Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 7 April 2026
Accepted, 12 June 2026
Published, 25 June 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Okou, M., et al. (2026). Retentissement psychologique de l'amputation de la jambe chez les patients militaires à l'hôpital militaire d'Abidjan. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 8(2), pp.100-121.* https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.8

Research

Retentissement psychologique de l'amputation de la jambe chez les patients militaires à l'hôpital militaire d'Abidjan

Psychological impact of leg amputation among military patients at the Abidjan military hospital

OKOU Kouakou Jean-Marie[1], DJAKO Logon Albert Thierry[2], EDOUA Kassi Edoua David Samuel[3*]

[1]Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA), Abidjan_Côte d'Ivoire
[2]Département de Psychologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan_Côte d'Ivoire
[3]Département de Psychologie, Université Félix Houphouët-Boigny/Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA), Abidjan_Côte d'Ivoire

*Auteur correspondant: email: edouakassi@gmail.com Tel: (+225) 0707690139

Résumé

La présente étude vise à décrire et à comprendre les répercussions psychologiques de l'amputation de la jambe chez les militaires pris en charge à l'hôpital militaire d'Abidjan. Pour y arriver, elle a procédé par des entretiens semi-directifs réalisés auprès de 21 patients militaires amputés de la jambe. Les résultats révèlent que le retentissement psychologique de l'amputation chez les militaires est globalement négatif et vécu comme insurmontable. Celui-ci admet 03 dimensions, notamment émotionnelle (50,23%), cognitive (35,14%) et conative (14,63%). Ce résultat suggère la nécessité de mettre en place un programme d'accompagnement psychologique au bénéfice des patients militaires amputés de la jambe. Ce programme devrait être mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire incluant des médecins, des psychologues ainsi que des travailleurs sociaux afin d'offrir une prise en charge holistique efficace. Il devrait intégrer un soutien à la transition de la vie militaire vers la vie civile incluant le soutien conjugal, familial et communautaire aux patients amputés.

Mots-clés: Retentissement psychologique – Vécu psychologique – Détresse psychologique – Expérience d'amputation – Amputation – Amputation traumatique – Traumatisme – Militaire

Abstract

This study aims to describe and understand the psychological impact of leg amputation among military personnel at the Abidjan Military Hospital. To achieve this, it employs semi-

structured interviews with 21 military patients who have undergone leg amputation. The results reveal that the psychological impact of amputation among military personnel is generally negative and experienced as insurmountable. This impact encompasses three dimensions: emotional (50.23%), cognitive (35.14%), and conative (14.63%). This finding suggests the need to establish a psychological support program for military patients who have undergone leg amputation. This program should be implemented by a multidisciplinary team including physicians, psychologists, and social workers to provide effective, holistic care. It should incorporate support for the transition from military to civilian life, including spousal, family, and community support for amputee patients.

Keywords: Psychological impact – Psychological experience – Psychological distress – Experience of amputation – Amputation – Traumatic amputation – Trauma – Military

Introduction

Les missions de défense, de maintien de l'ordre et de la paix qu'exécutent les forces de défense et de sécurité augmentent les risques d'accidents et de blessures, pouvant être graves et nécessitant une amputation du membre atteint. Cet acte chirurgical, aux multiples causes, est de plus en plus pratiqué dans le monde.

Ainsi, le nombre de personnes amputées dans le monde est en hausse pour trois raisons principales. D'abord, les guerres et les conflits armés causent des blessures graves conduisant à des amputations. C'est, par exemple, le cas de l'arrachement d'un membre à la suite d'une explosion de mine antipersonnel (Touk, 2016). Ensuite, la recrudescence de différentes pathologies de nature métabolique (diabètes de type 1 et 2), neurologique (ischémie artérielle), infectieuse (plaies surinfectées), tumorale (ostéomes, sarcome osseux) et traumatique (accidents) oblige souvent les soignants à recourir à une amputation afin de sauver la vie du patient. Enfin, les progrès médicaux significatifs permettent à un nombre croissant de patients de survivre à des pathologies autrefois fatales. Toutefois, ces avancées médicales salutaires posent de nouveaux défis, surtout d'ordre psychologique et social, aux amputés comme aux soignants.

Quelques travaux menés dans le monde illustrent la hausse de la pratique de l'amputation. En effet, aux États-Unis, les traumatismes représentent la seconde cause la plus récurrente de la perte du membre après les maladies vasculaires (Sadoma & *al*., 2023). En Amérique, précisément au Brésil, l'on enregistre jusqu'à 202 940 amputations traumatiques entre 2008 et 2023 (Ceratti & *al*., 2024). En Asie, Irajian et Esfahlani (2024) rapportent que dans les hôpitaux d'Azerbaïdjan oriental, l'incidence des amputations majeures connaît une ascendance de janvier 2007 à décembre 2019 avec une fréquence de 60,5% des cas, avec une augmentation annuelle de 0,6 amputation par an. Selon ces auteurs et Ceratti et *al.* (idem) les patients de sexe masculin sont plus sujets à l'amputation des membres inférieurs que leurs homologues de sexe féminin. Par ailleurs, une étude menée en Inde a rapporté une incidence de 2,5% parmi les cas de traumatisme (Dhillon & *al*., 2022). En Afrique, précisément au Kenya, la prévalence de l'amputation traumatique des membres est de 35,7%, ce qui est relativement élevé (Ogeng'O & *al*., 2009).

Le nombre important d'amputations observées dans le monde s'observe aussi en Côte d'Ivoire. La population militaire est l'une des plus exposée aux amputations du fait de son implication active dans les conflits armés et de la nature intrinsèquement dangereuse de ce métier.

En effet, à l'hôpital militaire d'Abidjan, l'enregistrement des activités du bloc opératoire renseigne sur le nombre d'amputations réalisées. Par exemple, entre 2020 et 2022, l'on enregistre 283 cas de chirurgie traumato-orthopédique dont 61 amputations incluant 30 militaires. Si l'on intègre à ces statistiques les militaires ayant sollicité des cliniques privées pour assurer leurs soins, l'on peut alors dire que le nombre total de militaires amputés serait plus élevé.

Ainsi, les causes d'amputation des membres en Afrique subsaharienne sont plus les tumeurs et les traumatismes (Abbas & Musa, 2007 ; Thanni & Tade, 2007). Pour Abbas et Musa (2007) la cause la plus fréquente de traumatisme chez la plupart des patients est l'accident de la route. Pour Kaisha et Khainga (2008) les accidents du travail, les agressions et les chutes sont les causes courantes d'amputation traumatique des membres en Afrique.

En résumé, les travaux examinés montrent que la proportion la plus élevée des amputations traumatiques est observée en Asie de l'Est, du Sud, en Europe occidentale, en Afrique du Nord et aux Moyen-Orient (McDonald & *al*., 2021). Selon Bertinchamps et *al*., (2013) les membres inférieurs semblent principalement plus touchés par les amputations (86%) que les membres supérieurs (14%).

Cette hausse du nombre d'amputation dans le monde soulève la question des conséquences psychologiques de ce phénomène ou encore du vécu psychologique de l'amputation. À cet effet, cette question peut être expliquée par le modèle des étapes de Kübler-Ross (1969) qui fait partie de la théorie du deuil et modèles de perte.

Selon ce modèle des étapes, il y a 05 phases successives vécues par les personnes confrontées à une maladie terminale ou à une perte importante, notamment une amputation de la jambe. Il s'agit du déni/choc ; de la colère/révolte ; de la négociation/marchandage ; de la dépression et de l'acceptation. Ces réactions psychologiques successives, ou étapes, ne constituent pas un parcours rigide ou obligatoire, mais plutôt un cadre d'observation pour comprendre les dimensions émotionnelles, cognitives, conatives et sociales liées à la perte. Outre cet ancrage théorique, les travaux de Liu et *al*. (2010), Roșca et *al*. (2021) et de Seyman et Ozcetin (2021) apportent aussi un éclairage sur la question.

En effet, l'étude phénoménologique de Liu et *al*. (2010) vise à décrire et à comprendre l'expérience vécue par les personnes amputées des membres inférieurs. Elle est réalisée à Taiwan auprès de 22 amputés à l'aide d'entretiens semi-structurés. Les résultats montrent que l'expérience vécue des amputés d'un membre inférieur pourrait être classée selon les thèmes suivants: « perdu dans les bois sombres », « effondrement émotionnel », « difficulté à traverser l'ombre » et « allumer une lueur d'espoir ».

L'étude phénoménologique interprétative de Roșca et *al*. (2021) conduite auprès de 07 patients amputés en Roumanie tente d'identifier les changements psychologiques qui résultent de l'amputation d'un membre et les façons dont les patients coordonnent leur vie quotidienne. Ainsi, des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés environ 4 mois après l'opération auprès des patients à domicile ou à l'hôpital, au moment de leur contrôle régulier. À cet effet, 06 thèmes communs ont été identifiés: l'impact émotionnel, les affects négatifs, la tendance à l'isolement, les contraintes et limitations de rôle, le membre fantôme et l'équilibre émotionnel.

Dans l'optique de décrire et de comprendre les points de vue des patients ayant subi une amputation d'un membre inférieur sur leur état, Seyman et Ozcetin (2021) mènent de mars 2019 à mars 2020 dans la clinique externe d'orthopédie d'un hôpital universitaire en Turquie, une étude phénoménologique descriptive auprès de 12 patients à l'aide d'entretiens semi-directifs. À cet effet, trois thèmes sont ressortis des données qualitatives: la perte de contrôle sur sa propre vie, les rêves par rapport aux réalités de la vie et les perceptions futures. La plupart des participants ont souligné qu'ils étaient confrontés à des expériences indésirables dans leur vie après l'amputation.

Les amputés présentent aussi un ensemble de réactions psychologiques complexes. Les difficultés émotionnelles peuvent interférer avec la récupération fonctionnelle et la réadaptation elle-même. Parmi celles-ci, la dépression reste la réponse la plus courante affectant négativement l'adaptation psychologique et physique (Abouammoh & *al*., 2021). Un autre aspect qui influence le résultat de l'ajustement psychologique est la stratégie d'adaptation adoptée. L'adaptation fait référence à la manière dont les situations défavorables sont gérées et aux réponses utilisées pour y faire face.

De façon générale, la perte d'une jambe s'accompagne de nombreuses conséquences d'ordre physique, socioprofessionnel, économique, social et psychologique (Almottowa & *al*., 2022). Et dans cette situation, les femmes sont plus nombreuses à requérir un soutien psychologique que les hommes (Price & Fisher, 2005).

Les travaux examinés montrent que les conséquences psychologiques de l'amputation sont douloureuses. Elles sont si affligeantes que les victimes ne bénéficient pas d'accompagnement psychologique. C'est le cas chez les militaires amputés de l'hôpital militaire d'Abidjan. Or, la perte d'un membre pour un militaire dépasse largement la simple atteinte physique. Pour un soldat habitué à repousser les limites physiques de son corps et à exceller dans un domaine où l'endurance, la résistance et la performance physique sont essentielles, l'amputation est alors vécue comme une perte physique et comme un drame identitaire. Pourtant, les militaires amputés en Côte d'Ivoire en dépit de leur condition difficile, ne bénéficient pas de prise en charge psychologique susceptible de favoriser leur adaptation. Or, selon Potter et Perry (2005) il est nécessaire de guérir l'esprit pour guérir le corps. D'ailleurs, Saini et *al*. (2023) montrent que la prise en charge des amputés attenue significativement les émotions négatives vécues par ces derniers.

La question des conséquences psychologiques de l'amputation chez les militaires amputés à Abidjan à notre connaissance, n'a pas encore été traitée dans les travaux existants. Dès lors, quel est le retentissement psychologique de l'amputation de la jambe chez les militaires amputés de l'hôpital militaire d'Abidjan ?

C'est à cette question que la présente étude tente de répondre. Pour ce faire, elle vise à décrire et à comprendre les répercussions psychologiques de l'amputation de la jambe chez les militaires pris en charge à l'hôpital militaire d'Abidjan.

Dans ce travail, nous allons nous appesantir sur les conséquences psychologiques de l'amputation de la jambe, notamment chez des militaires. Par exemple, Isworo et Pandin (2022) montrent que l'amputation rend sa victime en proie à toutes sortes d'émotions négatives telles que la colère, le regret, la honte, la peur, la mélancolie, la dépression de même qu'à des perceptions sombres de son corps, de soi et de son avenir, ce qui peut le pousser au suicide. Ces mêmes auteurs constatent aussi que le patient moyen exprimait des sentiments d'inquiétude, de peur, d'anxiété, d'inutilité, de ne plus aimer son corps, d'avoir perdu la confiance en soi et de ne plus vouloir interagir socialement en raison de la réponse négative de son entourage.

Matériels et méthodes

La démarche méthodologique adoptée dans ce travail se décline en trois rubriques successives: participants, instrument d'enquête et traitement des données.

Participants

La présente recherche porte sur les militaires amputés de la jambe à l'hôpital militaire d'Abidjan. De cette population, 21 participants âgés de 20 à 54 ans sont sélectionnés à l'aide de l'échantillonnage par cas multiples. Cette technique d'échantillonnage, d'après Pires (1997) convient aux études qualitatives visant à donner un portrait global de la réalité étudiée. Dans son principe, cette technique consiste à sélectionner les participants possédant les attributs les plus diversifiés possibles. Elle a aussi l'avantage de favoriser la saturation. L'application de cette technique aboutie à la sélection des participants dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous:

Pour assurer la variété dans l'échantillon étudié, deux catégories de paramètres intimement liées au vécu de l'amputation ont été utilisées. Il s'agit d'une part, de variables spécifiques à l'amputation [niveau d'amputation (transtibiale et transfémorale) ; le type d'amputation (unilatérale et bilatérale) ; et les causes de l'amputation], d'autre part, des caractéristiques générales de nature sociodémographique (âge, statut matrimonial, nombre d'enfants, religion, grade). Les travaux de Flannery et Faria (1999), d'Ali et Haider (2017), de Senra et *al*. (2012), de Knežević et *al*. (2015) et de Mohammed et Shebl (2014) justifient le choix de ces variables.

À titre illustratif, Flannery et Faria (1999) indiquent dans leur étude portant sur 60 jeunes adultes amputés que les répercussions psychologiques sont plus néfastes chez ceux-ci, car

pour eux, le corps est représentatif de vigueur et d'énergie maximale. Selon ces auteurs, une défaillance physique leur paraît insurmontable et représente un frein majeur à leur avenir. Selon l'étude d'Ali et Haider (2017) les hommes montraient des signes d'inadaptation plus importants que les femmes et les jeunes adultes étaient beaucoup plus bouleversés et perturbés psychologiquement à la suite de la perte d'un membre. Par ailleurs, selon Senra et *al*. (2012) le fait d'être marié ou d'avoir une relation affective améliore le bien-être et le soutien social perçu des adultes amputés. En revanche, être seul est un facteur de vulnérabilité qui rend plus difficile leur adaptation à l'expérience d'amputation. En outre, pour Knežević et *al*. (2015) les patients avec amputation transtibiale sont plus fonctionnels et en meilleur état général par rapport aux patients avec amputation transfémorale. Selon Mohammed et Shebl (2014) le lieu d'amputation se retrouve comme un facteur statistiquement significatif avec une composante physique et une composante psychologique. De plus, selon l'étude d'Ali et Haider (2017) l'amputation causée par des raisons médicales planifiées entraîne moins de problèmes d'ajustement par rapport à l'amputation accidentelle non planifiée dans laquelle le patient n'était pas préparé mentalement à accepter cette perte.

Tableau I montrant les caractéristiques des participants à l'étude

N°	Âge (année)	Statut Marital	Nombre d'enfants	Religion	Grade	Niveau d'amputation	Type d'amputation	Cause de l'amputation
1	27	Concubin	1	Chrétien	Sergent-Chef	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
2	54	Marié	4	Chrétien	Adjudant	Transtibial	Unilatéral	Gangrène diabétique
3	42	Marié	3	Néant	Sergent	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
4	34	Concubin	2	Musulman	Sergent-Chef	Transtibial	Unilatéral	Blessures par balle
5	35	Concubin	0	Chrétien	Sergent	Transfémoral	Unilatéral	Accident de la route
6	45	Concubin	4	Musulman	Sergent-Chef	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
7	43	Concubin	1	Chrétien	Sergent-Chef	Transtibial	Unilatéral	Gangrène diabétique
8	43	Polygame	5	Musulman	Soldat 1ère classe	Transfémoral	Bilatéral	Gangrène diabétique
9	54	Divorcé	6	Musulman	Adjudant	Transfémoral	Unilatéral	Gangrène diabétique
10	23	Fiancé	0	Chrétien	Elève-Officier	Transfémoral	Unilatéral	Accident de circulation
11	33	Concubin	1	Chrétien	Sergent	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
12	27	Concubin	1	Musulman	Soldat 1ère Classe	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
13	32	Concubin	2	Musulman	Soldat 2ème Classe	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
14	26	Célibataire	1	Musulman	Soldat 1ère classe	Transfémoral	Unilatéral	Blessures par balle
15	20	Célibataire	0	Chrétien	Soldat 2ème Classe	Transfémoral	Unilatéral	Tumeur cancéreuse
16	52	Marié	5	Musulman	Adjudant-chef	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
17	32	Fiancé	0	Musulman	Sergent-Chef	Transfémoral	Unilatéral	Tumeur cancéreuse
18	37	Concubin	1	Chrétien	Sergent	Transfémoral	Unilatéral	Tumeur cancéreuse
19	31	Concubin	2	Néant	Sergent	Transfémoral	Unilatéral	Blessures par balle
20	37	Marié	2	Chrétien	Sergent-Chef	Transtibial	Unilatéral	Accident de la route
21	54	Divorcé	3	Néant	Capitaine	Transfémoral	Bilatéral	Gangrène diabétique

Le tableau ci-dessus montre que dans l'échantillon de la présente étude, il y a d'abord 4,8% de militaires amputés qui sont âgés de 20 ans, 23 ans, 26 ans, 31 ans, 33 ans, 34 ans, 35 ans, 42 ans, 45 ans, 52 ans. Ensuite, 9,5% de militaires amputés qui sont âgés de 27 ans, 32 ans, 37 ans et 43 ans. Et enfin, seulement 14,3% d'entre eux sont âgés de 54 ans. L'analyse des informations contenues dans ce tableau montre encore que l'échantillon de la présente recherche est constitué de 9,5% de célibataires, 47,6% de militaires vivant en concubinage, 9,5% de divorcés, 9,5% de fiancés, 19% de mariés et de 4,8% de militaires polygames. De plus, ce tableau dénombre 19% de militaires amputés sans enfant, 28,6% ayant 01 enfant, 19% ayant 02 enfants, 9,5% ayant 03 enfants, 9,5% ayant 04 enfants, 9,5% ayant 05 enfants et 4,8% ayant 06 enfants. Aussi, au niveau de l'appartenance religieuse, on enregistre une parité de chrétiens et de musulmans estimée réciproquement à 42,9% tandis que le taux de militaires amputés sans appartenance religieuse est de 14,3. Au regard des données recueillies au niveau des grades, on note 9,5% d'adjudant, 4,8% d'adjudant-chef, 4,8% de capitaine, 4,8% d'élève-officier, 23,8% de sergent, 28,6% de sergent-chef, 14,3% de soldat 1ère classe et 9,5% de soldat 2ème classe. Il ressort aussi dans ce tableau, que le taux d'amputation au niveau transfémoral s'élève à 48 alors qu'au niveau transtibial, on relève 52%. De même, le pourcentage de militaires ayant subi une amputation bilatérale est de 9,5 alors que celui des militaires ayant subi une amputation unilatérale est de 90,5. Par ailleurs, relativement aux causes de l'amputation, le présent tableau indique 47,6% d'accidents de circulation en plein service, 14,3% de cas liés à des blessures par balles, 23,8% de gangrènes diabétiques et 14,3% de tumeurs cancéreuses.

Instrument d'enquête

L'instrument d'enquête est un guide d'entretien semi-directif. Il est adapté aux études qualitatives explorant des sujets sensibles tels que le vécu psychologique de l'amputation de la jambe. Cet outil fournit des informations riches et approfondies. Le guide d'entretien ici est structuré selon quatre axes notamment les caractéristiques sociodémographiques, le retentissement émotionnel, cognitif et conatif.

Le guide d'entretien a été validé par le comité éthique de l'hôpital militaire d'Abidjan. Les participants sont approchés après l'opération lors des soins à l'hôpital militaire afin d'obtenir leur consentement éclairé et volontaire pour participer à l'enquête. L'enquête s'est tenue sur une période allant de Janvier 2020 à Avril 2023 au domicile du participant à un endroit isolé et calme. L'entretien dure en moyenne 01 à 02 heures.

Exploitation des données

L'exploitation de données collectées lors des entretiens s'est faite au moyen de l'analyse de contenu thématique suivant les quatre étapes proposées par Bardin (2013). Mais avant le traitement proprement dit, les enregistrements audio des entretiens ont fait l'objet d'une transcription grâce au logiciel Google docs, qui a été suivie d'un travail systématique de relectures et de corrections manuelles afin de garantir la fidélité des propos.

La première étape de l'analyse de contenu telle que décrite par Bardin est une lecture attentive et répétée dont le but est de s'imprégner du sens des idées exprimées par les participants, au

point de pouvoir y percevoir les catégories thématiques qui structurent leur discours. Cette lecture a permis de dégager 03 thèmes autour desquels s'organisent les opinions des participants au sujet du retentissement psychologique de l'amputation à savoir le retentissement émotionnel, cognitif et conatif. Ainsi, le retentissement émotionnel renferme les bouleversements ou sensations des militaires suite à l'amputation. Ensuite, la résonance cognitive comporte l'ensemble des perceptions, idées et croyances inébranlables des militaires amputés par rapport à eux-mêmes et à leur mal. Enfin, l'incidence conative de l'amputation renvoie aux intentions et stratégies comportementales mises en place par les militaires pour surmonter la perte de leur jambe et atteindre un certain niveau d'adaptation à la vie. Cette étape d'identification thématique constitue la deuxième étape de l'analyse.

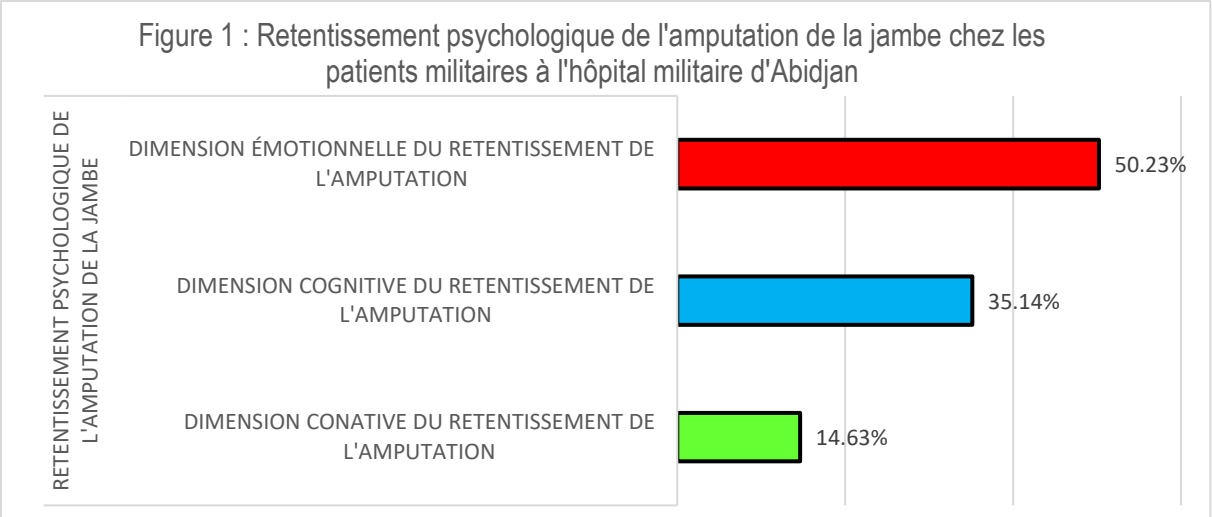
La troisième étape suggérée par Bardin consiste en la définition de trois unités nécessaires à l'application de l'analyse de contenu. Il s'agit de l'unité de codage, d'information et de numération. L'unité de codage, a pour rôle de découper le corpus soumis à l'analyse en ses constituants élémentaires. Ici, l'idée est retenue comme unité de codage.

L'unité d'information est une portion du texte à analyser contenant l'unité de codage dont il aide à en saisir la signification. Le paragraphe sert ici d'unité d'information. En clair, le sens d'une idée n'est saisi qu'après la lecture complète du paragraphe qui la contient.

L'unité de numération renseigne sur le mode de comptage de la fréquence d'une idée ou d'un thème, et sur les pourcentages associés à ces fréquences. La fréquence d'une idée correspond au nombre de fois où elle se répète dans la retranscription intégrale de l'ensemble des entretiens. De même, la fréquence d'un thème s'obtient en additionnant les fréquences des idées qui la composent. Le pourcentage d'une idée ou d'un thème s'obtient en multipliant sa fréquence par 100, puis en la divisant par le nombre total d'idées exprimées par les enquêtés.

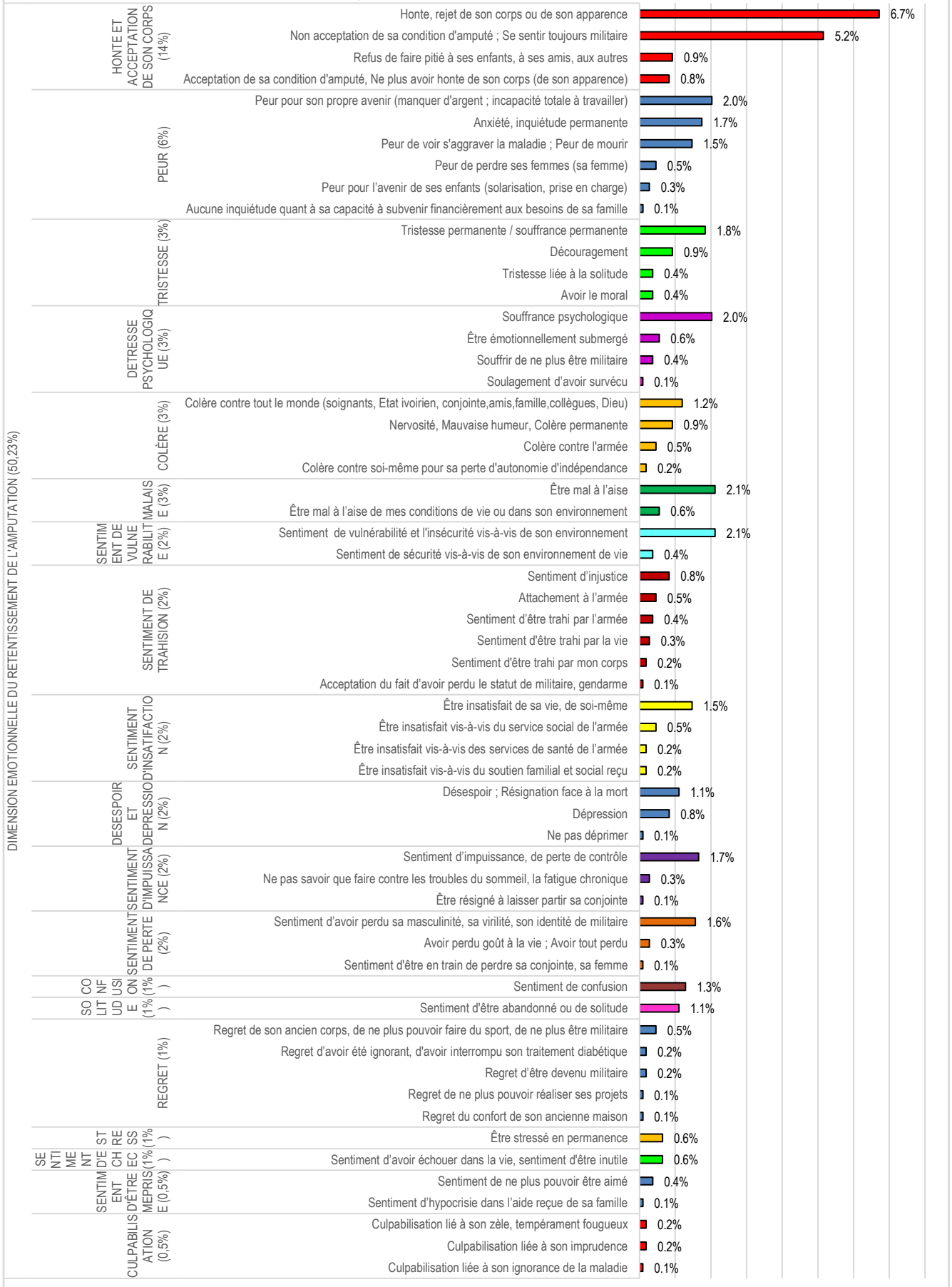
La quatrième et dernière étape correspond à la quantification. Elle revient à appliquer les trois premières étapes de sorte à dégager les différents thèmes et idées qui les caractérisent, ainsi que les fréquences et pourcentages associés, tant aux thèmes qu'aux idées. Pour ce faire, un code unique est attribué à chaque idée exprimée, selon l'ordre de son apparition dans le discours. Ce code reste le même toutefois que la même idée est exprimée par un autre participant. C'est la répétition de ce code qui permet de déterminer la fréquence des idées exprimées.

Résultats



Les données présentées montrent la prédominance des émotions (50,23%) dans le vécu de l'amputation chez les enquêtés. Ensuite, la dimension cognitive faisant état de l'ensemble des perceptions, des représentations mentales, des raisonnements et des interprétations représente 35,14% du vécu de l'amputation ; alors que la dimension conative du vécu de l'amputation s'élève à 14,63%. Par ailleurs, les pages suivantes présentent un aperçu détaillé des dimensions ci-dessus.

Figure 2 : Description détaillée de la dimension émotionnelle du retentissement de l'amputation de la jambe chez les patients militaires



Les données de la figure 2 indiquent que 19 sous-dimensions décrivent le vécu émotionnel de l'amputation chez les patients militaires. Ainsi, la première sous-facette dénommée "honte et acceptation de son corps" (14%) inclut 04 indicateurs. Il s'agit de la "honte, du rejet de son corps ou de son apparence" (6,7%) ; de la "non acceptation de sa condition d'amputé ou encore le fait de se sentir toujours militaire" (5,2%) ; "du refus de faire pitié à ses enfants, à ses amis ou aux autres" (0,9%) et, de "l'acceptation de sa condition d'amputé ou le fait de ne plus avoir honte de son corps, de son apparence" (0,8%).

La deuxième sous-composante: "peur" (6%), indique 05 peurs fréquemment évoquées par les militaires amputés et une absence d'inquiétude. Il s'agit premièrement de la "peur pour son propre avenir précisant la peur de manquer d'argent et la peur de son incapacité totale à travaille" (2%) ; Deuxièmement, de "l'anxiété ou d'une inquiétude permanente" (1,7%) ; Troisièmement, de la "peur de voir s'aggraver la maladie et de mourir" (1,5%) ; Quatrièmement, de la "peur de perdre (ses) ou sa femme" (0,5%) ; cinquièmement, de la "peur pour l'avenir de ses enfants donc, une peur liée à leur scolarisation et leur prise en charge" (0,3%). Enfin, le dernier point issu de la sous-catégorie "peur", révèle une "absence d'inquiétude chez un militaire concernant sa capacité à subvenir financièrement aux besoins de sa famille" (0,1%).

La troisième sous-dimension traite de la "tristesse" (3%). Ici, l'expression de la "tristesse et de la souffrance permanente" est exprimée à un taux de 1,8 par les militaires amputés de la jambe ; ensuite, le "découragement" à 0,9% et la "tristesse liée à la solitude" à 0,4%. Par ailleurs, les militaires affirmant "avoir toujours le moral" avoisinent les 0,4%.

La quatrième sous-catégorie s'intéresse à la "détresse psychologique" causée par l'amputation (3%). Cette détresse est marquée par une "souffrance psychologique" estimée à 2% ; ensuite par le fait "d'être émotionnellement submergé" (0,6%) ; et par le fait de "souffrir de ne plus être militaire" 0,4%. Hormis les autres, un seul militaire souligne son "soulagement d'avoir survécu" (0,1%).

La cinquième sous-composante révèle la "colère" exprimée chez les militaires amputés de la jambe (3%). Dans cette section, ils évoquent leur "colère contre tout le monde" (1,2%) que ce soit le personnel soignant, l'État ivoirien, leurs amis et collègues ainsi que leur famille et Dieu. De plus, ils montrent leur "nervosité, leur mauvaise humeur ou colère permanente" (0,9%). Aussi, pendant que certains expriment leur "colère contre l'armée" (0,5%), d'autres expriment de la "colère contre eux-mêmes pour avoir perdu leur autonomie" (0,2%).

Par ailleurs, dans la sixième sous-dimension "malaise" (3%), certains militaires affirment "être mal à l'aise" (2,1%) et d'autres, précisent "être mal à l'aise de leur condition de vie ou être mal à l'aise dans leur environnement" (0,6%).

La septième sous-catégorie s'intitule "sentiment de vulnérabilité" (2%). Celle-ci évoque la "vulnérabilité et l'insécurité que ressentent la plupart des militaires amputés vis-à-vis de leur environnement" (2,1%) ; alors que d'autres estiment "se sentir plutôt en sécurité dans leur environnement de vie" (0,4%).

Le huitième sous-groupe fait mention du “sentiment de trahison” (2%) ressenti par les militaires. Le premier évoqué ici est le “sentiment d’injustice” (0,8%). Pendant que certains évoquent toujours le “sentiment d’attachement à l’armée” (0,5%), d’autres soulignent “avoir été trahi par l’armée” (0,4%). Par ailleurs, certains ont le “sentiment d’être trahi par la vie” (0,3%) ou par “leur corps” (0,2%), et d’autres par contre, “acceptent le fait d’avoir perdu le statut de militaire ou de gendarme” (0,1%).

Après le sentiment de trahison, il y a le “sentiment d’insatisfaction” (0,2%) qui occupe la neuvième place. Il renferme le sentiment “d’être insatisfait de sa vie et de soi-même” (1,5%), “d’être insatisfait vis-à-vis du service social de l’armée” (0,5%), “d’être insatisfait vis-à-vis des services de santé de l’armée” (0,2%) ; “d’être insatisfait vis-à-vis du soutien familial et social reçu” (0,2%).

La dixième sous-composante appelée “désespoir et dépression” (2%), évoque le “désespoir, la résignation de certains militaires face à la mort” (1,1%), leur “dépression” (0,8%). Toutefois, parmi ceux-là, un des militaires indique “ne pas déprimer” (0,1%).

Un autre des sentiments vécu douloureusement est le “sentiment d’impuissance” (2%). Il représente le onzième sous-composant de la dimension émotionnelle. Il contient le “sentiment d’impuissance et de perte de contrôle” (1,7%) ; le “sentiment de ne pas savoir que faire contre les troubles du sommeil et la fatigue chronique” (0,3%) et enfin, le fait “d’être résigné à laisser partir sa conjointe” (0,1%).

Après le sentiment d’impuissance se présente le “sentiment de perte” (2%). Il se place à la douzième position ici. Il renferme le “sentiment d’avoir perdu sa masculinité, sa virilité, son identité de militaire” (1,6%) ; le “sentiment d’avoir perdu le goût à la vie, d’avoir tout perdu” (0,3%) et le “sentiment d’être en train de perdre sa conjointe, sa femme” (0,1%).

À la suite du sentiment de perte, se positionne respectivement en treizième et en quatorzième position le “sentiment de confusion” (1,3%) et le “sentiment d’être abandonné ou de solitude” (1,1%).

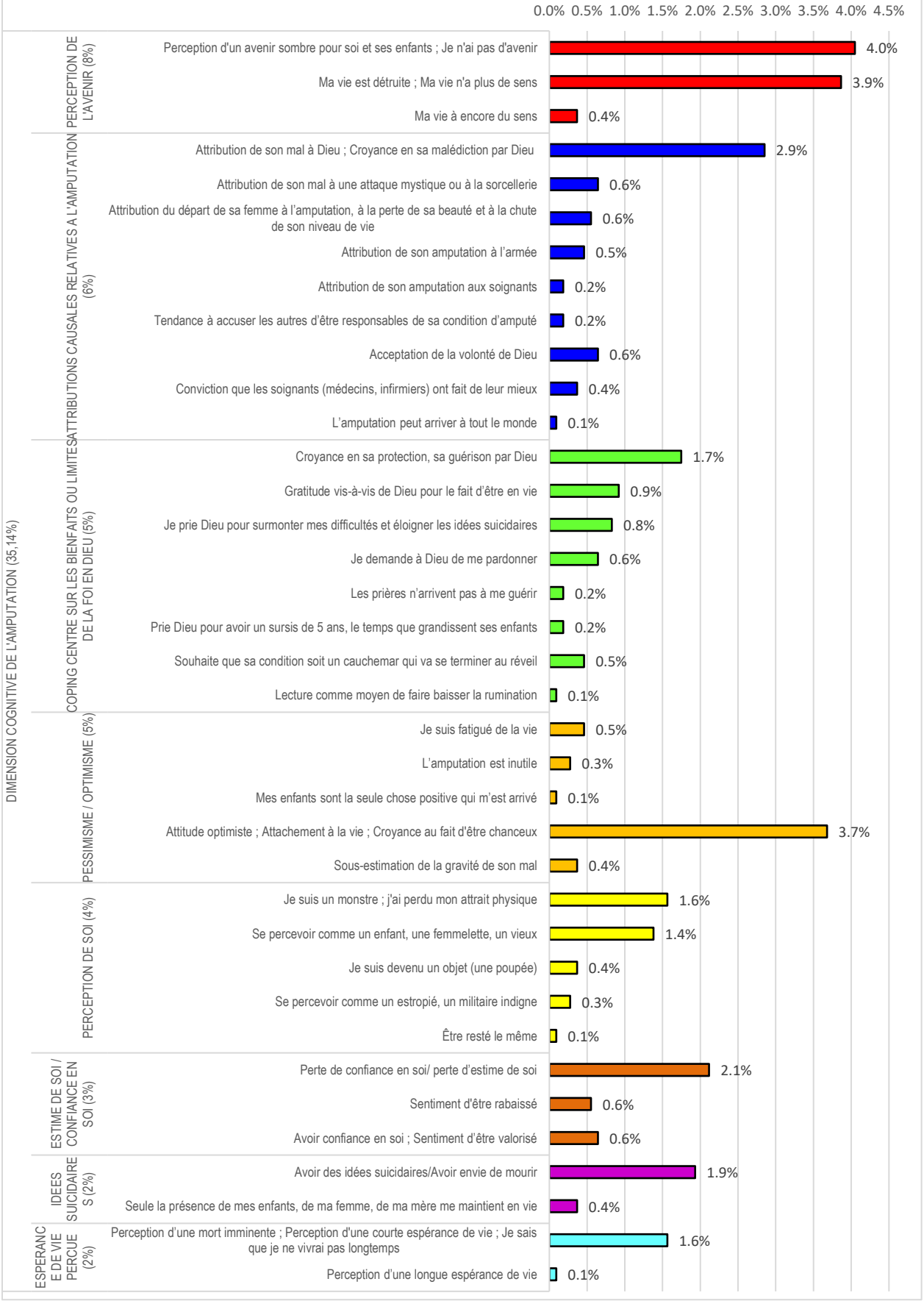
En plus de ces sentiments, des “regrets” accablent aussi les militaires. Ils s’élèvent à 1% et se trouvent à la quinzième position. Ici, des militaires amputés expriment le “regret de leur ancien corps, de ne plus pouvoir faire du sport, de ne plus être militaire” (0,5%) ; le “regret d’avoir été ignorant et d’avoir interrompu leur traitement diabétique” (0,2%) ; le “regret d’être devenu militaire” (0,2%) ; le “regret de ne plus pouvoir réaliser leurs projets” (0,1%) ; le “regret du confort de leur ancienne maison” (0,1%).

À la seizième place, des patients militaires amputés de la jambe soulignent “être stressés en permanence” (0,6%) et d’avoir le “sentiment d’avoir échoué dans la vie, le sentiment d’être inutile” (0,6%). Cet argument se place à la dix-septième position.

Au niveau du dix-huitième sous-groupe: “sentiment d’être méprisé” (0,5%), deux arguments se déclinent. Il s’agit du “sentiment de ne plus pouvoir être aimé” (0,4%) et du “sentiment d’hypocrisie dans l’aide reçue de sa famille” (0,1%).

Enfin, la dix-neuvième sous-catégorie traite de la “culpabilisation” (0,5%). Elle regroupe la “culpabilisation liée à son zèle, à son tempérament fougueux” (0,2%) ; la “culpabilisation liée à son imprudence” (0,2%) et pour finir la “culpabilisation liée à l’ignorance de la maladie” (0,1%).

Figure 3 : Description détaillée de la dimension cognitive du retentissement de l'amputation de la jambe chez les patients militaires



La figure 3 ci-dessus présente le détail des composants et sous-composants du retentissement cognitif de l'amputation de la jambe chez les enquêtés. À cet effet, il ressort 08 facteurs, notamment la "perception de l'avenir" (8%), les "attributions causales relatives à l'amputation" (6%), le "coping centré sur les bienfaits ou les limites de la foi en Dieu" (5%), le fait d'être "pessimiste ou optimiste" (5%), la "perception de soi" (4%), "l'estime de soi et la confiance en soi" (3%), des "idées suicidaires" (2%) et "l'espérance de vie perçue" (2%).

La première catégorie baptisée "perception de l'avenir" (8%) renferme 03 arguments. Elle révèle que la "perception d'un avenir sombre pour soi et pour ses enfants" (4%) est l'argument le plus évoqué chez les participants à l'étude. La perte de leur jambe les pousse à se voir comme des personnes sans avenir désormais. Pour certains, la perte de leur jambe signifie que "leur vie est détruite et n'a plus de sens" (3,9%). Toutefois, cette idée n'est pas partagée par tous les patients militaires amputés, dans la mesure où, une minorité d'entre eux estime que "leur vie a encore du sens" (0,4%). Cela montre qu'après une perte de membre, très peu de personnes ont la capacité à reprendre goût à la vie.

À coté de cette perception si sombre de l'avenir, se présente la façon dont les militaires amputés justifient le mal qui leur est arrivé. Cette manière de raisonner se nomme: les "attributions causales relatives à l'amputation" (6%). Elles occupent le deuxième rang dans la classification des composants du retentissement cognitif de l'amputation et regroupent 09 sous-facteurs. Parmi ceux-ci, l'argument le plus évoqué est le fait "d'accuser Dieu d'être l'auteur de son mal ou encore de croire que leur mal est la résultante d'une malédiction de Dieu" (2,9%). Alors que certains attribuent leur mal à Dieu, d'autres soutiennent que "leur mal est du à une attaque mystique ou à la sorcellerie" (0,64%). Si certains attribuent leur mal aux origines invisibles, d'autres les justifient par des éléments tangibles. Ainsi, des militaires indiquent que "c'est à cause de l'amputation que leur femme est partie, c'est à cause de l'amputation qu'ils ont perdu leur beauté, c'est à cause de l'amputation que leur niveau de vie a chuté" (0,6%). Mieux, un groupuscule d'enquêtés insiste en disant que "c'est l'armée qui est responsable de leur amputation" (0,5%), d'une part, alors qu'un autre a "tendance à accuser les autres d'être responsables de leur condition d'amputée" (0,2%), d'autre part.

Par ailleurs, aux antipodes des attributions causales négatives susmentionnées, 03 autres attributions causales positives sont soulignées. Elles permettent à ces derniers de supporter les épreuves de l'amputation. À cet effet, elles renferment d'abord "l'acceptation de la volonté de Dieu" (0,6%) ; ensuite, la "conviction que les soignants (médecins, infirmiers) ont fait de leur mieux" (0,4%) et enfin, l'idée que "l'amputation peut arriver à tout le monde" (0,1%).

"Le coping centré sur les bienfaits ou limites de la foi en Dieu" (5%) situé au troisième rang de la classification des composants du retentissement cognitif de l'amputation regroupe 08 sous-facteurs. Il s'agit de la "croyance en sa protection et en sa guérison par Dieu" (1,7%), de l'expression de sa "gratitude vis-à-vis de Dieu pour le fait d'être en vie" (0,9%), du fait de "prier Dieu pour surmonter leurs difficultés et les éloigner des idées suicidaires" (0,8%), du fait de "réclamer le pardon de Dieu" (0,6%). Si la foi en Dieu apporte du réconfort à certains et leur permet de réduire plus ou moins le retentissement de l'amputation, ce n'est pas le cas pour d'autres qui y voient des limites en soutenant que la "prière n'arrivent pas à les guérir"

(0,2%). Dans la continuité des supplications à Dieu, une minorité “prient Dieu pour avoir un sursis de 5 ans, le temps que grandissent leurs enfants” (0,2%). Toujours voulant dompter l’amputation, certains militaires “souhaitent que leur condition soit un cauchemar qui va se terminer à leur réveil” (0,5%) tandis que d’autres font recours à la “lecture comme moyen de faire baisser leur rumination idéative” (0,1%).

La quatrième dimension du retentissement cognitif de l’amputation surnommée “pessimiste/optimiste” (5%) regroupe 05 arguments. Ainsi, dans le volet pessimisme, l’expression “je suis fatigué de la vie” (0,5%) se présente d’abord comme la plus dominante chez des militaires amputés. Ensuite, “l’inutilité de l’amputation” (0,3%), en deuxième position et enfin, le fait que leurs enfants représentent la seule chose positive qui leur est arrivée” (0,1%). Puis, dans le volet optimisme, on note une “attitude optimiste, un “attachement à la vie ou une croyance au fait d’être chanceux” (3,7%). C’est pour cette raison que certains parviennent à “sous-estimer la gravité de leur mal” (0,4%).

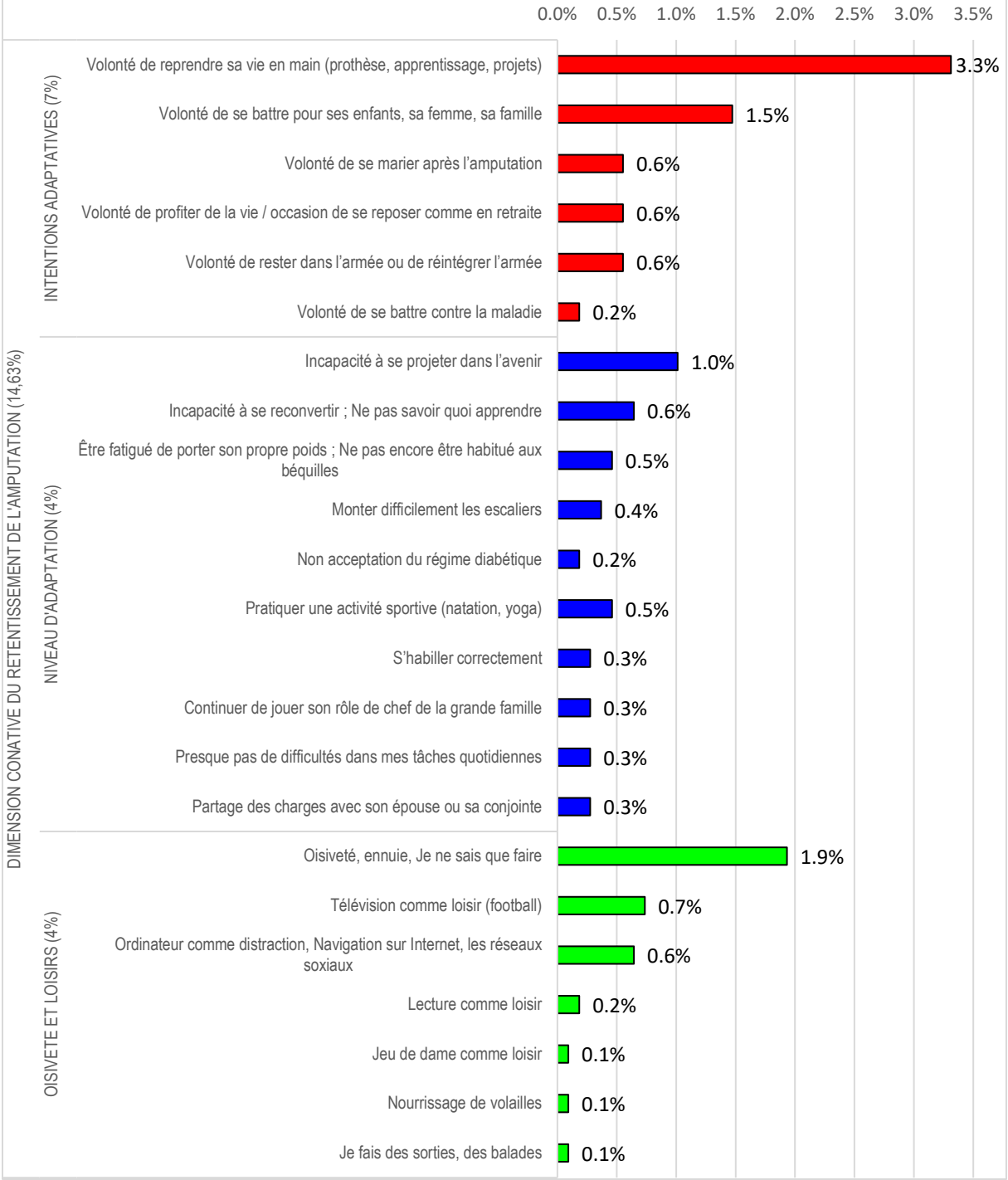
La cinquième facette du retentissement cognitif de l’amputation intitulée “perception de soi” (0,4%) renferme 05 expressions péjoratives, notamment “je suis un monstre, j’ai perdu mon attrait physique” (1,6%), le fait de “se percevoir comme un enfant, une femmelette ou comme un vieux” (1,4%), le fait “d’être devenu un objet une poupée” (0,4%), le fait de “se percevoir comme un estropié, comme un militaire indigne” (0,3%) et, le fait “d’être resté le même” (0,1%).

Une autre des catégories du retentissement cognitif de l’amputation est “l’estime de soi et/ou la confiance en soi” (3%). Elle occupe la sixième place et elle contient 03 éléments. Il s’agit de la “perte de confiance en soi ou de la perte d’estime de soi” (2,1%), du “sentiment d’être délaissé” (0,6%) et du fait d’avoir confiance en soi ou du sentiment d’être valorisé” (0,6%).

La septième dimension du retentissement cognitif de l’amputation est surnommée “idées suicidaires” (2%). Elle regorge 02 idées. Ainsi, le premier groupe de militaires indique “qu’ils ont des idées suicidaires, qu’ils ont envie de mourir” (1,9%) ; alors que le deuxième groupe révèle que “seule la présence de leurs enfants, de leur femme ou de leur mère les maintient en vie” (0,4%).

Enfin, relativement à “l’espérance de vie perçue” (2%) représentant le huitième et dernier facteur, il ressort 02 arguments majeurs. Ce sont: la “perception d’une mort imminente ou d’une courte espérance de vie” (1,6%). Ainsi, pour un bon nombre de militaires l’amputation a un retentissement tellement fort, qu’ils sont convaincus “qu’ils ne vont pas vivre longtemps”. Cela s’explique par tout ce qu’ils endurent depuis leur amputation jusqu’à présent. En revanche, un seul d’entre eux “se voit vivre longtemps” (0,1%) après son amputation.

Figure 4 : Description détaillée de la dimension conative du retentissement de l'amputation de la jambe chez les patients militaires



La figure 4 ci-dessus présente 03 sous-dimensions qui rendent compte de la dimension conative du retentissement de l'amputation de la jambe chez les enquêtés. Ainsi, la première sous-dimension dénommée "intentions adaptatives" (7%) inclut 06 indicateurs. Parmi ceux-ci, la "volonté de reprendre sa vie en main (prothèse, apprentissage, projets) est d'abord l'intention la plus exprimée par les patients militaires amputés de la jambe. Ensuite, la "volonté de se battre pour ses enfants, sa femme, sa famille" (1,5%) représente la deuxième intention qui incite les participants à surmonter les épreuves de l'amputation. Par ailleurs,

pour mieux s'y adapter, certains patients militaires affichent leur "volonté à se marier après l'amputation" (0,6%). Par contre, d'autres "veulent profiter de la vie ou encore ils trouvent dans leur condition d'amputés, l'occasion de se reposer comme à la retraite" (0,6%). De même, la "volonté de rester dans l'armée ou de la réintégrer" comme stratégie adaptative à l'amputation est exprimée par 0,6% des patients militaires. Alors que la "volonté de se battre contre la maladie" est rapportée par 0,2% de patients militaires amputés de la jambe.

La deuxième sous-facette de la dimension conative du retentissement de l'amputation de la jambe chez les participants est le "niveau d'adaptation" (4%). Elle comprend 10 indicateurs dont 05 qui font état des difficultés d'adaptation et 05 autres qui montrent un niveau d'adaptation positive. Pour les 05 premières difficultés, il s'agit de "l'incapacité à se projeter dans l'avenir" (1%), de "l'incapacité à se reconvertir ou de ne pas savoir quoi apprendre" (0,6%), du fait "d'être fatigué de porter son propre poids ou de ne toujours pas être habitué aux béquilles" (0,5%), du fait de "monter difficilement les escaliers" (0,4%), de la "non acceptation du régime diabétique" (0,2%). Et pour les 05 autres liés à la positivité, on enregistre le fait de "pratiquer une activité sportive (natation, yoga) (0,5%), de "s'habiller correctement" (0,3%), le fait de "continuer de jouer son rôle de chef de la famille" (0,3%), le fait pour certains de n'avoir "presque pas de difficultés dans leurs tâches quotidiennes" (0,3%), puis, la possibilité de "partager les charges avec son épouse ou sa conjointe" (0,3%).

La troisième sous-catégorie de la dimension conative du retentissement de l'amputation de la jambe chez les patients militaires s'intitule "oisiveté et loisirs" (4%). Elle révèle ce que font les patients militaires de leur temps de repos ou d'invalidité. Ainsi, pendant que de nombreux militaires amputés sont "oisifs, s'ennuient, ne savent que faire" (1,9%), d'autres occupent leur temps de repos en regardant la "télévision (football)" (0,7%), en "se distrayant avec leur ordinateur ou en naviguant sur internet, sur les réseaux sociaux" (0,6%), en "lisant" (0,2%), en "jouant au jeu de dame" (0,1%), en "nourrissant des volailles" (0,1%), ou même en "faisant des sorties, des balades" (0,1%).

Discussion

L'amputation d'une jambe est donc une perte corporelle majeure vécue psychologiquement au même titre que la disparition d'un être cher. Les dimensions identifiées dans la présente étude correspondent parfaitement aux étapes révélées par le modèle de Kübler-Ross (1969). Elles sont donc conformes tant à ce modèle théorique qu'aux travaux antérieurs retenus dans la présente étude.

Ainsi, parmi les études déjà effectuées sur les amputés de la jambe, celle de Liu et *al.* (2010) montrent que dans leur vécu, ceux-ci se sentaient « perdu dans les bois sombres », « effondrés émotionnellement » et éprouvaient des « difficultés à traverser l'ombre ». Les résultats de la présente étude présentent aussi des expressions qui se rapportent à celles de Liu et *al.* (op.cit.). À cet effet, sur le plan émotionnel, les militaires amputés à l'hôpital militaire d'Abidjan expriment en majorité la "non acceptation de leur condition d'amputés", leur "découragement", leur "détresse psychologique" causée par l'amputation, qu'ils "sont émotionnellement submergés", le "désespoir et la dépression" se traduit aussi par la

résignation de certains militaires face à la mort". Ils évoquent leur "sentiment de confusion", leur "souffrance de ne plus être militaire", leurs "regrets", notamment, leurs "regrets de ne plus être militaire", leurs "regrets d'être devenu militaire" et le "regret de leur ancien corps". Ils extériorisent leur "colère" et leur "culpabilisation" telle que la "culpabilisation liée pour certains à leur zèle, à leur tempérament fougueux". Toutefois, des dissemblances existent entre ces deux études. Elles se situent au niveau du terrain d'étude et des enquêtés, notamment les militaires dans la présente étude et non des civils.

Aussi, l'étude de Roșca et *al*. (2021) sur les changements psychologiques qui résultent de l'amputation d'un membre et sur la façon dont les patients coordonnent leur vie quotidienne révèle chez eux l'impact émotionnel, les affects négatifs, la tendance à l'isolement, les contraintes et limitations de rôle, le membre fantôme et l'équilibre émotionnel. Ces résultats présentent des similarités avec ceux de la présente étude en ce sens que l'impact émotionnel, les affects négatifs créent chez les militaires amputés de la "honte, le rejet de son corps ou de son apparence", de la tristesse et de la souffrance permanente", ou encore un "malaise". De plus, la tendance à l'isolement s'explique par le "sentiment d'être méprisé", par le "sentiment de ne plus pouvoir être aimé", par le "sentiment d'être abandonné ou de solitude". De ce fait, cette solitude entraîne de la "tristesse" et de la "colère" ; une "colère contre eux-mêmes pour avoir perdu leur autonomie. C'est au regard de cette perte d'autonomie que Roșca et *al*. (op.cit.) parlent de « contraintes et limitations de rôle », car, après l'amputation, de nombreux militaires restent "oisifs, s'ennuient, ne savent que faire", alors que d'autres s'efforcent à trouver un « équilibre émotionnel » en s'adonnant à des "activités de loisirs" qui constitue dans la présente étude la troisième sous-dimension de la dimension conative du retentissement de l'amputation.

De même, les résultats du présent travail sont cohérents avec ceux de Seyman et Ozcetin (2021). En effet, leur étude a été menée auprès de patients ayant subi une amputation d'un membre inférieur et elle indique que la plupart des participants ont souligné être confrontés à des expériences indésirables dans leur vie après l'amputation. À cet effet, au terme de leur recherche, ils ont identifié chez ceux-ci la « perte de contrôle sur sa propre vie », les « rêves par rapport aux réalités de la vie » et les « perceptions futures ». Ainsi, le premier thème trouve des correspondances avec certains termes et expressions issus de la présente étude. Il s'agit du "sentiment de vulnérabilité", du "sentiment d'impuissance et de perte de contrôle" exprimés par les militaires amputés dans la dimension émotionnelle du retentissement de l'amputation. Ils ont le « sentiment de ne pas savoir quoi faire face aux troubles du sommeil et à la fatigue chronique ». Le deuxième thème peut être lié au "sentiment de perte", au "sentiment d'avoir perdu son identité de militaire", au "sentiment d'avoir perdu le goût à la vie, d'avoir tout perdu". Et le troisième thème peut faire référence à la "peur pour son propre avenir, précisant la peur de manquer d'argent et la peur de son incapacité totale à travailler", à la "peur de voir s'aggraver la maladie et de mourir", à la "peur pour l'avenir de ses enfants ; donc, une peur liée à leur scolarisation et à leur prise en charge". Il peut encore aller dans le même sens que le "regret de ne plus pouvoir réaliser ses projets", le "sentiment d'avoir échoué dans la vie", la "perception d'un avenir sombre pour soi et pour ses enfants" au niveau de la sous-catégorie "perception de l'avenir". La thématique des perceptions futures pousse

aussi les militaires amputés à se voir comme des personnes sans avenir désormais. Pour certains, la perte d'une jambe signifie que "leur vie est détruite et n'a plus de sens". Ainsi, au niveau de la sous-dimension "niveau d'adaptation", on enregistre chez d'autres "l'incapacité à se projeter dans l'avenir" et "l'incapacité à se reconvertir ou de ne pas savoir quoi apprendre". Cependant, les dissimilitudes entre ces deux études sont les mêmes que les précédentes et aussi dans le détail des informations apportées par la présente étude.

Au terme de cette discussion, il convient de retenir que la ressemblance majeure entre les travaux antérieurs retenus et la présente étude réside dans la volonté commune de mettre en lumière le vécu psychologique de l'amputation chez les personnes amputées et les divergences principales se trouvent au niveau du terrain d'étude, de l'exploitation en profondeur ou partielle du phénomène étudié et aussi au niveau des enquêtés (militaires/civils).

Par ailleurs, la présente étude s'est limitée uniquement à la résonnance psychologique de l'amputation. Il y a donc lieu pour les recherches futures sur les militaires amputés, de tenir compte aussi du retentissement social ou économique et socioprofessionnelle ou physique et sexuel de l'amputation. De telles recherches vont permettre d'accroître la documentation scientifique sur ce phénomène, d'accroître l'audience de l'amputation auprès des décideurs et spécialistes du domaine et d'améliorer les possibilités de prises en charge des victimes.

Conclusion

L'expérience de l'amputation est d'abord physique. Son retentissement psychologique pénible affecte au plus haut point la vie de l'amputé. Cela a pour conséquence une détérioration du bien-être individuel qui complique le retour à la vie civile du militaire amputé. Elle implique des troubles d'identité et une recherche constante de raisons de vivre. De plus, de nombreux militaires amputés se sentent négligés, isolés et abandonnés dans une société qui les valorise pourtant pour leur sacrifice.

Outre cela, il ressort qu'ils éprouvent des émotions négatives, notamment la honte et le rejet de leur apparence, l'inacceptation de leur condition d'amputés, ainsi que la peur pour leur propre avenir, avec une inquiétude et une tristesse permanente. Ils souffrent psychologiquement de façon générale et, plus spécifiquement de ne plus être militaires, et ils sont émotionnellement submergés. Ils ressentent une colère permanente contre tout le monde, des sentiments de vulnérabilité et d'insécurité vis-à-vis de leur environnement, des sentiments d'injustice, et l'impression d'avoir été trahis par l'armée, par la vie et par leur corps. Leur insatisfaction vis-à-vis de la vie, d'eux-mêmes, puis du service de santé et social de l'armée est grande. La dépression, le désespoir et la résignation face à la mort s'emparent progressivement d'eux. Ainsi, ils ont un sentiment d'impuissance, un sentiment d'avoir perdu leur masculinité, leur virilité, leur identité de militaire et le goût à la vie. En clair, ils ont un sentiment d'avoir tout perdu, de confusion et d'abandon, avec des regrets tantôt de ne plus être militaires, tantôt d'être devenus militaires, ainsi qu'une culpabilisation liée à leur zèle.

Sur le plan cognitif, ils se perçoivent comme des monstres, inutiles et rabaissés, avec un avenir sombre pour eux-mêmes et pour leurs enfants. À cela s'ajoute la perception d'une vie

détruite, d'une vie qui n'a plus de sens, d'une mort imminente ainsi qu'un développement d'idées suicidaires. Ils se disent que leur mal est la résultante d'une malédiction divine ou d'une attaque mystique. Ainsi, pendant que certains estiment que les prières sont inutiles pour eux, d'autres, sont reconnaissants à Dieu et s'en remettent à lui. Bien qu'ils soient souvent fatigués par la vie, ils essaient d'adopter une attitude optimiste en s'attachant à la vie. En conséquence, sur le plan conatif, ils soulignent la volonté de reprendre leur vie en main, la volonté de se battre pour leurs enfants, leur femme et leur famille. Toutefois, l'incapacité à se projeter dans l'avenir, l'incapacité à se reconvertir ou de ne pas savoir quoi apprendre ainsi que l'oisiveté terrassent de nombreux militaires amputés. C'est pourquoi, il faut de toute urgence leur apporter un soutien psychologique ; car, il est nécessaire de guérir l'esprit pour guérir le corps (Potter & Perry, 2005).

Références bibliographiques

Abbas, A. D., & Musa, A. M. (2007). Changing pattern from extremity amputations in University of Maiduguri Teaching Hospital, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, *16*(4), 330-333.

Abouammoh, N., Aldebeya, W., & Abuzaid, R. (2021). Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *27*(4), 407-413.

Ali, S., & Haider, S. K. F. (2017). Psychological adjustment to amputation: variations on the bases of sex, age and cause of limb loss. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, *29*(2), 303-307.

Almottowa, H., Aldurayhim, A., Alsaeri, A., Mnayan, M., Alghamdi, F., Alghamdi, T., ... & Hassan, M. (2022). Rates of Amputations Among Diabetics in Saudi Arabia. *Journal of Healthcare Sciences*, *2*(04), 52-57.

Bardin, L. (2013). L'analyse de contenu. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. «Quadrige», p. 304. DOI: 10.3917/puf. bard. 2013.01. URL: https://shs. cairn. info/l-analyse-de-contenu--9782130627906? lang= fr.

Bertinchamps, D., Fabry, M., Muls, A., Richir, N., Tasiaux, C., Van Driessche, M., ... & Coopman, A. L. (2013). Chapitre 11. L'amputation d'un membre inférieur. In *Les interventions en psychologie de la santé* (pp. 219-237). Dunod.

Canbolat Seyman, C., & Uzar Ozcetin, Y. S. (2022). "I wish I could have my leg": a qualitative study on the experiences of individuals with lower limb amputation. *Clinical Nursing Research*, *31*(3), 509-518.

Ceratti, M. M., Sorbello, C. C. J., Sunye, I. R., Portela, F. S., da Silva, M. F. A., Teivelis, M. P., ... & Wolosker, N. (2024). Traumatic Amputations-A Nationwide Epidemiological Analysis of a developing country over 16 years. *medRxiv*, 2024-09.

Dhillon, M. S., Saini, U. C., Rana, A., Aggarwal, S., Srivastava, A., & Hooda, A. (2022). The burden of post-traumatic amputations in a developing country–An epidemiological study from a level I trauma centre. *Injury*, *53*(4), 1416-1421.

Ezzatvar, Y., & García-Hermoso, A. (2023). Global estimates of diabetes-related amputations incidence in 2010–2020: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes research and clinical practice*, *195*, 110194.

Flannery, J. C., & Faria, S. H. (1999). Limb loss: alterations in body image. *Journal of vascular nursing*, *17*(4), 100-106.

Irajian, M., & Esfahlani, M. Z. (2024). Investigating the Etiology of Lower Limb Amputations in East Azarbaijan Hospitals. *Eurasian Journal of Science and Technology*, *4*(1).

Isworo, A., & Pandin, M. G. R. (2022). Patient Experience with Amputation or Limb Loss: Literature Review. *medRxiv*, 2022-04.

Kaisha, W. O., & Khainga, S. (2008). Causes and pattern of unilateral hand injuries. *East African medical journal*, *85*(3), 123-128.

Knežević, A., Salamon, T., Milankov, M., Ninković, S., Jeremić-Knežević, M., & Tomašević-Todorović, S. (2015). Assessment of quality of life in patients after lower limb amputation. *Medicinski pregled*, *68*(3-4), 103-108.

Liu, F., Williams, R. M., Liu, H. E., & Chien, N. H. (2010). The lived experience of persons with lower extremity amputation. *Journal of clinical nursing*, *19*(15-16), 2152-2161.

McDonald, C. L., Westcott-McCoy, S., Weaver, M. R., Haagsma, J., & Kartin, D. (2021). Global prevalence of traumatic non-fatal limb amputation. *Prosthetics and orthotics international*, *45*(2), 105-114.

Mohammed, S. A., & Shebl, A. M. (2014). Quality of life among Egyptian patients with upper and lower limb amputation: sex differences. *Advances in medicine*, *2014*(1), 674323.

Ogeng'o, J. A., Obimbo, M. M., & King'ori, J. (2009). Pattern of limb amputation in a Kenyan rural hospital. *International orthopaedics*, *33*(5), 1449-1453.

Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, *169*, 113.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (Vol. 3). St. Louis, MO: Mosby.

Price, E. M., & Fisher, K. (2005). Additional studies of the emotional needs of amputees. *JPO: Journal of Prosthetics and Orthotics*, *17*(2), 52-56.

Roșca, A. C., Baciu, C. C., Burtăverde, V., & Mateizer, A. (2021). Psychological consequences in patients with amputation of a limb. An interpretative-phenomenological analysis. *Frontiers in Psychology*, *12*, 537493.

Sadoma, B. R., Sheets, N. W., Plurad, D. S., & Dubina, E. D. (2023). Traumatic amputations treated in US emergency departments: a review of the NEISS database. *The American Surgeon™*, *89*(10), 4123-4128.

Saini, U. C., Bu, S., Bhayana, H., Dhillon, M. S., & Mehra, A. (2023). Longitudinal experience and determinants for common mental health problems, phantom limb and functional outcome in lower limb amputees. *Indian Journal of Orthopaedics*, *57*(12), 2040-2049.

Senra, H., Oliveira, R. A., Leal, I., & Vieira, C. (2012). Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clinical rehabilitation*, *26*(2), 180-191. https://doi.org/10.1177/0269215511410731

Thanni, L. O. A., & Tade, A. O. (2007). Extremity amputation in Nigeria—a review of indications and mortality. *The Surgeon*, *5*(4), 213-217.

© 2026 OKOU, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.