirme, « *J'étais surpris qu'on me dise que j'ai le diabète...or je veille toujours à mon alimentation... je ne m'attendais pas à ce qu'on me dise que la seule solution est mon amputation. J'ai choqué.... Je me suis réveillée en Réa...* ». Cette impuissance se traduit aussi par d'autres sentiments qui la noient dans des logiques mortifères d'économie et de répétition et de réactivation des blessures passées. Ceci se s'énumère par des pleures lors de sa verbalisation, elle dit « *je savais que j'allais mourir...Je suis allé en réa deux fois* ». [Pleure]. Elle révèle aussi d'autres blessures passées, elle dit : « *c'est dans ma tête, je fais tout pour ne plus y penser mais je n'y arrive pas.* » (Obsession, répétition), « *mon fils, je me demande souvent ce que j'ai fait à mon père... pourquoi papa [Pleure], j'ai eu mon BEPC à 14 ans, j'étais toute petite, et mon père a décidé de m'envoyer en Mariage disant que la femme n'a pas besoin de trop fréquenter. Parfois je reste et je pleure.et je lui demande pourquoi il m'a fait ça Pourquoi... [En sanglot, pleure, pendant 50 secondes, je suis obligé de lui tapoter le dos]. J'ai même souvent voulu abandonner le mariage, mais à qui est ce que je devais laisser mes enfants ;* » (Regrets, tristesse.).

Au sentiment d'impuissance, s'accompagne d'autres sentiments qui créent un trop plein dans le psychisme de madame jolie. On note alors, un sentiment de solitude, d'isolement et de rancune « *Ma belle-famille ne m'a jamais aimé, on peut vivre comme ça et faire du mal à quelqu'un qui ne ta rien fait... hum [plie la bouche]* » on observe aussi une certaine culpabilité ; « *si j'avais fui, je ne serai pas là aujourd'hui.* » C'est quand on lui a posé la question de savoir comment ça ? Elle nous rappelle alors tout ce qu'elle a vécu. Tout en

spécifiant que pardonne moi, je vais t'appeler mon fils, tu as presque son âge à te voir, il est en Belgique. (Besoin inconscient de revoir son fils, elle le projette sur moi, mécanisme de défense pour apaiser la tension et réussir le transfert).

Elle nous fait alors savoir que son mari serait mort Mars 2022. Elle aurait alors été accusée par sa belle-famille de l'avoir tué pour manger l'argent seul, comme sur les 9 enfants qu'elle a tout le monde est en Europe. Sa belle-famille lui aurait alors promis de la faire souffrir toute sa vie. Elle nous affirme avoir fait le deuil à Ebolowa, et avoir reçu chaque frère et sœur de son mari avec une enveloppe de 100 000 FRC chacun. Au retour du deuil en Juin comme il a été enterré en Mai, c'est là où son calvaire aurait commencé. « La sorcellerie » dit-elle. (Victimisation, angoisse de persécution). Plus tard, elle serait tombée malade en Juillet et s'est rendue dans un hôpital à Awaie, où elle a fait deux semaines. Un jour en rentrant à la maison, en montant les escaliers, quelque chose aurait piqué son tibia elle aurait alors senti très mal sur le coup, mais après à négliger. Deux semaines après son pied a gonflé il y'avait des petits boutons, surprise, en retournant à l'hôpital où elle a fait les examens, on lui dit qu'elle est en hypoglycémie, « *j'étais surprise mon fils*, ». (Moi impréparé) On lui aurait prescrit du sucre et des remèdes et elle serait rentrée. En Mi- Aout, elle serait rentrée à Ebolowa car elle se disait que son pied était mystique. Là-bas, elle aurait chuté et se serait évanouie à L'hôpital. Là-bas, le médecin a dit en regardant les boules et les blessures a dit qu'il s'agit d'une gangrène. Regardant son pied à ce moment, elle a rechuté et s'est réveillée à l'hôpital général. (Choc émotionnel). Où elle a été hospitalisée quelque temps après son réveil, elle a ajouté « *on m'a dit qu'il s'agit d'une gangrène et que à ce stade, on ne peut qu'opérer si non suite à ces complications, mon pied va pourrir, je pourrais mourir, je n'y croyais pas, j'étais choqué, j'ai pleuré toute la nuit demandant à Dieu pourquoi ?* » (Déni). Sur le coup elle aurait refusé. Elle aurait aussi été choquée au point où elle est allée en Réanimation faire deux semaines et est allée deux fois, elle aurait alors été proche de la mort (Rencontre réel manquée de la mort.) « *Je savais que j'allais mourir...* ».

A son réveil, elle avait un tuyau à la gorge, du pu sortait de sa gorge avec des asticots sur son pied, elle a encore rechuté et fait un mois. [Pleure encore et n'arrive plus à parler, j'ai dû me rapprocher pour la calmer encore et la soutenir]. (Douleur psychique, tristesse, souffrance psychique). Elle ajoute : « *c'est très dur, ce n'est pas facile mon fils [essuie son visage], je ne comprends pas comment les choses sortaient de moi, étais-je devenu une sorcière ?* ». Après ce moment de questionnement elle accepte enfin l'amputation, parce que

son petit frère lui aurait promis une prothèse. D'où son amputation le 16 Décembre 2022. Et son hospitalisation le 27 février 2023 pour appareillage au CNRPH.

Un autre fait marquant selon elle c'est quand son beau-frère, le petit frère de son mari est venu lui demander pardon car ils lui auraient fait cela lors de l'enterrement de son mari, lui par contre se serait opposé, mais son point de vue ne comptait pas trop, au départ, c'était un de ses enfants qu'on voulait, mais comme il n'y avait personne de ses enfants le jour de l'enterrement on a décidé de la tuer, mais apparemment ça a raté [pleure]. Elle me demande alors comment va-t-elle faire le jour où ils vont se revoir ? (Évitement). Elle fait donc le lien entre son sa maladie, son amputation et le sort qui lui a été lancé, ce qui traduit le fait que malgré son diabète, elle aurait fait environ un mois pour cicatriser, ce qui a étonné les médecins, sa plaie a très vite cicatrisé.

✓ **Sur le plan somatique**

Il s'agit d'un ensemble d'un ensemble de symptômes ou plaintes physiques pour lesquels on ne retrouve des lésions organiques et les examens médicaux sont négatifs.

Madame jolie se plaint beaucoup plus de fatigue alors qu'elle ne fait aucune activité intense si ce n'est les séances de kinésies thérapies qu'elle a une fois par jour, cette fatigue dure depuis plus d'un mois chez elle avant même les séances, à cet effet elle se confie et dit :

« Je dors beaucoup dès que la nuit tombe déjà, je me couche dès 17h, je me réveille seulement à 7h30... hum [sourit]... Les samedis je dors toute la journée, j'ai toujours sommeil. » (Asthénie).

Elle se plaint aussi des douleurs au niveau de la jambe amputée comme si elle était présente, *« parfois ça démange, ça picote ou je ressens des pincements. J'ai mal au pied comme si la jambe-là était toujours là, parfois je ressens cette jambe et je prends appui sur ça quand je descends du lit, c'est quand je tombe que je me rappelle. » (Douleur du membre fantôme).*

✓ **Sur le plan cognitif**

Le patient 1 revit pas la scène lors de l'entretien d'où les pleurs, elle vit ses évènements au moment où elle rapporte les faits. Madame jolie qui dit :

« Quand je repense, c'est comme si ça s'est produit hier hier... ça me fait mal... » (Reviviscence) [Pleure],

« C'est dans ma tête, je fais tout pour ne plus y penser mais je n'y arrive pas. » (Idées obsessionnelles)

On note aussi une hyper vigilance chez madame jolie toujours,

« Jusqu'aujourd'hui, je contrôle et fait très attention à ce que je mange. »

Madame jolie notifie aussi faire des cauchemars : *« parfois quand je dors, je vois mon mari. Mais je ne me rappelle pas bien de ce qu'il vient faire » (rêves, cauchemars).*

✓ **Sur le comportemental**

Au-delà des cauchemars, on note la présence des troubles de sommeil principalement l'hypersomnie elle nous dit dormir de 17h à 7H30, à l'heure du petit déjeuner, après les thérapies avec le kinési thérapeute à 10 h, elle rentre et dort dans sa chambre. Il s'agit alors de l'asthénie, qui se traduit chez elle par une la tendance à rester alité. Ses pleures traduisent son état de tristesse et s'agissant de l'affection dans leur vie quotidienne, on note chez Madame jolie des conflits avec sa belle-famille, la non prise de ses fonctions cette année. Aussi, la baisse du tonus de vie pourrait être l'expression d'une dépression essentielle.

✓ **Stratégies de survie**

Madame jolie développe plusieurs stratégies de survies,

On note un évitement caractérisé par le fait qu'elle a toujours tendance à remettre tout sur Dieu, à chaque question, elle recentre sur Dieu et en récitant les versets bibliques. *« Dieu a voulu que ce soit ainsi alors, j'accepte... Tout concours au bien de ceux qui aiment Dieu... Derrière la croix se cache la gloire... »* Il s'agit aussi d'un raisonnement morbide, en remettant tout sur Dieu, la tension psychique est alors baissée et elle se sent soulagée. Par la suite il s'agit aussi d'une sublimation. Ce qui lui permet de se couper de cette expérience pour parler c'est la musique... *« Quand ça me fait très mal, je pleure et je chante. Mon Dieu plus près de toi. »* Elle se sent soulager avec ce chant. Le dernier élément est le fait de trop dormir, il s'agit alors d'un évitement comportemental qui prend la forme de comportement comme l'isolement qui permet de panser ses blessures.

L'autre défense est le déni, au départ, à l'annonce de son amputation, elle a refusé et ne croit pas *« on m'a dit qu'il s'agit d'une gangrène et que à ce stade, on ne peut qu'opérer si non suite à ces complications, mon pied va pourrir, je pourrais mourir, je n'y croyais pas, j'étais choqué, j'ai pleuré toute la nuit demandant à Dieu pourquoi ? »*

2. Perte du schéma et de l'image corporelle

S'agissant de cet élément, nous présenterons tour à tour, le changement dans la perception du corps suite à l'amputation, la perception et le vécu du corps propre, l'estime de soi, l'identification aux mots et la relation aux objets,

Concernant le changement dans la Perception du corps suite à l'amputation, on constate chez madame jolie une altération dans l'image de soi, elle ne se voit plus comme créée par Dieu au départ, à cet effet, elle affirme : « *Dieu m'a créé avec mes quatre membres, j'étais bien, maintenant j'ai perdu le pied droit, tu penses que je me vois comment* » (trouble de l'image de soi). Elle ajoute : « *au lieu de quatre, j'ai maintenant trois* ». L'amputation a donc créé chez elle une image pathologique de sa personne. Par la suite elle dit : « je ne suis plus belle » ...

S'agissant du vécu du corps propre et du contrôle de son corps, on note, un trouble d'adaptation avec ce nouveau corps effracté, elle ne maîtrise pas encore ce corps et semble ne pas avoir commencé le travail d'acceptation, et de deuil du membre elle dit « *parfois ça démange, ça picote ou je ressens des pincements. J'ai mal au pied comme si la jambe-là était toujours là, parfois je ressens cette jambe et je prends appui sur ça quand je descends du lit, c'est quand je tombe que je me rappelle.* » Elle se rend donc compte que dans son psychisme le pied est encore là, elle n'a pas encore intégré cette perte, d'où la présence du membre fantôme.

Pour l'estime de soi, on note une baisse de son estime, un changement qui nous laisse comprendre que, avant elle avait une haute estime d'elle-même et maintenant, ce n'est plus le cas, elle dit : « *Mon fils, j'étais belle, je marchais avec les talons, au travail, j'étais toujours nyanga... la dernière fois, ma collègue est venue et m'a dit que : « ma copine tu as maigri hum... Hum.* ».

Cette même estime et image d'elle sont dues aux mécanismes d'identification aux dires de ses collègues qui lui disent qu'elle a perdu du poids. Elle ajoute même « *si tu vois mes photos d'avant eh, tu ne vas pas me reconnaître.* »

Les deux éléments vécus du corps, et estime de soi montrent la difficulté d'acceptation du corps modifié. Son modèle interne représentatif est celui d'une femme créée au départ avec ses quatre membres, mais maintenant elle n'en a que trois membres. « *Dieu m'a créée avec mes quatre membres, j'étais bien, maintenant j'ai perdu le pied droit, tu penses que je me vois comment ?* »

3. Reconstruction perceptive du corps

Les données collectées chez madame jolie pour la reconstruction perceptive de son corps nous laissent entrevoir quatre éléments dans son processus de réconciliation d'avec le corps.

Pour surmonter ceci, ses frères l'encouragent beaucoup, elle est la seule fille parmi les Sept enfants et est au pays seulement avec son petit frère qui a promis de lui donner une prothèse, raison de son hospitalisation au CNRPH, pour rééducation fonctionnelle, aussi, sa famille restreinte, enfants et frères l'aident et jouent le rôle de support d'étayage, elle note que chaque matin, elle cause avec ses enfants par téléphone et ses frères auraient dépensés près de deux millions depuis son hospitalisation. La relation familiale est alors suffisamment bonne et l'aide à se reconstruit.

Elle remet tout entre les mains de Dieu et accepte sa situation (évitement). On note alors l'effet de sa croyance lorsqu'elle dit « *derrière la croix se cache une grande gloire, tout concoure au bien de ceux qui aiment Dieu, Dieu a voulu alors j'accepte.* » Dans le processus de réappropriation et acceptation de son corps, c'est sa foi qui lui permet d'accepter cette nouvelle identité.

L'appareillage l'aide aussi puisque selon elle c'est la seule raison pour laquelle elle a accepté d'être amputée et elle attend que les séances de kinésies thérapies finissent pour avoir sa prothèse.

Avec le psychologue, les thérapies corporelles l'ont aidé à intégrer l'image qu'elle a d'elle-même et à se reconstruire une nouvelle identité

« Quand je me vois au miroir j'accepte que ce soit arrivé, la première fois quand on me disait de décrire celle que je voyais je pleurais, aujourd'hui je n'ai pas pleuré. le psychologue m'a beaucoup aidé dit-elle, « *aujourd'hui ça va un peu sauf que je me questionne que ferais-je quand je reverrais ma belle-famille. Ceux qu'ils m'ont fait ça.* »

4.1.2 Présentation de l'entretien individuelle avec le patient 2

- **Données idiographiques**

Nom de code : Monsieur Lajoie

Sexe : Masculin

Profession : Chauffeur de camion (Démarcheur)

Religion : Animiste

Ethnie : bamiléké

Age : 55 ans

Nombre d'enfants : 5

Rang dans la fratrie : 3/6

Niveau d'amputation : Amputation transtibiale

Temps mi depuis l'amputation : 5 ans

Lieu de l'entretien : Salle 2, pavillon homme du CNRPH

Date de l'entretien : 12 Mars 2023

Motif d'hospitalisation : Pansement de plaie diabétique, suivi psychologique pour addiction à l'alcool.

Tableau 5 : Fiche individuelle d'observation de monsieur Lajoie

Items observés	CODES	1	2	3
1) Vécu traumatiques et amputation	P			
- Vécu sur l'axe de la souffrance				X
- Vécu sur le plan somatique		X		
- Vécu sur le plan cognitif				X
- Vécu sur le plan comportemental				X
- Affection dans la vie quotidienne				X
- Stratégies de survies			X	
2) Perte du schéma et de l'image corporelle	S			
- Changement dans la Perception du corps suite à l'amputation			X	
- Perception et vécu du corps propre			X	
- Estime de soi				X
- Difficultés d'accepter le corps modifié			X	
- Identification aux mots et relation aux objets			X	
- Modèle interne représentatif et sens proprioceptifs			X	
3) Reconstruction perceptive du corps	Y			
- Réajustement dans la perception du corps				X
- Acceptation et Travail de réconciliation d'avec le corps				X
- Rôle de la famille et qualité de la relation				X
- Rôle des praticiens		X		
- Statut social et réajustement de la perception				X
- Identifications aux mots de l'entourage			X	

▪ **Commentaire analytique avec le patient 2**

Les données idiographiques du patient 2 montrent que le patient est de sexe masculin, d'obédience animiste. Il est chauffeur de formation et travaille maintenant comme

démarcheur. Il a été hospitalisé pour prise en soins de plaie diabétique et du haut de ses 55 ans et de son handicap il réussit quand même à se retrouver dans une autre salle que celle qui l'accueille.

1. Vécu traumatiques et amputation.

Tout comme chez madame jolie, le vécu traumatique chez Monsieur Lajoie a généré un choc émotionnel suivi d'une impuissance, le vécu se décline sur plusieurs plans, le plan le plan somatique, cognitif et comportemental, ce qui a eu un impact sur sa vie, néanmoins, nous ressortirons ses stratégies de survies.

✓ Vécu sur l'axe de la souffrance.

Chez Monsieur Lajoie, cette souffrance et impuissance se traduit lorsqu'il affirme : « *Quand j'ai vu ma femme pleurée je ne savais pas quoi lui dire...* » Il ajoute ;« *J'étais triste, je ne pouvais rien lui dire.* » (Sentiment d'impuissance) ce sentiment se traduit alors par son incapacité à parler à sa femme qui pleure et cela l'a aussi plongé dans les pleurs plus tard. On note aussi la présence chez lui de plusieurs autres affects négatifs. Tel que les sentiments de culpabilité, les sentiments de tristesse. Pour, lui son amputation est une punition des dieux (Angoisse de persécution). En effet, il ne s'entendait pas avec sa femme. (Conjugo-pathie) qui se plaignait toujours de lui, de ses virés nocturnes, de sa qualité d'ami, il signale qu'il l'aurait même battu un jour et elle lui a dit, les « *dieux vont te rendre ça au centuple* » (efficacité symbolique). Il aurait continué de marcher avec eux jusqu'au jour où étant malade, il décide se rendre à l'hôpital en 2012 ou il a été diagnostiqué du diabète, on lui a alors interdit la consommation de l'alcool et de la cigarette ce qui crée déjà une altération de l'image de soi. Il aurait alors dit à ses amis qui ont répondu que on va tous mourir, peu importe que tu boives ou pas, il aurait alors continué mais en prenant les remèdes indigènes dont il ne respectait pas les doses.

En 2017 plus tard, un soir il cassait les cailloux chez lui , voulant arranger sa route, un cailloux l'a cogné au tibia et directement ça s'est mis à saigner mais ça ne faisait pas mal, de jour en jour la douleur s'augmentait au point où il pleurait souvent, on faisait le pansement mais ça ne finissait pas, on lui a même dit que c'était mystique, il est allé au village faire certains rites même jusque-là aucune solution, la plaie devenait de plus en plus grande et profonde, le pu sortait de la « *je n'arrivais plus à marcher* » [main sur le visage](tristesse). Dit-il. Sa grande sœur l'aurait même amené chez un pasteur qui a dit lors de sa prédication que « *je vois une personne que quand il dort, ses amis le poussent dans un trou chaque fois,*

on veut le tuer. Que cette personne se lève. » (Sentiment de honte). Il ne se serait pas levé par peur du regard des autres, il faisait ces rêves répétitivement. Ça confirmait alors ce qu'il croyait : « *c'était mystique cette blessure inguérissable* ». (Angoisse de persécution). « *J'avais aussi très peur qu'un jour on me dise qu'on va m'amputer car mon pied pourrissait déjà* » (Anxiété).

Pendant un an et demi, il aurait gardé cette plaie en faisant les pansements et en se faisant suivre par un tradipraticien qui l'aurait aidé à avoir les enfants. Plus tard à cause de sa maladie dont il ne prenait plus bien soins il a été hospitalisé à l'hôpital central, ou on lui aurait dit qu'il y a des métastases, et que la seule solution serait l'amputation. Il dit « *je ne croyais pas, j'ai refusé immédiatement* » (dénier). Après une semaine et demi on lui aurait dit que s'il ne veut pas qu'il rentre chez lui. Sa femme lui a demandé d'accepter. Il a accepté (Négociation et acceptation). Et a été amputé en septembre 2018. Quand on lui demande ses ressentis après l'amputation, il dit qu'il n'avait mal pas parce qu'il a perdu une jambe, mais parce qu'il aurait perdu son travail, (Fuite, raisonnement morbide.) « *Ce qui me faisait plus mal c'est que je venais de perdre mon travail, j'avais déjà dépensé toutes mes économies, qu'est-ce que ma vie devait devenir après l'amputation...* » [Transpiration soudaine] (angoisse, inquiétude).

Aussi aurait-il commencé à être triste le jour où il a vu sa femme pleurée quand il s'est réveillé d'un sommeil. « *J'étais triste, je ne pouvais rien lui dire.* » (Sentiment d'impuissance et tristesse). « *Quand elle est allée chercher ma sœur qui venait me rendre visite, j'ai pleuré à mon tour. Celle que j'avais frappé, qui me prévenait de mes comporte.... Comportements, mes ancêtres m'avaient puni* » (tristesse, Culpabilité, regret, évitement).

✓ **Sur le plan cognitif**

« *À un certain moment, je réfléchissais beaucoup que ma tension avait augmenté, je ne dormais plus, on m'a donné des comprimés ça à marcher pour trois jours environ, mais après ça n'avait plus d'effet, je restais éveillé, toute la nuit, je tournais au lit... j'ai fait près d'une semaine sans sommeil...* » (Trouble de sommeil, cauchemars, insomnie, hypersensibilité) à la question qu'est-ce qui vous faisait réfléchir ? Il répond : « *tout, ce que j'allais devenir, ma famille comment est-ce qu'on devait vivre, mon amputation, c'était difficile, je voulais oublier, quand je disais à ma femme que je veux la bière elle refusait et on faisait même les problèmes ici à l'hôpital.* » (Trouble de la pensée, reviviscence, stress, dépendance à l'alcool). Dans son vécu traumatique, on note aussi un certain trouble de l'humeur quand il nous signale

que de fois il ne voulait pas qu'on touche son pied lors des pansements, il était nerveux, surtout quand il voyait les stagiaires ou quand les gens étaient nombreux dans sa salle lors des rondes. (Agressivité).

Monsieur Lajoie révèle que ;

« Ça me fait beaucoup réfléchir, je ne veux pas qu'on m'ampute, je suis trop inquiet, une fois j'ai rêvé que le Dr...M'a emmené au bloc opératoire et m'a dit on doit couper ça, je me suis réveillé en sursaut et en tremblant, mon cœur battait vite. Ça me fait penser à quand j'étais à l'hôpital central... je regarde parfois ma plaie comme, parfois c'est comme si ça diminue, parfois, c'est comme si ça ne bouge pas. » Son hyper vigilance se traduit par le sursaut, le fait de regarder constamment sa plaie. Ce cauchemar intense traduit aussi le syndrome de répétition, une façon de revivre la scène de son amputation.

✓ **Sur le plan Somatique**

Chez Monsieur Lajoie, on note une certaine nervosité accompagnée de transpiration lorsqu'il parlait de son avenir incertain, il dit ;*« Ce qui me faisait plus mal c'est que je venais de perdre mon travail, j'avais déjà dépensé toutes mes économies, qu'est-ce que ma vie devait devenir après l'amputation... »* [Transpiration soudaine].

Aussi se plaint-il des céphalées qui commençaient seulement en soirée, ce qui est l'expression d'une tension psychique. *« En soirée quand je voulais déjà dormir, j'avais souvent mal à la tête... depuis un certain temps, ça revient surtout quand je réfléchis beaucoup sur mon second pied, le pied Gauche »*

✓ **Sur le plan comportemental**

Il est plongé dans des cauchemars très fréquents qui génèrent une certaine souffrance chez lui. On note aussi, les troubles de sommeil principalement les sommeils agités et les cauchemars comme données collectées principalement chez Monsieur Lajoie. Il dit : *« Le pasteur a dit lors de la prière je vois une personne que quand il dort, ses amis le poussent dans un trou chaque fois, on veut le tuer. Que cette personne se lève... Je ne me suis pas levé parce que j'avais peur du regard des autres... Je faisais ces rêves plusieurs fois »* (Cauchemars). C'était la période où il craignait beaucoup d'être amputé. Il signale aussi que :

« À un certain moment, je réfléchissais beaucoup que ma tension avait augmenté, je ne dormais plus, on m'a donné des comprimés ça à marcher pour trois jours environ, mais après ça n'avait plus d'effet, je restais éveillé, toute la nuit, je tournais au lit... j'ai fait près d'une semaine sans sommeil... », Affirme-t-il, Traduisant ainsi, un sommeil agité et des insomnies.

On a aussi enregistré une certaine hostilité et agressivité « Je n'aimais pas quand les stagiaires me faisaient les pansements... j'étais gêné quand on faisait la ronde surtout quand il y avait trop de personne dans la salle là, une petite salle remplie de gens... ça m'énervait..., parfois je faisais comme si je dormais pour qu'on me saute. »

Dans son discours, nous avons également noté quelques une conduite addictive à l'alcool, dont il en avait largement besoin « Je voulais oublier, quand je disais à ma femme que je veux la bière elle refusait et on faisait même les problèmes là-bas à l'hôpital. » (conjugo-pathie, évitement comportemental, besoin de baisser une tension).

✓ **Affection sur la vie quotidienne**

Suite à son amputation, il a perdu son travail, il a perdu le contact avec ses amis, « mes amis ne m'appellent plus », (Sentiment d'abandon). Par ailleurs il serait passé par ce moment pour se réconcilier avec sa femme et aurait trouvé un travail bien portant.

✓ **Stratégies de survie**

L'une des principales défenses chez Monsieur Lajoie « mes amis ne m'appellent plus ... j'ai compris que les vrais amis c'est la famille... J'ai même plus envie d'être en relation avec eux. » Il s'agit là d'un évitement affectif,

Monsieur la joie a souvent voulu faire faire recours à la bière pour se soulager, il affirme : « je voulais oublier, quand je disais à ma femme que je veux la bière elle refusait ». L'utilisation de la bière, l'aiderait alors à mieux se sentir et à favoriser son sommeil. Il s'agit de l'évitement comportemental.

Enfin, il est dans une identification projective quand il dit : « quand je voyais de regard triste envers moi, j'étais triste, aussi les regards de pitié, surtout quand ma femme me regardait tristement, parfois c'est comme si elle avait pitié de moi, ça faisait aussi que je me voyais comme une charge pour elle. », ce qui le protège contre l'anxiété causée par ses propres sentiments.

2. Perte du schéma et de l'image de soi

La perception qu'il a de lui aurait changée suite à son amputation qui a eu un très grand effet sur son estime de soi, il nous révèle qu'il était très orgueilleux et ne parlait pas à n'importe qui (Haute estime de soi, forte appréciation de soi). Quand il arrivait même à l'hôpital au début, il refusait que les stagiaires le touchent. Il avait assez d'argent, aujourd'hui il serait devenu comme un petit à cause de son amputation (baisse de son estime de soi, dépréciation, dévalorisation) et ses anciens amis l'auraient abandonné, personne ne l'appelle. (Sentiment d'abandon).

Quant à son image de soi, il dit maintenant ça va j'ai déjà accepté, c'est avant que ça me dérangeait : « *quand je voyais de regard triste envers moi, j'étais triste, aussi les regards de pitié, surtout quand ma femme me regardait tristement, parfois c'est comme si elle avait pitié de moi, ça faisait aussi que je me voyais comme une charge pour elle.* » (Relation fusionnelle entre lui et sa femme, identification projective) quand elle est triste, ça se transfère sur lui, et il le devient, on note alors la une altération de son image de soi.

Sa nouvelle image et amputation serait aussi due à ses croyances, il se voyait comme un puni des dieux, il note qu'un jour sa femme lui aurait dit : « *Tu vois ou ta vie nous a mené norh ?* », « *Je repensais aux paroles quelle m'avait dite, mes ancêtres étaient fâchés contre moi ?* » (Culpabilité, raisonnement morbide, projection).

3. Reconstruction perceptive du Moi-Corps

Ce qui l'aurait aidé lors de la reconstruction perceptive de son corps et à la construction de sa nouvelle identité est son nouveau statut social, en 2020 ; il a pu trouver un travail qui paye bien plus que le travail de chauffeur, il est maintenant démarcheur des voitures, des terrains et des maisons. Travail qui lui permet de s'occuper de sa famille, (réparation narcissique).

Aussi sa femme est d'une importante capitale pour lui, elle l'a beaucoup assisté, il a vu un couple se séparer dans sa salle d'hospitalisation, un patient qui venait de faire l'accident et a perdu ses deux jambes, or sa femme, elle a toujours été présente. Bien qu'il y eût souvent les problèmes, elle le reconfortait souvent, il lui a même demandé pardon « *j'ai compris à travers tout ça que tes vrais amis c'est ta famille, je me suis réconcilié avec elle.* » (Son support d'étayage, fonction phallique).

Il n'a pas eu à travailler avec un psychologue, car à l'hôpital central, il y en n'a pas. Précisons qu'il est hospitalisé depuis janvier au CNRPH pour son pied gauche, à cause d'une autre plaie qui serait survenue, il dit ne savoir comment. (Inquiétude). Il a constamment peur qu'on lui dise qu'on va l'opérer et amputé (inquiétude, anxiété). « *Ça me fait beaucoup réfléchir, je ne veux pas qu'on m'ampute, je suis trop inquiet, une fois j'ai rêvé que le Dr ...M'a emmené au bloc opératoire et m'a dit on doit couper ça, je me suis réveillé en sursaut et en tremblant, mon cœur battait vite. Ça me fait penser à quand j'étais à l'hôpital central...* » (Retour du refoulé, flash-back, impuissance, répétition.).

Contrairement à madame jolie, il n'aurait pas eu trop de difficulté à accepter la perte de son membre et en a tiré même des bénéfices, puisque par là il a eu un autre travail qui paye bien, aussi, l'appareillage de son pied droit l'a aidé à mieux se sentir, son seul problème actuellement serait son pied gauche malade et a peur que ça n'arrive à une amputation.

4.1.3. Présentation de l'entretien individuelle avec le patient 3

- **Données idiographiques**

Nom de code : Monsieur Bobo

Sexe : Masculin

Profession : Agriculteur

Religion : protestant (EEC)

Age : 62 ans

Rang dans la Fratrie : 1/5

Nombre d'enfants : 7

Niveau d'amputation : Amputation Transtibiale

Temps mi depuis l'amputation : 3 Ans

Lieu de l'entretien : Salle 4, pavillon Homme du CNRPH

Date de l'entretien : 09 Mai 2023

Motif d'hospitalisation : Appareillage

Tableau 6 : Fiche individuelle d'observation de monsieur bobo :

Items observés	CODES	1	2	3
1) Vécu traumatiques et amputation	P			
- Vécu sur l'axe de la souffrance			X	
- Vécu sur le plan somatique			X	
- Vécu sur le plan cognitif		X		
- Vécu sur le plan comportemental			X	
- Affection dans la vie quotidienne			X	
- Stratégies de survies			X	
2) Perte du schéma et de l'image corporelle	S			
- Changement dans la Perception du corps suite à l'amputation			X	
- Perception et vécu du corps propre		X		
- Estime de soi			X	
- Difficultés d'accepter le corps modifié			X	
- Identification aux mots et relation aux objets			X	
- Modèle interne représentatif et sens proprioceptifs			X	
3) Reconstruction perceptive du corps	Y			
- Réajustement dans la perception du corps				X
- Acceptation et Travail de réconciliation d'avec le corps			X	
- Rôle de la famille et qualité de la relation			X	
- Rôle des praticiens		X		
- Statut social et réajustement de la perception				X
- Identifications aux mots de l'entourage		X		

▪ **Commentaire analytique avec le patient 3**

Les données idiographiques du patient 3 montrent que le patient est de sexe masculin, d'obédience protestante. Il est de profession agriculteur. Il a été hospitalisé pour un diagnostic d'appareillage et du haut de ses 62 ans et de son handicap il réussit quand même à se retrouver dans une autre salle que celle qui l'accueille.

1. Vécu traumatiques et amputation.

Concernant le vécu traumatique de monsieur Bobo, nous soulignons quatre éléments parmi lesquels Six points parmi lesquels ; le choc émotionnel et impuissance traduisant la souffrance, le Vécu sur le plan somatique, le vécu sur le plan cognitif, le vécu sur le plan comportemental, affection dans la vie quotidienne et les stratégies de survies.

✓ Vécu traumatique sur l'axe de la souffrance,

L'amputation a généré chez ce patient, une grande souffrance et un sentiment d'impuissance qui se traduit chez lui alors par le fait qu'au réveil de son anesthésie il n'a pas eu le courage de regarder son pied, il ne se sentait pas près de regarder il affirme : « *je n'avais pas le courage de regarder mon pied, j'avais peur* » (sentiment d'impuissance, évitement). A côté de ça, on note d'autres émois tels que la peur, il affirme : « *j'avais peur, mon cœur battait très vite.... Je n'avais pas de courage.* » (Peur, effroi), on note aussi la présence d'un sentiment de tristesse quand il dit : « *Je pleurais souvent, quand j'étais seul, mon enfant n'a jamais su* » (tristesse et honte). On note aussi une rencontre manquée avec la mort, « *les gens m'ont dit que c'était la sorcellerie, qu'on m'a lancé ça, parce que l'oncle de mon père était mort avec une blessure inguérissable, ce qui a fait que quand j'ai fait les rites ça n'a pas marché, je croyais que j'allais mourir.* » Il regrette également après son amputation, par ce qu'on lui aurait conseillé d'aller à l'hôpital quand ça se compliquait, mais il aurait refusé pour aller voir magne si. Il dit : « *si je savais... Je commençais même d'abord à l'hôpital, [tsuips], j'ai dépensé mon argent chez Magne si.* » [Forte respiration, secoue la tête]. » (Regrets, tristesse.)il nous précise aussi de la souffrance dont il aurait fait face pendant son hospitalisation, « *ce n'est pas facile, au départ je ne m'adaptais pas.* » (Trouble d'adaptation), « *mon pied faisait un genre, il n'y avait rien, mais, c'est comme si... bref, je ressentais mon pied... ça me faisait souffrir... maintenant ça va c'est le passé* »

En effet, il a été diagnostiqué du diabète à l'âge de 43 ans, mais continuait son travail à Bagangté dans la plantation d'une très haute personnalité de ce pays, un jour en défrichant la machette l'a coupé au tibia, la blessure était profonde, là, c'était sept ans après le diagnostic de sa maladie. Comme sa belle-sœur est infirmière, c'est elle qui lui faisait les soins, malgré ce là, elle n'avait pas le produit adapté (l'eau oxygénée), avec le temps, la blessure s'est compliquée, près de 6 mois, ça ne changeait pas ça s'aggravait. Il a alors ajouté à cela les remèdes indigènes, près de 4 mois. Les gens lui auraient dit que c'est la sorcellerie, et l'oncle de son a eu la même blessure et il est mort de la même manière, il faudrait qu'il aille faire les

rites pour briser la malédiction, chose due. Ce qui n'a rien changé, il a alors eu peur, son fils étant médecin militaire à l'hôpital militaire, il serait alors monté à Yaoundé pour se faire suivre par le chirurgien. La en 2020, on lui aurait dit que la blessure est infectée et que même l'os est touché. Après des prises en charge, on l'a envoyé à l'hôpital central là le professeur... a dit qu'on doit l'amputé, le pied était tout pourri, on lui a dit et il a d'abord refusé, « j'ai dit : *jamais, le pied de qui, je vais mourir comme mon oncle. [Donne le nom]. Mes enfants ont dit que j'accepte... J'ai alors accepté et le 19 Février 2020, on m'a alors opéré.* » Dit-il.

A son réveil, il n'aurait pas eu le courage de regarder son pied (impuissance) au point où son cœur battait si vite, il aurait eu des moments où il pleurait (tristesse) mais en cachette (isolement, honte). Aussi sa femme serait morte quelques temps après que la complication de son pied ait commencé, il aurait alors été déçu par ceux qui l'accusaient d'avoir tué sa femme, ils m'ont dit que : « *tu as trempé tes mains, ta condition a raté, c'est pour cela que ton pied pourri, maintenant tu as vendu ta femme pour te sauver.* » il ajoute, « *quand on m'a touché le pied, j'ai repensé à ça, ma femme n'est pas là, je me sens seul... Certes mes enfants prennent soins de moi mais pas comme elle le faisait* » (sentiment d'abandon). Il est hospitalisé au CNRPH pour l'acquisition d'une prothèse cette année, il est entré le 09 Mai 2023 et a trois semaines à faire pour la rééducation.

✓ **Sur le plan somatique,**

Il est question des symptômes ou plaintes physiques qui expriment un dysfonctionnement psychique et dont l'étiologie ne pourrait médicalement être expliquée.

Monsieur bobo présente quelques manifestations physiques qui témoignent d'un déséquilibre psychique, comme la tachycardie quand il affirme : « *mon cœur battait vite...* » (Angoisse). Il nous précise aussi qu'au départ il était fatigué, il aimait rester couché (alidité). Il précise aussi des douleurs à la tête : « *ma tête chauffait et faisait mal, pendant près d'une semaine, ça tournait, les oreilles faisaient un genre... Comme si ...* » (Étourdissement).

D'autres douleurs comme le mal gastrique qui aurait commencé après son amputation. Au niveau du contrôle sphinctérien, il aurait fait plus d'un moi sans aller faire les sels. (Blocage inconscient, traduisant un trouble d'adaptation), à cet effet il dit : « *j'ai fait un moi, le médecin m'a même donné les remèdes, j'ai même pris certains remèdes puissant indigène mais je n'allais pas aux sels.* » (Trouble du contrôle sphinctérien)

✓ **Sur le plan cognitif**

Le patient 3 présenterai une altération de la mémoire, pendant son traumatisme, il ne se rappelle plus exactement du Dr qui le prenait en charge, au service de traumatologie, « *le père-là, j'ai oublié son nom, ... C'était Monsieur qui la.... Il passe à la télé.* »

On note aussi une répétition et une réflexion quant à la présence de sa femme « *Je repense à ma femme chaque jour... Ça me fait mal tout ce qu'on dit, mais je pense à elle* » (obsessions)

Il est également devenu hypervigilant quant aux objets tranchants

« Je fais attention à tout ce qui est couteau, machette et cloue, maintenant je fais tout pour éviter de me blesser »

✓ **Sur le comportemental**

Au-delà des cauchemars, on note des troubles de l'alternance veille sommeil au départ il avait des insomnies ; des difficultés à trouver le sommeil, mais après un certain temps, il a commencé à beaucoup dormir, nous avons collecté cette donnée lorsqu'il a affirmé : « *Au début je ne dormais pas, je n'arrivais pas à trouver le sommeil... Mais après un temps, je dormais beaucoup, mais je me sentais toujours fatigué* » (insomnie, hyper somnolence, asthénie, anhédonie). Je n'aimais pas quand mes enfants me nettoyaient (honte, complexe)

S'agissant de l'affection dans leur vie quotidienne, on note chez ce patient-là, le sentiment de solitude, il a retrouvé son travail.

Monsieur Bobo est plus dans l'évitement comportemental, il évite de faire les sels parce qu'il ne veut pas être une charge pour ses enfants. Aussi, sa famille l'aide car ses enfants étaient très présents à ses côtés durant cette étape ; Il dit : « *j'ai vu le visage des gens que je suis devenu sorcier jusqu'à ils m'évitent quand je rentre à bagangté... Moi aussi je les évite. Est-ce que moi je souffre ?* »

2. Perte du schéma et de l'image corporelle

S'agissant de cet élément, nous présenterons tour à tour, le changement dans la perception du corps suite à l'amputation, la perception et le vécu du corps propre, l'estime de soi, l'identification aux mots et la relation aux objets,

Concernant le changement dans la Perception du corps suite à l'amputation, on constate chez lui que son image n'est pas assez altérée, certainement à cause de la préparation qu'il aurait eu par ses enfants qui l'ont conseillé et aidé. Il dit : « *non oh, ça ne m'a pas trop dérangé, on m'a expliqué pourquoi il fallait qu'on coupe et mon garçon comme il est médecin, il m'a expliqué... Mon problème était seulement ma femme* ».

S'agissant du vécu du corps propre et du contrôle de son corps, on note, un trouble d'adaptation avec ce corps il dit : « *ce n'est pas facile, au départ je ne m'adaptais pas.* » (Trouble d'adaptation), il ne maîtrise pas encore ce corps et semble ne pas avoir commencé le travail d'acceptation, et de deuil du membre elle dit « *c'était un genre-là, je reste comme ça c'est comme si mon pied est là... mais quand je regarde, il n'y a rien* » Psychiquement le pied » est encore présent. (Membre fantôme).

Pour l'Estime de soi, on note une baisse de son estime, un changement dû à ce qu'on dit de lui à baganté; « *Je suis devenu le sorcier norh...* ». Les deux éléments antérieurs, sur le vécu du corps, et l'estime de soi montrent la une Difficulté d'acceptation du corps modifié. (*Stigmatisation*)

Son modèle interne représentatif est non objectivé, il dit ah « *je me vois toujours comme un homme norh... La preuve je suis sorti de l'hospitalisation et j'ai même construit les maisons à louer près de chez moi, ça ne m'empêche pas.* »

3. Reconstruction perceptive du corps

Pour surmonter son amputation et reconstruire son image, on constate que chez monsieur Bobo que cela a été possible grâce à ses moyens financiers, « *même après mon amputation moi j'avais toujours mon argent, ça n'a pas changé grand-chose, j'ai toujours l'argent. Mon dernier fils est au Maroc et c'est moi qui lui envoie l'argent maintenant... Ceux qui parlent là ils ont quoi... Je m'en fou d'eux... Moi j'ai déjà situé tous mes enfants* ». (Identification projective)

Aussi ajoute-t-il, « *maintenant je viens me procurer une prothèse qui paye c'est moi-même* » ses enfants l'auraient aussi beaucoup assisté moralement, parfois dit- il « *ils venaient à 7 dans ma chambre et on parlait, on riait ; mes voisins étaient surpris... Ils disaient que ton bataillon est la ... ils prenaient soins de moi.* » (Relation suffisamment bonne, attachement).

L'appareillage l'aide aussi puisqu'avec ça il marchera sans béquille « *la prothèse va beaucoup m'aider à remarcher donc ça va, ça va* ».

Avec le psychologue, Il n'a jamais eu à travailler avec un psychologue.

4.1.4 Présentation de l'entretien individuelle avec le patient 4

▪ Données idiographiques

Nom de code : Monsieur Baba

Sexe : Masculin

Profession : Commerçant

Religion : Musulman

Ethnie : bororo

Age : 49 ans

Nombre d'enfants : 5

Rang dans la fratrie : 4/13

Niveau d'amputation : Amputation Fémorale

Temps mis depuis l'amputation : 02 Ans

Lieu de l'entretien : Salle 1, pavillon homme du CNRPH

Date de l'entretien : 15 Mars 2023

Motif d'hospitalisation : Appareillage

Tableau 7 : Fiche individuelle d'observation de monsieur baba :

Items observés	CODES	1	2	3
1) Vécu traumatiques et amputation	P	X		
- Choc émotionnel et impuissance			X	
- Vécu sur le plan somatique		X		
- Vécu sur le plan cognitif		X		X
- Vécu sur le plan comportemental		X		
- Affection dans la vie quotidienne			X	
- Stratégies de survies		X		
2) Perte du schéma et de l'image corporelle	S			
- Changement dans la Perception du corps suite à l'amputation			X	
- Perception et vécu du corps propre		X		
- Estime de soi			X	
- Difficultés d'accepter le corps modifié		X		
- Identification aux mots et relation aux objets		X		
- Modèle interne représentatif et sens proprioceptifs		X		
3) Reconstruction perceptive du corps	Y			
- Réajustement dans la perception du corps			X	

- Acceptation et Travail de réconciliation d'avec le corps			X	
- Rôle de la famille et qualité de la relation			X	
- Rôle des praticiens		X		
- Statut social et réajustement de la perception			X	
- Identifications aux mots de l'entourage		X		

▪ **Commentaire analytique avec le patient 4**

Les données idiographiques du patient 4 montrent que le patient est de sexe masculin, d'obédience Musulmane. Il est de profession commerçant. Il a été hospitalisé pour appareillage et du haut de ses 49 ans et de son handicap il réussit quand même à se retrouver dans une autre salle que celle qui l'accueille.

1. Vécu traumatiques et amputation.

Le vécu traumatique chez Monsieur baba n'a pas généré un si grand traumatisme ni un sentiment d'impuissance néanmoins cela a eu un impact sur sa vie.

✓ **Vécu sur l'axe de la souffrance.**

Monsieur Baba dit n'avoir été gêné par son amputation, il dit : « *ça ne m'a pas dérangé... J'ai trop négligé ma blessure mon pied était déjà pourri* » il aurait juste eu une petite tristesse, qui pour lui était normal ; « *j'étais un peu triste c'est normal ... Ne plus avoir mon pied droit, même si toi-même on te coupe le pied. Première des choses ça va te rendre triste... J'ai pleuré une fois* », on note aussi une culpabilité chez lui : « *c'est l'os du bœuf qui m'avait blessé au pied, à la cuisse, c'était bien profond on voyait l'os... Alors qu'il y avait mon employé, j'ai voulu me montrer trop gentil et j'ai porté alors que j'étais habillé bien bien* » On lui demande alors s'il n'est pas diabétique, il dit : « *ça fait des années que je suis diabétique* » Il dit ne plus se rappeler de l'année à laquelle il aurait été diagnostiqué. Il ajoute aussi « *je ne gagne pas ma vie bien ? ... Je veux encore quoi ?* ». (Toute irrité). On note aussi un sentiment de solitude et d'abandon, quand il dit : « *Il y'a des amis que j'attendais qu'ils vont même passer me voir rien... Même quand je suis rentré à la maison, ils ne sont jamais passés. Mes amis du marché.... On est là chaque jour.* » Ce qui m'énervait encore c'est quand les gens aiment dire le mot « *achia* ». À la question mais pourquoi ils montrent leur compassion, il répond : quel genre, *le mot la fait croire que je suis devenu un enfant... On dit souvent même ça au bébé... même mes amis du marché la ... Quand ils m'ont vu ils ont dit achia, tous les jours j'entendais le mot là.* » (Sentiment d'infantilisation).

Un autre fait marquant c'est quand il ajoute : « *ce qui m'a fait mal c'est que le marché ne passait plus trop, c'était la période de Corona, et moi je me suis blessé en mai. J'avais trop de problème... On m'attendait avec un argent que j'avais prêté pour ouvrir le salon de coiffure à madame, on m'appelait même quand j'étais hospitalisé... ça me faisait mal, ma tension était même montée le temps-là, je réfléchissais beaucoup.* » (Sentiment d'incompréhension)

Il a été amputé en 15 juin 2021 à l'hôpital à l'hôpital baptiste de Bamenda, il aurait été suivi amener là-bas juste pour l'opération. Et après il serait revenu à Yaoundé suivre les pansements. Aujourd'hui il est au CNRPH parce qu'il a pu garder de l'argent pour avoir une prothèse.

✓ **Sur le plan cognitif**

« *Je ne me rappelle plus de quand on m'a dit à l'hôpital que j'ai le diabète... ça fait depuis des années.* » (Altération de la mémoire). On note aussi quelque reviviscence chez lui quand il affirme : « *je repense souvent quand on a dit qu'on doit couper mon pied. Je me demande s'il n'y avait pas d'autres solutions... Je me dis qu'il pouvait avoir d'autres solutions... ça me vient en tête chaque fois... Mon pied était juste noir c'est vrai mais...* ». Dans son vécu traumatique, on note aussi un certain trouble de l'humeur quand il nous signale qu'il n'aimait pas qu'on lui dise « *achia* ».

Monsieur Baba révèle que ; au début il rêvait souvent qu'il courait, et à deux fois il aurait rêvé qu'il était mort, il se serait alors levé en sursaut « *j'ai rêvé... J'étais au village, on faisait l'enterrement de quelqu'un quand je me suis rapproché pour voir qui ont enterre, je me suis vu dans la terre, Je me suis réveillé tout en respirant fort cette nuit-là... J'ai regardé l'heure, il était 1h, je suis resté éveillé jusqu'au matin...Après il y'avait des jours ou j'avais peur de dormir, c'est comme si c'était réel* » ce cauchemar est lié à son amputation et aux émotions refoulées durant cette période.

On note un raisonnement illogique aussi, au départ il dit que l'amputation n'a pas eu un grand impact sur lui et que ça va ; Il aurait compris pourquoi la nécessité mais aujourd'hui, il dit qu'il pense qu'il pouvait y avoir une autre alternative. Ce deuxième raisonnement montre qu'il n'a pas réellement accepté son état.

✓ **Sur le plan Somatique**

Chez Monsieur Baba, on note un essoufflement après des rêves qu'il faisait, il nous précise aussi une fatigue intense *« il y'a des jours ou je restais couché toute la journée à l'hôpital, je ne voulais pas sortir de la chambre. »* (Anhédonie).

« Parfois j'avais froid, je devenais glacée, pas parce qu'il fait froid à Bamenda le matin mais mes doigts devenaient glacés, c'était bizarre, le froid sortait du dedans de moi. » (Angoisse).

Il nous mentionne aussi avoir eu quelque fois des céphalées, *« j'avais mal à la tête, ce n'était plus l'anesthésie... ça me faisait mal comme si ma tête était trop pleine »*

✓ **Sur le plan comportemental**

Il est plongé dans des cauchemars très fréquents qui génèrent une certaine souffrance chez lui. On note aussi, les troubles d'alternance veille- sommeil, principalement les insomnies. Il dit :

« Je suis resté éveillé jusqu'au matin.... J'avais peur de dormir, même les autres jours c'est comme si c'était réel »

On note aussi l'irritabilité quant au mot « Achia » qu'il n'aimait entendre.

✓ **Affection sur la vie quotidienne**

Suite à son amputation, il s'est juste senti abandonné par ses amis avec qui jusqu'aujourd'hui il dit garder une certaine distance. (Sentiment d'abandon).

✓ **Stratégies de survie**

L'une des principales défenses chez Monsieur Baba est le raisonnement morbide, il attribue toujours une cause à ce qu'il vit et explique très bien exemple : *« j'ai accepté... Ça ne me dérange pas... j'ai toujours mon argent. Je ne travaille pas ? Bon encore quoi ? J'ai compris pourquoi il fallait »*. On note par après un évitement. Qu'est-ce que vous avez compris ? Il répond « Ah... » En renvoyant tout et en se définissant par l'argent qu'il a, et en ne regardant pas son pied, il se sent à l'aise, ça lui permet de fuir la réalité. C'est le moyen pour lui de se souper de cette réalité trop lourde. (Clivage). Il est aussi dans une certaine

projection, en disant : « *même si toi-même on te coupe le pied première des choses ça va te rendre triste... J'ai pleuré une fois* ».

2. Perte du schéma et de l'image de soi

On peut quand même noter une altération de son image quand il affirme : « *j'étais un peu triste c'est normal ... Ne plus avoir mon pied droit, même si toi-même on te coupe le pied, première des choses ça va te rendre triste... J'ai pleuré une fois* » (projection)

Quant à son image de soi, il reconnaît avoir été un peu embarrassé au début : *j'étais un peu stresser au début, maintenant j'allais utiliser la béquille, mais ça va maintenant... Quand on était petit on se moquait des handicapés, maintenant voilà moi aussi handicapé, ça va* » (trouble de l'image de soi).

Sa nouvelle image suite à l'amputation serait alors liée à son vécu dans l'enfance où il se moquait des personnes handicapées. (*Introjection et culpabilité*).

3. Reconstruction perceptive du Moi-Corps

Ce qui l'aurait aidé lors de la reconstruction perceptive de son corps et à la construction de sa nouvelle identité est principalement son argent ; il dit « je m'achète ce que je veux ça ne fait rien. » IL se définirait alors par l'argent qu'il a il dit : « *tous mes enfants fréquentes à Prestige et je paie* » Il a toujours tendance à revenir sur ces finances lors des questions comme un évitement ou une fuite.

Aussi l'appareillage, « *quand tu as l'argent même si tu n'as pas tout tu peux content, je devais même acheter la prothèse là depuis, c'est que j'avais des problèmes, aujourd'hui, j'ai ma prothèse et ça va. Dans la vie mon ami il ne faut pas trop regarder à ce que les autres disent de toi, même s'ils me regardent un genre, ça me tue ?* » On note aussi là une minimisation vis-à-vis du regard des autres.

Il n'a pas travaillé avec un psychologue pour son suivi et est même étonné « *il y'a ça ici, ce sont les choses qu'on voit à la télé... Je ne savais pas.*

CHAPITRE V : INTERPRETATION DES RESULTATS

Ce chapitre est consacré à l'interprétation des résultats obtenus et l'interprétation sera faite à la lumière de nos théories explicatives du sujet.

D'après L'Ecuyer (1990), il n'y a pas de niveau standard ; ainsi dit de bon niveau d'interprétation de données en soi dans une recherche qualitative ; mais pour lui, la meilleure interprétation est celle qui permet de répondre aux questions et aux objectifs de la recherche. Selon la procédure qu'il indique, l'interprétation de données qualitatives pourrait se faire de trois façons distinctes. Elle peut directement être tirée de l'analyse quantitative ; elle peut aussi aller au-delà des résultats ceci en faisant recours à l'interprétation symbolique de ce qui est dit ; enfin l'interprétation des données peut être faite par référence à divers concepts ou modèles théoriques.

S'agissant de notre recherche, l'interprétation par référence à divers concepts ou modèles théoriques a été utilisé, au regard du champ disciplinaire dans lequel s'inscrit cette recherche, mais aussi au regard des objectifs poursuivis. En quoi le vécu traumatique induit-il sur la reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputés ? De ce fait ; nous avons convoqué la théorie du traumatisme selon René Roussillon ; pour explorer le vécu traumatique ; la théorie des schémas corporels et la théorie psychanalytique de l'image du corps pour la perte du schéma et de l'image du corps et la reconstruction perceptive du Moi-Corps.

5.1. VÉCU TRAUMATIQUE

5.1.1. Vécu sur l'axe de la souffrance

Nos quatre sujets ont subi un choc émotionnel après leur amputation chacun en fonction de leur personnalité et des circonstances environnementales qui en découlaient.

Au sujet du 1^{er} patient, on réalise les faits suivants, sa souffrance et son impuissance est la conséquence d'un moi impréparé et surpris par le diagnostic d'abord de l'hypoglycémie, ensuite de l'amputation comme issue de survie quant à sa gangrène au pied droit qui l'a déséquilibré psychologiquement, fragilisé et introduit dans un coma, même à la vue de son pied, le choc émotionnel a été si intense qu'elle s'est évanouie à Ebolowa. Elle a aussi fait une rencontre manquée avec la mort avant son amputation, quand on lui a annoncé ce diagnostic d'amputation, elle ne l'a pas supporté et s'est retrouvée en réanimation. Ceci pourrait aussi s'expliquer par le fait de l'impréparation de son moi, de son âge (60 ans) et de sa

vulnérabilité, due au décès de son mari et les conflits familiaux. Par la suite, l'amputation la plongé dans une impuissance totale caractérisée par une profonde tristesse manifestée par des pleurs à répétition et des idées obsessionnelles, une réactivation des traumatismes psychiques antérieurs tels que son mariage précoce et forcé, la mort de son mari, la trahison de sa belle-famille, qui a généré un sentiment de trahison qui est une blessure de l'âme. Tout ceci a produit un sentiment de regret et de culpabilité, car elle se dit que si elle avait fui, cela ne serait arrivé. Ces traumatismes passés sont aussi à l'origine du choc émotionnel chez elle et de sa grande souffrance dont elle se plaint. Par la suite, après l'amputation, elle est noyée dans des sentiments de solitude, de rancune et de regret vis-à-vis de sa belle-famille qui serait la cause de son malheur parce que convoitant ses richesses et l'accusant d'avoir tué son mari, elle ne cesse de penser qu'elle aurait dû fuir depuis. En plus de ses douleurs psychiques, on note des douleurs physiques au niveau du moignon et des douleurs du membre fantôme qui ne sont que le reflet du refus d'acceptation jusqu'ici de l'absence de ce pied. Il est encore présent psychiquement. Elle est par ailleurs plongée dans un évitement social par rapport à ses beaux-frères, et dont elle se questionne quant au devenir de leur relation, et de sa réaction quand elle les verra. Ces questionnements marquent un évitement quant à la confrontation de ses beaux-frères. Dans les situations extrêmes, ce qui rend l'évènement traumatique, est qu'il devient incompréhensible, illogique. Elle ne comprend pas comment on lui dit qu'elle a e diabète alors qu'elle veille toujours à ce qu'elle mange. Cette amputation l'a plongé dans une déshumanisation, car elle se pose beaucoup de question notamment celle liée au fait que Dieu l'a créé avec quatre membres et maintenant elle n'en a plus que trois.

Chez le deuxième sujet sa souffrance le plonge dans une impuissance qui est le fruit de sa détresse, tristesse et surtout de la souffrance de sa femme face à la souffrance psychologique que le sujet est en train de subir. Le diabète a fragilisé son état émotionnel et le plongé dans un trouble de l'image soi, au point où l'amputation est venue comme un agresseur final altérant l'image détruite au préalable par la pathologie sucrée au point où il est incapable de calmer ou d'atténuer l'état affecté de sa femme. L'amputation est une punition des dieux à son endroit. Ceci est la mise en exergue d'une certaine culpabilité du sujet et donc son sentiment profond est l'auto culpabilité. La transgression des interdits de consommer de l'alcool et de la cigarette constituent ici l'étiologie première de son choc émotionnel. Après consultation des amis on note un comportement de résignation et d'abandon de soi à la mort en buvant ou pas la mort est une réalité pour eux tous. Un recours au traitement traditionnel est susceptible d'être envisagé. La croyance au mysticisme et l'intervention des pasteurs sont

posées comme solutions idoines par sa sœur pour mettre fin à ses souffrances or cela a créé chez lui un sentiment de honte. Il a longtemps été envahi par les sentiments de peur et d'inquiétudes lorsqu'il s'est rendu compte que sa blessure ne guérissait pas, il craignait une amputation, Plus tard le jour où on lui a dit qu'il devrait être amputé il s'est mis en colère et à baisser cette colère par l'annulation qui est un mécanisme défense qu'il a activé en ce moment, en effet, il avait très peur que sa blessure n'arrive au stade de l'amputation.

Chez le troisième sujet, il faut préciser que, sa souffrance et son impuissance se traduisent par le manque de courage et la faiblesse pour regarder son pied, qui ne sont que l'émanation d'une peur d'affronter la réalité, et de la non acceptation de son handicap et de son amputation, ce qui l'a introduit dans un choc émotionnel, traduit par des pleurs, qui l'aident à se soulager, il le faisait en cachette parce qu'il avait honte de le faire devant son fils. Il fallait alors qu'il se montre fort. Pour soulager. Il aurait fait recourt à un traitement traditionnel qui n'a pas abouti à ses attentes ce qui le plonge dans un sentiment de regret et de trahison, il aurait fait une rencontre manquée avec la mort, quand cette tradi-thérapie n'a pas produit des résultats, aussi cette rencontre est issue des dires de son entourage qui lui rappelait cette blessure à celle de son oncle mort avec une plaie semblable, il a alors cru que c'était aussi fini pour lui. Son choc émotionnel s'accompagne d'un afflux de sentiment de tristesse, dû à son argent dépensé dont il n'aurait pas eu retour d'investissement, il était investi pour sa guérison, ce qui laisse place aujourd'hui à des sentiments de regrets. Enfin, il se sent abandonner par sa famille parce qu'on dit de lui qu'il est sorcier, ce qui le blesse profondément, tous ces sentiments et toutes ses émotions le plongent dans des douleurs psychiques et un vécu déshumanisant.

Chez le quatrième sujet, on se rend compte qu'au départ, il nie l'affection psychologique qu'a eue l'amputation sur lui, il est alors dans une annulation de ses affects, raisons pour laquelle au départ dans les entretiens, il affirme au départ n'avoir pas été gêné. Le choc est alors si fort que le sujet choisi de passer par l'annulation comme mécanisme de défense pour calmer cette tension et ne pas les affronter, ceci montre son impuissance face aux émois produit par l'acte chirurgical, par la suite, on note un sentiment d'irritation quand il affirme bien gagner sa vie, en effet, ne pas reconnaître ses émotions et ne pas mettre les mots sur ses maux, le conduit à être agressif, à la moindre petite incompréhension et parole mal placée comme le mot achia, il conçoit ce mot comme étant un mot qu'on dit aux enfants , le lui dire serait alors l'infantiliser, c'est-à-dire le rendre come un enfant or il est un adulte, ce qui tend à le plonger dans une déshumanisation. Enfin, il est dans un sentiment

d'incompréhension malgré son hospitalisation, on se cessait de lui réclamer une dette, ce qui l'a plongé dans un choc émotionnel qui a élevé sa tension.

5.1.2. Vécu sur le plan somatique

Nos quatre sujets vivent leur traumatisme qui se décline sur plusieurs plans, notamment sur le plan somatique, après leur amputation et chacun en fonction de sa personnalité et des circonstances environnementales qui en découlaient.

Chez le premier patient, on observe qu'elle est asthénique, ceci est dû au trop de réflexions dans lesquels elle est plongée en longueur de journée concernant son état, son père et sa belle-famille. Cette fatigue se traduit par le fait qu'elle ait tendance à rester aliter. Cette tendance à rester aliter est symptomatique d'un évitement comportemental, un moyen pour elle de se couper de la réalité et de baisser la tension psychique qui en découle. Aussi, les douleurs au niveau de la jambe amputée et les sensations de sa présence traduisent la présence psychique du pied amputé et le travail du deuil non achevé à la suite de cette perte. Elle n'a pas encore accepté cette perte raison pour laquelle elle a des douleurs du membre fantôme.

Pour le second sujet, sa transpiration soudaine serait l'expression d'un stress, quant aux énormes dépenses faites et le manque de moyen qui s'annonçait, ces céphalées traduisaient une tension psychique élevée à cause du fait qu'il réfléchissait trop.

Le troisième sujet lui sur le plan somatique, sa tachycardie est le fruit d'une angoisse ; une angoisse de mort, les céphalées, la fatigue et le mal gastrique sont l'expression d'un sentiment d'épuisement et d'impuissance vis-à-vis du traumatisme. Il est plongé dans des logiques de réflexion qui envahissent sa pensée et se converti sur son corps par ces douleurs et cette fatigue.

Chez le quatrième quant à lui, il est essoufflé au réveil après son rêve, car ce rêve pour lui semblait réel, cet essoufflement est alors un symptôme du conflit psychique inconscient converti dans le rêve. Aussi son asthénie et l'anhédonie l'amène à rester couché et à dormir toute la journée, ce qui est un moyen pour lui d'éviter, de fuir et de ne pas affronter le monde extérieur. Les sensations de froid issues de l'angoisse traduisent sa peur de mourir, et la réalisation de ses rêves, quant-à ses céphalées, ils sont l'expression du déséquilibre psychique causé par l'amputation et les réflexions quant à sa situation d'amputé.

5.1.3. Sur le plan cognitif

Même si chez madame Jolie, on ne note pas une très grande présence du vécu sur le plan cognitif, on se perçoit quand même de la présence des reviviscences quand elle repense à toute ses situations, les souvenirs émotionnels intenses sont réactivés et récurrents dans son psychisme, il s'agit des souvenirs liés à l'annonce de son amputation, à ses différentes chûtes, à son passage à l'hôpital général avec le pu qui sortait de son sang. Au décès de son mari, à son amputation, aux paroles prononcées par sa belle-famille à son endroit. Elle se répète ses situations traumatiques dans le but de les comprendre et de les surmonter, mais pour le moment elle est plongée dans une incompréhension vis-à-vis de sa victimisation. Notons que ces souvenirs prennent la forme d'une pensée intrusive chez elle et s'accompagne des idées obsessionnelles dont elle n'arrive point à faire face. Par la suite, des reviviscences qui prennent la forme de cauchemars, elle rêve souvent de son mari même si elle ne se rappelle pas de ce qu'il vient faire dans son rêve, ceci traduit un certain lien avec son mari qu'il soit bon ou pathologique, celui-ci reste présent pour elle.

Chez le patient 2, on note la présence du trouble de sommeil, notamment l'insomnie qui est le résultat des inquiétudes quant à l'avenir de sa famille et de lui-même, ce qui le plongeait dans des réflexions et le stressait au point de l'empêcher de dormir. Aussi, est-il hospitalisé pour le pansement de son pied Gauche, qui est aussi blessé, il a tellement peur que ça finisse encore par une amputation au point il fait des cauchemars où le Dr l'amène au bloc pour l'amputer. Il s'agit du retour des idées refoulées qui font surface de manière inconsciente et empruntant la voix du rêve. Ces cauchemars lui rappellent constamment son amputation à l'hôpital central. Il se met alors à revivre les scènes de son amputation, ce qui crée des chocs émotionnels intenses, des reviviscences. Enfin Cette peur l'a conduit à une hypervigilance, il est toujours en train de contrôler sa blessure, au point de plonger dans un sentiment ambivalent de satisfaction et d'insatisfaction, tantôt, la plaie guérie et tantôt c'est comme si ça ne bouge pas.

Monsieur bobo, sur le plan cognitif présente une mémoire altérée, il ne se rappelle plus de qui l'a opéré, or il a passé un bon moment avec lui, il s'agirait d'un évitement car, la prononciation de ce nom produirait une certaine tension chez lui et une colère. Il s'agit d'un moyen pour lui de chercher à baisser sa tension et à oublier cet événement qu'est l'amputation. Il aussi plongé dans une hypervigilance vis-à-vis des matières tranchantes, car ces matières lui rappellent la cause de son amputation.

Chez monsieur Baba, l'altération de sa mémoire est le fruit d'un refus au départ de son amputation. Pour ses reviviscences, ils sont le fruit de la non acceptation de son état car il repense toujours qu'il aurait pu avoir une autre solution. A ces deux éléments vient s'ajouter les cauchemars traduisant une rencontre avec la mort ; des émotions refoulées comme la peur de mourir. Son raisonnement illogique traduit le conflit interne entre le désir de marcher avec ses pieds et la réalité qui est l'amputation et l'absence de son pied. Raison pour laquelle au départ, il peut dire que l'amputation n'a pas d'impact et par la suite il se dit qu'il y aurait ou avoir une autre solution.

5.1.4. Vécu sur le plan comportemental

Tous nos sujets ont quelques manifestations sur le plan comportemental de leur traumatisme.

En effet, chez elle, la baisse du tonus de vie, se caractérisant par la lenteur, la fatigue et le sommeil, l'hypersomnie ne traduirait qu'une certaine dépression et une impuissance face au traumatisme dont elle est en train, de vivre.

Chez notre deuxième sujet, ensuite des cauchemars et des insomnies caractérisés par des sommeils agités, dues à ses peurs d'une nouvelle chirurgie. On note aussi une agressivité à l'endroit des stagiaires qui saurait le sentiment qui l'anime vis à vis du chirurgien Orthopédiste à l'hôpital central qu'il projette sur les stagiaires. Chez les personnes amputées, on observe généralement cette agressivité envers pour lui un moyen de défense. Son moi fut submergé au point où il a souvent eu envie de boire de la bière pour baisser cette tension psychique. Ce qui serait une auto destruction pour lui, car cela lui ait interdit.

Pour notre troisième sujet, on constate que, sur le plan comportemental, il a développé un trouble d'alternance veille sommeil. Au départ, il a des insomnies, il ne parvient pas à trouver du sommeil, à cause du traumatisme créé par cette amputation, son moi est submergé par plusieurs émois tel que la tristesse, le sentiment d'abandon, de regrets et la douleur causé par cette ablation, Ces douleurs psychiques et physiques l'ont plongée plus tard dans un sentiment d'épuisement au point où il est devenu hypersomniaque et asthénique. Trop dormir contribuait à le soulager.

Monsieur Baba notre quatrième sujet est lui plongé dans la peur de dormir (clinophilie) et des insomnies, suivie à des cauchemars où il se voyait enterré. Il s'agit d'une

rencontre maquée avec la mort, cela traduit aussi la peur de mourir qu'il avait avant et après l'amputation. Cette clinophilie génère donc une certaine souffrance.

5.1.5. Affection dans la vie quotidienne

Madame jolie n'a pas pris fonction cette année à cause de son amputation,

Monsieur la joie, suite à son amputation a perdu son travail, et fut plongé dans un sentiment de solitude et d'abandon car ses amis l'auraient abandonné. Par ailleurs cette amputation lui aurait apporté deux bénéfices secondaires de la maladie, car ça lui aurait permis de se réconcilier avec sa femme et de trouver un nouveau travail bien payant.

Che monsieur Bobo, on note une solitude, car son amputation et son suivi ont réveillé l'envie d'être suivi par sa femme décédée et non ses enfants.

Monsieur baba, lui ressent seulement un sentiment d'abandon de ses amis qui ne lui ont pas rendu visite à l'hôpital, ce qui l'amène à les éviter et à prendre une certaine distance. Ce qui lui permettrait d'éviter les conflits et tensions.

5.1.6. Stratégies de survies

Tous nos sujets en fonction de leur personnalité ont développé des stratégies de survie, chez notre sujet 1, madame jolie, ces stratégies sont des stratégies d'adaptation, la première stratégie est le raisonnement morbide, elle raisonne en remettant tout entre les mains de Dieu, il s'agit aussi de la projection, elle canalise ses pulsions et ses affects inconscient en des comportements, actions ou pensées socialement acceptable. C'est donc un moyen de trouver un sens ç sa souffrance en croyant qu'il y a un divin derrière. Elle se sent alors moins responsable et moins impuissante par rapport à sa situation. Ce qui lui permet alors de se couper de ce traumatisme et de baisser la tension psychique, par la suite pour se couper de cette situation elle utilise un évitement comportemental, celui de se coucher à longueur de temps et de dormir, cela lui permet de se séparer des pensées et des sentiments qui gravitent autour de son traumatisme, il s'agit-là d'un clivage.

Monsieur La joie, a développé deux stratégies de défenses l'évitement affectif et l'évitement comportemental. Son évitement affectif n'est que l'inhibition de l'envie de revoir ses camarades avec qui il n'est plus en contact et qui l'aurait trahi, ne pas les voir le soulage car ce sont eux qui l'ont encouragé à boire et à avoir des problèmes avec sa femme. Quant à l'évitement comportemental, il recherchait souvent à boire de la bière, ce qui serait pour lui un

soulagement. Par la suite pour mieux se sentir par rapport à ses propres sentiments, il est obligé de procéder par identification projective sur sa femme.

Concernant le sujet 3, monsieur Bobo, son évitement comportemental est issu d'un complexe à faire les sels auprès de ses enfants par crainte d'infantilisation, il s'agit alors là d'un clivage, il se tue pour survivre par ce trouble conscient du contrôle sphinctérien pour ne pas être pris en charge par ses enfants et par peur d'être traité comme un enfant, certes, ceci traduit un complexe, mais, ça lui permet de garder sa personne d'homme et de papa et ainsi de baisser un niveau de tension et d'inquiétude.

Le patient quatre, monsieur Baba, lui est dans un raisonnement morbide, il trouve toujours une raison qu'elle soit sensée ou pas, il remet tout sur l'argent et ses biens, il se coupe alors de sa réalité et investit sa pensée sur ces biens, ce clivage lui permet de mieux se sentir et de passer du passif à l'actif et de diminuer la quantité d'afflux psychique. Il s'agit aussi d'un évitement. Il est aussi dans une projection qui lui permet projeter sa tristesse sur une situation hypothétique, ainsi évite-t-il de directement se confronter à sa propre tristesse.

5.2. LA PERTE DE L'IMAGE ET DU SCHÉMA CORPOREL

5.2.1. Changement dans la Perception du corps suite à l'amputation

Nos quatre sujets ont eu des changements dans la manière de percevoir leur corps après l'amputation, bien que cela ait dépendu de leur sexe, de leur personnalité, des circonstances environnantes et de leur statut social.

Chez notre premier sujet, la perception qu'elle a eue d'elle-même a changé, l'induisant ainsi dans une image altérée de soi. Elle a une mauvaise perception d'elle-même qui entrave son fonctionnement psychologique et la plonge dans un trouble de l'image de soi. En effet, après l'amputation, elle ne s'apprécie plus, elle se trouve toute laide comparer à avant son amputation. En plus, il y'a un conflit psychique inconscient qui perturbe sa capacité à comprendre son identité, elle n'arrive pas à saisir comment elle a fait pour passer de quatre membres à trois membres, son identité de chrétienne est atteinte, car elle se demande comment Dieu qui l'a créé avec quatre jambes, a permis qu'aujourd'hui à ses 60 ans, qu'elle perde son pied.

Concernant notre sujet deux, l'amputation a générée un trouble dans son image de soi, et de la perception, de soi, il s'agit de la dépréciation due à la perturbation de la perception qu'il a de lui-même suite à son amputation, Autre fois il aurait eu une forte appréciation de

lui, tout son mouvement narcissique était retourné sur lui, aujourd'hui, il semble désinvesti de ce corps qui autre fois était expression de son caractère et de sa masculinité d'où sa dépréciation.

Pour notre troisième sujet, il faut noter que, son moi était préparé à l'amputation, le médecin lui aurait bien expliqué pourquoi il faut l'amputer, même son enfant, son image n'a donc pas été assez altérée.

Le patient quatre monsieur Baba, lui aurait une image peu satisfaisante de soi, raison pour laquelle il était souvent triste, il exprime d'abord une certaine tristesse en rapport avec la perte de son pied droit. La douleur causée serait tellement grande au point où est obligé de passer par la projection pour se défendre des affects qui le submergent notamment la tristesse.

5.2.2. Perception et vécu du corps propre

Chez notre première patiente, la mauvaise perception d'elle-même a induit sur le vécu de ce corps amputé. Car, elle est plongée dans un trouble d'adaptation, elle ne s'adapte pas à ce nouveau corps. Notons d'abord que ce vécu du corps fait référence aux expériences corporelles chez le patient tel que les douleurs, chez madame jolie, elle récent souvent des douleurs au pied fantôme, a des sensations de présence de ce pied raison pour laquelle, elle descend souvent du lit en prenant appui sur ce pied avant de se rendre compte lorsqu'elle est déjà tombée. Ce vécu de son corps manifesté par des douleurs, des sensations de picotements, de démangeaison et de présence de ce pied est révélateur d'un conflit psychique inconscient du entre un désir d'avoir toujours son pied et la réalité de l'absence de celui-ci. Aussi, son psychisme n'aurait pas encore intégré et accepté cette perte, d'où le trouble d'adaptation chez elle autour duquel gravite des sentiments de tristesse et d'impuissance.

Pour le patient deux il ne mentionne pas des douleurs du membre fantôme, certainement à cause du fait qu'il aurait facilement accepté l'amputation et l'aurait lié à une punition méritée de la part des dieux. On note néanmoins qu'il est dans une culpabilité du survivant issue de sa croyance au destin pour ses mauvaises conduites, ses violences conjugales et de son incapacité à aider sa femme.

Le vécu du corps chez Monsieur bobo est traduit par un trouble de l'adaptation, et la présence du membre fantôme, chez lui serait l'expression d'un échec du travail de réaménagement.

Monsieur baba quant à lui vit dans une culpabilité, puisqu'il introjecte son état actuel à une moquerie qu'il faisait avant, il s'agit-là de ses peurs, peur qu'il soit aussi à son tour sujet de moquerie.

5.2.3. Estime de soi

Notre premier sujet fait une évaluation négative d'elle comparée à sa vie avant l'amputation, elle n'est pas satisfaite d'elle-même, son estime de soi négative est signe d'une perturbation narcissique, il s'agit en effet d'une perte d'estime de soi car son image de soi au départ est intégrée à son physique et à son apparence. En effet, l'amputation l'a rendu émotionnellement vulnérable, raison pour laquelle lorsqu'on lui a fait comprendre qu'elle a maigri elle s'est sentie dévalorisée, elle qui marchait sur talon, elle avait une forte estime d'elle, elle ressent alors une forte frustration car sa capacité à le faire est compromise. Elle se rend compte qu'il lui sera difficile, voire impossible pour elle de marcher avec les talons à nouveau. Aussi sa mauvaise estime de soi est due à la frustration qu'aurait causée sa collègue en lui signifiant qu'elle a maigri. Elle se serait alors sentie moins attractive.

L'estime de soi qu'il a de lui est négative, elle est issue d'abord du jugement qu'il se fait de lui-même et de sa propre personne, d'abord comme n'étant plus rien (dépréciation) à cause du fait qu'il n'a plus de communication entre ses anciens amis et lui, il se sent rejeter et mis à part le groupe. Ensuite comme étant un puni de par ses ancêtres pour n'avoir pas vécu conformément et pour avoir fait souffrir sa femme. Cette blessure est ainsi marquée par sa dévalorisation et sa dépréciation, la perte de l'objet et le sentiment de culpabilité.

Son estime de soi faible est la résultante des stigmatisations faite à son endroit, le qualifiant de sorcier, ce qui le pousse à internaliser ces messages. Il se perçoit comme étant moins digne s'estime. Ce qui expliquerait cette estime serait aussi le sentiment lié à la perte de l'objet et de deuil associé à celle-ci, il se sent alors rejeté, et considéré comme anormal ou « sorcier ».

De manière générale, nos sujets sont plongés dans des blessures narcissiques, qui se réfèrent à la perte de leur estime de soi et d'identité survenu suite à des blessures psychiques. Ce qui cause une rupture dans la perception de soi.

5.2.4. Difficultés d'accepter le corps modifié

Chez notre premier sujet, le trouble de l'image du corps, le trouble d'adaptation, les questionnements sur son identité d'enfant de Dieu, la perte du contrôle de son corps, les douleurs du membre fantôme, l'inquiétude quant au regard de sa belle-famille, le sentiment

d'être moins attractive et la tristesse profonde ne sont que l'expression de la difficulté d'accepter ce corps modifié.

Le patient deux ne présente pas des difficultés à accepter le corps modifié à cause de la sublimation et du raisonnement morbide, il accepte et voit cette épreuve comme un mérite de ses actions, il rend alors raisonnable ce qu'il traverse.

Le patient trois tel que mentionné plus haut ne présente pas de grandes difficultés à accepter ce corps modifié, si ce n'est la présence du membre fantôme, son moi était assez suffisamment préparé à la nouvelle situation.

5.2.5. Identification aux mots et relation aux objets

Pour madame jolie, elle s'est fortement identifiée aux mots de sa collègue aux points où ça induit sur la qualité de son image de soi et de son identité, elle s'est approprié les mots de sa collègue qui sont liées à sa propre expérience traumatique. Son trouble de l'image de soi, de la perception de soi n'est que le fruit d'une identification aux mots de sa collègue qui lui aurait signifié qu'elle a maigri. Ses relations aux objets sont conflictuelles du côté de sa belle-famille où elle est accusée d'avoir tué son époux, et est victime de sorcellerie ce qui amplifie encore son traumatisme et suffisamment bon du côté de sa famille où on prend soins d'elle et répond à ses besoins ; ce qui pourrait être pour elle un support d'étayage dans la reconstruction de son moi corporel.

Chez monsieur Lajoie, la relation avec sa femme est devenue fusionnelle à près l'amputation, au point où sa tristesse engendre directement une tristesse chez lui, ses émotions sont identifiées à celles de sa femme. Ce qui altère encore son traumatisme et son image de soi, aussi le regard des autres notamment de sa femme lui renvoie de la pitié en son endroit, il s'agit-là d'une identification projective, Il projette alors ces pensées inconscientes sur sa femme pour mieux se sentir, il s'agit de son propre sentiment de pitié qu'il projette sur sa femme en croyant qu'elle le voit aussi avec pitié.

La relation familiale de Monsieur Bobo répond suffisamment à ses besoins et l'aide alors à se reconstruire facilement une image positive, notamment la relation avec son fils.

5.2.6. Modèle interne représentatif et sens proprioceptifs

Chez madame jolie, on se rend compte que, sa représentation mentale dès le bas âge est celle d'une créature parfaite de Dieu avec quatre membres, il s'agit de son référent interne pour la perception de soi. Après l'amputation, son modèle représentatif interne est négatif, l'amputation a produit une représentation négative d'elle-même, ce qui l'a conduit à un

sentiment de dévalorisation, une baisse de son estime de soi, une incompréhension vis-à-vis de Dieu qui aurait accepté qu'elle soit amputée. Son modèle représentatif interne est maintenant celui d'une femme avec trois membres. Concernant la possibilité de percevoir les mouvements de son corps sans les regarder, perception. Les sens proprioceptifs sont importants pour le contrôle du mouvement, l'équilibre et la coordination. Chez la patiente ses sens sont atteints, ce qui crée une altération dans la perception de son corps, ce qui l'amène à avoir des sensations fantômes.

Monsieur Lajoie aurait construit son modèle représentatif après son amputation comme étant une personne qui subit la conséquence de ses actions jugées mauvaises. Il se sent coupable de ce qui lui arrive, sa mutilation est une punition pour des actions passées jugées mauvaises.

5.3. LA REPRISE DU MOI-CORPS

La reconstruction du Moi-Corps est une étape très complexe et étant donné la singularité de chaque individu, elle ne saurait suivre le même processus.

5.3.1. Réajustement dans la perception du corps

Nos sujets ont eu différentes manières de reconstruire leur corps effracté et de réajuster la perception de leur corps.

Chez madame Jolie, le réajustement de la perception de soi est passé par une thérapie corporelle, un travail de réaménagement psychique caractérisé par l'acceptation de la perte grâce à sa croyance. Il s'agit de la sublimation qui l'aide à apaiser sa douleur. C'est son mécanisme de défense.

5.3.2. Acceptation et Travail de réconciliation d'avec le corps

Pour madame jolie, son travail d'acceptation est le fruit de son engagement, de son évitement et de sa croyance en Dieu, elle remet tout entre les mains de Dieu, elle se résigne en fin et accepte sa situation au travers de sa croyance en Dieu qui est une ressource pour elle. Ce qui l'introduit alors dans un processus de résilience. Il s'agit de la sublimation qui l'aide à apaiser la douleur et la tension, à surmonter la crise psychologique tout en renforçant sa résilience et sa capacité à adapter son comportement face à ces changements difficiles.

Monsieur Lajoie n'aurait pas eu trop de difficulté d'accepter son corps tel qu'il est grâce au bénéfice de la maladie, la réconciliation avec sa femme, et un nouveau travail bien payant.

5.3.3. Rôle de la famille et qualité de la relation

Pour Madame Jolie, sa famille restreinte est aussi d'un grand rôle dans ce processus de réconciliation, en effet, l'environnement social est suffisamment, répond à ses besoins, la soutient financièrement et moralement. Elle trouve auprès d'eux une ressource sociale sur laquelle elle peut s'appuyer, sa famille lui permet de se sentir importante et de rehausser sa perception de soi. En lui apportant de l'amour, ça comble son besoin d'appartenance et lui donne un sentiment d'appartenance pas seulement à la famille mais à l'ordre de l'humanité, il s'agit alors d'une réhumanisation.

Chez monsieur Lajoie sa relation suffisamment bonne avec sa femme est l'un des facteurs qui l'a aidé à reconstruire une nouvelle identité et image positive se lui, à ses côtés, elle a eu une fonction phallique, en prenant soins d'elle, Bien que s'identifiant au regard de sa femme, sa femme a joué un rôle de soutien et de support d'appui dans pendant son hospitalisation. On pourrait aussi appeler ce rôle joué par cette femme de fonction sémaphorique.

Monsieur bobo quant à lui serait aurait bénéficié de la présence physique et affective de ses enfants, même quand il était à l'hôpital, la présence de ses enfants a réussi à combler le besoin et le manque de sa femme. Cette présence a aussi comblé le sentiment de solitude qui le guettait... leur présence récurrente l'empêchait alors de plonger dans une tristesse.

5.3.4. Rôle des praticiens et de l'appareillage

Madame jolie elle a eu à travailler avec un psychologue, ce qui l'aurait aidé et l'utilisation d'une thérapie corporelle. En effet, la thérapie des miroirs l'aurait aidé à reconstruire une nouvelle image et identité de sa personne et à déconstruire les pensées de dévalorisations qu'elle se faisait d'elle. Le miroir l'a aidé à prendre conscience de son corps et à se le représenter comme un tout unifiant, elle intègre donc se nouveau corps et s'identifie à celui-ci ainsi se traduit le processus reconstruction perceptive du Moi-Corps. L'appareillage l'aidera aussi à reconstruire cette bonne image d'elle viendrait combler le vide mis par l'amputation et à faire usage de cet objet pour marcher.

Monsieur Lajoie n'a pas eu à travailler avec le psychologue. L'appareillage par prothèse représenterait pour lui une partie manquante de son corps ce qui l'aide à intégrer cette partie dans son image corporelle, ainsi construire une image positive de lui.

Pour monsieur bobo, l'appareillage l'aidera à combler la partie manquante et à jouer la fonction que son pied jouait autrefois, celui de la marche.

L'appareillage via la prothèse aidera monsieur Bobo à corriger son schéma postural atteint par l'amputation et ainsi retrouver certaines fonctions de son membre amputé.

5.3.5. Statut social et réajustement de la perception

Son statut social n'a pas joué un très grand rôle dans son processus de reprise du Moi-Corps, car ce corps ce statut est presque absent de son discours.

Chez monsieur Lajoie, le réajustement dans la perception de son corps passe par une réparation narcissique, il utilise son nouveau statut social pour reconstruire une nouvelle image de soi positive, il crée alors un nouveau sens de l'identité et de la fierté malgré la perte de son membre, ainsi il redéfinit son identité et trouve un nouveau but et sens à sa vie.

Monsieur Bobo quant à lui est dans une identification projective quant à ses biens, il s'identifie à ses moyens financiers, ce qui l'aide à reconstruire une image positive de soi, et une nouvelle identité en compensant le sentiment de perte d'une partie de soi.

Monsieur Baba pour reconstruire une image corporelle de lui positive et une reconstruction du Moi-Corps, en procédant par une identification aux moyens financiers qu'il possède.

5.3.6. Identifications aux mots de l'entourage

On se rend compte que les paroles de l'entourage de ces personnes est absente de leur discours, même si chez les trois premiers sujets, on note une présence physique de leur entourage, il reste non objectivé le rôle des mots dans ce processus de reconstruction perceptive du Moi-Corps.

CONCLUSION

Notre travail portait sur le vécu traumatique des diabétiques amputés : une étude de cas. Ce travail de recherche a été mené au CNRPH et avait pour objectif de d'explorer et de comprendre le lien entre le vécu traumatique des patients diabétiques amputés et la reprise du Moi-Corps, en examinant les facteurs qui peuvent influencer ce processus. Nous avons ainsi formulé la question de recherche suivante, « le vécu traumatique induit-il des difficultés de reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputés ? ».

Les hypothèses qui nous ont conduites tout au long de l'étude sont :

- **Hypothèse de recherche**

Notre hypothèse générale est la suivante : le vécu traumatique des Diabétiques amputés induit des difficultés sur la reprise du Moi-Corps.

- **Hypothèses Secondaires**

Pour cette étude, nous nous limités à quatre hypothèses secondaires :

- HR1 : La souffrance créée par l'amputation retentit sur la reprise du Moi-Corps.
- HR2 : Le vécu traumatique sur le plan comportemental induit des difficultés de reprise du Moi-Corps
- HR3 : Le vécu traumatique sur le plan cognitif a une incidence sur la reprise du Moi-Corps

Pour davantage matérialiser notre étude en approuvant ces hypothèses, nous avons opté pour un devis qualitatif et une démarche compréhensive ; en s'appuyant sur un échantillon de quatre (04) participants choisis par la technique d'échantillonnage constitués de trois (03) hommes et une femme. Nous avons choisi le site du CNRPH où nous avons élaboré un guide d'entretien qui nous a permis de recueillir les données sur le terrain afin d'analyser ces hypothèses spécifiques et par ricochet, l'hypothèse générale et de les confirmer. En revanche, les données recueillies ont été analysées sur la base de contenus thématiques.

Au terme de notre analyse, il en ressort que pour ce qui est de l'hypothèse de recherche 1 : La souffrance créée par l'amputation retentit sur la reprise du Moi-Corps. Nous pouvons dire que, cette hypothèse est valide car chez nos quatre patients, on constate des difficultés d'accepter le corps ablati, deux sur quatre ont présenté des doubleurs du membre fantôme, qui n'étaient que la conversion du conflit psychique entre le désir une réalité, ils ont

plongé dans des vécus déshumanisants caractérisés par des sentiments d'impuissance, d'abandon et de tristesse. Cette hypothèse puise alors sa véracité avec Didier Anzieu (1985) qui affirme ; « l'effraction du corps entraîne une effraction du moi psychique. » Etant donné que les deux sont inter reliés et indissociables. L'amputation vient alors créer une dissociation dans laquelle une partie du sujet se retrouve observateur de la réalité, de sa souffrance et une autre partie développe des mécanismes de défense pour tenter de soulager le sujet.

Concernant l'hypothèse de recherche 2 : Le vécu traumatique sur le plan comportemental induit des difficultés de reprise du Moi-Corps. Nous confirmons aussi celle-ci car, les sujets ont présenté des fatigues ; de l'asthénie, l'anhédonie, des conduites d'évitement. Ce qui ne leur permet pas de vite se reconstruire et de penser à des stratégies de réadaptation, mais les contraint à rester dans un état de deuil, un état de décompensation et de perte d'identité corporelle voir un sentiment de déshumanisation. Aussi, l'isolement social les conduit à un retrait et une rupture de l'interaction avec les autres, ce qui traduit un gène entraînant- une diminution de l'estime de soi compliquant ainsi la reprise du Moi-Corps.

Pour ce qui est de l'hypothèse de recherche 3 : Le vécu traumatique sur le plan cognitif a une incidence sur la reprise du Moi-Corps. En effet, les ruminations mentales présentées par les patients, les cauchemars propres au traumatisme, les reviviscences, les flash-backs plongent les sujets dans une grande souffrance et ne sont que symptomatiques du traumatisme qu'ils subissent, la présence du membre fantôme qui traduit les difficultés d'acceptation de la perte corporelle, les pensées négatives , les croyances limitantes de ces sujets entravent la capacité à intégrer la nouvelle réalité corporelle et à se sentir en accord avec leurs propres corps. Ceci entraîne également une perception négative de leur corps. Et conduit à amplifier les difficultés de reprise du Moi-Corps en maintenant un état de stress et de détresse émotionnelle constante.

La reconstruction du moi corporel du diabétique amputé est un processus qui implique d'effectuer un travail sur le plan intrapsychique et personnel et de tenir compte de la présence d'un bon support social. Car chacun d'eux a eu au moins un soutien social de la part d'un des membres de la famille auxquels ils s'identifient, une a bénéficié de l'accompagnement du psychologue, par la suite trois des quatre se sont identifiés à leur statut social pour une reconstruction d'une image positive et d'une nouvelle identité positive. Tous passent par l'appareillage pour la reconstruction de leur corps au travers des quels ils pourront retrouver les fonctions ultérieurement perdues. Ainsi pour Epp (2011), L'appareillage est l'un

des moyens important et nécessaire pour la reconfiguration de corps. Tout au long de ces travaux ; on se rend compte que juste une personne a suivi une thérapie et les autres se sont axés sur des identifications projectives soit à leurs ressources financières, sociales et spirituelles. Toutefois, en l'absence de suivi psychologique auprès des psychologues, ils réussissent à s'adapter en développant des mécanismes psychanalytiques tel l'identification (Freud 1923). C'est ce mécanisme qui les permet de puiser en eux des ressources pour accepter leurs états ; d'intégrer les émotions liées à la perte et de penser à de nouvelles activités de vie. En effet, dans le moi et le ça (1923), Freud (1923) explique que, l'identification est l'un des moyens pour le moi de se protéger contre les effets déstructurant de la pulsion. Ainsi ; l'identification sert à scinder le moi, mais elle est la première voie par laquelle le moi s'appréhende du monde extérieur. On se rend compte alors que les mécanismes psychiques mis en jeu dans le vécu traumatique des diabétiques amputés retentissent sur le processus de reprise du Moi-Corps . Bien que le clivage qui est propre au traumatisme pourrait être une ressource pour les aider à se réconcilier avec leurs corps. Le psychologue lui dans ce processus joue le rôle d'objet médium malléable ; il offre un cadre propice pour que le patient amputé puisse parler de ses affects et y donner un sens. Ceci passe par un l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique qui permettra de mettre en confiance le diabétique amputé, ce qui implique de l'écouter activement, de respecter sa souffrance et de créer un espace où il se sent en sécurité pour partager ses émotions, ses peurs et ses préoccupations.

Ensuite il faut comprendre l'impact du trauma chez le patient et aider l'aider à comprendre cela, ceci en explorant les émotions liées au traumatisme de l'amputation et aux conséquences qu'il a eu sur la personne. Aider la personne à donner du sens à son expérience et à exprimer sa colère, sa tristesse ou tout autre ressenti qui peut favoriser le processus de guérison, en utilisant les associations libres d'idées et les épreuves projectives pour favoriser la symbolisation.

Après, il faut effectuer un travail sur l'image du corps et l'estime de soi en aidant la personne à reconstruire une image positive de soi en encourageant les nouvelles l'exploration des nouvelles possibilités, des nouvelles compétences ou des nouvelles façons d'apprécier et de prendre soin de soi. Valoriser également les caractéristiques et les compétences de la personne qui ne sont pas liées à son physique. L'utilisation des thérapies corporelles et des thérapies de miroir sont aussi d'une efficacité car elles aident le patient à mieux intégrer la perte et à commencer le travail d'acceptation.

L'exploration des croyances et valeurs est aussi d'une importance capitale qui aide le patient à trouver du sens dans sa souffrance. A cela s'ajoute le soutien social, il faut aider la personne à se connecter avec d'autres personnes ayant des expériences similaires grâce aux thérapies de groupe. Le soutien social est aussi l'étayage familiale qui l'accompagne et qu'il faut joindre dans le processus d'accompagnement afin qu'ils comprennent bien leur patient et parviennent à répondre aux besoins spécifiques de ses patients.

De ce qui précède, les résultats obtenus par notre étude montrent que les sujets diabétiques amputés passent par des mécanismes d'identifications projectives pour se reconstruire une perception positive d'eux et se réconcilier avec le nouveau corps tout en puisant au fond des ressources présentes à ce moment, notamment les croyances ou leurs spiritualités et les ressources financières le tout en s'appuyant sur le support social étayant au près d'eux qui répond à les besoins et les aide à augmenter leur estime de soi et ainsi à développer une nouvelle identité et image positive d'eux même .

Ainsi, depuis quelques années, l'état camerounais travail pour une prise en charge holistique des patients hospitalisés et notamment des patients amputés. Cette étude révèle alors l'importance d'une prise en charge psychologie des diabétiques amputés, tant dans la préparation à l'ablation et la période post-amputationnelle. Il est donc nécessaire d'avoir des psychologues dans nos centres hospitaliers et de faire aussi un suivi de la personne qui accompagne l'amputée car lui aussi participe à la guérison. Cette étude révèle que le processus de reprise du Moi-Corps ne dépend pas essentiellement des stratégies du travail subjectif du sujet, mais à cela s'ajoute le support social et les mécanismes d'identifications y afférents. Une autre étude pourrait être envisagée sur ces diabétiques amputés, car tous nos sujets venaient pour l'appareillage. Comment les diabétiques amputés non appareillés réussissent à se réapproprier leur corps ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Angladette, L., & Silla, M. (2004). Deuil normal et pathologique. *Service de psychologie clinique et psychiatrie de liaison, Hôpital Européen Georges Pompidou*. 75908. Paris
- Anzieu, D. (1985). *Le moi peau*. Paris : Dunod.
- Assiatou, N. (2019). Le diabète au Cameroun. *In Cameroun Tribune*, 19.
- Aurelie, F. (2017). *La construction du schéma corporel dans un cerveau en développement*. Thèse, université de Marseille.
- Bachelard, G. (1957). *Poète*. Espace., P. 46.
- Balint, M. (2005). *Le médecin et la maladie*. Paris : Payot.
- Bandura, A. (1977). *Sentiment d'auto efficacité*. De Boeck.
- Banque Mondiale. (2021). Prévalence du diabète (% chez la population âgée de 20 à 79 ans – Cameroun). *Données Banque Mondiale*. https://www.Données_banques_mondiales.org.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. PUF.
- Beck, A., Rush, A., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Bergman, J., & Freud, A. (1965). *Children in the hospital*. New york, Univ. Press.
- Blanchet, A., Mayer, M., & Alii, A. (1987). L'entretien dans les sciences sociales. Dans *revue française de sociologie*. P. 160-164.
- Blanchet, A., & Gotman, J. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan. n°19.
- Brown, C., & Tekin, E. (2017). *Qualitative research in clinical psychopathology in the oxford handbook of clinical psychology*. Oxford : press university.
- Brown, C., & McQueen, M. (2019). *Atlas de chirurgie reconstructrice*. Paris : Masson.
- Catherine, A., Amandine C., & Larralde, JM. (2017). Les cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux. Dans *le corps humain saisi par le droit, entre liberté et propriété*. [Https:// journals.Openedition.org](https://journals.Openedition.org).
- Cattew, M., & Fernandez, L. (1995). *La recherche en psychologie clinique*. Paris : Nathan.

- Chalmel, H. (2014). *Construction du schéma corporel : connaissance du corps et conscience de soi chez les élèves de maternelle*. Mémoire de Recherche. Université Libre de Nantes.
- Consensus international du pied diabétique. (2019).
- Creswell, J. (2016). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods Approaches*. Sage.
- Curelli, A. (2004). *Douleur du membre fantôme : influence des facteurs psychologiques*. URF de psychologie. Université Charles de Gaule de Lille 3.
- Dago, K., Dano, J., & Yao, A. (2016). Le pied diabétique en côte d'ivoire : expérience du service d'endocrinologie diabétique du CHU de Yopougon. *Health science*, 21 (03). March 2020. <http://www.fmsb.org>.
- Damasio, A. (1999). *Le sentiment de non soi*. Paris : Odile Jacob.
- Dejours, C. (2009). *Corps et psychanalyse*. Paris : Dunod. Volume 86. P. 227-234. Iss N0020-0204.
- Delefosse, M.S. (2002). *Psychologie de la santé : perspectives qualitatives et cliniques*. Université de Lausanne.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : seuil.
- Domart, A., & Bourneuf, J. (1971). *Dictionnaire Larousse de médecine*. Ed, Larousse.
- Elody, B. (2015). *L'amputation peut-elle être un choix thérapeutique dans les fractures sévères des os longs du membre inférieur ?* Université de lorraine.
- Emerich, P. (2016). *Le traumatisme psychique dans l'œuvre de Freud et de Lacan*. OpenEdition.
- Epp, C. (2011). *Comment l'infirmière peut-elle accompagner vers l'acceptation de sa nouvelle image corporelle un adulte ayant subi l'amputation d'un membre*. Halte école cantonale vaudoise de la santé.
- Ferenczi, S. (1933). *Confusion de la langue entre les adultes et l'enfant*. Paris : Payot.
- Fernandez, L., Finkelstein, J., Lenglet, M., & Pontalier, S. (2012). Amputation du membre inférieur et image du corps chez une personne âgée hospitalisée M B., 61 ans. Dans

- Fernandez, L., & Gaucher, J. (2012). *Psychologie clinique de la santé. 12 études de cas. (P.145-164)*. Paris : in press.
- Fédération Internationale du diabète, (2019). Atlas du diabète.
- Forducey, P.G., & Ruwe, W. (2006). Psychological consequences of amputation. in *Carrol, K., Edelstein, J.E. (2006). Prosthetics and patient management: a comprehensive clinical approach*. USA: Slack incorporated, PP. 65-75.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondement et étapes du processus de recherche (2e ed)*. Chenelière Education.
- Frantz, A. (1970). *La médecine psychosomatique*. Paris : Payot.
- Freud, S. (1915). *Deuil et Mélancolie*. Gallimard.
- Freud, S. (1897). Lettre du 21 septembre 1897. In *la naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1914). *On narcissism : An introduction*. Standard edition.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot.
- Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. Paris : Payot.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : Payot.
- Freud, S. (1939). *L'homme moïse et le monothéisme*. Paris : PUF.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Etude sur l'hystérie*. Paris : PUF.
- Ghimbi, N. (2014). *Amputation d'un membre et souffrance psychique : une étude de cas à Brazzaville. Dans la représentation du psychologue clinicien dans le centre hospitalier de Brazzaville : identité et appartenance*. Thèse de doctorat, Université Marien Ngouabi de Brazzaville.
- Green, A. (2002). *Le complexe de castration*. Paris : PUF.
- Hanus, M. (2006). *La mort d'un enfant : approach de l'accompagnement et du deuil*. Collection : espace éthique.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An expérience approach to behavior change*. Guilford Press.

- Head, H., & Holmes, G. (1911). *Sensory disturbances from cerebral lesion brain*. n° 34. P 102-254.
- Ibrahima, D. (2017). *Profil clinique et évolutif des lésions de la peau et des parties molles chez le diabétique*. doi 12.390/inno.025.0145.
- Igoui, M. (2015). *Pratique et expérience de la pulsion de la mort dans le Back bafia : Une approche des tradithérapies a efficacité symbolique*. Thèse de doctorat PHD. Université de Yaoundé I.
- Kritzinger, I., & Morris, L. (2012). *Sexuality and disability: A preliminary study of the experiences of amputee woman sexuality and disability*, 36 (1). 91-105. Doi : 10.1007/S 11195-017-9501-9.
- L'Ecuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Presses Universitaire du Québec.
- Lacan, J. (1966). Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient Freudien. Dans *écrits*. P. 793-828. Paris, Le seuil.
- Lacan, J. (1954). Les techniques de Freud. *Dans séminaire I, les écrits*. P 298. Paris : seuil.
- Lacan, J. (1964). *Le séminaire XI. Les autres concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris, seuil.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je. In *écrits (PP. 93-100)*. Seul.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1981). *Vocabulaire de psychanalyse*. PUF. 1967108. Bd.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer publishing company ; INC.
- Lebreton, D. (2011). L'expression obligatoire des sentiments. *Journal de psychologie*. P. 23
- Lebreton, D. (1992). *La sociologie du corps*. Paris : PUF.
- Lebreton, D. (1992). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF.
- Lefébure, F. (1994). *Le dessin de l'enfant le langage sans parole*. Paris : Masson
- Lerner, S., & Karayannis, N. (2002). Aspect psychosocial de l'amputation. *Journal de recherche Psychosomatique*, 67 (5). S 17-S30.

- Lorenzo, M. (2019). *Evaluation de la prévalence des manifestations somatiques dans les troubles de stress post traumatique chez les enfants âgés de 6 à 12 ans lors de l'exposition à l'attentat du 14 juillet 2016 à Nice : Etude observationnelle rétrospective monocentrique*. Thèse de doctorat. Médecine humaine et pathologique. Dumas.02181002. [Http//Dumas.Ced.Cmrs.Fr/](http://Dumas.Ced.Cmrs.Fr/)
- Maatouk, D. (2016). *Vécu déshumanisant et le conflit identitaire des sujets amputés à l'adolescence suite à un accident de guerre*. Thèse, Université du Québec à Montréal.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : PUF.
- Marty, P. (1984). *L'ordre psychosomatique*. Paris : Payot.
- Maus, M. (1934). Les techniques du corps. *Journal de psychologie*, 23 (6).
- Meleis, A., Sawyer, G., & Hiffinger, M. (2000). *Experiencing transition an emerging middle range theory: Advances in nursing science*. 23 (1). P12-28.
- Modell, A. (1990). *The experience of the body in psychodynamic psychotherapy. Contemporary psychoanalysis*, 26 (3), 463-479.
- Morin, C. (2013). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire neurologie et psychanalyse*. Eres.
- Nguimfack, L., & Ovambe, G. (2021). *Expérience mystico culturelle dans les psycho traumatismes du genre en Afrique : Cas de quatre camerounais soldats*.
- Nicodème, Jd. (2014). Amputation du membre inférieur : indication, bilan et complication. *Revue médicale suisse*.
- Organisation Mondiale de Santé Maurice. (2020, 12 novembre).
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le diabète*.
- Paille P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4e ed)*, Armand colin.
- Patton, M.Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage.
- Pedinielli, J.L. (1995). Recherche clinique et méthodes quantitatives. Dans, *Bourguiégnon. O., & Budlowski, M. (1995). La recherche clinique en psychopathologie*. Paris : Payot.
- Pedinielli, J-L. (2006). *La recherche en psychologie clinique*. Doi : 10. 3917/TSI.084.0041.

- Pedinielli, J-L., & Mariage, A. (2015). *Psychopathologie du traumatisme*. Dunod. 78005.
- Pfeiffer, G., Victoria, P., & Jané, D. (2018). Prevalence of type 2 diabetes in South Africa: A systemic review protocol. *BMS Open* 2018 ; 8 : e 21029. Do :10.1136.
- Piaget, J. (1945). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neuchâtel.
- Piaget, J. (1945). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neuchâtel : Delachaux et Nestlé.
- Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*. Dunod. Paris.
- Pommier, G. (2009). Du langage d'organe à l'amour du nom : le point du nœud de transfert dans les psychoses. *Dans la clinique lacanienne*. P. 115-133.
- Ponty, M. (1961). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Poupart, M. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaétan Morin Editeur. Chenelière Education.
- Pourtois, A., & Desmet, C. (2004). *Contexte et contextualisation dans l'approche qualitative de la communication organisationnelle*. Université de Nice.
- Richard, J-L. (2008). *Evolution du nombre des amputations : Marqueur de la qualité de la prise en charge et de l'efficience d'un système de soins, Amputation et Diabète*. 26. (2008).5221-5229.
- Richard, J-L. (2008). Epidémiologie du pied diabétique. *Revue interne de médecine*. 29 (5222-5230).
- Richard, J-L., Schuldinner, K. (2008). *Epidémiologie du pied diabétique. Revue de médecine interne*. 29. (2008) S222-S530. [Http// France et servir.com/direct/revmed](http://France.et.servir.com/direct/revmed).
- Rogers, C. (1959). A theory of therapies, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In *Koch. S (1959). Psychology: A study of science*. McGraw-Hill.
- Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Bulletin de la société psychanalytique de Montréal* 14 (2), 31-42.

- Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes de la clinique de la survivance psychique. Dans : Furtos, J., & Laval, C. (2005). *La santé mentale en actes*. Paris : Eres, PP. 221-238.
- Rozenblum, J. (2023). Stress post traumatique : symptôme, durée, c'est quoi ? *Journal des femmes*. P 1.
- Schilder, P. (1950). *L'image du corps*. Pull publishing.
- Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire de psychologie*. Edition Bordin. ISBN.2-04-018525-9.
- Simonney, C. (2014). *Délievrez-nous du corps*. Edition Plon.
- Smolack, D., & Brunet, L. (2017). Interprétation psychanalytique du traumatisme : une synthèse théorico clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 38 (3), 99.12.4.
- Solomon, C., & Heide, K. (1999). Type II trauma : Trauma a more effective conceptualization of psychological trauma ; in *J offender ther comp criminal* 43, 202-210.
- Stern, DN. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: PUF.
- Terr, L. (1991). Childhood Traumas. *Am, J. Psychiatry*, 148, 10-20.
- Tsafack, N. (2004). *L'enquête et ses résultats*. Mémoire en ligne.com
- Valas, P. (1995). *Essaie sur le corps dans la biologie, la médecine et la psychanalyse*. Seuil.
- Van der Kolk. (2015). *The body keeps the store: brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin.
- Wallon, H. (1934). *Les origines de la pensée chez l'enfant*. Paris.
- Wallon, H., & Lucart, L. (1934). *Dessin, espace et schéma corporel chez l'enfant*. Paris : ESF.
- Winnicott, D. (1999). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot
- Zellat, B. (2014). *Séquelles d'amputation*.

ANNEXES

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

Faculté des Arts, Lettres et Sciences
Humaines

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
B.P 7011 Yaoundé (Cameroun)



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

Faculty of Arts, Letters and Social
Sciences

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroon)

ATTESTATION DE RECHERCHE

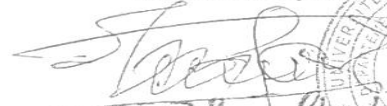
Je soussigné, Professeur EBALE MONEZE Chandel, Chef du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que LONTSI KIAMPI Franklin, Matricule 18B631, étudiant de Master II en psychologie a libellé son mémoire « Vécu traumatique des diabétiques amputés et reprise du moi corps. ».

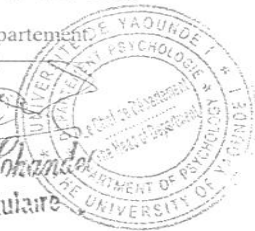
Ses travaux qui s'effectuent sous la direction du Docteur IGOUI MOUNANG Gilbert nécessitent une investigation sur le terrain.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 4 AVRIL 2023

Par le Chef de Département


Ebalé Monze Chandel
Professeur Titulaire



SHOT ON itel
AI DUAL CAMERA

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	4
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	5
1.1. Contexte de l'étude	5
1.2. Justification	8
1.3. Position et formulation du problème.....	9
1.4. Question de recherche	14
1.5. Hypothèse Générale de recherche.....	14
1.6. Objectifs de recherche.....	14
Objectif général.....	14
Objectifs spécifiques	15
1.7. Intérêt de l'étude	17
Sur le plan scientifique	17
Sur le plan clinique.....	17
Sur le plan social :.....	17
Sur le plan psychologique :	17
1.8. Originalité.....	17
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE	18
2.1. DEFINITION DES CONCEPTS.....	18
2.1.1. Le vécu traumatique.....	18
2.1.1.1. La Notion de vécu	18
2.1.1.2. Le traumatisme.....	18
2.1.1.2.1. Historique	21
2.1.1.2.2 Les types de traumatismes	22
2.1.1.2.3. Quelques Auteurs et leurs conceptions du traumatisme.....	22
2.1.2. Le vécu traumatique.....	31

2.1.2.1. Le vécu traumatique sur l'axe de la mémoire ou cognitif.....	32
2.1.2.2. Le vécu traumatique sur l'axe de la souffrance.....	33
2.1.2.3. Le vécu traumatique sur le plan somatique.....	33
2.1.2.4. Le vécu traumatique sur le plan comportemental.....	34
2.1.3. Le Diabète.....	35
2.1.3.1. Définition et statistiques.....	35
2.1.3.2. Type de Diabète et facteurs de risques.....	35
2.1.3.3. Sémiologie et symptomatologie.....	36
2.1.3.4. Complication.....	36
2.1.4. Amputation.....	37
2.1.4.1. Définitions et statistiques.....	37
2.1.4.2. Causes des amputations dans le monde.....	38
2.1.4.3. Mécanisme d'amputation.....	39
2.1.4.4. Les types d'amputations :.....	40
2.1.4.5. Conséquences :.....	43
2.1.5. Prise en charge du diabétique amputé.....	45
2.1.6. Le Deuil.....	49
2.1.6.1. Le Deuil compliqué.....	52
2.1.6.1.1. Deuil différé.....	52
2.1.6.1.2. Deuil inhibé.....	52
2.1.6.1.3. Deuil prolongé ou deuil chronique.....	53
2.1.6.1.4. Deuils pathologiques.....	53
2.1.6.4.2. Décompensation d'un trouble névrotique de la personnalité.....	54
2.1.6.2. Deuil traumatique.....	54
2.1.7. La reprise du Moi-corps.....	55
2.1.7.1. Notion générale sur la reprise.....	55
2.1.7.2. Le Moi.....	55
2.1.7.3. Le corps.....	57
2.1.7.4. Le Moi-Corps.....	79
2.1.7.4.1. La reprise du Moi-Corps chez les diabétiques amputés.....	81
2.2. THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET.....	82
2.2.1. Théorie psychanalytique du traumatisme de René Roussillon.....	83
2.2.1.1. La déshumanisation.....	83
2.2.1.2. Se tuer pour survivre.....	83
2.2.1.3. Les conditions extrinsèques à la conjoncture traumatique.....	84
2.2.1.4. La prise en charge des besoins du moi.....	84
2.2.1.5. L'objet Médium Malléable.....	85

2.2.2. La théorie des schémas corporels	85
2.2.3. Théorie psychanalytique de l'image du corps.....	87
2.3. SYNTHÈSE.....	89
DEUXIÈME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	93
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	94
3.1. POSITION ET FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	94
3.2. HYPOTHESE DE RECHERCHE	94
3.2.1. HYPOTHESES SECONDAIRES.....	94
3.3. TYPE DE RECHERCHE	95
3.4. METHODE DE RECHERCHE	96
3.5. SITE DE L'ETUDE	97
3.5.1. Présentation.....	97
3.5.1.1. Création du centre national de réhabilitation des personnes handicapées	98
Phase 1 : de la création à la rétrocession à l'Etat du Cameroun	98
<i>Phase 2 : de 1978 à 2009</i>	100
<i>Phase 3 : de 2010 à 2016</i>	101
3.5.1.2. Organisation et fonctionnement	105
3.5.1.2.1. Le conseil d'administration.....	105
3.5.1.2.2. La direction Générale	106
3.5.1.3. Présentation générale et missions de la structure (CNRPH).....	108
3.5.1.4. Les cibles	109
3.6. POPULATION ET ECHANTILLONAGE	113
3.6.1. Population.....	113
3.6.1.1. Les caractéristiques de la population	113
3.6.1.2. Population de l'étude	114
3.6.1.3. Population de recherche.....	114
3.6.1.4. Critères de sélection des participants.....	114
3.6.2. Echantillon et échantillonnage.....	115
3.7. OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES.....	117
3.7.1. Préparation du guide d'entretien.....	119
3.7.2. Enquête préliminaire	119
3.7.3. Présentation du guide d'entretien	119
3.7.4. Cadre de l'entretien.....	120
3.7.5. Mener des entretiens.	120
3.8. TECHNIQUE D'ANALYSE DES RESULTATS :	122
3.8.1. L'analyse de contenu	122

3.8.2. L'analyse thématique.....	125
3.9. LIMITES DE L'ETUDE ET CONSIDERATIONS ETHIQUES	125
3.9.2. Considérations éthiques	126
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	128
4.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS.....	128
4.1.1 Présentation de l'entretien individuelle avec le patient 1.....	128
4.1.2 Présentation de l'entretien individuelle avec le patient 2.....	135
4.1.3. Présentation de l'entretien individuelle avec le patient 3.....	142
4.1.4 Présentation de l'entretien individuelle avec le patient 4.....	148
CHAPITRE V : INTERPRETATION DES RESULTATS.....	153
5.1. VECU TRAUMATIQUE	153
5.1.1. Vécu sur l'axe de la souffrance.....	153
5.1.2. Vécu sur le plan somatique	156
5.1.3. Sur le plan cognitif	157
5.1.4. Vécu sur le plan comportemental	158
5.1.5. Affection dans la vie quotidienne	159
5.1.6. Stratégies de survies	159
5.2. LA PERTE DE L'IMAGE ET DU SCHEMA CORPOREL.....	160
5.2.1. Changement dans la Perception du corps suite à l'amputation	160
5.2.2. Perception et vécu du corps propre	161
5.2.3. Estime de soi	162
5.2.4. Difficultés d'accepter le corps modifié	162
5.2.5. Identification aux mots et relation aux objets	163
5.2.6. Modèle interne représentatif et sens proprioceptifs.....	163
5.3. LA REPRISE DU MOI-CORPS	164
5.3.1. Réajustement dans la perception du corps	164
5.3.2. Acceptation et Travail de réconciliation d'avec le corps	164
5.3.3. Rôle de la famille et qualité de la relation	165
5.3.4. Rôle des praticiens et de l'appareillage.....	165
5.3.5. Statut social et réajustement de la perception.....	166
5.3.6. Identifications aux mots de l'entourage	166
CONCLUSION	167
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	171
ANNEXES	178
TABLE DES MATIERES.....	179