

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Faculté de médecine

Département de médecine

Thèse pour l'obtention du Doctorat en Sciences Médicales

**ETUDE CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DE LA DEPRESSION CHEZ
LES AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L' HMRUC**

A propos d'une étude allant du 30/11/2014 au 30 /10/2015

Présentée par :

Dr. RAHMOUN ZOHEIR OUAFI

Maitre assistant en psychiatrie

Jury :

Président:

*Monsieur le Professeur **M.L.BENCHARIF***

Faculté de médecine de Blida.

Membres :

*Monsieur le Professeur **M.TABTI***

Faculté de médecine d'Alger.

*Monsieur le Professeur **M.BENABESS***

Faculté de médecine de Constantine

*Monsieur le Professeur **N.ARFI***

Faculté de médecine d'Alger

Directeur de thèse :

*Monsieur le Professeur **B.SEMAOUNE***

Faculté de médecine d'Alger

Année universitaire 2016/2017

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Faculté de médecine

Département de médecine

Thèse pour l'obtention du Doctorat en Sciences Médicales

**ETUDE CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DE LA DEPRESSION CHEZ
LES AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L' HMRUC**

A propos d'une étude allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

Présentée par :

Dr. RAHMOUN ZOHEIR OUAFI

Maitre assistant en psychiatrie

Jury :

Président:

*Monsieur le Professeur **M.L.BENCHARIF***

Faculté de médecine de Blida.

Membres :

*Monsieur le Professeur **M.TABTI***

Faculté de médecine d'Alger.

*Monsieur le Professeur **M.BENABESS***

Faculté de médecine de Constantine

*Monsieur le Professeur **N.ARFI***

Faculté de médecine d'Alger

Directeur de thèse :

*Monsieur le Professeur **B.SEMAOUNE***

Faculté de médecine d'Alger

Année universitaire 2016/2017

REMERCIEMENTS

Nous remercions

-Le General Major directeur central des services de santé militaire.

-Le General directeur de l'hôpital militaire régional universitaire de Constantine : Commandant Abelali Benbaatouche.

-Le Colonel Médecin chef de l'hôpital militaire régional universitaire de Constantine.

-Le personnel Médicale et paramédical du service de psychiatrie de L'HMRUC .

-A tous les patients amputés sans qui ce travail n'est possible.

-A notre directeur de thèse Monsieur le Professeur BOUALEM SEMAOUNE

A NOTRE MAITRE LE PRESIDENT DE JURY,

Monsieur le Professeur BENCHARIF

Pour votre enthousiasme et votre passion pour la psychiatrie, qui ont su faire éclore mon intérêt. Pour m'avoir fait partager votre volonté inébranlable de faire le maximum pour nos patients, même dans les situations les plus difficiles. Pour votre humanisme tout simplement.

Votre sens clinique, la clarté de votre réflexion et votre ouverture d'esprit suscitent mon respect et seront pour moi un exemple.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Le Professeur SEMAOUNE

Vous nous avez fait l'honneur d'initier puis de guider ce travail à chaque étape. Votre accueil toujours chaleureux, vos conseils prodigués avec pédagogie, votre disponibilité importante aux moments critiques nous ont rendu la tâche plus aisée m'ont permis d'avancer, et de mener ce travail à son terme.

Pour votre accueil au sein de la spécialité, votre accompagnement et votre soutien tout le long de mon cursus. Pour m'avoir fait partager vos connaissances et votre expérience si précieuse.

Votre écoute et votre esprit de synthèse m'ont profondément marqué.

J'espère que mon travail se situe à la hauteur de vos attentes. Je vous exprime ma sincère reconnaissance, mon attachement et mon profond respect.

Votre grande expérience, votre pragmatisme et votre rigueur scientifique sont incontournables pour l'amélioration qualitative de ce travail.

Votre simplicité et votre sens social élevé ont marqué notre esprit.

A NOS JUGES,

Monsieur le professeur **TABTI**

Pour avoir accepté si facilement de me faire l'honneur de juger cette thèse, et d'avoir bouleversé son emploi du temps pour se rendre disponible, afin d'éclairer ce travail de son regard de clinicien.

Votre conseil nous a été fortement utile.

Recevez, par ce travail, l'expression de notre gratitude.

Monsieur le professeur **ARFI**

Pour votre aide précieuse dans sa réalisation, que ce soit pour le recueil des données que pour la relecture attentive de mes écrits.

Pour m'avoir accueilli et m'avoir fait partager vos connaissances et votre pratique.

Monsieur le professeur **BENABBAS**

Pour avoir accepté de me faire l'honneur de juger cette thèse, et y apporter votre regard et votre expérience.

Veillez accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect

A tous les psychiatres qui ont contribué à ma formation.

Pour avoir contribué à ma réussite dans ces études, et à la qualité de mon exercice futur.

A tous les rééducateurs et soignants dont j'ai croisé la route au cours de ma formation

Pour m'avoir apporté votre vision de la prise en charge des patients, pour votre patience pour mes prescriptions tardives, et pour vos mille et une explications sur les petites choses de la pratique quotidienne qu'on ne peut apprendre sur les bancs de la faculté ou dans les livres.

A tous mes collègues

Pour votre amitié et les moments partagés ensemble. Pour vous être astreints à vous assurer qu'étaient bien consignées dans les dossiers des patients les données dont j'avais besoin pour la réalisation de ce travail. Pour avoir non seulement réussi à me supporter, mais avoir lié des liens d'amitiés solides.

A Mon père, parti furtivement sans avoir récolté le fruit de son labeur, lui qui m'a appris à aimer l'homme dans le bonheur et la misère et à le glorifier dans le sacrifice de soi pour l'honneur et la patrie.

C'est à lui que je dédie ce travail qui j'espère contribuera tant soit peu à lui apporter la récompense de notre Seigneur pour son courage et son sacrifice à avoir su me guider dans ma formation et dans le choix de ma spécialité.

-Que Dieu lui accorde sa miséricorde et son pardon –

A ma chère femme

A mes chers enfants : Soundous, Racha, Mohamed et Abderrahmane et à tous ceux que j'aime.

Ma famille, mes amis et mes collègues.

Dr. RAHMOUN. Z. WAFI

Introduction:

J'ai pu remarquer, au fil de mes expériences professionnelles, que j'avais un attrait particulier pour les pathologies liées aux modifications physiques, au handicap et à la perturbation de l'image de soi. C'est en psychiatrie de liaison que j'ai pu identifier de façon fréquente les diagnostics que sont « l'altération de l'image corporelle » et « la perte d'estime de soi ». Mais c'est surtout en centre de rééducation et réadaptation pour personnes amputées qui a fait naître mon vif intérêt pour cette prise en charge spécifique.

En effet, il est possible de rencontrer des patients amputés dans tous les services hospitaliers et c'est pourquoi j'ai commencé à me questionner sur leur prise en charge.

La pratique de l'amputation de membre remonte à l'aube de l'histoire humaine. Des traces d'un acte d'amputation de l'avant-bras ont ainsi pu être mises en évidence sur un squelette datant d'environ 6900 ans, retrouvé dans le site néolithique de Buthier-Bulancourt en France [26]. Hippocrate de Cos (460-370 av. J.C) est l'auteur du premier écrit portant sur la réalisation d'amputations à visée thérapeutique pour les patients présentant une gangrène, puis l'œuvre de Celse (*De Medicina libri octo*, 1^{er} siècle ap. J-C.) fera référence dans ce domaine jusqu'à la Renaissance.

Toutefois, l'amputation restait un acte chirurgical présentant une létalité très importante, du fait des complications hémorragiques et infectieuses.

L'amputation, quelles que soient ses causes, touche douloureusement la personne dans son intégrité physique (déficiences dans le fonctionnement physique). Elle conditionne ou bouleverse sa manière de vivre (activités de la vie quotidienne : soins personnels, habillage, transferts, déplacements). Lorsqu'elle est provoquée, comme dans les cas de maladies ou d'accidents, elle pose également le problème de

la remise en question de l'identité à travers la modification l'image corporelle et l'acceptation d'une nouvelle identité (Desmond, 2007).

L'amputation d'un membre inférieur constitue, pour la personne qui la subit, une épreuve à la fois physique et psychologique majeure. L'évidence de la déficience, associée à celle de la perte corporelle, est immédiate, et l'espoir d'une éventuelle récupération de la fonction repose entièrement sur les vertus du futur appareillage.

Les progrès en termes d'équipement prothétique ont suivi ceux des techniques d'amputation. Après la période de sommeil du Moyen Âge, on attribue ainsi à Amboise Paré la conception de nouveaux types de prothèses, notamment la « jambe des pauvres » (pilon rudimentaire en bois) et la « jambe des riches » (pilon articulé revêtu d'une armature métallique).

A travers l'Histoire, le handicap a toujours été considéré de façon négative par la société, les personnes amputées étant perçues comme des monstres au Moyen -âge, elles rencontrent encore des difficultés à être acceptées de nos jours.

Suite à une amputation, la vie est profondément affectée : beaucoup de personnes sont dans l'incapacité de travailler ou de conserver une vie sociale active et deviennent dépendantes des autres. Une amputation entraîne toute une série de problèmes dans les aspects clés de la vie, notamment l'emploi, les assurances et le bien-être psychologique. Des études sur la qualité de vie des personnes atteintes de diabète après une amputation ont mis en évidence le déclin de la fonction physique, émotionnelle et sociale.

Les cas de dépression sont fréquents. Beaucoup de personnes craignent les infections répétées et l'incapacité à vie. De plus, après une amputation, des chaussures spéciales ou des prothèses sont souvent nécessaires. La condition est alors impossible à dissimuler en public, ce qui entraîne souvent un malaise et un impact négatif sur la qualité de vie. En effet, la recherche a démontré que les personnes atteintes de diabète qui, suite à une dépression, négligent leurs contrôles réguliers, sont plus exposées au risque de complications. Le soutien psychologique est donc essentiel pour toutes les personnes qui ont subi une amputation.

L'amputation est vécue comme un drame humain, quel que soit son niveau. Elle touche douloureusement le malade dans son intégrité physique, psychologique et sociale; elle bouleverse sa manière de vivre: son activité quotidienne, ses études, son métier ou ses loisirs. Elle n'épargne pas davantage le médecin et son équipe, a fortiori si le sujet est jeune.

La dépression est largement l'affection psychiatrique la plus fréquente chez les amputés du membre inférieur.

Elle est quasi présente et peut être dévastatrice en réduisant la possibilité et le champ d'actions du patient lui-même et du thérapeute en le démotivant à l'adhésion au projet de soins.

La dépression majore la souffrance et l'inconfort du patient déjà presque handicapé; elle aggrave le pronostic cognitif.

C'est pourquoi une mise au point sur la dépression chez les amputés du membre inférieur du militaire blessé dans le cadre de la lutte antiterroriste au niveau de la cinquième région militaire nous semble nécessaire afin d'attirer l'attention de nos confrères psychosomaticiens de l'intérêt du dépistage précoce et de la prise en charge de la dépression malheureusement souvent méconnue parfois négligée même.

La dépression chez cette catégorie de patients amputés du membre inférieur dans le cadre de la lutte antiterroriste nous interpelle du fait du nombre assez élevé lors de la dernière décennie et demeure un véritable problème de santé public dans notre pays.

Le nombre d'amputés du membre inférieur est en constante progression et, aux multiples répercussions, ce problème constitue une priorité pour les services de Santé Militaire.

Aucune étude n'a été faite dans notre pays sur la dépression des amputés du membre inférieur.

Sur le plan clinique, l'analyse de la dépression du militaire amputé du membre inférieur dans le cadre de la lutte tient compte de variables liées au sujet, mais

également de variables liées au niveau de l'amputation lui-même et de variables évolutives tel que l'adhésion au projet thérapeutique et le type de personnalité sous-jacente.

Nous nous sommes focalisés sur le vécu psychologique de ces patients amputés en identifiant les conséquences psychologiques ainsi que les facteurs de stress et de réticence relatifs à l'amputation du membre inférieur amenant le patient amputé vers l'anxiété et la dépression.

Ce dernier va essayer de chercher et de changer de métier à reconsidérer ses relations affectives avec ce corps mutilé; il y a une remise en question de l'identité à travers cette modification corporelle.

Pour parvenir à la compréhension de l'état psychique dans lequel se situe le patient amputé du membre inférieur nous avons procédé d'abord par définir les concepts ensuite nous avons établi une démarche méthodologique qui nous a permis de répondre aux questions de recherche posées dès le départ.

Par ailleurs, rares sont les sujets amputés du membre inférieur qui ne font pas de dépression.

Dans ce cadre, la mise en œuvre d'une lutte efficace et pertinente contre la dépression s'appuie sur la réalisation de recherches portant sur les mécanismes psychopathologiques mise en jeu; et sur l'évaluation des diverses initiatives en matière de prise en charge médicale, sociale et psychiatrique des amputés du membre inférieur dans le cadre de la lutte antiterroriste.

Avoir à l'esprit que le militaire amputé ne doit pas être automatiquement déclaré inapte au service armé car ce dernier pourrait servir dans d'autre domaine.

De part cette dépression induite, constitue un problème de santé dans les armées et leur prévention doit être également une priorité et impose une stratégie multidisciplinaire.

Chapitre - I-

AMPUTATION DU MEMBRE INFÉRIEUR

I.1.DEFINITION :

I.1.a. L'amputation :

L'amputation est l'ablation d'une extrémité du corps à la suite d'un traumatisme ou d'un acte chirurgical. Dans le cadre de la chirurgie, elle sert à limiter l'expansion incurable d'affections graves par exemple la gangrène. Elle peut être appliquée à titre préventif pour limiter la douleur ou éviter l'apparition d'autres pathologies.

Dans certains pays appliquant la loi coranique, l'amputation est une peine pouvant être prononcée à l'encontre d'une personne convaincue de crime, en particulier d'un voleur

I.1.b.Amputations du membre inférieur :

Le membre inférieur est de loin le membre le plus souvent menacé d'amputation, même si l'on inclut au membre supérieur les fréquentes amputations des doigts, même les plus distales ou partielles (pulpes...). En effet, les membres inférieurs sont le plus souvent en contact avec le sol qui peut renfermer divers objets à risque (certaines amputations inférieures sont dues à l'explosion de mines terrestres).

Une amputation correspond à une absence de tout ou partie d'un membre. Au sens strict, amputation désigne l'intervention chirurgicale qui aboutit à une " amputation ". D'après Le Dictionnaire Larousse l'ENCYCLOPEDIE MEDICALE DE LA FAMILLE (1991 :92) L'amputation est l'«Ablation chirurgicale d'une partie ou de la

totalité d'un membre, habituellement en vue de prévenir une gangrène (nécrose et mort rapide des tissus surinfectés par des germes anaérobies) ou une infection très sévère (par staphylocoques surtout)».

I.1.c. Une agénésie de membre(s) :

Couramment appelée amputation " congénitale " selon Larousse ENCYCLOPEDIE MEDICALE DE LA FAMILLE (1991 :73) « est un défaut de développement survenu lors du stade embryonnaire »

I.2. Historique

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

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

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

Il faut attendre la naissance des civilisations pour que le développement de la médecine et la science des prothèses sortent des brumes.

Ainsi, la chirurgie des premiers grecs, largement pratiquée sur les champs de bataille, semble héritée des égyptiens.

Hippocrate, célèbre médecin grec du Vème siècle avant J.C., proposait l'amputation pour les sujets atteints de gangrène et utilisait les ligatures contre les hémorragies.

Les Egyptiens étaient capables d'amputer mais également de fabriquer des prothèses, affirment des chercheurs allemands, qui en ont découvert, dans l'ancienne ville de Thèbes, des preuves particulièrement nettes sur la momie d'une femme morte il y a environ 3.000 ans. Le gros orteil du pied droit avait été amputé, et l'articulation avait été remplacée par une prothèse en bois. Dans le cas de cette momie, la prothèse avait servi. Des traces d'usures sur le bois en attestent. Les chercheurs estiment d'ailleurs que l'articulation des trois segments de bois, maintenus en place par du textile, devait permettre un assez bon mouvement.

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

Comme par le passé, la plupart des amputations étaient les conséquences de batailles, mais aussi de lèpre, de gangrène.

A cette époque, les prothèses étaient soit des pilons soit des crochets, et avaient juste un but fonctionnel. Seuls les riches pouvaient s'offrir des appareillages plus sophistiqués et plus humanisant. Il a bien sûr existé quelques orfèvres (dans le domaine des armures, du bois, des mécanismes) qui ont œuvré pour la technique de la prothèse, mais ils n'ont laissé que très peu de traces. L'époque n'était pas propice aux communications ni à la grande diffusion.

Ainsi, Ambroise Paré (1509-1590), considéré comme le père de la chirurgie moderne, instaura la ligature des artères en lieu et place de la cautérisation après une amputation en 1552 au siège de Damvilliers.

Mais, il fut aussi un grand concepteur de prothèses. Il mit en effet au point le premier une prothèse de cuisse, reproductible en plus grand nombre.

« La jambe des pauvres », construite en bois, était fort rudimentaire. Par souci d'esthétique,

Ambroise Pare conçut par la suite des prothèses plus complexes, réservées aux riches, revêtues d'une armature métallique qui dissimulait un pilon articulé. Mais son poids considérable la rendait finalement moins fonctionnelle que « la jambe des pauvres ». De la jambe d'Ambroise Paré naquit le cuissard à pilon dont le principe est resté en vigueur jusqu'au début du XX^{ème} siècle.

Par la suite, de nouvelles découvertes comme la synthèse de l'éther en 1540 par Valerius Cordus, la description de la circulation sanguine en 1628 par Harvey, en 1665, la première injection intraveineuse d'opium à l'aide d'une plume d'oie, etc. améliorèrent les méthodes d'amputation.

A partir de 1850, ces méthodes deviennent plus "scientifiques", notamment grâce aux travaux de Pasteur (1822-1895) sur la théorie d'infection par les germes qui vont révolutionner l'antisepsie.

Auparavant, les handicapés étaient délaissés, et la chirurgie était trop mutilante. Maintenant il devient possible de se faire amputer sans risquer sa vie et d'envisager une suite active.

On peut ainsi citer comme exemple Sir Douglas Bader, héros de la R.A.F. (1939-1945), amputé fémoral et tibial après un accident d'avion qui réussit à réintégrer l'armée et repiloter des chasseurs avec deux prothèses.

Les immenses progrès réalisés en médecine (chirurgie, anatomie, système vasculaire, système nerveux, bactériologie) et les nombreux candidats dus aux conflits armés ont permis de faire de grandes avancées dans le domaine de l'amputation. Et cela continue aujourd'hui essentiellement grâce au perfectionnement des prothèses qui visent à mimer le mieux possible la dynamique du membre manquant et ceci notamment grâce à l'utilisation de nouveaux matériaux, légers et résistants (plastiques, polymères, fibres de carbone), à de nouvelles conceptions, aux progrès de l'électronique et de l'informatique et, avant tout, à une meilleure connaissance du mode de fonctionnement du corps humain

Chapitre II

II.1. NIVEAU D'AMPUTATION

Différentes maladies comme les artériopathies, les infections, les traumatismes, les tumeurs ou les malformations congénitales peuvent mener à une amputation.

L'atteinte vasculaire, présente chez environ 50% des patients souffrant d'un diabète, mène à davantage d'amputations que toute autre affection (87%), suivent ensuite les traumatismes avec 4%, les infections avec 2%, les tumeurs avec 2% et finalement les malformations à 0,2%. Les brûlures, gelures ou autres étiologies ne représentent que 5%. Ceci est valable pour les pays industrialisés. Dans les pays en voie de développement, les causes principales menant à une amputation sont les tumeurs (42%), suivie des infections (20%) et des traumatismes (13%). L'artériopathie périphérique est responsable de seulement 13% de cas. (Revue Médicale Suisse N° 138 publiée le 19/12/2007)

II.1.1.Indications

Il faut avoir épuisé toutes les possibilités de la chirurgie restauratrice avant de proposer l'amputation. Si l'amputation s'avère inévitable et nécessaire, le chirurgien doit impérativement répondre à plusieurs questions.

La première, et la plus importante, concerne le bon niveau d'amputation. Ce niveau d'amputation se détermine d'un côté par des arguments cliniques (angiologiques et radiologiques) et, de l'autre, par les besoins et capacités du patient. Autrement dit, il doit combiner le niveau d'amputation biologique avec le niveau d'amputation de rééducation.

Le niveau d'amputation biologique est déterminé par un examen clinique et vasculaire. Lors d'un examen angiologique, les pressions transcutanées en oxygène (PO_2) et une pléthysmographie peuvent être utilisées pour l'évaluation de la perfusion et de la viabilité tissulaire. Lorsque la $tcPO_2$ est au-dessus de 30 mmHg ou la pression d'occlusion au niveau du gros orteil au-dessus de 30 mmHg, il existe 80% de chances de cicatrisation en première intention. En cas d'inflammation importante, d'œdème ou d'infection, la $tcPO_2$ perd sa valeur prédictive. Radiologiquement, il faut exclure l'infection osseuse. Grâce à ces informations, on parvient à déterminer le niveau d'amputation biologique ayant la plus grande probabilité de cicatrisation exempte de complications.

La combinaison du niveau d'amputation biologique avec le niveau d'amputation de rééducation va aider le chirurgien à déterminer le niveau d'amputation idéal pour ainsi maximaliser l'indépendance fonctionnelle du patient tout en minimisant également le risque de complications de cicatrisation, d'infections et de réinterventions.

II.2.les différents niveaux d'amputation :

II.2.1. Amputations des orteils

Dans les amputations au niveau des orteils, il faut faire la distinction entre les amputations partielles d'orteils et les désarticulations d'orteils. Au niveau du gros orteil, le niveau de résection idéal se trouve au niveau de la base de la phalange proximale, en laissant un moignon de 1 cm pour préserver l'insertion des sésamoïdes (figure 1). Ceci permet de maintenir un meilleur équilibre pour le patient et de conserver une marche nettement meilleure après une désarticulation au niveau de la métatarso-phalangienne (MTP), ceci grâce à la préservation du complexe du court fléchisseur du gros orteil. Si, en revanche, une désarticulation métatarso-phalangienne est inévitable, les sésamoïdes devront être excisés.

Les désarticulations des orteils deux à cinq se font avec une incision en raquette en laissant le cartilage de la tête métatarsienne intact. Ceci protégera d'une possible infection diaphysaire. Pendant que les désarticulations des troisièmes, quatrièmes et cinquièmes orteils ne posent pas de problème de déformation secondaire, la désarticulation MTP du deuxième orteil peut mener à une déformation en hallux valgus iatrogène, raison pour laquelle une amputation du deuxième rayon est préférable.

II.2.2. Amputations trans-métatarsiennes

II.2.3. Amputations du Lisfranc et du Chopart

II.2.4. Amputations type Boyd-Pirogoff ou Syme

II.2.5. Amputations tibiales

II.2.6. Amputations autour du genou

II.2.7. Amputations fémorales

Si une amputation autour du genou s'avère irréalisable, une amputation trans-fémorale standard sera le prochain niveau d'amputation plus proximal mais elle rend nécessaire un appui sciatique car le moignon ne sera, cette fois-ci, plus en mesure de supporter une prothèse à appui terminal. On ne peut qu'insister sur l'importance du soft tissue management dans les amputations trans-fémorales, pour la capacité ambulatoire des amputés. La notion de myodèse et d'équilibre musculaire devient primordiale pour la qualité de déambulation du patient. Pendant que la flexion-extension (grand fessier versus ilio-psoas) n'est modifiée que marginalement, l'équilibre entre l'abduction et l'adduction change en fonction de la longueur résiduelle du fémur car le moment des adducteurs change de façon considérable entre les muscles du grand adducteur, long adducteur et court adducteur. Si le muscle grand adducteur peut être préservé, il n'y aura pas de perte dans le moment d'abduction car ce muscle est responsable à 70% pour la force d'adduction.

Si le long adducteur peut être préservé, mais pas le grand adducteur, la force d'adduction sera diminuée et le moignon va se positionner automatiquement à environ 20° d'abduction. Si seul le court adducteur est préservé, la force d'adduction sera minimale et le moignon sera en position d'abduction dès 40° (figure 6). Cette déformation en abduction ne peut en aucun cas être corrigée par la forme du chausson prothétique. Il est donc très important de créer un moignon résiduel qui est équilibré dynamiquement pendant l'amputation trans-fémorale. Ceci se fait par résection et libération soigneuses des muscles et tendons de leurs insertions osseuses et par refixation des muscles à leurs nouveaux niveaux en préservant une tension musculaire adéquate et en gardant autant d'adducteurs que possible. Dès que la myodèse est complète, tout tissu surnuméraire peut être réséqué ou fixé sur le fascia du vaste latéral.

Dans toutes les amputations trans-fémorales, les sutures cutanées devraient se trouver plutôt postérieures pour ne pas avoir de cicatrice à la pointe du moignon.

La limite proximale des amputations trans-fémorales est le petit trochanter. Si le petit trochanter est maintenu, la fonction du muscle ilio-psoas est préservée, mais le bras de levier est si petit que la fonction de la hanche est quasi inexistante. Toute amputation diminuer le risque d'infection.

II.3. LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

Il convient de différencier plusieurs techniques chirurgicales d'amputation de cuisse

II.3.1 Le moignon classique :

II.3.2. Le moignon d'ostéomyoplastie

II.3.3. Le moignon ouvert de cuisse :

II.4. LES ÉTATS PATHOLOGIQUES DU MOIGNON

II.4.1. Les moignons défectueux :

Ils le sont en raison de l'étiologie ou des circonstances de l'amputation, d'une mauvaise confection chirurgicale ou de soins post-opératoires incorrects.

On retient essentiellement :

les défauts de la cicatrice (mal positionnée, invaginée, adhérente aux parties molles sous-jacentes ...) les attitudes vicieuses (flessurn-abductum de hanche).

l'œdème du moignon le plus souvent postopératoire, mais parfois aigu ou subaigu en raison d'une affection intercurrente locale (phlébite du moignon, abcès ...) ou générale (insuffisance cardiaque ...

II.4.2. Les moignons douloureux:

Existence de troubles trophiques (ulcérations par irritations mécaniques, hypersudation, macération et prolifération bactérienne, eczéma, allergies aux constituants de l'emboîture).

Le neurogliome ou névrome d'amputation : enfoui dans l'épaisseur du muscle, le nerf sectionné produit un neurogliome cicatriciel légèrement douloureux au départ, puis indolore. Quand il se trouve en contact avec l'os, les vaisseaux ou les aponévroses cicatricielles, il peut devenir extrêmement sensible, même à la simple palpation. Le chaussage de l'emboîture et surtout l'appui à la marche provoquent, en stimulant le neurogliome, une irradiation douloureuse dans toute la région située en aval.

II.5. Les causes d'amputation

On divise classiquement les causes principales d'amputation en trois grandes catégories : les causes traumatiques, les causes pathologiques et les amputations congénitales.

II.5.1 Les accidents

Les accidents représentent environ 20% des amputations.

Les amputations traumatiques sont dues essentiellement à des accidents de la voie publique, des accidents domestiques, ou encore de travail, à des gelures, ou à des brûlures-électrocutions. En Algérie c'est le blast qui occupe la première place

En ce qui concerne les accidents de la voie publique, on note qu'il s'agit essentiellement de personnes jeunes, en moto le plus souvent, et que 70% des personnes amputées suite à un accident de la voie publique ne sont pas en tord.

Dans ce cadre traumatique, l'amputation est réalisée dans un contexte d'urgence lorsque les lésions sont irrémédiables et ne permettent pas une conservation du membre. Elle peut être effectuée dans un second temps, si l'on constate que les traitements conservateurs sont voués à l'échec ou s'il survient des complications.

II.5.2. Les maladies

80% des étiologies des amputations sont dues à des causes pathologiques dont 65% touchent les personnes de plus de 65 ans.

Différentes pathologies peuvent être évoquées

* les artérites qui sont des lésions artérielles d'origine inflammatoire ou dégénérative aboutissant à l'épaississement des parois avec parfois la dilatation et ou l'oblitération des vaisseaux. C'est le cas des gangrènes et des ischémies sensitivo-motrices. Elles représentent la cause la plus fréquente d'amputation tous âges confondus. Elles sont le plus souvent séniles, ou préséniles mais peuvent survenir plus précocement (tabagisme, maladie de Buerger, etc.).

* l'artériosclérose qui est une maladie dégénérative athéromateuse des artères. Dans cette situation, nous retrouvons les patients diabétiques chez lesquels l'évolution est lente sans signes douloureux. En effet, c'est surtout l'atteinte des branches distales des artères des membres inférieurs qui peut conduire à une gangrène ischémique (interruption de l'irrigation sanguine). Le risque d'amputation chez un diabétique est 15 fois plus élevé.

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

II.5.3. Les amputations congénitales

Dans un membre, l'aplasie ou absence congénitale de tissu ou d'organe réalise une lésion qui peut être l'équivalent d'une amputation, mais aussi, plus souvent, produire un membre malformé, pourvu d'une extrémité normale ou non.

II.5.4. Les autres causes

Pierquin (1982) décrit des causes plus rares d'amputation pathologiques comme les infections telles que le purpura fulminants et de façon plus exceptionnelle la lèpre ou l'actinomyose, ou encore comme les affections neurologiques (spina bifida, agénésies rachidiennes inférieures).

Il faut encore citer les guerres et les mines anti personnelles comme des causes malheureusement encore importantes d'amputation.

En effet, malgré la mise en place en 1997 d'une convention signée par 130 pays (en 1999 135 pays) visant à interdire ces armes, en 1998, on dénombrait encore plus de 1200 accidents par les mines anti-personnel au Cambodge. 100.000 en Algérie

Certaines amputations peuvent être liées à des convictions religieuses. En effet, encore aujourd'hui, les sanctions pénales prévues par la loi de l'islam, dont les applications concrètes sont très variables selon les pays, prévoient l'amputation de la main des voleurs, et de un ou plusieurs membres pour les rebelles et brigands

Enfin, bien que celles-ci soient relativement rares, il ne faut pas oublier d'évoquer les erreurs médicales comme une cause susceptible d'engendrer une amputation.

II.6. Douleurs liées à l'amputation

D'après une communication de E. Muller, Strasbourg, actualisation juillet 2011, les douleurs liées à l'amputation regroupent plusieurs manifestations : l'**hallucinose** ou « **membre fantôme** », l'**alghallucinose** ou « **douleur du fantôme** » et la **douleur du moignon**.

II.6.1.a. L'hallucinose :

Quasi constante dans les suites précoces de l'amputation, est la perception de la partie du corps amputée. Cliniquement, le fantôme est réellement perçu. Dans le cas d'un membre, sa taille normale au début, peut rester inchangée ou se modifier. Il peut s'effacer progressivement dans 20 % des cas.

Les sensations intéroceptives, sensations kinesthésiques et sensations de mouvement sont fréquentes. La position du fantôme est, initialement du moins, identique à celle qu'occupait le membre juste avant l'interruption des influx, à condition que le malade ait été, à cet instant, conscient.

- Les sensations extéroceptives sont plus rares.
- Le fantôme est rare chez l'enfant de moins de 4 ans.
- L'hypothèse physiopathologique repose sur le rôle des structures centrales, » la neuromatrice « , dans la genèse de la perception.

II.6.1.b. L'alghallucinose :

Elle correspond à des douleurs ressenties dans le membre fantôme. Elle affecte 72 % des patients en postopératoire immédiat, avec une persistance au long cours chez la moitié d'entre eux. Il existe deux variétés de douleurs : celles qui sont identiques aux douleurs préopératoires, et les autres, qui constituent la majorité des manifestations de l'algothallucinoïse. Leur fréquence croît avec, l'âge, avec la sévérité des douleurs préopératoires, la brutalité de l'amputation. Les douleurs sont distales à type de brûlures dysesthésies, crampes, contractures, décharges électriques. Elles ne sont pas constantes, formant un fond douloureux avec des accès paroxystiques spontanés ou provoqués par des facteurs extérieurs. Elles sont à différencier des douleurs projetées et référées au fantôme.

II.6.1.c Les douleurs du moignon :

Conséquences directes de l'amputation, sont fréquentes. Elles sont liées soit à une pathologie locale du moignon décelable à l'examen clinique, soit en rapport avec la section de filets nerveux.

II.6.1.d.Un névrome :

Dont la palpation déclenche une douleur fulgurante, peut nécessiter un geste chirurgical. Des douleurs de type neuropathique signalent une atteinte des petits filets nerveux. Elles peuvent être soulagées par une infiltration d'anesthésique local. La causalgie du moignon n'affecte que les membres. Elle est évoquée devant des signes vasomoteurs qui se surajoutent à la douleur.

II.6.1.e. L'épilepsie du moignon :

II.6.2.Facteurs de risque

- ✓ L'intensité et la durée des douleurs avant l'amputation.
- ✓ Une technique chirurgicale incorrecte. L'amputation est souvent vécue par les chirurgiens comme un échec, cela expliquerait-il que certains d'entre eux oublient de s'appliquer pour un geste qui conditionnera la qualité de vie ultérieure de leur patient ? Malheureusement la plupart des amputations traumatiques sont réalisées par des chirurgiens encore peu expérimentés. Dans le cas d'une amputation programmée, cela souligne l'importance du choix du chirurgien (à quand la liste noire des chirurgiens à éviter?).
- ✓ Les conditions climatiques. Comme pour toutes les autres douleurs, les conditions de température, de pression et d'humidité influence le seuil de perception des douleurs d'amputation.
- ✓ Le stress et la fatigue,
- ✓ La mauvaise acceptation psychologique de l'amputation
- ✓ L'inactivité et l'immobilité prolongée. La position assise prolongée lors du travail de bureau est à éviter.
- ✓ Les différentes maladies mêmes banales (grippe, angines, rhino-pharyngites, infections virales, gastroentérites, etc.) augmentent généralement les sensations de membre fantôme et les rendent parfois insupportables.

II.6.3.Circonstances de l'amputation :

II.6.3.a. Amputation en urgence :

L'amputation est pratiquée dans une ambiance dramatique, elle a un double but : Assurer le pronostic vital (La qualité du moignon passe au second plan) .

Etre conservateur au maximum (sur le plan osseux et parties molles) car une reprise secondaire est possible pour avoir un bon moignon

II.6.3.b. Amputation à froid :

II.6.3.c.Amputation traumatique

L'amputation traumatique est la perte d'une partie du corps - généralement un doigt, un orteil, le bras ou la jambe - qui survient à la suite d'un accident ou d'une blessure.

.

II.6.3.c.2 Causes

Usine, une ferme, ou d'accidents outil électrique ou d'accidents de véhicules automobiles. Les catastrophes naturelles, la guerre, et les attaques terroristes peuvent aussi causer des amputations.

Les conséquences d'une amputation

Le patient qui a subi une amputation peut ressentir le syndrome du membre fantôme (entre 5 et 10 % des amputés). Il ressent une présence ou même une douleur de son membre absent. Il peut sentir une sensation qu'il lui donnera envie de se gratter là où son membre a disparu. La cause de ce syndrome provient du cerveau, dans une zone appelé cortex. C'est dû à la proprioception (conscience de notre propre corps)

Le patient va aussi être bouleversé. Il faut qu'il fasse le deuil de celui qu'il était avant son amputation et celui qu'il est aujourd'hui avec l'amputation. Cela va se faire en plusieurs étapes successives : le choc (ne pas y croire), la colère, la négociation (essayer d'échapper à la situation), la tristesse et l'acceptation. Mais une équipe soignante permettra que le patient fasse face à sa situation et qu'il accepte l'image de son corps.

Il peut être dû aux nerfs sectionnés qui cicatrisent mal. Les terminaisons nerveuses s'excitent et une masse d'informations arrivent dans le cortex cérébral qui réactive la perception de cette zone et qui provoque la douleur.

Il existe aussi une autre hypothèse : quand le membre est amputé, sa zone du cortex va être mise au repos. Il peut se faire des connexions entre les neurones des zones adjacentes. La stimulation de certaines parties du corps peut réanimer les neurones du membre amputé et donc réveiller sa conscience.

Il devra aussi améliorer son hygiène de vie en arrêtant le tabac pour une meilleure circulation du sang et manger équilibré.

La physiothérapie propose des exercices au patient pour qu'il développe son aisance. Puis selon l'évolution de son moignon, il pourra avoir sa première prothèse. Par la suite le patient fera des exercices d'équilibre et de marche pour qu'il devienne autonome.

Même si on est amputé on pourra toujours être actif. Grâce à la prothèse on pourra pratiquement tout faire dans notre vie quotidienne, conduire selon la situation avec des véhicules adaptés, faire du sport avec des prothèses spécifiques et même pouvoir travailler.

PARTIE PRATIQUE

1. LES OBJECTIFS:

Notre travail a pour objectifs:

1.1. L'objectif Principal:

Déterminer le profil clinique et épidémiologique de la dépression chez les amputés du membre inférieur à l'HMRU Constantine.

1.2. Les objectifs Secondaires:

- Dépistage et évaluation de la dépression chez cette catégorie de personnes.
- Calculer l'incidence.
- Etudier leur prévalence en milieu militaire.
- Améliorer la qualité de la prise en charge des amputés.
- Mieux connaître la situation épidémiologique.
- Le travail qui sera développé dans cette thèse nous aidera à proposer sujet de formation médicale sur la lutte contre la dépression, voir d'une prévention contre le suicide pouvant émerger à tout moment chez ces militaires victimes d'une amputation du membre inférieur rentrant dans le cadre de la lutte antiterroriste.

2. PROTOCOLE D'ETUDE :

2.1. MATÉRIEL A ÉTUDIER:

Nous allons inclure dans notre étude tout les amputés du membre inférieur non traumatique et traumatique dans le cadre de la lutte antiterroriste, chaque patient sera évalué pour la cotation et l'évaluation de la dépression

2.2. METHODES :

Il s'agit d'une étude prospective de la dépression chez les amputés du membre inférieur. Ces consultants sont tous militaires et ayants droits.

2.2. a. Critères d'inclusion

- Adultes (Age >18ans), en raison des exigences du service militaire,

- on retiendra les amputés du membre inférieur post- traumatique rentrant dans cadre de la lutte antiterroriste et non traumatique.

2.2. b. Critères d'exclusion:

- toutes les amputations congénitales du ou des deux membres inférieurs
- les sujets âgés moins de dix-huit ans et plus de soixante-dix ans.

2.3. Technologie statistiques employées:

Nous utiliserons une étude statistique analytique et descriptive de type prospective. Les données seront analysées à l'aide d'un logiciel spécifique **épi-info version 7.1.**

Les tests statistiques appliqués sont:

- test de l'écart réduit, khi-deux, student
- test d'Anova, la régression linéaire

On accepte un risque d'erreur $\alpha = 5$ pour cent

3. Moyens :

Le travail s'étalera sur une période de deux années et établi par le Dr RAHMOUNE selon les échéanciers suivants :

- La première étape : recherche bibliographique et élaboration d'un recueil des données :01 an
- La deuxième étape : analyse, interprétation et discussion.
- La troisième étape : conclusion et recommandation.

4. Personnels :

- Psychiatres et psychologue du service de psychiatrie HMRUC.
- 1 orthopédiste.
- 1 rééducateur.
- 1 épidémiologiste.
- 1 secrétaire médicale
 - 1 infirmier en soins généraux.

5. Techniques :

Echelles d'évaluations (HAD)

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LE SEXE

SEXE	n	%
F	10	4.13
M	232	95.87
Total	242	100.00

Tableau 1- répartition selon le sexe de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (1) montre que Les hommes sont majoritaires dans notre étude et représentent plus de 95% des sujets.

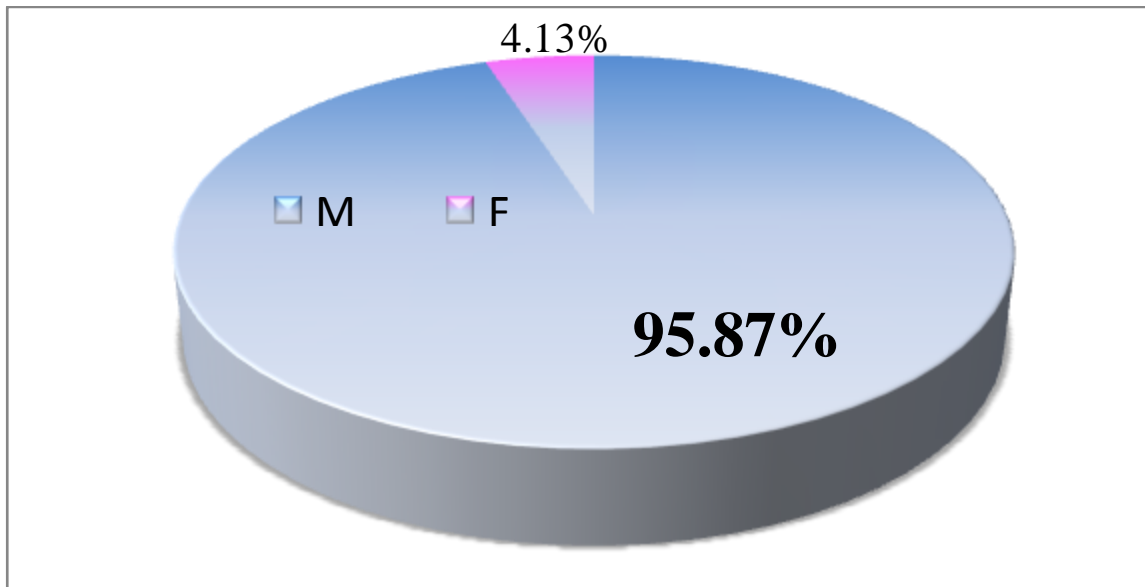


Figure 1: répartition selon le sexe de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (1) montre que les femmes ne représentent que 4.13% dans notre étude.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA CLASSE D'AGE

classe d âge	n	%
20 - 24	26	10.7
25 - 29	45	18.4
30 - 34	53	23
35 - 39	39	16
40 - 44	36	14
45 - 49	8	3.3
50 - 54	26	10.7
55 - 59	6	2.4
60 - 64	1	0.5
65 - 69	1	0.5
70 et plus	1	0.5
Total	242	100%

Tableau 2-répartition selon les classes d'âge de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (2) montre que plus de 80% de notre population ont un âge inférieur à 45 ans avec un pic pour la tranche d'âge 30-34 ans (23%)

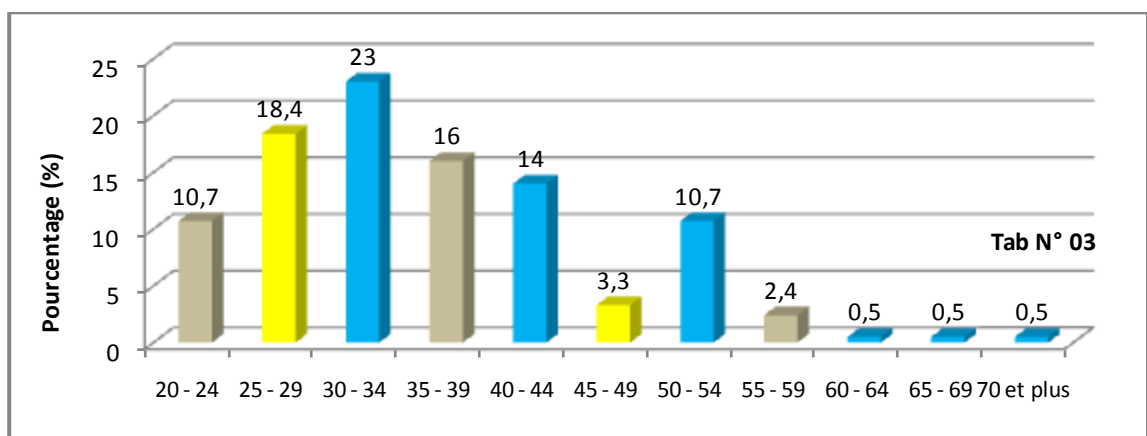


Figure 2- répartition selon les classes d'âge de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

La figure (2) montre la moyenne d'âge de notre population est de 35.9 ans avec un écart type de 9.7 ans (min : 21ans, max : 77ans)

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LE STATUT MARITAL

Statut marital	n	%
Célibataire	65	26.86
Divorcé	4	1.65
Marié	171	70.66
veuf ou veuve	2	0.83
Total	242	100.00

Tableau 3-répartition selon le statut marital de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (3) montre la majorité des cas sont mariés plus de soixante-dix pourcent (70%)

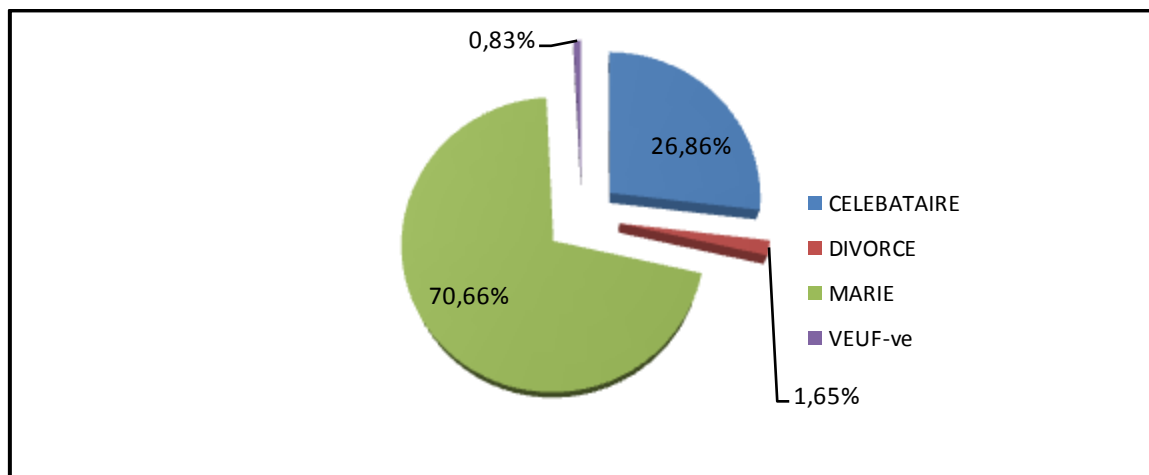


Figure 3- répartition selon le statut marital de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

La figure (3) montre que la majorité des patients amputés (2/3) sont mariés soit 70.66% avec 26.86% célibataire, 1.65% divorcé et 0.83% veuf.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LE NIVEAU SCOLAIRE

Niveau scolaire	n	%
Moyenne	33	13.64
Non scolarisé	20	08.26
Primaire	10	04.13
Secondaire	170	70.25
universitaire	9	03.72
Total	242	100.00

Tableau 4-répartition selon le niveau scolaire de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (4) montre plus des deux tiers des cas (70%) ont un niveau scolaire secondaire.

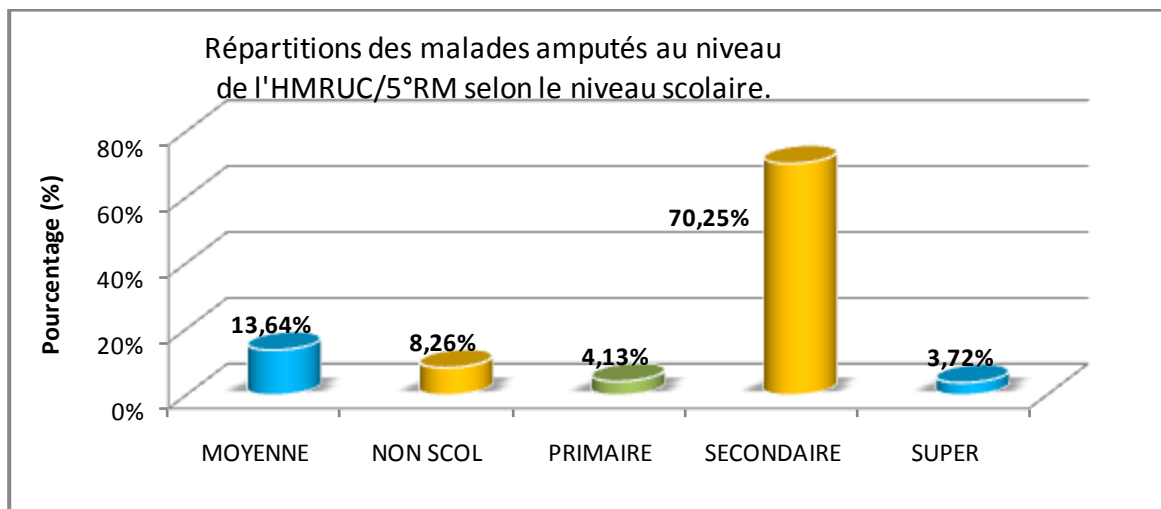


Figure 4- répartition selon le niveau scolaire de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

La figure (4) montre Que neuf cas ont un niveau supérieur (3.72%).

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LE NOMBRE D'ENFANT

Nombre d'enfants	n	%
0	85	35.27
1	31	12.86
2	41	17.01
3	33	13.69
4	33	13.69
5	8	3.32
6	9	3.73
10	1	0.41
Total	241	100.00

Tableau 5-répartition selon le nombre d'enfant de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (5) montre La majorité des patients amputés mariés (35 %) n'ont pas d'enfant.

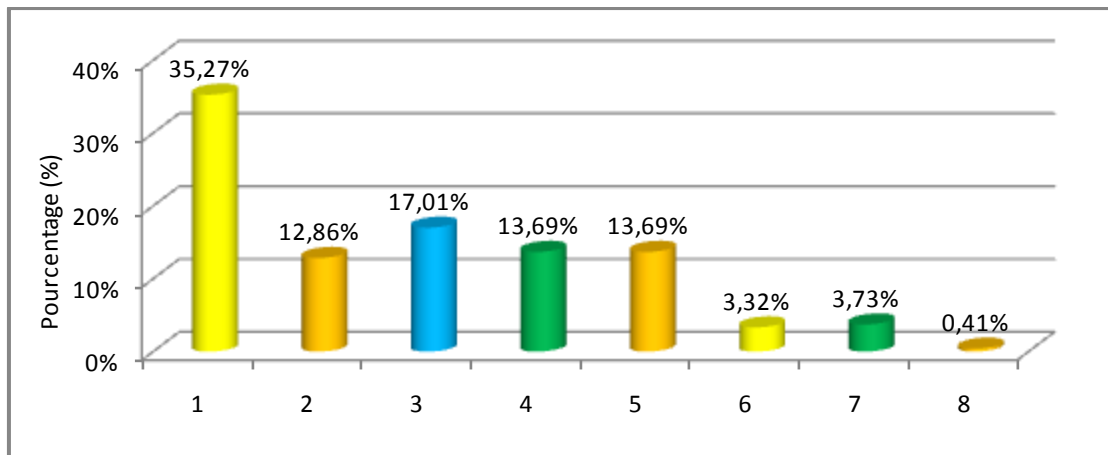


Figure 5- répartition selon le nombre d'enfant de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (5) montre un seul cas est un père de dix enfants dans notre étude.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LE NOMBRE DE FRERES ET SŒURS

Nombre de frères et sœurs	n	%
1	2	0.83
2	5	2.07
3	4	1.65
4	20	8.26
5	54	22.31
6	62	25.62
7	31	12.81
8	19	7.85
9	25	10.33
10	13	5.37
11	4	1.65
12	2	0.83
14	1	0.41
Total	242	100.00

Tableau 6-répartition selon le nombre de frères et sœurs de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (6) montre 62 cas dans notre étude ont 6 frères et sœurs.

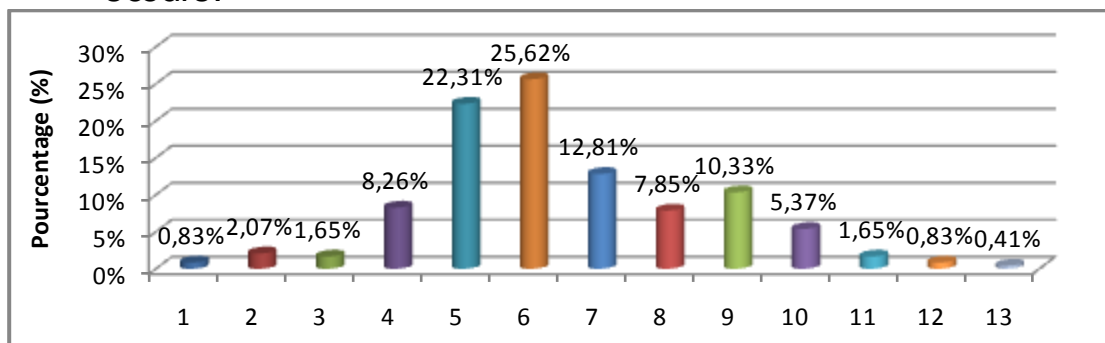


Figure 6- répartition selon le nombre de frères et sœurs des amputés du membre inférieur de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015
La figure (6) montre Plus de 98% des patients amputés sont issus d'une famille nombreuse (plus de cinq personnes).

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LE RANG DANS LA FRATRIE

Rang dans la fratrie	n	%
1	76	31,40
2	48	19,83
3	24	9,92
4	32	13,22
5	33	13,64
6	13	5,37
7	8	3,31

8	2	0.83
9	2	0.83
10	2	0.83
12	1	0.41
14	1	0.41
Total	242	1000

Tableau 7-répartition selon le rang dans la fratrie de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (7) montre Plus de trente pourcent des cas sont les aînés de leur famille

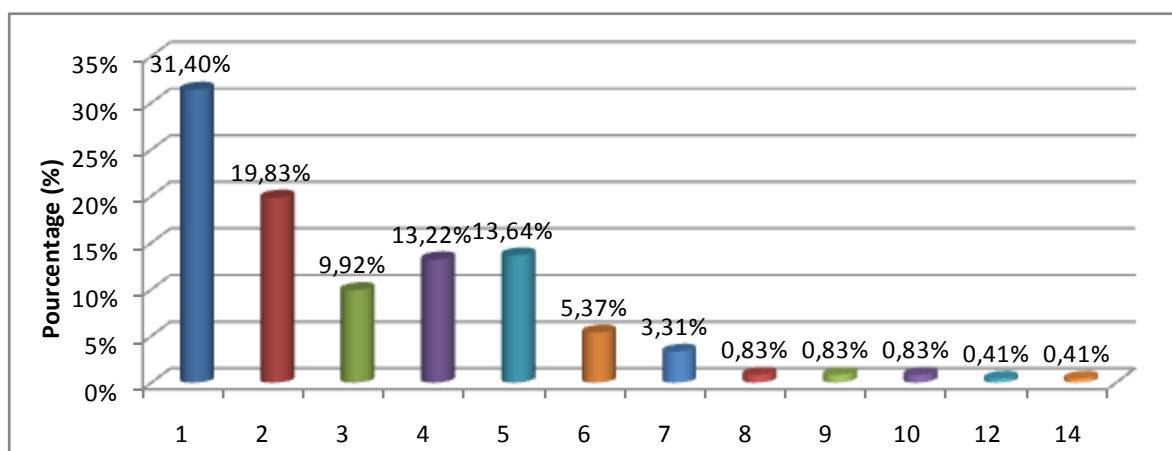


Figure 7- répartition selon le rang dans la fratrie de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (7) montre que 19% des cas sont des cadets dans leur fratrie.

**REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE
INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LE GRADE**

Grade	n	%
Civil	34	14.05
HDT	155	64.05
Off	8	3.31
Off sup	4	1.65
S-off	41	16.94
Total	242	100.00

Tableau 8-répartition selon le grade de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (8) montre La catégorie des HDT contractuels représente 64.05% des cas.

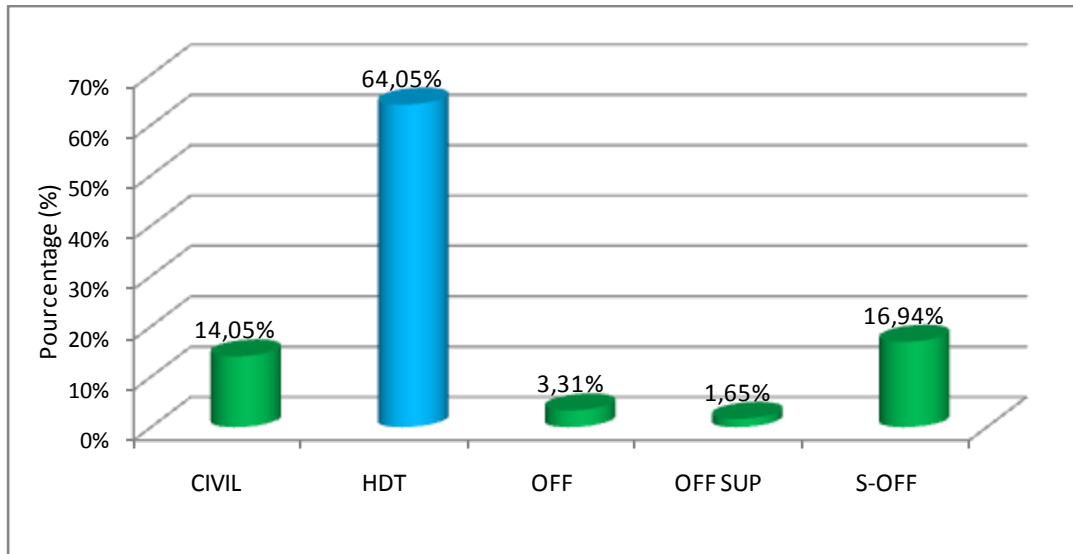


Figure 8- répartition selon le grade de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (8) montre que 16.94% sont des sous-officiers.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA CATEGORIE MILITAIRE

Catégorie professionnelle	n	%
Actif	24	9.92
Civil	34	14.05
Contractuel	174	71.90
Réserviste	10	4.13
Total	242	100.00

Tableau 9-répartition selon la Catégorie Militaire amputés du membre inférieur de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (9) montre que la majorité (plus de soixante et onze pourcent) sont des contractuels.

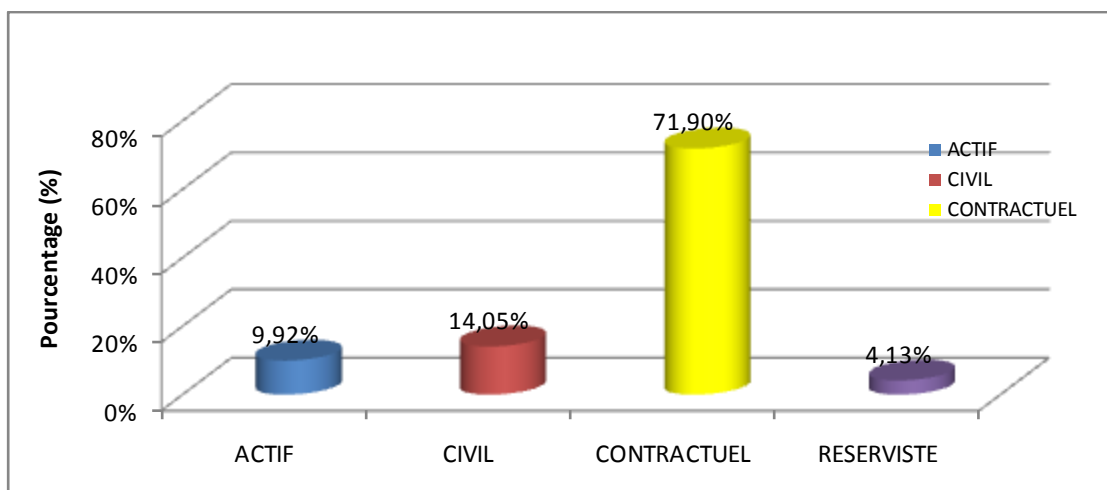


Figure 9-répartition selon la Catégorie Militaire amputés du membre inférieur de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (9) montre que quatre virgule treize pourcent des cas d'étude sont des réservistes.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFÉRIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA FONCTION

FONCTION	n	%
Agriculture	10	4.13
Chauffeur	10	4.13
Commerçant	10	4.13
FAF	20	8.26
Patriote	10	4.13
Retraite	163	67.35
Au chômage	19	7.85
Total	242	100.00

Tableau 10-répartition selon les fonctions des amputés du membre inférieur de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (10) montre que soixante-sept virgule trente-cinq pour cent sont des retraités militaires soit seize cas

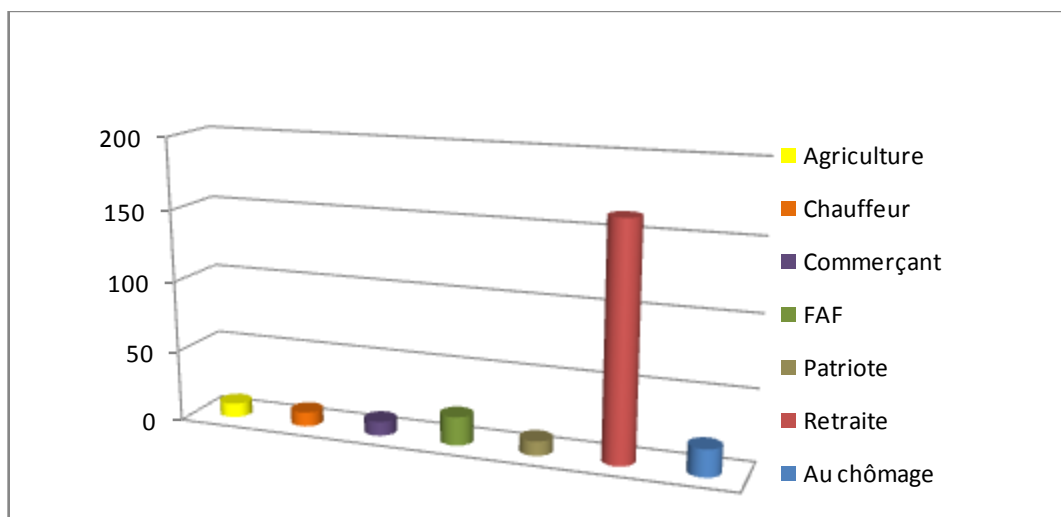


Figure 10-répartition selon les fonctions des amputés du membre inférieur de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (10) montre que dix-neuf pour cent des cas sont au chômage.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LES ATCD PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX

ANTCD PSY FAMILIAUX	n	%
NON	194	80.17
OUI	48	19.83
Total	242	100.00

Tableau 11-répartition selon les antécédents psychiatriques familiaux de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (11) montre que plus de quatre-vingt pour cent (80.17%) n'ont pas d'antécédents psychiatriques familiaux.

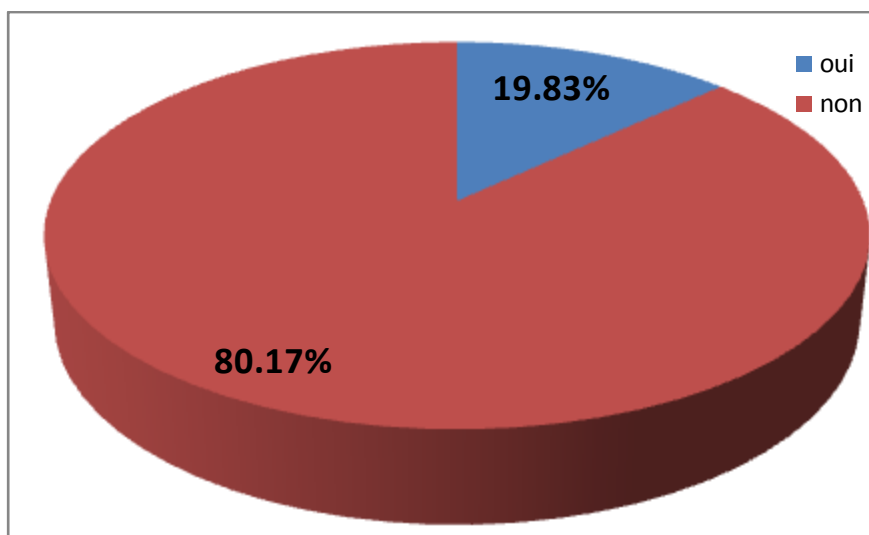


Figure 11-répartition selon les antécédents psychiatriques familiaux de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (11) montre que vingt pour cent des cas ont des antécédents psychiatriques familiaux.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LES ATCD PSYCHIATRIQUES PERSONNELS

ANTCD PSY PERSONNELS	n	%
NON	212	87.60
OUI	30	12.40
Total	242	100.00

Tableau 12-répartition selon les antécédents psychiatriques personnels de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (12) montre que plus de quatre-vingt-sept pourcent (87.6%) n'ont pas d'antécédents psychiatriques personnels.

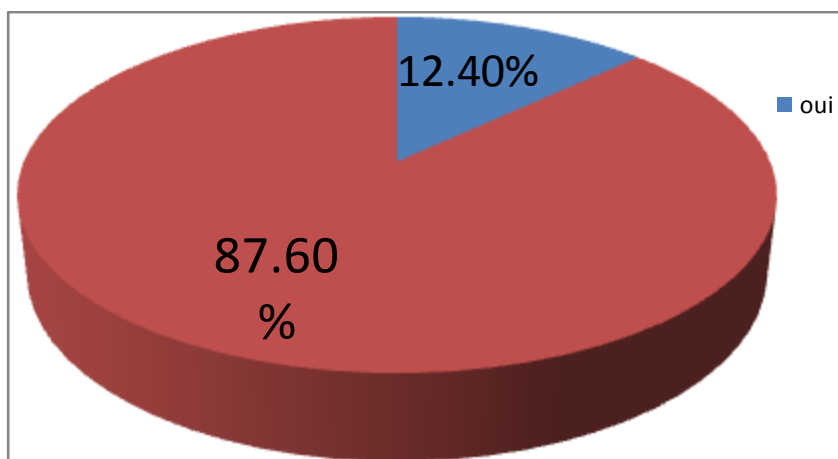


Figure 12-répartition selon les antécédents psychiatriques personnels de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (12) montre que douze virgule quarante pour cent présentent des antécédents psychiatriques personnels soit trente cas.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LES ATCD MEDICAUX

ANTCD MED	n	%	ANTCD MED	n	%
ADK Vessie	1	5	Diabète-HTA-LV	1	5
Allergie-HTA-PR	1	5	DID	1	5
Appendicectomie	1	5	DID-Cardiopathie	1	5
ASTHMATIQUE	1	5	DID-HTA	1	5
BLAST OCUL OD	1	5	DNID	3	15
BLAST OEIL G	1	5	HTA	1	5
DID-Card UGD-Eczéma	1	5	HTA-Diabète-AOMI	1	5
Cata-Coronaro-Arthr	1	5	UGD*HTA	1	5
Diabète-HTA-INS COR	1	5	UGD-PSORIASIS	1	5
RAS				222	91.73
Total				242	100

Tableau 13-répartition selon les antécédents psychiatriques personnels de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (13) montre que le diabète est l'affection médicale la plus fréquente soit quinze pour cent.

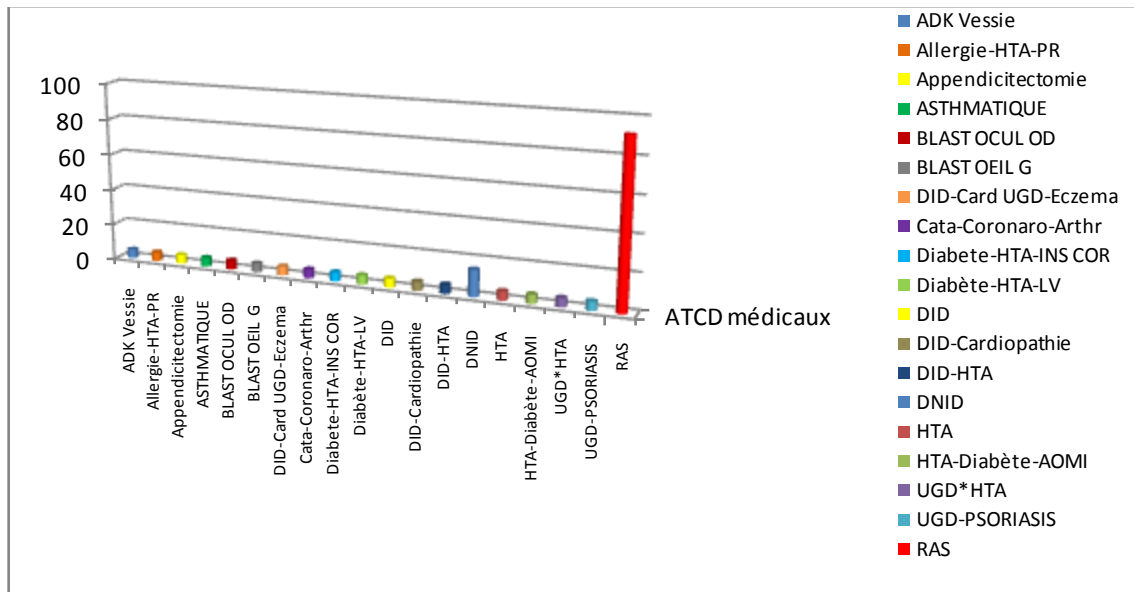


Figure 13-répartition selon les antécédents psychiatriques personnels de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (13) montre que la majorité des cas n'ont pas d'antécédents médicaux.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LES CAUSES D'AMPUTATION NON TRAUMATIQUE

Cause amputation non traumatique	%
Autres	2.94
Infection	2.94
Tumeur	5.88
Vasculaire	88.24
Total	100.00

Tableau 14-répartition selon les causes d'amputation non traumatique de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (14) montre que les infections et les tumeurs sont rarement trouvées dans notre population d'étude.

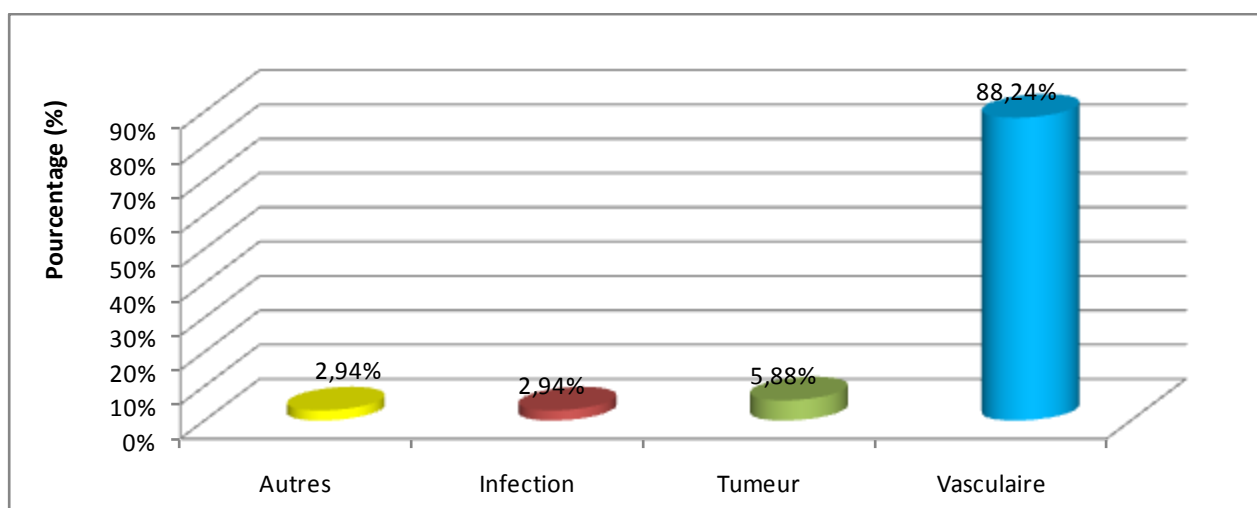


Figure 14- répartition selon les causes d'amputation non traumatique de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (14) montre que les affections les plus rencontrées sont Vasculaires chez trente cas (Quatre-vingt-huit virgule vingt-quatre pour cent).

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LE MEMBRE AMPUTE

MEMBRE AMPUTE	n	%
Droit	131	54.13
Gauche	101	41.74
Les Deux	10	4.13
Total	242	100.00

Tableau 15- répartition selon les causes d'amputation non traumatique de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (15) montre que L'amputation du membre inferieur droit est la plus fréquente (chez Cinquante-quatre virgule treize pour cent des cas).

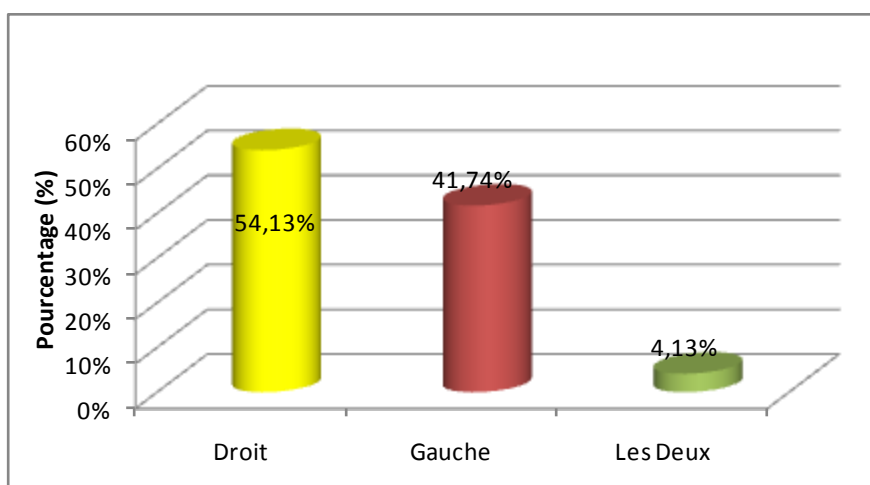


Figure 15- répartition selon les causes d'amputation non traumatique de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (15) montre que plus de la moitié des cas (54.13%) ont subis une amputation du membre inferieur droit, avec une faible proportion (4.13%) des patients ont une amputation des deux membres inferieures (10 cas).

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LE NIVEAU DE L'AMPUTATION

NIVEAU DE L'AMPUTATION	n	%
Cuisse	57	23.55
Jambe	183	75.62
Pied	2	0.83
Total	242	100.00

Tableau 16- répartition selon le niveau de l'amputation de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (16) montre que plus des trois quarts; Soixante-quinze virgule soixante-deux pour cent; soit cent quatre-vingt-trois cas, ont subits une amputation au niveau de la jambe.

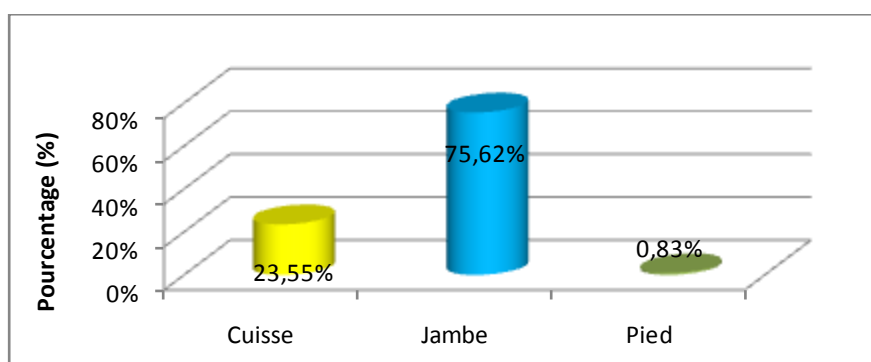


Figure 16- répartition selon le niveau de l'amputation de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (16) montre qu'on compte aussi un nombre très important (Cinquante-sept cas) amputés au niveau de la cuisse et enfin deux cas d'amputation du pied.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Usage de substances psychoactives		%
Après		2.12
Avant		11.02
Avant et Après		5.08
Non		82.3
Total		100.00

Tableau 17- répartition selon l'usage des substances psycho actives de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (17) montre que plus de quatre-vingt-deux pour cent n'utilisent pas de substances psycho actives ni avant, ni après l'amputation.

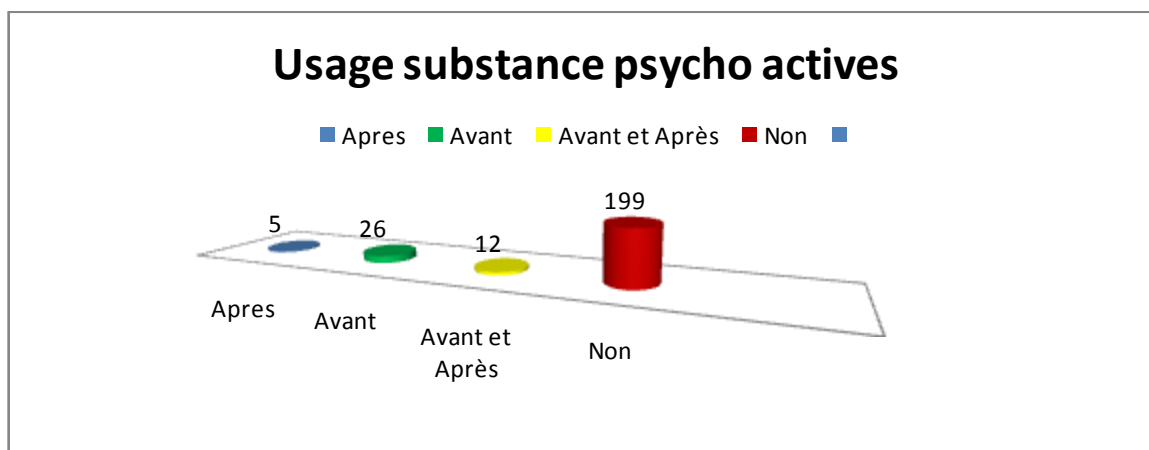


Figure 17- répartition selon l'usage des substances psycho actives de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (17) montre que 11% l'utilisent avant l'amputation soit 26 cas et 2.12% l'utilisent après l'amputation soit 5 cas et 5.08% l'utilisent avant et après soit 12 cas.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON L'AMPUTATION

Amputation	n	%
Non traumatique	34	14.05
Traumatique	208	85.95
Total	242	100.00

Tableau 18- répartition selon l'amputation de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (18) montre que plus de Quatre-vingt-cinq pour cent des cas, présentent une amputation traumatique soit Deux cent huit cas.

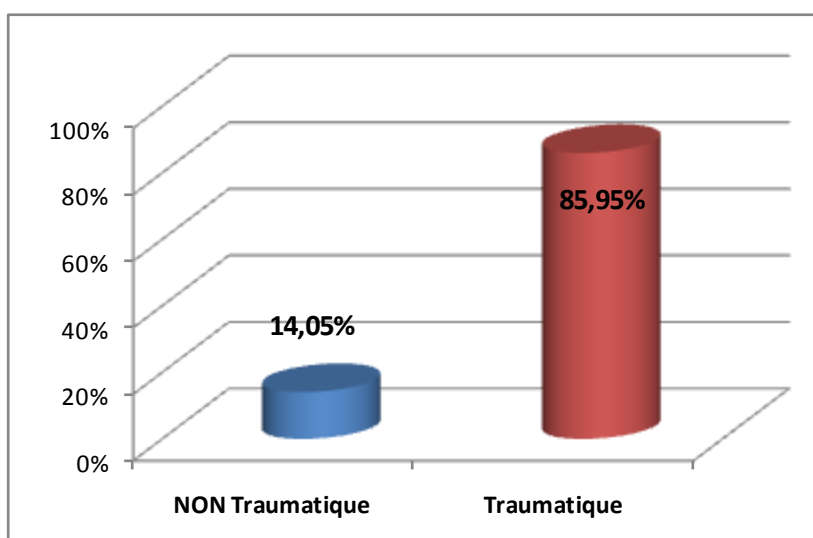


Figure 18- répartition selon l'amputation de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (18) montre que trente-quatre cas sont des amputations non traumatiques.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LES CAUSES DES AMPUTATIONS TRAUMATIQUES

CAUSE AMPUT	n	%
ACC Circulation	8	3.85
ACC Profession	1	0.48
BLAST	199	95.67
Total	208	100.00

Tableau 19- répartition selon les causes des amputations Traumatiques de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (19) montre que plus de Quatre-vingt-cinq pour cent des amputations traumatiques sont dues a l'effet blast (explosion d'une bombe)

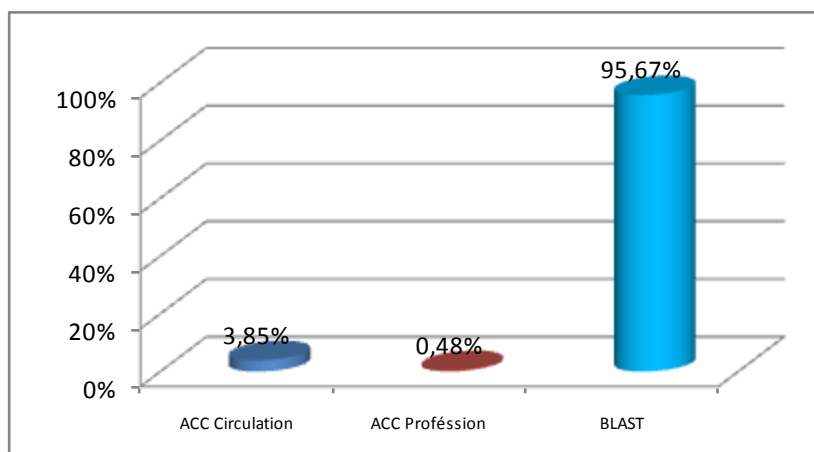


Figure 19- répartition selon les causes des amputations Traumatiques de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (19) montre que les accidents de la circulation et les traumatismes avec objet contondant sont les causes de l'amputation traumatique dans 9 cas sur 242.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA RE-AMPUTATION CHEZ LES PATIENTS DEJA AMPUTES

Réamputation	n	%
Non	60	24.79
Oui	182	75.20
Total	242	100.00

Tableau 20- répartition selon la Ré-amputation chez les patients déjà amputés de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (20) montre que presque vingt-cinq pour cent des cas ont fait l'objet d'une ré-amputation soit soixante cas

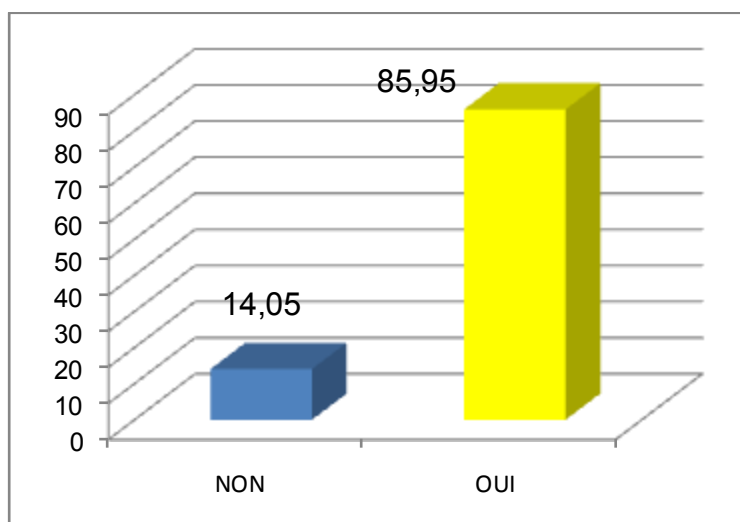


Figure 20- répartition selon la Ré-amputation chez les patients déjà amputés des amputations Traumatiques de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Presque quatorze pour cent des cas non pas fait l'objet d'une ré-amputation.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA DOULEUR LIEE A L'AMPUTATION DU MEMBRE INFERIEUR

Douleur liée à l'amputation	n	%
Continue en	55	22,73
Durée plusieurs	187	77,27
Total	242	100,00

Tableau 21- répartition selon la douleur liée à l'amputation du Membre inférieur de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (21) montre que la douleur liée à l'amputation (membre fantôme) est Présente dans le total et concerne plus de Soixante-dix-sept pour cent des cas à long terme.

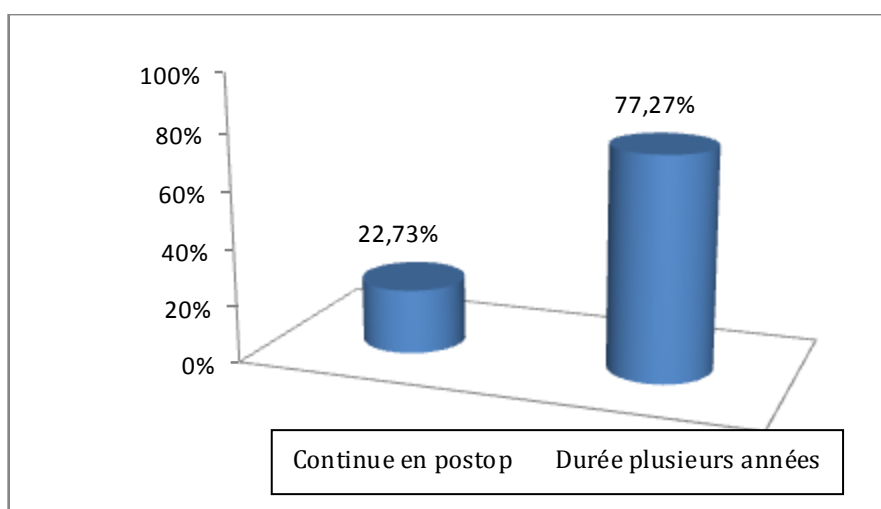


Figure 21- répartition selon la douleur liée à l'amputation du Membre inférieur de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (21) montre que dans Vingt-deux virgule soixante-treize pour cent des cas la douleur liée à l'amputation est continue en post-op.

**REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE
INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA PRESENCE DU
MEMBRE FANTOME**

Présence membre fantôme	n	%
Aucunes	3	1,24
Brulure	27	11,16
Décharges	168	69,42
Fourmillement	44	18,18
Total	242	100,00

Tableau 22 : Répartition selon la présence du membre fantôme de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (22) montre que plus de Soixante-neuf virgule quarante-deux pour cent, soit Cent soixante-huit cas présentent des douleurs à type de décharge électrique.

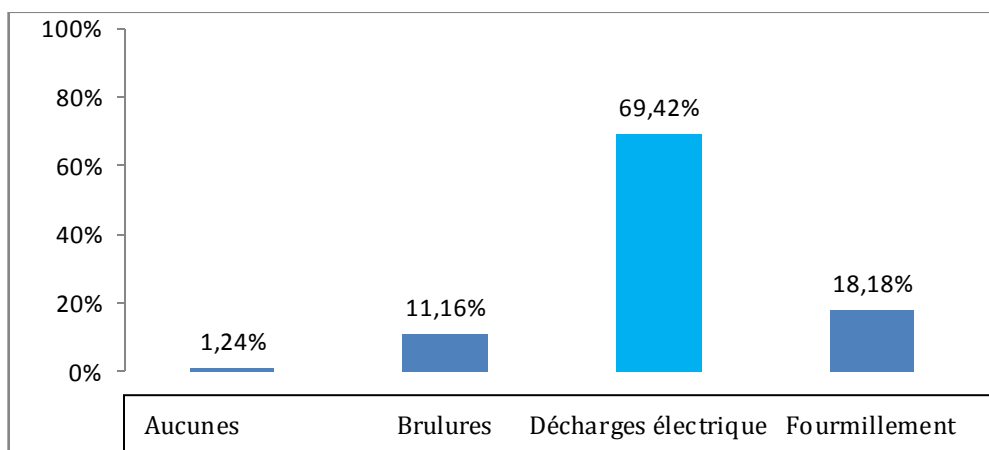


Figure 22 - Répartition selon la présence du membre fantôme de notre échantillon d'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (22) montre que dans notre échantillon d'étude la décharge électrique représente la douleur la plus fréquente, en seconde position

les fourmillements; dix-huit pour cent et les brûlures; Onze virgule seize pour cent.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA SENSATION RESSENTIE

Sensation ressentie	n	%
Aucune	3	1,24
Brûlures	27	11,16
Décharges	168	69,42
Fourmillements	44	18,18
Total	242	100.00

Tableau 23 - Répartition des cas selon la sensation ressentie dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (23) montre clairement la prédominance de la sensation de décharges électriques dans notre population d'étude présentes chez près de 70% des cas, suivies par les fourmillements (18%)

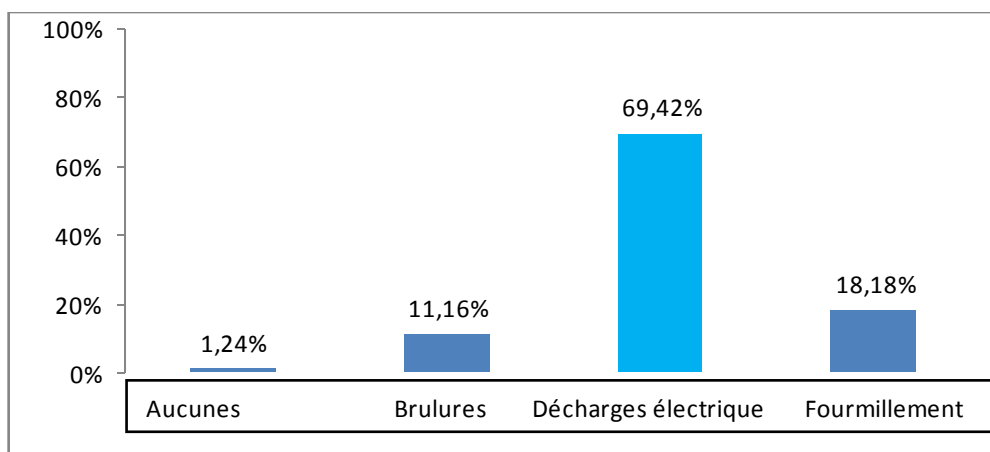


Figure 23. Répartition des cas selon la sensation ressentie dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (23) montre que dans notre échantillon plus de la moitié (70%) soit 168 cas présentent des douleurs à type de décharges électriques, suivies par les fourmillements et les brûlures.

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE D'UNE DOULEUR AU NIVEAU DU MEMBRE FANTOME

Douleur du membre fantôme	n	%
Douleur au niveau du	219	90,5
Sensation de membre	23	9,5
Total	242	100.00

Tableau 24. Répartition des cas selon la présence d'une douleur au niveau du membre fantôme dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Dans le tableau (24), nous constatons que la proportion de patients présentant une douleur au niveau du membre fantôme est la plus importante (91% des cas)

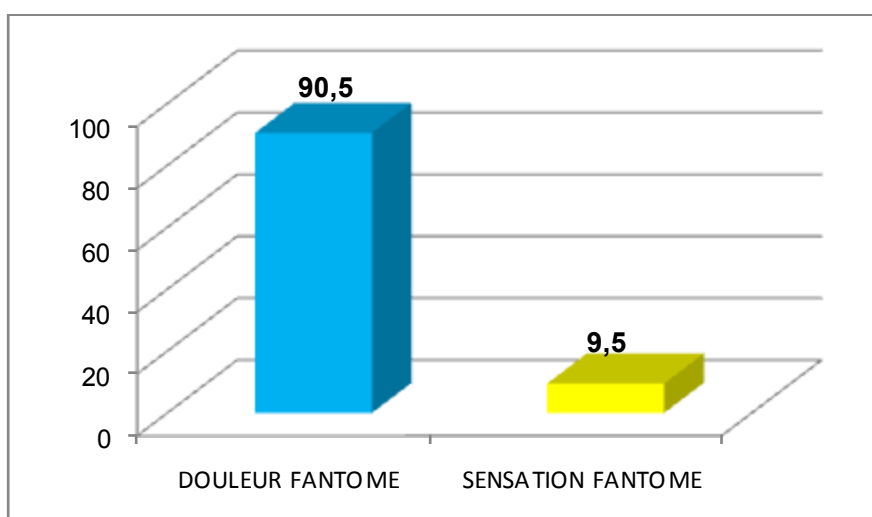


Figure 24. Répartition des cas selon la présence d'une douleur au niveau du membre fantôme dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure 24 montre que dans notre population d'étude la majorité des cas (90.5 %) présente une douleur au niveau du membre fantôme.

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU NON D'UN BLAST ABDOMINAL

Blast abdominal	n	%
NON	235	97,11
OUI	7	2,89
Total	242	100.00

Tableau 25. Répartition des cas selon la présence ou non d'un blast abdominal dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (25) montre que le blast abdominal n'est présent que chez près de 3% des cas étudiés

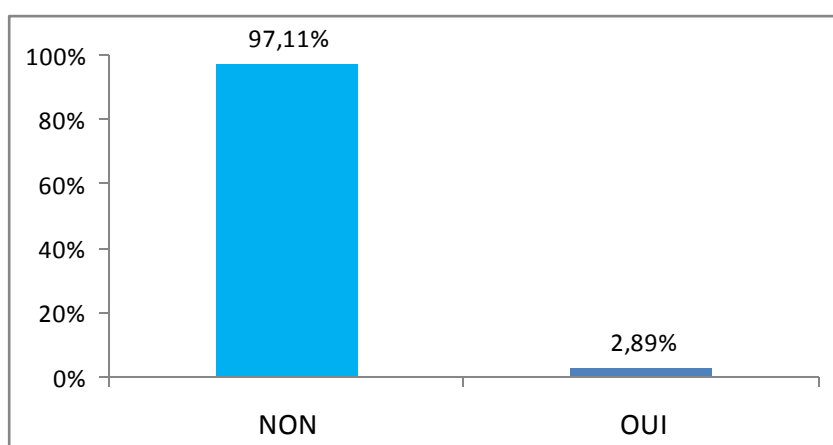


Figure 25. Répartition des cas selon la présence ou non d'un blast abdominal dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (25) montre que la majorité des cas inclus dans notre étude ne présente pas de blast abdominal

REPARTITION DES CAS SELON L'ATTEINTE OU NON DU SCROTUM

Atteinte du scrotum	n	%
NON	217	89,67
OUI	25	10,33
Total	242	100.00

Tableau 26. Répartition des cas selon la présence ou non d'une atteinte du scrotum dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (26) montre que plus de $\frac{3}{4}$ de notre population d'étude n'est pas concernée par l'atteinte du scrotum

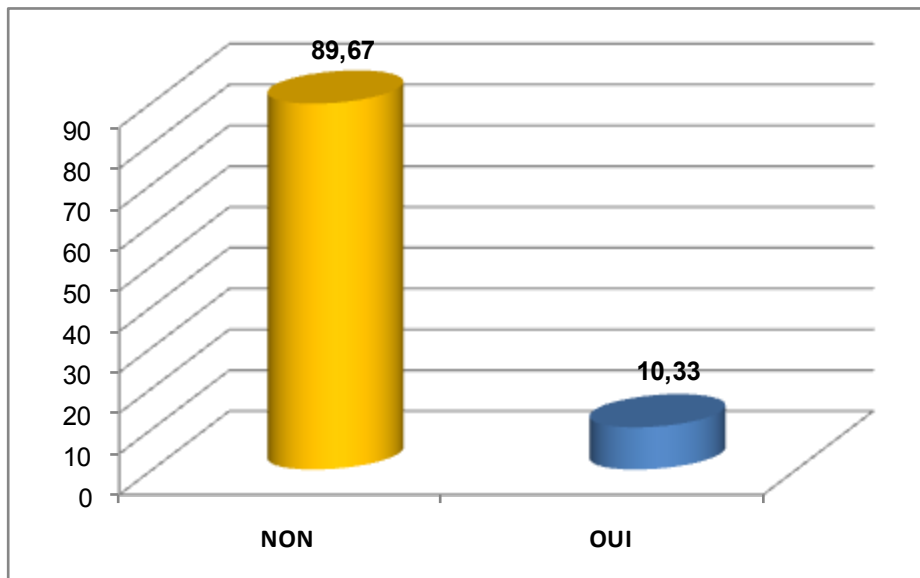


Figure 26. Répartition des cas selon la présence ou non d'une atteinte du scrotum dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (26) montre que seulement 10.33% de notre échantillon soit 25 cas présentent une atteinte scrotale

REPARTITION DES CAS SELON L'ASSOCIATION OU NON AVEC UNE LESION AURICULAIRE

Lésion Auriculaire	n	%
NON	109	45,04
OUI	133	54,96
Total	242	100.00

Tableau 27. Répartition des cas selon l'association ou non avec une lésion auriculaire dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (27) montre bien qu'un peu plus de la moitié de notre population d'étude (55%) présente une lésion auriculaire

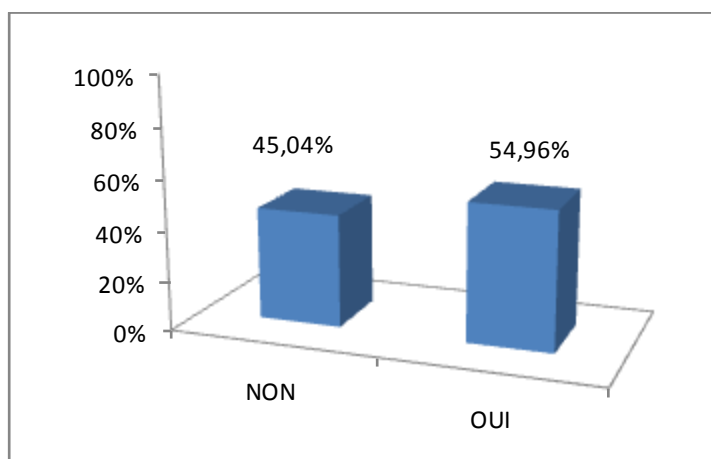


Figure 27. Répartition des cas selon l'association ou non avec une lésion auriculaire dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (27) illustre bien la prédominance des cas ayant une lésion auriculaire dans notre population d'étude.

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU NON D'UNE ATTEINTE DU MEMBRE CONTROLATERAL

Atteinte du membre controlatéral	n	%
NON	127	52,48
OUI	115	47,52
Total	242	100.00

Tableau 28. Répartition des cas selon la présence ou non d'une atteinte du membre controlatéral dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (28) montre que la proportion de patients ne présentant pas d'atteinte du membre controlatéral est prédominante (52%)

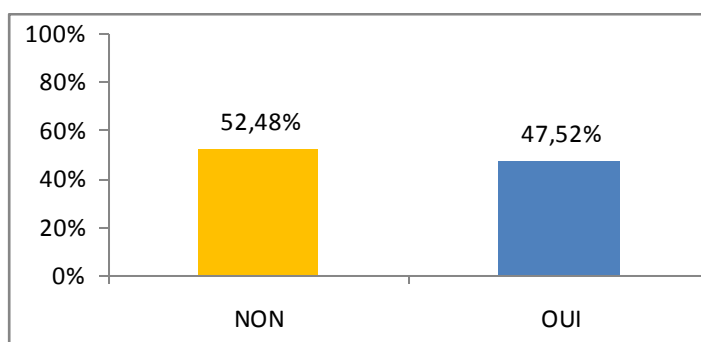


Figure 28. Répartition des cas selon la présence ou non d'une atteinte du membre controlatéral dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (28) montre que dans notre échantillon l'atteinte du membre controlatéral concerne 115 cas soit 47.52%.

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU NON D'UNE ATTEINTE OU NON DU MEMBRE SUPERIEUR

Atteinte du membre supérieur	n	%
NON	230	95,04
OUI	12	4,96
Total	242	100.00

Tableau 29. Répartition des cas selon la présence ou non d'une atteinte du membre supérieur dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (29) montre que la majorité des cas constituant notre population d'étude n'est pas concernée par une atteinte du membre supérieur (95%)

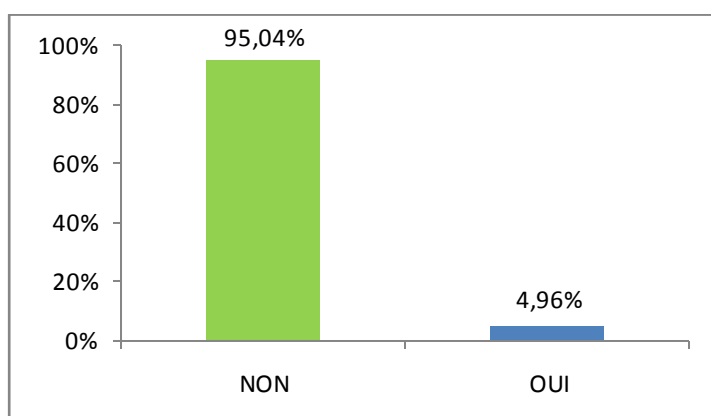


Figure 29. Répartition des cas selon la présence ou non d'une atteinte du membre supérieur dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (29) montre que dans notre échantillon l'atteinte du membre supérieur ne concerne que 12 cas soit 5%.

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU NON D'AUTRES BLESSURES

Autres blessures	n	%
NON	144	59,5
OUI	98	40,5
Total	242	100.00

Tableau 30. Répartition des cas selon la présence ou non d'autres blessures dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (30) montre que la majorité des cas (59.5%) constituant notre échantillon n'ont pas de blessures associées

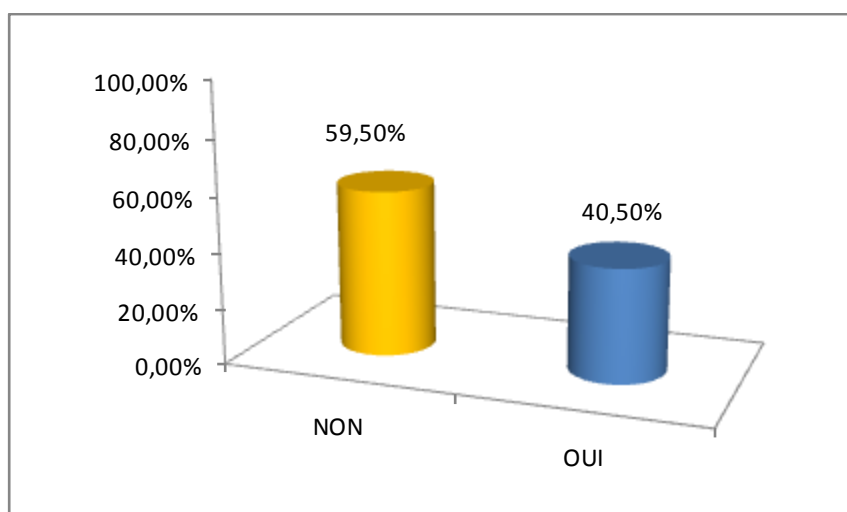


Figure 30. Répartition des cas selon la présence ou non d'autres blessures dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (30) illustre bien la nette prédominance des cas ne présentant pas de blessures associées.

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU NON D'UNE DOULEUR ET/OU D'UNE INFECTION DU MOIGNON

Moignon infecté/douloureux	n	%
Non	70	28,93
NON mais	132	54,55
Oui	15	6,20
Oui et douloureux	25	10,33
Total	242	100.00

Tableau 31. Répartition des cas selon la présence ou non d'une douleur et d'une infection du moignon dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (31) montre que la majorité des cas constituant notre population d'étude présente un moignon douloureux mais non infecté.

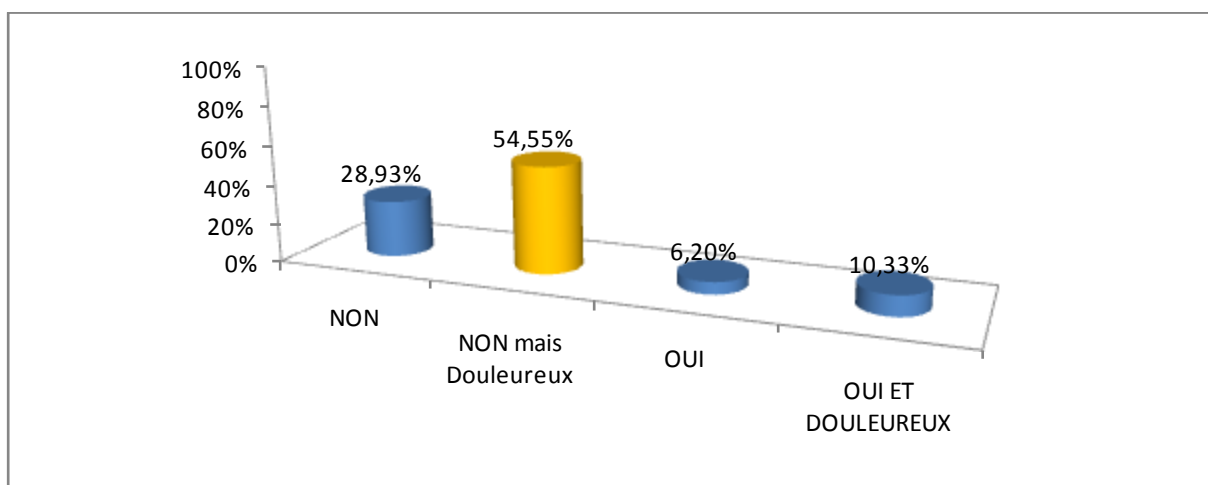


Figure 31. Répartition des cas selon la présence ou non d'une douleur et d'une infection du moignon dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (31) montre que dans notre échantillon 10.33 % des cas présentent un moignon infecté et douloureux, dans la majorité des cas il s'agit d'un moignon non infecté mais douloureux

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU NON D'UNE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Prise en charge Psychiatrique	n	%
NON	198	81,82
OUI	44	18,18
Total	242	100.00

Tableau 32. Répartition des cas selon la présence ou non d'une prise en charge psychiatrique dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (32) montre que la majorité de notre échantillon soit près de 82% n'a pas bénéficié d'une prise en charge psychiatrique

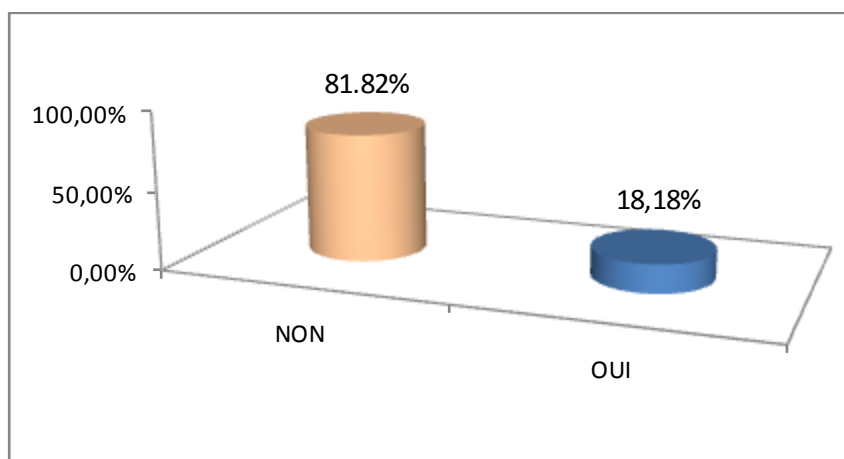


Figure 32. Répartition des cas selon la présence ou non d'une prise en charge psychiatrique dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (32) montre que dans notre échantillon 18.18% soit 44 cas ont fait l'objet d'un suivi psychiatrique après l'amputation.

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU NON D'UNE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Prise en charge psychologique	n	%
NON	190	78,51
OUI	52	21,49
Total	242	100.00

Tableau 33. Répartition des cas selon la présence ou non d'une prise en charge psychologique dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (33) montre que la plus grande proportion des cas constituant notre échantillon soit 78,5% n'a pas bénéficié d'une prise en charge psychologique

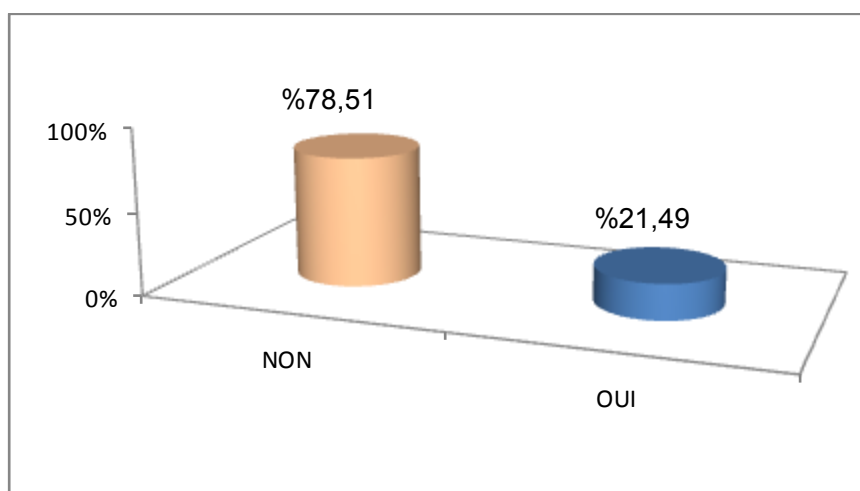


Figure 33. Répartition des cas selon la présence ou non d'une prise en charge psychologique dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (33) montre que 21.49 % de notre population d'étude soit 52 cas ont fait l'objet d'un suivi psychologique après l'amputation.

REPARTITION DES CAS SELON L'UTILISATION OU NON DE LYRICA

Utilisation de LYRICA	n	%
NON	131	54,13
OUI	111	45,87
Total	242	100.00

Tableau 34. Répartition des cas selon l'utilisation ou non de Lyrica dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (34) montre que près de la moitié de l'échantillon étudié soit 46% a bénéficié d'une prise en charge psychologique

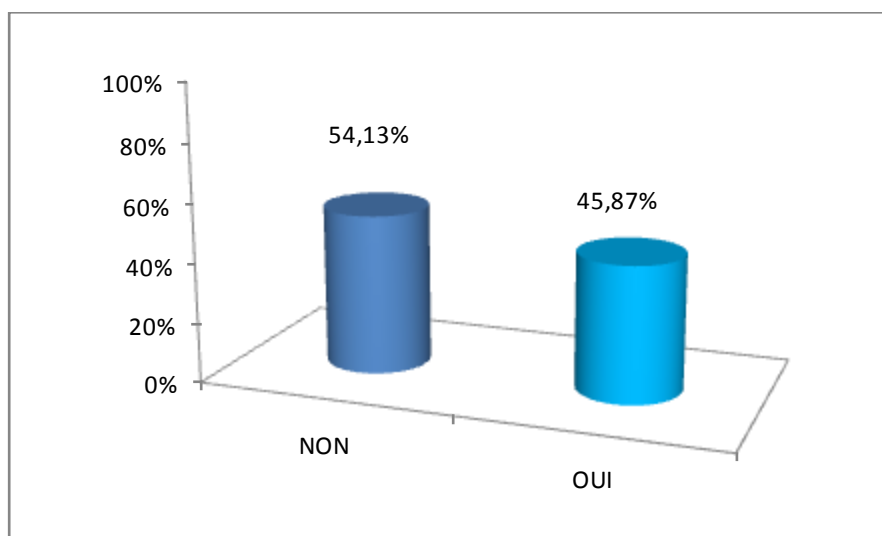


Figure 34. Répartition des cas selon l'utilisation ou non de Lyrica dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (34) montre que dans notre population d'étude 45.87% soit 111 cas utilisent Lyrica dans un but antalgique

REPARTITION DES CAS SELON L'UTILISATION OU NON DE MOYENS ANTALGIQUES

Utilisation d'antalgiques	n	%
NON	101	41,74
OUI	141	58,26
Total	242	100,00

Tableau 35. Répartition des cas selon l'utilisation ou non de moyens antalgiques dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (35) montre que dans notre échantillon la proportion des cas ayant bénéficié de moyens antalgiques est de 58%

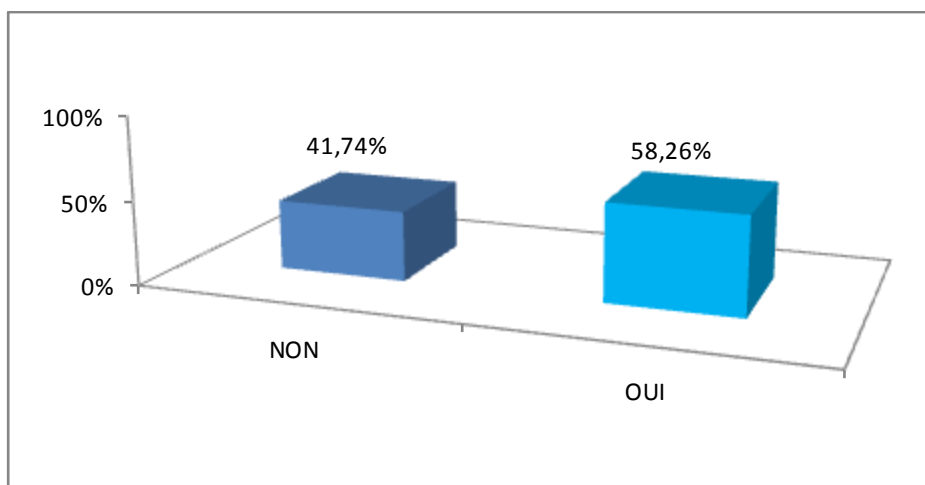


Figure 35. Répartition des cas selon l'utilisation ou non de moyens antalgiques dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (35) montre que dans notre échantillon plus de la moitié de nos patients utilisent des antalgiques autres que Lyrica.

REPARTITION DES CAS SELON L'UTILISATION OU NON D'ANTIDEPRESSEURS

Utilisation d'antidépresseurs	n	%
NON	235	97.11
OUI	7	2,89
Total	242	100.00

Tableau 36. Répartition des cas selon l'utilisation ou non d'antidépresseurs dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (36) montre que la quasi totalité des cas constituant notre échantillon soit 97% ne s'est pas vue prescrire d'antidépresseurs

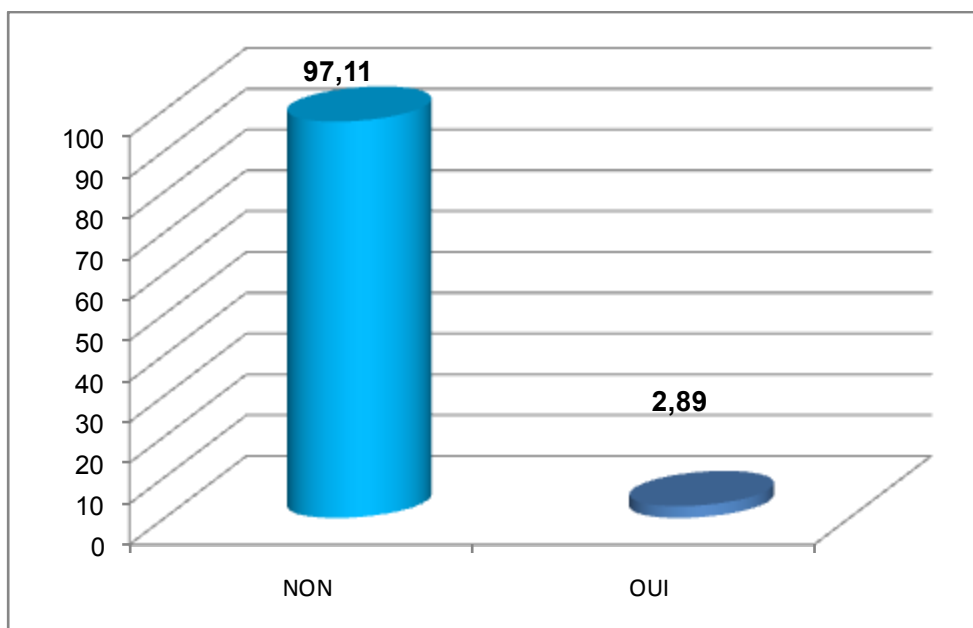


Figure 36. Répartition des cas selon l'utilisation ou non d'antidépresseurs dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (36) montre que dans notre échantillon près de 3% soit 7 patients utiliseraient des antidépresseurs.

REPARTITION DES CAS SELON LE DEGRE DE PERTE DE L'INTIMITE

INTIMITE PERDUE	n	%
Moyenne	63	26,03
Absente	176	72,73
Totale	3	1,24
Total	242	100.00

Tableau 37. Répartition des cas selon le degré de perte de l'intimité dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (37) montre que plus de $\frac{3}{4}$ de notre échantillon soit 73% a conservé son intimité, une très faible proportion d'entre eux l'a perdue totalement (1%)

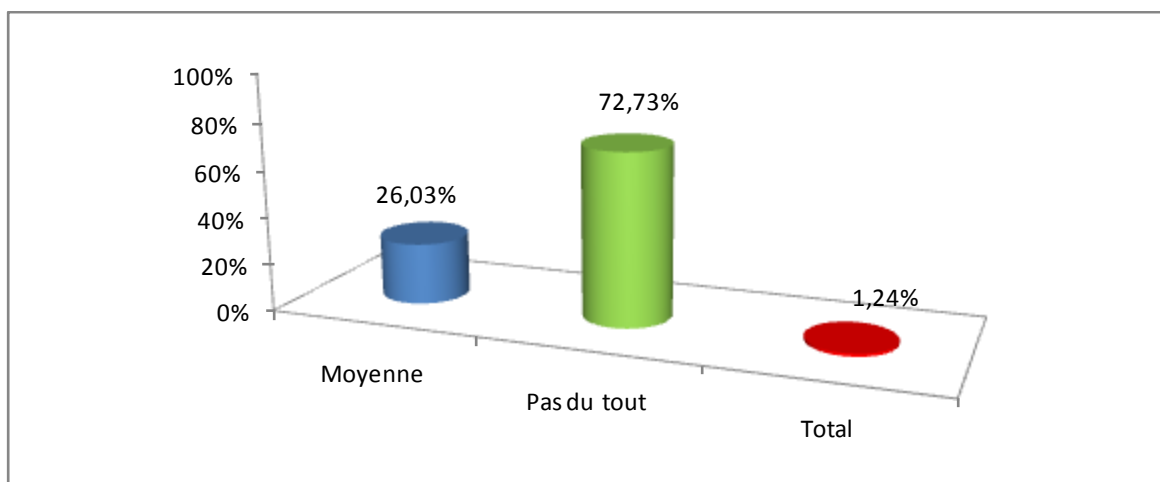


Figure 37. Répartition des cas selon le degré de perte de dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (37) montre que 26% de notre échantillon soit 63 cas ont partiellement perdu leur intimité. La majorité d'entre eux l'ont gardée intacte.

REPARTITION DES CAS SELON LE DEGRE DE DEPENDANCE A AUTRUI

Degré de dépendance à autrui	n	%
Absente	180	74,38
Moyenne	60	24,79
Totale	2	0,8

Total	242	100.00
-------	-----	--------

Tableau 38. Répartition des cas selon le degré de dépendance à autrui dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (38) montre clairement que la majorité des cas inclus dans notre étude soit 74% ne nécessite pas la présence d'un tiers, moins d'un 1% sont dépendants.

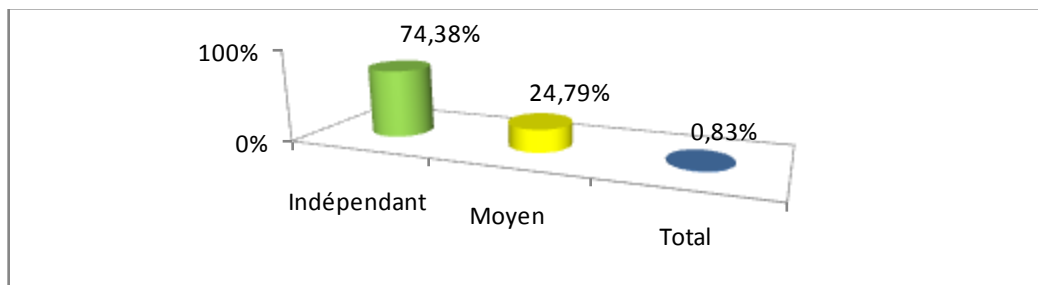


Figure 38. Répartition des cas selon le degré de dépendance à autrui dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (38) montre que dans notre étude la plus grande proportion (74%) soit 180 cas sont totalement indépendants. 60 cas le sont moyennement, nous constatons par ailleurs qu'une infime proportion est dépendante d'un tiers.

REPARTITION DES CAS SELON L'IMPACT SUR LA FAMILLE

Impact sur la famille	n	%
Evénement attendu	31	12.81
choc	199	82.23
Evénement	12	4.96
Total	242	100.00

Tableau 39. Répartition des cas selon le degré de dépendance à autrui dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (39) montre que la grande majorité des cas constituant notre échantillon (82%) l'amputation aura été vécue tel un choc, pour près de 13% d'entre eux il s'agissait d'un événement attendu.

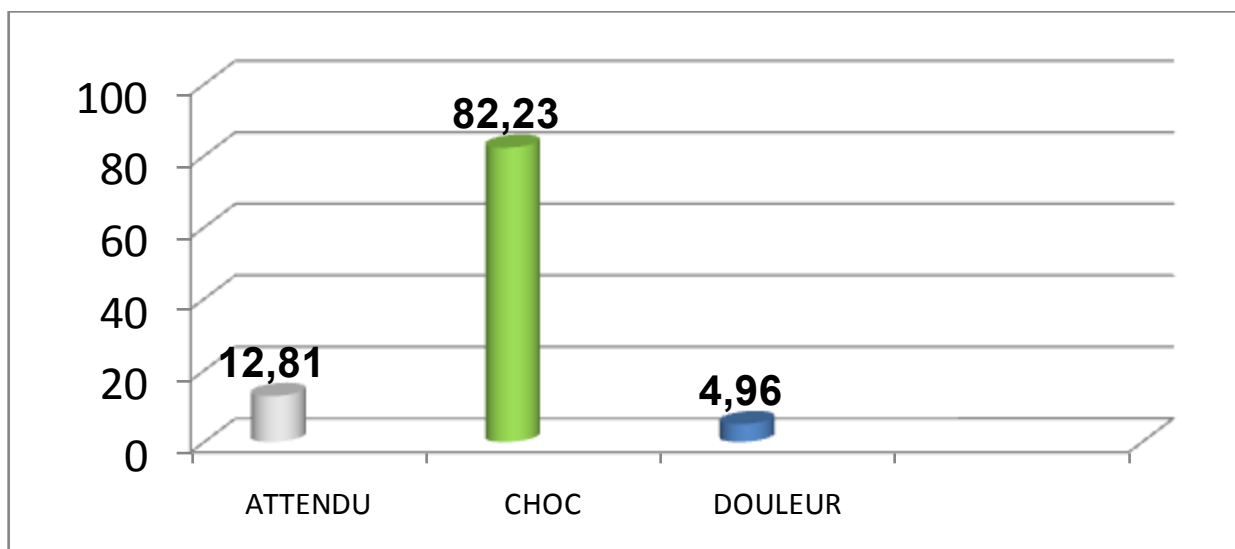


Figure 41. Répartition des cas selon le degré de dépendance à autrui dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (39) montre que dans notre échantillon le choc représente l'impact le plus fréquent de l'amputation sur la famille soit 80%.

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU NON DE SUPPORT SOCIAL

SUPPORT SOCIAL	n	%
NON	8	3,31
OUI	234	96,69
Total	242	100.00

Tableau 40. Répartition des cas selon la présence ou non de support social dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (40) montre clairement que la quasi-totalité des cas constituant notre échantillon (près de 97%) a bénéficié d'un support social

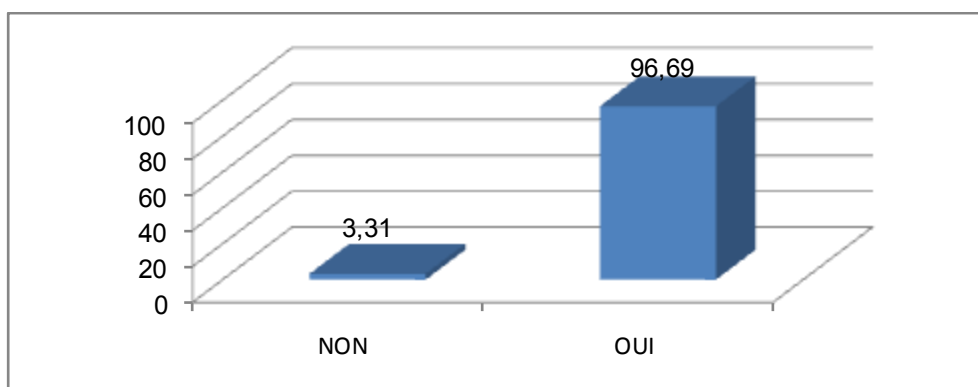


Figure 42. Répartition des cas selon la présence ou non de support social dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (40) illustre bien le fait que la majorité de notre échantillon (près de 97%) a bénéficié d'un support social.

REPARTITION DES CAS SELON LE TYPE DE PROCESSUS D'ADAPTATION

Processus	n	%
LA COLERE	10	4,13
LA DEPRESSION	218	90,08
LE CHOC	8	3,31
LE DENI	5	2,07
LE MARCHANDAGE	1	0,41

Total	242	100.00
-------	-----	--------

Tableau 41. Répartition des cas selon le type de processus d'adaptation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (41) montre que la dépression est le processus d'adaptation le plus fréquemment rencontré chez les patients constituant notre échantillon, les autres processus comme la colère, le choc ou le déni sont moins fréquents, leurs proportions sont presque égales.

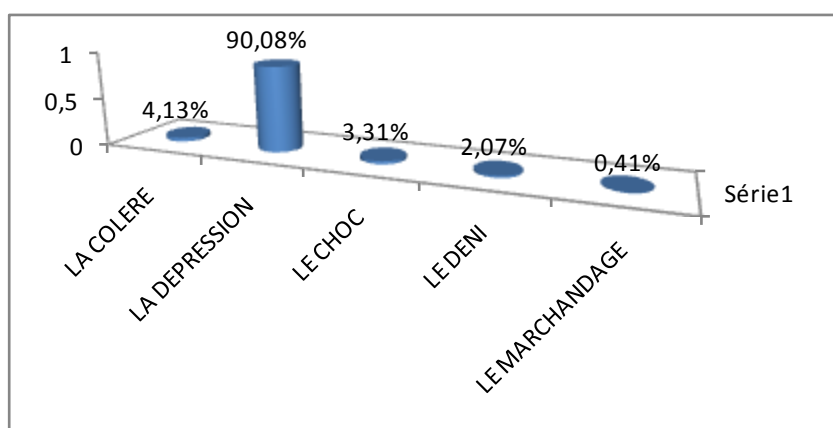


Figure 41. Répartition des cas selon le type de processus d'adaptation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Selon la figure (41) La dépression représente le processus d'adaptation le plus fréquent dans notre échantillon à une écrasante majorité (90%) , immédiatement suivie par la colère (4%), le choc (3%), le marchandage n'est présent que chez moins de 1% de la population.

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU NON DE CONSOMMATION DE CANNABIS

CANNABIS	n	%
NON	204	84,30
OUI	38	15,70
Total	242	100.00

Tableau 42. Répartition des cas selon la présence ou non de consommation de cannabis dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Selon le tableau (42) une consommation de cannabis est présente chez moins du ¼ de notre population d'étude.

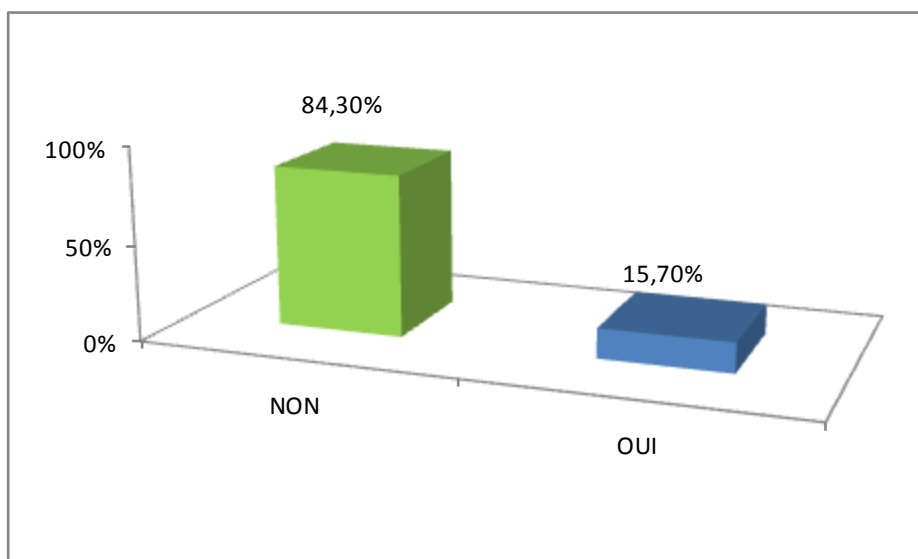


Figure 42. Répartition des cas selon la présence ou non de consommation de cannabis dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (42) montre que la consommation de cannabis est absente chez la majorité des cas constituant notre population d'étude (84%).

REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU NON DE CONSOMMATION D'ALCOOL

Consommation d'alcool	n	%
NON	221	91,32
OUI	21	8,68

Total	242	100%
--------------	------------	-------------

Tableau 43. Répartition des cas selon la présence ou non de consommation d'alcool dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau(43) montre que la consommation d'alcool est absente chez la majorité des cas constituant notre échantillon soit 91%

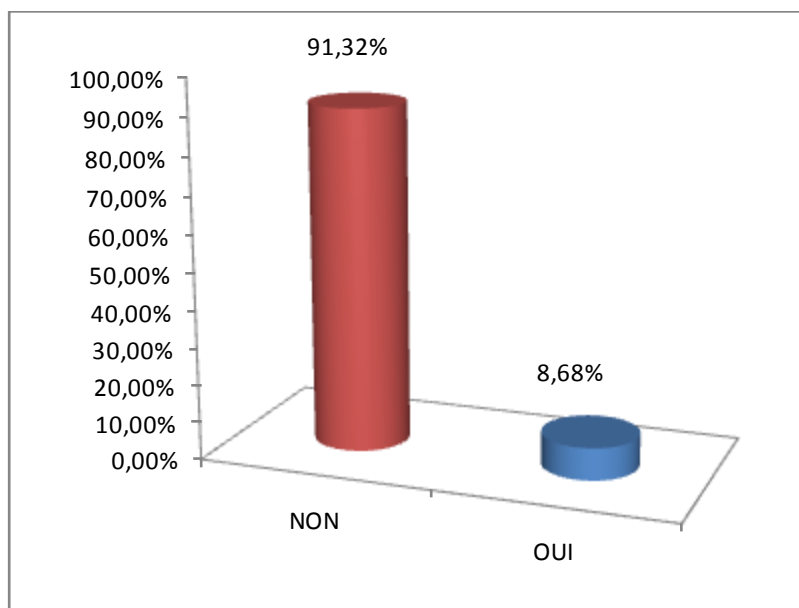


Figure 43. Répartition des cas selon la présence ou non de consommation d'alcool dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (43) illustre bien le fait que dans notre échantillon 8.68 % soit 21 cas consomment de l'alcool.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFÉRIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA SEXUALITE

SEXUALITE	n	%
SANS REPOSE	16	6,61
PERTURBE	47	19,42
SANS PARTICULARITE	179	73,97

Total	242	100.00
-------	-----	--------

Tableau 44 : Répartition des cas selon la sexualité dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- On constate par le tableau (44) que 19.42 % soit 47 cas ont une sexualité perturbée après l'amputation, à cause de l'amputation

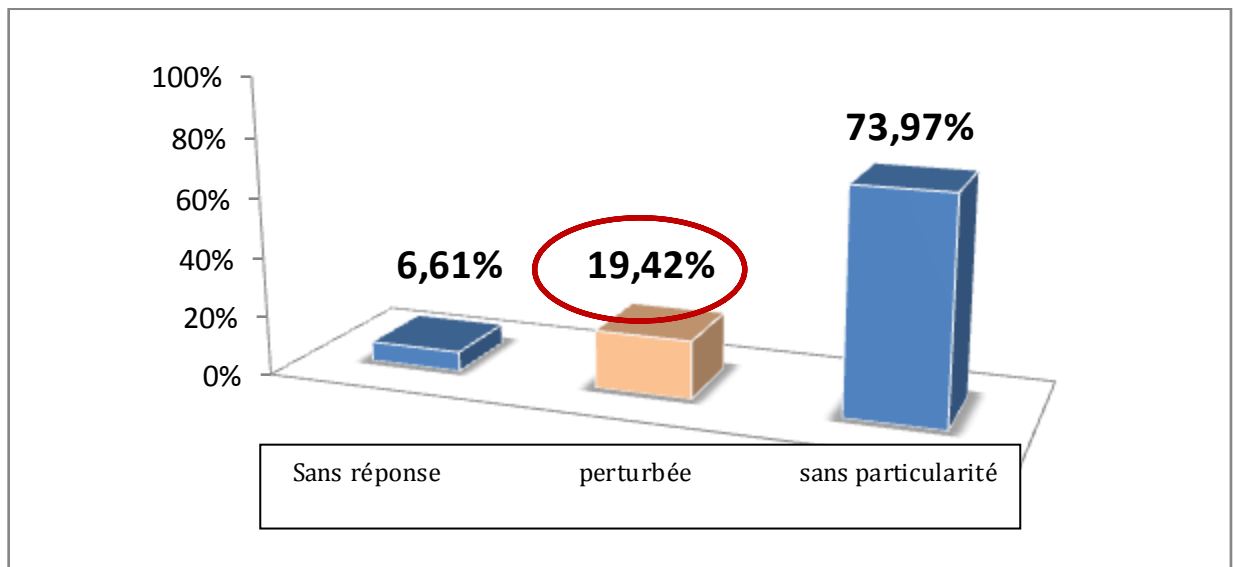


Figure 44 : Répartition des cas selon la sexualité dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (44) montre que l'amputation n'a pas de conséquences négatives sur la sexualité.

**REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE
INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON L'EXISTENCE OU
PAS D'UNE AUTOMUTILATION**

AUTOMUTILATION	n	%
NON	238	98,35
OUI	4	1,65

Total	242	100,00
-------	-----	--------

Tableau 45 : Répartition des cas selon l'existence ou pas d'une automutilation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (45) montre que 98.35% des cas n'ont pas fait d'automutilation.

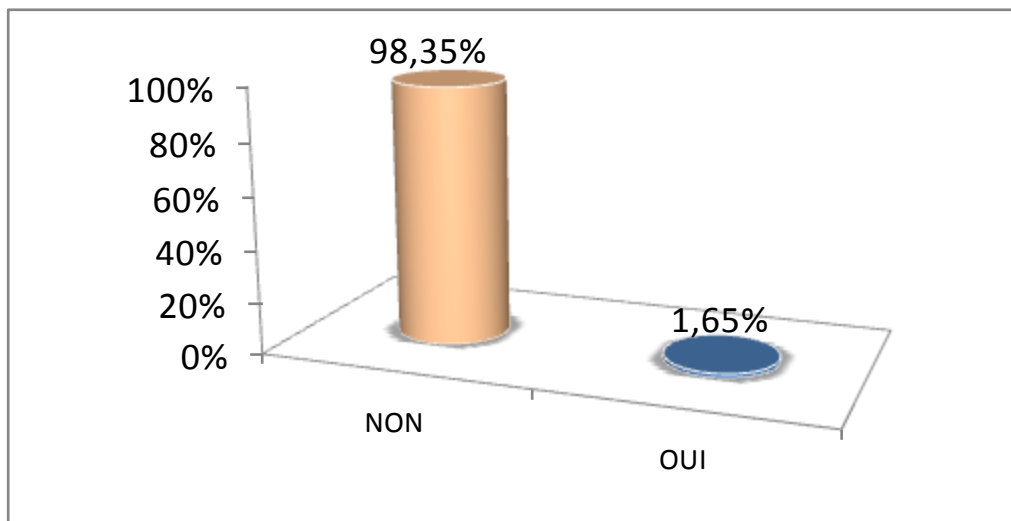


Figure 45 : Répartition des cas selon l'existence ou pas d'une automutilation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (45) montre que 1,65 % des cas se sont automutilés.

**REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE
INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON QU'ILS AIENT OU
NON TENTE DE SE SUICIDE AVANT L'AMPUTATION**

Tentative de suicide	n	%
NON	233	96,28
OUI	9	3,72
Total	242	100.00

Tableau 46 : Répartition des cas qu'ils aient ou non tenté de se suicider avant l'amputation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (46) montre que 3.72 % soit 9 cas ont fait des tentatives de suicide avant l'amputation. (défenestration et intoxication médicamenteuse).

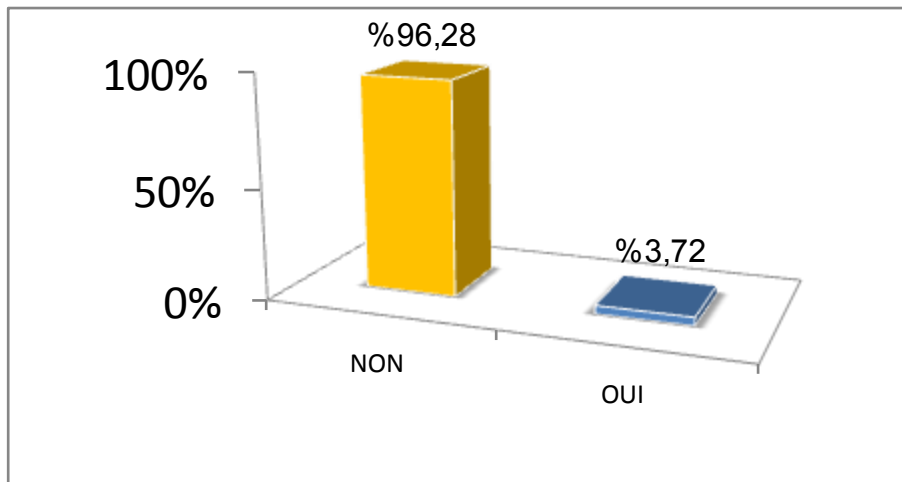


Figure 46 : Répartition des cas qu'ils aient ou non tenté de se suicider dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (46) montre que la fréquence de la TS est de 3.72%

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA PRESENCE OU NON D'UN TROUBLE DU SOMMEIL

SOMMEIL	n	%
AUTRES	2	0,83
INSOMNIE	220	90,91
SANS	20	8,26
Total	242	100.00

Tableau 47 : Répartition des Patients amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon la présence ou non d'un trouble du sommeil dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (47) montre que la majorité des cas 90.91% présentent des insomnies soit 220 cas. et ce à cause des douleurs lancinantes du moignon et à cause de la dépression.

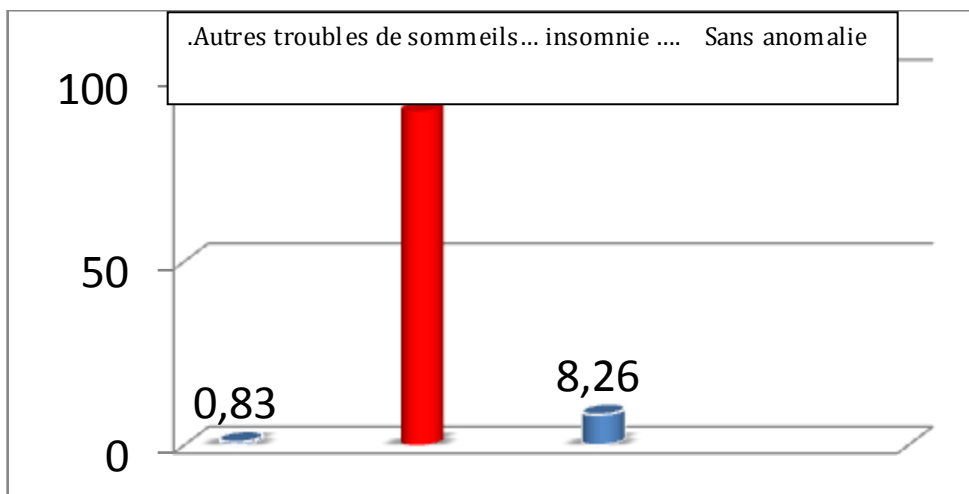


Figure 47 : Répartition des Patients amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon la présence ou non d'un trouble du sommeil dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (47) montre qu'en plus des insomnies d'autres troubles du sommeil existent.

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON L'INDEMNITE DONT ILS ONT BENEFICIE

INDEMNISE	n	%
NON	36	14,88
OUI	206	85,12
Total	242	100.0 0

Tableau 48 : Répartition des Patients amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon l'Indemnité dont ils ont bénéficié dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (48) montre que 14.88 % soit 36 patients n'ont pas bénéficié d'indemnisation

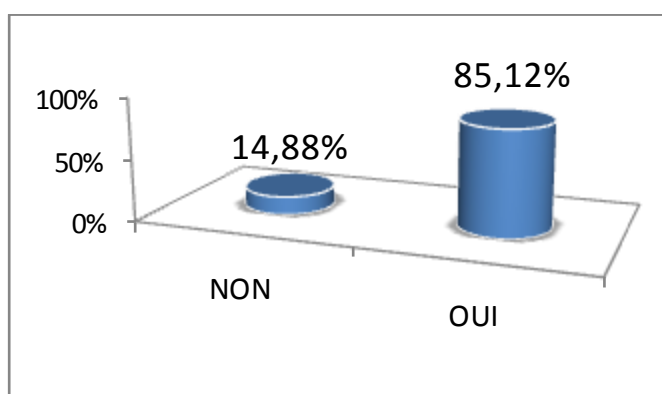


Figure 48 : Répartition des Patients amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon l'Indemnité dont ils ont bénéficié dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (48) montre que 85.12% ont été indemnisés.

**REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE
INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON UNE T.S APRES
L'AMPUTATION**

TENTATIVE DE SUICIDE APRES L'AMPUTATION	n	%
NON	239	98,76
OUI	3	1,24
Total	242	100,00

Tableau 49 : Répartition des Patients amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon une T.S après l'amputation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (49) montre que trois patients ayant présenté un passage à l'acte autodestructeur ce qui correspond à 1,24% de notre échantillon

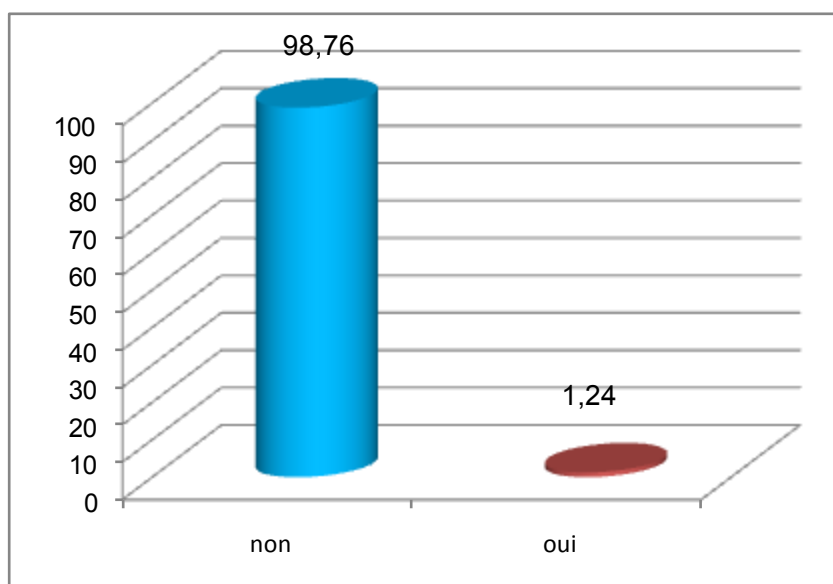


Figure 49 : Répartition des Patients amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon une T.S après l'amputation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (49) montre que la TS est absente dans 98.76% des cas.

**REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE
INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON QU'ILS AIENT
PRESENTE OU NON UN TROUBLE STRESS POST
TRAUMATIQUE**

Trouble de stress post traumatique	n	%
NON	67	27,69
OUI	175	72,31
Total	242	100,00

Tableau 50 : Répartition des Patients Amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon qu'ils aient présenté ou non un trouble stress post traumatique dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- D'après le tableau (50) Nous constatons que 2/3 de nos patients présentent un PTSD.

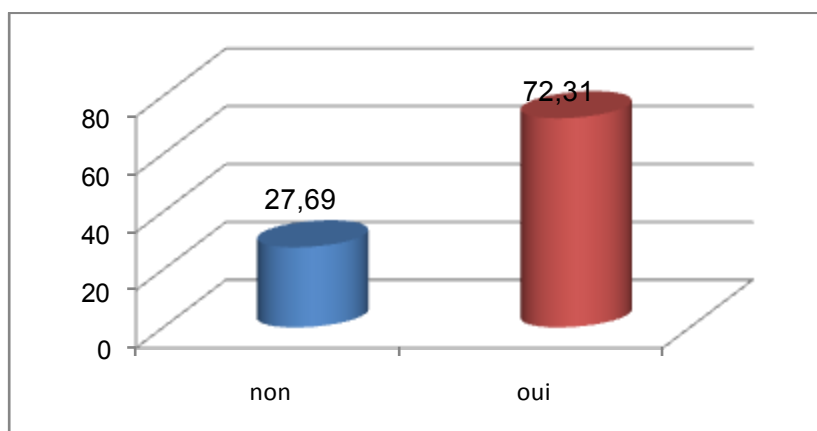


Figure 50 : Répartition des Patients Amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon qu'ils aient présenté ou non un trouble stress post traumatique dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (50) montre que plus que 27% ne présentent pas de PTSD.

**REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE
INFERIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA PRESENCE OU
NON D'UN TROUBLE STRESS AIGU**

trouble stress	n	%
NON	237	97.93
OUI	5	2.06
Total	242	100,00

Tableau 51 : Répartition des Patients amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon la présence ou non d'un trouble stress aigu dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (51) montre que 5 cas (2.06%) souffrent d'un trouble du stress aigu.

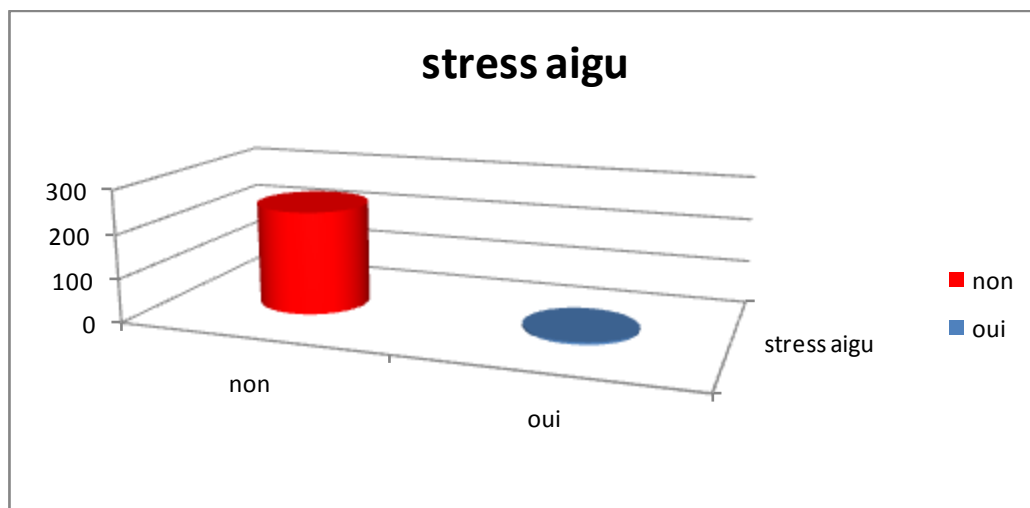


Figure 51 : Répartition des Patients amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon la présence ou non d'un trouble stress aigu dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (51) montre que presque la majorité des cas (97.93%) présente un ESA (état de stress aigu).

REPARTITION DES PATIENTS AMPUTES DU MEMBRE INFÉRIEUR AU NIVEAU DE L'HMRUC SELON LA DURÉE D'HOSPITALISATION APRES L'AMPUTATION

Durée d'hospitalisation après l'amputation / MOIS	n	%
0	2	0,83
1	12	4,96
2	31	12,81
3	16	6,61
4	21	8,68
5	29	11,98
6	88	36,36
7	5	2,07
9	10	4,13
10	2	0,83
12	22	9,09
18	1	0,41
24	3	1,24
Total	242	100.00

Tableau 52 : Répartition des Patients amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon la durée d'hospitalisation après l'amputation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (52) montre que plus de 50 % de nos patients ont une durée d'hospitalisation entre 04 et 06 mois (hospitalisation après l'amputation).

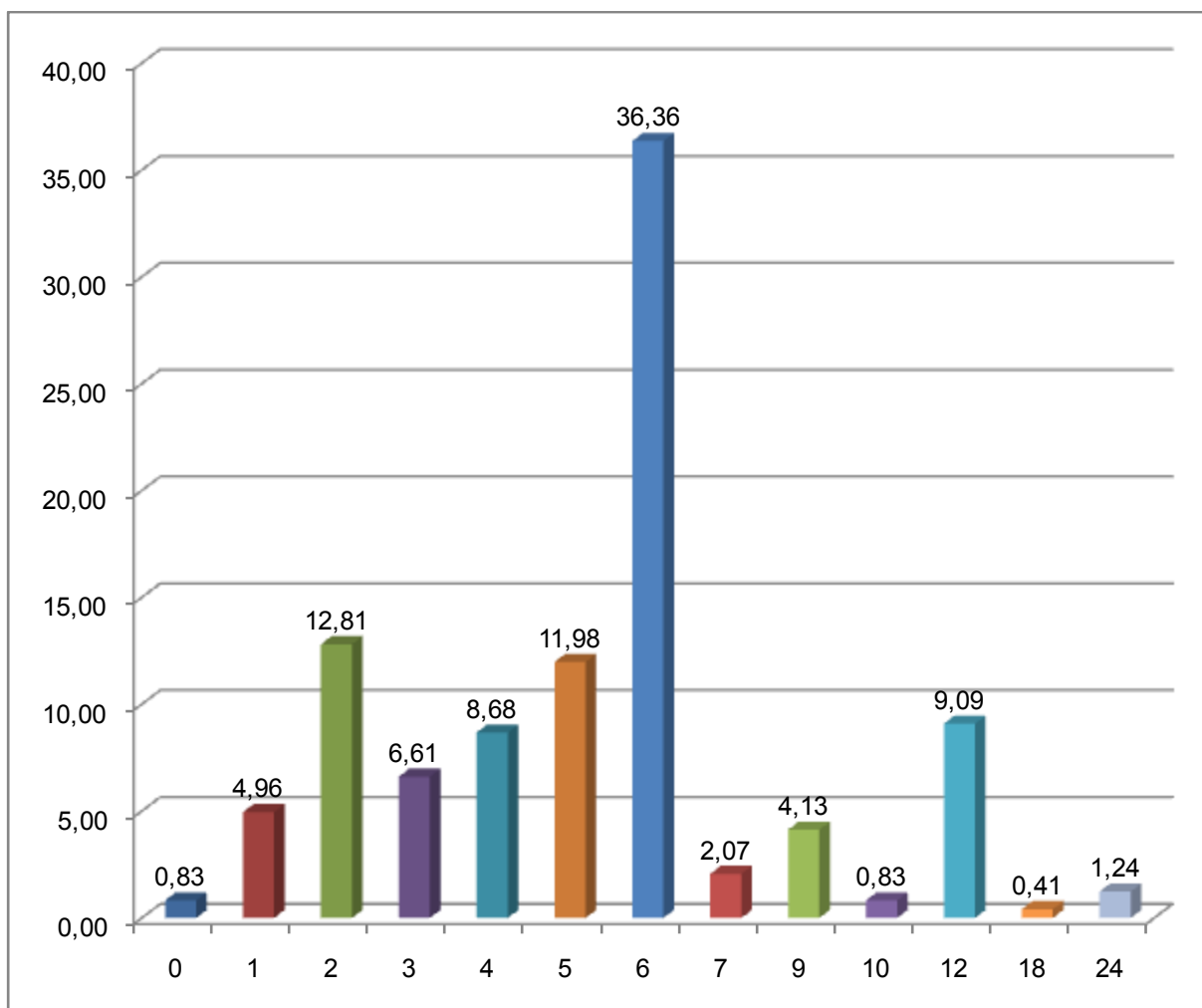


Figure 52 : Répartition des Patients amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC selon la durée d'hospitalisation après l'amputation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (52) montre que la durée d'hospitalisation la plus fréquente est de 06 mois.

REPARTITION DES CAS SELON LE VECU DE L'AMPUTATION PAR LA FAMILLE

Le vécu	n	%
Anxiété	74	30,58
Vécu	145	59,92
Acceptation	23	9,5
Total	242	100.00

Tableau 53. Répartition des cas selon le vécu de l'amputation par la famille dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (53) montre que chez la majorité des cas constituant notre échantillon soit près de 60% d'entre eux, la famille a vécu l'amputation comme douloureuse, une proportion non négligeable l'a vécu dans l'anxiété (30.58%), chez 23 patients, il s'agissait d'acceptation

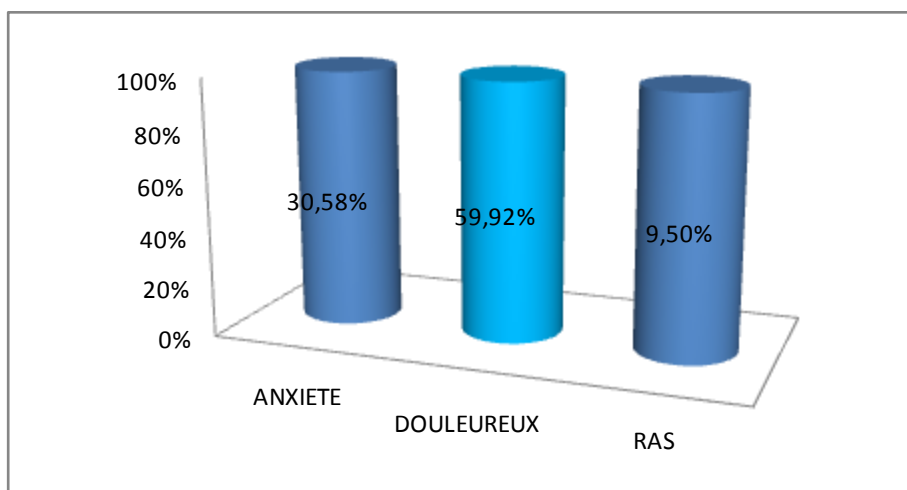


Figure 53. Répartition des cas selon le vécu de l'amputation par la famille dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (53) illustre bien le fait que dans la majorité des cas, la famille a douloureusement vécu l'amputation du membre, le vécu douloureux est suivi par l'anxiété et l'acceptation.

REPARTITION DES CAS SELON LE NOMBRE DE CHUTES QUI SE SONT PRODUITES PENDANT LA PERIODE DE REEDUCATION

Nombre de	n	%	Nombre de Chutes	n
0	1	6	9	1
1	8	3	10	4
2	3	1	11	5
3	2	1	12	1
4	2	8	14	1
5	2	1	15	7
6	2	8	20	1
7	1	0	30	1
8	3	1		
Total				2

Tableau 54. Répartition des cas selon le nombre de chutes qui se sont produites pendant la période de rééducation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (54) montre que la majeure proportion de nos patients a chuté moins d'une dizaine fois durant leur rééducation, ils ont été 18.6% des cas à chuter 10 fois ; et près de 16% à chuter deux fois.

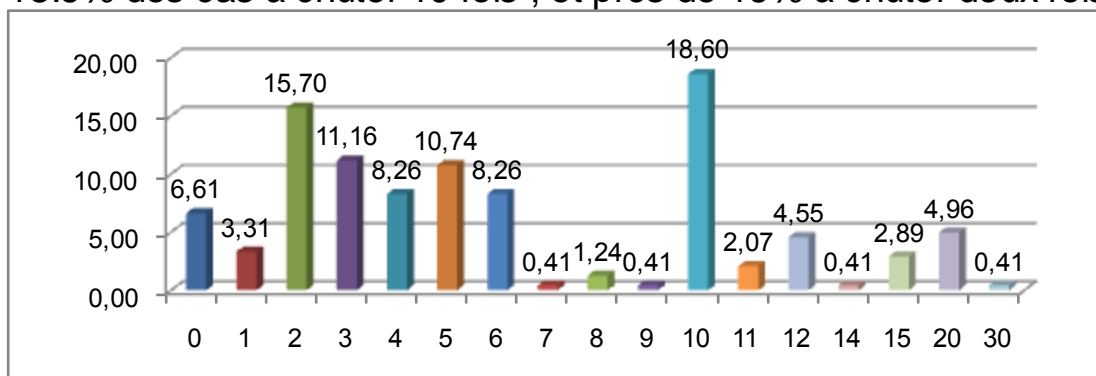


Figure 54. Répartition des cas selon le nombre de chutes qui se sont produites pendant la période de rééducation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (54) illustre bien le fait que la majorité des cas constituant notre échantillon a chuté moins d'une dizaine de fois.

REPARTITION DES CAS SELON LE PORT OU NON D'UNE PROTHESE

Port	n	%
NON	34	14,05
OUI	208	85,95
Total	242	100.00

Tableau 55. Répartition des cas selon le port ou non d'une prothèse dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Nous constatons à travers le tableau (55) que la majorité des cas constituant notre échantillon soit 86% ont bénéficié d'une prothèse.

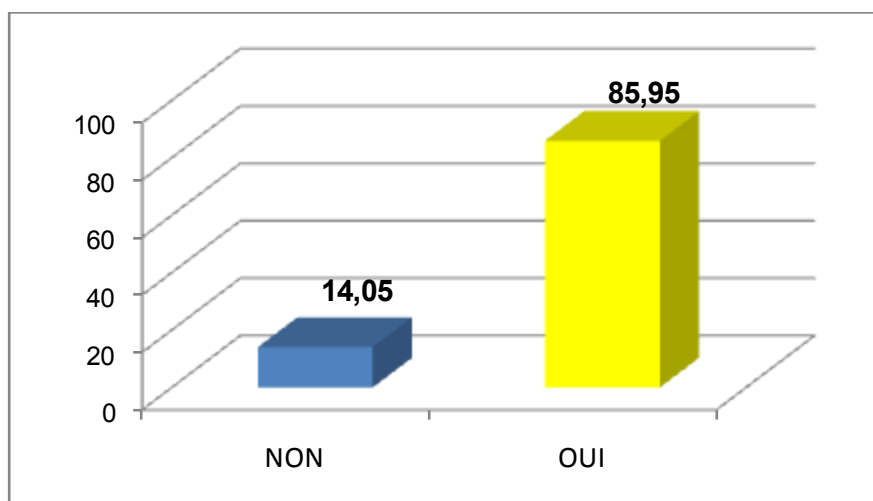


Figure 55. Répartition des cas selon le port ou non d'une prothèse dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (55) illustre bien le fait que la plus grande proportion de nos patients s'est vue bénéficier d'une prothèse, soit chez près de 86% d'entre eux.

**REPARTITION DES CAS SELON LA DUREE EN MOIS AVANT LA
MISE EN PLACE D'UNE PROTHESE**

Durée en mois avant la mise en place d'une prothèse	n	%
0	2	0,83
1	4	1,65
2	8	3,31
3	11	4,55
4	16	6,61
5	16	6,61
6	134	55,37
7	5	2,07
8	12	4,96
9	15	6,20
10	4	1,65
12	11	4,55
24	2	0,83
36	1	0,41
68	1	0,41
Total	242	100.00

Tableau 56. Répartition des cas selon la durée en mois avant la mise en place d'une prothèse dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (56) montre que la majeure proportion des cas inclus dans notre étude soit 134 cas ont bénéficié de la mise en place d'une prothèse 6 mois après l'amputation

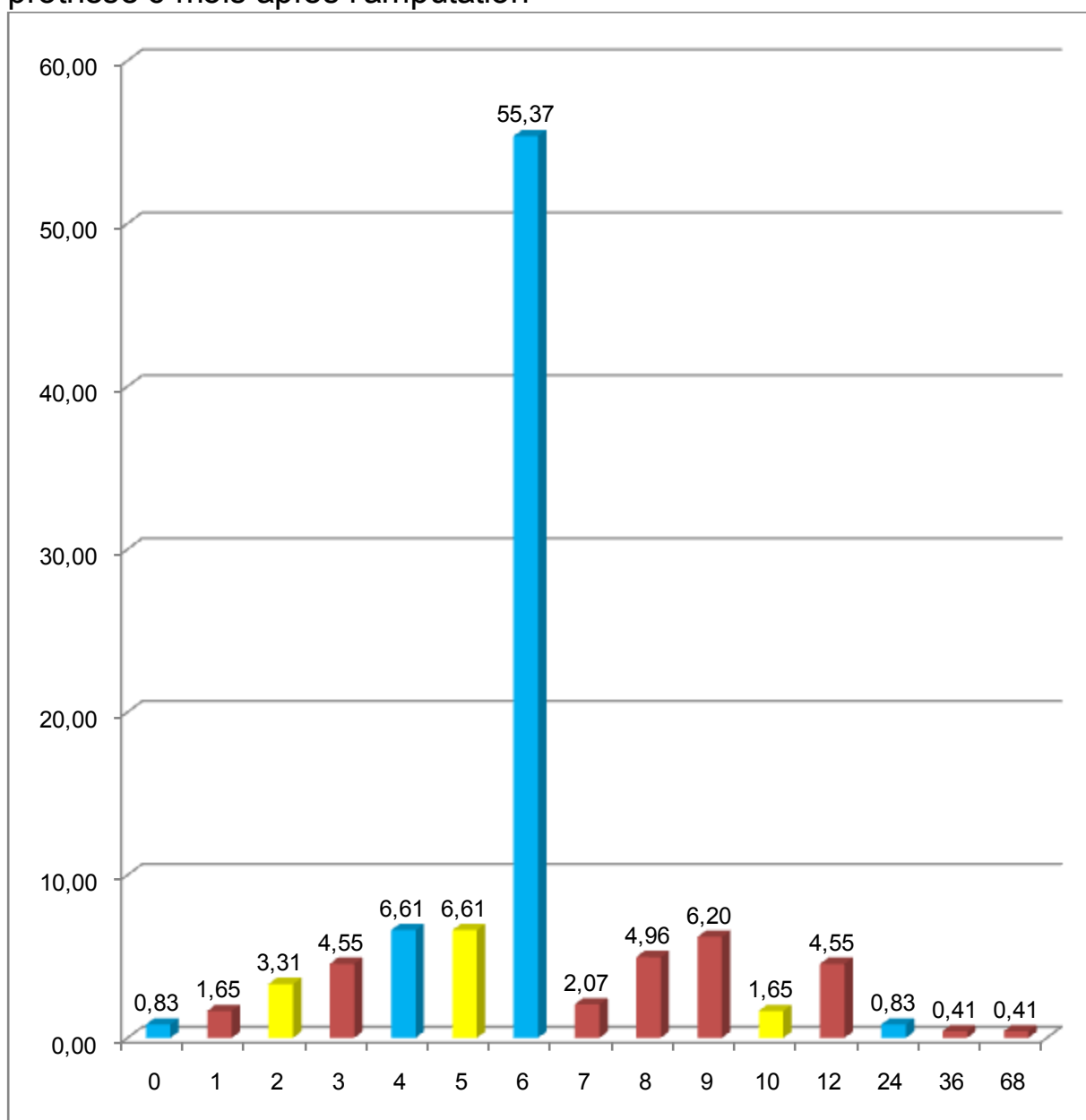


Figure 56. Répartition des cas selon le port ou non d'une prothèse dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (56) illustre bien la fait que plus de la moitié des cas constituant notre échantillon a attendu plus de six mois pour bénéficier de la mise en place d'une prothèse avec un pic de fréquence à (06) mois (55% des cas).

REPARTITION DES CAS SELON QU'ILS AIENT ETE OU NON REINSERES PROFESSIONNELLEMENT APRES L'AMPUTATION

Réinsertion Professionnelle	n	%
NON	240	99,17
OUI	2	0,83
Total	242	100.00

Tableau 57. Répartition des cas selon qu'ils aient été ou non réinsérés professionnellement après l'amputation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- On remarque à travers le tableau (57) que près de la totalité des patients inclus dans notre étude soit 99% n'a pas été réinsérée sur le plan professionnel.

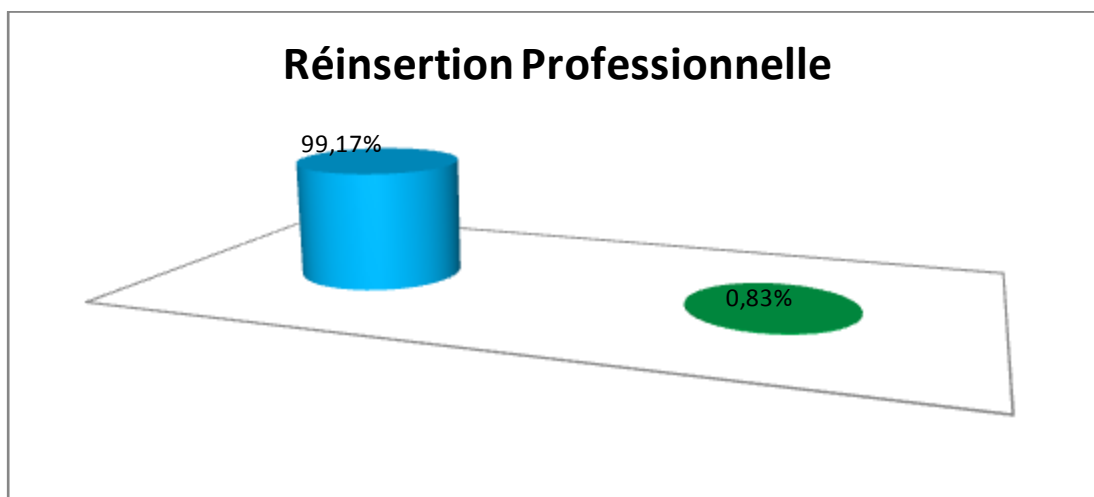


Figure 57. Répartition des cas selon qu'ils aient été ou non réinsérés professionnellement après l'amputation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (57) illustre bien le fait que la réinsertion professionnelle n'a concerné que moins d'un pour cent de notre population d'étude.

REPARTITION DES CAS SELON LA PRATIQUE OU NON D'UNE ACTIVITE SPORTIVE

Pratique d'une activité sportive	n	%
NON	170	70,25
OUI	72	29,75
Total	242	100.00

Tableau 58. Répartition des cas selon la pratique ou non d'une activité sportive dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Le tableau (58) montre que près de $\frac{3}{4}$ de notre population d'étude soit 70% ne pratique aucune activité sportive.

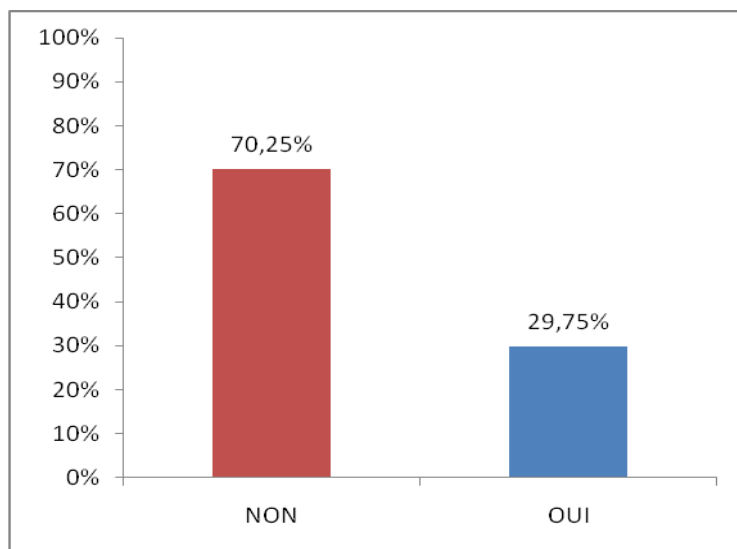


Figure 58. Répartition des cas selon la pratique ou non d'une activité sportive dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Selon la figure (58), 70% des cas constituant notre échantillon ne pratique aucune activité sportive.

REPARTITION DES CAS SELON LES RESULTATS DE L'ECHELLE HAD (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)

Résultats de l'échelle	n	%
Symptomatologie	184	76,03
Symptomatologie	41	16,94
Absence de	17	7,02
Total	242	100.00

Tableau 59. Répartition des cas selon les résultats de l'échelle HAD dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Selon le tableau (59) une majeure proportion de notre population d'étude (76%) présente une symptomatologie dépressive et anxieuse certaine selon l'échelle HAD, chez près de 17% d'entre eux elle est douteuse, une faible proportion ne présente aucun symptôme dépressif ou anxieux.

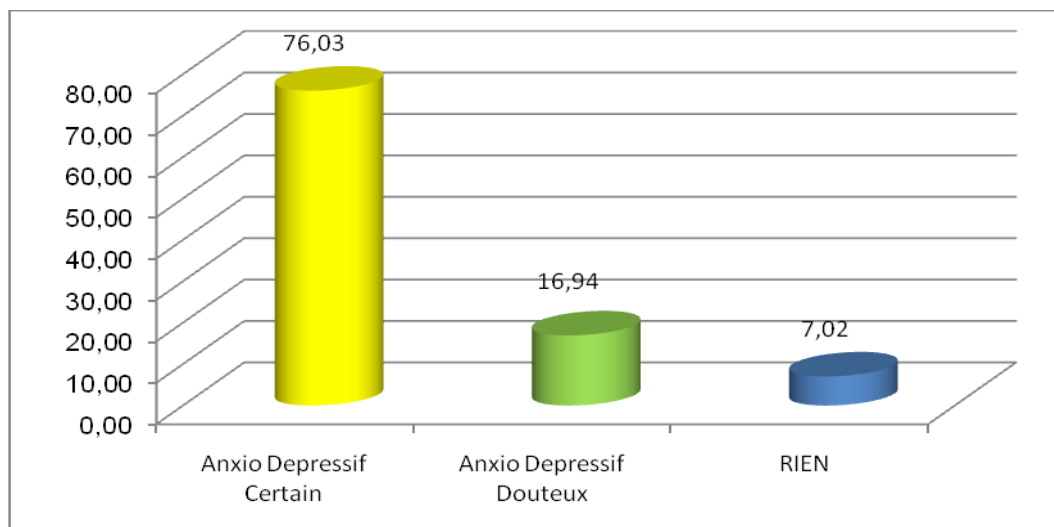


Figure 59. Répartition des cas selon les résultats de l'échelle HAD dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- La figure (59) nous montre que plus de $\frac{3}{4}$ des cas constituant notre population d'étude (76%) présente une symptomatologie dépressive certaine selon l'échelle HAD, seuls 7% d'entre eux est indemne de toute symptomatologie dépressive et/ou anxieuse.

REPARTITION DES CAS SELON L'ANNEE DE L'AMPUTATION

L'année de l'amputation	De puis	n	%
1989	27 ans	01	0.48
1994	22 ans	03	1.44
1995	21 ans	02	0.96
1996	20 ans	04	1.92
1997	19 ans	12	5.76
1998	18 ans	07	3.36
1999	17 ans	14	6.73
2000	16 ans	04	1.92
2001	15 ans	08	3.84
2002	14 ans	03	1.44
2003	13 ans	16	7.69
2004	12 ans	05	2.40
2005	11 ans	11	5.28
2006	10 ans	08	3.84
2007	09 ans	06	2.88
2008	08 ans	02	0.96
2009	07 ans	07	3.36
2010	06 ans	14	6.73
2011	05 ans	04	1.92
2012	04 ans	14	6.73
2013	03 ans	24	11.53
2014	02 ans	27	12.98
2015	01 année et moins	11	5.28
Total 26 ans		242	100.00%

Figure 60. Répartition des cas selon l'année de l'amputation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Selon le tableau (60) les années 2013 et 2014 ont connus le plus grand nombre d'amputations (24 cas à 27 cas).

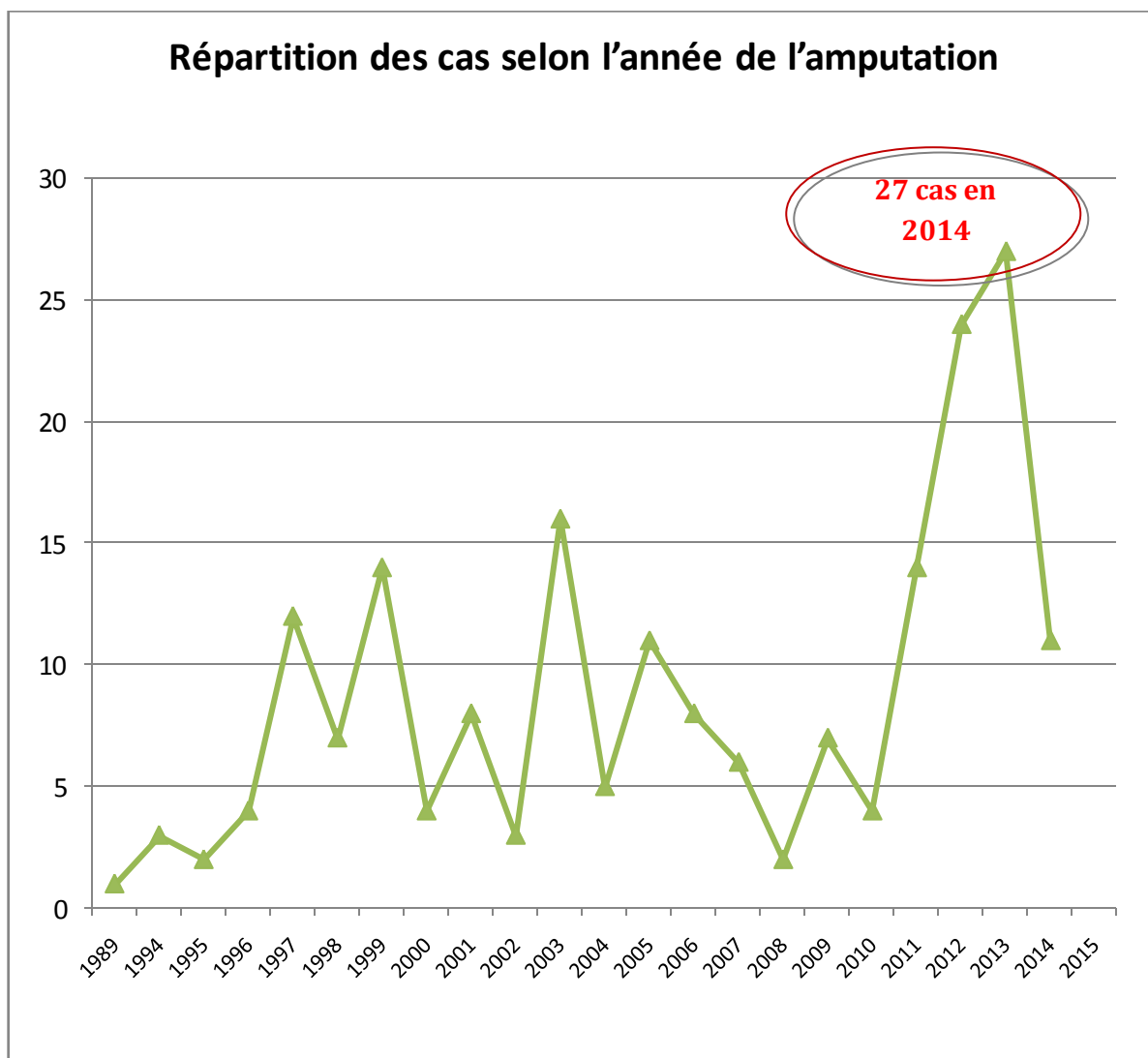


Figure 60. Répartition des cas selon l'année de l'amputation dans l'étude réalisée chez les amputés du membre inférieur au niveau de l'HMRUC, allant du 30/11/2014 au 30/10/2015

- Selon la figure (60) c'est l'année 2014 qui a connu le plus grand nombre d'amputations.

Discussion et Analyse :

La dépression chez les amputés (traumatiques ou non) du membre inférieur selon l'échelle HAD

Les résultats étaient les suivants:

- 76.03% des cas présentaient une symptomatologie certaine
- 17% d'entre eux une symptomatologie douteuse
- 0,7% de cas soit chez 17 patients aucune symptomatologie dépressive ou anxieuse n'était présente.

PEZZIN dans son étude sur 146 amputés du membre inférieur associe les bons scores de l'autonomie fonctionnelle et de l'échelle HAD ainsi qu'à la bonne prise en charge en médecine physique, à sa durée et au bon état général des patients.

Données démographiques et cliniques: âge, sexe, ancienneté de l'amputation.

L'ensemble de notre effectif est de sexe masculin.

L'âge moyen lors de l'amputation chez les patients constituant notre population d'étude est de 36 ans avec un écart type de 9.7ans, elle affecte par conséquent une population relativement jeune.

Par ailleurs, les résultats démontrent qu'ils ont majoritairement été amputés depuis moins de 5 ans.

Le statut matrimonial :

Près de 71% des sujets constituant notre échantillon sont mariés, les personnes mariées sont plus satisfaites de leur état psychique que les

célibataires, ce facteur semble en relation avec le soutien social de l'amputé. Il est reconnu par plusieurs auteurs que la présence de la famille -et du conjoint en particulier- facilite l'adaptation sociale. Ce facteur qui est indépendant de la prise en charge. Plus le sujet est âgé plus l'état anxio-dépressif est grave et certain.

A contrario, plus l'amputation est ancienne, moins le tableau clinique de la dépression est bruyant. A ce sujet, de nombreuses études (EPSTEIN 59, REIBER 77, DAUGHERTY 81) ont montré que la qualité de vie et le développement d'une dépression sont liées à l'ancienneté de l'amputation.

La qualité de vie semble apporter de meilleurs habilités d'adaptation à l'amputation.

Le statut professionnel :

L'ensemble de l'effectif était en activité au moment de l'amputation ; 208 militaires et 34 civils avec prédominance des hommes de troupe.

Les causes des traumatismes :

On note la prédominance des traumatismes balistiques et ce chez près de 68% des cas particulièrement par effet blast liés à l'explosion de mines anti personnelles chez près de la totalité de notre échantillon

Les accidents de la circulation ne représentent que 1%.

Les causes non traumatiques étaient responsables de 14.5% des amputations, avec prédominance des étiologies vasculaires suivies des infections et des pathologies tumorales.

On remarque que l'état anxio-dépressif est plus sévère chez les amputés dont l'étiologie est non traumatique ceci serait dû à l'âge avancé de ces sujets et la mauvaise observance thérapeutique ainsi que l'absence de motivation aux soins. Il est à noter par ailleurs que certaines de ces pathologies sont pourvoyeuses de dépression (Diabète).

EBRAHIM ZADEH en 1980, dans l'étude d'une cohorte de 260 amputés traumatiques du membre inférieur au cours de la guerre d'Irak retrouve un taux de 68% d'amputations secondaires à l'explosion d'une mine anti personnelle et 3% d'accidents de la voie publique.

Les facteurs physiques :

La majorité de nos patients étaient porteurs de prothèse. Concernant l'état du moignon et les délais d'appareillage, un moignon défectueux est connu pour être source d'inconfort et de douleurs lors de la marche chez les porteurs de prothèse ; difficiles à atténuer malgré les différents réajustements de la prothèse.

L'absence d'une prise en charge rapide est source de répercussions psychologiques, en effet, le patient devient revendicatif, irritable, agressif remettant en cause la qualité de sa prise en charge qu'elle soit médicale ou psychologique.

Dans notre étude 10.33% ont un moignon défectueux (infecté et douloureux) et plus de 50% sont dus à des lésions osseuses (exostose, ossifications hétérotopiques, saillie de l'angle de Faraboeuf, coupe osseuse incorrecte..etc.), 16% ont des lésions des parties molles, 13.6% ont un défaut de cicatrisation et

17% ont un névrome douloureux pathologique.

Les lésions associées:

L'amputation est associée à d'autres lésions chez 44.4% des cas constituant notre échantillon, il s'agit ainsi:

- Lésions des parties molles chez 50%
- Blast auriculaire et baisse de l'acuité auditive (40%)
- Lésions du membre controlatéral 10%.

- Lésions des parties génitales 34% (seraient incriminées dans les troubles sexuels et dans la genèse de la dépression)

- Le traumatisme abdominal presque 5 %

Les études d'Epstein et Ebrahim zadeh retrouvaient des résultats similaires.

Le niveau d'amputation :

Le niveau trans-tibial a la plus forte proportion chez les sujets constituant notre échantillon, suivi par les amputations au niveau du pied, de la hanche et le niveau transfémoral.

Statistiquement, le trouble psychique avec le score d'autonomie fonctionnelle est meilleur pour le niveau d'amputation transtibiale que pour la désarticulation de la hanche et du genou ainsi que la transfémorale. Le même constat a été retrouvé dans d'autres études.

Contrairement aux conclusions de HAWAMEDH, la qualité de vie de nos patients n'est pas influencée par le niveau d'amputation. Il en est de même pour les résultats de l'étude de MATSEN 1990.

Les facteurs psychologiques:

La présence de troubles psychiatriques chez les amputés est admise depuis longtemps nécessitant une assistance médicale et psychologique à long terme (kolawole)

Il s'agit de troubles liés à l'anxiété, au stress post traumatique et à la dépression

Dans notre étude on a constaté une prévalence de 64.5% de PTSD, taux similaire à celui retrouvé par REIBER, l'étude de PERKINS elle, retrouvait une proportion de 60%.

L'anxiété et la dépression : ont été retrouvées respectivement chez 61% et 75.2% de nos patients. Il n'existe pas de consensus quand à la prévalence de ces deux troubles dans la littérature que ce soit à court ou à long terme.

Dans notre travail, 21% de nos patients n'ont pas présenté de troubles psychopathologiques cela est dû à diverses stratégies d'adaptations psychologiques adoptées par nos patients, parmi lesquelles il y a lieu de signaler comme facteur protecteur, le facteur religieux et spirituel.

Nous nous sommes intéressés durant notre étude à plusieurs facteurs qui peuvent influencer la santé mentale de nos patients ainsi que la qualité de vie tels que décrit dans la littérature.

- Le premier constat est en relation avec la prise en charge médico-technique. En effet, plus tôt s'est opérée la prise en charge en médecine physique (réadaptation et appareillage), meilleur est le résultat en termes d'adaptation psychologique.

La réadaptation et l'appareillage vont permettre d'intégrer tous les efforts physiques et émotionnels dans la récupération ; plutôt que de permettre au patient de se concentrer uniquement sur son handicap et la douleur.

- Le deuxième constat :

C'est que la reprise d'une activité professionnelle qui joue un rôle financier certes, mais non primordial pour nos patients même ceux qui sont en inactivité avec un revenu mensuel insuffisant pour la plus part d'entre eux.

Mais du fait de la meilleure estime de soi et le sentiment d'être encore utile que leur procure le travail, ce dernier influe positivement sur l'état mental de l'amputé.

Tel que rapporté par KOLAWOLE, la reprise de la vie active est corrélée à un meilleur état d'esprit pour le patient.

En effet plus des 3/4 de nos patients inactifs (77,6%) présentent des troubles psychologiques.

- Le troisième constat :

C'est qu'il existe une réduction de la prévalence des troubles psychologiques avec l'ancienneté de l'amputation. Ceci peut être attribué à la mise en place de mécanismes psychologiques qui se mettent en place progressivement après l'amputation. HORGAN ET MACLACHLAN, dans une méta-analyse, sur l'adaptation psychosociale de l'amputé du membre inférieur, constate que la dépression et l'anxiété sont relativement élevées jusqu'à deux années après l'amputation et semblent diminuer par la suite.

- Le quatrième constat :

Il concerne l'apport non négligeable des activités sportives et de loisirs dans le processus d'adaptation psychologique (Horgan et Maclauchlan), dans notre étude, il existe une corrélation entre la pratique d'activités sportives et de loisirs et la présence ou non de troubles psychologiques ($p=10^{-4}$).

On note, l'absence de troubles psychologiques chez 73,1% des patients qui ont une activité sportive et de loisir.

La présence de troubles psychologiques altère la qualité de vie de nos patients ($p=10^{-4}$). Un constat similaire est retrouvé, dans de nombreuses études de la littérature Hawamdeh, Epstein, Dillingham, Gunawardena.

Les facteurs socio-environnementaux

Les rapports sociaux :

Ils sont modifiés chez 37,8% de notre effectif, plus de la moitié soit 52,5% ne note pas de changement alors que 9,7% ont pratiquement rompu toute relation sociale, et l'élément dominant ici est la présence de troubles psychologiques.

En effet, il existe une forte corrélation entre les troubles psychologiques et les rapports sociaux ($p=10^{-4}$). L'isolement est associé à la présence de troubles psychologiques chez tous les patients concernés par cet état.

Il est dû à une mauvaise adaptation psychosociale qui est souvent associée à la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post traumatique (Desmond).

L'absence de changement des rapports sociaux, est associée à une adaptation psychologique réussie dans 84,5% des cas.

Le soutien apporté par le conjoint, la famille, l'entourage et la société, prendront dans l'acceptation une part très importante, il sert de bouclier contre l'isolement et améliore les rapports sociaux (Valizadeh).

Nous avons noté que le statut matrimonial est corrélé à la qualité de vie ($p=10^{-4}$) qui est satisfaisante chez 77,5% des personnes mariées et seulement 35,2% des personnes célibataires.

Tel que rapporté dans la littérature, Haxaire [6] Burger [129] Carvalho [130] la pratique d'activités sportives et de loisirs, a un fort impact sur l'adaptation psychosociale. Elle prévient l'isolement et favorise la réinsertion sociale.

Dans notre enquête, l'isolement est associé à l'absence d'activités sportives et de loisirs alors que 75% de l'effectif qui n'ont pas de modifications des rapports sociaux ($p=0,0002$) ont une activité sportive et de loisirs.

On a également trouvé, une forte corrélation entre la qualité de vie et les rapports sociaux ($p=10^{-4}$).

Les réadaptations de l'amputé traumatique du membre inférieur, trouvent des résultats similaires.

Le mode de vie :

Dans notre étude, il n'existe pas de corrélation entre le type d'habitation, que ce soit une maison de plein pied sans étages à l'intérieur ou un appartement avec étages.

Ceci, peut être expliqué par les bons résultats des scores d'autonomie fonctionnelle obtenus, permettant de faire face aux barrières architecturales qui peuvent exister pour l'accès à ces logements.

Par contre, il existe une corrélation entre le lieu d'habitation et la qualité de vie ($p=0.0214$).

En effet, nos résultats montrent que la vie en milieu rural altère la qualité de vie, à cela certains facteurs nous ont été rapportés par nos patients ; tels que : difficultés de transport, absence d'accès aux services, ennui et Stigmatisation. Ce sont des facteurs, en relation avec le rôle social des associations au sein desquelles valides et non valides se côtoient, seuls moyens de ne pas susciter méfiance et stigmatisation ainsi que le développement des réseaux de communication avec l'environnement socio-administratif.

Activités de la vie quotidienne :

Notre évaluation, a mis en exergue l'autonomie acquise par nos patients dans les activités de la vie quotidienne. En effet, aucun de nos patients ne nécessite l'aide d'une tierce personne pour le chaussage de la prothèse et les soins d'hygiène, seulement 5,8% (amputés transfémoraux) utilisent de façon occasionnelle le fauteuil roulant, 86,3 %, n'utilisent aucune aide.

La durée journalière du port de la prothèse est de 13.8 heures pour le niveau transtibial, 11,7heures pour les désarticulés du genou et 10,5 heures pour le niveau transfémoral.

Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude de Bennet [136] dans laquelle les durées du port de la prothèse sont respectivement de 14,4 heures, 12 heures et 11,4 heures.

Le périmètre de marche est supérieur à 1000 m pour plus de la moitié de l'effectif soit 58,7%, et inférieur à 500m pour seulement 7,7%.

Pour évaluer le bénéfice attendu sur le périmètre de marche et des nouveaux composants prothétiques de haute technologie, nous avons corrélié les deux variables qui sont le type d'appareillage utilisé et le périmètre de marche obtenu.

Nous avons trouvé une forte corrélation ($p=10^{-4}$) entre ces deux variables. Statistiquement, la prothèse de qualité, qu'elle soit tibiale ou fémorale est associée à un périmètre de marche supérieur à celui obtenu avec la prothèse basique.

Ces résultats doivent être interprétés avec précaution car d'autres éléments peuvent interférer sur ces résultats. Il est important de mesurer non seulement l'apport des nouveaux constituants prothétiques, mais aussi la qualité de l'adaptation de la prothèse; l'alignement et enfin tenir compte des indications. Au minimum toutefois, ils mettent en évidence le besoin d'essais contrôlés pour mieux déterminer la relation entre les constituants de l'appareil et le bénéfice attendu sur le périmètre de marche; sur le comportement et sur le côté relationnel interpersonnel.

Les activités sportives et de loisirs :

Plusieurs auteurs ont mis en exergue; l'apport bénéfique des activités sportives et de loisirs sur le plan physique; social ; psychologique, la qualité de vie et la dépression (BURGER, CARVALHO, HAXAIRE).

Il existe une réduction importante après l'amputation de la pratique d'activités sportives et de loisirs [80.4%] et [3%].dans notre étude.

BURGER sur une série de 519 amputés traumatiques du membre inférieur âgés de moins de 50 ans constate une réduction de 50% des activités sportives

et de loisirs ; ceci altère la qualité de vie et rend la dépression plus hostile, plus longue voire résistante.

Dans notre étude; il existe un changement d'activités sportives et de loisirs après l'amputation pour ceux qui les pratiquaient avant.

Certaines contraintes à l'activité sportive ont été formulées par les patients; comme la non disponibilité d'équipements spécifiques à certains sports et le manque d'associations sportives pouvant les prendre en charge.

Les résultats de notre étude, montre une meilleure perception de la qualité de vie et de l'estime de soi avec le minimum de symptômes dépressifs et anxieux.

C'est un facteur qui dépend de la prise en charge médico-psycho-sociale.

Le monde associatif doit contribuer à la prise en charge, de part la création et le développement de clubs d'handisport et la conduite automobile.

On a trouvé une prévalence de 46% d'amputés qui conduisent une automobile, ceci serait dû aux difficultés rencontrées à l'acquisition de véhicules adaptés.

Conduire confère à l'amputé une meilleure estime de soi ; renforce sa confiance en lui et améliore la qualité de vie et le trouble anxio-dépressif associé.

Nous n'avons pas trouvé d'études dans la littérature portant sur la qualité de vie ou la dépression des amputés du membre inférieur.

C'est un facteur modifiable qui dépend de la prise en charge sociale; cela passe par la création d'un dispositif facilitant l'acquisition de véhicules adaptés ou d'adaptations techniques de véhicules de série.

La réinsertion professionnelle et ressources financières:

Dans une revue de littérature, BURGER [141] estime la prévalence du retour au travail des amputés du membre inférieur à 66%; 51 % ont conservé le même emploi.

Dans notre étude (3) patients de notre population d'étude ont rejoint leur poste de travail (officiers supérieurs), il s'agissait d'un niveau d'amputation transtibial, le niveau d'étude de ces sujets serait en cause.

Le même constat est retrouvé dans l'étude de Kruger[142]. En effet, il rapporte une prévalence de 5% de reprise du service actif dans l'armée américaine ; tous des officiers et de niveau d'amputation transtibial. 19% de nos patients bien que percevant une pension ; se sont réinsérés dans une nouvelle activité à temps complet ou partiel.

La majorité de nos patients soit 96.3% n'ont aucune activité professionnelle ; mais perçoivent une pension d'invalidité.

Les amputés de notre étude qui ont repris une activité professionnelle ont une meilleure perception de leur qualité de vie et présentent des symptômes dépressifs et anxieux douteux selon l'échelle HAD.

Le problème professionnel est indissociable de l'ensemble des problèmes posés par l'amputé. Son étude doit aller de pair avec sa prise en charge en psychiatrie et en médecine physique.

Certains facteurs sont indépendants de la prise en charge mais sont liés au patient tels que : le niveau intellectuel, la motivation, l'expérience professionnelle, le désir d'effacer le handicap ou de s'affirmer.

Sur le plan économique; tous nos patients ont un revenu stable et régulier .Plus de 75% de notre échantillon d'étude; ont un revenu mensuel compris entre 3 a 6 fois le salaire national minimum garanti.

Conclusion:

Le premier but de notre recherche ; était l'évaluation de la prévalence de la dépression chez les amputés du membre inférieur au niveau de l' HMRUC dans ses différentes formes, et de son impact sur cette catégorie de patients.

Pour y parvenir; nous avons utilisé l'échelle HAD outil mesurant la symptomatologie anxio dépressive ainsi que l'étude du profil de la personnalité du patient amputé du membre inférieur.

Les résultats obtenus confirment la présence de la dépression pour la majorité de l'effectif. La vie de l'amputé oscille entre la douleur qu'elle soit réelle ou subjective et entre le regard perforant d'autrui. Par contre; la qualité de vie est estimée peu satisfaisante pour plus des trois quart des amputés.

- Le deuxième objectif était de déterminer les facteurs qui modifient la dépression; l'état anxio dépressif et la qualité de vie de nos patients.

- Certains facteurs sont modifiables; ils dépendent de la prise en charge médico- psycho-sociale et technique, il s'agit:

--- des facteurs physiques ; qui concernent l'état du moignon, du genou, du membre sain et du rachis lombaire

--- du délai de la prise en charge.

--- de la qualité de la prothèse et de sa durée d'utilisation

--- de la personnalité sous-jacente et du PTSD associé ou non.

Les facteurs psychologiques et socio-environnementaux; sont influencés favorablement par l'absence de troubles physiques ; la reprise de l'activité professionnelle ; les activités sportives et de loisirs ; les bons rapports sociaux et la conduite automobile. Par contre, la vie en milieu rural est un facteur défavorable.

D'autres facteurs ne sont pas modifiables et sont indépendants de la prise en charge, mais améliorent le tableau dépressif et la qualité de vie il s'agit du statut matrimonial et l'ancienneté de l'amputation.

Il faut passer maintenant du modèle biomédical où prédomine l'art de notre profession à un modèle global dans lequel la santé dépend de facteurs complexes, organiques, psychologiques et sociaux et qui nécessite une approche continue depuis la prévention jusqu'à la réadaptation et la réinsertion.

Les professionnels dans cette perspective doivent travailler en collaboration dans un système ouvert et indépendant avec la communauté, en multipliant les acteurs ainsi, le travail en synergie est incontournable.

Aucune discipline ne pouvant avoir une parole totalisante sur le patient, chaque approche ne vaudra que parce qu'elle entre en dialectique avec les autres.

On doit apprendre à se concerter pour que soient mobilisées toutes les compétences, souvent dissociées entre le médical, le social l'administratif et l'associatif.

6. Termes techniques fréquemment utilisés à l'amputation

La liste suivante explique certains des termes utilisés couramment dans le domaine de la prothétique. Il se peut que vous vouliez la garder à portée de la main, à titre de référence ultérieure!

Abrasion

Affection causée par un frottement sur la peau.

Alignement

Ordre dans lequel les composants sont placés à l'intérieur d'une jambe artificielle en relation les uns avec les autres.

Amplitude des mouvements

Étendue de mouvements que possède un membre dans une direction donnée, à partir d'une articulation précise (hanche, genou, cheville, épaule, coude ou poignet).

Amputation bilatérale

Amputation des deux jambes ou des deux bras

Amputation cubitale

Amputation au-dessous du coude

Amputation de Symes (ou amputation de Boyd)

Nommée ainsi en raison du chirurgien qui a mis en pratique cette intervention –

le pied est enlevé, le tibia est aplati et la partie coussinée du talon est recousue.

Amputation fémorale

Amputation au-dessus du genou

Amputation humérale

Amputation au-dessus du coude

Amputation tibiale

Amputation au-dessous du genou

Amputation traumatique

Amputation résultant d'une blessure ou d'une intervention chirurgicale pratiquée pour des raisons médicales (exemples : troubles vasculaires ou cancer).

Amputé congénital

Fait référence à une personne dont l'absence d'un membre ou plus se présentait à la naissance.

Antérieur

Face

Appareil terminal

Partie du bras artificiel qui sert de main - il peut s'agir d'une main passive, d'une main mécanique, d'une main de type crochet ou encore myoélectrique.

Aspect esthétique

Caractère esthétique d'un membre artificiel (apparence)

Atrophie

Diminution du tissu musculaire en raison d'un changement de fonction

CAO - FAO (Conception assistée par ordinateur - Fabrication assistée par ordinateur)

Utilisation de techniques informatiques pour la fabrication de membres artificiels

Chirurgien orthopédiste

Personne qui pratique des interventions chirurgicales sur le système musculo-squelettique (ex. : amputation, remplacement de hanches, révision du moignon). ([Pour plus d'information...](#))

Couvre-moignon

Bonnet couvre-moignon généralement porté avec un membre artificiel qui fournit un rembourrage supplémentaire aux surfaces osseuses.

Démarche

Manière de marcher - chaque personne a une démarche particulière.

Désarticulation

Amputation pratiquée au niveau d'une [articulation](#) (hanche, genou, cheville, coude, poignet ou épaule).

Désensibilisation

Technique destinée à atténuer ou à supprimer l'hypersensibilité du moignon en effectuant un massage ou un tapotement, en utilisant un vibromasseur ou en frottant le membre avec un tissu éponge.

Dispositif à spatule

Dispositif d'aide à l'intention d'une personne dont la main est partiellement amputée, servant à saisir des objets tout en retenant la sensation (paume artificielle).

Doublure souple

Doublure en forme de coupe qui s'insère dans l'emboîture du membre artificiel d'une personne amputée au-dessous du genou.

Douleur au membre fantôme

Ressentir de la douleur dans un membre après que ce dernier ait été amputé.

Effet de piston

Membre restant qui glisse de haut en bas à l'intérieur de l'emboîture.

Emboîture à succion totale

Emboîture qui permet de garder le membre artificiel en place uniquement par pression d'air, ce qui élimine l'utilisation de ceintures et de courroies.

Emboîture d'essayage

Emboîture temporaire en plastique moulée sur le modèle en plâtre pour faciliter l'appareillage.

Emboîture douce

Doublure douce servant de coussinage à l'intérieur d'une emboîture.

Entraînement de la marche

Entraînement supervisé par un professionnel de la santé dans le but de retrouver une démarche naturelle.

Ergothérapeute

Spécialiste qui enseigne à une personne amputée la manière d'utiliser une prothèse (entre autres un bras myoélectrique) et l'aide à acquérir de nouvelles habiletés. ([Pour plus d'information...](#))

Extrémité distale

Partie la plus éloignée du centre (exemple : le pied est la partie distale de la jambe).

[Fémur court congénital](#) (en anglais, Proximal Fémoral Focal Deficiency - PFFD)

Condition congénitale caractérisée par un fémur raccourci ou inexistant. Cet os, le plus long et le plus fort du corps humain, s'étend du bassin jusqu'au genou.

Flexion

Mouvement par lequel une partie du corps (segment de membre, etc.) fait un angle avec la partie voisine, position qui résulte de ce mouvement (opposé à extension).

Gant prothétique

Gant qui recouvre un bras artificiel.

Hypertrophie

Augmentation du volume d'un tissu musculaire

Latéral

De côté ou à l'extérieur (exemple : l'extérieur de la cuisse est une partie latérale de la jambe).

Médian

Se rapportant à la ligne du milieu du corps (exemple : l'intérieur de la cuisse est une partie médiane de la jambe).

Membre restant

Portion restante d'un membre amputé (moignon).

Moignon

Portion restante d'un membre amputé (membre restant).

Myoélectrique

Relatif au mouvement d'un composant artificiel (exemple : une main ou un coude) déclenché au moyen de capteurs électroniques de contractions musculaires.

Névrome

Boule de fibres nerveuses qui se forme à l'extrémité d'un nerf disjoint qui continue à croître et qui entraîne parfois des complications et cause de la douleur.

Œdème

Enflure des tissus

Orthèse

Appareil utilisé pour supporter des articulations ou des membres affaiblis.

Orthésiste

Spécialiste qui fabrique et assure le maintien des appareils servant à supporter des articulations ou des membres affaiblis, entre autres un appareil orthopédique. ([Pour plus d'information...](#))

Paume artificielle

Dispositif d'aide à l'intention d'une personne dont la main est partiellement amputée, servant à saisir des objets tout en retenant la sensation (dispositif à spatule).

Pshysiatre

Médecin spécialiste qui voit au diagnostic, au traitement et à la prévention des douleurs et des troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur causés par un accident, une maladie ou une malformation congénitale. ([Pour plus d'information...](#))

Physiothérapeute

Spécialiste dont le travail auprès d'une personne amputée se fait à l'étape de la réadaptation, en vue d'améliorer la fonction musculaire au moyen d'exercices et d'aider la personne lors de l'apprentissage de la marche. ([Pour plus d'information...](#))

Pilon

Ossature tubulaire rigide située entre l'emboîture et le pied d'une prothèse de membre inférieur. Elle se termine par une tige de bois ou un tube métallique, le quillon, qui est rattaché au pied ou à la cheville de la prothèse.

Plastie de Van Nes

[Chirurgie](#) où la partie inférieure de la jambe est tournée à 180 degrés, puis rattachée - la cheville sert d'articulation de genou, fournissant une fonction supplémentaire.

Pli

Épaisseur des bonnets couvre-moignon - plus le nombre est élevé, plus le bas est épais.

Postérieur

Arrière

Prothèse

Membre artificiel

Prothèse définitive

Membre artificiel conçu en tenant compte des facteurs suivants : le confort, l'ajustement, l'alignement, l'apparence esthétique et la durabilité.

Prothèses

Lorsqu'il y a plus d'une prothèse (membre artificiel).

Prothèse endosquelettique

Prothèse recouverte d'une paroi extérieure flexible (et dont le système de support est interne et rigide, généralement tubulaire) - les composants sont légers et exigent peu d'appareillage.

Prothèse exosquelettique

Prothèse dont la paroi extérieure est rigide et constitue l'élément porteur - généralement plus lourde, mais plus durable que la prothèse endosquelettique. Les composants durent plus longtemps et sont plus appropriés à la pratique d'activités récréatives.

Prothésiste

Spécialiste qui fabrique et répare des membres artificiels. ([Pour plus d'information...](#))

Réadaptation

La réadaptation vise le retour de l'individu à l'indépendance la plus complète sur le plan physique.

Réintervention

Altération chirurgicale du membre restant, en vue d'en améliorer la fonction ou l'apparence.

Rétraction musculaire

Contraction prolongée et involontaire d'un ou de plusieurs muscles autour d'une articulation, restreignant l'amplitude des mouvements.

Sensation fantôme

L'impression que le membre amputé est encore présent.

Séquelles

Suites, complications plus ou moins tardives et durables d'une maladie, d'un accident.

Suspension

Méthode par laquelle le membre artificiel est tenu en place.

7. ANNEXES :

Questionnaire en : epi info 7.1.4.0

Page 01

Groupe 1 : IDENTIFICATION

Numéro (N°) :

Date : ... / ... /

Nom :

PRENOM :

AGE :

SITUATION MARIAGE :

NOMBRE D'ENFANTS :

PARENT :

- Mère décédée
- Père décédé
- Décédés
- Vivants

NOMBRE DE FRAT

00
→
Plus
que10

*RANG DANS LA FRA
D'INSTRUCTION :*

00
→
Plus
que10

NIVE

- Non scolarisé
- primaire
- moyen
- secondaire
- supérieur

UNITE :

CATEGORIE MILITA

- Réserviste
- Contractuel
- Active
- Civil

GR

- Djoundi
- Sous officier
- Officier
- Officier supérieur
- Civil

FONCT

Groupe 2 : **L'INCIDENT**

AMPUTA

-Amputation traumatique

-Amputation non traumatique

AMPUTATION TRAUMATIQUE

DATE DU TAUMATISME :/...../.....

DATE DE L'AMPUTATION :/...../.....

CAUSE DE L'AMPUTATION :

-Accident de la circulation

-Accident domestique

-Accident de profession

-Blaste

-Catastrophe naturelle

AMPUTATION NON TRAUMATIQUE

DATE D'EMERGENCE DE SYMPTOME :/...../.....

DATE DE L'AMPUTATION :/...../.....

CAUSE DE L'AMPUTATION :

-Vasculaire : Gangrène, AOMI ...

-Infection : Lèpre, Ulcère, Phlegmon, Infection à pyogène ...

-Tumeur : Ostéosarcome, Chondrosarcome, Sarcome d'Ewing ...

-Autres

DUREE DE L'HOSPITALISATION AVANT L'AMPUTATION :

DUREE DE L'HOSPITALISATION APRES L'AMPUTATION :

MEMBRE AMPUTE :

- Inférieur droit

- Inférieur gauche

- Les deux membres inférieurs

NIVEAU DE L'AMPUTA

-Pied

-Jambe

-Cuisse

Membre controlatéral

Membre controlatéral
 Membre supérieur droit

Membre supérieur droit
 Membre supérieur gauche

Membre supérieur gauche

AUTRES AMPUTATIONS:

Groupe 3 : DOULEURS

CONSEQUENCES :

-Attente cardiovasculaire : HTA, coronaropathie ...
-Neuropathie dysautonomie : Ischémie silencieuse, gastroparésie, trouble du bacoréflexe ...
-Rénales : IRC à long terme.
-Respiratoires : l'ipoxie et hypercapnie.

SOUFRANCE AVANT :

OUI
NON

DOULEUR LIEE A L'AMPUTATION :

-Présente en préop
- Présente en postop
- Durée plusieurs années

PRESENCE DU MEMBRE FA

Brulures
Décharges électriques

DOULEUR DU MEMBRE FA

Douleur fantôme (Algohallucinose)
Sensation fantôme (Hallucinose)

AFFECTION ASSOCIEE :

- Blaste
- Attente du scrotum
- Lésion auriculaire
- Attente du membre latéral
- Attente du membre supérieur
- Autres blessures

OUI
NON
Oui et douloureux
Non mais douloureux

MOIGNON INFECTE:

<i>STADE DE L'OPERATION :</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>Difficile avec complications</i> <i>Facile</i> <i>RAS</i></div>	<i>ANESTHESIE :</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>Générale</i> <i>Locale</i></div>
<i>REANIMATION :</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>Quelque heures</i> <i>Quelque jours</i> <i>Longue période</i> <i>Non réanimé</i></div>	<i>TRETEMENT MEDICAMENTEUX :</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>Antalgique</i> <i>ATD</i> <i>AINS</i> <i>Lyrica</i> <i>Autres</i></div>
<i>PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE :</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>OUI</i> <i>NON</i></div>	<i>PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE :</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>OUI</i> <i>NON</i></div>

Groupe 4 : *APRES L'AMPUTATION*

<i>L'INTIMITE PERDUE :</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>Totalement</i> <i>Moyennement</i> <i>Pas du tout</i></div>	<i>DEGRE DE DEPENDANCE :</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>Total</i> <i>Moyen</i> <i>Indépendant</i></div>
<i>COMPLICATIONS :</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>Douleur aigue</i> <i>Douleur du nevrome</i> <i>Douleur du membre fantôme</i></div>	<i>CICATRISATION :</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>Bonne</i> <i>Mauvaise</i></div>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>OUI</i> <i>NON</i></div>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

MALADE REPRIS :

SI OUI COMBIEN ?

IMPACT DE L'AMPUTATION SUR LA FAMILLE :

<i>Choc</i>
<i>Douloureux</i>
<i>Attendu</i>

EXISTE-T-IL UN SUPPORT SOCIAL :

<i>OUI</i>
<i>NON</i>

INDEMNITE :

<i>OUI</i>
<i>NON</i>

Page 04 Partie 5 : REEDUCATION ET APPAREILLAGE

REEDUCATION - DUREE :

- VECU :

- NOMBRE DE CHUTE :

- ADAPTATION :

LES AIDES TECHNIQUES UTILISEE :

Chaise roulante :

Fauteuil roulant :

Rollator :

Béquilles :

Canne :

Prothèse :

AVANT L'UTILISATION DE PROTHESE - DUREE :

UTILISATION DE PROTHESE (APPAREILLAGE) - DUREE

- NOMBRE DE PROTHESE PROVISoire :

00 → 10

- QUALITTE :

Bonne - moyenne - Mauvaise

- UTILISATION :

- Quotidienne - Occasionnelle - Non

- SI NON POURQUOI ?

- Douleur - Inadaptation

- Absence de motivation

Créativités

ACTIVITES Loisir

Sport

AUTRES :

Page 05 de 6 : ANTECEDENTS

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS :

OUI

Non

ANTECEDENTS PERSONNELS D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUES :

OUI

Non

NATURE DE LA MALADIE SI ANTECEDENT PSYCHIATRIQUE :

Trouble anxieux

Trouble de l'humeur

schizophrénie

Paranoïa

Psychose aigue

OUI
Non

- Abus
- Dépendance
- Occasionnel

- Cannabis
- Alcool
- Psychotropes
- Solvants
- BZD
- autres

OUI
Non

Groupe 7 : PSYCHOMETRIE

OUI
Non

ECHELLE H.A.D :

CONSTANTINE Le : .../.../.....

Le directeur de thèse :

Le candidat

Questionnaire H.A.D (Hospital Anxiety and Depression scale)

D'après Zigmond AS, Snaith RT. The hospital anxiety depression scale. Acta Psycho Scand 1983 ; 67 :361-70

A. Je me sens tendu ou énervé :

La plupart du temps 3

Souvent 2

De temps en temps 1

Jamais 0

D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus du tout 3

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses :

- Toujours autant 0
- Plutôt moins 1
- Nettement moins 2
- Plus du tout 3

A. Je me fais du souci :

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

D. Je me sens gai et de bonne humeur :

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :

- Jamais 3
- Rarement 2
- Oui, en général 1
- Oui, toujours 0

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Pratiquement tout le temps 3
- Très souvent 2
- Quelquefois 1
- Jamais 0

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge :

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Totalement 3
- Je n'y fais plus attention 2
- Je n'y fais plus assez attention 1
- J'y fais attention comme d'habitude 0

A. Je ne tiens pas en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

- Comme d'habitude 0
- Plutôt moins qu'avant 1
- Beaucoup moins qu'avant 2
- Pas du tout 3

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Rarement 1
- Jamais 0

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Pratiquement jamais 3

Questionnaire H.A.D (Hospital Anxiety and Depression scale)
(Harris, Zigmond A.S., Snaith R.P., The hospital anxiety depression scale, Acta Psychol Scand 1983, 47, 367-71)

<p>A. Je me sens tendu ou nerveux :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le plus souvent du temps 3 Souvent 2 De temps en temps 1 Jamais 0 	<p>B. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pratiquement tout le temps 3 Tout le temps 2 Quelques fois 1 Jamais 0
<p>E1. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses que me plaisaient habituellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui, tout autant 0 Plus souvent 1 Un peu moins 2 Presque plus du tout 3 	<p>B. J'éprouve des sensations de peur et j'ai souvent une boule dans le gorge :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout le temps 3 Assez souvent 2 Parfois 1 Jamais 0
<p>A. J'ai une sensation de peur continue et quelque chose d'horrible allait se arriver :</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui, tout le temps 3 Oui, mais ce n'est pas tout le temps 2 Un peu, mais cela ne se reproduit pas 1 Pas du tout 0 	<p>E2. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <ul style="list-style-type: none"> Totalement 3 Un peu plus souvent 2 Un peu moins souvent 1 Il n'y a rien de plus souvent 0
<p>E3. Je suis sûr et sûr le côté amusant des choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> Un grand plaisir 0 Plaisir moyen 1 Souvent moins 2 Pas du tout 3 	<p>B. Je ne suis plus en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui, c'est tout à fait le cas 3 Un peu 2 Pas tellement 1 Pas du tout 0
<p>A. Je me fais du souci :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout le temps 3 Assez souvent 2 Occasionnellement 1 Tout occasionnellement 0 	<p>E3. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> Comme d'habitude 0 Plutôt moins qu'avant 1 Beaucoup moins qu'avant 2 Pas du tout 3
<p>E3. Je me sens gai et de bonne humeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> Jamais 3 Rarement 2 Assez souvent 1 Tout le temps 0 	<p>B. J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout le temps 3 Assez souvent 2 Rarement 1 Jamais 0
<p>A. Je peux sentir quelque chose de plaisir au repos et me sentir détendu :</p> <ul style="list-style-type: none"> Jamais 3 Rarement 2 Oui, un grand 1 Oui, souvent 0 	<p>E3. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</p> <ul style="list-style-type: none"> Souvent 0 Parfois 1 Rarement 2 Pratiquement jamais 3

Total anxiété : _____ Total dépression : _____

Interprétation des valeurs seuils pour chaque sous-échelle :
 - 17 dans un objectif de spécificité
 - 8 dans un objectif de sensibilité

Un score global de 19 ou plus traduit un épisode dépressif majeur.
 Un score global de 13 correspond à des dépressions mineures.

Total anxiété : Total dépression :
 Sont considérées comme valeurs seuils pour chaque sous-échelle :
 - 10 dans un objectif de spécificité
 - 8 dans un objectif de sensibilité
 Un score global de 19 ou plus traduit un épisode dépressif majeur.
 Un score global de 13 correspond à des dépressions mineures.





Bibliographie:

1. AMPUTATIONS DU MEMBRE INFÉRIEUR ; Grossiord A. et Held JP., Médecine de Rééducation. 543-560. Flammarion, Paris 1981

2. AMPUTATION D'INDICATION VASCULAIRE. *Encycl Méd Chir*, Techniques Chirurgicales, Chirurgie Vasculaire, Cormier JM. 4.2.11, 43320, Paris : Elsevier, 1982, 18 p.
3. DIMENSIONALITY OF THE BODY IMAGE QUESTIONNAIRE. Bruchon-schweitzer m., *Perceptual, Motor Skills*, 1987, 65.
4. EDUCATION DES DIABETIQUES. CONNAITRE SA MALADIE ET SAVOIR GERER SON TRAITEMENT : la formation médicale des patients. *Encycl Med Chir* (Paris, France). Assal JP. Thérapeutique, 25191 e20, 11-1989, 12 p.
5. DIABETES CARE RESEARCH IN EUROPA : THE ST. VINCENT DECLARATION. *DIABETES MED* 1990; 7 : 360.
6. COUVERTURE DES PERTES DE SUBSTANCES DU PIED DANS LES ARTERIOPATHIES DES MEMBRES INFERIEURS. Trévidic P, Marzelle J, Cormier F, Cormier JM, Laurian C. *Sang Thrombose Vaiss* 1994 ; 6 : 35-40.
7. CLASSIFICATION AND MANAGEMENT OF NEURPATHIC AND NEUROISCHEMIC ULCERS. Edmons ME, Foster, AVM. Boulton ME, Connor H., Cavanagh PR., eds. *The foot in diabetes*, 2. ed. Chichester : Wyley & Sons, 1994 ; 109-20.
8. READAPTATION DES AMPUTES VASCULAIRES. *Encycl Méd Chir, Paris, Kinésithérapie - Rééducation Fonctionnelle*; Pillu M, Despeyroux L, Meloni J, Dechamps E, Dupré JC, Mathieu JF. Paris : Elsevier, 26-270-A-10, 1995, 9 p.
9. LA REEDUCATION ET L'APPAREILLAGE DES AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR D'ORIGINE VASCULAIRE. *Kinésithérapie Sci* 1995; Dechamps E, Pillu M. *C XII* 349 : 30- 4.
10. LE MOIGNON DOULOUREUX. *J Réadapt* . Rigal F, Reynmond E, Pavan M. *Méd* 1997 ; 17 : 120-4.

- 11.** EVALUATION OF A DIABETIC FOOT SCREEENING AND PROTECTION PROGRAMME. McCabe CJ, Stevenson RC, Dolan AM. *Diabet Med* 1998 ; 15 : 80-4.
- 12.** GLOBAL BURDEN OF DIABETES 1995-2025 : PREVALENCE, NUMERICAL ESTIMATES AND PROJECTIONS. *Diabetes Care* 1998 ; King H, Aubert RE, Herman WH. 21 : 1414-31.
- 13.** EPIDEMIOLOGIE DES COMPLICATIONS VASCULAIRES DU DIABETE. Grimaldi A, Heurtier A. *Diabète Métab* 1999 ; 25 (Suppl 3) : 12-20.
- 14.** DIABETISCHE FUSS. Hintermann B, Fritsch J, Keller U, et al. *Der. Praxis* 1999 ; 88 : 1161-99.
- 15.** AMPUTATIONS ET DESARTICULATIONS DES MEMBRES : MEMBRE INFÉRIEUR . Camilleri A., Anract P., Missenard G. et al. E.M.C. Editions Médicales et Scientifiques Elsevier. Techniques Chirurgicales. Orthopédie traumatologie. 44-109, 1-28. Paris 2000
- 16.** APPRECIATION DE LA PREVALENCE DE L'ARTÉRIOPATHIE OBLITERANTE DES MEMBRES INFÉRIEURS EN FRANCE A L'AIDE DE L'INDEX SYSTOLIQUE DANS UNE POPULATION A RISQUE VASCULAIRE. Boccalon H, Lehert P, Mosnier M.. *J Mal Vasc* 2000 ; 25 : 38-46.
- 17.** MANUEL DES DIRECTIVES – INDEMNISATION DES DOMMAGES CORPORELS ; INDEMNISATION DU PREJUDICE NON PECUNIAIRE – À compter du 1er janvier 2000 Application du Règlement sur l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire – Projet de loi 24
- 18.** THE PATHWAY TO ULCERATION : AETIOPATHOGENESIS. IN THE FOOT IN DIABETES, Boulton AJM, Comcor H, Cavanagli PR (eds). Boulton AJM. Chichester : Willey, 2000 ; 19-31.

- 19.** DERMATOSES DES MOIGNONS D'AMPUTATIONS TIBIALES ET FEMORALES. Noacco G, Mercier A, Lecoq CJ, Lacour JP. *Ann Dermatol Vénérol* 2000 ; 127 : 317-23.
- 20.** THERAPEUTIC FOOTWEAR FOR THE NEUROPATHIC FOOT DIABETES. *Care* 2001 ; 24 : 705-7.
- 21.** ANALYSE CRITIQUE DES EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES VASCULAIRES CHEZ LE DIABETIQUE. Vayssairat M, Le Devehat C. *J Mal Vasc* 2001 ; 26 : 122-5.
- 22.** L'APPAREILLAGE DU PIED DIABETIQUE AMPUTE OU NON. Dupré JC, Dechamps E, Pillu M, Despeyroux L. *Med Chir Pied* 2001 ; 17 : 77-85.
- 23.** LE SUJET AGE DIABETIQUE PEUT-IL BENEFICIER D'UN PONTAGE DISTAL ? Chiche L, Koskas F. *Gérontol Prat* 2001 ; 126 : 4-5.
- 24.** ENQUETE RETROSPECTIVE SUR UNE POPULATION DE PATIENTS AMPUTES DES MEMBRES INFERIEURS. Saloux R., Velard S., Dolota A. et al. *Cahiers de Kinésithérapie*, Vol.211, 5, Décembre 2001, 27-33.
- 25.** DESSINE-MOI UN BONHOMME. Dessin d'enfants et développement cognitif. BALDY R., Paris, In Press, 2002.
- 26.** AMPUTATIONS DU MEMBRE INFERIEUR ET APPAREILLAGE. Ménager D., E.M.C. Editions Médicales Elsevier 15-896-A-10, Paris 2002. 19
- 27.** AMPUTATIONS D'INDICATION VASCULAIRE ET TROUBLES TROPHIQUES DES MEMBRES INFERIEURS : MODALITES D'APPAREILLAGE ; Mini revue ; Volume 15, numéro 5, Mai 2003 ; Jean-Claude Dupré¹ , E'ric Dechamps² , Frédéric Lamande³ , Michel Pillu⁴ , Lan Despeyroux⁵ , Virginie Ballista⁶ , Abdelouahab Benhamza⁷

- 28.** SANG THROMBOSE VAISSEAUX /Mini revue 2003 ;15, n° 5 : 237–47
- 29.** EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE. C. Pin B. Peter-Riesch J. Philippe Rev Med Suisse 2003;23066.
- 30.** DOULEUR DU MEMBRE FANTOME : INFLUENCE DE FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ; universite charles de gaulle de lille 3 UFR de psychologie Année universitaire 2003-2004 ; Présenté pour l'obtention de la Maîtrise Préparé sous la direction de Pascal Antoine, maître de conférence Présenté et soutenu par Anne Curelli le 14/09/2004
- .
- 31.** FACTEURS LIES A L'AVENIR FONCTIONNEL ET PROFESSIONNEL DES AMPUTES DES MEMBRES INFERIEURS APPAREILLES. Mezghani-Masmoudi M., Guermazi M., Feki H. et al. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique Vol. 47, 3, Avril 2004, 114-118.
- 32.** AMPUTATIONS DES MEMBRES INFERIEURS AU COURS DE L'EVOLUTION DES ARTERIOPATHIES CHRONIQUES OBLITERANTES. Barret A., Accabed F., Bossavy J .P. et al. E.M.C. Techniques chirurgicales. Chirurgie vasculaire. 43-029-M. Paris 2005
- 33.** LES ASPECTS CLES DES SOINS SUITE A L'AMPUTATION D'UN MEMBRE INFERIEUR. Diabets voices; P r a t i q u e c l i n i q u e; WH van Houtum. Septembre 2005 Volume 50
- 34.** PRENDRE SOIN DES VICTIMES DES MINES. Document APLC/CONF/2004/5, 9 février 2005.
- 35.** http://www.bibliomines.org/fileadmin/tx_bibliodocs/caring-landmine-victims-0863-fre.pdf

- 36.** DES : MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION DIU : MEDECINE DE REEDUCATION MODULE : MPR ET APPAREILLAGE ; Nancy : 5-6-7 avril 2006
Coordonnateurs : Pr J.-M. André, J. Paysant, N. Martinet Titre : Les amputés en chiffres : épidémiologie Auteurs : JM André, J. Paysant.
- 37.** PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DU TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE(TSPT) STRESS POST TRAUMATIQUE(TSPT) ET DE LA DOULEUR FANTOME. Gilles Dupuis, Gilles Dupuis, Ph.D. (dupuis.gilles.dupuis.gilles@uqam.ca uqam.ca). 2006
- 38.** PRISE EN CHARGE DE L'ARTERIOPATHIE CHRONIQUE OBLITERANTE ATHEROSCLEREUSE DES MEMBRES INFERIEURS (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation). Recommandations pour la pratique clinique. Service des recommandations professionnelles . Avril 2006
- 39.** DOCUMENT DE REFERENCE SUR LES MINES ANTIPERSONNEL, L'ACTION CONTRE LES MINES ET LE DEVELOPPEMENT PREPARE par Anne Capelle Décembre 2007
- 40.** COPING, AFFECTIVE DISTRESS, AND PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT AMONG PEOPLE WITH TRAUMATIC UPPER LIMB AMPUTATIONS. Journal of Psychosomatic Research DESMOND D.M, 2007, 62, 15– 21.
- 41.** ESTIME DE SOI ET IMAGE CORPORELLE : COMPRENDRE POUR MIEUX INTERVENIR ; Marie-Ève Blackburn Chercheure ÉCOBES Recherche et transfert, Cégep de Jonquière ; Jacinthe Dion Professeure, psychologue UQAC ; 2008
- 42.** http://ecobes.cegepjonquiere.ca/media/tinymce/Publication-Sante/EstimeEtIC_SiteWEB.pdf
- 43.** LE TEST DE L'ARBRE. UN DESSIN POUR COMPRENDRE ET INTERPRETER. Paris : In Press FERNANDEZ L., 2008, 2 ème édition.

- 44.** L'APPAREILLAGE DE L'AMPUTE VASCULAIRE DES MEMBRES INFÉRIEURS. Dr. Victor Liviot. Médecin chef du Département de rééducation. Hôpital la Musse 27180 Saint Sébastien de Morsent.2008
- 45.** DIABETE ET CICATRISATION ; Professeur Patrick VEXIAU Docteur Didier ACKER Service d'endocrinologie et de diabétologie Hôpital Saint-Louis, Paris 2008 ; cicatrisation.info : le livre © toute référence à cet article doit porter la mention www.cicatrisation.info
- 46.** ETUDE DES COMPLICATIONS DE L'AMPUTATION DES MEMBRES INFÉRIEURS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE DU CHU Gabriel Touré. (de Janvier 2007 à Juin 2007) ; Présentée et soutenue publiquement le 26 Juillet 2008 Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'état) ; Fatoumata Cheick Dienta.
- 47.** L'APPAREILLAGE DE L'AMPUTE VASCULAIRE DES MEMBRES INFÉRIEURS. Dr. Victor Liviot. Médecin chef du Département de rééducation. Hôpital la Musse 27180 Saint Sébastien de Morsent. Conséquences ultimes de la maladie artéritique, l'amputation et son corollaire, l'appareillage, gagnent à être connus ... 2008
- 48.** https://www.larenaissancesanitaire.fr/pdf/appareillage_amputes.pdf
- 49.** REENTRAÎNEMENT A L'EFFORT ET AMPUTATION DE MEMBRE INFÉRIEUR. Bossier G., Martinet N., Rumilly E. et al. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. 51,1. 50-56. Janvier 2008
- 50.** CONCEPT DE SOI – EMC. Elsevier Masson SAS, Paris. Savoirs et soins infirmiers. 60-350-A-60. 2009.

51. DES : MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION DIU : Médecine de rééducation Module : MPR et Appareillage Nancy : 18-19-20 mars 2009

52. GENERAL PRINCIPLE OF AMPUTATIONS
http://www.med.cmu.ac.th/dept/rehab/2010/PDF_53/lecture_notes/328313/GPoA_naren.pdf .

53. DES : MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION DIU : Médecine de rééducation Module : MPR et Appareillage Nancy : 2011 Coordonnateurs : Pr J. Paysant, N. Martinet Titre : Les amputés de jambe : emboîtures et pieds prothétiques Auteur : Noël Martinet

54. PAS A PAS : LA READAPTATION DES AMPUTES DU MEMBRE INFERIEUR ; Camille Baribeau-Dupont Maxime Gagnon Isabelle Rodier Marie-Christine Trahan ; Dans le cadre du cours PHT-6113 Travail dirigé 31 mai 2011

55. AMPUTATION DU MEMBRE INFERIEUR ET IMAGE DU CORPS CHEZ UNE PERSONNE AGEE HOSPITALISEE EN UNITE DE CURE MEDICALE : Mr B, 61 ans. Chapter · September 2012

56. AMPUTER VS APPAREILLER.
Amputer-VS-appareiller-Partie-2-2012

57. COUPER UN MEMBRE EST UN CHOIX PARFOIS INEVITABLE ; auteurs cécile aubert ; experts : pr pierre hoffmeyer ; pr pierre lascombes ; dr fritz minger. 12/06/2012 | Article

58. IDSA, CLINICAL INFECTIOUS DISEASES (2012) 54(12): e132-e173 doi:10.1093/cid/cis346 « 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections” (Visuel Hartmann) - See more at: <http://blog.santelog.com/2012/05/23/pied-diabetique-une-amputation-sur-2-pourrait-etre-evitee-clinical-infectious-diseases/#sthash.e2KqZz2X.dpuf>

- 59.** LE BLASTE, POLYCRIBLE : L. Herguer 1 ; Chapitre 107 ; Urgence 2012
- 60.** http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Le_blaste_polycrible.pdf
- 61.** AMPUTATION: DE LA DECISION A L'ANNONCE ;
14/06/2012 article ;cecile aubert experts ; pr pierre hoffmeyer ; pr pierre lascombes ;
dr fritz minger
- 62.** LES POSSIBILITES DE PRISE EN CHARGE PLURIPROFESSIONNELLE DU
PATIENT AMPUTE TRANS-FEMORAL : une ligne de suivi optimale et deux cas
cliniques ; hervé anne-laure ; direction regionale des affaires sanitaires et sociales des pays
de la loire ,m.a.n. 6, nantes; 2011-2012
- 63.** APPAREILLAGE PAR PROTHESE CANADIENNE À PROPOS DE 5 CAS
D'AMPUTATIONS inter-ilio-abdominales et sous-trochantérienne en 2012 Dr Mathieu
BERTHEL Serge COULON Institut Universitaire de Réadaptation CLEMENCEAU
STRASBOURG
- 64.** CORPS AMPUTE, CORPS APPAREILLE : COMMENT RECONSTRUIRE ET
REINVESTIR CE CORPS MALMENE DANS SON UNITE ? Perspectives neuro-
psychomotrices C. Junker-Tschopp ; Professeure, Docteur en Psychologie, HETS – filière
psychomotricité, Genève, Suisse, chantal.junker-tschopp@hesge.ch; Entretiens de
Psychomotricité 2012
- 65.** L'AMPUTATION, VERS L'ACCEPTATION D'UNE NOUVELLE IMAGE
CORPORELLE ; Promotion 2010-2013 3ème année IFSI ;
<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-laurine-boulier.pdf>
- 66.** L'APPAREILLAGE DE L'AMPUTE VASCULAIRE DES MEMBRES
INFÉRIEURS. Dr. Victor Liviot. Médecin chef du Département de rééducation. Hôpital la
Musse 27180 Saint Sébastien de Morsent.2013

- 67.** EFFICACITE DE LA THERAPIE PAR LE MIROIR ; Dr Florence Beaucamp, Hôpital Swynghedauw-CHRU Lille ; 2013
- 68.** LE SYNDROME DU MEMBRE FANTOME, CET ETRANGE PHENOMENE; 29 avril 2013 par justine_ 15 commentaires.
- 69.** <http://www.madmoizelle.com/syndrome-membre-fantome-163332#>
- 70.** 7^{ème} CONGRES DE LA FEDERATION AFRICAINE DES TECHNICIENS ORTHOPROTHESISTES (FATO) « SURMONTER LES OBSTACLES AU DEVELOPPEMENT DE LA READAPTATION: BONNES PRATIQUES POUR LES PLANS NATIONAUX » ; Yamoussoukro côte d'ivoire, 30 septembre to 05 octobre 2013
- 71.** SCHEMA CORPOREL ET IMAGE DE SOI - Encyclopaedia universalis version numérique; POSTEL J. -. 2013
- 72.** AMPUTATIONS DU MEMBRE INFERIEUR: INDICATIONS, BILAN ET COMPLICATIONS, par Dr Matthieu Zingg, Dr Adrien Ray, Dr Domizio Suva, Service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil moteur, HUG; Dr Ilker Uçkay, Service des maladies infectieuses, HUG; Dr Jean-Damien Nicodème, Service de chirurgie orthopédique, Hôpital neuchâtelois-Pourtalès. In *Revue Médicale Suisse* 2014;10:2409-13. En collaboration avec les auteurs.
- 73.** DES HOMMES, DES FEMMES, DES CORPS AMPUTES ET APPAREILLES . Par Philippeliotard · Publication 16/02/2014 · Mis À Jour 28/02/2014
- 74.** <https://reflexivites.hypotheses.org/5688>
- 75.** ÉPISODE DEPRESSIF CARACTERISE DE L'ADULTE : prise en charge en premier recours (Actualisation) ; Recommandation de bonne pratique Mai 2014 ; Haute Autorité de Santé – 2014

- 76.** http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_cadrage_episode_depressif_premier_recours_-version_validee_par_le_college_-_mai_2014.pdf
- 77.** MOZAMBIQUE : LES MINES ANTIPERSONNEL, DU FLEAU A LA LIBERTE ; HANDICAP INTERNATIONAL ;2014
- 78.** <http://www.handicap-international.fr/system/files/documents/files/2014mozambique-dp.pdf>
- 79.** DOULEUR DE MEMBRE FANTOME ET THERAPIE MIROIR: revue de la littérature ; Research (PDF Available) · October 2015
- 80.** https://www.researchgate.net/publication/283271504_douleur_de_membre_fantome_et_therapie_miroir_revue_de_la_litterature
- 81.** DOULEURS POST-AMPUTATION ; <http://www.douleurs.org/wp-content/uploads/2015/04/membre-fantome.pdf>
- 82.** LA THERAPIE MIROIR ; Davy Luneau ; 2015
- 83.** <http://www.therapiemiroir.com/wp-content/uploads/2015/06/MT.pdf>
- 84.** LES AMPUTES DE GUERRE ; info@amputesdeguerre.ca amputesdeguerre.ca
©Novembre 2015; DOULEUR ET MEMBRE FANTOME
- 85.** LE SYNDROME DEPRESSIF, LA DEPRESSION OU EPISODE DEPRESSIF MAJEUR . (EDM) E.Ponavoy 2014/2015
- 86.** <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2016/05/2016-Syndrome-depressif-et-depression.pdf>

87. ACTES ET PRESTATIONS - AFFECTION DE LONGUE DURÉE ; ACTES ET PRESTATIONS - ALD N° 3 ; Artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; HAS/ Haute Autorité de santé Service Évaluation de la Pertinence des Soins et Amélioration des Pratiques et des Parcours ; Novembre 2016

88. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_actes_presta_aomi_ald3.pdf

89. AMPUTATIONS : UN CYCLE DE L'ETHIQUE MEDICALE ; Par Stéphane Callens ; LEM UMR 9221 CNRS, University of Artois (France) Stephane.callens@univ-artois.fr ; Éthique et économie/Ethics and Economics, 13 (1), 2016

90. APPAREILLAGE AMPR – HELLEMMES – 19 Mars 2016 Qcm Choix Multiples Corriges.

91. ATELIER DOULEURS DE LA PERSONNE AMPUTEE ; Trame éducation thérapeutique ; <http://ampan.free.fr/2016/ETPguide/2.1.pdf>.

92. ARTHROPLASTIE TOTALE DU GENOU ; APPROCHES CHIRURGICALES ET SOINS POSTOPERATOIRES partie 2 ; Par Josée Grégoire, inf., M.Sc., CSIC(C), CSU(C) ; mars / avril / 2016 / vol. 13 / n° 2

93. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no02/12-soins-chirurgicaux.pdf>

94. DOULEURS CHRONIQUES UNITE D'ENSEIGNEMENT : MALADIE, HANDICAP, ACCIDENTS DE LA VIE ; IF SI Dijon, 19/02/2016 ; Dr Pierre Beuriat.

95. E-NEWS SOMATOSENS ; Rehab 2016, 13 (2) ; Claude J SPICHER Editor ; Official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation of Pain Network www.neuropain.ch Peer-reviewed open-access journal.

96. GUIDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE ; pour les programmes curatifs des hôpitaux et des dispensaires ; A l'usage des prescripteurs ; Edition 2016

97. http://refbooks.msf.org/msf_docs/fr/clinical_guide/cg_fr.pdf

98. HTSMA : DOULEUR AIGUE, DOULEUR CHRONIQUE ; Session 2016 ;
Concepteur : Dr Eric BARDOT, Psychiatre, Pédopsychiatre, Psychothérapeute

99. INTERVENTIONS DE SOINS EN IMAGE CORPORELLE ; Florence Rochon ISC
en Oncologie Membre du groupe Image corporelle HUG florence.rochon@hcuge.ch 2016

100. https://www.onkologiepflge.ch/fileadmin/downloads/kongress/2016/Referate/20160317_Seminaire_No_16_FlorenceRochon_SOS_congr%C3%A8s.pdf

101. JOURNÉES DE PERFECTIONNEMENT EN APPAREILLAGE ISSOUDUN :09
ET 10 JUIN 2016 ; ETP de la personne amputé : Atelier douleur ; Dr Timsit-Bonnet
Michele (Marseille), Dr Berthier Tiphaine (Renne), Dr Klotz Rémi (Bruges) ; AFA-
AMPAN ISSOUDUN Juin 2016

102. L'INFIRMIERE ET LE DEUIL ÉLÉMENTS THEORIQUES FEVRIER ; 2016 ;
Margot Phaneuf, PhD . <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/02/1-Le-deuil.pdf>

103. LA DEPRESSION; Dr S. Bartolami 2016 ;

104. <http://schwann.free.fr/Depression%202016.pdf>

105. LA DEPRESSION ; Département de médecine communautaire, de Premier recours
et des urgences; Auteur : Dre L. Oberle, Service de médecine de premier recours, HUG
Prof B. Broers, Service de médecine de premier recours, HUG Expert : Dr S. Saillant,

Centre d'urgences psychiatriques et psychiatrie de liaison, HUG et Centre Neuchâtelois de Psychiatrie Relectrice : Dre N. Junod, Service de médecine de premier recours, HUG 2016

106. http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/strategie_depression.pdf

107. LA THERAPIE MIROIR APPLIQUEE AU SYNDROME DYSTROPHIQUE REGIONAL COMPLEXE ; C. Créac'h et le Groupe de travail AlgoMIR * * P Arcagni ; D Baylot ; M Berger ; AC Beynel ; E Chaleat ; E Chometon ; C Créac'h ; JM Cussac ; Au. Echalié ; P Giraux ; D Luminet ; M Reymondon ; C Miallon ; B Pandraud ; C Quesada-SFETD ; 2016

108. http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/DossierdumoisSFETD/2016/dossier_du_mois_sfetd_juin_2016.pdf

109. LE DEUIL, UNE HISTOIRE DE VIE ; Brochure gratuite réalisée par le Collectif interassociatif autour du deuil ; Laure Flavigny-Choquet, Marie Tournigand et Antonio Ugidos. Conception graphique: Vianney Chupin. Crédit photographique couverture: Pixabay. Imprimerie: Alliance Reims-juin 2016.

110. <http://www.empreintes-asso.com/wp/wp-content/uploads/2016/06/Le-deuil-une-histoire-de-vie.pdf>

111. LE DEUIL BLANC: UNE LONGUE, TRES LONGUE SOUFFRANCE ... ; Margot Phaneuf PhD. Avril 2016

112. http://www.prendreso.in.org/wp-content/uploads/2016/04/Le-deuil-blanc-une-longue-tres-longue-souffrance.CAL_.pdf

113. LORSQUE LE DEUIL DEVIENT PATHOLOGIQUE ; Margot Phaneuf PhD. Mars 2016

114. <http://www.prendreso.in.org/wp-content/uploads/2016/03/Lorsque-le-deuil-devient-pathologique.pdf>

115. LE VÉCU DÉSHUMANISANT ET LE CONFLIT IDENTITAIRE DE SUJETS AMPUTÉS À L'ADOLESCENCE SUITE À UN ACCIDENT TRAUMATIQUE DE GUERRE ; thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en psychologie ; université du québec à montréal ; par diana maa touk ; AVRIL 2016 ; <http://www.archipel.uqam.ca/8831/1/D3080.pdf>

116. ORTHOPROTHESISTE ACTEUR DE LA COMPENSATION DU HANDICAP ; Dominique Fillonneau ,Président de I.U.F.O.P ; 12 Septembre 2016

117. http://www.college-chirped.fr/College_National_Hospitalier_et_Universitaire_de_Chirurgie_Pediatrique/Cours_Themes___Orthopedie_files/Grand%20Appareillage%20-%20Fillonneau%20-%202012-09-2016.pdf

118. PROGRAMME DES FORMATIONS 2016 Prothèses et Orthèses Ottobock Academy | Formation continue ; Document destiné aux professionnels de santé ; http://www.ottobock.fr/media/docs_fr/b2b/programme_formations_2016.pdf

119. QUEL NIVEAU D'AMPUTATION EN 2016 EN CAS D'ARTERIOPATHIE ? Pr Eric Allaire service de chirurgie vasculaire CHU Henri Mondor Créteil Dr Gérard Chiesa Institut Robert Merle d'Aubinié Valenton ; CFPV Paris 17 mars 2016

120. REGLEMENT ANNOTE SUR LE BAREME DES DOMMAGES CORPORELS ; Reproduction autorisée avec mention de la source. © Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2016

121. « SANTE PHYSIQUE, SANTE PSYCHIQUE : UN LIEN VITAL ! » ; Groupe Psy courants d'Arts ; mars 2016

122. <https://sismsavoie.files.wordpress.com/2016/02/2016-psycourants-arts.pdf>

123. <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2016/35/fr/fms-02704.pdf>

124. SFETD La Thérapie Miroir appliquée au Syndrome Dystrophique Régional Complexe C. Créac'h et le Groupe de travail AlgoMIR * * P Arcagni ; D Baylot ; M Berger ; AC Beynel ; E Chaleat ; E Chometon ; C Créac'h ; JM Cussac ; Au. Echalié ; P Giroux ; D Luminet ; M Reymondon ; C Miallon ; B Pandraud ; C Quesada ;

125. PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DU PATIENT AMPUTE DANS LE CADRE D'UNE PATHOLOGIE VASCULAIRE ; Demande de formation en intra-établissement 2016-2017

126. AMPUTATIONS D'INDICATION VASCULAIRE ET TROUBLES TROPHIQUES DES MEMBRES INFÉRIEURS : MODALITÉS D'APPAREILLAGE ; Jean-Claude Dupré¹, Éric Dechamps², Frédéric Lamande³, Michel Pillu⁴, Lan Despeyroux⁵, Virginie Ballista⁶, Abdelouahab Benhamza

127. BASES CHIRURGICALES DES AMPUTATIONS. Coordonnateurs : Pr JM André, Pr J. Paysant, Dr N. Martinet; Auteur : F. Dap

128. DETERMINATION OF AMPUTATION LEVEL IN ISCHEMIA LIMBS. Reappraisal of the measurement of transcutaneous oxygen pressure. Diabetes Care (in press). Wutschert R, Bounameaux H.

129. AMPUTATIONS ET DIABÈTE 1 ÉVOLUTION DU NOMBRE DES AMPUTATIONS : MARQUEUR DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'EFFICACITÉ D'UN SYSTÈME DE SOINS ? : JL Richard. Dr. Jean-Louis Richard Président Du Groupe De Travail Alfediam/Alfediam Paramédical Sur Le Pied Diabétique,

Service Des Maladies De La Nutrition & Diabetologie, Centre Medical, 30240 Le Grau Du Roi, Chu De Nimes.

130. MEMBRE FANTOME DOULOUREUX ; Haiel ALCHAAR Neurologue
Évaluation et Traitement de la Douleur Nice.

www.chu-nice.fr/images/stories/presse/document/traitemendouleur.pdf

www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/main.pdf

RESUMES

Résumé

Cette étude, a évalué la prévalence de la dépression dans ses différentes dimensions sa clinique et son atypicité chez les patients amputés du membre inférieur de l'hôpital militaire régional de Constantine commandant Abdel Ali BENBAATOUCHE et de déterminer les facteurs qui modifient le cours de l'évolution de la dépression.

MATERIEL ET METHODE: Deux cent quarante deux patients amputés du membre inférieur ont été évalués, en utilisant l'échelle HAD.

RESULTAT: Sur les 242 patients inclus dans l'étude, l'échelle HAD a permis de montrer que 76.03 pour cent font un état anxio-dépressif certain soit 184 cas.

16.49 Pour cent soit 41 cas ont un état anxiodépressif douteux et 7.02 pour cent ne présentent pas de troubles anxiodépressif

CONCLUSION: les facteurs physiques de part le mauvais état du moignon d'amputation et de l'état du membre controlatérale altèrent la santé mentale du patient. la maladie chronique en l'occurrence le diabète surtout mal équilibré est un facteur aggravant et précipitant de la dépression.

Les facteurs psychologiques et socio environnementaux, sont influencés favorablement par l'absence de troubles psychiques, la reprise d'une activité professionnelle, les activités sportive set de loisirs, de bons rapports sociaux état matrimonial ancienneté de l'amputation et la conduite automobile.

Summary

This study evaluated the prevalence of depression in its various dimensions its clinical and atypicality in patients amputated from the lower limb of the regional military hospital of Constantine commander Abdel Ali BENBAATOUCHE and to determine the factors that alter the short of the " Evolution of depression.

MATERIAL AND METHOD : Two hundred and forty-two limb amputees of the lower limb were evaluated using the HAD scale.

RESULTS: Of the 242 patients enrolled in the study, the HAD scale showed that 76.03 percent had a definite anxio-depressive state, or 184 cases.

16.49 As many as 41 cases have a doubtful anxio-depressive condition and 7.02 per cent have no anxiety-depressive disorder

CONCLUSION: Physical factors due to the poor condition of the amputation stump and the condition of the contralateral limb alter the mental health of the patient. Chronic illness in this case particularly poorly balanced diabetes is an aggravating and precipitating factor depression.

Psychological and socio-environmental factors are influenced favorably by the absence of psychological disorders, the resumption of a professional activity, leisure sports activities, good social relationships marital status of amputation and driving.