



*Université Abderrahmane mira de Bejaia*  
*Faculté des Sciences Humaines et Sociales*  
*Département des Sciences Sociales*

## *Mémoire de fin de cycle*

En vue de l'obtention du diplôme d'un master Psychologie

*Option* : Psychologie Clinique

*Thème*

# **L'image du corps chez les diabétiques amputés**

**Etude de 06 cas**

***Réalisé par :***

MADI Amazigh

RABHI Sara

***Dirigé par :***

Mme.BENAMSILI. L

**Année universitaire 2017/2018**

## *Remerciements*

Nous tenons tout d'abord à remercier notre encadrante Mme BENAMSILI Lamia, qui par son expérience, son savoir-faire, sa présence, son encadrement, ses conseils ainsi que, son attention fournie de façon efficace tout au long de la réalisation de ce travail, qui nous a permis de surmonter les difficultés et progresser dans notre mémoire.

Nous remercions aussi la psychologue du service de médecine interne du CHU de Bejaia, et tout le personnel de la clinique beau-séjour.

Nous voudrions également exprimer nos remerciements sincères à tous nos sujets de recherche, qui nous ont données de leur temps pour répondre à nos questions multiples et successifs avec chaleur et gentillesse.

Nos remerciements s'adressant aussi aux membre de jury, Mme Sahraoui et Mr Fergani, qui nous font l'honneur d'évaluer ce travail.

Enfin, nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

# *Dédicace*

*Avec tout respect et amour, je dédie ce modeste travail*

*A mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études.*

*A mes chers frères, Tahar et Soufiane, a mes chères sœurs et beaux-frères, qui n'ont cessé d'être pour moi des exemples de persévérance, de courage, d'appui et générosité.*

*A mes chers nerveux, Rayane, Mérouane, Mimo et Yacine. Et mes chères nièces, Nina, Riham, Mirale, Rodina et Yasmine.*

*Un dédicace particulier a, Mamoune Louissette et mon adoré Sandrine.*

*Sans oublié Simo et tout sa famille.*

*Merci d'être là pour moi.*

*A mon encadrante, Mme Binamsili, et toute personne du groupe d'encadrement.*

*A tout le personnel des urgences de Khilil Amrane, a leur tête Mr Brahmi Hamid et Mme Harouni Souria.*

*A mon cher binôme AMAZIGH et toute sa famille.*

*A mes chères copines nasrine et Samia.*

*Enfin, je remercie toutes les personnes qui ont assisté à cette heureuse journée. Votre présence est un honneur pour moi.*

*Sara*

# *Dédicace*

*Avec tout respect et amour, je dédie ce modeste travail*

*A mes très chers parents, qui ont tout sacrifier pour que je réussisse*

*Vous n'avez jamais cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les  
années d'étude.*

*A mon très cher frère Mohamed Idir et mes très chères sœur Fouzia et Kahina.*

*A mon adorable neveu Yacine et mes belle nièce Yasmine, serine et Lylia.*

*A Amel ainsi qu'a toute sa famille*

*A ma meilleure amie souilla et à mes deux meilleur amis farés et Noureddine*

*Sur tout a Samia Nesrine , Nasereddine et Nardjese .*

*Et pour finir a ma très chère binôme ainsi qu'a toute sa famille*

*Enfin, je remercié toutes les personnes qui ont assisté a cette heureuse journée.*

*Votre présence est un honneur pour moi.*

*Amazigh*

# **Table des matières**

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Introduction -----01

## Partie théorique

### Chapitre I Diabète et amputation-----

Préambule -----07

Section 1 : Le diabète -----

1. Aperçu historique du diabète -----07

2. Définition du diabète -----09

3. Clinique du diagnostic du diabète sucré-----09

4. Epidémiologie du diabète -----09

5. Les différents types du diabète -----10

5.1. Classification du diabète de l'organisation mondiale de santé -----11

5.2. Diabète du type 1 -----11

5.2.1. Définition du diabète type 1 -----12

5.2.2. Les Symptômes du diabète types 1 -----12

5.2.3. Les causes du diabète du type 1 -----12

5.2.4. Les risques du diabète de type 1 -----13

5.2.5. Traitement du diabète type 1 -----13

5.3. Le Diabète type 2 -----14

5.3.1. Définition du diabète type 2 -----14

5.3.2. Les symptômes du diabète de type 2 -----15

5.3.3. Les causes du diabète de type 2 -----18

5.3.4. Les risques et complications du diabète de type 2 -----18

5.3.5. Traitement du diabète type 2 -----19

5.4. Les autres types du diabète -----20

Section 2 : L'amputation-----20

1. Infection du pied diabétique-----20

2. Les types de plaies diabétiques -----20

2.1 Plaie neuropathique-----20

2.2 plaie neuro-ischémique ou ischémique -----20

3. Les facteurs de risque -----	21
4. Diagnostic du pied diabétique-----	21
5. Les différentes atteintes-----	22
5.1 Atteinte motrice-----	22
5.2 Atteinte végétative -----	22
5.3 Aspect clinique des atteintes -----	23
6. Traitement des plaies diabétique-----	23
7. L’amputation comme dernier recours -----	23
7.1 Définition de l’amputation -----	25
7.2 Définition du membre inférieur -----	25
8. Les Types d’amputations-----	25
8.1 Amputation mineur-----	25
8.2 Amputation majeurs-----	25
9. Nécessité d’amputé -----	25
Section 3 : Le vécu psychologique du diabète et l’amputation -----	26
A. Le vécu psychologique du diabète -----	26
1. Annonce du diagnostic du diabète -----	26
1.1. Les règles générales de l’annonce d’une maladie grave-----	26
2. L’effraction psychique -----	27
3. Le vécu psychologique des diabétiques -----	27
4. Mécanismes de défenses et d’adaptation -----	29
4.1 Les mécanismes de défenses utilisé-----	30
B. Le vécu psychologique de l’amputation -----	32
1. Annonce de l’amputation -----	32
2. Le choc de l’annonce -----	33
3. Répercussion psychique de l’amputation (image du corps et schéma corporel altéré) -----	33
4. Le deuil du membre-----	34
5. Le membre fantôme-----	34
5.1 Aperçu historique du membre fantôme -----	35
5.2 Les cause du membre fantôme -----	35
5.3. Douleur fantôme -----	36
<b>Synthèse -----</b>	<b>36</b>

Préambule-----	39
1. Image du corps « psychanalyse classique » -----	39
2. Définition des concepts -----	42
2.1 Le concept « image » en psychologie -----	42
2.2. Le corps en médecine -----	42
2.3 L'image du corps -----	42
2.4 Le corps réel -----	43
2.5 Le corps idéal -----	43
2.6 L'apparence -----	43
2.7 Représentation de soi -----	43
2.8 L'image de soi -----	43
2.9 Schéma corporelle -----	44
2.Composante de l'image du corps -----	44
3.Le schéma corporel n'est pas l'image du corps -----	44
4.1 L'image de base -----	45
4.2 L'image du corps fonctionnelle -----	45
4.3 L'image du corps érogène -----	45
5. L'évolution des images du corps -----	47
6. les deffirent point de vu de l'image du corps -----	48
7. Image du corps altéré-----	51
8. Image du corps positive et négative-----	52
9. Caractéristique de l'image du corps positive -----	52
10. Image du corps et sexualité-----	53
11.Image du corps et maladie chronique-----	55



Synthèse -----

**Partie pratique**

**Problématique et hypothèse -----58**

**Chapitre III Méthodologie de la recherche**

**Préambule -----67**

1- Limites de la recherche-----67

2- Méthode utilisée dans la recherche -----67

3- Lieux de recherche-----69

3-1 - Hôpital Khelil Amrane de Bejaia -----69

3-2 – clinique beau séjour-----70

4 – Groupe de recherche -----71

5-Outils de la recherche-----73

5-1 l'entretien de recherche -----73

5.2 Rorschach -----76

6- Déroulement de la recherche -----89

6-1 - La pré enquête ----- 89

6-2. Enquête-----91

7- Attitude du chercheur -----93

8 -Difficultés de la recherche ----- 94

<b>Synthèse</b> .....	<b>94</b>
-----------------------	-----------

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse**

<b>Préambule</b> .....	<b>96</b>
------------------------	-----------

### **I) Présentation et analyse**

<b>Cas 1 :Mr, Kamel</b> .....	<b>97</b>
-------------------------------	-----------

<b>Cas 2 : Mme, Linda</b> .....	<b>109</b>
---------------------------------	------------

<b>Cas 3 : Mr Rachid</b> .....	<b>120</b>
--------------------------------	------------

<b>Cas 4 :Mr L'hacen</b> .....	<b>130</b>
--------------------------------	------------

<b>Cas 5 : Mr Tahar</b> .....	<b>139</b>
-------------------------------	------------

<b>Cas 6 : Mme Sabrina</b> .....	<b>147</b>
----------------------------------	------------

<b>Discussion de l'hypothèse</b> .....	<b>158</b>
--	------------

<b>Conclusion</b> .....	<b>161</b>
-------------------------	------------

<b>Bibliographie</b> .....	<b>163</b>
----------------------------	------------

**Annexes**

**Résumé**

## *Liste des abréviations*

**A** : Réponse animal

**Ad** : Réponse détail animal

**Anat** : Anatomie

**Ban** : Banalité

**C** : Réponse couleur

**CHU** : Centre hospitalo-universitaire.

**D** : Réponse grand détail

**Dbl** : Réponse détail blanc

**Dd** : Réponse petit détail

**DT1** : diabète type 1

**DT2** : diabète type 2

**F** : Réponse formelle

**G** : Réponse globale

**H** : Réponse humaine

**Hd** : Réponse détail humain

**K** : Réponse mouvement (kinesthésie)

**OMS** : organisation mondiale de la santé.

**RC** : Réponse couleur

**TRI** : Temps de résonance intime

## *La liste des tableaux*

N°	Titre	Page
N°01	Classification de l’OMS (organisation mondiale de la santé)	09
N°02	les facteurs de risque du diabète de type 2	13
N°03	Tableau du groupe de recherche	72
N°04	Liste des banalité	86
N°05	Présentations du protocole de Kamel	99
N°06	Présentations du psychogramme de Kamel	104
N°07	Présentations du protocole de Linda	113
N°08	Présentations du psychogramme de Linda	116
N°09	Présentations du protocole de Rachid	122
N°10	Présentations du psychogramme de Rachid	126
N°11	Présentations du protocole de L’hacen	132
N°12	Présentations du psychogramme de L’hacen	135
N°13	Présentations du protocole de Tahar	140
N°14	Présentations du psychogramme de Tahar	143
N°15	Présentations du protocole de Sabrina	149
N°16	Présentation du psychogramme de Sarbina	155

# **Introduction**

Le corps est l'une des données distinctives et évidentes de l'existence humaine, c'est dans et avec son corps que chacun de nous est né, vit, meurt. C'est dans et par son corps qu'on s'inscrit dans le monde et qu'on rencontre autrui, si complexe dans sa composition et son unité harmonieuse psychique et physique, l'homme essaye d'appréhender les fonctions qui lui restent inconnues à ce jour, mais cette harmonie reste néanmoins menacée par de nombreuses maladies, qui peuvent altérer le fonctionnement des organes, parmi ces maladies on compte bien le diabète qui est considéré comme une maladie qui évolue de façon insidieuse et qui se manifeste lorsque le corps est incapable de produire suffisamment d'insuline ou de l'utiliser correctement.

Le diabète est un fléau mondial, dont la modernisation est la première cause, en Algérie le seuil des diabétiques a atteint 12% de la population, ce qui rend cette maladie la deuxième après l'hypertension-artérielle, et ce qui le rend encore plus complexe se sont les différentes complications chroniques qui peuvent s'avérer létales pour l'organisme, La psychologie est souvent négligée dans la prise en charge des patients atteints du diabète, or que des modifications sur le niveau corporel apparent peuvent induire de nouvelles tendances psychologiques, et l'atteinte à l'intégrité physique peut avoir des répercussions au niveau du psychisme.

Pour notre travail de recherche nous avons retenu l'amputation comme complication engendrée par le diabète de type 2 (DT2) qui se manifeste généralement à l'âge adulte, est caractérisé par les lésions microangiopathiques et macroangiopathiques dues à l'effet du glucose présent dans le sang, parmi les conséquences du diabète type 2 (DT2) on compte « l'amputation » qui est une intervention chirurgicale jugée comme dernier recours de soin qui consiste en l'ablation du membre inférieur suite à une infection causée par un diabète mal régulé durant une longue période, et le sucre en circulation dans le sang provoque le resserrement des artères entraînant une perte de sensibilité nerveuse et aussi la diminution d'oxygénation empêche la cicatrisation, ce qui induit à la mort du membre d'une manière graduelle.

Le deuxième concept qu'on a retenu qui est l'image du corps est la variable la plus appropriée pour mesurer les modifications psychiques subies suite à l'amputation et des changements survenus suite à l'intervention chirurgicale, ce concept n'indique pas la pure perception visuelle mais des images mentales et des représentations inscrites dans le cortex sensoriel qui a aussi pour fonction de stocker les impressions passées qui arrivent à la conscience sous forme d'images, mais qui

Demeure souvent hors de son champ. Elles constituent des modèles organisés de nous-mêmes que nous pouvons appeler des “schémas.

Dans ce cadre L'un des objectifs principaux de notre travail de recherche sur « *image du corps chez les diabétique amputés* » est de décrire la nature de l'image du corps des diabétiques amputés, en d'autres termes d'éclairer les répercussions du diabète suivi d'une amputation chez des sujets adultes, à savoir l'impact de cette maladie sur la vie de ces patients, c'est-à-dire leurs images du corps.

Donc, pour mener à bien notre recherche, nous avons opté pour un choix de terrain assez enveloppant : le Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) de Bejaia «*Khellil AMRANE* » plus exactement au service de médecine interne et aussi à la clinique des diabétiques « beau séjours », ainsi , notre groupe de recherche comprend six cas , soigneusement et minutieusement choisi , selon des critère bien définis pour le bon déroulement de la recherche , et aussi dans le but de tester la fiabilité de l'hypothèse .

Entre autre, notre travail de recherche se compose de deux parties bien distincte, la première, la partie théorique comprend deux chapitres, le premier porte sur le diabète et l'amputation qui se subdivise en deux partie, une qui aborde des généralités sur le diabète et l'amputation séparément, et une autre qui portera sur le vécu psychologique des diabétiques et aussi le vécu psychologique des amputés, séparément aussi , le deuxième chapitre est consacré à l'image du corps, où on a rappelé les théories qui l'ont étudiés et expliqués, en accentuant sur ses étapes de développement du corps ainsi que ses composantes.

Et deuxième partie, qui se compose aussi de deux chapitres qui sont plus ou moins en association, d'où le troisième chapitre est réservé à la description du groupe de recherche, au plan méthodologique adopté dans la recherche ainsi qu'au technique utilisé à savoir, l'entretien et le rorschach , pour le dernier chapitre il se constitue de deux partie la première et consacré à la présentation des huit cas et les résultats ainsi que la description des résultats obtenu de chacun, la deuxième partie concerne l'analyse détaillée de la problématique ainsi que la discussion des résultat obtenu, pour terminer une conclusion général qui englobera tout le travail, une liste des annexes et une liste bibliographique des document utilisés

# **Partie théorique**



# **Chapitre I**

## **Diabète et amputation**

## **Préambule**

Le diabète, cette maladie chronique qui affecte toute tranche d'âge, est considéré comme étant parmi les maladies insidieuses et avec le plus de complications, et qui prend de l'ampleur de jours en jours.

A lumière de ce qui était dit nous avons consacré ce chapitre à la présentation générale de cette maladie, en évoquant un aperçu historique de la maladie puis des généralités concernant les définition et l'aspect clinique, on mentionnera les types et leur complications respectives, puis on se focalisera sur l'amputation qui est la caractéristique de nos sujets de recherche, et pour terminer on consacrera une partie au vécu psychologique du diabète et de l'amputation séparément.

### **Section 1 : Le diabète**

#### **1. Aperçu historique du diabète**

Le terme de diabète proprement dit est attribué à Demetrios d'Apnée (275 environ avant J.-C.) et dérive de « diabainen » c'est à dire «qui passe à travers » , désignant ainsi la fuite des urines qui ne sont pas retenues. Le terme latin « diabetes » est attribué à Arétée de Cappadoce (premier siècle après J.-C.) qui a aussi fait une description de la maladie. A partir du XVIIe siècle Thomas Willis (1621-1675) a reconnu la saveur sucrée des urines, et donc la glycosurie. Ce qui permet alors de distinguer au sein des polyuries le « diabetes mellitus » ou diabète sucré du diabetes insipidus ou diabète insipide. En fait, 1000 ans plutôt, le légendaire Suçruta (400 avant J.-C) a découvert la glycosurie et avait alors noté le caractère poisseux des urines et leur saveur sucrée, douée de la propriété d'attirer les fourmis, les Anglais Pool et Dobson en 1775, mettent en évidence du sucre dans les urines des diabétiques. Dès 1797, avec l'Anglais John Rollo, les premières théories métaboliques visant à expliquer le diabète voient le jour. Selon cet auteur, le sucre en excès dans les urines provient d'une transformation anormale des glucides alimentaires par l'estomac , en 1815, le chimiste français Chevreul identifie le sucre dans les urines des diabétiques comme étant du glucose, en s'appuyant Appollinaire Bouchardat (1830 à 1879) développe la diététique du diabétique, il proposa de réduire les apports énergétiques,

surtout les glucides alimentaires. En 1848, Claude Bernard démontre la fonction glycogénique du foie, et c'est grâce aux travaux d'Oscar Minkowski et Joseph Von Mehring que le rôle du pancréas fut découvert en 1886 à l'université de Strasbourg. L'ablation du pancréas (ou pancréatectomie) chez le chien est suivie d'un diabète, ce diabète étant corrigé par la greffe de pancréas, c'est le Français Emile Lancereaux qui, en 1879, distingue, le premier, le diabète maigre (appelé encore diabète juvénile, diabète insulino-dépendant ou DID, et plus tard diabète type 1) du diabète gras (ou diabète de la maturité, diabète non insulino-dépendant ou DNID, puis diabète de type 2 selon la dénomination actuelle). La première avancée est due à Salomon Berson et Rosalyn Yalow qui mettent au point en 1959 la méthode radio-immunologique et le dosage de l'insuline dans le plasma. Ce dosage permet alors de distinguer les diabètes où l'insuline fait complètement défaut (diabète de type 1 ou insulino-dépendant) de ceux dont la carence en insuline n'est que partielle (diabète de type 2 ou non insulino-dépendant), ceci progresse avec la découverte, en 1965 par Willy Gepts, de "l'insuline : c'est-à-dire de l'infiltration par des cellules immunitaires des îlots de Langerhans à la phase de début du diabète de type 1. (Peumery, 2009, p.9)

En 1974, furent découverts les auto-anticorps dirigés contre les cellules bêta. Gian Franco Botazzo du groupe de Deborah Doniach et par le groupe de James Irvine. Andrew Cudworth montre en 1976 que la prédisposition génétique au diabète de type 1 est sous la dépendance, au moins en partie, des gènes du complexe majeur d'histocompatibilité (système HLA) découvert par le Français Jean Dausset et qui lui valut le prix Nobel. La distinction des différentes formes du diabète de type 2 a tout d'abord été fondée sur des éléments cliniques (âge de début, présence ou non d'une obésité, évolution secondaire ou non vers l'insulino-dépendance, etc...) et a permis de distinguer le diabète découvert entre 40 et 60 ans voire au-delà, forme classique du diabète non insulino-dépendant survenant chez le sujet jeune, avant 25 ans ou MODY (acronyme de Maturity Onset Diabetes of the Young). Les progrès de la biologie moléculaire ont permis ensuite de commencer à distinguer des formes selon l'anomalie génétique en cause. La première découverte a été faite par Philippe Froguel en 1992. Froguel montre ainsi que dans 70 % des cas, les familles françaises de MODY sont associées à des mutations du gène codant une enzyme impliquée dans la sécrétion de l'insuline, la glucokinase. La découverte de certaines formes de diabète liées à une hérédité mitochondriale remonte également au début des années 1990. D'autres formes de diabète de type 2 liées à la mutation d'un seul gène (variétés monogéniques) ont été découvertes depuis. Le démembrement du diabète de type 2 en ses différentes formes

continue de progresser. . (Delluc ,Delluc & Roques , 2003,pp.24-25)

## 1. Définition du diabète

le diabète sucré est un syndrome regroupant un ensemble de maladie métaboliques ayant en commun une hyperglycémie , celle-ci fait suite au anomalie de sécrétion et /ou d'action de l'insuline . L'hyperglycémie est responsable à terme du développement de complications vasculaires et/ou neurologique.

Selon l'organisation mondiale de la santé(OMS), le diabète est vu comme «*une glycémie a jeun superieure a 1,26g/L a deux reprise, est suffisante pour affirmer le diagostique , il n'y a pas lieu de demander une hyperglycémie provoquée orale* ». (Grimaldi & all,2009,p.97).

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

## 2. Clinique du diagnostic du diabète sucré

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

## 3. Epidémiologie du diabète

Selon les statistiques de l'OMS datant de 2014 le nombre de personne dans le

monde atteint du diabète est de 382 millions et selon les prédictions ce chiffre passera à 592 millions en 2030. Cette épidémie qui concerne surtout le diabète type 2 est liée à plusieurs facteurs dont le vieillissement de la population, les régimes hypercaloriques, l'obésité et les changements de mode de vie dominés par la sédentarité.

Il existe une extrême hétérogénéité de la prévalence du diabète d'un pays à l'autre.

En Algérie, le diabète pose un vrai problème de santé publique de par sa prévalence et le poids de ses complications chroniques dominées par les complications cardiovasculaires, le pied diabétique, l'insuffisance rénale chronique et la rétinopathie. Il vient en deuxième position au classement des maladies chroniques, derrière l'hypertension, selon la 3<sup>e</sup> étude nationale des indications multiples. Chaque année, entre 10.000 et 20.000 nouveaux cas de diabète décelés notamment lors des campagnes de dépistage précoce.

(Guide de bonnes pratiques en diabétologie à l'usage des praticiens, 2015, p.11)

En 2017, 42.500 cas ont été jusque-là diagnostiqués chez les enfants et les adolescents en Algérie. 3800 nouveaux cas de diabète de type 1 sont apparus en Algérie en 2017 chez les enfants et adolescents de moins de 20 ans, dont 2900 cas chez les enfants et adolescents de moins de 15 ans. Statistiquement, 26 nouveaux cas de diabète de type 1 sont décelés chez les personnes de moins de 20 ans par tranche de 100.000 habitants. (Atlas du diabète de la FID huitième édition, 2017, p.31)

## **1. Les différents types du diabète**

Les différents types de diabète causent généralement les mêmes conséquences, mais leur étiologie reste à part à chacun des types, savoir la cause principale du diabète permettra de l'inscrire parmi les types existants et ainsi lui prescrire le traitement adéquat. Le risque, pour la famille ou la descendance, sera également distinct, certains diabètes ayant une forte composante génétique alors que d'autres sont le fait ou d'accidents de la vie, de plus dans des cas exceptionnels, la cause du diabète pourra être supprimée afin de revenir à des glycémies normales.

Dans ce qui suit , nous allons présenter un tableau de classification de diabète selon l’OMS .

### 5.1. Classification du diabète de l’organisation mondiale de santé

**Tableau N°1 : Classification de l’OMS (organisation mondiale de la santé)**

:

<b>Diabète type 1</b>
<p>a. auto-immun type IA</p> <p>b. idiopathique type IB (aujourd'hui étiqueté diabète de type 2 cétonurique, ou encore diabète « africain »)</p>
<b>Diabète type 2</b>
Les autres types du diabète spécifique
<p>b. défaut génétique de l'action de l'insuline (insulinorésistance de type A, /epréchaunisme...)</p>

c. diabètes pancréatiques (pancréatite, traumatisme, pancréatectomie, cancers, hémochromatose, mucoviscidose...)

d. endocrinopathies\* (acromégalie, syndrome de Cushing, glucagonome, phéochromocytome, hyperthyroïdie...)  
(Altman , Levy-dutel, & Duloux, 2012, p.6)

Le tableau ci-dessus classifie les diabètes en terme de prévalence, en partant d'en haut.

### 5.2. Diabète du type 1 5.2.1. Définition du diabète type 1

« le diabète type 1 consiste à la mort des cellules B appelée îlots pancréatique . » (Altman, Levy-dutel & Duloux, 2012, p.12)

### **5.2.2. Les Symptômes du diabète types 1**

La diminution ou l'arrêt de production de l'insuline peut provoquer certains symptômes car hormone régule le taux de sucre dans le sang , et qui permet en temps de stocker l'énergie dans les muscles , l'absence de cette Hormone entraine un taux de sucre non régulé et une hyperglycémie ce qui peut provoquer une élimination excessive d'urine, une augmentation de la soif et de la famine , une fatigue importante , une perte de poids considérée, une vision floue . (Endocrinologie et maladies métaboliques,2005)

#### **-Au stade préclinique**

Ils sont absents. L'élévation de la glycémie à jeun ou au cours d'une HPO est un événement relativement tardif dans l'histoire naturelle du type 1. On peut cependant observer dans les mois précédant l'éclosion de la maladie, une diminution de la réponse insulinaire, en particulier de sa phase précoce, au cours d'une surcharge glucosée administrée par voie intraveineuse.

#### **-Au stade clinique**

Les symptômes apparaissent brutalement, parfois à l'occasion de circonstances intercurrentes (par exemple, une infection). Il s'agit surtout d'une polyurie et d'une Polydipsie (le patient se lève plusieurs fois la nuit pour uriner et boire), d'un amaigrissement (en dépit d'une polyphagie), d'une asthénie et d'une intolérance digestive. La durée des symptômes se compte en jours ou, si le diagnostic est trop retardé, en semaines. L'évolution se fait inévitablement vers l'acidocétose si un traitement par insuline n'est pas instauré. (Buyschaert,1998, p.13)

### **5.2.3. Les cause du diabète du type 1**

Bien que la cause exacte du diabète de type 1 ne soit pas connue, les chercheurs suggèrent que l'affection s'acquiert quand un virus ou une toxine environnementale endommage le pancréas ou incite le système immunitaire à attaquer les cellules bêta du pancréas. (Guide de pratique du diabète,2013)

**-Hérédité**

Si l'on compare la transmission du diabète au sein de la famille le diabète de type 1 est beaucoup moins transmissible que le diabète de type 2, il existe certes une prédisposition génétique, mais qui reste très faible et n'est pas une fatalité.

**-l'environnement**

L'environnement est un facteur extérieur à l'organisme, considéré par fois comme un responsable pour déclencher la réaction auto-immune responsable du diabète de type 1.

Les infections virales sont des facteurs mal compris et connus de la communauté scientifique, certains virus ont été retrouvés, de façon exceptionnelles, dans le pancréas de personnes ayant un diabète de type 1.

L'amélioration de l'hygiène augmente les possibilités d'atteinte du diabète de type 1, une faible exposition à des agents infectieux conduirait à une immunité plus faible. (Buysschaert, 1998, pp.11-12).

Le rôle des facteurs nutritionnels fait l'objet de nombreuses études comme l'introduction précoce des protéines du lait de vache ou l'introduction précoce du gluten. (Endocrinologie Nutrition, 2015).

**5.2.4. Les risques du diabète de type 1**

Si on n'apporte pas rapidement de l'insuline à l'organisme qui n'en produit plus, le déstockage des graisses va entraîner la production de composés toxiques, notamment l'acétone. Cette acétone acidifie le sang, causant des symptômes qui

vont aller en s'aggravant : nausées, perte d'appétit, vomissements, difficultés respiratoires, déshydratation, acidification du sang, coma. (Altman, Levy-dutel, & Duloux, 2012, P.12).

**5.2.5. Traitement du diabète de type 1**

L'insuline étant indispensable à la vie et le diabétique de type 1 n'en produisant plus, le traitement est inévitablement de l'insuline les comprimés ne fonctionnent



pas. (Altman, Levy-dutel, & Duloux,2012,p.13).

### **-Traitement révolutionnaire**

### **-Traitement par voie mécanique**

Dans la forme la plus aboutie, il s'agit d'un pancréas artificiel. Celui-ci comprend plusieurs parties : un capteur va « lire » la glycémie en permanence au niveau du tissu sous-cutané, il sera relié à un réservoir d'insuline lui-même actionné par un moteur.

### **-Traitement par Voie biologique**

Quand un organe est déficient, on peut imaginer le remplacer en lui greffant un organe semblable. Les greffes sont au point depuis plusieurs dizaines d'années pour de nombreux organes. (Guide de pratique du diabète,2013)

## **Le Diabète type 2**

Le diabète de type 2 qu'on appelait auparavant « *diabète non insulino-dépendant* » est le plus fréquent des diabètes sucrés. Le nombre de patients présentant ce type de diabète augmente constamment dans le monde, de façon tellement importante que l'on parle souvent d'épidémie ou de pandémie »de diabète. Bien sûr, il ne s'agit pas d'une maladie contagieuse, mais les modifications de nos modes de vie font que cette maladie apparaît chez de plus en plus de personnes, et de plus en plus jeunes.

### **5.3.1. Définition du diabète type 2**

« *c'est un diabète sucré dont le traitement comporte régime antidiabétique par voie orale* ». (Delmare,2009,p.243).

### **5.3.2. Les symptômes du diabète de type 2**

Il s'agit donc d'une maladie insidieuse, qui peut être présente pendant dix à

vingt ans sans être remarquée quand les symptômes apparaissent, c'est bien souvent quand le diabète a provoqué des complications et c'est à ce moment important qu'on assiste à une série de symptômes tels que :

Une incitation à uriner fréquemment, surtout la nuit, les reins produisent une très grande quantité d'urine dans une tentative d'éliminer l'excès de glucose dans le sang, Une augmentation de la faim et de la soif avec le sentiment de la bouche sèche, somnolence excessive, surtout après les repas Une vision floue Des infections bactériennes ou fongiques récurrentes. (Grand livre du diabète,2012).

### 5.3.3. Les causes du diabète de type 2

Le diabète de type 2 a une forte composante familiale : certaines familles ont des gènes de prédisposition au diabète. Il ne s'agit pas d'un seul gène qui provoquerait le diabète, mais d'un ensemble de gènes qui favorise son apparition dans certaines circonstances voir le tableau ci-dessous. .

**Tableau N°02 : démontrant les facteurs de risque du diabète de type 2 .**

<i>Facteurs de risque</i>	<i>Pourquoi ?</i>	<i>Que faire pour prévenir le diabète de type 2</i>
L'Age	Avec les années, le pancréas fabrique de moins en moins d'insuline.	On ne peut pas rajeunir... mais il est important que le médecin traitant surveille le taux de sucre plus souvent lorsque l'on avance en âge.
Le surpoids	Le corps a besoin de plus d'insuline quand on est en surpoids. De plus, l'insuline fonctionne moins bien (insulino résistance). Quand on est obèse, le risque de diabète est multiplié par six.	Ne pas grossir. Ne pas faire de régimes inadaptés Si l'on a trop de poids, améliorer son hygiène de vie pour stabiliser son poids, puis perdre progressivement quelques kilos.

La sédentarité	Un manque d'efforts physiques augmente la résistance à l'insuline et diminue la consommation de glucose.	Augmenter son activité de tous les jours : préférer les escaliers aux ascenseurs et escaliers roulants faire à pied le plus possible de Déplacements, notamment pour les petites courses
Une alimentation déséquilibrée	Un excès de graisses, un manque de fruits et de légumes favorisent la résistance à l'insulin.	Augmenter ses dépenses physiques ; promenades ardinage, gymnastique, sport.-Objectif au moins 30 minutes d'activité physique tous les jours
Une hyperglycémie modérée à jeun (0 1,10 g/l) ou une intolérance au glucose 01,40 g/l après une charge en glucose)	Appelée parfois « pré diabète », il s'agit le plus souvent du développement progressif d'un diabète de type 2	Ne pas grignoter, faire 3 repas par jour (avec une collation éventuelle). Manger 5 fruits et légumes par jour, des féculents et un produit laitier à chaque repas, de la viande avec modération, du poisson au moins 2 fois par semaine et Avoir la main légère sur les corps gras et le sel.
Certains médicaments .	Certains médicaments sont très efficaces et utiles, mais ont des effets indésirables.	Dépister régulièrement le diabète par une prise de sang annuelle, dès que l'on a une anomalie de sontaux de sucre (pensez-y si un médecin vous a parlé de taux de sucre « limite », de glycémie « à surveiller »). Faire connaître à son médecin si l'on est à risque de diabète.
La grossesse	Les besoins en insuline augmentent de façon majeure avec la grossesse (voir le chapitre«Diabètegestationnel»	Établir avec son gynécologue le rythme de surveillance : le plus souvent un contrôle de la prise de sang au 1er trimestre de la grossesse.

(Altman, Levy-dutel & duloux,2012, pp.17-18)

Dans ce tableau on explique les facteurs de risques du diabète type 2 et quoi faire pour l'évité.

### **-Le facteur métabolique**

Ce syndrome est défini par plusieurs critère la surcharge pondérale l'hypertension artérielle et le travail avec des anomalies sanguines dans la glycémie a jeun et les taux de triglycérides et de cholestérol HDL. Le dépistage des personnes qui souffrent de ce syndrome régulièrement pour le diabète, tous les trois ans. Dans le cas de l'hyperglycémie à jeun, le médecin décrit les examens chaque année. En l'absence de traitement le risque de syndrome métabolique de développé le diabète de type 2.(Grand livre du diabète,2012).

### **-L'hérédité**

Il existe un contexte héréditaire très riche : des antécédents familiaux de type 2 sont retrouvés chez plus de la moitié des patients ; à l'inverse, le risque de devenir soi-même diabétique, si l'on a un parent diabétique de type 2, est d'environ 40 96. Quant aux études de jumeaux monozygotes, elles montrent une concordance de plus de 90 %. On observe aussi une fréquence variable de la maladie au sein de différents groupes ethniques vivant dans un environnement sociogéographique identique cependant Le mode de transmission de la maladie reste encore mal connu. (Buysschaert,1998, p.16)

### **-L'environnement**

L'influence des facteurs d'environnement est bien mise en évidence par les études de migrants comparant la fréquence du type 2 entre sujets de même origine ethnique, restés dans leur zone géographique d'origine pour les uns et ayant migré à travers les frontières (ou les océans) ou de la campagne vers la ville pour les autres. De nombreux travaux ont contribué à identifier différents facteurs prédisposant à la survenue d'un type 2. Nous allons les passer en revue brièvement. L'obésité est reconnue depuis longtemps comme un important facteur de risque de type 2. Les

études prospectives montrant que la distribution abdominale de la graisse, reflétée par l'augmentation du rapport tour de taille/tour de hanches était prédictive du type 2 dans les 2 sexes. L'association de ces anomalies métaboliques semble s'articuler autour du phénomène d'insulino résistance qui pourrait également entraîner une hypertension artérielle. (Buysschaert,1998, p.17).

#### **5.3.4. Les risques et complication du diabète de type 2**

À court terme, un diabète très déséquilibré\* peut entraîner fatigue, déshydratation et altération de l'état général. Les risques essentiels sont ceux des complications.

à long terme, telle que les complications vasculaires, ophtalmologique, reins et voies urinaires, système nerveux, site infectieux, artère et pied, cardiaque, trouble d'ordre sexuelle, les atteintes cutanées, complication articulaire, problème dentaire, troubles d'ordre psychologique. (Altman, Levy-dutel & Duloux,2012, p.18)

#### **5.3.5. Traitement du diabète type 2**

Le premier traitement est ce que l'on appelle les mesures hygiéno-diététiques . Le traitement de deuxième ligne est constitué par les médicaments en comprimés, appelés les antidiabétiques oraux. Le médecin a plusieurs familles de médicaments à sa disposition, qu'il associera si besoin pour établir pour chaque patient un traitement personnalisé.

Troisième ligne de traitement, les médicaments injectables tels que Glucophage ou Glumetza ou bien Les médicaments augmentant la sécrétion d'insuline comme Diabeta, Diamicron .(Guérir le diabète de type 2 ,2012)

### **5.4. Les autres types du diabète**

#### **-le diabète gestationnel**

le diabète gestationnel est un taux de sucre dans le sang trop élevé diagnostiqué pendant la grossesse. Il n'existait pas avant la grossesse (ou était méconnu). (Guérir

le diabète de type 2 ,2012)

### **-Les diabètes pancréatiques**

On appelle diabète pancréatique tout diabète provoqué par une atteinte directe du pancréas (non auto-immune), qui va détruire ou supprimer les cellules productrices d'insuline, présente uniquement dans cet organe. ( Altman,Levy- dutel & duloux,2012,p.21)

### **-le diabète mitochondrial**

Il s'agit des diabètes héréditaires, d'un défaut du fonctionnement des mitochondrie qui sont des granule du cytoplasme, indispensable aux réactions énergétiques de la cellule, une microscopique usines permettant de multiple fonctions des tissus a l'intérieur même des cellules, les diabète mitochondriaux sont de transmission maternelle, un homme ne pourra pas le transmettre à ses enfants. (Altman,Levy-dutel & duloux,2012,p.22)

### **-Les diabète MODY ( maturity onset diabètes of the young )**

L'acronyme anglais MODY signifie diabète de la maturité apparaissant chez le jeune Cette description évoquait des diabètes inhabituels. qui apparaissaient chez le jeune adulte mais sans symptôme évocateur d'un diabète de type 1. Les diabètes de type MODY étaient découverts par hasard sur une prise de sang, comme un diabète de type 2. Mais chez des personnes souvent jeunes et minces. et donc priori risquant peu de développer ce type de diabète.(Buysschaert,1998,p.29)

## **Section 2 : L'amputation**

L'atteinte des nerfs neuropathique Elle se développe progressivement après plusieurs années d'un diabète insuffisamment équilibré. Les nerfs le plus fréquemment atteints sont ceux des pieds, tout simplement parce que ce sont les fibres nerveuses les plus longues : si on imagine les nerfs comme un câblage électrique qui part de l'intérieur de la colonne vertébrale (la moelle épinière), on voit bien que le câble est plus long pour atteindre le pied que la main ou les oreilles.

## **1. Infection du pied diabétique**

L'infection se définit par « *une invasion tissulaire avec multiplication de micro-organismes entraînant des dégâts tissulaires avec ou sans réponse inflammatoire de l'organisme.* » L'infection du pied diabétique est le plus souvent secondaire à une plaie cutanée contiguë du pied. Le diagnostic de l'infection du pied diabétique est clinique et non microbiologique. La présence de bactéries sur une plaie ne signifie pas qu'elle soit infectée. L'infection doit être distinguée de la colonisation bactérienne de la plaie.

## **2. Les types de plaies diabétiques**

### **2.1 Plaie neuropathique**

L'infection du pied diabétique est habituellement la conséquence de la survenue d'une plaie sur un pied le plus souvent insensible en raison de la neuropathie diabétique. Cette absence de symptôme douloureux entraîne un retard de diagnostic et de prise en charge de la plaie trop longtemps négligée par les patients. Cette plaie a une origine mécanique, micro-traumatique et survient la plupart du temps dans des circonstances banales de la vie courante, ce qui à l'indolence contribue à leur banalisation.

### **2.2 Plaie neuro-ischémique ou ischémique**

Le deuxième facteur de risque de plaie est l'artériopathie qui est associée à une neuropathie dans la moitié des CECS lors de plaie chronique. La plaie s'infecte

plus facilement en raison de la mauvaise perfusion distale du pied. (Guide de pratique du diabète, 2009)

## **1. Les facteurs de risque**

Les facteurs de risque sont la polyneuropathie périphérique « affection des nerfs localisés dans le système nerveux périphérique, l'artériopathie obstructive des

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

## **2. Diagnostic du pied diabétique**

### **Composante neuropathique**

#### **-Lésion dermatologique**

Au niveau des points d'appui du sol et Cal puis décollement cutané indolore, Plus typiquement, donc ulcération atone, arrondie, abords nets et indolore.

#### **-Pied neuropathique**

Déficit sensitif et proprioceptif suivis d'un réflexe ostéo-tendineux absents et aussi avec les sensations de pied chaud, hyper pulsatile, avec veine saillantes et sécheresse cutanée.

### **Composante artérielle**

#### **-Lésion dermatologique**

Ulcère à fond généralement sale particulièrement douloureux au niveau du traumatisme et les 4 stades classiques de l'AOMO sont souvent masqués par la neuropathie

#### **-Pied ischémique**

Orteils glacés, décharnés avec peau fine et pâle Ongles épais, dystrophique, dépilation



## **La surinfection**

-Tout d'abord il y'a des infections superficielles dont la gravité initiale est modérée mais dont le caractère superficiel doit être affirmé après avoir éliminé une extension en profondeur, il faut donc connaitre les critères des infections profonde et en particulier, de l'ostéite, souvent asymptomatique. (Pied diabétique,1997)

## **3. Les différentes atteintes**

### **3.1 Atteinte motrice**

L'atteinte motrice est plus rare. Elle est responsable d'une amyotrophie des muscles interosseux et d'un déséquilibre entre les muscles fléchisseurs et extenseurs. Associée une perte de mobilité articulaire, elle aboutit à la formation de pieds creux, de griffes d'orteils.

### **3.2 Atteinte végétative**

L'atteinte autonome se traduit par une perte de la sudation des pieds avec fissuration, dilatation des artères et des veines qui entraîneraient une fragilité Osseuse, une hyperpulsatilité, des œdèmes. (Havan,2008, p58 )

### **3.3 Aspect clinique des atteintes**

La neuropathie clinique peut être chronique, douloureuse, avec des symptômes souvent nocturnes, ou, beaucoup plus rarement, se manifeste par des douleurs aiguës. Trois types de douleurs neuropathiques diabétiques sont décrits, dysesthésies, paresthésies, douleurs musculaires. (Havan,2008, p.58)

## **4. Traitement des plaies diabétique**

### **-Pansements à l'argent**

L'argent est un antiseptique local qui entre actuellement dans la composition

de beaucoup de classes de pansements (tulle imprégné de sulfadiazine argentique, hydromcolloïdes, hydromcellulaires, hydrofibres, charbon, acide hyaluronique. Ils présentent une activité bactéricide sur certains germes comme le staphylocoque doré et le pyocyanique.

### **-Pansements iodés**

L'iode est un antiseptique très ancien. Il entre dans la composition de la Bétadine solution moussante, dermique ou en gel, ou du Bétadine tulle.

### **-Pansements interfaces**

Leur mode d'action est d'éviter le dessèchement de la plaie. Ces pansements sont peu absorbants, neutres et non adhérents sauf les tulles. Cela en fait un excellent modèle de tolérance cutanée et parfaitement indiqué, par leur innocuité, aux plaies du pied diabétique toutes les phases de la cicatrisation.

### **-Pansements hydrogels**

Ils ont pour fonction l'hydratation des plaies. Ils existent sous forme de compresses, de plaques ou de tube de gel. Ils sont indiqués pour la déterision et les plaies peu exsudatives avec zones de nécrose ou de fibrine sèches.

### **-Pansements alginates**

Ce sont des polymères naturels obtenus partir d'algues marines brunes, Leurs indications dans le pied diabétique est la plaie exsudative au stade de déterision ou de bourgeonnement ou d'infection. (Havan, 2008, p.153).

## **5. L'amputation comme dernier recours**

### **5.1 Définition de l'amputation**

l'amputation se définit comme « *une séparation brutale, accidentelle Ou*

*chirurgicale. Du restant du corps, d'un membre ou de l'extrémité d'un membre»* (Semler-Collery, Buisson-Marchal, Lignon, & Soyer, 2013, p.80). Plus spécifiquement Selon. « *L'amputation chirurgicale est un acte de dernier recours et souvent entrepris dans un contexte d'urgence. Cependant différentes chirurgies vasculaires et traumatiques chez l'amputé être effectuées avant cette ultime décision»*(Semley-Collery,&al.2013,p.93).

### **5.2 Définition du membre inférieur**

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

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

- **Amputation traumatique**

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

- Amputation non traumatique**

L'amputation est définie par l'ablation d'un membre ou d'un segment de membre ou bien le retranchement important d'un élément faisant parti d'un tout. L'amputation majeure d'un Membre inférieur implique un sacrifice talonnier, l'amputation semble inévitable et elle représente généralement la dernière voie possible après de nombreux traitements médicaux inscrits dans le cadre d'une maladie chronique qui résistent aux médicaments ou la chirurgieLes type d'amputation. (Orthopédie, traumatologie,2008).

## **6. Les Types d'amputations 8 .1 Amputation mineur**

Amputation d'orteils ou partielle d'orteils Il faut privilégier la résection la plus

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

## **8.2 Amputation majeurs**

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

## **7. Nécessité d'amputé**

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

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

### **Section 3 : Le vécu psychologique du diabète et l'amputation**

#### **A. Le vécu psychologique du diabète**

##### **1. Annonce du diagnostic du diabète**

L'annonce d'un diagnostic déclenche une série de perturbation chez le patient tout comme la famille de ce dernier, cela varié selon le sexe et l'Age, les repostes de l'individu diagnostiqué chronique, ils ont décrit deux type de stratégie face au choc de la maladie de l'annonce de la maladie chronique, une stratégie de confrontation basée sur un processus de deuil, qui finirait par une phase d'acceptation et d'adaptation à la maladie chronique, et une stratégie d'évitement caractérisée par l'angoisse et qui conduirait le patient à une attitude marquée par la résignation et la dépression. (Lacroix & Barrier, 2009, p.22)

##### **1.1. Les règles générales de l'annonce d'une maladie grave**

- L'annonce doit être réalisé dans un endroit calme et isolé
- Le médecin qui la réalise est formé au technique de communication psychologique.
- Le médecin doit dégager du temps pour l'annonce en évitant d'être déranger
- Le médecin doit proposer au patient d'être accompagné par un de ses proches s'il le souhaite, par un membre de la famille ou la personne de confiance.
- L'annonce par le médecin doit prendre en compte les caractéristiques de chaque patient
- Social : entourage familiale, mode de vie, environnement professionnel, niveau socioéconomique, niveau intellectuel
- Religieuse : Affective et psychiatrique : mécanismes de défense évidents, traits de personnalité.
- L'annonce elle-même s'effectue sur un mode empathique en ménageant des moments de silence avec question ouvertes et reformulations.

-Le vocabulaire employé doit être adapté au niveau de compréhension du patient .

-A demander au patient s'il a bien compris.

-L'annonce doit être progressive et comporte une information sur le diagnostic, la stratégie thérapeutique les modalités de suivi et de prise en charge et si le patient le souhaite un pronostic

-Ne jamais donner de faux espoir aux patients. La relation médecin malade est souvent déterminée par l'information délivrée lors de la première consultation ou de la consultation d'annonce. (Cancérologie,2011)

## **2. L'effraction psychique**

Selon Hélène Broques, apprendre que l'on est touché d'une maladie mortelle est un choc qui « s'accompagne du sentiment que la vie s'arrête ». Du point de vue psychique, cet Instant est vécu plus ou moins comme sa propre mort. La conscience intellectuelle que l'être humain a de sa finitude est sans rapport avec son appréhension lorsqu'il est confronté, à titre personnel et à un moment précis, à l'idée de La mort. L'effraction psychique est d'autant plus violente que la Surprise causée par l'annonce du diagnostic est grande. (Francquin, 2012, p.41)

## **3. Le vécu psychologique des diabétiques**

Toutes personne atteinte par une maladie jugé néfaste pour le corps, passe par un processus psychologique complexe, au moment où la personne aie connaissance de sa maladie Pedinielli (2005) suppose que le sujet passe un cycle en forme de phase avant d'accepté la maladie qui est similaire au deuil qu'on peut retrouver chez la majorité des personne atteinte .

### **-Phase du refus au d'isolement**

Cette phase est primordiale car elle offre le but d'appréhendé le caractère

néfaste de la maladie sur l'organisme.

### **-Phase de colère**

Elle est jointe dans la majorité des cas à la question « pour quoi moi » et a des comportements d'agressivité vis-à-vis le corps médical.

### **-Marchandage**

Le sentiment d'impuissance éprouvé par le malade le pousse à tisser des liens avec le corps médical et renouer ces liens avec dieu.

### **-Phase de dépression**

Ici le mot dépression n'indique pas la pathologie en elle-même mais il renvoie à deux aspects bien décrits par Pedinielli à savoir la dépression réactionnelle et le chagrin préparatoire.

### **-Phase d'acceptation**

C'est une phase transitoire ressemblant à une acceptation de la maladie chronique mais le patient n'éprouve aucun sentiment vis-à-vis sa maladie.

### **-Phase d'espoir**

Le sentiment d'espoir est omniprésent dans toutes les phases mais en proportion déficiente.

### **-Le deuil**

L'assimilation d'un nouveau comportement face à la maladie chronique n'aura pas lieu sans le deuil, selon Lacroix (2009) le fait de faire le deuil de sa «bonne santé» est une nécessité pour que le patient puisse consentir à vivre selon son nouvel état de santé, le deuil évolue selon trois phases :

### **-La phase initiale : phase d'impact ou phase de détresse**

Elle est caractérisée par des réactions de stupeur, de sidération et d'hébétéude

conduisant parfois à un déni de la perte des troubles de l'attention ou une désorientation peuvent être présent et des troubles de comportement apparaissent tel que l'insomnie, anorexie, agressivité ou en contraire repli sur soi et des symptôme neurovégétative d'anxiété peuvent être constatés : tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur.

### **-La phase dépressive**

Cette phase est la plus longue elle dure plusieurs semaines arrivant a six mois elle se manifeste par des symptôme typique de dépression :

Psychologique : tristesse sentiment de culpabilité, anxiété, sentiment de solitude, colère désespoir.

Somatique : pleure, insomnie réveil nocturne, trouble de l'appétit.

### **-La phase d'adaptation**

Elle débute généralement six mois après la perte, elle se caractérise par une adaptation à la perte santé seine, et reprise des activités habituelles, réadaptation sociale, cette phase est donc marquée par le retour à un fonctionnement normal de l'individu.

### **-Facteur favorisant du deuil**

- Trouble de la personnalité.
- Antécédents psychiatriques (dépression).
- Isolement social.
- Age extrême (sujet jeune ou vieux).
- Circonstances violentes ou dramatiques du décès.
- Absence de réaction émotionnelle à l'annonce du diagnostic.
- Persistance de la phase d'impact au-delà de 15 jours. (Santé publique, 2014)



## **4. Mécanismes de défenses et d'adaptation**

Dans tous les cas, l'arrivée de la maladie forme un événement ni choisi ni désiré, qui annonce la pensée d'interventions, de menaces parfois vitales et dont les rebondissements au plan émotionnel sont capitaux quant à l'adaptation de la personne elle-même à son inédite situation, Le sujet utilise inconsciemment et involontairement certains mécanismes de défense face à l'effraction psychique de la maladie, Ils servent à protéger la conscience d'une émotion douloureuse ou inacceptable. Ils ont pour objectif la réduction de tensions psychiques, A, Freud 1936 avais proposé une définition approprier aux mécanisme de défense Les mécanismes de défense représentent la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions ,ils apparaissent face à un moment de souffrance de stress ou de peur, leur existence remonte le plus souvent beaucoup plus loin dans l'histoire de notre vie, ils se mettent même en place de manière active ou virtuelle dès notre naissance.

### **4.1 Les mécanismes de défenses utilisé**

Les personnes diabétiques avec dont nous venons en contact pour les soins sont dans une étape difficile de leur vie, quand ce n'est pas dans un véritable état de crise. Elles souffrent dans leur corps ou dans leur affectivité, elles sont anxieuses, elles ont peur, elles sont parfois même désespérées et suicidaires, à ce moment le moi intervient en utilisant toute sorte de mécanisme afin de gardé l'intégrité psychique de la personne, on site :

#### **-Le déni**

L'un des premiers mécanismes de défense que manifeste chez les diabétiques est le déni. Évidemment, comme toute personne qui apprend une telle nouvelle, il ne peut l'assimiler à son champ cognitif et la nie. C'est pourquoi, en dépit de symptôme, il agit comme si les symptômes de la maladie n'existaient pas, dans le but de protégé la personne d'une réalité jugée désagréable en refusant d'en admettre l'existence.

**-L'évitement**

C'est une réaction très voisine de la dénégation, puisque par ce mécanisme également, il se cache la réalité difficile de son diabète en essayant de ne pas penser à ce qui lui arrive et de ne pas en parler avec ses proches. Et, ce qui est plus grave, est qu'il risque aussi alors, de se laisser tenter de ne rien faire. Il cherche toutes sortes de moyens de diversion, se détournant de tout ce qui peut lui rappeler la maladie, par exemple le contact avec des gens souffrant du même problème, des émissions de télé ou des livres qui en traitent, donc la personne s'arrange pour éviter tout contact avec des personnes des livres ou des émissions qui ont un lien avec la maladie du diabète, dans le but de caché la réalité et de ne pas y pensé où d'en parler.

**-L'isolation**

Afin de ne pas être touché par l'angoisse que lui cause sa maladie, il réagit par l'isolation. C'est un mécanisme de défense qui consiste à séparer une pensée ou un comportement de son caractère émotif et à couper les connexions avec d'autres pensées perturbatrices ou avec d'autres expériences de la vie de la personne qui pourraient y être reliées. Le malade parle de sa pathologie ou de la situation avec une apparente quiétude dépourvue de toute émotion. L'angoisse ainsi contrôlée

permet de diviser la réalité de tout support affectif et de parler apparemment avec détachement. (Dictionnaire de la psychanalyse,1998)

**-La projection**

Désirant de se délivrer des repentances qui le tourmentent face à sa maladie, la patient utilise un autre mécanisme de défense, la projection, La réalité a été assimilée mais le malade garantis sa protection par un mode de plainte combattive rendant l'entourage coupable de tous les malheurs. Le médecin devient souvent la cible privilégiée de l'agressivité : il est tenu pour responsable et/ou incompetent.

**-La régression**

C'est une réaction de défense infantile de protection, de passivité et de renoncement à la dépendance par rapport à l'entourage qui est jointe souvent dans la

maladie. Dans cet état, le malade a un penchant à reporter sur l'infirmière son besoin d'attention et de consolation et il trouve bien bon de recevoir des visites siens. Ce mécanisme de régression lui procure non seulement la chaleur moelleuse du rapport avec le personnel et avec ses proches, mais il lui procure en même temps, sécurité et plaisir.

### **-Le clivage**

Le clivage, est ce mécanisme qui sous l'influence de l'angoisse, opine au sujet de n'accepter, à la fois, que les côtés négatifs ou les côtés positifs d'une situation, alors que ces deux aspects coexistent en même temps.

### **-La sublimation**

La sublimation est un autre mécanisme de défense fréquemment présent dans la pathologie diabétique en raison de la gravité et de la signification morbide de cette maladie, elle permet d'accumuler des impulsions éventuellement inadaptées vers des comportements socialement acceptables.

### **-La formation réactionnelle**

C'est un mécanisme utilisé par la personne qui manifeste extérieurement une manière d'être contraire à ce qu'elle est ou ressent. Par exemple, la personne qui s'estime moins facilement et manque de confiance en elle-même peut, par

formation réactionnelle, manifester une superbe assurance et même se vanter de certaines qualités.

### **•déplacement**

Le malade déplace l'émotion et la peine sur un autre problème lié à la maladie, Il consiste à diriger nos émotions, notre agressivité, notre colère vers des personnes moins impressionnantes ou moins menaçantes que celles qui les ont suscitées.

(Bergeret ,1972)

## **B. Le vécu psychologique de l'amputation**

### **1. Annonce de l'amputation**

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

### **2. Le choc de l'annonce**

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

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

### **3. Répercussion psychique de l'amputation (image du corps et schéma corporel altéré)**

Lors de l'amputation l'image corporelle ainsi que le schéma corporel que l'individu a développé depuis son enfance, se voie altéré et ceci diffère d'un

sujet a un autre , la perte d'un membre inférieur ( orteil, pied ) amène la psyché de l'individu a modifié d'une manière instantané suite à un processus d'adaptation la structure du schéma corporel ainsi de l'image de corps, le processus d'adaptation amène le patient a refoulé la partie malade et jugé néfaste pour l'intégralité du corps

et s'intégrer plus naturellement à la vie sociale sans occulter les autres difficultés liées à son handicap .

Concernant l'image corporelle, le sujet dépossédé d'une partie de son corps ne se reconnaît plus et se perçoit d'une façon négative, pour une période indéterminée. Un jugement défavorable envers lui-même peut alors le mener à une dévalorisation de son identité.

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

#### **4. Le deuil du membre**

Le deuil est défini comme « *une réaction affective très forte à un événement majeur de la vie chez la personne qui vit la perte d'un être cher, d'une fonction importante de son corps, d'un membre, de son autonomie personnelle, de sa vie, de son couple ou de son travail.* » (Phaneuf, 2016, p.04)

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

Elizabeth Kubler-Ross en se basant sur l'analyse du comportement de personnes mourantes puis par extension vers leur famille établit un modèle de deuil en cinq étapes.

##### **- Le déni**

La patient étant amputé refuse de faire à la réalité cette étape est généralement

caractérisé par une courte durée.

### **-\_L'agressivité et la révolte**

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

### **-\_Le marchandage**

Le sujet se projette dans l'avenir essayant d'assimilé sa situation nouvelle

Il rentre en négociation avec son entourage et le personnel soignant :  
«*Comment trouver un arrangement avec le changement?* ».

### **-La dépression**

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

### **-L'acceptation**

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

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

(Sur le chagrin et sur le deuil ,2011)

## **5. Le membre fantôme**

Les phénomènes de membre fantôme incluent la conscience persistante du membre amputé ainsi que des sensations sensorielles ou kinesthésiques spécifiques référées au membre manquant et sont perçus par presque tous les amputés (S, Devor,

Jones & Marbach, 1996, p.23).

Les sensations fantômes peuvent être spontanées ou suscitées par des apports sensoriels provenant des parties du corps existantes (Hunter, Katz & Davis, 2005, p.06).

Les sensations rapportées par les amputés peuvent être diverses et peuvent inclure des sensations de chaleur ou de froid, des démangeaisons, des picotements, des sensations électriques, et dans certains cas des sensations désagréables ou douloureuses (c'est-à-dire "douleur de membre fantôme").

### 5.1 Aperçu historique du membre fantôme

Ce phénomène, déjà remarqué dès le 17<sup>e</sup> siècle par Ambroise Paré et par Descartes, a été solidement confirmé aux 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles par les observations sur les blessés de la guerre de Sécession par Weir Mitchell et ceux des deux dernières guerres mondiales par de nombreux neurologistes contemporains dont Goldstein et Lhermitte. Ce casse manifeste chez les amputés d'un bras ou bien pied, ceux-ci, paradoxalement continue malgré l'amputation, à le sentir existant. Une des observations les plus curieuses est celle de cet amputé, ancien excellent cavalier, qui, montant à nouveau cheval, s'imagine tenir fermement la bride avec sa main amputée et se met simultanément à frapper l'animal de sa cravache tenue dans l'autre main ; il est alors, comme on le devine, déséquilibré et précipité au bas de son cheval. Un autre amputé de la main avait, au cours des repas, une telle sensation de tenir sa fourchette par cette main absente et, par conséquent, une illusion si pénible qu'il en perdait l'appétit ou ne pouvait digérer. (Bernaud, 1995, p.23)

### 5.2 Les cause du membre fantôme

Le membre fantôme provient d'une brûlure à l'extrémité du nerf scindé, mais la source principale du phénomène remonte belle et bien au cerveau, dans une zone bien précise appelée « *cortex somato sensoriel* » qui reçoit des informations provenant de la surface du corps par l'intermédiaire de neurones relais et de neurones sensitifs, ou notre schéma corporel est bien imprimé, à l'aide des voies nerveuse afférente qui crayonne une carte du corps.

En cas de syndrome du membre fantôme, il y a une mauvaise réorganisation de

cette carte : au lieu de perdre peu à peu la représentation et la sensation du membre absent, celle-ci persiste, et elle peut provenir du membre survivant opposé. (Bernaud,1995, p.25)

### **5.3. Douleur fantôme**

Un phénomène caractérisé par l'expérience de la douleur, de l'inconfort ou d'une autre sensation dans la région d'un membre ou d'une autre partie du corps manquante, comme un sein.

Il est important de souligner que la douleur est réellement ressentie, ses effets peuvent même être observés par examen cérébral.

La grande quantité de recherche au cours des dernières décennies a considérablement ajouté à notre connaissance de la douleur des membres fantômes. Plusieurs facteurs, y compris le site d'amputation ou la présence d'une douleur de préaccoutumance, ont été trouvés en corrélation positive avec le développement de la douleur du membre fantôme. (Phantom limb pain,1998).

## **Synthèse**

Le diabète constitue un fléau de santé touchant toutes les sociétés sans exception, dont la prévalence prend de l'ampleur de jours en jours, dont son impact est défini par son aspect néfaste qui se développe graduellement au fil du temps.

Nous avons consacré le chapitre suivant en guise d'associabilité à « *l'image du corps* », nettement adéquate pour vérifier l'impact de l'amputation sur la psyché.



# **Chapitre II**

## **Image du corps**

## Préambule

Le concept psychanalytique de l'image du corps est très difficile à cerner et définir, il a été abordé par plusieurs psychanalyste post freudien afin d'en préciser la nature, dans ce chapitre, on abordera les définitions de l'image du corps et les concepts avoisinants, aussi on évoquera la composition libidinale de l'image du corps ainsi que son évolution et les différents points de vu des psychanalystes qui l'ont traité, et aussi différent dimension d'usage du concept image du corps.

### 1. Image du corps « psychanalyse classique »

Depuis Freud, il est rare que les psychanalystes n'aient pas été Impressionné par la centralité des sentiments et des fantasmes du corps. C'est vrai, d'abord tout, parce que la théorie de la libido de Freud, avec ses étapes orales, anales et génitales, Fondamentalement, une déclaration de la façon dont l'attention et le comportement sont présumés médiée par des signaux liés à certaines zones corporelles majeures infusées Comme l'a noté alcady, ce modèle de libido a servi de cadre à Corps La théorisation de Schilder. Une deuxième raison pour laquelle les psychanalystes ont été attirée l'expérience découle du fait que leur approche d'enquête repose presque.

Entièrement sur l'examen attentif des patients de leur propre flux de pensées et de sentiments ; et un tel examen révèle inévitablement toutes sortes de préoccupations et de distorsions relatives à son propre corps. Comme on le sait, Freud lui-même a commenté dans *L'ego et l'identité* (1927) que « *l'ego est avant tout un ego corporel* » (p.31) .Si on regarde les détails de ses principales formulations théoriques, on trouve des corps Pour en prendre quelques-uns au hasard, on a dit que "l'anxiété de castration" était l'agent de résolution du complexe d'Edipe chez les mâles, et que "l'équation pénis-bébé" était représentée comme servant La paranoïa était censée représenter la projection d'impulsions anales (homosexuelles), l'hystérie impliquait la génitalisation symbolique des aires corporelles non-génitales, et ainsi de suite. Le Freud originel, contrairement aux néo-freudiens, représentait constamment les choses dans la langue d'imagerie corporelle.

Un certain nombre des disciples et des apostats exceptionnels de Freud ont construit des addendas de corps-image à la théorie. Ainsi, de nombreuses descriptions de la dynamique de la personnalité d'Alfred Adler fourmillent de références implicites à l'expérience du corps. Clairement, sa théorie selon laquelle

La névrose et les autres aspects de l'inadaptation sont des stratégies pour compenser l'infériorité des organes a de fortes connotations d'image corporelle. À propos de ce point, Fisher et Cleveland, ont noté

*« Adler a indiqué que lorsqu'un individu a un morphologique inférieur ou un organe inférieur à la normale pour des raisons fonctionnelles, l'individu développe des sentiments généralisés d'infériorité et doit compenser le "défaut" par l'utilisation d'un autre organe ou par l'utilisation intensive de l'organe inférieur lui-même. Adler ne dit-il pas vraiment que lorsque l'individu perçoit un aspect de son corps comme inférieur, il a généralisé cette infériorité à son concept total de Lui-même Un organe dans le système du corps entier prend une importance exagérée et la taille par rapport au reste du schéma du corps et exerce une généralisée effet de distorsion. »* (Fisher & Cleveland, 1968, pp. 46-47)

Alors que la plupart des autres théoriciens de la psychanalyse n'étaient pas aussi orientés vers le corps que Adler, il y avait plusieurs Qui a fait des contributions réfléchies sur spécial aspects de l'expérience corporelle. Les deux Jung (1926, 1931) et certains de ses disciples (Fordham, 1951, Perry, 1953, ainsi que Rank, 1929) a élaboré sur la notion que les personnes conceptualisent leurs corps comme des conteneurs ou des enceintes de protection où ils peuvent trouver refuge et repousser l'attaque. Ils ont implicitement souligné l'importance potentielle des sentiments sur les limites de son corps. Beaucoup plus traitements élaborés des phénomènes de limites du corps est apparu dans les écrits de Federn (1926, 1952) et Reich (1949). Ainsi, Federn a fait le concept de "moi" limite "centrale au fonctionnement psychologique normal. que la possession d'une frontière qui maintient une distinction entre ce qui est à l'extérieur Et à l'intérieur du corps et comme condition préalable à l'expérimentation de la réalité. Il a spéculé dans certains Détail sur les fluctuations de cette limite de l'ego pendant le sommeil, les états altérés de Conscience et psychose. Sans une frontière fonctionnant correctement, Les personnes interrogées ont déclaré que le monde était étrange et dépersonnalisé. Lorsque la régression schizophrénique s'est produite, on a dit que la frontière se contracte et Devenir plus inflexible et, à certains égards, plus imperméable. Reich aussi était Fasciné avec le fonctionnement des limites, comme il l'était avec divers autres aspects d'Expérience corporelle. Il a proposé des liens complexes entre les conflits de personnalité de l'individu, l'expression de ces conflits dans les modèles de tonus musculaire, et L'impact de ces modèles de tonus sur les expériences de soi et de l'individu Autres. Il a émis l'hypothèse que certains conflits entraînent le

« Blindage » des personnes eux-mêmes et en fait la modélisation de leurs corps après la tige avec dur et surfaces ripées (défensives). HC a indiqué que plus on avait eu de parents accentué l'inhibition et la maîtrise de soi, plus on serait enclin à Convertir la limite de l'onc en un état de dureté blindée. Il a estimé que l'un des L'objectif principal de la psychothérapie était de desserrer et de dissoudre "l'armure".

La dimension limite et d'autres notions de l'image corporelle ont montré assez fortement Aussi dans les constructions théoriques d'Erikson (1950). Il a particulièrement représenté les mâles et les femmes comme distinctes en ce qui concerne la façon dont leur corps est fermé Les limites sont. Il a décrit les femmes comme plus ouvertes et réceptives aux forces Venant de l'extérieur, et il a effectivement recueilli des données expérimentales Semblé vérifier son point de vue (1951). Ces théoriciens psychanalytiques qui ont mis en évidence les mécanismes des frontières Influencé de manière significative Cleveland et moi-même dans nos explorations initiales de l'articulation corps-frontière (Fisher et Cleveland, 1968). Quand nous avons d'abord observé différences de limites dans les perceptions des tests projectives des patients avec différents types des symptômes psychosomatiques, nous avons été amorcée par le précédent psychanalytique formulations pour donner du poids à ces observations et construire plus élaborer des modèles de la façon dont les limites du corps reliant divers aspects de la normale comportement. Cela a conduit à un nouveau domaine majeur de recherche empirique traitant de l'organisation de la dépense corporelle et finalement produit des résultats détaillés concernant la relation de la frontière corporelle à la personnalité, psychosomatique Symptomatologie, psychopathologie, schémas de réponse autonome, et comportement dans les groupes. Les précurseurs psychanalytiques ont également influencé la recherche Entreprises de Witkin et al. (1954, 1962). Leur approche était basée sur comment précision, la vraie verticale est jugée en l'absence de tout repère spatial, sauf pour ceux qui émanent de son propre corps ; et il a produit une mine d'informations concernant la façon dont les personnes différencient leurs corps du champ environnant (c'est-à-dire, comment ils articulent leurs limites). (Cash, & Pruzinsky, 1999, p.12)

## 2. Définition des concepts

### 2.1 Le concept « image » en psychologie

Selon Mélanie Klein a défini les imagos « *comme des objets introjectés, c'est-à-dire comme des perceptions fantasmatiques déformées des objets réels.* » (. parot, doron,2005 , p.366)

### 2.2 Le corps en médecine

Le corps est un « *Organisme humaine partie matérielle de l'être humain (par opposé à âme, à esprit* » (Larousse, 2013, p.606)

De ce fait le corps et définis comme un ensemble des éléments biologiques qui constituent un corps vivant, il est généralement composé de sous-ensembles eux même complexe les organes chacun apporte en symbiose avec les autres une ou plusieurs fonctions spécifiques nécessaires à assurer à l'ensembles une vie propre, ainsi que son développement et sa reproduction tous les organismes vivant tirent dans leur environnement l'énergie indispensable à leur équilibre et sont mortels.(Jolivet & LE,2014,p.02)

### 2.3 L'image du corps

L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles interhumaines, répétitive vécues aux sensations érogènes élective, archaïque ou actuelles. Elle peut être considéré comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant et ce avant même que l'individu en question soit capable de désigné par le pronom personnel (je) sache dire (je), je veux faire entendre que le sujet inconscient désirant en relation au corps existe dès la conception. ( Dolto, 1984, pp.22-23)

Donc on peut considérer l'image du corps comme ensembles de toute premières et nombreuses impressions gravées dans le psychisme au cours de l'enfance par les sensation corporelles qu'un bébé, voir un fœtus éprouve au contact charnel affectif, et symbolique avec sa mère. Des sensations éprouvées au long des trois premières années de la vie jusqu'à la découverte par l'enfant de sn image dans le miroir. (Nasio, 2007, p.25)

Certain auteur se sont contenté de définir l'image du corps a base de composante Bob Price, directeur de l'enseignement par correspondance au Royal

Collège à Londres (1998) définis l'image du corps par trois composante bien déterminé.

## **2.4 Le corps réel**

C'est le corps tel qu'il existe, cela dépend de la génétique, il est transformé par le temps et l'agression externe. Il est une sorte d'un composant de l'environnement. Le corps réel change à un moment donné à cause du vieillissement d'une part, et il est constamment utilisés, et aussi les maladie tell que le cancer, l'infection et la malnutrition peuvent changer radicalement le corps réel. (Beyler & coll,2006, p.07)

## **2.5 Le corps idéal**

Il est l'image mentale du corps qui rêve et l'ingéniosité qu'il devrait être achevé. La conception du corps idéal profondément influencée par les normes socioculturelles, par la publicité et par divers moyens liés à la remise en forme et la santé. L'image mentale du corps idéal peut être perturbé par le changement dans le corps réel et toute désactivation du corps idéal peut affecter directement l'équilibre mental et physique d'une personne. (Beyler & coll,2006,p,08)

## **2.6 L'apparence**

Littéralement, c'est la façon dont on présente son corps au monde extérieur : la façon de s'habiller, de se coiffer et de soigner sa présentation, de marcher, de parler, de bouger ou même d'utiliser du matériel d'appoint comme une canne ou un appareil auditif. (Beyeler, 2006.P.56)

## **2.7 Représentation de soi**

Le sens est approximativement proche de l'image du corps, il s'agit du corps qu'on expose au monde extérieur , que l'on permet aux autres de voir .

Il s'agit d'une sorte de lien qui agit sur la relation avec l'autre Sur des qualités inconscientes issues du vécu corporel, que celle-ci attribue un conditionnement des relations individuelles aux autres. (Sanglad, 983, p.106).

## **2.8 L'image de soi**

Lié aux concept image du corps et schéma corporelle, il désigne l'ensemble de perception et de croyance a propos du soi.(Dupart, 2007, p.47).

## **2.9 Schéma corporelle**

Le schéma corporel est une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps qui lui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace. C'est une représentation, plus exactement une autoreprésentation de notre corps en action, un dispositif neurologique qui recueille et synthétise une multitude de sensations internes et réglé automatiquement l'intelligence motrice du corps dans le monde des objets

.(Pireyre .2011.p.37)

Les principales sensations qui alimentent le schéma corporel sont purement externes au corps chose qui est déficiente de ce qui constitue l'image du corps les sensations telles que optiques, auditives, et kinesthésiques, ainsi que celle qui renseigne le cerveau sur le sens de l'équilibre ou encore sur l'état du tonus musculaire articulaire voire sanguin donne existence au corps en attribuant les fonctions aux organes et aux membres concernés. (Pireyre, 2011, p.47)

### **3. Le schéma corporel n'est pas l'image du corps**

Le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus, de l'espace humain l'image du corps par contre est propre pour chacun, elle est au sujet et à son histoire elle est spécifique d'une libido en situation, d'un type de relation libidinale. Elle en résulte que le schéma corporel est en partie inconscient mais aussi préconscient et conscient, on dit que l'image du corps est éminemment inconsciente ; elle peut devenir en partie préconsciente, et seulement quand elle s'associe au langage conscient, lequel utilise métaphore et métonymies référées à l'image du corps tant dans le mimique langagière que dans le langage verbal.

.(Dolto, 1988, p.22)

### **4. Composante de l'image du corps**

À partir du fait que l'image du corps n'est pas une donnée anatomique contrairement au schéma corporel et que l'image du corps se réfère à l'histoire du sujet la façon dont elle est étudiée a été proposée par plusieurs analystes qui ont proposé l'aspect dynamique et les composantes de l'image du corps. Françoise a décrit 3 composantes principales, l'image de base, l'image fonctionnelle, l'image érogène.



### 4.1 L'image de base

Est celle qui assure à l'enfant la conviction innée que son corps propose sur un sol et qui le porte et le supporte. (Nasio, 2007, pp.34-35)

elle permis a l'enfant a de ressentir dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étouffe malgré les modifications qui affectent son corps, les changement et en dépit des épreuve, elle construit le sentiment du « mémé », base élémentaire de la cohésion narcissique : « *c'est la « mémeté » , fortement ou ténument pérenne qui génère le sentiment d'existé qui arrime le corps au narcissisme* » (Dolto, 1988, p.50)

### 4.2 L'image du corps fonctionnelle

C'est l'image du ressenti d'un corps agité et fébrile tout entier tendu vers la satisfaction des besoin et des désir. (Nasio, 2007, p.37) .ce qui passe par la médiation d'une demande localisée dans le schéma corporel en un lieu érogène ou se fait sentir le manque spécifique et se qui provoque le désir .c'est grâce a l'image fonctionnelle que les pulsions de vie peuvent, après s'être subjectivée dans le désir, visé a se manifesté pour obtenir plaisir, subjectiver dans la relation au monde et à autrui. (Nasio, 2007, p.55)

### 4.3 L'image du corps érogène

Elle est associée a l'image fonctionnel du corps dans ce lieu ou se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la relation a l'autre, sa représentation fait référence à des cercles, des concaves, ovales, boules, traits et trous, imaginés, doués d'intentions émissives active ou réceptive ( passives ), a but agréable ou désagréable. (Nasio, 2007, p.57)

La composition de l'image du corps ne se résume pas seulement a l'étude de Françoise Dolto or que bien d'autre psychanalyste on tenté d'apporté leur point vis-à-vis ce concept parmi eux on compte Pieriery, en se basant sur les travaux de psychanalystes, a son tours il suggère que l'image du corps peut être pensée c'est-à-dire constitué d'élément divers il suggère que l'image du corps peut être composé de neuf composantes :

#### **-La sensation de continuité d'existence**

« *Sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même »*, (Prieryre, 2011, p.55)



Ce sentiment procure une atmosphère de sécurité qui permet de protéger le moi des angoisses externes.

**-L'identité**

« La conscience étendue se construit sur les fondement de la conscience noyau » (Prieryre ,2011,p.66)

L'identité se construit dans le cortex sensoriel a partir de la sensorialité, rendre compte en train de se percevoir et du dialogue tonico-émotionnel des premiers temps de la vie .

**-L'identité sexué**

La troisième composante se construit tardivement vers la deuxième année par des sensation corporelle , l'assignation consciente et inconsciente , par les parents ainsi que des croyances subjectives et sociales œuvrant a cette construction .

**-La peau physique et psychique**

La peau du bébé est immature, c'est-à-dire dépourvue des sensation externe, donc elle est très vite investie par la relation avec l'autre ainsi que par la libido , Didier Anzieu fait l'hypothèse de l'existence d'une peau psychique qui bâtit le moi-peau .

**-La représentation de l'intérieur du corps**

L'intérieur du corps est vécu de façon très particulière dans la maladie psychiatrique il est perçu comme mou et plein d'air pour comprendre cette étape il nous faut comprendre comment se développent les os dans les premiers de la vie, l'immaturité osseuse et tonique donne au bébé un vécu particulier fait d'enfoncement et éventuellement d'effondrement .

**-Le tonus**

Le tonus généralement dépend de l'état de maturation neurologique , il évolue pendant les premiers temps de l'enfant en se construisant a partir de schémas prédéfinis mais aussi a partir des caractéristique des premières relation de l'enfant

**-La sensibilité somato-viscérale**

Les seuils sensoriels sont différents d'une personne à une autre ce phénomène s'explique très bien par rapport à l'implication de ces deux mécanismes le cheminement de l'information sensoriel et l'inhibition latérale.

**-Les compétences communicationnelles du corps**

Le corps est doté d'un système de communication très sophistiqué et grâce à des canaux bien déterminés ( mimique ,geste , déplacement , ainsi que les émotions etc ...) ce qui représente ensemble le dialogue tonico sensoriel .

**-Les angoisses corporelles archaïques**

Ils ont relié au corps le plus souvent ils ont observé chez le bébé, en pathologie grave et chez l'adulte .

**5. L'évolution des images du corps**

Les images inconscientes varient selon les différents stades du développement libidinal stade respiratoire –olfactif, stade oral, stade anal , et stade œdipien à chaque stade on suppose qu'il existe une image prédominante de base fonctionnelle et érogène qui reste en continuité avec les images des stades antérieurs et des stades suivants , le passage d'un stade à un autre est marqué par la phase de castration Dolto a ainsi distingué cinq castrations différentes :

**-La castration ombilicale**

Qui survient à la naissance l'enfant perd le milieu aquatique de sa vie fœtale et gagne le milieu aérien.

**-La castration orale**

Inhérente au sevrage l'enfant perd le sein comme une partie de lui-même et acquiert la capacité d'utiliser sa bouche et sa langue pour parler.

**-La castration anale**

Qui marque le passage de la dépendance motrice à la mère au déplacement autonome du corps , l'enfant perd le confort d'être porté et acquiert l'autonomie motrice .

**-La castration primaire**

Survient vers deux ans et demi lorsque l'enfant découvre que son image spéculaire est différente de sa personne et que son corps présente des caractères sexuels, la castration primaire est donnée par la parole de l'adulte.

**-La castration œdipienne**

Est donnée par la parole qui interdit à l'enfant de fantasmer le parent du sexe opposé comme un partenaire sexuel. L'enfant perd le plaisir d'un fantasme incestueux et gagne désormais l'accès à un nouveau objet en accord avec son désir. (Nasio, 2007, pp.193-194)

Schéma expliquant la relation émotionnelle entre la mère et son enfant, une bonne relation conduira vers une image non altérée, une mauvaise relation mènera à une image altérée.

**6. Différents points de vue psychanalytique sur l'image du corps**

Mise à part les auteurs précédents qui ont œuvré à la description du concept image, certains qu'on n'a pas pu aborder ont eu leur parole parmi eux on mentionne :

**- Point de vue de Catherine Chabert**

Dans le corps de la pulsion D. Anzieu définit les conditions requises pour que la pulsion soit représentable. Avec Freud il insiste sur la source corporelle de la pulsion, liée en particulier aux expériences sensorielles et sensori-motrices précoces, et sur son venir imaginaire : « *l'appareil psychique se représente ses pulsions par des figurations corporelles qui traduisent l'expérience de l'excitation corporelle* ». (Chabert, 1998, p.221)

**- Point de vue de Jacques Lacan**

Le fait majeur pour le développement de la conscience de soi se situe dans l'acquisition d'une image visuelle, d'une représentation du corps propre, en particulier grâce à l'usage du miroir.

Le stade du miroir est une phase observable du développement infantile au cours de laquelle le tout jeune enfant découvre reflétée dans une glace l'image globale, l'image spéculaire montre à l'enfant son corps revêtu d'une forme humaine,

Lui fait sentir qu'il est une entité distincte des autres qui se reflète dans le miroir et lui fait croire qu'il est une unité homogène.

L'enfant dispose de deux expériences visuelles : celle qu'il obtient en regardant autrui et celle du miroir. En ce qui concerne son propre corps, l'image du miroir est la seule donnée visuelle complète. Il peut bien regarder ses mains, ses pieds, mais non l'ensemble de son corps. Il s'agit donc pour lui de comprendre que cette image visuelle de son corps qu'il voit là-bas dans le miroir, ce n'est pas lui, puisqu'il n'est pas dans le miroir, mais là où il se sent ; ensuite, il lui faut comprendre que, n'étant pas localisé là-bas dans le miroir, mais là où il se sent par l'intéroceptivité, il est néanmoins visible pour un témoin extérieur en ce point même où il se sent sous l'aspect visuel que lui offre le miroir.

La relation de l'enfant à l'image spéculaire est conditionnée par la présence de l'autre la première rencontre du nourrisson avec son image (vers huit mois) est épreuve si déconcertante que l'enfant cherche un regard complice et rassurant de l'adulte qui le porte dans les bras .(Mon corps et ses images,2007)

#### - **Point de vue de Didier Anzieu**

Le concept de moi-peau a été défini par D. ANZIEU comme étant «

Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. »

Pour cet auteur la peau n'est pas seulement une enveloppe physiologique, elle a une dimension psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire, la peau, par ses propriétés sensorielles .

le fantasme de peau est généralement développé par le contact physique entre le bébé et sa mère .

Le moi-peau, tout comme la peau, assure plusieurs fonctions ;

#### -**La fonction Maintenance**

le Moi-peau est une portion de la mère - spécialement ses mains - qui a été intériorisée et qui contient le psychisme en état de fonctionner. Ce que Winnicott

appelle le holding, la façon dont la mère porte le corps du bébé, maintient le corps et le psychisme du bébé dans un état de harmonie et de solidité. Ici est en jeu l'identification primaire à un objet support contre lequel l'enfant se serre et qui le tient. C'est plus la pulsion d'agrippement ou d'attachement qui trouve satisfaction que la libido.

### **- La fonction de contenant**

Cette fonction est exercée principalement par le handling maternel. La sensation-image de la peau comme sac est éveillée, chez le tout-petit, par les soins du corps, appropriés à ses besoins, que lui procure la mère. De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique, prétention qui s'avère par la suite abusive mais qui est au début nécessaire. Le Moi-peau est alors figuré comme écorce, le Ça pulsionnel comme noyau. La pulsion n'est ressentie comme poussée, comme force motrice, que si elle rencontre des limites et des points spécifiques d'insertion dans l'espace mental où elle se déploie et que si sa source est projetée dans des régions du corps dotées d'une excitabilité particulière. Cette complémentarité de l'écorce et du noyau fonde le sentiment de la continuité du Soi.

### **-Pare-excitation**

De même que la couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci (contre les agressions physiques) l'excès de stimulations de la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, et cela jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction. Le pare-excitation peut être cherché en appui sur le derme à défaut de l'épiderme : c'est la seconde peau musculaire (E. Bick), la cuirasse caractérielle (W. Reich).

### **-Individuation du Soi**

Qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique. De même que la membrane des cellules organiques protège l'individualité de la cellule en distinguant les corps étrangers auxquels elle refuse l'entrée et les substances semblables ou complémentaires auxquelles elle accorde l'admission ou l'association, le Moi-peau apporte le sentiment des frontières du Soi et la distinction chez autrui des objets d'attachement et d'amour.

**-Inter-sensorialité**

Cette fonction aboutit à la constitution d'un « sens commun » dont la référence de base se fait toujours au toucher. Le Moi-peau étant une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile.

**-Soutien de l'excitation sexuelle**

Surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnue et leur complémentarité désirée. La peau du bébé faisant l'objet d'un investissement libidinal de la mère ; la nourriture et les soins s'accompagnant de contacts peau à peau, généralement agréables, qui préparent l'auto-érotisme et situent les plaisirs de peau comme toile de fond habituelle des plaisirs sexuels. Faute d'une décharge satisfaisante, cette enveloppe d'excitation érogène peut se transformer en enveloppe d'angoisse.

**-Charge libidinale**

Charge du fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques. Cette fonction répond à la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes.

**-Inscription des traces sensorielles tactiles**

Cette fonction est renforcée par l'environnement maternel dans la mesure où il remplit son rôle de « présentation de l'objet » (Winnicott, 1962) auprès du tout-petit. Le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées. Une première forme d'angoisse relative à cette fonction est d'être marqué à la surface du corps et du Moi par des inscriptions infamantes et indélébiles provenant du Surmoi : rougeurs, eczémas, blessures symboliques selon Bettelheim (1954). L'angoisse inverse porte soit sur le danger d'effacement des inscriptions sous l'effet de leur surcharge, soit sur la perte de capacité de fixer des traces, dans le sommeil par exemple. La pellicule qui permet le déroulement des rêves vient alors proposer à l'appareil psychique l'image visuelle d'un Moi-peau restitué dans sa fonction de surface sensible.

**-Toxique**

Parallèlement au rôle que joue la peau dans l'immunité, à la reconnaissance Soi / Non-Soi et les attaques du Non-Soi que cela implique, il existe des attaques inconscientes sur le contenant psychique. Pour D. Anzieu, il existerait des parties du Soi fusionnées à des représentants de la pulsion d'auto-destruction inhérente au Ça, déportées à la périphérie du Soi, enkystées dans la couche superficielle qu'est le Moi-peau et qui seraient à l'origine de ces attaques inconscientes, peut-être étayées sur des phénomènes auto-immuns, qui rongent sur place la continuité et la cohésivité de cette couche superficielle. (Anzieu,1995,pp. 119-124)

**- Point de vu de Mélanie Klein**

Dans les cas schizophrène l'image du corps est pathologique, le corps et vécu et vu comme morcelé, non unifié, la personne peut alors ressentir des angoisses de morcellement, Mélanie dans sa théorie position schizo paranoïde en 1946 suppose l'existence précoce d'un moi et d'un surmoi capable de ressentir capable de ressentir l'angoisse.

A la naissance, le bébé fait encore un tout avec sa mère. Jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois, il restera dans cette position encore appelée schizo-paranoïde. L'angoisse ressentie par le nouveau-né à cet âge est une angoisse de persécution et de morcellement. Le bébé a affaire à des morceaux d'objets, de fantasmes, de pensées. Son Moi est morcelé, fragmenté. Le Moi va prendre forme progressivement grâce aux mécanismes d'introjection et de projection. Les « bons objets » (expériences satisfaisantes, gratifiantes) seront gardés à l'intérieur, introjectés, et constitueront le Moi. Les « mauvais objets » (expériences frustrantes, déplaisantes, douloureuses...) seront projetés vers l'extérieur car vécus comme dangereux pour le Moi en construction. C'est la naissance du Surmoi archaïque maternel, dangereux et persécuteur. Le bébé, dans cette position schizo- paranoïde, va alors devoir protéger le bon objet, le Moi interne, du Surmoi externe et persécuteur. Donc la schizophrénie, est une fixation dans cette position schizo- paranoïde qui préfigure la formation du Moi unifié, avec comme mécanisme de défense l'utilisation massive de la projection.

[http://www.aidepsy.be/en\\_savoir\\_plus\\_position\\_klein](http://www.aidepsy.be/en_savoir_plus_position_klein)



### - Point de vu de Paul schilder

En ce qui concerne le schéma corporelle selon Paul schilder il est ressenti par des impressions tactiles thermique et douloureuse et d'autre sensations viennent par le mouvement des muscles ( le sens énergétique ) des sensations nous parviennent des viscères tout ceci forme l'unité du corps physique , une unité perçue visuelle mais elle dépasse la dimension de c'est deux concepts la construction d'une image tridimensionnelle a l'état psychique qui est caractérisé par le fait unique que chacun construit , qu'on peut appeler image du corps , selon P.schilder cette dernière est définis comme « *L'image du corps humaine, l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparait à nous-même.* » (Schilder ,1975, p.14)

Le moi corporel est construit à partir des besoins de la personnalité il est vrai que la douleur est de ce point de vue un facteur important : elle nous aide à déterminer ce que nous voulons rapprocher de notre personnalité, du centre de notre moi et ce que nous voulons en éloigner. Cette décision et ce choix doivent être dans un rapport dans un rapport étroit avec les activités motrices, mais ce qui est vrai de la douleur l'est aussi d'autre sensations. Chaque sensation a sa motilité, la sensation porte en elle sa réponse motrice. Il y'a par conséquent a la base de notre moi corporel une activité continue. (Schilder ,1975,p.125)

### -Développement de l'image du corps

Paul Schilder suppose que deux facteur jouent un rôle principal dans la création de l'image du corps, l'un c'est la douleur et l'autre c'est le contrôle moteur des membres dans l'espace et le temps.

Preyer s'est focalisé sur le rôle de la douleur et que cette dernière nous marque les membres de notre corps d'une manière particulière, Benfeld affirme que l'intention agit d'abord sur le corps mais toutes les sensations contribuent à la construction de l'image corporelle.

Certain psychanalyste attribue aussi une importance capitale au sensation qui provienne de l'intérieur comme étant facteur décisive dans l'élaboration de l'image du corps.

### -Structure libidinal de l'image du corps

La libido est liée au corps propre nous l'appelons libido narcissique Freud pose que la libido est au départ en totalité investi dans le corps c'est le stade du narcissisme primaire il suppose que la libido du nouveau née est centrée que sur



lui-même, la satisfaction de son corps propre en dépit du monde extérieur, le stade de narcissisme est suivis du stade auto érotique dont le quel la libido est centré sur les partie a valeur érogène particulière la libido auto érotique orale , l'enfant tire plaisir des excitation qui lui parviens par la voie buccale c'est pour quoi en psychanalyse ce stade est surnommé le stade cannibalique dans le désir est exprimé par le besoin d'incorporée le monde dans l'organisme , l'enfant tire aussi plaisir de son activité musculaire comme des sensation qui lui parvient dans la peau nommé érotisme musculaire cutané .

L'érotisme d'origine anale, ou les organes génitaux sont aussi une source d'un plaisir particulier purement auto érotique, Une tendance anale et Homosexuelles appliquées aux objets extérieurs peuvent apparaitre vers la troisième année. Enfin, en même temps que se développe le complexe d'œdipe s'affirment plus Nettement. La conquête du monde extérieur a commencé, Et les organes génitaux deviennent la principale zone libidinale. Du corps. A ce stade du développement, quand l'enfant commence à percevoir clairement le monde extérieur, il peut pleinement se comprendre comme corps distinct de ce monde extérieur ; il remodèle son corps en une représentation achevée, et nous avons là le tableau du narcissisme secondaire. Telle est la théorie sur le développement de la libido qu'admet la psychanalyse. Le narcissisme est considéré concerne un grand réservoir qui déverse une partie de son contenu sur les objets. L'énergie puisée dans ce réservoir peut y être. Ramenée à tout moment. La théorie psychanalytique est Parfaitement claire sur ce point. (L'image du corps,1968)

## **7. Image du corps altéré**

Selon Françoise Dolto une image peut être amputée de l'une de ses trois parties, la présence du bébé , la présence de la mère, ou de la partie commune aux deux présences a savoir l'image du rythme de l'échange fonctionnel , érogène et de base entre le bébé et la mère , la partie présence du bébé disparaît de l'image quand le corps réel de l'enfant subi une lésion importante invalidant l'échange sensuel et émotionnel avec la mère , une lésion survenue soit au niveau d'une zone érogène , soit au niveau d'une fonction corporelle ou une lésion survenue au niveau d'une fonction motrice. Toutes ces lésions rendent l'enfant inapte à interagir émotionnellement avec sa mère, aussi l'image trouve-t-elle mutilée.

La partie présence la mère disparaît de l'image quand l'enfant est concrètement privé de sa mère réelle ou de son substitut c'est le cas des nourrissons séparés brutalement de l'adulte tutélaire et sécurisant,

La partie rythmée de l'échange érogène, fonctionnel et de base, est retranchée de l'image lorsque la mère fut-elle réellement et concrètement présente, n'est pas animée du désir de communiquer avec son enfant et de s'adresser à lui. (Nasio, 2017, p.42)

## **8. Image du corps positive et négative**

Striegel-Moore et Cachelin ont théorisé que certaines caractéristiques de l'image corporelle peut être unique et non simplement opposée à associée à une image corporelle négative. Pourtant, les érudits parfois à tort conclure que l'insatisfaction corporelle, la faible préoccupation corporelle et Le faible écart de taille corporelle idéal reflète automatiquement l'image corporelle. La recherche montre que l'image corporelle positive est plus complexe.

En utilisant l'analyse de cluster, Williams et ses collègues ont trouvé trois Groupes d'image corporelle des femmes : image du corps positif, image du corps négatif et image du corps neutre.

Le groupe de l'image corporelle positive a rapporté l'optimisme, l'estime de soi, soutien social, adaptation adaptative et relationnel. Par conséquent, les femmes avec image positive du corps ont prospéré et étaient empiriquement distinctes des deux Femmes Avec une image corporelle neutre et négative.

Les gens qui ont une image corporelle négative sont davantage susceptibles à développer un trouble de l'alimentation, de souffrir de sentiments dépressifs, d'isolement, d'une faible estime de soi et d'obsessions de perte de poids ou d'hyperphagie et de tenter de modifier leur composition physique.

Nous pouvons tous traverser des périodes où nous nous sentons mal à l'aise et inconfortables dans notre corps, mais la clé pour développer une image positive du corps, c'est de reconnaître et respecter notre taille naturelle et d'apprendre à dominer ces pensées et sentiments négatifs avec des pensées et sentiments positifs, constructifs et satisfaisants. (Cash & Smolak, 2011, p.56)

## **9. Caractéristique de l'image du corps positive**

Ces caractéristiques peuvent être divisées en caractéristiques fondamentales de positif l'image corporelle ainsi que les facteurs qui favorisent, entretiennent et émergent Une synthèse de ses caractéristiques fondamentales suggère que l'image corporelle positive reflète amour et respect pour le corps. Il

permet aux individus d'apprécier comment leur corps est unique et les fonctions qu'il effectue pour eux. Il fournit un schéma cognitif pour aider les individus à interpréter l'information entrante d'une manière protectrice du corps, par lequel la plupart des informations positives est internalisée et la plupart des informations négatives sont rejetées ou recadrées. Il reflète l'acceptation du corps, y compris les aspects incompatibles.

Avec des images idéalisées. Les atouts du corps sont soulignés, alors que les fictions sont minimisées. Les personnes qui ont une image corporelle positive belle, confortable, confiante, et heureuse avec leur corps, qui est souvent exprimé comme un rayonnement extérieur, ou "lueur". Ils ont un esprit connexion avec leur corps, ce qui leur permet de détecter et de remplir leur les besoins du corps.

Les caractéristiques qui semblent favoriser l'image corporelle positive comprennent L'acceptation inconditionnelle d'autres personnes importantes, l'éducation aux médias, les environnements / cultures qui conceptualisent largement la beauté, et la croyance qu'une puissance supérieure conçoit pensivement chaque personne pour qu'elle soit unique.

Les caractéristiques qui émergent de l'image corporelle positive comprennent l'intérieur positivité, en adoptant des comportements adaptatifs d'auto soins et de mentorat d'autres à aimer leur corps. Ces précurseurs et conséquences peuvent être associés à une image corporelle positive de manière cyclique, en ce sens qu'il aide à maintenir une image corporelle favorable une fois qu'elle s'est développée. Recadrer l'informations relatives au corps comme neutre ou positif et contact continu Avec d'autres personnes qui ont une image corporelle positive peuvent également préserver. (Cash & Smolak, 2011, p.58).

## **10. Image du corps et sexualité**

Bien que les associations entre l'image corporelle et la fréquence sexuelle et les pratiques peut sembler évident, étonnamment peu de recherches ont été menées sur les relations entre ces deux facteurs. Deux études d'étudiants ont fourni des preuves pour une relation directe entre la satisfaction corporelle et les expériences sexuelles de (Faith & Schare, 1993 ; Murstein & Holden, 1979). Les résultats des deux études indiquent que les sujets qui perçoivent leurs corps plus négativement se décrivent comme moins actifs sexuellement que les sujets avec des images corporelles plus positives. Une étude similaire menée avec un échantillon clinique de femmes souffrant de troubles de l'alimentation a trouvé des résultats

comparables. Bien que l'insatisfaction de l'image corporelle chez ces femmes ne prédisait pas l'âge au premier rapport sexuel, il était marginalement prédictif de la satisfaction avec le niveau actuel d'activité sexuelle. Les résultats de ces études suggèrent que les préoccupations relatives à l'image corporelle peuvent influencer le confort pendant l'activité sexuelle, ce qui influence vraisemblablement la jouissance sexuelle. En outre, une insatisfaction corporelle intense peut entraîner l'évitement de l'activité sexuelle à cause de la conscience de soi. Comprendre les variables qui contribuent au fonctionnement sexuel a des implications significatives à la santé des hommes et des femmes. La dysfonction sexuelle peut contribuer à des expériences sexuelles peu fréquentes. Un rapport récent indique que la majorité des couples ont des rapports sexuels peu fréquents. Dans un échantillon aléatoire de 3500 sujet âgés de 18-59 ans, près de 30% se livrent à des activités sexuelles avec un partenaire seulement un quelques fois par an ou pas du tout, 35% ont des rapports sexuels une ou plusieurs fois par mois et environ 35% avoir des relations sexuelles au moins deux fois par semaine (Baumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994). En outre, de nombreuses jeunes femmes ont déclaré se sentir frustrées par leur difficulté à atteindre l'orgasme, puisque seulement 29% des femmes ont déclaré avoir toujours atteint l'orgasme pendant les rapports sexuels, comparativement à 75% des hommes. Cependant, une fréquence élevée d'activité sexuelle seule ne devrait pas, être mal interprété comme une indication de la santé sexuelle, et doit être compris dans le contexte d'autres variables. Comme indiqué dans une étude d'Evans et Wertheim (1998), un groupe des femmes ayant des problèmes d'alimentation, et notamment celles qui sont également insatisfaites du Vision "fonctionnelle" du sexe en ce sens qu'ils ont des comportements sexuels pour recevoir quelque chose d'autre de leur relation. Ainsi, il devient essentiel de comprendre la complexité des facteurs qui contribuent aux activités sexuelles. Comprendre les variables qui contribuent à l'amusement sexuel L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'association entre l'image corporelle et pratiques sexuelles, ainsi que d'autres aspects de l'auto-évaluation. Peu d'études ont abordé la relation entre l'image corporelle et les comportements sexuels. Parmi ceux qui ont, le primaire la relation entre l'image corporelle et les expériences sexuelles. Cette étude vise à combler une lacune dans la littérature actuelle en abordant les aspects comportementaux et émotionnels de la sexualité des femmes activité et reliant ceux à l'image corporelle et l'image de soi dans un grand échantillon naturalistes Nous avons prédit que les femmes déclarent être satisfaites de leur image corporelle, comparativement à les femmes qui se disent insatisfaites, signaleraient une fréquence plus élevée de

Comportements sexuels et un plus grand confort avec les pratiques sexuelles. Deuxièmement, nous nous attendions à ce que les femmes a satisfaction vis-à-vis de l'image, par rapport à ceux qui se disent insatisfaits, plus grande satisfaction à l'égard du soi global, moins de conscience de soi, moins d'importance accordée à l'attrait physique dans les interactions quotidiennes, et plus de confort dans les relations avec autres. Enfin, nous avons prédit que l'image corporelle représenterait la plus grande variance fréquence et confort des comportements et des pratiques sexuels. (Effet of Body Image and Self-Image on Women's Sexual Behaviors,1999).

## **11. Image du corps et maladie chronique**

La relation entre ces deux pôles recouvre un champ très vaste. Pour l'un comme pour l'autre, une équation stricte les module. Les maladies, quelles que soit leurs natures ; aiguës ou chroniques, s'estiment à être un poids et une mauvaise tournure, soit une influence sur l'aspect psychologique, les mécanismes psychiques et sur certaines représentations mentales, autre que l'image du corps des individus souffrants.

Dans une recherche effectuée en 2006 par E. AUTOMNE, montre qu'une atteinte par une quelconque maladie inflige la prise de conscience du corps ; les sujets infectés répandent une conscience avérée lorsqu'un silence approuvé par les organes est rompu, ainsi que les expériences dues au moment même de la douleur permettent l'instauration des barrières corporelles/psychique. Comme S. FREUD l'a introduit en 1914, ainsi évoqué par E. AUTOMNE, l'apparition d'une maladie organique, d'une grave plus sera l'impotence de l'impact, est une voix narcissique, significatif d'une modification de la répartition de la libido aussi qu'un désinvestissement du monde objectale et libidinal, ainsi, de maintenir toute l'attention porté vers son corps.

Cette recherche accomplie sur le cancer, démontre que le traumatisme issu de l'annonce d'un ainsi vu et vécu par les patients, est un état de remaniement du fonctionnement psychique et de pertes des représentations : d'un corps sain, d'une image idéale du soi, de l'illusion d'immortalité et surtout l'image du corps diffusée saine. (Automne, 2006, pp.83-85).

## **Synthèse**

L'image du corps est un concept très complexe, elle est un processus inconscient, une signature personnelle de chacun, que la personne développe au cours de sa vie infantile à travers les relations qu'il entretient avec son entourage (la mère en premier lieu) tout au long des stades du développement libidinal, elle est considérée comme le principe dans la construction de l'identité et des représentations.

Le chapitre suivant sera consacré à la méthodologie de la recherche, à la présentation du lieu de recherche, et des échantillons choisis ainsi qu'aux techniques de recueil de données utilisées.

# **Problématique et hypothèses**

## Problématique

La santé de nos jours est considérée comme un objectif et non un état, l'état de santé varie selon les âges et aussi de la fonction de la personne, des heures de sommeil, ou de son environnement en partant de ce qui a été mentionné l'organisation mondial de la santé avais définis la santé en 1946 comme étant « un *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »(OMS.2005,p.1) Sans le savoir le corps de l'être humain est confronté quotidiennement a des facteurs de risque qui peuvent le projeter dans un état maladif, certaines maladies chroniques évoluent dans une atmosphère silencieuse, sans aucun symptôme apparent, jusqu'à l'éclosion de la maladie. Cette dernière apparait selon des conditions de vie inadéquates qui ne se présentent jamais de manière favorable, l'individu doit s'adapter au mieux à celle-ci avec les moyens dont il dispose dans les limites qu'il toléré selon son âge, selon les lieux, selon les temps.

De ce fait l'état maladif en psychosomatique a été décrit comme étant « un état découlant, dans la règle des inadéquations de l'individu aux conditions de vie qu'il rencontre » (Marty, 2004, p.49)

Ainsi, la maladie somatique est alors caractérisée par des symptômes physiques dont l'étiologie est multiple, Suite à ça la maladie est considérée comme « *une altération de la santé des fonctions des êtres vivant en particulier quand la cause est connue* » (Larousse, 2012, p.649)

Par ailleurs, La maladie chronique se distingue de la maladie aiguë, par le fait qu'elle n'est pas guérissable et par son aspect insidieux.

Parmi les maladies chroniques qui touchent une grande partie de la population, on compte le diabète qui est considéré plus ou moins comme une maladie chronique silencieuse, ou son émergence fait surface par le fait que la personne néglige quotidiennement et d'une manière continue sa santé, ceci, provoque des symptômes successifs, telle que polyurie, polydipsie, perte de poids inexplicée Ou la glycémie à jeun (aucun apport calorique depuis au moins 8 h) est (1,26 g/l)

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



On distingue deux types de diabète, type 1 et type 2, DT1 résulte d'une destruction sélective des cellules B des îlots de Langerhans. Il est caractérisé par une Hyperglycémie sévère, Cétonurie suivis de Polyurie, Polydipsie, Polyphagie, Perte de poids, Fatigue, Acidocétose, Crampes, Constipation.

Tant dit que le DT2, qu'on appelait auparavant «*diabète non insulino-dépendant* » est le plus fréquent des diabètes sucrés est caractérisé par une augmentation de poids évidente, ou les symptômes sont discret ou absent. (Guide de bonnes pratiques en diabétologie à l'usage des praticien, 2015.)

Les complications du DT2 peuvent s'avérer dévastatrice pour l'organisme à court terme, cela peut entraîner une fatigue chronique et une déshydratation à long terme on site les complication vasculaires, ophtalmologique, reins et vois urinaires, système nerveux, site infectieux, artère et pied, cardiaque, trouble d'ordre sexuelle, les atteinte cutanée, complication articulaire, problème dentaire, troubles d'ordre psychologique ,etc.

Ainsi, le vécu du diabète s'organise autour des deux réalités que sont la découverte de la maladie et la relation au traitement. La première réalité peut être conçue comme une agression narcissique et une perte objectale, la deuxième est considérée comme étant à l'origine des manifestation anxieuse et/ou dépressives, mais aussi de la mise en place de défenses comme le déni et clivage. Les contraintes du traitement sont, elles aussi, lourdes de conséquences dans la mesure où le régime et la thérapeutique peuvent devenir les lieux électif d'expression des conflits psychiques- actuels et passés- et des oppositions aux médecins (Pascal, 1990, p.12).

Les troubles d'ordre psychologique s'associent généralement aux complications chroniques du diabète, provoquant ainsi une série d'instabilité psychologique, l'annonce de la complication bouleverse la représentation du temps et nemanque de soulever l'angoisse de mort, elle modifie les rapports avec les autres et finalement les rapports a soi, le choc du diagnostic peut s'avérer encore plus brutal quand la personne vient consulter pour une simple analyse.

Certain de ces troubles psychologiques modifie considérablement la structure psychologique de la personne, parmi ces complications on compte les pieds diabétiques ou bien la neuropathie diabétique qui est un dysfonctionnement des activités normales des nerfs de l'organisme ou leurs causes principale sont dus à

Une glycémie trop élevée qui se manifeste par une série de modifications chimiques qui finissent par altérer les nerfs, l'altération peut aller de l'atteinte fonctionnelle (ralentissement de la conduction électrique) à l'atteinte structurelle du nerf, ainsi, le diabète peut atteindre l'ensemble des nerfs de l'organisme. Il touche deux types de nerfs, les nerfs périphériques qui permettent de commander les muscles et de sentir au niveau cutané ; et les nerfs du système nerveux autonome qui commandent le fonctionnement des viscères, les lésions nerveuses peuvent être relativement importantes, de sorte que des blessures risquent de passer inaperçues qui se traduisent en différents symptômes qui varient en fonction des nerfs touchés, la prise en charge à temps permet l'équilibre glycémique, dans le cas où la plaie est gravement infectée il faut intervenir en urgence enlever les tissus malades ou bien l'orteil ou le membre inférieur est devenu complètement noir car le sang lui parvient pas une amputation est fortement envisageable. (Monnier, 2010, p.92)

Cette dernière est considérée comme étant une intervention non traumatique de ce fait elle a été définie comme « *une ablation chirurgicale totale ou partielle d'un membre ou d'un organe* » (Larousse, 2012, p.42.)

La majorité des recherches mettent en lumière les divers symptômes présentés par des sujets ayant été amputés, d'un point de vue psychiatrique. Selon ces recherches, les signes cliniques les plus fréquemment observés sont les suivants : tristesse, deuil, dépression, anxiété, pleurs fréquents, insomnie et état de stress post-traumatique (Rybarczyk et coll., 1997 ; Shukla et coll., 1982).

Ces signes font émergence du fait que le sujet perd contrôle de son environnement.

Carroll et Edelstein (2002) mettent le point sur le niveau d'anxiété qui augmente lorsque le sujet prend conscience par la perte du membre inférieur et des conséquences engendrées, telle que la douleur fantôme liée au membre fantôme.

D'un point psychanalytique au-delà de la simple symptomatologie observée un processus intrapsychique sous-jacent se manifeste par les sujets amputés, et peuvent éprouver des difficultés non seulement physiques mais aussi psychiques ou le sujet devrait également faire face à une atteinte psychique au niveau de l'image du corps. Cette dernière est une notion psychanalytique présentée comme une « *abstraction d'un vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité* ;

*image de base, image fonctionnelle et image érogène.* » (Dolto, 1984, p.49), toutefois se réaménagement identitaire souvent douloureux du corps du sujet est déterminé parfois par l'âge du sujet amputé, de son niveau de sa maturité, et de sa personnalité, du support sociale et familiale dont il bénéficie.

La dimension de la notion image du corps tire ces racines par le vécu infantile du sujet elle se construit à force d'expérience agréables ou douloureuses ; au travers de la relation que l'enfant entretient avec la mère, la réaction aux plaisirs, ou bien en prenant conscience des limitations de son corps dans l'espace qui l'entoure, elle est considérée comme l'image de notre corps que nous formons dans notre esprit c'est-à-dire la façon dont notre corps nous semble à nous-mêmes.

S. Freud, dès 1905, a mis en évidence la peau comme zone érogène. « Dans le plaisir de regarder et s'exhiber, l'œil correspond à une zone érogène, tandis que, dans le cas composant de la pulsion sexuelle comme la douleur et la cruauté, c'est la peau qui tient ce rôle, la peau qui, en certains endroits du corps, c'est différenciée en organes des sens et c'est transformée en muqueuse autrement dit, la zone érogène par excellence ». (Freud, 1905, p.85)

Jacques Lacan avait un point de vue totalement différent de son prédécesseur « Freud », l'image du corps se développait en l'acquisition d'une image visuelle de son propre corps grâce à l'effet du miroir, c'est une phase dans laquelle l'enfant se voit reflété d'une manière globale sur le miroir

Pour le jeune enfant la phase du stade miroir se constitue de deux composantes celle qu'il obtient en regardant autrui et celle du miroir.

Didier Anzieu s'est focalisé sur la conception de Freud en élargissant le concept du corps physique sous l'intitulé le moi-peau qui est « une structure intermédiaire de l'appareil psychique : intermédiaire d'abord chronologiquement entre la mère et le petit » (Anzieu, 1985, p.454)

Grâce à des observations menées sur des nourrissons, Esther BICK, dans « *L'EXPERIENCE DE LA PEAU DANS LES RELATIONS D'OBJETS PRECOSES* », un article paru en 1968, mentionne en primauté la conception de la peau psychique, en second, la « seconde peau musculaire », que W. REICH appelle « cuirasse musculaire du caractère ». D'une force cohésive « binding force », non différenciées, les parties du psychisme et les parties du corps doivent être maintenues ensemble grâce à la peau fonctionnant comme une limitation périphérique et grâce à l'introjection d'un objet externe. (Anzieu, 1985, pp.219-

220).

Selon J.D. Nasio, « *le corps qui intéresse la psychanalyse n'est pas notre organisme, corps ausculté et soigné par la médecine. Non le corps qui nous intéresse est notre corps vivant, certes, mais tel que nous l'aimons ou le rejetons, tel qu'il est inscrit dans notre histoire et tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés* ». (Nasio, 2007, p. 112).

Nous évoquant aussi l'étude de Mourad Yelles sur « *huit séquence d'un corps maghrébin* » qui considère le corps non seulement un extraordinaire appareil physiologique, mais aussi un fabuleux corpus où se lit/ s'écrit le récit des aventures historiques du sujet aux prises avec le monde.

Et selon l'étude de Sidi Said Dehbia, (2010) sur : "*une poétique de regard dans l'œuvre de Marcel Proust*", l'homme s'ouvre au monde grâce aux sens. Il tente de se le figurer et de le déchiffrer en usant du regard, de l'odorat et l'ouïe. Les personnages, en tant qu'entité discursive, ne créent pas l'exception puisque, comme tout être pensant, les sens sont des moyens par lesquels ils cèdent au sens de leur univers.

Dans la recherche de Proust, le sujet énonciatif est un observateur qui se veut objectif dans la saisie du monde. À l'image d'une fenêtre ouverte, l'œil ne peut voir que ce qui est dans son champ de présence. Or le corps est indispensable avec son champ positionnel pour soutenir cet organe perceptif. Le monde n'est vu dans toute sa dimension significative que parce que le corps est totalité, si le corps est altéré, le sens ne sera jamais

Afin de déterminer l'existence d'une altération psychique due à une amputation chirurgicale d'un pied diabétique vis-à-vis l'image du corps nous avons opté pour un guide d'entretien de 32 questions et d'un test projectif le Rorschach.

Par conclusion, et compte tenu des différents travaux présentés on peut conduire le cadre de cette recherche vers les questions énoncées ci-dessous :

## **Question**

**Quelle est la nature de l'image du corps chez Les diabétiques amputés ?**

## **Hypothèse**

**L'image du corps chez les diabétiques amputés est mauvaise.**

## **Définitions et Opérationnalisation des concepts clés de la recherche**

### **Diabète de type 2**

Pour comprendre ce qu'est le diabète expliquant d'abord comment le corps utilise l'énergie provenant des aliments, les sucres aussi appelé glucide, proviennent des aliments que nous mangeons, les sucres sont digérés et se retrouvent dans le sang sous forme de glucose. La présence de glucose dans le sang amène le pancréas à se produire de l'insuline, l'insuline agit comme une clé qui permet au glucose d'entrer dans les cellules, le glucose est, alors utilisé comme énergie par les cellules. L'insuline permet aussi de mettre en réserve du glucose dans le foie, ce dernier est libéré et utilisé par le corps comme énergie entre les repas et durant la nuit. Chez les personnes diabétiques de type 2. Le pancréas ne produit pas assez d'insuline où l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. Ainsi, une partie du glucose ne peut être utilisée comme énergie par les cellules, cela cause l'augmentation anormale du glucose dans le sang nommé hyperglycémie. Les symptômes ne sont pas toujours présents, c'est pourquoi le diabète de type 2 peut passer inaperçue pendant de nombreuses années.

### **Amputation**

L'amputation consiste à enlever une extrémité du corps, notamment par une intervention chirurgicale majeure et mutilante pouvant se pratiquer partout dans le monde, du fait que ses causes ne se limitent pas à un niveau quelconque. L'amputation, touche douloureusement le sujet dans son intégrité physique, psychologique et sociale, elle bouleverse sa manière de vivre, son activité quotidienne, son métier où ses loisirs. Dans notre étude il s'agit d'une amputation due à un diabète de type 2.

### **Image du corps**

L'image du corps est une construction psychique qu'une personne se fait de son propre corps, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même, elle est avant tout imaginaire et composée non seulement des fantasmes de notre première enfance, mais aussi par ceux de tous les conflits affectifs qui ont bouleversé et

Composé l'histoire de notre vie. L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel.

# **Partie pratique**

## **Chapitre III**

# **Méthodologie de la recherche**



## Préambule

Dans ce chapitre, nous nous intéressons à la démarche scientifique de recherche suivie pour mettre fin à notre étude, qui consiste à décrire les principes fondamentaux à mettre en œuvre dans tout travail de recherche et à monter les cheminements différents conçus pour être adaptés aux domaines étudiés.

Cette démarche nous aide à décrire les limites de la recherche puis nous définissons la méthode utilisée, ensuite nous allons présenter le lieu et le groupe de recherche, par la suite nous mettons en avant les outils de recherche qu'on a employés et leur analyse, nous évoquerons le déroulement de l'enquête, l'attitude du chercheur et enfin les difficultés de la recherche.

### 1- Limites de la recherche

- Limite spatiale : centre hospitalier universitaire (CHU de Bejaia).  
Hôpital Khalil Amrane (service médecine interne) et clinique beau séjour de Bejaia.
- limite du temps : du 05-03-2018 au 05-04-2018  
Du 19-04-2018 au 19-05-2018
- limite du groupe : l'enquête s'est portée sur huit (08) sujet Diabétique Amputés, d'âge adulte.
- Outils : Entretien de recherche et test projectif « Rorschach »
- Approche : psychanalytique.

### 2- Méthode utilisée dans la recherche

Dans la recherche scientifique, le chercheur doit suivre une méthode adéquate à la nature de son étude. Nous avons opté pour la Méthode clinique qui semble être la plus appropriée aux objectifs de notre recherche, La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes sur le cas, c'est-à-dire l'individualité. Elle s'insère dans une activité pratique qui visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes et comportements, la spécialité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (entretiens, tests projectifs...) de recueil in vivo des informations, alors que, le second niveau se définit par

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

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

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

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

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, elle consiste en observation approfondie d'un individu, elle est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychologues comme, Freud ou Janet pour décrire les névroses, et illustre des hypothèses théoriques, elle a été aussi pratiquée en médecine pour décrire les maladies et leur évolution. (Chahraoui & Bénony,2003, pp. 125-126).

L'étude de cas permet de regrouper un nombre de données issues de méthodes différentes afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Nous avons choisi l'étude de cas, parce que celle-ci va nous permettre une observation, l'observation clinique privilégié la dimension expérientielle de l'être humain. Le champ de l'observation clinique concerne aussi la socialité, les réactions, les inter relations. Mais il concerne surtout l'intériorité du sujet, sa subjectivité. (Cicone,1998, pp.33-34) l'observation

clinique attentive est au fondement de la méthode clinique, elle en est l'aspect le plus essentiel. Elle est une méthode à la fois pour la pratique et pour la recherche clinique, que leur objet soit le sujet, un groupe. Une telle

Méthode impose des exigences et requiert une discipline importante, conditions à sa portée clinique et à sa dimension on heuristique. (Ciccone,1998)

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

### 3- Lieux de recherche

#### 3-1 - Hôpital Khelil Amrane de Bejaia.

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

- **Coté femme** : il y a un total de 05 chambres et de 14 lits. La première chambre est réservée à l'hématologie, avec deux lits, pour les chambres (02, 03 et 04) elles ont 03 lits, la cinquième a 06 lits.

- **Coté homme** : il y a 20 un total de 05 chambres et de 18 lits, la première chambre appeler aussi hôpital de jour est réservé à la biothérapie, elles sont équipées de 03 lits, pour les chambre (02.03. Et 04) elles ont chacune trois lits, la quatrième est spécialement réservé aux pieds diabétique, la cinquième chambre a 06 lits.

#### - Le personnel

- Aide-soignant(ATS) : 06

- Infirmière de santé publique (ISP) :04

- Surveillante médicale : 01

- Secrétaire : 01, avec une stagiaire.

- Psychologue : 01

- D'éthicien : 01
- Médecin : 02 professeurs, 03 maitres assistant, 01 endocrinologue. 05 gastro logues.
- Entretien des lieux : 05
- concernant les statistiques des malades admis pour pied diabétique, le registre d'hospitalisation des pieds diabétiques indique le nombre de 15 admission pour les hommes, et 13 pour les femmes, sur une période six mois.

Le nombre de lit est limité au service de médecine interne, d'autre malade subissent l'intervention aux urgences et reste la ba, ils ne montent pas au service, ceux-là ne sont pas enregistrer dans le service.

### **3-2 – clinique beau séjour**

Nous avons choisi aussi comme lieu de recherche, la clinique beau séjour. (Maison des Diabétiques de la wilaya de Bejaia).

Ou notre stage s'écroule du : 19-03-2018 au 25-04-2018 afin de mieux constituer notre groupe de recherche. Cette clinique est fondée en 1995, c'est un lieu de rencontre et d'écoute entre patients et professionnels de santé, elle a pour objectif d'épauler, conseiller et suivre le patient diabétique lors ses démarches médicales. Elle met à disposition du patient médecins,

Des infirmières et des nutritionnistes à travers des entretiens gratuits, et personnalisés. Plus de ça y a aussi une association pour ces diabétiques qui s'occupe des médicaments les membres de cette Association font de leurs mieux pour avoir un maximum de médicaments ramasser les dents de partout. Bien sûr dans le but d'aider ces patients.

L'accès à la clinique est totalement libre. Il n'y aucune Contrainte pour le patient, il doit juste se munir d'un bilan Sanguin qui se fait une fois par an et une glycémie chaque trois (03) mois. La clinique s'occupe du suivi de 6 300 diabétiques inscrits depuis l'année d'ouverture (1995) à la fin de l'année 2017. Et qui sont tous soumis à un contrôle médical tous les trois

Mois afin de suivre l'évolution de leur situation sanitaire, cette clinique reçoit en moyenne 40 patients par jour, et elle s'occupe aussi des urgences Diabétiques et des nouveaux cas fraîchement identifiés. Elle dispose de trois salles de consultation pour diabétique, constitué de 3 médecins, et 2 infirmières.

#### **4 – Groupe de recherche**

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des sujets diabétiques amputés, notre sujet de recherche concerne les personnes adultes (18-65ans selon L'OMS), nous avons effectués notre travail de recherche auprès de six cas, dont deux femmes et quatre hommes âgés entre 49 ans à 63 ans.

##### **Critères d'inclusion**

- les sujets du groupe de recherche doivent avoir 18 ans et plus en raison.
- les sujets du groupe de recherche doivent être des diabétiques DT2.
- Ils doivent être des diabétiques Amputés.
- la durée de l'amputation doit dépasser 06 mois pour s'assurer que la période du choc initial est passée et que les réactions immédiates se sont dissipées pour ne pas interférer avec les résultats de la recherche.
- les sujets qui ne présentent pas des troubles de langage pour l'application des outils.
- les sujets qui ne sont pas atteints de démence ou de délires. Pour qu'ils puissent répondre à mes questions de l'entretien.

##### **Critère d'exclusion**

- Les sujets ayant moins de 18 ans. Ne sont pas concédés comme étant des adultes.
- Les sujets ayant des troubles du langage parce qu'ils ne peuvent pas échanger avec nous.
- Les sujets diabétique DT1.
- Les sujets amputés non diabétiques.

- Les sujets atteints de démence ou de délire parce que les outils de recherche que nous avons utilisés ne leur sont pas adaptés.

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

**Tableau N°03 : Tableau du groupe de recherche.**

	Age	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Situation professionnelle	Durée du traitement	Niveau d'amputation	Durée d'amputation
<b>Kamel</b>	49 ans	Secondaire	Marié	Electricien	7ans	Genou Gauche, Sans prothèses	2 ans
<b>Linda</b>	39 ans	Lycée	Mariée	Femme au foyer	10 ans	Genou Droit, Sans prothèse	3 ans
<b>L'hacen</b>	57 ans	Primaire	Marié	Agent d'entreprise	19 ans	Orteil droit	2 ans
<b>Sabrina</b>	39 ans	Terminal	Veuve	Femme au foyer	17ans	Orteil droit sans orthèses	6mois
<b>Rachid</b>	63ans	BEF	marié	Président de l'association des diabétiques	4ans	Genou gauche avec prothèse	16mois
<b>Tahar</b>	60 ans	Secondaire	Marié	Ancien infirmier	17 ans	Orteil droit sans orthèses	8mois

**Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche.**

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

On remarque que les sujets de notre recherche se sont de catégorie adulte.

Leur âge est varié entre 39 ans et 63 ans, avec des prénoms changés, pour préserver l'anonymat et la confidentialité. Tous les sujets de notre recherche ont la même situation matrimoniale mariée, sauf Mme Sabrina qui est veuve, les sujets de recherche ont un niveau d'instruction différent (Analphabète, primaire, Cem et Lycée), notre recherche consiste les deux sexes, on trouve dans notre groupe de recherche (04) cas de sexe masculin et deux cas de sexe féminin. Mme Sabrina et Linda sont des mères au foyer, par contre le reste des sujets ont tous un niveau professionnel qui se diffère d'un à l'autre les six sujets de recherche présentent un

diabète de Type 2, et la durée de traitement s'est entre 4ans et 20 ans. Et le niveau d'amputation soit de genou ou l'orteil, et la durée d'amputation varie entre 8 mois

et 3 ans. Certain amputé du côté gauche d'autre doit et seulement Mr Madjid qui porte une prothèse.

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

## 5- Outils de la recherche

Dans notre recherche nous avons utilisés des outils d'investigation, le premier est l'entretien de recherche. Et le deuxième c'est le test projectif « *Rorschach* », qui convient à notre étude.

### 5-1 l'entretien de recherche

La première action que nous avons fait après, la prise du contact avec les sujets de recherche, est d'entretenir avec eux, par un entretien clinique.

L'entretien clinique est défini par Alexandre, et ses collaborateurs *comme* : « *une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, les psychologues se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet qui vient en général exposer une souffrance, un conflit, une interrogation* » (Alexandre, 2005, p.381)

Entretien clinique offre l'opportunité, la possibilité à un sujet (divisé) de dire, de se dire, et d'être écouté par un autre qui, par sa disposition d'écoute invite à la parole. Mais, plus encore, il ouvre au possible, pour ce sujet, d'être entendu et d'entendre ce qui se dit, ce qu'il dit, y compris parfois, comme ce peut être le cas, lorsqu'un sujet est privé de voix, en "parlant" au clinicien au moyen de l'écriture. En effet, dans l'espace d'interlocution particulier d'une relation dissymétrique dont s'ordonne l'instauration de l'entretien clinique, c'est à l'expérience de la parole et à sa fonction spécifique dans l'adresse à un autre, à la surprise, à l'énigme de la parole et à sa fonction spécifique dans l'adresse à un autre, à la surprise, à l'énigme de la parole, à son pouvoir de révélation et son impact, que convie le dispositif de cette situation clinique.



Soit une situation où les dimensions de l'inconscient et de ses effets, de la réalité psychique (désir inconscient et fantasmes), celles des identifications et des transferts, ne peuvent être méconnues par le clinicien ou non prises en

Compte. Un clinicien qui se trouve lui aussi impliqué comme sujet, c'est-à-dire aussi comme psyché, et qui travaille avec cette implication. (Douville,2009, p.134)

L'adaptation d'un entretien s'avère l'outil parfait pour accéder aux informations les plus ardues à détecter, ainsi que l'analyse du discours et de son contenu s'annonce vraisemblablement à un instrument d'investigation, qui ressort les points les plus profonds que l'on a besoin. (Jardin,2003, p.14)

L'entretien se révèle un outil indispensables et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leur, à leur représentation personnelles sur tel ou tel problème. ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique, c'est le terme " clinique " qui renvoie à un champs de pratiques spécifiques qui intéressent le domaine des soins en général, le modèle psychanalytique met l'accent sur les événements inconscients, pulsionnels, les résistances et le transfert dans l'entretien. Pour Freud, l'entretien psychanalytique a constitué une véritable méthode d'investigation du fonctionnement psychique, en même temps qu'une méthode thérapeutique permettant d'accéder au matériel refoulé, considéré comme pathologie.

Dans notre recherche nous avons opté y un type d'entretien qui est l'entretien de type semi directif.

L'entretien semi directif s'annonce comme médiateur qui s'illustre comme un comprimé entre l'entretien directif et l'entretien non directif. (Castrede,2003, p.93)

Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, elles sont poussées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin de la séquence d'association, l'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit (Chahraoui et Bénony,2003, p.143)

L'entretien semi directif s'organise dans un cadre strict, le chercheur connaît



les points précis qu'il désire aborder. Qui conserve un principe de liberté de parole, ils visant à obtenir un certain nombre de réponses, il peut être nécessaire de recadrer poliment son sujet si celle-ci s'écarte trop du sujet.

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien, celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ses axes porte un titre ou une thématique et ouvrent sur certains nombres de questions relative à chaque axe.

Le guide d'entretien est le premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateur concrets et de reformulation des questions de recherche en question d'enquête. Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire. (Blanchet et Gotman,2014, p.58)

Le guide d'entretien est l'outil d'aide-mémoire à travers lequel le chercheur aura répertorié l'ensemble des thèmes qu'il souhaite aborder, éventuellement sous forme de questions ouvertes.il reprend le thème général à couvrir des questions plus précises. Si le sujet est d'accord, un enregistrement et une retranscription s'avèrent très utiles pour l'analyse.

Dans ce sens, nous avons élaboré un guide d'entretien comprenant trente (30) questions en tout. (Pour l'ensemble de question voir annexe n°1 Cinq (05)questions portent sur: " les informations générale sur le sujet" l'objectif c'est de rapporter des informations sur la biographie du sujet, L'axe numéro 01,intitulé : "informations concernant le diabète ",est composé de neuf (09) questions, ces questions ont pour objectif de connaître la durée du diagnostic et comment le sujet à fait face à cette maladie, quels sont Ces causes, des antécédents vis-à-vis le diabète, comment ce sujet gère quotidiennement son diabète et qui prend soin de lui.

Axe numéro 02 intitulé « *informations concernant l'amputation* » Il contient quatre (04) questions qui porte sur la date de l'amputation et la réaction face à cette, Décision ainsi les facteurs causant cette amputation, Et comment le sujet a vécu Cette période.

L'axe numéro(03)intitulé: «*informations concernant l'image du corps* » Comprenant six (06) questions, l'objectif De cet axe est de connaître l'image

du corps que le sujet avait en lui avant et après l'amputation et quel image à aujourd'hui de son corps, dans le but de repérer si le sujet diabétique amputé a une bonne ou une mauvaise image du corps, Autrement dit, cet axe nous permettront de décrire, comment une personne diabétique amputé représente-il son corps, Comme dernier axe qui est l'axe numéro (04) intitulé: « *projection dans le futur* », On à voulu savoir comment le sujet se voit lui-même dans

quelque années, à ce que-il à des projets ou non, s'il a quelque chose qu'on n'a pas aborder et qu'il voulait nous parler Il le rajoute.

L'objectif de toutes questions de guide d'entretien, est de détecter si un sujet diabétique amputé à une bonne où une mauvaise image de son propre corps. Pour ce fait on ne s'est pas seulement basé de notre guide d'entretien clinique semi directif mais aussi d'un test psychologique « *Rorschach* » que nous allons présenter dans ce qui suit.

## 5.2 Rorschach

### 5.2.1 Aperçu historique du teste rorschach :

Le test de Rorschach est un test psychologique projectif consistant en 10 cartouches d'encre imprimées sur des cartes (cinq en noir et blanc, cinq en couleur) créées en 1921 avec la publication de « *Psychodiagnostik* » par Hermann Rorschach. Au cours des années 1940 et 1950, le test était synonyme de psychologie clinique.

Hermann Rorschach n'a pas précisé où il a eu l'idée de l'essai. Cependant, comme la plupart des enfants de son temps, il jouait souvent le jeu populaire appelé Blotto , qui consistait à créer des associations ressemblant à des poèmes ou à jouer des charades avec des taches d'encre.

Quand Eugen Bleuler a inventé le terme schizophrénie en 1911, Rorschach s'est intéressé et a écrit sa dissertation sur les hallucinations (Bleuler était le président de la dissertation de Rorschach). Dans son travail sur les patients atteints de schizophrénie, Rorschach a découvert par inadvertance qu'ils réagissaient différemment au jeu Blotto que d'autres. Il a fait un bref rapport de cette découverte à une société psychiatrique locale, mais rien de plus n'en est ressorti à l'époque. Ce n'est que lorsqu'il a été établi dans sa pratique psychiatrique à

l'hôpital Krombach de Herisau en Russie en 1917 qu'il s'est intéressé à l'étude systématique du jeu de Blotto.

Rorschach a utilisé environ 40 taches d'encre dans ses études originales de 1918 à 1921, mais il n'en administrait régulièrement qu'une quinzaine à ses patients. Finalement, il a recueilli des données auprès de 405 sujets (117 non-patients qu'il a utilisé comme son groupe de contrôle). Sa méthode de notation minimise l'importance du contenu, se concentrant plutôt sur la façon de classer les

Réponses selon leurs différentes caractéristiques. Il l'a fait en utilisant un ensemble de codes - maintenant appelés scores - pour déterminer si la réponse parlait de l'encrage entier (W), par exemple, un gros détail (D), ou un détail plus petit. F a été utilisé pour marquer la forme de la tâche d'encre, et C a été utilisé pour marquer si la réponse incluait la couleur. Rorschach Reviews, (1959)

Rorschach a retravaillé son manuscrit pour inclure seulement 10 des 15 taches d'encre qu'il a le plus souvent utilisées.

Dix ans après la mort de son inventeur « le test commença à se répandre ; le suisse Bender ajouta les réponses clair-obscur(Clob) à la nomenclature en(1932).Beeck introduisit le test aux Etats-Unis ou le journal « les technique deprojection classification de la personnalité » commença apparaitre en (1936Klopfer) fonda l'institut Rorschach de New York en (1939), prenant la tête d'une école américaine qui bouleversa l'interprétation de test » (Anzieu & Chabert , 1961, p.56)

Le test s'imposa aussi dans les pays francophones après la deuxième guerre mondiale, sous l'influence de Marguerite Loosli-Usteri (1965) de Genève. Ces cliniciens ont mis au point une terminologie française se situant à mi-chemin entre le traditionalisme suisse germanique et les novateurs américains. Depuis lors, les travaux de l'école française auxquels nous nous référons ont donné une impulsion capitale au test. Plusieurs courants se sont organisés en Sociétés scientifiques. Citons la Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française créée en 1950 avec à l'origine des personnalités comme c. beizman, r. zazzo, r. perron et n. canivet. Nous relèverons aussi les équipes de l'Université de Paris et celles du laboratoire de psychiatrie de l'hôpital de la Salpêtrière avec d. Lagache, Nina Rausch de Trautenberg, c. Chabert, d. Anzieu, m.f. Boizou, m. Emmanuelli, c. Azoulay. En France, nous nommerons encore les apports récents et

significatifs de l'Ecole de LYON avec P. ROMAN et de l'Ecole de Nancy avec c. de tychey. jacqueline richelle, (Pierre Debroux,2009,p.22)

### **5.2.2 Le matériel du teste rorschach**

Le teste se présente en 10 planches contenant des taches d'encres symétrique chacune déférente de l'autre, ou les réponses doivent être associé a contenue de planche ce qui pose une première contrainte.

Toutes les planches se distinguent par la forme mais certaines d'entre elle se ressemble par la couleur certaines sont noire ou marquées par des nuances de gris plus au moins contrastées (planche01, planche04, planche05, planche07) d'autre sont noires et rouge, les planches (02,03) et d'autre de couleur pastel (08,06,10).

#### **Présentation des planches**

Toutes les planche du rorschach se composent de deux partie le contenue manifeste et le contenue latent, le contenue manifeste consiste dans le matériel lui même visible a l'oïl nue et se devise en deux partie, la partie structurelle c'est-à-dire la description de la forme de la tâche d'encre la deuxième

#### **Planche I**

- Sur le Plan formel : Fermé, compact.
- Sur le Plan sensoriel : elle est noire et grise avec des taches blanches.
- Sur le Plan sous-jacent : elle renvoi au premier contact avec l'objet maternel.

#### **Planche II**

- Sur le Plan formel : elle n'est pas compacte, elle est ouverte bilatéral
- Sur le Plan sensoriel : le rouge, le gris, le noir, le blanc.
- Sur le Plan sous-jacent : elle sollicite une représentation de type relationnelle agressive, C'est une planche ou le rouge renvoi a la sexualité et l'agressivité.

#### **Planche III**

- Sur le Plan formel : elle est ouverte, et bilatéral.

-Sur le Plan sensoriel : elle a du noir, du rouge ; du gris et du blanc.

-Sur le Plan sous-jacent : elle sollicite une représentation de type relationnelle (conflictuelle, amical ...etc ) c'est une planche d'identité et de représentation de soi .

#### **Planche IV**

-Sur le Plan formel : elle est compacte et fermé.

-Sur le Plan sensoriel : elle a du gris et du noir.

-Sur le Plan sous-jacent : c'est une planche qui renvoi a la notion d'autorité - paternel et maternel.

#### **Planche V**

-Sur le Plan formel : elle est fermée et compacte.

-Sur le Plan sensoriel : elle a du gris et du noir.

-Sur le Plan sous-jacent : planche identitaire et de représentation des soi .

#### **Planche VI**

-Sur le Plan formel : compact.

-Sur le Plan sensoriel : elle a du noir et du gris.

-Sur le Plan sous-jacent : renvoi a la sexualité féminine et masculine.

#### **Planche VII**

-Sur le Plan formel : elle est ouverte et bilatéral.

-Sur le Plan sensoriel : elle a du gris du noir et du blanc.

-Sur le Plan sous-jacent : elle renvoi a la représentation de soi et à la relation d'objet maternel.

### **Les planche pastel VIII, IX, X**

-Sur le plan formel compacte, bilatéral ; sur le plan sensoriel pastel et sur le plan latent sont des planches qui exprime l'émergence d'émotion et d'affectes et permettent par-là de saisir le type de rapport que le sujet établit avec son Environnement.

Avant la passation directe le professionnel avais déjà programmé et préparé le patient , au cours de la passation le patient est installée à gauche du professionnel et un peu en avant ceci facilitera le l'observation du comportement la luminosité de la pièce est aussi prise en compte , « le sujet est installé de préférence à gauche et un peu devant l'examineur pour faciliter l'observation du comportement ; la

Position face à l'examineur , très courante dans la pratique est à déconseiller, les sujets se sentant davantage en situation d'examen et sous une surveillance impérieuse . » Nina Rausch de traubenberg, 1997, P 12.

#### **-La passation**

Elle se fait obligatoirement en 4 étape :

#### **-La passation spontanée**

C'est une étape ou la consigne et formuler dans la langue la plus adéquate et compréhensible, dans le cas où le patient demande encours d'avantage d'explication sur la consigne le professionnel doit l'expliqué tout gardant le sens, ou moment de l'administration de l'examineur comptera le temps de latence initial ainsi que le temps de la planche, le temps de latence initial consiste à l'écart temporel qui sépare entre l'administration de la planche et la premier réponse cotable « la réponse cotable est la réponse dans laquelle il y a une identification de la tache comme étant un objet. Un silence intra récit long (...), un silence intra récit court (..). Son oublié de mentionner la position de la planche. Positions normale, position inversé, position droit au gauche. » pierre debroux, 2009, P :22.

#### **-L'enquête**

C'est une phase d'investigation qui permis la récolte d'avantage de données sur les réponses concernant la planche elle est précédé par une consigne bien précise « nous allons maintenant reprendre les planches ensemble vous essaierez de me dire de ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué. Bien entendu,

s'il vous vient d'autres idées vous pourrez n'en faire part » (Chabert, 1997) c'est un technique verbal porte sur la localisation de réponses par le par le moyen de la question directe.

### **-L'enquête aux limite**

Quand le sujet n'a jamais utilisé un déterminant important (couleur, kinesthésie, localisation D...) ou n'a pas vu une réponse habituelle (en particulier à la Planche III, « deux personnages », et à la Planche V, « une chauve-souris »), on peut l'inviter explicitement à la faire, afin de déterminer s'il s'agit d'une négligence, d'un blocage passager et surmontable ou d'une incapacité psychique fondamentale.

### **-Choix préférentiel**

Une fois le test est terminé, on demande ou sujet de choisir les deux planches préférées celle qui lui plaisent le plus, et les deux planches qui lui déplaisent le plus

## **6.3 La cotation**

La cotation est comprise sous quatre élément les modes d'appréhension, les déterminants, les contenus et les facteurs additionnels.

### **Les mode d'appréhension**

#### **Les Réponses globale (G)**

Ils témoignent Adaptation de base à la réalité Socialisation de la pensée Elaboration mentale, subjectivité, créativité, capacités de pensée intériorisée. on peut tirer sept types de réponse global (G) :

#### **Les G simple**

Ils correspondent à une vision immédiate totale de la planche, prise en compte dans son unité, en lui associant des formes correctes, ils témoignent d'une adaptation perceptive de base : ancrage dans la réalité et appartenance à un groupe humain donné. Ils montrent une identité stable dans un environnement distinctement reconnu comme réalité extérieure.

**Les G vagues**

C'est des réponses caractérisées par un aspect flou, une réponse plus ou moins fermée. Ils peuvent correspondre à une attitude défensive rigide, une lutte contre l'implication, un refoulement.

**Les G impressionniste**

C'est des réponses plus ou moins non précises marquées par un caractère flou ou les éléments sensoriels marquent leur dominance ( E , C , C' ) Ils peuvent révéler une attitude défensive labile, un refoulement, une faiblesse du moi par rapport au vécu émotionnel.

**Les G élaborés**

Ils témoignent d'une organisation structurante de l'engramme, par combinaison des différentes parties de la tâche. Ils montrent de la créativité et de bonnes capacités de mentalisation.

**LES GBL :**

Ils correspondent aux réponses globales où le blanc est inclus.

**Les G confabulés**

C'est lorsque le sujet dans ces réponses part d'un détail pour généraliser sur toute la planche.

**Les G contaminés**

On les relève quand il y a condensation de deux perceptions normalement distinctes, l'une étant contaminée par l'autre.

**Les réponses D**

Elles correspondent à des réponses qui s'attachent à une localisation partielle de la planche. Qu'il soit minuscule ou qu'il couvre une surface plus grande certains D, ou qu'ils concernent des D pris dans une position insolite ils dépendent bien plus du sujet que de la structure perceptive de la tâche, elles correspondent à la capacité d'ancrage dans le réel. Isolation nécessaire au fonctionnement mental.



### Les réponses Dd

Ce sont des réponses détail de la tâche d'ancre qui restent après avoir éliminé les détails statiquement les plus fréquent, le Dd constitue un élément plus personnel plus projectif ou le sujet crée plus qu'il ne perçoit, elles correspondent Pensée originale et subtile

### Les réponses Dbl

Elles s'inscrivent dans la dialectique relationnelle primaire et peuvent ainsi renvoyer à une carence affective. Elle désigne « les réponses portant sur les lacunes inter maculaires ou extra maculaires, le, sujet opérant ainsi une inversion figure /fond (Chabert ,1983.p.125)

Nina Rausch de Traubenberg (1970) mentionne également des réponse Do (oligophrénie) ou plutôt Di (inhibition), pouvant renvoyer au retard mental mais aussi à l'inhibition névrotique.

### Les déterminants

Elles correspondent aux réponses de type forme, kinesthésie, couleur et leur allure dans le processus perceptif.

### Réponse formelles

Le recours a la forme aux configurations des taches constitue une modalité d'appréhension sensorielle visuelle d'un stimulus dont la structure n'est pas familière. Nina Rausch de traubenberg , 1997, P72

(F+) et (F-) & (F±) :

Des réponses statistiquement recueillis, le F+ correspond a la netteté de la perception, à la vigilance de l'attention, a une bonne capacité de sélection des image souvenir, ils relève aussi d'un processus associatif vigoureux don d'un contrôle mental précis, le critère de cotation des réponses F+ est que la fréquence d'une mémé réponses s'élève ou moins à 2%. Pour une population de 287 sujet. Catherine azoulay , michéle emmanuelli , 2012, P9

L'apparition des réponses F- est nécessaire, dans la mesure ou elle marque la capacité de ce sujet a se trompé , a se troubler et a relâcher son contrôle , si ces

réponse dépasse les normes elle signent l'inefficacité des défenses par la réalité ou le dérapage de l'adaptation perspective .

Ils sont intégrés au F+% pour 50%. Ils correspondent à des réponses aux contenus flous, des oscillations du sujet entre plusieurs images, Ils montrent un flou de la pensée, des doutes, des précautions. Le rorschach en clinique adulte, 2012.

### **Les kinesthésies**

Ce sont des réponses déterminées par la forme et en plus par des apports kinesthésiques.

#### **Les déterminants kinesthésiques (K)**

Les réponses mettent en scène des personnages humains entiers définis, réels ou surnaturels, se voyant attribuer une action, une intention ou une présence fortement ressentie.

Les kinesthésies animales (kan)

Elles correspondent aux réponses animales reflétant des mouvements.

#### **Les kinesthésies d'objet (kob)**

Ces réponses correspondent à un mouvement fort projeté sur un contenu objet et perçu comme prenant sa source à l'intérieur de l'objet.

Les petites kinesthésies (kp)

Elle font référence à la perception d'une représentation humaine parcellaire, en mouvement . (Rorschach en clinique adulte, 2012 )

### **Les déterminants sensoriels**

#### **Les réponses couleur (FC, CF, C et FC', C'F, C')**

Les couleurs sont une donnée sensorielle, correspondent parfois à un simple constat perceptif par la simple nomination d'une couleur, dans certains cas on attribue la forme la F, lorsque la forme est dominante et déterminée elle est cotée

FC ex , planche 10 : les deux bleu a coté , en dirais des crabes bleu .

Lorsque la forme et peux dominante le forme viens a la fin de la cotation ( CF )  
ex planche 1 : en dirais un nuage noir .

### **Les réponses estompage : ( FE, EF, E)**

On compte trois type d'estompage estompage de texture qui renvoi a la sensibilité tactile, estompage de diffusion correspond aux contours flou, et l'estompage de perception comme son nom l'indique il définit les défèrent plan de l'espace.

### **Les réponses clair-obscur (FClob, ClobF, Clob)**

Les réponses clob démontre une réaction explicite a la proximité de la menace Elle révèle une anxiété provoquant un effet de riposte active ou de paralysie.

S'associant généralement dans la cotation au déterminant de type forme .

### **- Les contenues**

Est un critère qualitatif qui prend en compte l'analyse des réponses

Produites : réponse animales (A, Ad, les plus fréquentes), humaines (H, Hd) anatomique, sexuelle ,contenus divers (exemple :éléments, fragments, contenus géographique, symboles, objets, ct.),l'analyse de contenu est susceptible de renseigner sur le degré de maturité, l'image du corps ou encore l'aptitude intellectuelle du sujet. Elle procède pour cela à une analyse du symbolisme (au niveau sexuel ou bien niveau des images parentales traumbenberg N.R,1981 P66

### **Les banalités**

Variant avec l'âge et le milieu culturel, elles sont fournies par 1 sujet sur 6 pour une localisation donnée, d'après H. rorschach le caractère est capable de nous renseigner sur la capacité d'adaptions intellectuelle.( pratique du rorschach , 1997)

**Tableau N° 4 : Liste des banalités de Nina Rausch 1970**

Planche	Localisation	Liste
I	G	Oiseau, chauve-souris, papillon
II	D noir	Deux têtes d'animaux
III	G noir D rouge central	Deux bonshommes Papillon, nœud papillon
IV	G	Peau d'animal
V	G	Oiseau chauvesouris, papillons
VI	G	Peau d'animal
VII	–	–
VIII	D lat	Deux animaux
IX	D rose	Tête d'homme
X	D bleu Lat D vert mediane Claire D gris	Crabe pieuvre Tête lapin Deux animaux

**-Le psychogramme**

<b>Nom</b> <b>Prénom</b> <b>Age</b> <b>Sexe</b>				
R :	G :	F :	H :	F% :
R :	G% :	K :	Hd :	F+% :
:	D :	kan :	(H) :	H% :
Refus :	D% :	kp :	A :	A%
Tps total :	Dd :	kob :	Ad :	
Tps/rép.	Dd% :	FC :	(A) :	
moyen :		CF :		
Tps latence	Dbl :	C :	BAN :	
moyen	Dbl% :	FC' :		
:		C'F :	Elém. :	
T. Appr. :	Do :	C' :	Frag. :	
	Do% :		Obj. :	
TRI :	Choix + :	FE :	Anat. :	
F.c. :	Choix - :	EF :	Géo. :	
		E :	Bot. :	
			Scène :	
RC% :		FClob :	Nature :	
		ClobF :	Arch. :	
		Clob :	Abstr. :	
			Symb. :	

### 5.2.3 L'image du corps au rorschach

L'image du corps est un concept polysémique en psychologie. Selon P, Schilder (1968) « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». (Schilder, 1968, p.35). Ce modèle postural du corps n'est pas une entité statique, fixe, elle est dynamique, c'est-à-dire, changeante, en croissance, « en perpétuelle auto-construction et autodestruction interne ». (Schilder, 1968, p.40). La première hypothèse de notre travail porte sur la nature de l'image du corps chez nos sujets. Cette hypothèse sera opérationnalisée grâce au rorschach, on sait tous que de par sa structuration, le stimulus Rorschach se prête à la projection de l'image du corps. On s'est alors appuyé sur les travaux de N. Rausch De Traubenberg (1983) « le rorschach teste la présence de l'image du corps intégré » et plus loin « il s'agit du corps connu et du corps vécu ». (Rausch De Traubenberg, 1983, pp. 100-101) On se réfère aussi à l'article de Sanglade (1983) qui écrit « l' image du corps est une représentation produit de l'appareil psychique. A cet égard, les méthodes projectives nous apparaissent comme l'instrument Privilégié de l'investigation de l'image du corps». (Sanglade, 1983, p.105) Concrètement, et selon toujours l'auteure précédente, l'image du CORPS QUI sera donc sollicité par l'ambiguïté de la délimitation formelle des taches ou de de taches, elle va se refléter dans la qualité formelle des réponses et dans les propriétés formelles des réponses. Il faut ajouter à cela les réponses anatomiques, ou le corps est directement désigné. L'identité psychique au rorschach On comprend de là, que l'identité psychologique renvoie à la conscience que l'on est soi unique formant un tout. C'est un double processus d'identification aux autres, et d'autonomisation qui renforce à la fois le sentiment d'appartenance à un groupe et celui d'unicité . Sanglade (1983) écrit « *lorsque le sujet a des difficultés d'identification, les réponses kinesthésiques présentent des qualités particulières mais les difficultés d'identification ne vont pas s'exprimer uniquement dans les réponses humaines* ». Et elle continue un peu plus loin « les sujets présentant des perturbations très profondes de l'image de soi vont être incapables de s'identifier à une représentation humaine vivante ou à donner des images du corps entières ». (Sanglade, 1983, p.108)

## 6- Déroulement de la recherche

### 6-1 - le pré enquête

Dans le but de promouvoir la recherche, cette phase, comme son nom l'indique, sert éventuellement à énoncer et à élargir la pratique elle permet de trouver un lieu adéquat et approprié avec les exigences du thème de la recherche, aussi lors de cette phase on recueille les informations nécessaires à propos de groupe de recherche sur sa prédisposition à coopérer ou même sa disponibilité au sein de ce lieu proposé.

Elle permet encore d'élaborer des hypothèses et propositions avancées au préalable accentuées sur le thème de recherche et vérifier sa fiabilité.

Elle permet de collecter des données sur le thème de recherche, d'établir le premier contact avec la population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases du thème de recherche. (Angers, 2005)

La phase préparatoire, qu'on en parle ci-dessus, a été effectuée au niveau du centre hospitalier universitaire de Bejaia (CHU de Bejaia) Hôpital Khelil Amrane au service médecine interne. Nous sommes donc présentés pour voir la psychologue de ce service, l'été le 03-03-2018.

Nous avons exposé notre thème de recherche à la psychologue, autant que étudiants on demandaient l'accès à ce service. En psychologue nous a donné son accord, et bien sûr n'est pas seulement son accord qui nous permettons d'avoir accès, mais aussi l'accord des autres responsables. Comme le directeur générale, le chef service, et le médecin chef de service. On s'est mis d'accord, d'abord avec la psychologue sur les jours les horaires de stage. La psychologue nous a demandé un guide d'entretien validé par notre enseignante encadreur, pour qu'on puisse commencés le 10-03-2018. Si toute la procédure papiers est bien complète, malheureusement, il nous manquer la signature du chef médecin de ce service. Ce dernier était en congé, on a cherché au prix de son remplaceur qui nous a bien accueilli mais qui ne pouvait pas prendre une telle décision à sa place. Donc il nous a informé qu'il serait présent le : 08-03-2010, nous nous sommes présentées ce jour-là, dans nos têtes on aura accord et on déposera la lettre de stage à ce jour-là à l'administration de

l'hôpital, et le 09-03-ou le 10-03-2018, on aurait nos affectation, et avec impatience fréquenter le terrain de recherche, les choses ne passent pas toujours comme on souhaite, à ce jour-là les médecins résidant étaient en grève et le chef médecin de ce service était solidaire avec ses collègues alors ce qui fait qu'on a pas peur avoir son accord à ce jour, à partir du 09 – 03-2018. Ce qui nous a obligé de changé la date de stage, durant une longue durée on se présenter à cette hôpital pour avoir l'avis de la psychologue et se fixé une autre date, la psychologue s'est absenté chaque jour, on se présente au service médecine interne le personnels de ce service nous disait :

« elle n'est pas là » « je l'es pas vue ce matin » « je pense qu'elle est parti en formation » je pense qu'elle a pris quelque jours de maladie ...etc. par crainte perte du temps , On a eu l'accord de médecin chef et le chef de service, on s'est présenté à l'administration de l'hôpital pour trouver une solution, et la solution été de changé la date par un correcteur (effaceur) et comme ça il ne reste l'accord du directeur général.

Le 02-04-2018 c'est à ce jour-là qu'on a pu avec difficultés d'avoir toute signature, et affectations.

Le 05-04-2018 nous avons nos affectations enfin, et monté au service médecine interne pour commencer notre stage avec motivation, pour face au terrain de recherche.

Malgré que nous avons effectués plusieurs stages mais pour étudié un groupe de recherche c'est autre chose.

Ce jour-là le 05-04-2018, la psychologue nous as surpris\_disait qu'on ne peut pas faire ce stage car le syndicat de Snapsy on geler les stages pour les étudiants, elle nous proposera d'aller à la clinique beau séjour comme l'accès à cette clinique été libre.

Le 06 - 04 - 2018, on se présente à la clinique beau séjour, on a rencontré le président de l'association des diabétiques, on lui expliquant tout. Ce monsieur là nous a aidé au maximum, avec grand joie on a commencé le long demain à refaire la procédure allant d'abord à notre faculté pour faire ressortir une lettre d'envoi de stage.

Le 15-04-2018 nous avons commencés notre stage au sein de la clinique beau séjour. Le jour même le directeur de l'hôpital Khelil Amrane



s'est présenté à cette clinique. En parlant on lui a expliqué notre thème de Recherche. Il nous a dit qu'on devrait le faire au service de l'hôpital Khelil Amrane. On lui a éclairci les choses. Il nous a demandé d'aller le voir le 16-04-2018 à 09h du matin dans son bureau, et il a fait de son mieux avec modestie qu'on fasse notre stage dans ce service. Après avoir réglé ce problème.

La psychologue nous a mis quelques conditions et elle nous a demandé de signer, sinon elle ne nous encadre pas, bien sûr on a contacté d'abord notre enseignante encadreur pour avoir son avis et elle était d'accord pour certains et avec la psychologue on a trouvé un compromis qui arrange les deux côtés, nous avons donc réalisé notre pré-enquête dans deux lieux, la clinique beau séjour et l'hôpital Khelil Amrane au service médecine interne, au tant que Stagiaires étudiants en deuxième année master psychologie clinique.

Après avoir discuté avec la psychologue, une infirmière qui nous a mis en contact au près une femme et un homme avec qui nous avons pu entamer notre pré-enquête. Nous nous sommes présentées et on leur a exposé notre thème de recherche et son objectif, ces derniers ont acceptés d'être nos sujets de recherche. On leur a posé les questions de guide d'entretien qu'on a traduit en longue Kabyle concernant leur maladie et aussi par peur de ne plus revoir ses sujets nous avons fait la passation de test Rorschach en même temps. Car c'est nos deux outils de recherche.

Tous étaient coopératifs avec nous, une relation de confiance s'était, alors installée. Après avoir accompli notre pré-enquête, nous avons pu préciser nos questions de recherche et nos hypothèses.

## **6-2. Enquête**

L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (Blanchet & Gotman, 2014,p.35) elle consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leur opinions en utilisant des Questionnaires ou des interviews. ( Chahraoui & Bénony, 2003, pp. 131- 132). L'idée de l'enquête suppose qu'il existe des problèmes, son objectif exige qu'ils soient formulés ( Grawitz, 2001, p.547).

Notre enquête s'est déroulée dans deux lieux différents. Le premier est l'hôpital Khelil Amrane (CHU de Bejaia) en service de médecine interne,

D'une période de 30 jours du 05-03-2018 au 05-04-2018. Deux fois par semaine (Lundi et Mercredi), de 08h jusqu'à 16h, le deuxième lieu c'est la clinique beau séjour de Bejaia d'une période de 1 mois et demi, du 19-03-2018 au 05-04-2018 trois fois par semaine, de 9h à 14h. Les deux premières séances ont été consacrées à la pré-enquête, à la rencontre de nos sujets de recherche, on leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel et que c'est seulement dans le but de faire une recherche, nous avons formulé la consigne pour l'entretien de recherche en Kabyle : « *Akednek (Amednek) des questions iya3nan lahlakik ynek (ynem) gmimdibda ( igdibda) Ami toura, matzemret amebdo toura !* »

(Nous allons vous poser des questions concernant votre maladie dès sa découverte jusqu'aujourd'hui si vous pouvez bien sûr on aimerait commencer maintenant). En premier lieu nous avons passé l'entretien à Mr Madjid, dans son bureau (il travaille dans notre lieu de stage). Comme il maîtrisait très bien la langue Française, ce qui a fait qu'on n'a pas eu recours à la traduction, l'entretien a duré 45 minutes avec Mr Rachid et 30 minutes avec Mr Kamel. Avec d'autres a duré d'environ 30-45 minutes.

Ensuite, par faute de temps et par peur que les sujets ne reviennent plus pour la passation de test projectif « *Rorschach* », on a demandé de passer les deux outils de recherche en même temps pour chaque cas.

Ainsi nous avons respecté les modalités de la passation, à savoir la position du face à face pour « *l'entretien* », et la position du cote à cote pour le test du « *Rorschach* ».

Nous avons aussi formulé la consigne pour la passation du test projectif « *Rorschach* » en Kabyle : ( *akednefk (Amnefk) 10 pluches étant les tâches iniyid dachu itezret. Zeyent, inid kan dachu, ikditbinen zeysent) nash ayen itetkhayalet*).

Consigne en Français, je vais vous montrer dix planches et vous me direz tout ce qu'elles vous font penser ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches.

Durant, notre troisième Séance à l'hôpital Khelil Amrane (au service médecine interne). Nous avons passé les deux outils de recherche que nous avons utilisés dans le premier cas en ce lieu en respectant les modalités de

passation indiqué au part avant, puis par la suite la même chose pour les 5 autres cas.

Sachant que, Mr tahar, Mr.l'hacen et Mme Sabrina se sont des sujets hospitalisés en médecine interne, c'est intentionnel de notre part de travailler avec les cas hospitalisés on a tout d'abord laisser en premier lieu l'équipe soignante intervenir pour soulagé et stabilisé la crise du patient et pour dépasser la phase de souffrance en obtenant l'accord de l'équipe soignante pour faire effectuer la passation de nos outils , Mr kamel , Mr,rachid, et Mme.Linda sont venues pour consulter, leur médecin et le reste des cas aussi venus pour consulter mais au beau séjour. Sauf Mr masdjid qui travail là-bas.

En ce qui concerne les sujets qu'on a vue à la clinique beau séjours, nous avons effectués les outils de recherche dans le bureau du président de l'association des diabétiques de Bejaia.

Ainsi, nous remercions, les sujets de notre groupe de recherche pour leurs participations, et nous remercions aussi le personnel soignant de cette clinique.

## **7- Attitude du chercheur**

La posture du chercheur est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillir et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche. (Giami, 2009, p.33).

On a adopté une attitude de neutralité, où on n'a pas cherché à suggérer des réponses, on n'a pas cherché à l'influencer, on intervenait juste pour relancer, on était plus dans l'écoute du discours, on a respecté les moments de silence et l'éthique de la recherche.

## 8 -Difficultés de la recherche

Comme dans toute œuvre humaine, des difficultés ont été rencontrées a plusieurs étapes de cette étude et dont les plus importantes sont :

- Difficultés d'accéder au terrain de recherche, le gel des stages été une rupture.
- La durée des séances de stage était limitée par la psychologue.
- On se retrouve seul avec les sujets de recherche.

## Synthèse

La démarche et les outils méthodologiques sur lesquels nous nous sommes appuyés dans cette étude viennent d'être détaillés dans ce chapitre. Les techniques nous ont servi dans la collecte des données, alors que les méthodes ont été utiles dans l'analyse et l'interprétation des résultats.

Le chapitre suivant sera consacré à la présentation, analyse et discussion des hypothèses

## **Chapitre IV**

### **Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse**

## Préambule

Après avoir abordé le chapitre de méthodologie de recherche, nous passons au dernier chapitre dont nous allons présenter, et analyser les résultats que nous avons obtenus grâce, aux outils de recherche utilisés, à savoir l'entretien de recherche semi-directif et le test projectif Rorschach, pour pouvoir en suite discuter et vérifier nos hypothèses

## I. Présentation et analyse des résultats

### Cas 1 : Présentation du cas Kamel

Kamel 49ans, marié depuis 10 ans, père de deux garçons il est l'aîné de sa famille et travaille comme électricien de bâtiment depuis 13ans et avant il est chauffeur de bus, niveau 7ème année Cem, on l'a rencontré à la clinique Beau Séjour pour sa visite.

### Analyse de l'entretien

au moment où on a sollicité Mr. Kamel à passer un entretien et que nous allons aborder des questions plus ou moins personnelles et intrusives et nous lui avons demandé de se laisser aller et de ne rien laisser pour lui d'être ouvert d'esprit, il était totalement coopératif et souriant et il a répondu avec un air tendre « *ako3Awnegh swachou om zemregh inchalah* » « je vais vous aider du mieux que je puisse faire » .

### Axe 1 : informations sur le diabète

A commencé Kamel a découvert sa maladie par le biais d'un ami qui était lui aussi diabétique il y'a 7 ans de cela il déclare « *eligh twa9erhey mlih quand j'urine hachak* » « j'avais très mal quand j'urinais » au début Mr. Kamel consultait chez un urologue mais ce dernier n'avait rien diagnostiqué, en évoquant le sujet avec son ami ce dernier lui dit « *wa9ila tes3it diabète* » « Normalement tes3it le diabète » Mr. Kamel déclare « le moment d'après nchalah diabète et machi haja grave » « j'avais vraiment espéré que ce soit un diabète et non pas quelque chose de grave ».

L'annonce du diagnostic du diabète Mr.kamel était un peu découragé car il n'était pas prêt à une telle responsabilité, suivre un régime particulier, surveiller continuellement son taux de glycémie et il savait que sa maladie poserait un empêchement pour son travail, il déclare « même si nighed bghigh loukan d le diabète mais sdakhliw walah ma bghigh parce toura obligé toura ad3Assagh imaniw inoumghara aka » « *même si j'ai dit espérant que sa soit un diabète mais au fond de moi j'avais envie de resté en bonne santé, je suis pas prêt pour une telle responsabilité* », maintenant Mr.kamel fait de son maximum afin de garder son équilibre glycémique il dit « *les premier temps ni obligé ades9ssigh t3Assagh din kan ogadegh adeghligh tamtouthiw tbed arghouri chaque minute hamdoulah*

*tet3Assayi g koulech, mais omb3ED dayen nomegh snegh imaniw, oss9ssayghara chaque minute* » « les premier temps j'étais obligé de mesurer mon taux glycémique, j'avais peur de faire un hypo et succombé, et aussi ma femme prenait soin de moi dieu merci, mais maintenant je me connais très bien je mesure pas chaque minute ».

## Axe 2 : informations sur l'amputation

Après s'être habitué à son diabète Mr.kamel a regagné son train habituel et par des hypo glycémie Mr.kamel s'est acheté un véhicule pour faciliter son déplacement il déclare « *oghighthid bachi ayisehel el hal en cas d'urgence on sait jamais* » « je l'ai acheté pour faciliter mes déplacements et intervenir plus rapidement en cas d'urgence », peu à peu la circulation sanguine diminue et au moment de la conduite Mr.kamel perd la sensation de ses pieds et après un certain temps une plaie diabétique est formée il dit « *assemi iydinan tebib il y'a 2 ans belik c'est une plaie diabétique khel3Egh parceque 3Almegh dachout, même miydina on peut la traiter othominghara* » « le moment où il m'a dit il y'a 2 ans que c'est une plaie diabétique je l'ai pas cru parce que je savais qu'est-ce que c'était », après un certain temps la plaie s'est agrandie tuant peu à peu le membre inférieur Mr.kamel « *la vérité kan is3ighara el courage athzregh, il était noir, itfouh amaken machi datariw ikel, temnigh athekssegh labouda bghigh ad3ichegh ideryaw* » « sincèrement j'avais pas le courage de le regarder, peu à peu il devenais noir et puant j'avais qu'une envie l'enlevé ».

Après l'amputation non traumatique Mr.kamel éprouvait le sentiment d'être née à nouveau, il déclare « *3Almegh belik ad3ichegh hamdoulah, tamtouthiw thela toujours zathi tet3Awnyi hamdoulah* » « je sais que j'allais vivre, ma femme ne m'a

jamais laisser tomber , elle prenais toujours soin de moi dieu merci ».

### Axe 3 : informations sur l'image du corps

Mr.kamel était gênée de parler de son état mais il disais «*khezreggh toujours gh lemri* » « *je me regarde toujours au miroir* » , et il éprouvé une certain gêne quand il est devant sa femme il déclare « *amek akomdinigh normalement tfahmem , amek za3ma setehagh* » ( je sais comment vous le dire mais normalement vous avez compris ) on peut directement constaté que monsieur éprouve une gêne à se mettre nue et on peut dire leur activité sexuelle a cessé ou bien a considérablement

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

### Axe 4 : projections dans le future .

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

### Synthèse de l'entretien de Mr, Kamel

On constate dans l'entretien de Mr, Kamel des remaniements de l'image du corps à l'axe 3, ou le sujet s'exprime avec tristesse et chagrin vis-à-vis sa vie antérieure, et comme il l'a précisé qu'il considère son corps actuellement moins complet, le sujet donc vie une instabilité vis-à-vis son état actuel.



**Tableau N°5 : présentation du protocole de Mr, Kamel.**

Temps	textes	Enquête	cotation	observation
40''  1 ' 4	<p>Planche I</p> <p>1)-wow elle est un peu compliqué mais adiniy la partie ayi iwksar ca me rappel les filme andi ilan les bals masqué genre c un masque pour les yeux kan et le nez</p> <p>2)Et aussi en haut je vois des petits mains je sait pas vraiment c'est trop petit pour dire que c'est des mains , je pense daya kan izarey .</p>	<p>_Dd 19 Ça m'a fait rappelait le film de cendrillon anda elle a caché son visage et tout tfahmet chwiya</p> <p>_ D1 zemrey adinigh que c'est des pinces de crabe c'est tout je pense .</p>	<p>Dd F- obj</p> <p>D F- Ad</p>	<p>Etonnement face au premier contacte du matériel</p>
30''  1'	<p>Planche II</p> <p>Sérieusement is3A l'effet se test</p> <p>3) tu vois le noir ayi je dirais c'est un chinois qui fait ca prière, c'est leurs posture tu vois les deux main collé et tout</p> <p>4)aussi deux bébé entrain de marché main dans la main</p>	<p>_ Dd13 Noir supérieur. Aussi je pense c'est la même chose am izgueli genre zriyth dans un film aka i3Adlen.</p> <p>_D10 Le noir et le rouge inferieur. c'est des bébés</p>	<p>Dd F- Hd</p> <p>D K H</p>	<p>Appuie sur l'examineur « <i>Consigne répété</i> »</p>

		nue entrain de marché chaussette rouge .		
25''  1'	<p>Planche III</p> <p>5)deux oiseaux qui saignent ils ont mort quelqu'un les a tués.</p> <p>6) Je vois un noueux de papillons</p> <p>7)et je vois aussi un bassin genre le squelette et tu sais je vois aussi sebat n talon (rire )</p>	<p>_D19 le rouge superieur.ça m'a l'aire bien des oiseaux morts _D3 le rouge au milieu c'est un noueux de pallions j'en ai déjà porté. _D1 le noir, j'ai vu un squelette de bassin c tout je pense.</p>	<p>D F-C A</p> <p>D F+ obj</p> <p>D F- anat</p>	
35''  1'	<p>Planche IV</p> <p>8)to3er chwiya tayi , mais je vois dayi comme balle d'arme a feu genre elle avance tu vois .</p> <p>9) je vois aussi deux pieds sur les coté , seulement deux pieds</p> <p>10) Tu sait dayi iwksar je vois une limasse .</p>	<p>_Dd5 . iwksar ami diwssawen c une balle d'arme a feu -D16 Le noir aussi sur les coté en dirais 2 pieds wahdenssen entrain de marcher _D1 le noir inferieur . amaken d la limasse a cause des antenne .</p>	<p>Dd kp obj</p> <p>D kp Hd</p> <p>D F- A</p>	<p>Banalisation du matériel « za3ma il dit vrais le test ayi »</p>

5'' 1'	Planche V 11) tayi la c'est le dessin le plus facile ikel c'est une chauve-souris .	_G En raison de la forme c'est une chauvesouris	G F+ A /ban	
17'' 1'20''	Planche VI 12) je dirais une peau d'un animal oui c'est sur c'est une peau d'un animal qui une longue queue . 13) je vois aussi les moustache d'un chat en haut .	_G tout la planche. je me rappel gel 3id la peau du mouton mais la machi dikri parce que il a une longue queue . _ D3 le noir supérieur. les trait ni c des moustache d'un chat .	G F+E A/ban  D F- AD	Rire, sueur, essoufflement. Le patient semble mal à l'aise
40'' 1'50''	Planche VII 14) je commencerai par dire zaregh deux femme qui se regarde nn je dirais une femme qui se regarde dans un miroir aka c'est logique . 15) je vois aussi milieu un récipient en métal	_D14 Noir supérieur. Ca ressemble a une femme qui se regarde dans un miroir _Ddbl41 Blanc central. comme j'ai dit c'est un récipient il a la forme d'un récipient	D K H  Ddbl F- obj	
55''	Planche VIII 16) amaken un homme entrain de conduire une moto .	_G Je vois une moto conduite par un homme genre dayi c le	G K H/obj	

<p>1'20''</p>	<p>17) Sur les coté deux Lézards 18) et je vois aussi en bas la peau d'un animal, 19) tu sait la au milieu je vois un oiseau Dinosaur en qui s'est posé sur un roché .</p>	<p>guide et sur les coté les main il tien le guide genre c'est une photo g lahwa (rire) _D18 oui deux Lézards qui escalade chejra . _D2 Comme la planche passé peau d'un animal _D5 les oiseaux ancien qui font peur en train de se posé sur quelque chose</p>	<p>D F+ A /ban  D F± Ad  D kan A</p>	
<p>40''  2'20''</p>	<p>Planche IX Wina idi3Alen wayi faregh chghel 20) je vois un vase wina décoration le blanc ni au milieu . 21) Je vois aussi un feu un énorme feu . 22) Je vois aussi deux hippocampes .</p>	<p>_Dbl8 amaken c un vase pour décoration. _G C'est un feu aussi daya. _Dd35 orange supérieur. Is3A la forme d'hippocampes je vois pas autre chose . Attend tu vois le</p>	<p>Dbl F+ obj  G CF- elem  Dd F- A</p>	

		<p>vert ayi c'est des ailes de papillon mais bla le corps au milieu</p> <p><u>réponse</u> <u>additionnel</u></p> <p>D F+- Ad</p>		
10''	<p>Planche X</p> <p>23) tayi c la plus belle de tous a commencé deux crabes sur les coté</p>	<p>_D39</p> <p>_D6.</p> <p>_D11.</p>	<p>D F+ A /ban</p> <p>D F- A</p> <p>D F+ arch</p>	
2'	<p>24) un papillons au milieu ,</p> <p>25) je vois aussi ma9am chahid d'Alger</p> <p>26) le orange ni en bas c un insecte ceux qui pique pendant l'été</p>	<p>_D3.</p> <p>« Je peux rien rajouté je pense c'est claire rire »</p>	<p>D F- A</p>	

**Tableau N°6 : présentions du psychogramme de Mr, Kamel**

Refus :26	G=4=15%	F =20	A=10	F%=77%
TT :17	D=18=69%	F+ = 7	Ad= 3	F+% = 37%
T/R : 1'	Dont 1Db1	F-= 12	H=3	F%elargi = 96%
T lat moy :20''	Dd=4=15%	F+-=1	Hd=2	F+%elargi =54%
T.appr : D G		K=3	Obj =6	A%= 51%
TRI : 3K/0,5C		Kan= 1	Anat = 1	H%=14%
Fcompl :0		Kp=2	Elem=1	
RC% : 44%		FC=1	Arch = 1	
		CF=1	Ban = 4	
		FE=1		

### Impression générale du psychogramme

La productivité du sujet qui est de (26) réponse se situe dans les limites normatives qui de 20 à 30 réponses indiqué par D.anzieu et C. Chabert , pour un temps total de 17minute qu'on peut juger d'adéquat, ce qui se traduit en moyenne de 1'7''.

Les temps de latence sont généralement pour la majorité des planches, et beaucoup plus court pour les planche 5 et 10. ce qui indique une perception familière face aux représentation des deux planches.

## 1. Analyse quantitative

### 1 Les modes d'appréhensions

Ce qui frappe en premier c'est le nombre de réponses globale qui est de 4 réponses pour un pourcentage de 15% qui est largement en dessous de la moyenne (20-30%)(D.anzieu , C.chabert ) , ce qui indique une inadaptation a la réalité, et un manque d'élaboration mental, et une capacité de pensée limitée, pour les réponses Détails (D) 69 % « *un effort de globalisation à tout prix qui ne permet pas la moindre découpe (une seule réponse D dans le protocole),synonyme alors de rupture ou de fragmentation*» (Chabert, 1983, p. 114).

dont une réponse Détails dans le blanc (Dbl) figure dans la planche VIIet qui dépasse de peu les limites normatives, indique une Incapacité d'appréhendé la réalité dans sa globalité, « *la centration sur le Dbl s'inscrit toujours dans le contexte d'une faille, d'un manque se situant certes dans des registres conflictuels différents, mais portant toujours l'accent sur l'incomplétude* » (Chabert, 1983,p.113)

### 1 Les déterminants 1.2.1Les réponses formelles

Ce qu'on peut tirer a première vue , c'est le pourcentage des réponses formelle qui est de 77% qui dépasse de loin la moyenne indiquée (50-70%) (D.anzieu, C.chabert ) ceci « *met l'accent sur la rigidité des mécanismes de défense qui les soutendent et qui consistent pour l'essentiel à utiliser la réalité extérieure, perceptive, « objective » pour éviter l'expression nourrie par les pressions pulsionnelles et fantasmatiques* » (chabert, 1983,124), les réponses formelles de tendance positive (F+) sont largement en dessous de la moyenne (37%) même avec la correction

des F+%elargi (54%) , mais on remarque une dominance des réponses (F-) par rapport a l'ensemble des réponses (F) soit 40% et qui dépasse la loin les norme (20%) et qui peut signifier une inadaptation au monde réel, un désinvestissement de l'environnement.

### 1.2.2 Les réponses kinesthésiques

On remarque l'existence de réponse mouvement a valeur humaine et animal dans les planche (II, IV, VII, VIII) qui peuvent être interprété comme un repli dans

l'imaginaire, Ou bien une perception à caractère délirant, le nombre limité des réponses kinesthésique peut refléter une faiblesse de l'image de soi.

### 1 Les contenues

On remarque la dominance des réponses à caractère animal (A,Ad) , (51%) qui dépasse de peu les limites normative indiquée (30%-50%) , qui signifie « *un A% très élevé peut faire état d'une carapace sociale érigée comme défense majeure, mise en place, en particulier, pour éviter le contact authentique, la relation vraie* » (Chabert ,1983, p.194),. , en ce qui concerne les réponse les réponse Humaine (H,Hd) il se présente par un pourcentage de 14% qui est dans les norme indiquée (12-18%) , ils témoignent de la capacité à s'identifier à l'image humaine et une labilité dans les relation humaines , par rapport aux réponses à caractère original dit banal elles représentent 11% des réponse global , qui est largement au-dessous de la moyenne indiquée (20-23%) qui peut signifié un manque de contact avec la réalité objective .

### 1 Dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (TRI) apparait avec une comparaison de 3K/1,5C

Ce qui indique la perte de contrôle émotionnelle face aux stimulus externe et a un détour du fond de la personnalité.

### 1 L'épreuve aux choix :

Le sujet pour le choix + a opté pour la planche (8 et 10) faisant un commentaire que c'est beau avoir, et pour le choix – le sujet avais choisi la planche 1 disant que c'est compliqué et la planche 4 disant que c'est moche.

## 2. Analyse qualitative

Le discours de Mr.Kamel dans l'ensemble du protocole, fait appel à l'examineur , sous forme de commentaire personnel « to3Er chwiya tayi » ,(celle-là est un peu difficile) et parfois sous forme de banalisation du matériel « wina idi3Alen le test



ayi faregh chghel » ( celui qui a fait le test a eu du temps a gaspiller) , et aussi des critiqué porté sur l'efficacité du test en disant « sérieusement le test ayi is3A l'effet » ( sérieusement se test est-il fiable ).

### **L'approche cognitive**

Montre l'incapacité fonctionnel d'accédées à l'appréhension globale, dans une formulation dominée par l'appréhension détails,

En effet sur 26 réponses, 4 sont globales et 18 sont perçu comme détails, ces stratégies intellectuelles semblent démontré une problématique d'image du corps,

Les conduites intellectuelles que véhicule les réponses globales, semblent résulter, de la perception de la banalité du percept, pour s'ajusté a la réalité, en effet seules les réponses global (11,12) sont de bonne qualité formel, et permettent d'exprimer une perception d'image très original, alors que les autres (16,20) sont de qualité formel négative.

Pour les réponse détails très privilégier 69%, l'attention est portée sur recherche attentive du maximum de détail sans lien plausible, les conduites intellectuelles que reflète l'approche détailler, semble occupé le sujet par une problématique de destruction, ceci est confirmé par la qualité formel négative dominante dans le protocole associé à des contenue a anatomique.

Par ailleurs une réponse intégrante le blanc, apparait à planche IX réponse 20 qui est de très bonne qualité, qui s'accorde avec les sollicitations latentes de la planche IX « sollicitation a la régression ».

### **Déterminants**

Comme on l'a souligné tout auparavant la formalisation est majoritaire est représenté 77% des réponses elle marqué par la dominance du caractère négative des formes, , ont remarqué ceci dans la majorité du protocole ou les réponses F- sont souvent associé a réponses anatomique ou bien Humain Détails , a une

vision morcelé de la réalité, qui renvoi a un dérapage de l'adaptation perceptive

,et l'incapacité de voir le corps dans son unité, le F+% (37%) reste largement très bas, néanmoins la correction F+%elargi (54%), donne à l'activité visuelle un ancrage moyen de la réalité.

Six kinesthésie apparait dans le protocole aux planches (II, VII, VIII, IV), Dont trois sont de tendance humaines et deux de tendance objet et une de tendance animal, les kinesthésies mineures et des kinesthésie majeure reste non significative comparant au nombre de réponse existant, et aussi leur formulation ne comporte aucune pulsion.

### **Dynamique conflictuelle**

Type de raisonnement intime ,3K/0 ,5C il se caractérise par l'introversion, et dégage du cas de ce protocole une pauvreté affective, les affectés ne sont soumis à aucun travail repérable, les kinesthésies humaines ne comportent pas de fonction projective.

### **La réactivité sensorielle**

Elle marque aussi la faible proportion d'excitations sensorielles, tel seulement offerte dans les planches (III, IX, VI), elle est rattachée à la texture et à la couleur, et montre l'intervention d'une réactivité sensorielle de type infantile.

### **L'image du corps à l'épreuve du rorschach**

On a constaté dans ce protocole qui dispose de 27 réponses au total, se caractérise par la dominance des réponses détail(D) avec le nombre de 19 réponses dont 2 réponses détail dans le blanc (Dbl), pour un pourcentage total de 70% qui sont supérieurs à la moyenne qui indique une incapacité d'appréhender la réalité dans sa globalité, et aussi les réponses des réponses petit détail (Dd) avec un nombre de 4 réponses dont 2 petit détail dans le blanc (Ddbl) soit pour un pourcentage de 17%, qui signifie une pensée authentique et aiguë, on remarque aussi la forte présence des réponses formelles notamment les ( F- ) avec un nombre de 9 soit 40% de la totalité des réponses F, en ce qui concerne les contenus les réponses Animal « A » apparaissent avec un nombre de 14 réponses dont 4 animal détail « Ad » et les réponses Humaines H avec un nombre de 4 dont 3 humain détail « Hd » qui peuvent faire allusion à une image éparpillée dispersée.

**Synthèse général du cas de Kamel**

Durant l'entretien Mr.kamel avais éprouvé une certaine souffrance par rapport à son état actuel sa nous a permis de récolté des informations pertinentes et essentiel du cas.

Par ailleurs, le test du rorschach était le plus adéquat pour matérialiser cette souffrance, et on se référant à l'analyse quantitative qui démontre la dominance des réponses formelle a valeur négative et aussi l'apparition des réponses anatomiques, suggère une mauvaise image du corps.

## Cas 2 : Mme, Linda

### Présentations du cas de Mme. Linda

Madame Linda est une femme mariée, dans les quarantaines, mère d'une fille et d'un petit garçon, c'est l'aînée de sa famille, elle a un niveau de 2<sup>ème</sup> année lycée, Linda occupait avant un poste à la mairie mais maintenant elle travaille plus « femme au foyer », elle déclare en riant que sa situation économique est normale.

### Axe 1 : informations sur le diabète

Par rapport à la découverte du diabète Mme Linda, avait ressenti quelques symptômes dont leur fréquence revenait considérablement, elle a déclaré « *Eligh tehossough la3you tout le temps hadregh il3ibad rohegh 3Alegh un dépistage.* » ( Je me sens fatigué tout le temps, je parlais aux personnels de dépistage ), quand on sollicite Mme. Linda de bien vouloir préciser la date de son diagnostic, instantanément elle exprimait une certaine tristesse sur son visage, « *sa fait exactement 11 ans, chfigh fl'année machi fl la date exacte 2007, a 29 ans aken* » « sa fait exactement 11 ans, je me souviens de l'année mais pas de la date exacte s'était en 2007, j'avais 29 ans »

Mme Linda se réfère aux préjugés de notre société, du fait que une femme malade est une femme incomplète, elle disait « *inwigharaades3ough diabète en plus ilighara zewjehg tu imagine une femme célibataire tahlek diabète* » (je n'ai pas imaginé je développerai le diabète, en plus je n'étais pas mariée, tu imagines une femme célibataire avec le diabète) .

La cause de son diabète reste non connue, du fait qu'il est héréditaire dans sa famille ou bien l'effet d'une infection, « *Ouimawlaniw wahi la plupart de mes oncles* » « oui mes parents et la plupart de mes oncles », madame Linda disait « *Izmirghara achegh ce que je vx mon mari i9el nerveu it3Ayit feli bachi ad3assegh imaniw sur ma yezrayid je mange haja dirit, et il me force as9issegh sekriw tout le temps.* » (Je ne peux pas manger ce que je veux, mon mari s'énerve trop, il me crie dessus pour m'occuper de moi sur tout quand je mange quelque chose de mauvais, et il me force à mesurer mon sucre à chaque fois) la faite qu'elle va vivre sa vie avec

le diabète ne la honte pas elle nous a informé «*Non parce que 3Almegh oulach dwa pour soigner le diabète donc ayen idifka rebi merahba bih.* » (non, parce que je sais que y a pas de médicament pour soigner le diabète

donc j'accepte ce que ma donner le bon dieu ) madame Linda a déclaré qu'elle a trouvé le soutien de la part de son mari qu'elle l'a toujours soutenue et aidé , « *Argaziw toujours didi même assema adifegh itla3id akham , même ikhedmiyid le crédit à mon téléphone inayid appel moi en cas d'urgence*» ( mon mari est toujours avec moi même quand il sort de la maison il m'appel , même il me charge du crédit au téléphone pour l'appeler en cas d'urgence »).

## **Axe 2 : informations sur l'amputation**

Madame Linda disait j'étais amputé depuis 3ans elle regarder son mari, lors de l'annonce du diagnostic l'amputation Mme.Linda était indécise vis-à-vis l'intervention chirurgical, par le fait qu'elle voulait pas se séparé d'une partie de son corps, elle déclare « *Eligh confuse d'un côté je vx continue de vivre d'un autre coté je pouvais me séparé d'une partie de mon corps nekni sel khalath machi am irgazen* » ( nous les femmes pas comme les hommes ». La cause de l'imputation c'est une infection aussi, madame Linda nous a dit pendant la période de l'imputation ma famille était instable).

Par conséquent un atmosphère d'instable entre le couple, elle nous disait , « *Argaziw inayid c'est de ta faute nenough inayid itehadartara imanin* » ( mon mari m'a dit c'est de ta faute, on s'est disputer il m'a dit tu ne prends pas soin de toi ).

## **Axe 2 : informations sur l'image du corps.**

Avant l'amputation Mme. Linda était satisfaite de l'état de son corps, voir selon ces dires qu'elle avait une bonne image du corps elle déclare , «*Eligh normal ogdkarghara kemleg hacha rebi iykemlen mais eligh normal* » («j'étais normal je te dis pas je suis complète parce que y a que le bon dieu qui est complait mais j'éte normal ) elle déclarais . Mais aujourd'hui je me vois autrement elle disait en pleurant «*Nighaked machi kif kif el khalath am irgazen , aka toura zaregh imaniw ne9Ssegh*

*mlih* » ( la femme n'est pas comme l'homme, maintenant je me vois moins compétente ), madame Linda n'a pas pu vraiment s'adapter à sa nouvelle situation, elle nous a informé qu'elle ne se compare pas aux autres personnes, mais, elle regrette son ancien état elle disait « *Loukan ofigh loukan 9imegh aken eligh* » ( j'aurais aimé de rester comme avant ) la dame trouve des difficultés à s'adapter à certaines activités « *Oui akam chghel gkham izmirghara*

*toura adkhemegh aken I9wem.* » « Oui, comme les activités ménagères j'arrive pas à les faire adéquatement ».

#### **Axe 4 : projections dans le future**

« *I3limghara gkham comme tout le monde je sors tiswi3in* » « je c'est pas, a la maison comme tout le monde je sors des fois », oui j'ai des projets elle annoncé « *Izmer el hal ade9leggh coturiere pour tuer le temps kan en plus snegh adkhitegh* » « c'est possible je vais devenir une couturière pour tuer le temps en plus », madame Linda espère bien regagner son terrain habituel « *Nchalah ade9leggh azemreggh ademegh la famille ynew* » « inchalah, je vais être capable de m'occuper de ma famille » par apport aux changements elle nous a informé « *Tiswi3in kan argaziw it9li9 itehibighara athezreggh aken* » « des fois mon mari s'énerve j'aime pas le voir dans cet état », elle a trouvé le soutien au sein de sa famille de la part de son mari, sa mère et sa sœur.

#### **Synthèse de l'entretien de Mme, Linda**

A la lumière de ce que Mme, Linda a dit, on constate, que l'amputation a provoqué une instabilité dans sa famille, et elle accorde trop d'importance à son image afin d'éviter les préjugés de la société, son entretien parle d'elle-même, et semblait exprimer une mauvaise image du corps.

**Tableau N°07 : présentions du protocole de Mme,linda**

Temps	Réponses	Enquêtes	Cotations	Observations
13'' 24''	Planche I 1)wayi c'est le corps humain je veux dire seulement le bassin .	_G C'est le bassin d'un homme ou une femme kif kif .	G F+ anat	Commentaire personnel Zrigh déjà les dessin ayi
10'' 34''	Planche II 2) normalement c'est des reins mais je vois les canaux et tout le sang en circulation N'est-ce pas .	_D12 je peux rien rajouté walah iwksar je vois rien amaken c'est une erreur kan .	D F± anat	_banalisation du matériel. « ils ont tous les même » Appel au clinicien
16'' 43	PL III 3) sin yergazen getabla hadren amek ademen le truc ni par terre wa9ila il est lourd .	_D1 En penchant ils soulèvent rien mais hadren pour soulever l'objet ni	D K H/ Obj	
12'' 1'	PL IV 4) en dirais un robot.  5) au milieu c'est une colonne vertébrale.	_D9 Elan les pieds les mains la tête avec le casque robot de combat.  _Dd5 Daya kan .	D F- (H)  Dd F+ anat	Critique du matériel.

5'' 20''	Planche V 6) c'est une chauvesouris tout simplement .	_G Daya kan	G F+ A /ban	
12'' 14	PL VI 7) en dirais la cage thoracique.	_G Oui je vois les canaux sanissa idit3Aday l'oxygène et tout.	G F± anat	
10'' 34''	Planche VII 8) c'est le bassin d'un homme aussi je vois zyes même le ventre .	_G Elle es compliqué la planche ayi , je vois seulement un bassin le contour et tout .	G F- anat	
17'' 23''	Planche VIII 9)c'est un cerveau humain Toutes les partie du cerveau	_G Je vois toutes parties ynes le cerveau au complet	G F- anat	
33''	Planche IX  10) wayi del khalota ikel. Je vois au milieu la colonne vertébrale.	_Dd36 C'est tout colonne vertébrale qui part d'en bas ami diwssawen .	D F- anat	Banalisation du matériel  « gla3nayak machi une perte du temps »



1'	11) je vois aussi des poumons.	_D2 C'est des poumons rien de plus .	D F- anat	
10'	Planche X 12)C'est parc wayi.	_G Plein de couleur je dirais un parc zyes bcp d'animaux différent.	G F- arch	Banalisation du matériel.  « mais en dirais tina ig3adan »
1	13)dayi je vois aussi des cuisses.	_42 Dayi c'est de cuisse de la même personne parce que temchabahen .	D F- Hd	

**Tableau N° 8 : présentions du psychogramme Mme. Linda**

R = 13	G=6=46%	F=12	A=1	F%=92%
Refus = 0	D=6=46%	F+=3	H=1	F+% =33%
T.total =6'20''	Dd=1=7%	F-=7	(H)=1	F%elargi=100%
T/réponse= 29''		F+-=2	HD=1	F+%elargi=38%
T.lat.moyen=13''		K=1	Anat=7	A=7%
T.appr :			Pays=1	H%=23%
G D Dd			Obj=1	Ban=1
T.R.I= 1K/0ΣC				
F.compl= 0				
RC%				

**Analyse du psychodrame Impression générale**

Ce qui frappe en premier lieu c'est la productivité inferieur a le moyen indiqué à savoir 10 réponses au totale pour une moyenne de (20 à 30) réponse pour une personne adulte (D.Anzieu,C.chabert) ,Le sujet a consacré à la passation soit une moyenne de 29'' pour un temps total de 6'20''. Qui se situe dans les limites normatives indiqué.

## 1. Analyse quantitative

### 1 Modes d'appréhensions

Les réponses global est supérieur a la norme indiqué (20-30%) (D.anzieu, C.Chabert ) qui est de 46% qui peut signifier un ancrage dans la réalité et une Adaptation de base à la réalité, mais ceci est confirmé par le nombre équivalent des réponse détails qui est aussi de 46% qui largement inférieur a la moyenne indiqué par les auteurs précédents (60-68%) qui explique l'intégration de l'unification corporelle. « *un effort de globalisation à tout prix qui ne permet pas la moindre découpe (une seule réponse D dans le protocole),synonyme alors de rupture ou de fragmentation*» (Chabert, 1983, p. 114).

### 1 Les déterminants

Le pourcentage des réponses formelles donnée par le sujet est de 92% qui est largement très loin de norme indiqué par (D.anzieu et C.chabert) (50-70%) ceci (« *met l'accent sur la rigidité des mécanismes de défense qui les sous-tendent et qui consistent pour l'essentiel à utiliser la réalité extérieure, perceptive, « objective » pour éviter l'expression nourrie par les pressions pulsionnelles et fantasmatiques* » (chabert, 1983,124) , Les F- sont majoritairement présent de 58% qui largement écarté de la moyenne 20% qui peut renvoyer à une inefficacité des défenses et une inadaptation au monde réel, en ce qui concerne les F+ ils ont très bas d'un pourcentage de 33% même après la correction des F+élargi qui est de 38% et qui peut signifier une faible adaptation sociale.

### 1 Les Contenues

On remarque la forme présence des réponse anatomique 7 au totale qui peut refléter une préoccupation somatique transitoires ou hypocondriaques ils s'agis donc alors d'une déviation des investissements d'objet, libidinaux et ce processus traduit la perte des limites corporelles, on remarque aussi une faible apparition des réponses animal d'un pourcentage de 7% qui est largement bas de la moyenne (30%-50%), et qui reflète un défaut de socialisation, les réponses humaines qui de 23% , qui dépasse la moyenne indiqué (12-18%) , qui peut reflété un fort investissement identificatoire

à l'image humaine.

#### 1.4. Dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (T.R.I) apparaît avec une comparaison De 1K/0ΣC

Qui signifie la perte de contrôle émotionnelle face au stimulus externe.

#### L'épreuve au choix :

Pour le choix + le patient a opté pour la planche 5 et 7 car pour elle était les plus claire, et pour le choix – le sujet a opté pour les planche 9 et 10 en disant « *del khalouta* »

## 2. Analyse qualitative

### 2.1 Le discours

La formulation verbale montre de prime abord une compréhension totale de la consigne la perception est prise en considération par le verbe « je vois », le commentaire personnel est exprimé dès la première planche dès le premier contact avec le matériel en disant « *zrigh déjà wayi dans un film* » (j'ai déjà ça dans un film) l'appel à l'examineur apparaît dès la deuxième planche « n'est-ce pas », on remarque aussi une banalisation spécifique du matériel aux planche (II, IX, X) , « *ils ont tous les même* » « *gla3nayak machi une perte du temps* » (n'est-ce pas une perte du temps) « *mais en dirais tina ig3adan* » (mais en dirais celle que j'ai vue tout à l'heure), le sujet pose souvent une question a chaque planche concernant le nombre de planche restante « *achehal n les planche i mazel* » ( combien de planche reste-il) , les réponses de l'examineur était souvent sous forme de rappel en disant le nombre de planche restant afin de laisser le sujet se concentré sur la planche en cours.

### 2.1 L'approche cognitive Les modes d'appréhension Les réponses globales

Toute les réponses globales sont catégorie simple caractérisé par une vision immédiate de l'engramme elles apparaissent aux planches (I, V, VI, VII, VIII), la banalité apparaît seulement à la cinquième planche et inexistante dans le reste des

planches, les capacités intellectuelles semblent moyennement investies et ceci apparait par la brièveté des réponses et leur aspect direct.

### **Les réponses détails**

La majorité des réponses détails, sont « *grand détails* » statiquement parlant et qui sont en équivalence avec les réponses globales à savoir 46% des réponses, on peut déduire que l'approche parcellaire n'est pas privilégiée dans ce protocole, au totale on peut attribuer ceci peut être à un compromis perceptif de la réalité externe, elles ont généralement donnée comme étant un contenu anatomique aux planches (II, IV, VI, VII, VIII, IX) pour un nombre total de sept réponses ,qui peut refléter une préoccupation somatique.

### **Les déterminants**

Le F+% largement déficitaire nous amené a calculé F+%elargi qui reste lui minoritaire, le réponses F+ sont fortement dominé par la mauvaise qualité du percept, ce dérapage survienne dans presque la majorité des planches, véhiculant ainsi un contrôle de description très proche du matériel.

Quant au kinesthésies quasi absentes apparaissent avec un nombre très faible d'une réponse coter à la planche III, ce qui donne un gel au mouvement pulsionnel.

### **La dynamique conflictuelle**

Le type de résonance intime 1K/0ΣC, traduit une très faible pauvreté affective, les affectes ne sont soumis à aucun travail repérable, aussi la seule kinesthésie humaine ne comporte aucun Pol projectif.

### **Image du corps au Rorschach**

Le protocole semble parlé de lui-même concernant la problématique de l'image du corps, or il comporte une formalisation majoritaire de de mauvaise qualité associé a des contenus anatomique, aussi le sujet à privilégier l'approche parcellaire ou détaillé or on remarque qu'elle représente des mode d'appréhension avec un pourcentage de 46% et 7% des réponses Dd, toutes ces association de cotation entre

mode d'appréhension, déterminants et continues n'écartent pas la possibilité que le sujet a une mauvaise image du corps.

### **Synthèse général de Mme, Linda**

L'état actuelle physique de Mm, Linda n'a pas seulement touché son psychisme mais aussi sa vie de couple, et qui a son tour fait sombré Mr, Linda dans une tristesse, et on remarque aussi qu'elle a privilégié l'approche parcellaire associée à des réponses anatomiques, et qui peut donner allusion à une mauvaise image du corps.

### **Cas 3 : Mr Rachid Présentation du cas**

Rachid âgé de 63 ans, marié depuis, 25 ans père de 4 enfants tous âgés dont 3 garçons et une fille, il est le 2ème parmi une fratrie de 3 frères, actuellement il est président d'une association de bienfaisance à titre humanitaire, avant il était technicien métreur en topographie, niveau 9ème année Cem, technicien métreur en topographie, on l'a rencontré à la clinique beau séjours de Bejaia.

### **Axe 1 : informations sur le diabète**

Le jour où on a sollicité Mr. Rachid d'intégrer notre travail de recherche en tant que sujet de recherche il était tout à fait d'accord et compréhensif.

Mr. Rachid a découvert son diabète suite à un diagnostic effectué, au laboratoire « *laalaoui* », causé par une pneumopathie, suite à une grippe sévère, il disait

« *c'était à l'hiver 2003, je toussais à un point que je ne pouvais pas respirer, sur tout le soir* », Mr, Rachid, affirmait que lors de l'annonce du diagnostic du diabète il l'a vécu d'une manière normale il l'a considéré une simple maladie il déclare « *hed orimoth s diabète alors iwach adkhel3egh* » en traduction ça donnait (personne n'est mort du diabète à est ce que j'en sache), Mr. Rachid est soumis à un régime alimentaire à base de légumes et de viande blanche en proportion indiquée, afin de maintenir un taux glycémique stable, MR. Rachid éprouvé un certain malaise

pendant les premier temps de son atteinte, des manques de sommeil des comportement stéréotypé il déclare « *je dormais a peine 4 heure , haderniyid g berra belik, si dans mon sommeil ades3ogh une hypoglycémie je risque le coma* » en traduction ( je dormais a peine 4 heure , on me disaient que, si je fait face a une hypoglycémie pendant mon sommeil je risquerai le coma ), après une période Mr.Rachid a appris a vivre avec sa maladie a régulé son taux glycémique en cas de hypoglycémie ou bien d'hyperglycémie, il déclare «*tout ça est grâce à ma femme , elle prenais soin de moi, elle préparais des repas équilibré, et elle me faisait souvent des leçons de moral* » .

### **Axe 2 : informations sur l'amputation**

Mr.Rachid, donne une très grande importance au jours de l'amputation , or il se souvient exacte de la date exacte il disait « *je me rappelle très bien c'était le 01 / janvier 2004* » ,lors de l'annonce du diagnostic de l'amputation Mr. Rachid a refusé catégoriquement, il cherchais par ces propres moyen une autre méthode de soin évitant l'amputation il déclare « *je ne pouvais pas vivre sans mon pied, jamais* » , après un certain temps l'état de Mr.Rachid s'aggravais de jours en jours ce qui la poussé a changer d'avis vis-à-vis son amputation il soulignais « *après avoir vu mon état s'aggravais j'ai directement accepté l'amputation , j'avais très mal , et il puait vraiment et dieu merci j'ai survécu au pire* »

### **Axe 3 : informations sur l'image du corps**

Mr. Rachid gardait une bonne image du corps avant son amputation et bien avant la complication du pied diabétique, on corrobore ceci avec ces propos « *avant j'étais capable de conduire des véhicules de toutes sortes, vraiment sa me manque, et aussi je faisais du sport deux fois par semaine c'était le comble* »

Quand on a demandé à Mr. Rachid de l'image actuelle qu'il a de son ,il disait« *tu sais je me suis jamais posé cette question , non c'est vrais , mais à ce jour je ressent toujours comme si quelque chose qui manque* »,actuellement MR, Rachid se voie incapable d'accomplir certaines tache , dont il avait l'habitude de faire , et parfois, il aurait aimé être a la place de quelqu'un qu'il a jugé de complet physiquement, il déclare « *je ne peux pas conduire , ni faire ma toilette convenablement , ni monté des escalier sans l'aide de mes enfant ou bien de ma*

*femme , parfois que je vois quelqu'un conduire ou bien faire une tache je ne peux pas accomplir je l'envie »*

#### **Axe 4 projections dans le future**

Mr. Rachid pense qu'il s'est trop fatigué dans la vie après l'act de l'amputation de ce fait il nous déclaré « *sincèrement je suis devenu vieux handicapé, je pense je vais me reposer au prés de ma famille, je ne vois pas d'autre projet dans le future ni , mise a part présidé l'association , mais ça aussi c'est temporaire j'ai hâte d'en finir* » , quand on a demandé à Mr. Rachid s'il a remarqué un changement dans c'est relation dans son quotidien ils nous répondîmes en poussant un rire « *je suis devenu seulement très lent* »

#### **Synthèse de l'entretien de recherche de Mr Rachid**

A la lumière des parole qu'il a employé, et au mimique et comportement que nous avons observé , Mr.Rachid a vécu très mal les début de sa maladie du

diabète, et il passé une période difficile après son amputation , et suite au réponses aux réponses de l'axe 3 on peut suggérer que Mr.Rachid a une mauvaise image du corps.

#### **Tableau N°9 : présentions du protocole de Mr. Rachid**

Temps	Textes	Enquête	Cotation	Observation
14''	Planche I 1)Ca ressemble à une feuille d'arbre morte troué. 2) c'est aussi une chauvesouris	_G J'ai l'habitude de voir ça a la compagne moment lekhrif . _G	G F+ bot  G F+ A/ ban	Apelle a l'examineur « Donc je dois répondre directe ? »
29''		C'est chauvesouris		



		aussi rien a rajouté		
16 ''	Planche II 3) tbaniyid amaken c'est un rein.	_D2 Is3A la forme d'un rein c'est tout.	D F± Anat	Critique du matériel « tu es sur que c'est un teste efficace »
32''	4)le blanc ayi au milieu amaken c'est un oignon	_Dbl5 Rien a rajouté la forme d'un oignon tout court	Dbl F± Bot	
26''	Planche III 5) deux homme qui essayent réparé quelque chose .	_D1 C'est tout que je vois, c'est parce que ils ont penché.	D K H	
20''	6) dayi c'est un oiseau.	_D2 C'est tout que je vois oiseau assis	D Kan A	
12''	Planche IV 7)amaken c'est une veste tayi ouverte.	_G Elle compliqué cette planche. Je dirais seulement une veste	G F- Obj	Rire. Banalisation du matériel
16''				
11''	Planche V 8) akayi c'est une chauvesouris.	_G Ce n'est pas compliqué normalement Il y'a une seule réponse ici	G F+ A /Ban	
15				
	Planche VI Refus	Refus	Refus	Confusion

<p>20''</p> <p>53''</p>	<p>Planche VII</p> <p>9) des animaux sur les deux coté entrain de marcher, je dirais en train d'escaladé quelque chose.</p> <p>10) je vois deux têtes iwssawen c'est femme c'est sur.</p> <p>11) je vois aussi un papillions en bas</p>	<p>_D16 Amaken ils tendent leur patte tu vois !!!</p> <p>_D14 Ayen c'est deux de femme.</p> <p>_D4 C'est un pallions elan dayi des ailes sont corps au milieu .</p>	<p>D Kan A</p> <p>D F± Hd</p> <p>D F+ A</p>	<p>Grimace d'étonnement.</p>
<p>19''</p> <p>31''</p>	<p>Planche VIII</p> <p>12) un tigre qui marche et qui vois son reflet dans l'eau</p> <p>13) et aussi un style de crane ceux qu'on vois sur l'IRM</p>	<p>_D1 Ça ne peut deux tigre si non adenaghen donc un tigre c'est tout.</p> <p>_G Lorsqu'on met une tête dans un IRM on vois le cerveau en couleur .</p>	<p>D Kan A</p> <p>G F- anat</p>	
<p>12''</p>	<p>Planche IX</p> <p>14) c'est de l'eau et l'intérieur et les couleurs sont mélangé.</p>	<p>_G C'est comme lorsque on dessine et on</p>	<p>G CF± Elem</p>	

33''	15) je vois aussi deux hippocampes.	doit mouiller le pinceau. _Dd35 Hippocampe pour décoré, daya kan.	Dd F- A	
20''	Planche X C'est comme dans la mer il y'a plein de poisson. 16) je vois des crabes	_D39 C'est des crabe sur la palge entrain de marché lentement .	D kan A	
16''	17) et je vois aussi de la tours effel	_D11 Je vois dayi le foncation et tout les 4 fondation chghel la vrais	D F+ arch	

Tableau N°10 : présentations du psychogramme de Mr Rachid

R= 17	G= 6 =35%	F=12	A = 8	F%=70%
Refus = 1	D=9=52%	F+ = 4	Ad=0	F%elargi = 94%
T.total = 4'	Dd= 1=5 %	F- = 3	H= 1	F+% = 45%
T/réponse=14''	Dbl=1=5%	F± = 4	Hd=1	F+%elargi =59%
T.lat.moyen=15''		K= 1	Bot = 2	A%=47%
		Kan = 3	Anat =2	H%=11%
T.Appr=		CF= 1	Obj =1	Ban=2
D G Dd Dbl			Arch =1	
			Elem = 1	Choix + PL X, PLXI
T.R.I= 1K/1ΣC				Choix –
F.compl.= 0				PLV , PL III
RC%= 35%				

### Impression générale du protocole

Malgré un temps de passation qui s'avéré très court (4 minute), le nombre de réponses donnée par le sujet reste au-dessous de la norme mais remarquablement considérable avec une production de 17 réponses, la majorité sont d'énumération Animal, globalement les temps de réponses sont court autant pour les temps de latence, néanmoins ces derniers s'avèrent élever aux planches pastels.

## 1. Analyse quantitative

Le psychogramme montre un mode d'appréhension détail se situant dans la norme avec un pourcentage 52%, supérieur aux réponses global avec un

pourcentage de 35%, signant une Incapacité d'appréhendé la réalité dans sa globalité, une formalisation qui atteint 70% avec 45% de bonne qualité, on remarque aussi un nombre dominant des contenues animal avec un pourcentage de 47% et l'apparition de certains contenues signification tell que les le contenue anatomique et botanique.

## 2. Analyse qualitative

La verbalisation montre une saisie non complète de la consigne qui apparait à la planche I « *donc je dois répondre directe ?* », de ce fait la consigne redite autrement afin de facilité sa compréhension, le sujet n'a pas tardé a commenté le matériel en portant des critiques directs à la planche II « *tu es sûr que c'est un teste efficace*, et en poussant un rire non authentique lors là de la présentation de la planche IV, ce qui laisse à supposer une impossibilité de fonctionner sur le mode imaginaire , or le patient ne fournis aucun effort dans la formulation des réponses et ceci dans le latent moyen qui de 15''.

Toute les réponses globales sont simples, et ne démontre pas une possibilité de construction ou de manœuvre, elles apparaissent avec un nombre très faible de 6 réponses aux planches (I, IV, V, VIII, IX), mise a part (IV, VIII, IX), les deux autre sont accompagnée de banalités, les conduites intellectuelles semblent user d'une moyenne énergie, or le sujet répond spontanément sans aucun effort considérable de pensé.

Malgré les temps latents court le sujet semble privilégier l'approche détaillée or elle représente environ 52%(D) et 5% (Dbl) des réponses globales, le traitement de la majorité des planches sur le mode détail fait éveiller la problématique des planches, et donne aux conduites intellectuelles un souci du détail en conformité avec la description très proche des caractéristiques formelles et sensorielles.

Une seule réponse intégrant le blanc survienne à la planche II, exactement la

réponse 4 et qui renvoi a une qualité indéterminée, renvoi a la résonance contenant ce qui s'accorde avec les sollicitations latent de la planche.

Comme indiqué au début la formalisation est majoritairement présente donc là plus part de bonne qualité associé à des contenue de majorité animal et

anatomique et loin des représentations humaines du moins une faible cotation des H, suggéré un isolement et une carapace sociale gravé.

Quant aux kinesthésies majeure grand K apparaissent en faible proportion a la planche III, qui est loin de maintenant la relation avec la réalité or sont contenue fait éveiller la problématique du cours «*deux homme entrain de réparé quelque chose* », tant dit que les kinesthésies mineur apparaissent avec un nombre de 3 réponses animal , elle se distingues des kinesthésies majeurs car elle ne sont pas porteuse de mouvement pulsionnel, en résumé les conduite intellectuelle, présentent des capacité très ordinaire.

La dynamique conflictuelle, type de résonance intime (1K/1ΣC), semble dans de ce protocole traduire une pauvreté affective, or les affectes ne sont soumis à aucun travail émotionnel, d'isolation ou du déni.

La réactivité sensorielle semble s'attaché à la couleur et aucune réponse estompage, la couleur apparait à la planche IX, ou la réponse renvoyée à un vécu infantile touchant ainsi les sollicitations latentes de la planche.

### **Image du corps au rorschach**

Dans le protocole suivant comportant 17 réponse position en dessous de la moyenne pour les personnes adultes, ou l'approche parcellaire est privilégier avec un pourcentage de 52%, au détriment des réponses globales qui a atteint un nombre de 35% suggère une incapacité d'englobé la réalité dans sa totalité, ceci est corroboré par la dominance des contenues animal et animal détail avec pourcentage de 47%, qui laisse a suggéré que le sujet vie un rempli sociale en se construisant une carapace psychique a titre de défense contre la réalité externe , toute ces association de cotation entre l'approche parcellaire qui est majoritaire et la formalisation de bonne qualité ainsi des contenues animal et animal détail n'écarte pas la possibilité que le sujet a

une mauvaise image du corps.

### **Synthèse générale de Mr Rachid**

Dans le vécu de la maladie du diabète Mr, Rachid est passé par une phase de choc , puis une phase d'adaptation mais ce qu'il n'arrive pas a surmonté c'est le fait d'être qui a causé des répercussion psychologique, en s'appuyant sur l'axe 3 information sur l'image du corps et l'analyse du protocole rorschach , Mr,Rachid semble avoir développé une mauvaise image du corps.

**Cas 4 : Mr L'hacen Présentation du cas**

Mr L'hacen, est âgé de 57ans, marié, il a trois enfants (deux filles et un garçon). Il est issu d'une famille nombreuse de 10 enfants, il occupe la deuxième position dans la fratrie, il a un niveau d'instruction primaire (6<sup>ème</sup> année primaire). Actuellement, il ne travaille pas pour des raisons de santé. Mais avant, il occupait un poste dans une entreprise d'emballage à Alger, il était Agent de sécurité au sein de cette entreprise, jusqu'à 1988, car a cette Année, il a subi un choc, il racontait que c'était la période de terroriste qui ont laissé on lui des traces traumatiques, et ce choc des terroristes a causé pour Mr L'hacen un diabète.

**Axe 1 : Informations concernant le diabète**

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

**Axe 2 : informations sur l'amputation**

Lors de l'annonce du diagnostic de l'amputation Mr, L'hacen , n'a pas accepté l'idée de se séparé d'une partie de lui , les remaniement du jours de l'annonce de l'amputation le honte toujours il déclare « sa fait 2 ans mais , comme si c'était hier » il annonce aussi « o3ssghara ikel belik ad3Adigh dans cette étape dans ma vie » ( je ne m'attendais pas a passé une tel étape dans ma vie) , en ce qui concerne les facteur qui ont menés a l'amputation Mr, L'hacen rejette la faute sur lui , pour ne pas avoir pris soin de lui.

Le jour de l'intervention chirurgical l'a vraiment marqué, a son réveille il n'a pas pu regarder son membre ablaté, il n'avait pas accepté l'idée que dans un temps court il s'est réveillé avec une partie en moins , il declare en s'effondrant « ynegh 12heures kerghed oufigh oulach atariw amek itebghit adiligh bien » ( je me



suis endormis a mon réveille, je me suis trouvé avec une jambe en moins)

### **Axe 3 : informations sur l'image du corps**

Comme on l'a dit précédemment la jours de l'amputation a marqué Mr,Lhacen de sorte que maitnenant il se voie incomplet voir handicapé il déclare « ligh delabed ikmel amneki amwiyit bien hamdoullah. » « Je fais ce que je veux je ne dérange personne si je veux me déplacer, je travail, je suis père de famille, je suis responsable, je faisais mon devoir entant que père de famille. » (J'étais un être humain complet, comme les autres, bien dieu merci.).

Avec le manque apparent que le corps de Mr,L'hacen exprime , ce dernier se fixe toujours au miroir , le cicatrice se trouvant au niveau de son pied le dégoute il déclare « tisiwi3in khezregh gh lemri j'imagine mon ancien moi »( parfois je me regarde au miroir je me rappel de mon état antérieur )

Maintenant le quotidien de Mr, L'hacen , ces habitude , ces loisirs , ces hobbys , se voie complètement changer il déclare « 9legh amaken d la statue »( je pense je suis devenue une statut).

### **Axe 4 : Projections dans le future**

Vue son Age plus ou moins avancé Mr,L'hacen s'est complètement condamnée les seule qu'il disait « mazalyi aman ihman »( tout ce qui me reste maintenant c'est mourir ) Mr,L'hacen ne prévois aucun projet dans le future et resté silencieux sur ce sujet , et n'a voulu rien rajouté en guise de question final.

### **Synthèse de l'entretien de Mr L'hacen**

Selon les données de l'entretien, on remarque que Mr L'hacenet affecté par sa perte, il est en face de sidération de la situation. On voit le sujet passe par différents états psychologiques, au cours du temps et selon l'évolution de sa maladie durant la démarche discursive. On voit qu'inconsciemment, Mr L'hacena mis en œuvre l'utilisation des mécanismes de défense, afin de supporter sa situation difficile et pouvoir lutter contre l'angoisse. Entre le moment ou le corps change et son image est modifier, pour faire face à tout ça.

Mr L'hacen, développe un mécanisme de défense qu'est la régression, il évite

d'assurer ses responsabilités en prétextant ne pas pouvoir faire une chose, au lieu de simplement admettre qu'il ne veut pas le faire. Mr L'hacen évoque une attention de tous les instants, la nécessité d'être toujours sur ses gardes. Alors, la maladie est devenu étouffante pour lui, et parfois, nait un sentiment de colère voir de révolte avec des conduites d'évitement

Tous ses effets négatifs, on conduit Mr L'hacen à se sentir Capable. Alors Mr L'hacen présente des troubles anxieux dont les symptômes sont notamment, un sentiment de peur, d'inquiétude et des comportements d'évitement.

**Tableau N°11 : présentions du protocole de Mr, L'hacen**

Temps	Réponse	Enquête	Cotation	Observation
12''  16''	Planche I 1)la forme du bassin le squelette nel bassin  2) je vois aussi une chauvesouris	_Dd20 on peut voir la forme du squelette c'est tout. _G C'est une chauvesouris en train de voler horizontalement	Dd F+ ANAT  G Kan A/Ban	Rire Banalisation du matériel
13''  23''	Planche II 3) iwssawen deux symbole amaken c'est rats 4)au milieu amaken makam chahid .  5) amaken daghen c'est l'appareil urinaire chez la femme .	_D9 C'est juste des rats daya kan  _Db15 S3an la même forme am el makam chahid. _Db15 Daya kan	D F± A  Dbl F ± Arch  Dbl F± Hd	Appel à l'examineur. « donc juste ayen idenigh »
13''	Planche III 6)c'est comme deux fille en train	_D1	D K H	

25''	de faire le linge am zik ni g tmourth  7) le rouge ni au milieu c'est l'appareil urinaire d'un homme , norgaz labouda elle est plus large que celle de la femme	c'est compliqué je ne peux pas précisé ce qu'elles font , mais c'est khedment kra _Dd13 ca ressemble a celle de toute a l'heure juste tayi tina wergaz	Dd F- anat	
12'' 9''	Planche IV 8) twalagh c'est un arbre	_Dd5 Iwssawen c'est un arbre iwksar c'est racines	Dd F± Bot	
12'' 10''	Planche V 9) wayi c'est quelque chose qui vole comme un grand oiseau	_G C'est simple je vois le corps d'un oiseau c'est tout	G Kan A/Ban	Rire Banalisation du matériel
16'' 13''	Planche VI 10)c'est être déformé is3A les pied , attend machi la race les oiseau iges3An un grand coups tu vois .	_G Walah aken idenigh izgueli daya kan .	G F- A	
13'' 17''	Planche VII 11) c'est un nuage peut etre .	_G Je peux rien rajouté	G F± Elem	
16''	Planche VIII 12) dayi twaagh comme si deux rochet ou quoi	_D5 Amaken c'est de pierre comme les pierres quand	D F- Frag  G F- A	

29''	<p>13) wayi amaken chauvesouris.</p> <p>14)dayi amaken daghen amaken tafloukth</p>	<p>trouve à la plage.</p> <p>_D2 C'est comme la planche de toute à l'heure.</p> <p>_D9 Si on regarde de haut on peut voir un bateau sur l'eau , mais kssas wayi sur les coté</p>	D kob Obj	
	Planche IX	Refus	Refus	
25''  19''	<p>Planche X</p> <p>15) wayi amaken d les poumons , les épaule wahi l'estomac ils ont attaché ayen d le corps de l'intérieur</p>	<p>_Dd72 C'est l'anatomie de l'être humain</p>	Dd F- Anat	

**Tableau N°12 : psychogramme de Mr,L'hacen**

R= 15 Refus =1 T,total=3' T/réponse = 12'' Temp.lat.moy=13'' T.Appr G D Dd Dbl T .R.I 1K/0ΣC F.compl 3k/0ΣE RC% =26%	G=5=33% D=4=26% Dd=4=26% Dbl=2 =13	F = 11 F+=1 F-= 5 F±=5 K=1 Kan= 2 Kob=1	A=4 Ad=0 H=1 Hd = 1 Anat = 3 Arch =1 Bot = 1 Elem = 1 Obj = 1 Frag = 1	F%= 73% F%elargi =93% F+% = 23% F+%elargi =43% A%=26% H=13% Ban =2 Choix (+) PX, PIII Choix (-) PIX, VII.
---	---	---	---	---

**Analyse du psychogramme**

**Impression général**

On remarque a première vue une production de 15 réponses, une production loin de la moyenne indiqué pour personne adulte, avec un temps totale très court soit 12'' par réponses, et un temps latent moyen de 13'', et on remarque que le protocole comporte une planche refusé la IIIV.

**1. Analyse quantitative**

Le sujet à privilégier l'approche parcellaire, ou elle représente la majorité des réponses ,10 réponses détaillées, dont 26% des grand D, 26% Dd et 13% Dbl, Ceci laisse a supposé que le sujet n'a pas une vision globale de la réalité externe, on remarque aussi la forte dominance de réponses F- dépassant la moyenne et traduisant ainsi Une inefficacité des défenses par la réalité ou un dérapage de l'adaptation

perceptive, F+ qui est de 23% qui s'élève de peu avec le F+élargi à 43%, renvoi alors à une incapacité d'adaptation socialiste.

Les contenus A majoritaire avec 26% appuient l'hypothèse d'un hyperconformisme manifeste d'une carapace sociale érigée comme défense majeure.

## **1. Analyse qualitative**

Le discours du sujet est assez sec et court commence avec une banalisation du matériel en forme « rire » à la planche I, à la planche II le sujet perd le repère de la consigne en demandant de l'aide afin de corriger ses réponses en disant « juste ayen idenigh » en traduction sa donnais « est ce que ma réponses et juste ».

L'approche cognitive démontre un échec de mise en relation avec la réalité externe, le sujet privilégie l'approche parcellaire au détriment du recul des réponses globales, ceci est corroboré par le fait que la plupart des réponses sont associées des formalisations mauvaises (F-) ou bien indéterminé, tous sont donnés en appréhension parcellaire sont donnés en appréhension parcellaire. Épargnant les planches VI, VIII, Les processus intellectuels sont donc infiltrés par une problématique que révèle la résonance à ces planches. supposant alors une réalité floue non précise par exemple à la planche II réponse 3 « *iwssawen deux symbole amaken c'est rats* » en traduction ( en haut je suis pas sûr , mais en dirais que c'est des rat ).

La dynamique conflictuelle, en passation spontanée, est très pauvre, en témoigne la seule kinesthésie majeure en planche VI et 3 mineures aux planches I, V, VIII, la seule kinesthésie humaine apparaît en forme banale, elle figure « *deux fille en train de faire le linge, comme à l'époque* ».

La réactivité sensorielle très pauvre présentée, T.R. I 1K/0ΣC, F.compl 3k/0ΣE nous pourrions faire l'hypothèse d'une lutte que le sujet a , contre ses tensions internes à travers un essai de refréner les affects émergents dans une tentative de contrôle des mouvements projectifs.

**L'image du corps au rorschach**

A la lumière de ce qui était dit dans l'analyse quantitative et qualitative, voir que le sujet a privilégié l'approche parcellaire, qui se présente sous différents pourcentages : D 26%, Dd 26% , Dbl 13%, et aussi la forte dominance des réponses animal (A,Ad) avec un pourcentage 26% suggérant une carapace sociale ,et aussi des formalisations négatives dominantes, au détriment des F+ 23% qui sont largement au-dessous de la moyenne. Suite à ça, on conclut que le sujet souffre d'une fragilité au niveau de son image corporelle.

**Synthèse générale de Mr, l'hacem**

En nous basant sur les dires de Mr, L'hacem , on constate que le sujet était gravement affecté par la perte d'une partie de son corps, et il a développé certaines attitudes psychologiques, en nous référant aussi aux données recueillies via le test du Rorschach qui démontre une cotation dominée par l'approche parcellaire, et des contenus animal et anatomique , suggère que le sujet semble avoir développé une mauvaise image du corps.

**Cas 5 : Mr Tahar**

Mr Tahar âgé de 60 ans, il est l'aîné de sa famille, d'une fratrie de 09 enfants. Il a vécu une enfance très dure, il a perdu son père à l'âge très jeune. Il a quitté l'école en quatrième année moyenne malgré qu'il était un excellent élève. Dans le but de s'occuper de sa famille. Mr Tahar avec fatigue et diligent a trouvé les moyens pour s'inscrire dans une école de formation professionnelle ( para médical ).Il a pu surmonter les tribulations de la vie. Il est devenu infirmier au niveau de CHU khilil amrane. Il a pu construire une petite famille, dont il a eu deux enfants. Mais, ce qu'il ne pouvait pas surmonter c'est l'incident de sa mère, qui est resté dans sa vie. Depuis que sa mère s'est suicidé. Il est incapable de dépasser cette souffrance cet événement a bouleversé toute sa vie, au point de développer une maladie chronique qui se compliquerait avec le temps. Suite à ce choc douloureux, Mr Tahar développe un diabète de type 1. Et l'absence d'attention lui conduit à un diabète de type 2. et a des troubles psychologiques comme l'insomnie. Il ne donne plus d'importance à sa santé, il mangeait tout ce qui est contre indiqué à son état, comme s'il possédait son corps a tombé malade, puisque c'est un infirmier retraité, alors, il connaît très bien les complications de cette maladie, mais son savoir ne lui empêche pas de continuer ces mauvais comportements.

Mr Tahar est aujourd'hui hospitalisé pour une infection au niveau de son pied amputé, il a subi une chirurgie en 2016, il attendait les quelques heures qui lui restent pour rentrer chez lui. (Dernier jour de l'hospitalisation) on lui demande de nous parler de l'image qu'il avait de son propre corps avant l'amputation, il disait: " durant toute ma vie je me battais pour chercher le bonheur, mon corps j'ai lui pas donné d'importance puisque je ne souffrais pas de manque. Alors, nous sentons la grâce quand nous la perdons. Et maintenant comme je suis handicapé je ne peux rien faire. Ni je peux revenir en arrière pour garder ma santé ni je peux faire quelque chose dans quelque année. J'ai laissé tomber mes rêves ya long temps, que ce qu'il peut faire un handicapé? ". Nous avons constaté que Mr Tahar manifeste un sentiment d'inutilité dans son corps, il se sent des modifications considérables de son image du corps à ce qui l'affecte dans son mode de vie.



**Synthèse de l’entretien de Mr, Tahar**

D'après les données de l'entretien semi directif ,on a compris que Mr tahar souffre de conséquences physique occasionnée par l'amputation d'un membre

Inférieur Et en même temps de conséquences psychologiques, ces conséquences psychologiques se voient lorsque, Mr Tahar se demande des questions en rapport avec son existence, avec un fond de désespoir pour son avenir.

**Tableau N°13 : présentions du protocole de Mr, Tahar**

Temps	Textes	Enquête	Cotation	Observation
14''       29''	Planche I 1)Ca ressemble à une feuille d'arbre morte troué. 2) c'est aussi une chauvesouris	_G J'ai l'habitude de voir ça a la compagne moment lekhrif . _G C'est chauvesouris aussi rien a rajouté	G F+ bot    G F+ A/ ban	Apelle a l'examineur « Donc je dois répondre directe ? »
16 ''       32''	Planche II 3) tbaniyid amaken c'est un rein.  4)le blanc ayi au milieu amaken c'est un oignon	_D2 Is3A la forme d'un rein c'est tout.  _Dbl5 Rien a rajouté la forme d'un oignon tout court	D F± Anat   Dbl F± Bot	Critique du matériel « tu es sur que c'est un teste efficace »
26''	Planche III	_D1 C'est tout que je vois, c'est	D K H	

20''	5) deux homme qui essayent réparé quelque chose .  6) dayi c'est un oiseau.	parce que ils ont penché.  _D2 C'est tout que je vois oiseau assis	D Kan A	
12''  16''	Planche IV 7) amaken c'est une veste tayi ouverte.	_G Elle compliqué cette planche. Je dirais seulement une veste	G F- Obj	Rire. Banalisation du matériel
11''  15	Planche V 8) akayi c'est une chauvesouris.	_G Ce n'est pas compliqué normalement Il y'a une seule réponse ici	G F+ A /Ban	
	Planche VI Refus	Refus	Refus	Confusion
20''          53''	Planche VII 9) des animaux sur les deux coté entrain de marcher, je dirais en train d'escaladé quelque chose. 10) je vois deux têtes iwssawen c'est femme c'est sur. 11) je vois aussi un papillions en bas	_D16 Amaken ils tendent leur patte tu vois !!!  _D14 Ayen c'est deux de femme. _D4 C'est un pallions elan dayi des ailes	D Kan A          D F± Hd       D F+ A	Grimace d'étonnement.

		sont corps au milieu .		
19''	<p>Planche VIII</p> <p>12) un tigre qui marche et qui vois son reflet dans l'eau</p> <p>13) et aussi un style de crane ceux qu'on vois sur l'IRM</p>	<p>_D1 Ça ne peut pas être deux tigre si non adenaghen donc un tigre c'est tout.</p> <p>_G Lorsqu'on met une tête dans un IRM on vois le cerveau en couleur .</p>	<p>D Kan A</p> <p>G F- anat</p>	
31''				
12''	<p>Planche IX</p> <p>14) c'est de l'eau et l'intérieur et les couleurs sont mélangé.</p>	<p>_G C'est comme lorsque on dessine et on doit mouiller le pinceau.</p>	<p>G CF± Elem</p>	
33''	<p>15) je vois aussi deux hippocampes.</p>	<p>_Dd35 Hippocampe pour décoré, daya kan.</p>	<p>Dd F- A</p>	
20''	<p>Planche X</p> <p>C'est comme dans la mer il y'a plein de poisson.</p> <p>16) je vois des crabes</p>	<p>_D39 C'est des crabe sur la palge entrain</p>	<p>D kan A</p>	

16''	17) et je vois aussi de la tours effel	de marché lentement .  _D11 Je vois dayi le foncation et tout les 4 fondation chghel la vrais	D F+ arch	
------	---	--	-----------	--

**Tableau N13 : présentions du psychogramme de Mr Tahar**

R= 17	G= 6 =35%	F=12	A = 8	F%=70%
Refus = 1	D=9=52%	F+ = 4	Ad=0	F%elargi = 94%
T.total = 4'	Dd= 1=5 %	F- = 3	H= 1	F+% = 45%
T/réponse=14''	Dbl=1=5%	F± = 4	Hd=1	F+%elargi =59%
T.lat.moyen=15''		K= 1	Bot = 2	A%=47%
		Kan = 3	Anat =2	H%=11%
T.Appr=		CF= 1	Obj =1	Ban=2
D G Dd Dbl			Arch =1	
			Elem = 1	
T.R.I= 1K/1ΣC				Choix + :
F.compl.= 0				PL IV, PLV
				Choix - :
RC%= 35%				PL II, PL VI

## Impression générale du protocole

Malgré un temps de passation qui s'avère très court (4 minute), le nombre de réponses donnée par le sujet reste au-dessous de la norme mais remarquablement considérable avec une production de 17 réponses, la majorité sont d'énumération Animal, globalement les temps de réponses sont court autant pour les temps de latence, néanmoins ces derniers s'avèrent élever aux planches pastels.

### 1. Analyse quantitative

Le psychogramme montre un mode d'appréhension détail se situant dans la norme avec un pourcentage 52%, supérieur aux réponses global avec un pourcentage de 35%, signant une Incapacité d'appréhendé la réalité dans sa globalité, une formalisation qui atteint 70% avec 45% de bonne qualité, on remarque aussi un nombre dominant des contenues animal avec un pourcentage de 47% et l'apparition de certains contenues signification tell que les le contenue anatomique et botanique.

### 2. Analyse qualitative

La verbalisation montre une saisie non complète de la consigne qui apparait à la planche I « *donc je dois répondre directe ?* », de ce fait la consigne redite autrement afin de facilité sa compréhension, le sujet n'a pas tardé a commenté le matériel en portant des critiques directs à la planche II « *tu es sûr que c'est un teste efficace*, et en poussant un rire non authentique lors là de la présentation de la planche IV, ce qui laisse à supposer une impossibilité de fonctionner sur le mode imaginaire , or le patient ne fournis aucun effort dans la formulation des réponses et ceci dans le latent moyen qui de 15''.

Toute les réponses globales sont simples, et ne démontre pas une possibilité de construction ou de manœuvre, elles apparaissent avec un nombre très faible de 6 réponses aux planches (I, IV, V, VIII, IX), mise à part (IV, VIII, IX), les deux autre sont accompagnée de banalités, les conduites intellectuelles semblent user d'une moyenne énergie, or le sujet répond spontanément sans aucun effort considérable de

pensé.

Malgré les temps latents courts le sujet semble privilégier l'approche détaillée or elle représente environ 52% (D) et 5% (Dbl) des réponses globales, le traitement de la majorité des planches sur le mode détail fait éveiller la problématique des planches, et donne aux conduites intellectuelles un souci du détail en conformité avec la description très proche des caractéristiques formelles et sensorielles.

Une seule réponse intégrant le blanc survient à la planche II, exactement la réponse 4 et qui renvoie à une qualité indéterminée, renvoie à la résonance contenant ce qui s'accorde avec les sollicitations latentes de la planche.

Comme indiqué au début la formalisation est majoritairement présente donc là plus part de bonne qualité associée à des contenus de majorité animal et anatomique et loin des représentations humaines du moins une faible cotation des H, suggère un isolement et une carapace sociale gravée.

Quant aux kinesthésies majeures grand K apparaissent en faible proportion à la planche III, qui est loin de maintenir la relation avec la réalité or sont contenues fait éveiller la problématique du cours «*deux hommes entraînés de réparer quelque chose* », tant dit que les kinesthésies mineures apparaissent avec un nombre

De 3 réponses animal, elle se distingue des kinesthésies majeures car elle ne sont pas porteuses de mouvement pulsionnel, en résumé les conduites intellectuelles, présentent des capacités très ordinaires.

La dynamique conflictuelle, type de résonance intime (1K/1ΣC), semble dans de ce protocole traduire une pauvreté affective, or les affectés ne sont soumis à aucun travail émotionnel, d'isolement ou du déni.

La réactivité sensorielle semble s'attacher à la couleur et aucune réponse estompée, la couleur apparaît à la planche IX, ou la réponse renvoyée à un vécu infantile touchant ainsi les sollicitations latentes de la planche.

**Image du corps au rorschach**

Dans le protocole suivant comportant 17 réponse position en dessous de la moyenne pour les personnes adultes, ou l'approche parcellaire est privilégiée avec un pourcentage de 52%, au détriment des réponses globales qui a atteint un nombre de 35% suggère une incapacité d'englobé la réalité dans sa totalité, ceci est corroboré par la dominance des contenus animal et animal détail avec pourcentage de 47%, qui laisse a suggéré que le sujet vie un rempli sociale en se construisant une carapace psychique a titre de défense contre la réalité externe , toute ces association de cotation entre l'approche parcellaire qui est majoritaire et la formalisation de bonne qualité ainsi des contenus animal et animal détail n'écarter pas la possibilité que le sujet a une mauvaise image du corps.

**Synthèse générale de Mr Tahar**

Très expressive dans ces paroles, en dirais que le corps de Mr, Tahar a surmonté des difficultés qu'un être normal ne peut endurer, et par-dessous tout il a développé un diabète, dont la conséquence était une complication pied diabétique qui a fini par une amputation.

Et en nous basant aussi sur les résultats obtenus lors de la passation du test Rorschach semble avoir développé une mauvaise image du corps.

### Cas 6 : Mme Sabrina

Mme Sabrina, Agée de 51ans, elle a un niveau d'instruction terminal (Bac), elle est veuve, elle a perdu son mari en 2011, elle est Femme au Foyer, elle est la 3<sup>ème</sup> dans la fratrie, elle a un seul garçon. Elle est hospitalisée pour une infection au pied droit, celle-ci est apparus après avoir porté des chaussures non adaptées, alors que cela était contre indiqué, elle a déjà subi dans le même niveau du pied une amputation a la fin de 2016(Ya 1ans de ca).

### L'entretien de Sabrina

Mme Sabrina a découvert sa maladie suite a la mort de son marie, cette perte a développé un diabète de Type2. Ce choc émotionnel était la cause de sa maladie dans ses propos, elle disait « presque tout les personnes de ma famille sont des diabétiques ».

L'effet produit par l'annonce du diabète est vécu d'une simple façon, sans bouleversement.

Elle gère quotidiennement son diabète par une surveillance glycémique de 2 à 3 fois par jour, une maladie a priori globalement bien vécu, elle déclare bien vivre avec son diabète, malgré, les contraintes décrites liées a la surveillance, au traitement et aux nouvelles habitudes, comme le régime alimentaire, changer ses habitudes alimentaires est donc vécu comme une perte, elle disait ce qui me manque c'est les gâteaux, j'adore les gâteaux au chocolat, j'étais forte la dessus »

. « A oui, oylakara kach wahed adich zathi » (A oui, il va pas falloir manger devant moi). Alors, le manque de prudence a conduit a ma détérioration de son état.

Elle déclare qu'elle mangeait beaucoup d'aliment, plein de sucre, et en plus, elle ne pratique pas d'activité physique. Ce manque-là d'activité physique a conduit Mme Sabrina a des complications sévères, qui ont causé une amputation d'orteil du pied droit.

C'est pour cela qu'elle se sente capable, elle dit : « *c'est de ma faute, Ouhoudherghara Imaniw* » (je me fichais de moi) le critère chronique du diabète de



Type2, est vécu de façon pesante, comme décourageante, elle dit : « delhadja Adieche did ami das gachu ademthegh, ce pour cela que, je mangeais tout, tout simplement, je ne peux pas résister à faire un régime toute ma vie » (c'est quelque chose qui va être toujours là, qui va me poursuivre jusqu'à la fin de ma vie).

Parfois, elle se sente capable et désespérer en même temps de cette maladie. Alors, elle s'est retrouvait devant une amputation, cette complication affreuse a bouleversé le mode de vie de Mme Sabrina, elle a subi cette intervention a l'année 2016.

L'annonce de la décision de l'amputation est très mal vécu, en parlant avec elle, elle a témoigné d'une sensation anormale, sans forme de serrement dans la poitrine accompagné de palpitation cardiaque, et une dépression nerveuse, elle dit : « menagh El mouth » (j'ai souhaité la mort).

Lorsque, nous demandons à Mme Sabrina de nous décrire son ressenti a cette période, elle est incapable de ne répondre.

Avant l'acte chirurgical, Mme Sabrina se voyait une belle Femme Féminine, contrairement à aujourd'hui, elle dit : « je ne suis plus comme avant »

Sa représentation, l'image qu'elle construit d'elle-même est modifiée, elle est focalisé sur son infection, elle parle comme étant une douleur l'empêche de dormir, elle ne peut pas bouger de son lit.

Son amputation a été l'évènement le plus marquant de sa vie et a modifiée, Complètement son quotidien au niveau de son autonomie, sa féminité a aussi été touchée, elle ne peut plus porter des chaussures à talon comme elle le disait, elle ne se compare pas aux autres, mais, elle regretté son ancien état, elle dit avoir pris soin de son corps, en allant régulièrement au hammam et chez la coiffeuse, elle se maquillait chaque jour. Depuis son amputation elle pense se laisser aller.

Sa famille lui entour très bien, mais quand elle a des soucis, elle les intériorise pour ne pas les dérangés et les inquiétés malgré qui sont toujours présent pour elle.

Mme Sabrina, pense qu'elle ne peut plus rien faire plus tard et qu'elle est restée

en vie pour déranger ses proches.

**Synthèse du cas de Mme Sabrina**

Selon les données de l’entretien, nous avons perçu un manque de confiance qui semble amplifié par l’amputation.

Ce chargement est plus au moins difficile a accepter, nous avons constaté que le stress était présent lors des situations bien particulière, son état anxieux est dominé par des pensées en rapport avec son avenir et une profonde douleur de la perte de son membre inferieure.

Dans ce fait Mme Sabrina présente une dépression nerveuse comme elle la bien cité lors de ses propos.

**Tableau N°15 : présentions du protocole de Mme Sarbina**

Temps	Textes	Enquête	Cotation	Observation
35''	Planche I 1)-je vois des yeux, d’un serpent je pense.	_ Ddbl26 . amaken haja to3Er les yeux , et les serpent	Ddbl F+- Ad	Appel à l’examineur « <i>consigne répété</i> »
53''	2)-Je vois aussi le bec d’un oiseau sur les coté za3ma 2 becques. 3)-Daghen zaregh un insecte aka complet .	o3ren mlih _D16 .is3A la forme d’un becque donc je vois 2 Becques. _ G. amaken c’est un insecte itferfir .	D F+- Ad  G F+ A /ban	
43''	PlancheII 4)-zarey deux éléphants entrain de coller leur trompe.	_D10 Deux éléphant face à face. _ Ddbl	D F+- A  Ddbl F- Hd  D K HD	Critique du matériel. « el 3ibad ikel zaren yeweth el haja »

1'	5)-Zaregh, la forme d'une tête en haut, odhem je veux dire. 6)-Je vois aussi deux bébé qui se tiens la main mais amaken os3Anara les autre bras .	Zaregh la forme d'une tête daya kan. _D6 Is3Anara les bras mais amaken ils ont attaché.		(tout le monde vois la même chose)
13''  45''	Planche III 7)-je vois deux femme noir entrain de cuire quelque chose. 8)-Je vois aussi un papillons rouge au milieu .	_ D1 . C'est deux femme entrain de cuire rien a rajouté. _ D3 . C'est un papillon.	D k H/ban  D F+ A/ban	
10''  15''	Planche IV 9)-dahidhour noir 10)-En haut je vois aussi des moustache	_ G .is3A la forme nohidhour, les jours ni nel 3id _Dd33 Daya kan am izgueli moustache .	G F+E A  Dd F+- Hd	Rire , reference personnel.
20''  39''	Planche V 11)-chauvesouris noir elle ouvert c'est ailes pour volé . 12)-Je vois aussi un escargot en haut.	_G Tayi igesahlen ikel g les planche ayi.  _ D4 L'escargot daghen is3A les antenne tu vois .	G kan A /ban  D F- A	
13''  29''	Planche VI 13)-je vois une fusé en décollage en bas et sur les coté le fumé qu'elle a laissé derrière.	_G	G kob obj	

	14)-Je vois aussi un animal écrasé	_ G Daya kan iguelan	G F- A	
30'' 30''	Planche VII 15)-zaregh deux tété de fille jumelle 3alent queue de chevale qui se regarde aussi assises sur un papillon	_G C'est des filles jumelle labouda temchabahent .	G K H/A	
25'' 35''	Planche VI 16)-je vois deux animaux en suspension attaché a une branche.  17)-Je vois aussi un feu	_Dd21 Je ne peux pas préciser mais c'est des animaux qui escalade  _D2 Odrenough kra is3a la forme d'un feu	Dd kan A/bot  D F+- elem .	Essoufflement. Fatigue. Sudation .
30'' 43''	Planche XI 18)-deux animaux qui se ressemble je n'arrive pas à préciser. 19)-Je vois aussi du sang et c'est intestin éparpillé.	_Dd35 Ayen c'est deux hippocampes c'est sur.  _ Dd13 Amaken sdakhel le corps nel 3bd	Dd F+- A  Dd F- anat	
25''	Planche X 20)-je vois une branche et deux rat attaché zyes .	_ D11 Chghel g tmourth quant on chase mais dayi c'est des rat on chasse pas le rat .	D F- bot / A  D F+- anat	Etonnement. Nécessité de posé des question . « <i>iwach machi tayi la premiere tayi</i>

1''	21)-Zaregh daghen les poumons  22)-Et aussi deux araigne qui se ressemble.	_ D42  _ D39  Daya kan izemregh adinigh am izgueli en plus walah aA3yigh mlih	D F+ A/ban	<i>gichbhen ikel »</i>
-----	--	---	------------	------------------------

**Tableau N°16 : présentions du psychogramme de Mme Sabrina**

R= 22	G=6= 27%	F= 16	A=12	F%= 72%
Refus =0	D=10=45%	F+= 4	Ad=2	F%elargi=100%
T.total=6'	Dd=2=9%	F-= 5	H=2	F+% =25%
T/réponse= 16''	Ddbl=4=18%	F±= 7	Hd=2	F+elargi= 47%
T.lat.moyen=25''		K=3	Anat=2	A%=63%
T.appr		Kan= 2	Obj=1	H%= 18%
D G Dd Dbl		Kob=1	Elem=1	Ban5
T.R.I 3K/0ΣC		FE=1	Bot =2	Choix + :
F.compl 3k/1ΣE				PL IX, PL VII
RC%= 31%				Choix - :
				PLII, PL III

## Analyse du psychogramme

### Impression général

La productivité du sujet qui est de 22 réponses totale la position dans les normes des réponses des personnes adultes pour un temps total de 6 minute qui se traduit en 16'' par réponses.

Aucun refus n'a été signalé pendant la passation, et le temps de latence moyen se situe dans la norme avec un chiffre de 25'' par planche.

### 1. Analyse quantitative

Ce qui frappe en premier lieu c'est que le patient à privilégier l'approché détailler on compte un pourcentage de 45% pour les grand D, un pourcentage de 9% pour les réponses Ddbl et en dernier un pourcentage de 18% pour les Dd, ce

qui laisse à croire que d'appréhendé la réalité dans sa globalité, un perception fragmenté du réel , aussi on remarque dans le protocole la forte dominance de la formalisation avec un pourcentage de 72% signant ainsi un fonctionnement défensif plutôt rigide , le F+ 25% se révèle bien au-dessous des normes , ce qui nous mènes a calculé le F+elargi , qui a peine plus élevé 47% ce qui pointe une adaptation perceptive et un rapport au réel défaillants , du côté des contenues les réponses Animal présente un pourcentage de 63%, pourrait dans l'absolu traduire certain conformisme social

Le type de résonance intime 3K/0ΣC qu'aucune des composantes (Kinesthésie ou couleur) ne prend une expression suffisante : la pauvreté du Fonctionnement psychique est objectivable.

### 2. Analyse qualitative

Le discours du sujet, dans l'ensemble fait appel à l'examineur généralement à chaque administration d'une planche nouvelle, ou bien sous forme d'étonnement, a la planche IV le sujet pour une critique du matériel vis-à-vis sa fiabilité en disant « *za3ma c'est sérieux wayi toura* » en traduction d'en peux plus adéquate ça donnée

(est ce que ce test est vraiment fiable).

L'approche cognitive démontre l'inaptitude fonctionnel d'accédées à l'appréhension intégrale de la planche, dans une énonciation dominée par l'appréhension détails.

En effet sur 22 réponses, 6 sont globales à savoir 27% stratégies intellectuelles semblent exprimé une problématique d'image du corps, or malgré le temps de latence moyen, plus ou moins long (25''), le sujet a formulé 6 réponses global, alors que cette dernière exige une perception immédiate de la tâche, ce qui permis de dire que capacité intellectuelles du sujet semble véhiculé d'une faible énergie.

Le sujet à privilégier l'approche parcellaire, associé a des contenue Animal et anatomique projetant ainsi les préoccupations pour la santé physique (angoisse hypocondriaque), ou écran jeté sur les points faibles de sa propre personnalité (sentiments d'infériorité). Parfois des préoccupations sexuelles exprimées de façon détournée.

Pour les déterminant comme on l'a souligné dans l'analyse quantitative, la formalisation prend le dessus avec une dominance de 72% des réponses aux total,

Il s'agit d'une mise a distance des affects et émotionnels et de la vie fantasmatique d'un manque de spontanéité, elle marqué par la dominance des  $F_{\pm}$  traduisant une pensé flou, imprécise ceci apparait dans pas mal de réponses, planche I, première réponse « je vois des yeux de serpent , je pense » l'impression viens a la fin de la formulation de la réponse en disait « *je pense* », ce genre de réponse imprécise témoignant d'une pensé flou apparait dans pas mal de planche .

Pour dynamique conflictuel, type de résonance intime 3K/0ΣC exprime une Pauvreté affective.

De son tour la réactivité sensorielle, est marqué par une faible proportion d'excitation sensorielle, ceci est corroboré par le fait qu'aucune réponses couleur n'a était donnée, et une seule réponse estompage apparait à la planche IV.

**L'image du corps au Rorschach**

On a constaté dans le protocole suivant comportant 22 réponses, une forte dominance des réponses détails (D.Ddbl ,Dd) avec un nombre de 16 réponses englobant tous types de cotation détails qui indique une Incapacité d'appréhender la réalité dans sa globalité, la formalisation se marque avec un pourcentage de 72% avec la dominance des F- et des F± , associé a des continues animal suggérant une carapace sociale , et aux contenues anatomique projetant ainsi les préoccupations pour la santé physique , la faible représentation humaine dans les contenues avec un nombre de 2 réponses H , n'écarte pas la possibilité que le sujet a une mauvaise image du corps .

**Synthèse général de Mme, Sabrina**

Les données de l'entretien démontrent un manque de confiance qui s'est aggravé suite a l'ablation du membre inferieur qui signifie une faible estime de soi, ces pensé ce sont matérialisé a travers le protocole Rorschach , ou Mme, Sabrina dans ces réponses l'approche parcellaire , ce qui semble donnée recours a une mauvaise image du corps



## II. La discussion des hypothèses

Dans cette seconde partie, on va se fixer principalement à l'exercice d'hypothèse énoncées au antérieurement, en s'adossant sur les deux techniques employées en pratique : l'entretien clinique et le test de Rorschach, effectuées auprès des diabétiques amputés.

### 1- Hypothèse

L'image du corps est affectée par l'amputation chez la majorité des cas, voir même très mauvaise, ressentant généralement une partie manquante de leur corps.

D'après les résultats obtenus par le biais de l'entretien clinique et le test projectif, les six cas, Kamel, Souad, Rachid, Tahar, Sabrina, L'hacen, mettent en évidence l'énoncé de cette hypothèse.

A commencée **Mr. Kamel**, d'après l'analyse du protocole de Mr Kamel et on nous basons les donnée de l'axe 4 du guide d'entretien , qui exprimé une souffrance du vécu après l'amputation, un complexe vis-à-vis ca situation actuelle et une nostalgie sa vie antérieur, on a pu constater que Mr. Kamel intègre intégralement l'hypothèse, en développant une mauvaise image du corps.

En ce qui concerne **Mme. Linda**, a la lumière de ce qu'elle a annoncé durant l'entretien, du fait qu'elle a vécu mal la période de post-amputation à savoir, un complexe son état actuelle ce qui a influencé sur sa vie sexuelle, et en nous basant sur les résultats de l'analyse du protocole Rorschach, adhéré fermement l'hypothèses, et semble exprimé une sévère image du corps altéré.

Concernant **Mr. L'hacen** son entretien parle de lui, vers l'axe 3 concernant l'amputation Mr. L'hacen a exprimé une souffrance post chirurgical et aussi, une chute d'estime de soi observé dans ces dire a l'axe 3, et on nous sur les résultat de l'analyse du protocole Rorschach, Mr, L'hacen semble avoir développé une mauvaise image du chose.

Dans le cas de **Mme Sabrina** l'amputation a considérablement modifiée sa vie, son autonomie et sa féminité, qui a menée a des modifications de l'image du corps, en nous référant aux données récolter à partir du test Rorschach Mme, Linda semble avoir développé une mauvaise image du corps.

**Mr. Rachid**, a vécu son diabète d'une manière normal, ce qui est patent a première vue, Mr, Rachid, c'est la souffrance psychologique que Mr. Rachid a éprouvé suite à l'ablation du membre inférieur, suite à l'axe 3 portant sur les informations de l'image du corps, Mr, Rachid estime son corps a moins de valeur qu'avant, et on nous référant sur le données recueillis au test Rorschach, suite aux modifications corporelles Mr, Rachid semble avoir développé une image du corps altéré.

Concernant **Mr Tahar**, suite à l'ablation du membre inférieur, il a développé un sentiment d'inutilité dans son corps, il sent des modifications considérables qui affectent son image du corps à ce qui l'affecte dans son mode de vie, suite à son expression vis-à-vis le test Rorschach, Mr Tahar semble avoir développé une mauvaise image du corps.

# **Conclusion**

### Conclusion

En conclusion, ce travail fait de sorte que, dans un premier temps, nous enrichissions nos connaissances théoriques, nous avons parlé du diabète et l'amputation dans un chapitre. Dans un autre chapitre nous avons parlé sur l'image du corps, mais aussi pratiques. Dans un deuxième temps, d'appréhender l'ampleur de l'incidence de la maladie chronique qui est le DT2 et ces complications sur le psychisme, plus précisément sur l'image propre du corps.

Cet objectif est orienté vers l'étude de « *l'image du corps des Diabétiques amputés* », à savoir que les changements et les transformations au niveau corporel et physiologique où un impact visible sur l'aspect psychologique de ces diabétiques amputés.

Au fur et à mesure de notre travail de recherche, nous avons pu constater l'ampleur des conséquences psychologiques liées A l'amputation. Lorsque le sujet prend conscience de toutes les modifications physiques apportées par l'amputation, il est totalement bouleversé et perdu, stress face aux divers événements, anxiété quant à l'avenir, et altération de l'image du corps.

A partir de notre réflexion personnelle et de notre travail fourni sur l'étude des concepts clés de la recherche et de tout ce qui est en rapport avec les adultes diabétiques amputés, nous avons pu alors fonder notre hypothèse, qui est la suivante : « *quelle est la nature de l'image du corps des Diabétiques amputés ?* »

Le groupe de recherche choix qui comporte deux femmes et quatre hommes, est un point de référence et un cadre d'attribution à la vérification de l'hypothèse.

En outre, les informations recueillies durant l'entretien de recherche semi directif, ainsi que les résultats obtenus lors de la passation du test Rorschach, nous permet d'affirmer notre hypothèse. Et du coup, nous pouvons confirmer nos deux analyses, à l'ensemble des adultes souffrant du DT2 et une amputation en vue que, l'image du corps des Diabétiques amputés est mauvaise.

## **Références bibliographiques**

---

**Références bibliographiques****Ouvrages**

1. Angers, M. (2005). Initiation pratique à la méthodologie. Paris: Dunod
2. Anne Jolivet, L. L. (2014). Santé publique, lecture critique d'article, médecine du travail, médecine légale. Paris : ECN.
3. Anzieu D. (1985) : « Le moi peau », Paris : Dunod.
4. Anzieu D. (1995) : « Le moi peau », Paris : Dunod.
5. Anzieu. D ; Chabert.C. (1961), « Les Méthode projectives », Paris, Edition Quadrige : Puf.
6. Bénony,H & Chahraoui, Kh. (1999). L'entretien clinique. Paris : Dunod.
7. Bergert, j. (2003). Psychologie pathologique. Paris : masson .
8. Bernad, M. (1995). le corps : Paris .
9. Biga, N. (2010). CHIRURGIE DES TRAUMATISMES DU PIED ET DE LA CHEVILLE. Paris : MASSON.
10. Birraux, A. (1990). L'adolescent face a son corps. Paris : Albin michel
11. Blanchet,A & Gotman,A. (2014).l'enquête et ses méthodes :l'entretien (2).Paris :Arman colin.
12. Cathrine Azoulay, M. E. (2012). Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach. Paris : dunod .
13. Chabert. C. (1983), « Le Rorschach en clinique adulte », Paris, 3 eme Edition : Dunod.
14. Chabert. C. (1998), « La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach » Paris, 2emeEdition :Dunod .
15. Chabert. C. (2004), « psychanalyse et méthode projective », Paris : Dunod.
16. Chahraoui,Kh & Bénony,H. (2003).Méthodes,évaluation et recherches en psychologie clinique. Paris : Dunod.
17. Chilland.C. (1983) l'entretien clinique. Paris.France :PUF.

18. Cicon, A. (1998). L'observation clinique. paris : dunod .
19. Dolto, F. (1984). L'image inconsciente du corps. Paris, France : Le seuil.
20. Francequin, G. (2012). Cancer du sein : une féminité à reconstruire.  
Paris :eres .
21. Granwitz, M. (2001). Méthodes des sciences sociales .paris: Dalloz.
22. Grimaldi, A. (2003). Guide pratique du diabète. Paris : Masson .
23. Grimaldi, A, et all, (2009), « Guide pratique de diabète », Paris, : Edition  
Elsevier Masson.
24. Grimaldi, A. et all, (1987), « Le diabète et les hypoglycémies »,  
Paris :Edition Médicales Internationales(EMI).
25. J-D. Nasio, F. D. (1992). L'enfant miroir. Paris : Payot. 2.
26. Jean-Jacques Altman, R. D.-D. (2012). Le grand livre du diabète. Paris :  
Eyrolles.
27. LACAN J. (1966) : « Le stade du miroir comme formation de la fonction  
du je », Écrits i, Paris : Le Seuil.
28. Lacroix, A. (2003), autour du vécu psychique des patients atteints d'une  
maladie chronique, Paris :Dunod.
29. Martin buysschaert,(2006) diabétologie clinique, :édition de Boeck &  
larcier s.a, Belgique .
30. marty, p. (2004). la psychosomatique de l'adulte . Paris : puf.
31. NASIO J.D. (2007) : « Mon corps et ses images », Paris : Payot.
32. Nina Rausch de T(1970) : « la pratique du Rorschach », Université, France.
33. Patricia Fischer-Ghanassia, É. G.-C. (2015). Endocrinologie, diabétologie,  
nutrition. Paris : Masson.
34. Paul Schilder,(1968) « L'image du corps », paris:Edition Gallimard
35. Pardinielli, J-L & Fernandez. (2005). L'observation clinique et l'étude de cas  
(3).paris: Armand colin.

36. R. Quivy & L. Van Campenhout. (2013) Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod. (4<sup>e</sup>ed)
37. Thomas F. Cash, L. S. (2011). Body Image. New York : Guilford Press.
38. Thomas F. Cash, t. P. (1990). Body Image. New York : Guilford Press.
39. W. PIREYRE, E. (2011). Clinique de l'image du corps. Paris : DUNOD.
40. Yohann Lorient, P. M. (2011). Cancérologie. Paris : Educa Books.
41. Kubler-ross, E, D, Kessler, D. (2011) Sur le chagrin et sur le deuil : Poche.

### Revues

1. Rauch. N de Traubenberg (les techniques projectives ), 1983
2. M. Yelles (2010), (huit séquences d'un corpus maghrébin), Insaniyat, Algérie.
3. D. Sidi Said, (2010), (une poétique de regard dans l'oeuvre de Marcel Prost) Insaniyat, Algérie.
4. Direction générale de et de la prévention et de la promotion de la santé, (2015), (Guide bonnes pratiques en diabétologie)

### Article

- SANGLANDE A. (1983) : « L'image de corps et image de soi au Rorschach in technique projectif II »

### Dictionnaire

1. La Planche. I, Pontalis J.B, « vocabulaire de la psychanalyse » Edition Puf, Paris, France, 1994.
2. Petit Larousse de la psychologie, Edition Larousse, France, 2008.



**Thèse**

- AUTOMNE E. (2006) : "approche psychologique et clinique des maladies somatiques "Septembre, Paris 13.
- Hadid S.(2001) : contribution a l'étude de l'équilibre psychosomatique dans les dermatos, Alger 2 .

**Siteinternet**

([http://www.aidepsy.be/en\\_savoir\\_plus\\_position\\_klein](http://www.aidepsy.be/en_savoir_plus_position_klein))

## *L'image du corps chez les diabétiques amputés*

### **Résumé**

Le diabète est une maladie chronique, qui peut se détériorer d'un moment à l'autre. Elle peut aussi rencontrer des complications, une des complications du diabète de type 2 est l'amputation. L'amputation peut bouleverser toute la vie d'un être humain. Notre recherche porte sur "l'image du corps des diabétiques amputés", plus précisément de 06 sujets adultes, sept hommes et une femme. Dans le but de vérifier l'hypothèse qui se pose que l'image du corps des diabétiques amputés est mauvaise. L'étude a été réalisée à partir de deux outils de recherche, le premier est l'entretien semi directif, et le deuxième est un outil complémentaire inscrit dans la catégorie des tests projectifs appelé "Rorschach", et pour la réalisation du travail de recherche, nous avons sollicité le CHU Khalil Amrane de Bejaia, ainsi que, la clinique des Diabétiques beaux séjours de Bejaia. Cette présente recherche a démontré la présence d'une mauvaise image du corps.

**Mots-clés : diabète type 2, amputation, image du corps.**

## *Body image of amputated diabetics*

### **Abstract**

Diabetes is a chronic disease that can deteriorate from one moment to the next. It may also have complications, one of the complications of type 2 diabetes is amputation. Amputation can upset the whole life of a human being. Our research focuses on "the image of the body of diabetic amputees", specifically 06 adult subjects, seven men and one woman, in order to verify the hypothesis that the image of the body of diabetic amputees is poor. The study was carried out from two research tools, the first is the semi-directive interview, and the second is a complementary tool registered in the category of projective tests called "Rorschach", and for the realization of the work of research, we asked the CHU Khalil Amrane de Bejaia, as well as, the clinic of Diabetic beautiful stays of Bejaia. This research has shown the presence of a bad body image.

**Keywords: type 2 diabetes, amputation, body image.**