

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université A.MIRA-BEJAIA



Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

*En vue de l'obtention du diplôme MASTER en psychopathologie &
psychosomatique*

Thème :

Types de mentalisation chez les diabétiques de type 2

Etude de 4 cas réalisée au niveau de la clinique Beau séjour de Bejaia

Réalisé par :

MADADI Fatma

KHELOUFI Siham

Dirigé par :

Mr. BELBESSAI Rachid

Année universitaire : 2017/2018

Remerciements

En tout premier lieu, nous tenons à remercier le bon dieu tout puissant de nous avoir donné la force, le courage nécessaire et la patience pour achever ce modeste travail.

Nous remercions Mr Belbessai pour ses directives, disponibilité et sa constance au cours de notre travail.

Sans oublier les patients qui, grâce à leurs consentements nous avons pu réaliser notre étude.

Nous exprimons notre gratitude aux membres du jury qui nous ont fait l'honneur et accordé une précieuse part de leurs temps afin d'évaluer cette recherche.

Dédicaces

Papounet & Mamounette, j'ai toujours été de nature volubile mais lorsque il s'agit de vous faire part de ma gratitude je le deviens moins, je profite donc de cette occasion et je dédie ce travail particulièrement à vous deux en guise de remerciement pour tout ce que vous avez accompli pour mon confort et bien être.

Je le dédie aussi à Ali mon frangin, et à mes sœurs Assia, Soraya, Naima ainsi qu'à leurs familles respectives.

A mes neveux Riad, Lyna, Adam, Dmitri Akcil, Kenza, Vladislav, Yasmine et aux jumeaux Kenzi & Anes.

A mon amie Mima et à ma coéquipière Siham.

A mon alter ego Warda, car oui, je ne suis rien sans elle.

Et enfin, je le dédie à tous les enseignants que j'ai eus tout au long de mon cursus et qui ont contribué à ma formation.

Fatma

Dédicaces

Je dédie ce mémoire à :

Ma maman chérie l'asile le plus sûr et le plus paisible, ainsi qu'à mon papa chéri mon espoir de vie.

Mon petit frère Mounir.

Mon grand père le siège de la sagesse ainsi qu'à mes grand-mères et mes petits cousins adorés (Hani, Zain, Yanis, Mélissa, Youcef, Yacine, Aymène, Abderahmène...) et à toute ma famille.

Mon cher oncle tonton Hakim ma source d'énergie et son ami jean Daniel.

Sabrina, khalto, tata Linda, tata Lila, Werda.

Ma deuxième famille l'AAFMB et à toutes les associations que j'ai adhérees.

Mes enseignants inouïs ainsi qu'à mon binôme.

Mes camarades de classe et à tous mes amis.

Siham

Liste des abréviations :

ADO	Antidiabétiques Oraux
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
DT2	Diabète de Type 2
HLA	Human Leukocyte Antigen
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Liste des tableaux :

Numéro du tableau	Titre	Page
Tableau n° 1	Estimations du nombre de diabétiques dans le monde	4
Tableau n°2	Récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche	36
Tableau n°3	Cotation du protocole Rorschach du cas Kaci	50
Tableau n°4	Psychogramme Rorschach du cas Kaci	53
Tableau n°5	Cotation du protocole Rorschach du cas Zahia	59
Tableau n°6	Psychogramme Rorschach du cas Zahia	62
Tableau n°7	Cotation du protocole Rorschach du cas Nadia	68
Tableau n°8	Psychogramme Rorschach du cas Nadia	70
Tableau n°9	Cotation du protocole Rorschach du cas Malika	76
Tableau n°10	Psychogramme Rorschach du cas Malika	78

Liste des annexes :

Annexe 01	Guide d'entretien
Annexe 02	Organigramme de la clinique Beau séjour
Annexe 03	Planches du test Rorschach
Annexe 04	Normes adultes du test Rorschach

Sommaire

Liste des abréviations	
Liste des tableaux	
Liste des annexes	
Introduction générale.....	1

Partie théorique

Chapitre I : Le diabète : Coté médical

Préambule

1. La définition du diabète.....	3
2. L'épidémiologie.....	3
3. Les types de diabète	4
4. Le diagnostic	5
5. Les facteurs de risque du diabète type 2.....	5
6. Les signes et symptômes du diabète de type 2.....	6
7. Les complications liées au diabète.....	7
8. La prise en charge pharmacologique du diabète.....	9

Conclusion du chapitre

Chapitre II : Le diabète : Coté psychologique

Préambule

1. Les facteurs psychologiques.....	10
2. L'annonce du diagnostic	10
2.1 Le travail de deuil.	11
2.2 Les étapes du processus de deuil.....	11
3. L'état psychologique du diabétique.....	12
4. L'observance et la non-observance thérapeutique.....	15
5. La prise en charge non pharmacologique du diabète.....	17

Conclusion du chapitre

Chapitre III : La Mentalisation

Préambule

1. Les définitions de la mentalisation.....	19
2. Les formes majeures des mentalisations.....	19
3. L'économie psychosomatique.....	20
4. Les caractéristiques de l'insuffisance du fonctionnement mental.....	22
4.1 La vie opératoire.....	22
4.2 La dépression essentielle.....	23
4.3 La désorganisation progressive.....	23
5. Le processus de somatisation.....	24

Conclusion du chapitre

Chapitre IV : Problématique et hypothèses

La problématique.....	26
Les hypothèses.....	30
Opérationnalisation des concepts.....	31

Partie pratique

Chapitre V : Méthodologie de la recherche

Préambule

1. Les objectifs de la recherche.....	32
2. Le déroulement de la recherche.....	32
3. La méthode clinique.....	33
4. Le groupe de recherche.....	34
5. La présentation du lieu de recherche.....	37
6. Les techniques de recherche.....	37
6.1 L'entretien.....	38
6.2 Le test de Rorschach.....	39
7. Les difficultés rencontrées lors de la recherche.....	46

Conclusion du chapitre

Chapitre VI : présentation et analyse des résultats

Préambule

1. Cas de Kaci.....	47
2. Cas de Zahia.....	57
3. Cas de Nadia.....	66
4. Cas de Malika.....	74

Chapitre VII : Discussion des hypothèses

Discussions des hypothèses.....	81
Conclusion générale.....	84

Bibliographie

Annexes

Introduction générale

Introduction générale

La psychologie d'antan fut considérée comme un infime segment de la philosophie, fondée exclusivement sur la spéculation et l'abstraction. Ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que cette première parvint à devenir une discipline émancipée de la philosophie et à gagner en autonomie grâce à un groupe de philosophes allemands dont Kant, Wundt et Wolff. L'intervention de ces derniers a pu lui conférer le statut d'une discipline scientifique s'étayant sur des bases empiriques. C'est ainsi que la psychologie a fini par prendre de l'ampleur au cours des années, à faire ses preuves et à se développer en mettant en avant un large éventail de champs d'application comme, la psychosomatique.

Cette discipline qui prêche l'unité du corps et de la psyché doit sa notoriété à Pierre Marty, qui est l'un des pionniers de l'école de Paris. Il la qualifie de fille de la psychanalyse et la définit comme un champ qui recouvre des maladies physiques et troubles fonctionnels dont la genèse ou l'évolution comporte un déterminisme d'ordre psychologique.

Selon son postulat, la transgression des excitations engendrées par une situation délétère vécue par le sujet, risquent à défaut de traitement mental ou en d'autres termes, à défaut de mentalisation de bouleverser l'équilibre homéostatique et conduire à des maladies et troubles soit réversibles ou irréversibles tout comme le diabète.

Cette pathologie auto-immune est une maladie psychosomatique par excellence, car l'impact psychologique occupe un rôle prépondérant dans son émergence, particulièrement dans le cas du diabète de type de 2, car en dépit, de son étiologie multifactorielle, le facteur psychologique demeure plus effectif que les autres.

Cette humble recherche à caractère qualitatif, touchera donc aux deux variables déjà citées, mentalisation et le diabète de type de 2, dans le but de démontrer l'existence d'une variété dans les types de mentalisation chez des sujets présentant une même maladie, le diabète. En usant, évidemment de la théorie qui s'est le plus penchée sur la question « soma-psyché », et qui n'est d'autre que la psychosomatique.

Pour l'élaboration de cette recherche, nous avons tracé un plan de travail afin d'être organisé et canaliser notre attention uniquement sur les éléments en rapport avec l'objectif de notre étude.

Ce plan est scindé en deux grandes parties, théorique et pratique, qui elles mêmes sont subdivisées en plusieurs chapitres.

La partie théorique compte quatre chapitres l'un consacré au coté médical dont la finalité est de définir, aborder les types, facteurs de cause, symptômes, complications et traitements de la pathologie. Le deuxième chapitre en aborde les étapes de deuil, les différents états psychologiques qui en découlent, la question d'observance et non observance thérapeutique et les traitements. Le chapitre troisième traite de la seconde variable de recherche, la mentalisation. Des définitions y seront attribuées aux concepts en relation avec cette variable. Et le dernier chapitre de cette partie est consacré à la problématique et hypothèses propre à cette étude.

La seconde partie est soutenue par deux chapitres, celui de la méthodologie présentant le lieu de recherche, le groupe d'étude et expliquant méthode et techniques utilisées. L'ultime chapitre est consacré pour présenter, analyser et discuter les résultats obtenus en vu de valider ou invalider les hypothèses prédéfinies, l'ensemble sera clôturer par une conclusion générale.

Partie théorique

Chapitre I

Le diabète : Coté médical

Préambule :

C'est plus qu'une maladie, c'est devenu un fléau. Le diabète, cette pathologie insidieuse de nature, n'épargne aucun individu, et prend graduellement de l'ampleur au niveau de l'échelle mondiale, puisque elle touche à toutes les tranches d'âge et ceci quelque soit la sphère socio-économique à laquelle appartient celui-ci.

Dans ce chapitre, on essayera d'apporter des réponses à multiples questions, comme : Qu'est ce que le diabète ? Quels sont ses types ? Quelle est sa sémiologie, complications qui en émanent et les traitements appropriés ?

1. La définition du diabète :

Le diabète est une maladie chronique grave liée à une défaillance de la régulation de la glycémie¹.

Cette maladie peut provenir d'une incapacité partielle ou totale du pancréas² à fabriquer l'insuline³ qui est une hormone indispensable à l'absorption du glucose par les cellules, il peut aussi provenir d'une inaptitude des cellules elles-mêmes à utiliser l'insuline pour absorber le glucose. (Martel, J. 1996, p.303).

Cette maladie est incurable, elle peut aller jusqu'au coma et à la mort en absence d'un traitement, de nos jours le diabète peut-être traité et contrôlé.

2. L'épidémiologie:

Toutes les 8 secondes dans le monde, une personne meurt du diabète. Depuis les années 1980, de nombreuses enquêtes épidémiologiques ont été conduites afin de déterminer la prévalence du diabète dans une région, un pays, ou une ethnie particulière.

On estime qu'en 1985, environ 30 millions d'adultes étaient diabétiques dans le monde, ce nombre est passé à 135 millions en 1995, 173 millions en 2002 et les projections prévoient qu'en 2030, 366 millions d'individus seront atteints de diabète, dont deux tiers dans les pays en développement. (Monier, L.2014, p.5)

¹Glycémie : c'est le taux du glucose (sucre) dans le sang.

² Le pancréas : un organe glandulaire situé dans l'abdomen.

³ L'insuline : est une hormone naturellement sécrétée par le pancréas, plus précisément par des cellules spécialisées situées dans les îlots de Langerhans.

Tableau n°1 : Estimations du nombre des diabétiques dans le monde (Wild, S & al. 2004, p.14)

	2000	2030
Europe	33. 3	48
Moyen-Orient	15. 2	42. 6
Afrique	07	18. 2
Amériques	33	66. 8
Asie et Australie	82. 5	190. 5 millions

Le diabète de type 2 représente plus de 80% de l'ensemble des diabètes, sa prévalence est croissante.

Le diabète vient en deuxième position au classement des maladies chroniques derrière l'hypertension, en Algérie.

3. Les types de diabète :

Les principaux types de diabète sont les suivants :

3.1 Le diabète de type 1 :

Le diabète de type 1 touche (10-15 %) de la population diabétique, autrefois appelé diabète insulino-dépendant ou diabète juvénile, apparaît le plus souvent de manière brutale chez l'enfant ou chez le jeune adulte. Il est la résultante d'une maladie auto-immune aboutissant à une destruction totale des cellules du pancréas qui fabriquent l'insuline. Privés de la seule substance de l'organisme capable de faire baisser la glycémie. (Buysschaert, M. 2006, p.7).

Les diabétiques de type I doivent s'injecter de l'insuline plusieurs fois par jour tout au long de la vie d'où le nom « insulino-dépendant ».

3.2 Le diabète de type 2 :

Le diabète de type 2, autrefois appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de l'âge mûr, survient classiquement chez l'adulte de plus de 40 ans, la production d'insuline par le pancréas est normale voire excessive. Mais les cellules deviennent insensibles à l'insuline, de sorte que le sucre ne pénètre plus dans les cellules d'où l'augmentation de la glycémie dans le sang. (Ibid., p.15).

Comme la maladie évolue souvent insidieusement pendant plusieurs années, car la glycémie augmente très progressivement.

3.3 Le diabète gestationnel :

C'est l'hyperglycémie qui est détectée pendant la grossesse. Le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance, de gravité variable, apparaissant le plus souvent entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse. Il est identifié chez 4 % à 7 % des femmes enceintes et est associé à des complications maternelles et fœtales. Il disparaît après l'accouchement. (Ibid., p.32).

4. Le diagnostic :

Afin de diagnostiquer un diabète de type 2, une prise de sang (Glycémie veineuse) réalisée à jeun est nécessaire. Elle permet de mesurer la glycémie, pour que les résultats soient justes, il faut auparavant respecter un jeûne de 8 heures.

La prise du sang est très classique, au laboratoire à partir du sang prélevé chez un sujet. Le diagnostic est posé lorsque cette glycémie à jeun est égale ou supérieure à 1,26 g/l (ou 7 mmol/l) et est constatée à 2 reprises. (Guillaume, A & Bouché, C. 2017, p.6).

5. Les facteurs de risque du diabète de type 2:

5.1 Le facteur prénatal :

Il existe un rôle prédisposant au DT2 d'une expression fœtale au diabète (diabète gestationnel chez la mère) ainsi que d'un retard de croissance intra-utérine d'origine nutritionnelle tel qu'un déséquilibre calorique, protéique ou glucidique. Celui-ci est souvent couplé à un rattrapage si l'on peut dire de corpulence en période postnatale, privilégiant d'avantage le développement de la masse grasse.

5.2 Le facteur génétique :

Il existe un contexte héréditaire très riche, des antécédents familiaux du diabète de type 2 sont retrouvés chez plus de la moitié des patients à l'inverse, le risque de devenir soi-même diabétique s'il a un parent diabétique de type 2 est d'environ 40%.

Dans une même famille les sujets atteints de différentes maladies auto-immunes confirment la parenté de ces différentes affections beaucoup de ces maladies étant associées au système d'histocompatibilité HLA (Ibid. p.18).

Le DT2 est probablement une affection poly-génétique c'est à dire déterminée par interaction d'anomalies de plusieurs gènes aboutissant à une altération de la production et/ou de l'action de l'insuline.

5.3 Les facteurs environnementaux :

Le milieu environnemental joue un rôle déterminant dans la genèse du DT2. Une étude simultanée de citadins et de ruraux au sein d'une même population montre que l'urbanisation rapide accroît la population des diabétiques dans les villes et d'une façon générale dans les milieux ayant adopté un mode de vie occidental.

- Le tabagisme.
- L'alcool.

6. Les signes et symptômes du diabète de type 2 :

Le DT2 est généralement asymptomatique durant les 10 premières années car la glycémie augmente très progressivement. Ensuite, de nombreux symptômes physiques et autres signes peuvent être ressentis par le patient atteint de diabète.

Les symptômes liés à l'hyperglycémie sont les suivants (Malek, R. 2010, p.19) :

6.1 Sensations générales :

- Fatigue et faiblesse.
- Soif intense (polydipsie).
- Sensation de fourmillements, crampes ou d'engourdissement dans les mains ou les pieds.
- Irritabilité.
- Sensation de faim.

6.2 Symptômes physiques :

- Palpitations (tachycardie).
- Respiration rapide.
- Perte de l'élasticité de la peau.
- Assèchement des muqueuses.
- Amaigrissement.
- Troubles de la vision.
- Guérison lente des plaies.

6.3 Symptômes gastro-intestinaux :

- Douleurs ou inconfort abdominal.
- Ballonnements.
- Nausées, vomissements.
- Diarrhées nocturnes.

6.4 Problèmes urinaires et sexuels :

- Fréquence excessive des mictions (polyurie).
- Prurit vulvaire chez les femmes.
- balanite chez les hommes.
- Impuissance sexuelle.

7. Les complications liées au diabète :

Si le glucose dans le sang demeure trop souvent élevé avec le temps, cela a un impact dommageable sur plusieurs organes du corps, et peut induire plusieurs troubles et complications comme :

7.1 Les troubles oculaires :

Le diabète peut conduire à une détérioration progressive de la vision. Il peut aussi mener à la formation de cataractes et glaucomes, même à la perte de la vue. Les troubles oculaires

touchent 60 % des diabétiques de type 2. La rétine est la partie de l'œil la plus souvent touchée, mais d'autres parties peuvent l'être aussi.

7.2 La néphropathie :

Le tissu des reins est constitué d'une multitude de minuscules vaisseaux sanguins qui forment un filtre dont le rôle est d'éliminer les toxines et déchets du sang. Comme le diabète cause des troubles vasculaires, les petits vaisseaux des reins peuvent en être affectés au point d'entraîner une détérioration progressive des reins qui se manifestera par divers problèmes, allant de l'insuffisance rénale à la maladie rénale irréversible. (Malek, R. 2010, p.45).

7.3 La neuropathie :

La neuropathie est le nom donné aux affections qui touchent les nerfs et qui peuvent être passablement douloureuses, quelle qu'en soit la cause. Elle se forme dans les 10 premières années du diabète chez 40 % à 50 % des personnes diabétiques de type 1 ou 2. La neuropathie découle d'une mauvaise circulation sanguine et du taux élevé de glucose qui altère la structure des nerfs. (Buysschaert, M. 2006, p.111).

7.4 Les maladies cardiovasculaires :

Le diabète contribue à l'émergence des maladies cardiovasculaires. Elles sont de 2 à 4 fois plus fréquentes chez les diabétiques que dans la population générale. Un taux élevé de glucose dans le sang contribue à la coagulation du sang. Avec le temps, le risque d'obstruction de vaisseaux sanguins près du cœur (infarctus) ou au cerveau (AVC) augmente. (Ibid., p.108).

7.5 Le pied diabétique :

Le pied diabétique est favorisé par des troubles neurologiques et/ou vasculaires des membres inférieurs. Une infection locale en est le facteur aggravant. Il s'agit d'une complication fréquente du diabète, qui reste une des premières causes d'hospitalisation prolongée. (Ibid., p.116).

Les personnes atteintes de diabète sont exposées à un risque d'amputation jusqu'à plus de 25 fois supérieur à celui des personnes non atteintes de cette maladie. Toutefois, si le diabète est bien géré, une grande partie des amputations peut être évitée.

8. La prise en charge pharmacologique du diabète :

Déterminer les traitements médicamenteux, qui passent souvent par la prescription d'antidiabétiques oraux hypoglycémiantes visant à assurer l'équilibre glycémique. Lorsqu'une résistance à ces ADO est observée, les patients ont recours à l'insulinothérapie consistant en deux injections d'insuline par jour, en complément ou remplacement des ADO.

Des examens préventifs complémentaires (cardiovasculaires, neurologiques, rénaux, ophtalmologiques, dermatologiques, uro-génitaux et respiratoires) sont nécessaires pour éviter d'éventuelles complications.

Le traitement par l'insuline fait aujourd'hui encore, la preuve de son efficacité et reste le plus employé dans le traitement du diabète. Cependant, c'est un traitement palliatif, qui supprime les effets d'un trouble sans supprimé la cause.

Conclusion du chapitre :

Chronique, silencieuse et irréversible sont les adjectifs qui décrivent le mieux cette pathologie, sous estimée par tant, en raison de son caractère asymptomatique mais plutôt fatale en vrai vue les complications qu'elle génère à défaut de prise en charge et d'observance de la part du sujet qui en est atteint. Elle est contractée en raison d'une multitude de facteurs génétiques, environnementaux et psychologiques. Ces derniers seront abordés dans le chapitre à venir.

Chapitre II

Le diabète : Coté psychologique

Préambule :

Le diabète est considéré comme une maladie psychosomatique par excellence, puisque on suppose que des facteurs psychologiques tel qu'un trauma, une surcharge émotionnelle, ou le stress occupent un rôle crucial dans l'enclenchement du processus de somatisation et du développement de la maladie. Qui, elle-même fait naître des contraintes d'ordre psychologique que le malade devra endosser quotidiennement et cela au cours de sa vie vue la chronicité de sa maladie.

1. Les facteurs psychologiques :

La genèse du diabète ne se résume point qu'aux facteurs organiques, tout au contraire, des facteurs d'ordre psychologiques occupent un rôle important dans l'émergence de la maladie, et parmi ces éventuels facteurs, on cite :

- Un trauma.
- Une surcharge émotionnelle.
- L'autorité excessive chez le père, en effet, il est observé, que les personnes ayant un père autoritaire, cherchent souvent refuge auprès de la nourriture, celle-ci symbolise « la mère » prodiguant confort et sécurité aux moments de stress et d'angoisse.
- Le vide affectif, poussent les personnes qui en souffrent à s'alimenter de manière outrancière a fin de combler un vide émotionnel, et cet acte de gavage les amènent à contracter un diabète.
- La sédentarité, la perte du tonus musculaire, le peu de mouvement qui favorisent l'apparition de la maladie, peuvent être liés non à de la fainéantise mais à une dépression, dans la majorité des cas, dite « essentielle».

2. L'annonce du diagnostic :

L'annonce d'une maladie incurable et chronique est un moment extrêmement fort, vécu par le patient sur le plan émotionnel.

Une annonce de diagnostic mal gérée ou carrément oblitère par le soignant peut donc être légitimement considérée comme une défaillance sur le plan professionnel. Cette défaillance thérapeutique peut :

- Entraîner une aggravation de l'anxiété voire de la détresse psychologique du patient liée au choc provoqué par l'annonce.
- Favoriser dès le départ chez le patient une représentation négative de la maladie, source de difficultés ultérieures voire de refus à se prendre en charge.
- Favoriser une représentation négative des soignants. (Simon, D & al. 2009, p.22).

2.1 Le travail de deuil :

Le deuil, est un terme forgé par Sigmund Freud pour désigner le processus d'élaboration psychique qui s'effectue normalement dans l'appareil psychique après la perte d'objet. Le patient doit accepter la perte d'un être cher, qui est « le moi de l'avant-diabète ».

Le travail de deuil « normal » est une dynamique psychique où la souffrance est vécue pour être dépassée, tandis que son évitement résulte d'un blocage du travail psychique. (Simon, D. 2009, p.33-34).

2.2 Les étapes du processus de deuil :

Un diabétique passe aussi par un processus de deuil, fait à l'égard de son état de santé antérieure dès l'annonce de la maladie, et comporte cinq étapes principales inévitables, qui peuvent certes, ne pas se faire dans l'ordre et se chevaucher entre elles :

2.2.1 La sidération :

Elle est la première phase lors de l'annonce du diagnostic. La personne reste comme hébétée, figée, incapable de présenter une quelconque réaction. Ce processus est présent chez tous, aussi minime soit-il. Cette phase de sidération va permettre d'accueillir mentalement cette information au goutte à goutte. (De Broca, A. 2010, p.13).

2.2.2 Le déni :

C'est le refus complet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante (refuser d'avoir une maladie chronique). On ne veut pas savoir. Cette réaction survient systématiquement devant un stress majeur, ce peut être enfin un déni de comportement, aboutissant à un évitement ou à la honte.

2.2.3 La colère :

À ce stade de deuil, la personne peut se mettre en colère à cause de l'injustice ressentie de ce qui lui est arrivée. Elle peut aussi choisir inconsciemment de dévier cette colère sur une personne désignée comme responsable de la perte. (Ibid., p.13).

2.2.4 La dépression et douleur :

Ici, la personne accepte la perte, mais n'est pas en mesure d'y faire face. Dépression, perte de moral, la personne en deuil est au désespoir et se comporte passivement. Elle ne voit pas comment atténuer cette immense souffrance et n'arrive plus à vivre normalement son quotidien. (Ibid., p.18).

2.2.5 L'acceptation :

Arrivé à ce stade, le patient accepte son mal et s'y résigne. Commence alors la vraie période du traitement. (Richa, S. 2006, p.326-327).

3. L'état psychologique du diabétique :

3.1 Sur le plan sexuel :

Un diabétique devient moins actif sexuellement, à défaut de désir, de plaisir et de satisfaction.

La gent masculine en est beaucoup plus affectée, puisque cela induit une impuissance sexuelle ce qui n'est pas sans conséquences concernant la virilité, car le patient aura une conviction inébranlable qu'il aura du mal à maintenir une érection, et ne sera pas satisfaisante à cause de sa maladie.

Quant aux femmes atteintes de diabète, elles peuvent ressentir un moins grand désir sexuel, ainsi que divers troubles de la sensibilité génitale, mycoses, infections urinaires, absence de lubrification vaginale, autant de désagréments qui concourent à une baisse de l'envie. (Solano, C. 2012, p.55).

3.2 Sur le plan onirique :

L'onirisme est connoté par un manque d'associations, Marty postule qu'il en existe quatre types :

3.2.1 L'absence des rêves :

Cette absence correspondrait théoriquement à un isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles se frayant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration onirique.

3.2.2 Les rêves opératoires :

Il s'agit de rêves qui répètent des actes de la journée finie ou qui précèdent des actes au programme de la journée suivante.

3.2.3 Les rêves répétitifs :

Ils partent du même principe répétitif que les rêves opératoires et, comme pour toute répétition d'ordre évolué, témoignent d'une stagnation itérative du système onirique.

3.2.4 Les rêves crus :

Les rêves crus sont ainsi nommés parce qu'ils figurent en des scènes directes la réalisation de buts pulsionnels : emprise, puissance agressive orale ou anale, puissance génitale.

3.3 L'image du corps :

La maladie porte atteinte à l'image du corps, puisque, le teint pâli, la morphologie change par une perte ou un gain excessif de poids. Au pire, la personne se fait amputée en cas de nécrose.

3.4 L'estime de soi :

Le diabète peut aussi amener une atteinte à l'estime de soi, sentiment susceptible d'être renforcé par les discriminations dont peuvent encore faire l'objet les personnes diabétiques sur le plan du travail, des assurances ou encore de l'obtention d'un permis de conduire.

3.5 Les sauts d'humeur et colère :

Un sentiment de colère et de frustration, caractérisent le tempérament d'un diabétique, puisque il est constamment contraint de contrôler son alimentation, son taux de glycémie, il éprouve aussi de l'envie vis-à-vis de son entourage qui est qualifié comme étant « sain ».

3.6Le stress :

Tout comme d'autres maladies chroniques, le diabète constitue une perte de santé physique et une menace pour la santé future en raison des complications à moyen et à long terme pouvant y être associées, et peut peser sur la personne diabétique et lui occasionner un important stress.

Les manifestations du stress varient d'un individu à l'autre en fonction de sa personnalité, de sa capacité d'adaptation et de résistance au stress. Ces signes peuvent être physiques, psychologiques ou comportementaux.

Le stress peut cependant avoir un impact sur le contrôle du diabète par l'impact des hormones de stress sur la glycémie.

3.7L'anxiété:

Les changements d'habitudes de vie imposés par cette nouvelle condition engendrent parfois de l'anxiété et de l'inquiétude chez certaines personnes. D'après une étude, 14 % des personnes diabétiques présentent un trouble d'anxiété généralisée.

3.8La dépression :

De nombreux patients atteints de diabète souffrent de symptômes dépressifs (31 % des cas), voire d'un trouble dépressif majeur (11 %).

Le risque de dépression est deux fois plus élevé que dans la population générale. Près d'une femme diabétique sur trois et près d'un homme diabétique sur cinq souffrent ainsi de dépression avec des conséquences néfastes sur leur fonctionnement cognitif, leur qualité de vie, leur adhérence au traitement médical et leur contrôle glycémique, ce qui augmente le risque de complications liées au diabète. Cette dépression est par ailleurs fortement corrélée avec la sédentarité, les plaintes somatiques subjectives et la diminution des capacités physiques.

4. L'observance et la non-observance thérapeutique :

4.1 L'observance thérapeutique :

Dans un premier temps il convient de définir ce qu'est l'observance :

- **L'observance :**

C'est l'action de pratiquer fidèlement une règle en matière de religion. L'action d'obéir à une habitude, de se conformer à un modèle, une coutume ; la règle de conduite elle-même. (Larousse, 2017, p.216).

D'un point de vue médical l'observance thérapeutique désigne les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des facteurs cognitifs, comportementaux, sociaux et émotionnels qui interagissent entre eux.

Elle est définie aussi comme le degré d'adéquation entre une prescription médicale (régime, médicaments, etc.) et sa réalisation par le patient (Jacquin, P. 2011, p.118).

4.2 La Non-observance :

On décrit la non-observance thérapeutique comme un phénomène complexe qui dépasse le simple cadre du médicament. Elle peut être globale ou focalisée sur un des aspects du traitement. Elle peut fluctuer dans le temps. Elle peut enfin s'étendre à la ponctualité aux rendez-vous, aux recommandations hygiéno-diététiques ou aux modifications de mode de vie demandées au patient.

La non-observance représente un phénomène fréquent, concernant en fait plus d'un patient sur deux touchant tous les aspects de traitements ayant potentiellement des conséquences graves, contribuant à l'aggravation des dépenses de santé. L'organisation mondiale de la santé, dans un rapport publié en 2003 déclare que, résoudre ce problème permettrait d'améliorer davantage l'efficacité des soins en général que n'importe quel progrès médical. (Simon, D et al. 2009, p.71).

Des statistiques ont prouvé que 50% de diabétiques ne respectent pas leur traitement et 70% oublient les règles hygiéno-diététiques recommandées. (Anandamanoharan, J. 2013, p.10).

La non-observance thérapeutique comprend au moins trois versants essentiels :

4.2.1 La non-observance médicamenteuse :

C'est le type de non-observance le plus classique, le plus étudié, et le premier qui vient à l'esprit. Breen et Salzman incluent cependant, dans les comportements de non-observance, la surconsommation médicamenteuse, rarement étudiée ni envisagée, dans ce domaine mais qui a selon eux, d'importantes conséquences en terme de morbidité (surdosages, interactions médicamenteuses) et de consultations en urgences, au domicile ou à l'hôpital.

4.2.2 La non-observance aux mesures hygiéno-diététique :

La non-observance aux mesures hygiéno-diététiques est tout aussi importante que la non-observance médicamenteuse. Elle a des conséquences tout aussi graves. Ce type de non-observance est d'autant plus d'actualité que le monde médical.

Par ailleurs, le traitement de nombreuses maladies chroniques nécessite souvent de suivre des mesures hygiéno-diététiques parfois lourdes ou difficiles. C'est le cas des régimes alimentaires diabétiques ou des régimes hyposodés de l'insuffisant rénal. (Bureau, M. 2001, p.26).

4.2.3 La non-observance au suivi médical :

Ce concept regroupe :

- L'assiduité et la ponctualité aux rendez-vous de consultation.
- L'écart entre la date prévue de la consultation et sa date effective.
- La réalisation des contrôles sanguins ou de tout autre examen prescrit. (Ibid., p.27).

5. Prise en charge non pharmacologique du diabète :

Elle comprend :

5.1 L'éducation thérapeutique :

Centrée sur le patient et les règles hygiéno-diététiques. Celles-ci doivent être entreprises dès le diagnostic et quelque soit le stade de la maladie.

Il existe des associations ayant pour but de soutenir et d'informer les patients diabétiques afin de leur permettre une meilleure gestion de leur maladie.

L'éducation thérapeutique à pour but de :

- Favoriser l'échange d'informations, l'écoute et le respect mutuel.
- Favoriser le sevrage tabagique.
- Favoriser l'activité physique.
- Favoriser une alimentation équilibrée.

Il est donc fondamental de travailler la motivation des patients et de ne pas se contenter d'uniquement fournir des connaissances sur les règles hygiéno-diététiques.

L'accompagnement en cas de troubles psychologiques avérés, prendre en compte la dimension pathologique de certains troubles compulsifs de type boulimie-anorexie.

5.2 La relaxation musculaire progressive :

On entend par relaxation musculaire l'ensemble des techniques fondées sur la détente corporelle pour but, une bonne gestion de stress. La relaxation différentielle de Jacobson (1980) et le training autogène de Schultz sont les premières méthodes indiquées pour des problèmes psychologiques. Elles utilisent deux modes d'induction différents:

- La contraction-décontraction successive des différents groupes musculaires (pour la méthode de Jacobson).
- L'auto-induction par des méthodes auto-hypnotique (pour le training autogène de Schultz) au final on obtient un état de relaxation comparable à celui obtenu par d'autres méthodes à point de départ psychologique. (Servant, D. 2008, p.216).

5.3 Les psychothérapies :

La psychothérapie cognitive-comportementale et thérapies brèves sont vivement recommandées en cas d'anxiété ou de dépression.

Conclusion du chapitre :

Le diabète, oscille entre la psychosomatique, vue les facteurs psychologiques qui contribuent à la pathogenèse de cette maladie, et la somatopsychique, étant donné les états et problématiques vécues par le malade dès l'annonce du diagnostic par le médecin traitant.

Une prise en charge psychothérapique est à prévoir dans l'optique d'accompagner le patient tout au long du processus de deuil, et lui inculquer des connaissances sur les règles hygiéno-diététiques pour une meilleure observance et le soulager de toute forme de stress, anxiété ou dépression.

Chapitre III

La mentalisation

Préambule :

La mentalisation, cette notion caractérisée par la variation significative qu'elle peut prendre en basculant d'un champ à un autre, on la trouve répandue dans différents domaines, dont la psychosomatique. Cette discipline qui traite de la psyché et du corps a particulièrement convoité cette notion au point d'en faire le pivot de sa théorie et de faire des recherches poussées à son propos.

Par le biais de ce chapitre, on va essayer de définir ce concept clé qui est la mentalisation, en abordant les types et les autres concepts qui lui sont étroitement liés.

1. Les définitions de la mentalisation :

Terme introduit par E. Claparède pour désigner la prise de conscience, c'est aussi la liaison de la pulsion émergente à son objet signifiant, cette élaboration participe au processus secondaire de pensée.

Dans la nosographie psychosomatique, la mentalisation a été explicitée par P. Marty comme notion qui traite de la quantité et de la qualité des représentations chez un individu donné, et concerne les caractéristiques du système préconscient du sujet.

Rosine Debray suggère une autre définition de ce concept et cite : « Le terme mentalisation soit rapporté à la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. » (Debray, R. 2002, p.103).

2. Les formes majeures des mentalisations :

P. Marty estime que dans la clinique du malade psychosomatique, qu'il est possible d'en dénombrer quatre grandes formes, qui sont les suivantes :

2.1 Les bonnes mentalisations :

Les individus ont en permanence à leurs dispositions une grande quantité de représentations psychiques liées entre elles et enrichies pendant le développement de multiples valeurs affectives et symboliques. (Marty, P. 1991, p.30).

2.2 Les mauvaises mentalisations :

Parfois elles se montrent réduites dans leurs quantités et dans la qualité. Les sujets ainsi limités dans leurs aptitudes à penser n'ont d'autres recours que l'action dans les comportements pour exprimer les diverses excitations exogènes et endogènes que la vie leur procure. Des insuffisances de développement du préconscient ainsi que des désorganisations de celui-ci sont reconnaissables dans ces groupes. (Ibid., p.29-30).

2.3 Les névroses de comportement :

Caractérisées par la présence ou la limitation et la superficialité des représentations réduites à celles des choses, le resserrement des affects sur les seules choses en question, et le manque de symbolisation du verbe.

Fortement semblables aux mauvaises mentalisations, et peuvent parfois même être confondues avec celles-ci.

2.4 Les mentalisations incertaines :

Entre l'ensemble formé par les « névrosés mal mentalisés » d'une part, et celui formé par les « névrosés bien mentalisés » d'autre part, figure un troisième groupe d'individus qui, par son importance numérique, mérite la plus grande attention. C'est le groupe formé par ceux que nous appelons les « névrosés à mentalisation incertaine ».

Tantôt « bien mentalisés », les individus paraissent riches de représentations et de pensées. Tantôt « mal mentalisés », leurs représentations et leurs pensées présentent une pauvreté désolante. Les variations de la quantité comme de la qualité de leurs représentations est parfois frappante. (Ibid., p.31).

3. L'économie psychosomatique :

Elle constitue le fondement de la construction théorico-clinique. Elle vise toutes les régulations biologiques, humorales, toniques, sensori-motrices, caractérielles et psychiques.

Parmi les notions basiques et caractères généraux de l'économie psychosomatique qui favorisent la bonne appréhension du sujet lors de l'investigation, on évoque :

3.1 Les pulsions et instincts (de vie et de mort) :

Les deux poussées dynamiques trouvent leur origine dans une excitation corporelle, leur destinée est de supprimer l'état de tension créée. Quand cette dernière n'est pas neutralisée elle engendre un surcroît d'excitations ingérables ce qui affecte négativement les systèmes fonctionnels et les désorganisent.

3.2 Le Moi-idéal :

Aspect conservé du narcissisme primaire, il témoigne d'une insuffisance évolutive partielle de l'appareil mental ayant entravé particulièrement l'organisation temporo-spatiale individuelle. Le Moi-idéal représente la démesure, on le ressent dehors comme un sentiment de toute-puissance du sujet vis-à-vis de lui-même ainsi qu'éventuellement vis-à-vis du monde extérieur. (Marty, P.2004, p.46).

3.3 La première topique et le système préconscient :

P. Marty s'est toujours exprimé dans les termes de la première topique, mettant pratiquement à l'écart la seconde qui s'avère défailante au niveau des instances, Moi et Surmoi. L'accent mis sur l'importance capitale du préconscient, considéré comme plaque tournante de l'économie psychosomatique, il assure la perméabilité entre les instances psychiques.

Il est lié à l'inconscient mais se distingue de lui dans la mesure où ses contenus sont accessibles à la conscience, et constitue le réceptacle des représentations.

Il estime, que le système préconscient doit être apprécié selon trois aspects essentiels : L'épaisseur de ses couches représentatives, la fluidité des représentations au sein de ces différentes couches et enfin la continuité de son fonctionnement dans le temps.

3.4 Les représentations :

Dans les premiers écrits de Freud, il l'a défini comme processus par lequel l'état organique fondamental qui caractérise la pulsion est transformé en expression psychique. Dans ses textes ultérieurs, ce terme désigne les éléments matériels observables auxquels la pulsion se fixe souvent accompagnée d'affect plus ou moins précis dans les tonalités agréables ou désagréables.

En psychanalyse, on distingue théoriquement deux types de représentations, celles de choses et de mots.

3.4.1 Les représentations de choses :

Elles rappellent intérieurement des réalités vécues, sans décalage par rapport aux choses originellement perçues et s'avèrent peu mobilisables mentalement elles donnent lieu à des associations sensorielles et perceptives ainsi qu'à des associations de comportements divers. (Marty, P. 2004, p.39-40).

3.4.2 Les représentations de mots :

Se constituent à partir des perceptions les plus primaires et élémentairement verbales. Elles participent encore à ces moments aux représentations de choses dont elles quittent progressivement le statut pendant le développement. (Ibid., p.40).

4. Les caractéristiques de l'insuffisance du fonctionnement mental :

Évoquer le point d'insuffisance du fonctionnement mental, fait inéluctablement allusion à la carence représentative qui particularise le malade psychosomatique, dont l'appareil psychique est défectueux.

Certains indicateurs permettent cependant d'alerter le clinicien en cas d'éventuelle insuffisance, comme :

4.1 La vie opératoire :

Autre fois évoquée en tant que « pensée opératoire », celle-ci fit son émergence au 23^m congrès des psychanalystes de langues romanes à Barcelone, en 1962. Concept élaboré par P. Marty et M. De M'Uzan pour désigner avec, la pensée consciente sans liaison avec des mouvements fantasmatiques appréciables. Elle double et illustre l'action, la précède ou la suit dans un champ temporel limité.

La pensée opératoire apparaît démunie de valeur libidinale, elle ne permet guère l'extériorisation d'une agressivité. Elle peut être considérée comme modalité du processus

secondaire en raison de son orientation vers la réalité sensible, le souci de causalité, de logique, de continuité. Et elle s'attache à des choses et non à des concepts abstraits, à des produits de l'imagination ou à des expressions symboliques, suggère aussi la précarité de la connexion avec des mots. (Ibid., p.27).

Ce n'est qu'en 1980, que la notion de « vie opératoire » se substitue relativement à celle de « pensée opératoire » pour mieux tenir en compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les quelques représentations qui paraissent exister sont pauvres, répétitives, marquées du sceau de l'actuel et du factuel.

4.2 La dépression essentielle :

C'est en 1966, que ce terme fut promu au 8^{em} séminaire de perfectionnement de l'institut de psychanalyse. Pour faire référence à la dépression psychosomatique, appelée aussi, dépression sans objet, dépourvue de tous sentiments d'auto-accusation, culpabilité consciente, dévalorisation personnelle et de blessure narcissique, et s'oriente électivement vers la sphère somatique. Qui, essentiellement caractérisée par un abaissement de niveau de tonus libidinal sans contrepartie économique positive quelconque.

La dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration.

4.3 La désorganisation progressive :

Définie comme la destruction de l'organisation libidinale d'un individu à un moment donné. Elle correspond en partie au concept freudien de « désintrication » et le qualificatif progressif met en évidence que le mouvement rétrograde n'est jamais bloqué par aucun palier régressif de densité suffisante afin qu'il arrête cette désorganisation, ce qui lui confère une allure progressive. Dans la plupart des cas, une désorganisation aboutit à un processus de somatisation. Les phénomènes cliniques sont l'une des manifestations les plus claires de l'instinct de mort. Les organisations topiques subissent une altération, par conséquence, « Le Surmoi » se trouve remplacé par un « Moi Idéal archaïque » qui précipite le patient dans le cercle vicieux des blessures désorganisantes, ce qui débouche sur la désorganisation de fonctions somatiques de plus en plus archaïques sur le plan évolutif, et de plus en plus fondamentales sur le plan vital. (Ibid., p.31-32).

5. Le processus de somatisation :

C'est un processus inconscient visant à transférer des difficultés affectives, conflits psychiques en plaintes, symptômes somatiques et en maladies fonctionnelles.

En définitive, l'écoulement des excitations instinctuelles et pulsionnelles constituent le problème central des somatisations.

Les traumatismes sont bloqués, tempérés par un appareil mental mûri et qui repose sur une organisation convenable des deux systèmes topiques freudiens. À l'inverse, ils parviennent à la sphère somatique dû à une insuffisance fondamentale du système préconscient des représentations, soit d'une désorganisation psychique, d'inhibition, d'évitement, de répressions des représentations, ou par la présence d'un Moi idéal entravant toute régression.

Il en existe deux types :

5.1 Le processus de somatisation par régression

Ce genre de processus entraîne à des crises somatiques bénignes et réversibles. Ainsi en est-il, par exemple, des crises d'asthme, des crises céphalalgiques ou rachi-algiques, des crises ulcéreuses, colitiques ou des crises hypertensives. Il s'agit de somatisations qui reviennent souvent sous la même forme chez un même individu. Ces somatisations surviennent en général chez des sujets dont le fonctionnement psychique est organisé sur un mode névrotico-normal. Leur mentalisation est habituellement satisfaisante ou peu altérée. (Smadja, C. 2008, p.6).

5.2 Le processus de somatisation par déliaison pulsionnelle

Il s'agit d'un processus psychique qui aboutit généralement à des maladies évolutives et graves pouvant conduire à la mort. Répandu chez des sujets présentant une organisation non névrotique du Moi, soit chez des sujets ayant subi des traumatismes psychiques qui ont réactivé des blessures narcissiques profondes et précoces. Cette dimension de perte narcissique génère un état de déliaison pulsionnelle qui modifie l'ensemble de l'équilibre psychosomatique du sujet. (Ibid., p.7).

Conclusion du chapitre :

La capacité à élaborer mentalement les excitations susceptibles de nuire à l'équilibre homéostatique de la personne, est le sens que véhicule le terme « Mentalisation ». Plusieurs formes peuvent en découler aux dépens du potentiel fantasmatique et représentatif, plus ce travail d'élaboration est d'une qualité médiocre et déplorable plus il y a une hausse de risque que la personne tombe dans la désorganisation progressive, source de nombreuses maladies irréversibles et graves.

Cette désorganisation, peut être anticipée grâce à certains signes avant-coureurs qui sont : la dépression essentielle et la vie opératoire.

Chapitre IV

Problématique et hypothèses

Problématique :

Le rapport, entre les deux notions « soma » et « psyché », a suscité depuis toujours beaucoup de controverses, ce qui a débouché sur une dichotomie, ou une déchirure de la pensée et l'émergence de deux grands partis.

Le premier, prône l'idée que la psyché, celle-ci substituée jadis, par des termes tels que « âme » ou « esprit », et le corps sont deux aspects de l'homme qui sont distincts, indépendants l'un de l'autre, qui ne se confondent point, mais qui peuvent certes, fonctionner en interaction, l'appellation attribuée à cette doctrine est « Le dualisme », et parmi les penseurs qui en sont partisans, on cite : Platon, Aristote et René Descartes.

Et le second, n'est d'autre que « Le monisme », à contrario de la doctrine dualiste, la conception moniste affirme l'unité indivisible de l'être et soutient l'unicité de la substance qui compose l'univers, et considère que l'esprit et le corps comme unique entité indissociable. C'est à partir de ce modèle, que Pierre Marty s'est basé en partie, pour concevoir sa théorie, qui est la psychosomatique.

La psychosomatique est, essentiellement le fruit d'entrecroisement, de deux disciplines, qui sont la médecine et la psychanalyse. Elle se charge de mission, d'élargir le champ d'intérêt de cette dernière, et de tenter d'apporter des explications aux questions auxquelles Sigmund Freud et sa métapsychologie étaient impuissants d'y répondre.

En effet, S. Freud a distingué au cours de son travail et en l'an 1895 plus précisément une catégorie de personnes dissemblable de celle des psychonévroses, il l'appela « névroses actuelles ». (Freud, S. 1895).

L'opposition des névroses actuelles aux psychonévroses est fondamentalement étiologique, la cause pour les deux types est sexuelle, mais pour les névroses actuelles la source doit être cherchée dans des désordres de la vie sexuelle actuelle et non dans des événements majeurs de la vie infantile

Aussi, les symptômes n'y sont pas une expression symbolique mais résultent directement de l'absence ou de l'inadéquation de la satisfaction sexuelle.

Le mécanisme de formation de ces symptômes est purement somatique à défaut d'élaboration mentale. Celle-ci, induit en somme, l'activité représentative et fantasmatique qui opère au niveau du système préconscient de l'individu, qui consiste à lier la pulsion émergente à son objet signifiant, ce processus est abrégé en un concept qui est « La mentalisation ».

Pour P. Marty la qualité de la mentalisation, est évaluable selon trois axes : L'épaisseur du nombre de couches de représentations accumulées et stratifiées au cours de l'histoire individuelle, la fluidité des représentations et leurs circulations à travers les différentes époques historiques et enfin, la permanence ou la disponibilité à tout moment de l'ensemble des représentations aussi bien sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. (Marty, P. 2004).

Quand, les représentations, sont de qualité, disponibles en masse, et parviennent à circuler aisément, il est légitime de considérer que la personne jouit d'une bonne mentalisation. Ce qui est avantageux, car elle permet, d'élaborer à bien les excitations endogènes soient-elles ou exogènes, qui risquent non seulement, de porter potentiellement une perturbation à l'équilibre interne de la personne, mais aussi de nuire à son corps.

A l'inverse, si la mentalisation est mauvaise, la personne serait inapte de faire face aux excitations, ce qui n'est pas sans conséquences, car cela va se répercuter directement sur le comportement, et si celui-ci ne parviendrait pas à les atténuer, le soma ne risque pas d'en sortir indemne, car l'excitation non mentalisée par le psychisme sera traduite sous forme de symptômes somatiques, une fois à ce stade, on dit que la personne somatise.

Si la somatisation se fait par régression, cela va conduire à des crises bénignes, réversibles épisodiques, car effectivement, après un moment l'individu retrouvera sa vigueur grâce au système fixation-régression, qui stoppe le mouvement contre-évolutif. Ce qui lui permet de se ressourcer en régressant sans pour autant sombrer dans une désorganisation progressive.

Par contre, si elle se fait par déliaison pulsionnelle, ceci va aboutir à des pathologies graves, auto-immunes et dans les cas les plus extrêmes, à la mort. Ce genre de processus se développe en général soit chez des sujets présentant une organisation non névrotique du Moi, soit chez des sujets ayant subi des traumatismes psychiques qui ont réactivé des blessures

narcissiques profondes et précoces. Parmi, l'une des pathologies qui peut en découler on cite, le diabète.

Le diabète, est une maladie incurable chronique, surgit par une hausse du taux de sucre dans le sang, appelé en jargon médical, glycémie. En raison d'une carence totale ou partielle de la sécrétion d'insuline. (Altman, J.J & al. 2012, p.26).

L'insuline est une hormone hypoglycémiant sécrétée par les cellules du pancréas, dont la fonction est la régulation du taux de sucre dans le sang et de favoriser l'utilisation du sucre par les cellules de l'organisme.

Le diabète est une pandémie à forte prévalence dans les pays industrialisés surtout, il est en constante progression en particulier le diabète type2 qui, représente 95% des patients diabétiques.

Le diabète de type 2 représente plus de 80% de l'ensemble des diabètes. Sa prévalence est croissante – en Europe, elle est de l'ordre de 3% à 5% et aux Etats-Unis, supérieur à 5% près d'un tiers de ces diabétiques sont méconnus. La fréquence du diabète est particulièrement élevée (30% à 50%) dans certaines populations à très haut risque comme les indices Pima en Arizona.

L'évolution du diabète de type 2 est aujourd'hui considérée comme pandémique. Il est, en effet, estimé que le nombre d'individu dans le monde souffrant de cette pathologie est respectivement en l'an 2010 et en 2025 de l'ordre de 220 et de 300 millions, versus 189 millions en 2003. Tous les continents sont consternés mais les plus grandes augmentations de fréquence sont observées dans les pays du tiers-monde. Le diabète de type 2 atteint classiquement des sujets âgés de plus de 40 ans. Cette observation « traditionnelle » doit maintenant être nuancée sachant la fréquence de plus en plus élevée de cette forme de diabète chez les enfants et adolescents très obèses. (Buysschaert, M. 2006, p.15)

En Algérie, le diabète occupe la 4^{me} position au classement des maladies non transmissibles (MNT), et y est à la 2^{me} au classement des maladies chroniques juste après l'hypertension artérielle.

Selon la 3^{me} étude nationale des indications multiples, le nombre de personnes atteintes de diabète est en croissance, passant de 0,3% chez les sujets âgés de moins de 35ans à 4,1% chez les 35-59 ans et 12,5% chez les plus de 60ans, selon l'étude menée par le

ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière en collaboration avec l'office national des statistiques et des représentations des nations unies à Alger.

multiples facteurs peuvent conduire a contracté un diabète. Le premier facteur à tenir en compte est le patrimoine génétique du sujet, effectivement une personne peut être prédisposée à être diabétique si, l'un ou les deux de ses géniteurs le sont.

Les facteurs environnementaux peuvent en être aussi la cause, comme une alimentation déséquilibrée et trop riche ou un manque d'activité physique, la sédentarité, le tabagisme et l'alcool.

Et enfin, le facteur psychologique, tels que le stress, un trauma, une surcharge émotionnelle. Quand ce premier met en branle le processus de somatisation on considère le diabète comme étant une maladie psychosomatique, quelque soit le type de diabète en question.

Et bien sur, dans notre recherche on a polarisé notre attention sur le diabète de type 2, dont l'étiologie est plus du ressort du psychologique que de la génétique.

Le diabète selon l'approche psychosomatique est considéré donc comme une pathologie à symptômes physiques dont le principal facteur déclenchant est psychologique. Les excitations subies au quotidien par l'individu exigent de lui un certain potentiel mental à fin de les neutraliser et d'y faire face, pour faire preuve d'adaptation. Dans le cas d'une mauvaise mentalisation, les excitations seront inévitablement réprimées due a la carence fantasmatique, et auront une action physiologique qui, si elle est durable et suffisamment intense, amènerait a des perturbations de la fonction, voire une lésion du pancréas qui conduirait a ce premier.

Compte tenu de ce qui a été évoqué préliminairement, nous sommes parvenus à soulever la question suivante, en guise de problème général de notre recherche, qui est :

- Les sujets atteints d'un diabète de type 2 sont-ils tous mal mentalisés ?

Cette question nous a titillé l'esprit, ce qui nous a amené à poser une sous question, qui est :

- La mauvaise mentalisation est-elle plus prépondérante par rapport aux autres types de mentalisation?

Des hypothèses ont été formulées dans le but d'apporter des réponses aux questions posées :

Hypothèse générale :

- Les sujets atteints d'un diabète de type 2, ne sont pas tous mal mentalisés. Le type de mentalisation varie d'un cas à un autre, en dépit de leur même maladie.

Hypothèse partielle :

- Le type de fonctionnement mental des personnes atteintes d'un diabète de type 2 varie d'un malade à un autre, mais la mauvaise mentalisation est plus prépondérante par rapport aux autres types, comme la bonne mentalisation et l'incertaine.

Opérationnalisation des concepts :

Le diabète

- Taux de sucre élevé dans le sang (Hyperglycémie).
- Fatigue et perte du tonus vital.
- Frustration alimentaire.
- Chronicité.

La bonne mentalisation

- Aptitude à élaborer les excitations.
- Richesse fantasmatique.
- Rêves de qualité satisfaisante.
- Primauté des instincts de vie.
- Diversité des mécanismes de défense utilisés.
- Aisance dans le basculement entre les couches du préconscient.

La mauvaise mentalisation

- Orientation vers la réalité sensible.
- Détachement des concepts abstraits.
- Prépondérance de la vie opératoire.
- Présence de la dépression essentielle.
- Carence fantasmatique.
- Précarité de la connexion avec des mots.
- Qualité médiocre des rêves.
- Désorganisation somatique.
- Répression des excitations.

La mentalisation incertaine

- Vacillement entre la bonne et mauvaise mentalisation.
- Instabilité dans la qualité et quantité des représentations.
- Irrégularité de fonctionnement mental patente.

Partie pratique

Chapitre V

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Parler précédemment de théorie est essentiel dans la mesure où cela nous a permis d'attribuer un aspect lucide aux composants du cadre théorique et expliciter les bases qui sous-tendent notre recherche. Mais cela reste insuffisant, et afin de combler cette lacune il est jugé comme étant fondamental de se lancer dans la pratique, qui elle-même doit être basée sur la méthodologie. Cette dernière permet de conduire à bien et avec rigueur le travail sur le terrain et de lui conférer une large part de crédibilité et de scientificité.

Dans ce chapitre, dit méthodologique on y abordera méthode et techniques utilisées au cours de la pré-enquête et enquête en vue de mettre à l'épreuve nos deux variables d'étude : Les diabétiques de type 2 et types de mentalisation.

1. Les objectifs de la recherche :

1.1 Objectif général :

- Prouver la diversité dans les types de fonctionnement mental au sein d'un groupe de patients ayant un diabète de type 2.

1.2 Objectifs opérationnels :

- Trouver un lieu où effectuer la recherche.
- Obtenir le consentement des patients pour qu'ils participent à la recherche.
- Faire des entretiens et renforcer ceux-ci avec l'utilisation du test Rorschach.

2. Le déroulement de la recherche :

La pré-enquête est une étape transitoire, une sorte de point de jonction entre la théorie et la pratique. Elle permet de vérifier la disponibilité de la population d'étude, d'apporter des réajustements au guide d'entretien et de construire la problématique de recherche ainsi que les hypothèses qui vont avec.

Trouver un endroit où effectuer notre pré-enquête n'était pas une tâche facile à cause du décret ministériel bloquant l'accès aux stages de fin d'étude. Mais, la maison des diabétiques « Beau séjour » nous a ouvert ses portes et a donné son approbation pour y mettre

en exécution notre recherche pour une période de temps, allant du 02 Mars 2018 jusqu'au 10 Mai 2018.

On a donc commencé, par consacrer deux semaines du temps accordé pour nous accoutumer à ce lieu qui ne nous est pas familier, et à prendre contact avec la population ciblée par notre recherche, pour la mise en application du guide d'entretien et du test Rorschach.

Pour ce qui est de l'enquête, Nous l'avons entamé juste après avoir peaufiné notre guide et avoir eu plus ou moins une maîtrise de la passation du test. Après cela, On s'est lancé dans les entretiens avec des patients bien évidemment différents de ceux qu'on a rencontrés précédemment lors de la pré-enquête.

Ces entretiens ont opéré dans un cabinet remplissant les conditions du cadre (salle ni trop vaste, ni trop étroite, bien éclairée, avec un bureau, des chaises en position face à face) et on enchainait avec la passation du test Rorschach vers la fin de chaque entrevue, beaucoup plus par contrainte car ces patients venaient pour des consultations trimestrielles uniquement et aucune chance de les revoir s'offrit à nous.

3. La méthode clinique :

La psychologie clinique place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas dé-subjectiver la situation. La méthode clinique vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression.

La méthode clinique, elle s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité ; ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel (histoire de l'individu et situation actuelle), et elle prend en compte l'engagement de l'observateur. (Ghiglione, R & Richard, J. 2007, p.185).

Elle comporte deux niveaux complémentaires, le premier correspond à des techniques (tests, échelles, entretiens...) des recueils in vivo des informations, alors que le second se définit par l'étude appropriée et exhaustive du cas.

- **L'étude de cas :**

L'étude de cas est une méthode descriptive la plus communément utilisée en pratique clinique, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus.

Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées. (Chahraoui, K. 2003, p.125-156).

Elle est particulièrement utile pour tester des modèles théoriques en les utilisant dans des situations réelles, le chercheur n'agit pas sur les variables en cause il cherche seulement à observer les interactions possibles entre ces variables.

4. Le groupe de recherche :

Notre groupe de recherche est constitué de quatre cas, dont trois femmes et un seul homme, tous mariés, d'âge, situation professionnelle, niveau d'instruction distincts. Ce qu'ils partagent en commun c'est leur maladie qui est le diabète de type 2, survenue lors de circonstances différentes pour chacun d'entre eux.

4.1 Critères d'inclusion :

- Les sujets souffrant d'un diabète de type 2.
- Ils font partie de la même tranche d'âge (40-50ans) ; on a préféré choisir des sujets plus ou moins jeunes car le guide d'entretien comporte certaines questions qui portent sur la qualité de sommeil, la notion de plaisir et de déplaisir, les projets d'avenir et autres, qu'on trouve illégitime de poser à des personnes très âgées car il est tout a fait naturel que la qualité de vie de ces sujets soit altérée, et qu'il y ait présence voire, omniprésence de déplaisir suite à l'installation de l'angoisse de mort, sachant que tout ceci peut relever de la vieillesse et non pas du fonctionnement mental, ce qui peut sans doute fausser les résultats de la recherche en cas de confusion.

4.2 Critères d'exclusion :

- Les sujets présentant un diabète de type 1.
- Les sujettes présentant un diabète gestationnel.
- Le sexe.
- La situation matrimoniale.
- La situation professionnelle.
- Le statut socioculturel.

Tableau n°2 : Récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche

Cas	Age	Niveau d’instruction	Situation professionnelle	Situation matrimoniale	Année de dépistage	Facteurs déclenchant
Kaci	40ans	Universitaire	Cadre dans une entreprise publique	Marié	2017	Pression professionnelle
Zahia	40 ans	Secondaire	Sans profession	Mariée	2013	Altercations avec la belle mère
Nadia	47ans	Elémentaire	Technicienne de surface	Mariée	2005	Pression familiale/ financière
Malika	50ans	Analphabète	Sans profession	Mariée	2010	Accident domestique de sa nièce

Le tableau ci-dessus illustre clairement les détails pertinents à tenir en compte concernant ces cas, auxquels on a attribué des pseudonymes pour préserver la confidentialité et l’anonymat qu’exige impérativement la déontologie de la recherche

5. La présentation du lieu de recherche :

Nous avons opté pour la maison des diabétiques, alias « Beau séjour » dans le but de déployer notre activité de recherche. Cette clinique est perchée au niveau de l'ancienne ville de Bejaia ce qui fait qu'elle soit distante des arrêts de bus de cette zone. Par conséquent, difficilement atteignable par les patients qui ne disposent pas d'un véhicule.

La structure de cet établissement est composée d'un rez-de-chaussée et d'un étage. Le premier comporte trois cabinets et une salle dédiée aux thérapies de groupe. Et chacune de ces salles sont occupées par un cardiologue, deux généralistes et un éducateur thérapeutique, y exerçant ainsi leur profession.

À l'étage, se trouve quatre autres cabinets où on y trouve un néphrologue, un diabétologue, un psychologue et une infirmière. Ajouté à cela, un laboratoire d'étude géré par quatre biologistes, un secrétariat plus une surveillance médicale. Et la sécurité de l'ensemble est assurée par un seul agent.

À noter que ces salles sont juxtaposées, bien éclairées et d'une superficie moyenne. Cette clinique est particularisée par la diversité des services qu'elle prodigue grâce aux différents spécialistes qu'elle regroupe, ce qui l'a amené à compter à son actif près de 8000 patients.

6. Les techniques de recherche :

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observations et/ou de mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant suffisamment de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques. L'instrument de recherche est donc, finalement, un ensemble technique spécial que le chercheur devra, le plus souvent, élaborer pour répondre aux besoins spécifiques de sa recherche en termes d'informations dont le traitement conduira aux objectifs qu'il s'est fixé. (Aktouf, O. 1987, p.81).

On s'est appuyé sur l'entretien et le test projectif Rorschach pour glaner assez d'informations possibles.

6.1 L'entretien :

En terme général, l'entretien désigne, un échange de paroles avec une ou plusieurs personnes pour un but autre que le simple plaisir de conversation. La communication y est essentiellement verbale mais se trouve complétée par des communications non verbales comme : les mimiques, les gestuelles, la posture.

En psychologie, l'entretien est utilisé pour des finalités multiples : En cas d'anamnèse à fin de restituer l'histoire du sujet, juger des aptitudes à un apprentissage, contribué au diagnostic et au traitement pour des sujets souffrant de troubles psychiques, et enfin dans la recherche.

L'entretien dans la recherche n'a ni visée diagnostic, ni visée thérapeutique. Mais il n'est pas pour autant dénué de but. Il correspond en fait à un plan de travail du chercheur. (Chiland, C. 1983, p.139).

On en dénombre trois types : Le directif, le non- directif, et le semi-directif.

La sélection du type d'entretien, est déterminée par deux paramètres :

- Le moment de la recherche.
- L'information recherchée.

Pour ce qui est de notre recherche, on a opté pour le semi-directif.

6.1.1 L'entretien semi-directif :

C'est un compromis entre les deux styles « Directif » et « Non directif ». Il est ni entièrement ouvert ni fermé. En général, le chercheur dispose d'un certain nombre de thèmes ou de questions guides, relativement ouvertes, sur lesquels il souhaite que l'interviewé réponde. Il y a davantage de liberté pour le chercheur mais aussi pour l'enquêté. Autant que possible, le chercheur laisse venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur essaie simplement de recentrer l'entretien sur les thèmes qui l'intéresse quand l'entretien s'en écarte, et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même.

6.1.2 Le guide d'entretien :

Est un outil qui sert de support, lors de l'entretien. C'est un document qui liste les thèmes et questions qui seront discutés lors du face à face et il représente une sorte de repaire qui nous évitera de nous y égarer.

Il permet de rester focalisé sur les points pertinents et ne pas se perdre dans des détails futiles et poser des questions, rien que pour en poser. Mais il permet aussi, d'explorer les différentes facettes de l'interviewé, présentant un diabète dans notre cas.

Pour ce qui est du guide que nous avons confectionné il comporte en général des questions qui dérivent des trois concepts majeurs de la théorie psychosomatique : La vie opératoire, la dépression essentielle ainsi que la désorganisation progressive.

Puis, nous les avons classé en deux grands axes l'un qui traite de l'état de santé du patient (Santé actuelle et antérieure, annonce et vécu de la maladie, son acceptation, l'observance thérapeutique) et l'autre comporte des questions qui portent sur le relationnel, l'onirisme, qualité de sommeil, projets d'avenir que nous avons regroupé en un second axe consacré à la notion de plaisir et déplaisir chez le patient.

6.2 Test de Rorschach :

6.2.1 Définition du test de Rorschach :

Le test de Rorschach est un test de personnalité créé en 1921 par le psychiatre suisse Hermann Rorschach (1884-1922).

C'est une technique projective basée sur la psychanalyse et la Gestalt, il fait appel à la perception et à l'inconscient du sujet. Les interprétations que celui-ci fait de ces taches permettent au praticien d'appréhender le fonctionnement psychique et la structure de la personnalité.

L'intérêt du test relève de l'interprétation approfondie des facteurs en termes de conduites psychique : il s'agit, en effet, de saisir les modalités de fonctionnement dont dispose le sujet, aussi bien dans les registres conflictuels qui le structurent que dans l'organisation défensive qui le caractérise. (Roland, D & Parot, F. 2017, p.640).

Durant cette recherche nous suivrons la lignée de l'école française¹, donc naturellement, on aura recours au livret élaboré par Cécile Beizmann lors du travail de cotation.

6.2.2 Le matériel :

Le test se compose de dix images figurant chacune sur un support cartonné (24×10 cm) communément appelé « planche » les images sont en fait des taches d'encre symétriques, aux teintes diverses :

Grise et noires pour la 1^{ère}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} planche.

Planches noires et rouges pour la 2^{ème} et 3^{ème} planche.

Et les colorées pour les trois dernières planches ; le fond est toujours blanc. Chaque planche est numérotée de I à X correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration.

6.2.3 La passation :

L'utilisation du test de Rorschach en condition professionnelle nécessite, pour le praticien, un temps de préparation, la passation proprement dite (en deux temps : la collecte des données et l'enquête, pour une durée moyenne de 40 à 50 minutes pour un adulte), la cotation du protocole récolté, la correction de l'épreuve, l'interprétation des résultats et en fin la rédaction éventuel d'un compte rendu (Richelle, J. 2017, p.28).

6.2.4 Le dispositif :

La pièce d'examen doit être choisie en conséquence, et bénéficier si possible des meilleures conditions : de calme, d'éclairage, dans un cadre neutre et adéquat, Le matériel doit évidemment être à portée de mains de l'examineur qui doit s'être assuré, au préalable, du rangement ordonné des planches ; de même les planches soient disposées à l'horizontal, côté tache non visible sur un plan de travail stable lorsqu'elles sont soumises au sujet testé et

¹ La société du RORSCHACH et des METHODES PROJECTIVES DE LA LANGUE FRANCAISE créée en 1950 avec C. BEIZMAN, R. ZAZZO, R. PERRON et N. CANIVET aussi Les équipes de l'Université de Paris et celles du Laboratoire de psychiatrie de l'hôpital de la Salpêtrière avec D. LAGACHE, N. RAUSCH DE TRAUBENBERG, C. CHABERT, D. ANZIEU, M.F BOIZON, M. EMMANUELLI, C. AZOULAY ainsi l'école de LYON avec P. ROMAN et de l'école de Nancy avec C. de TYCHEY.

d'autre part que l'examineur puissent prendre des notes de façon confortable dont la position à 90° d'angle est recommandé. A cet égard l'usage d'un bureau ou d'une table est habituellement conseillé, et l'examineur doit veiller à avoir à sa disposition du papier en suffisance. (Ibid., p.25).

6.2.5 La consigne :

La consigne donnée au sujet ne présente pas de caractère immuable. Une fois la passation entamée, la consigne donnée est la suivante : « *Je vais vous montrer dix planches et vous me direz ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches* »

Au moment de la consigne, il peut être utile de préciser qu'il n'y a pas de limitation de la durée, que chacun est libre de voir ce qu'il veut et qu'il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses et que le sujet a la possibilité de donner autant de réponses qu'il le souhaite.

À l'inverse, face à des sujets peu réactifs, il est laissé à l'appréciation du praticien la possibilité d'encourager la production d'une réponse. Préconisait à ce propos d'insister autant que possible, mais bien entendu en évitant toute suggestion, pour que le sujet donne au moins une réponse à chaque planche (Ibid., p.27).

6.2.6 L'enquête :

La seconde phase de la passation, après le test proprement dit, est appelée «enquête». Cette étape correspond, pour l'examineur, à un retour (avec le sujet) sur chacune des réponses données aux différentes planches de manière à faire préciser « où et comment » le sujet les a vues.

La consigne est la suivante : « *nous allons maintenant reprendre les planches ensemble, vous essaierez de me dire ce qui vous a fait penser et où vous avez vu ce que vous avez évoqué. Bien entendu, s'il vous vient d'autres idées, vous pourrez m'en faire part* »

Par ailleurs, il faut savoir que l'enquête peut, dans certains cas, être prolongée par une « enquête aux limites », démarche qui consiste à interroger plus spécifiquement le sujet sur une partie importante d'une planche qu'il n'a pas interprétée.

Pour clôturer la passation on peut également demander au sujet de choisir parmi les dix planches « les deux qu'il préfère » et « les deux qu'il aime le moins » et de justifier ce choix. Cette phase du « choix préférentiel » permet de récolter des informations complémentaires sur les dispositions affectives du sujet face au matériel du test. (Ibid., p.27).

6.2.7 L'analyse formelle du protocole de Rorschach :

La correction du protocole s'établit en 2 temps :

- **La cotation des réponses :**

Consiste à traduire chaque réponse obtenue dans un système de codification propre au test. Des listes établies sur des critères statistiques existent et permettent de trouver la cotation requise, cela est disponible sur le « livret de cotation des formes dans le Rorschach » (Beizmann, C. 1966, p.50).

- **L'établissement du Psychogramme :**

C'est la synthèse qualitative de toutes les cotations du protocole. On y trouve également certaines formules soulignant la présence respective de certains indices l'un par rapport à l'autre et qui vont enrichir le travail d'analyse et l'interprétation.

6.2.8 La cotation :

Chaque réponse sera cotée selon 4 critères fondamentaux de classification :

- Le « Mode d'appréhension » ou « Localisation » de la tache.
- Le « Déterminant » qui est à l'origine de la réponse.
- Le « contenu » de la réponse.
- Les « Phénomènes particuliers ».

- **Les modes d'appréhension :**

Consiste à délimiter la partie de la tâche appréhendée. Est-ce de manière globale en considérant que la réponse reprend l'entièreté de la tâche, ou est-ce de manière partielle et donc localisable à tel endroit.

Les cinq types de localisation de base :

- **G** Global.
- **D** Détail fréquent.
- **Dbl** Détail blanc pur.
- **Dd** Détail rare.
- **Do** Détail olégraphique.

- **Les déterminants :**

L'établissement des déterminants représente la seconde étape du processus de cotation et vise à savoir ce qui est à l'origine de la perception, ce qui la détermine. Ils vont nous indiquer si c'est la forme de la découpe ou si d'autres facteurs sont intervenus en plus ou à la place de la forme.

Nous considérerons successivement les déterminants suivants :

- Les réponses « **F**orme ».
- Les réponses « **M**ouvement » ou **K**inesthésie.
- Les réponses « **C**ouleur ».
- Les réponses « **E**stompage »
- Les réponses « **C**lair-**o**bscur ».

- **Les contenus :**

Dans la 3^{ème} colonne, chaque réponse sera cotée en fonction du contenu de référence. Certaines catégories de contenus (humain, animal, sexuel, anatomie, botanique, géographie, architecture...) seront reprises dans des formules du psychogramme et pourront donner lieu à des interprétations différentes lors de l'analyse et de l'interprétation des indices.

- **Les phénomènes particuliers :**

Certaines réponses, outre leur cotation dans les trois colonnes précédentes, se verront attribuer une qualification particulière dans la 4^{me} colonne de cotation. Cet apport sera intéressant au moment de l'interprétation des indices

Citant comme exemple les **Banalités**, **Chocs** et les **Refus**...etc.

6.2.9 Elaboration du psychogramme formel :

Une fois la cotation effectuée, il convient de rendre compte de l'ensemble des réponses en regroupant les cotations sur une « feuille de dépouillement » : cette phase correspond à la réalisation de ce que l'école française appelle le « psychogramme formel »

La réalisation du psychogramme est une étape cruciale dans l'interprétation des données Rorschach : il s'agit d'un processus de symbolisation indispensable à la méthode d'analyse du test.

Le psychogramme constitue donc la recension synoptique (quantitative) des cotations présente dans le protocole.

6.2.10 La mentalisation à travers le test de Rorschach :

Si on s'appuie sur la définition proposée par MARTY (1980) sur la qualité de mentalisation reposant sur la fluidité du préconscient il nous semble qu'une procédure de passation du test du Rorschach modifiée telle que nous l'avons préconisée antérieurement en la qualifiant de « psychanalytique » peut nous fournir une première indication précise de la qualité des couches de représentations préconscientes en circulation disponibles pour le sujet. Cette procédure consiste à faire associer le sujet sur ces productions en lui redonnant à chaque fois la planche du test et le contenu de ses réponses. En fonction de la richesse ou de la pauvreté de son préconscient ainsi que de la souplesse ou de la rigidité des défenses utilisés, l'individu va alors soit privilégier le recours au factuel à travers l'accrochage à la réalité externe ou prolonger vers le monde interne à travers une régression temporelle qui laissera émerger affects dépressifs, angoisses de conflictualités liés aux oppositions entre les instances internes et à leur jeu avec la réalité externe. (Robourg, C & al. 1991, p.56).

- **Indices formels généraux d'une mauvaise mentalisation :**

- Une réduction de la productivité totale au test (R en baisse -20 R).
- L'accrochage à la réalité (F% élevé).
- Les chutes du pôle kinesthésique en particulier des grandes kinesthésies humaines.
- Une augmentation des réponses anatomiques.
- Le nombre de banalités en augmentation.
- L'agitation des planches. Ⓢ
- La répétition des mêmes réponses malgré le changement de la planche.
- Le refus de certaines planches.
- La référence à la symétrie.
- L'absence des réponses sensorielles.

- **Indices formels généraux d'une bonne mentalisation :**

- Nombre important de réponses.
- Une variété importante des contenus.
- La présence des banalités.
- L'usage labile du F %, F+%.
- La présence des réponses kinesthésiques associées à une forme positive.
- L'usage varié des mécanismes de défense.
- La capacité de traiter certains contenus latents de certaines planches.
- L'intégration sensorielle (FC, CF, FE, EF, clob F, F clob) exemple dans les planches chromatiques (VIII, IX, X).

- **Indices formels généraux d'une mentalisation incertaine :**

Si le protocole varie entre les deux indices ci-dessous donc il appartient à la mentalisation incertaine.

7. Difficultés rencontrées lors de la recherche :

- La difficulté à trouver un lieu de recherche, en raison de la note ministérielle interdisant la pratique des stages.
- Le manque de temps causé par la première embuche déjà citée et les grèves récurrentes.
- Le manque de documentation qui traite de la psychosomatique, vu que c'est une branche récemment introduite à la faculté de psychologie de Bejaia.

Conclusion du chapitre :

La méthode clinique est préconisée et semble être la mieux appropriée pour traiter notre thématique, elle est considérée comme une méthode type dans le domaine de la recherche en psychologie, car elle facilite la collecte d'informations et la connaissance approfondie des sujets dans un contexte bien déterminé et spécifique. Et ceci grâce aux deux niveaux qui la constituent ; L'étude de cas et les techniques de recherche qui sont l'entretien semi-directif et le test Rorschach.

Chapitre VI

Présentation et analyse des résultats

Préambule :

Ce chapitre comporte une présentation abrégée de chaque entretien effectué avec les cas constituant le groupe de recherche. Comme il compte aussi deux genres d'analyse, une analyse qualitative du contenu des entrevues et une autre quantitative concernant le psychogramme Rorschach. Les résultats obtenus ultérieurement serviront d'appui pour confirmer ou infirmer les hypothèses émises antérieurement.

Présentation et analyse des cas :**1. Cas de Kaci :**

Kaci est âgé de 40ans, physiquement il est petit de taille, rondlet. Il est licencié, occupe un bon poste de travail au sein d'une entreprise publique, il est marié et a trois enfants. Il semble être comblé et très satisfait de la vie qu'il mène. Il est plutôt calme, stoïque et taciturne, très bref dans ses réponses et ne s'attarde jamais sur les détails quand il s'exprime.

1.1 La santé antérieure et actuelle du patient :

Kaci a déclaré pendant l'entretien que c'était le seul dans sa famille à avoir développé cette pathologie et hormis celle-ci il n'a jamais eu de problèmes de santé ni durant son enfance, ni à l'adolescence ou à l'âge adulte. Ce n'est qu'à ses 39ans que le médecin a diagnostiqué son diabète.

L'annonce de la maladie ne l'a pas déstabilisé ou choqué, il l'a accepté facilement et il l'a même souligné : « *c'était prévisible, à cause de toute la pression que je subis au travail* »

La nouvelle annoncée par son médecin traitant ne l'a pas sidéré car pour lui le diabète est une maladie parmi tant d'autres, qui n'est pas si lourde si on suit à la lettre les conseils médicaux.

Il ajoute que, c'est grâce à sa maladie qu'il a pu enfin mettre un terme à son addiction au tabac qu'il a développé depuis qu'il était qu'un simple étudiant« *Le médecin m'a dit que fumer peut induire des conséquences néfastes, donc j'ai arrêté sans aucune difficulté* »

En plus de cela, il suit un régime alimentaire strict pour renforcer l'efficacité de ses médicaments, de ce fait on remarque qu'il fait preuve d'observance.

1.2 Le fonctionnement mental du patient :

- La gestion des excitations :

Selon ses dires lors de l'entretien, Kaci est du genre qui sait faire preuve de self-control et qui peut gérer colère, frustration, stress...Etc., Sans qu'il y ait recours aux comportements (crier, pleurer, frapper, casser, activité sportive) D'ailleurs, il pense que fumer n'était pas une échappatoire, un moyen pour évacuer ses tensions mais c'était un acte qu'il faisait purement pour le plaisir, il se qualifiait comme étant : « *quelqu'un large d'esprit* ». Par conséquent, ses relations n'ont pas été altérées et sont restées intactes, surtout avec sa femme « *Ma relation avec ma femme est excellente et sur tous les plans* »

- La vie onirique du patient :

Kaci estime qu'il fait un sommeil réparateur, il dort paisiblement et sans la moindre peine il l'a exprimé dans les termes suivants : « *Dés que je pose ma tête sur l'oreiller, je dors immédiatement* ».

Pour ce qui est des rêves, il a signalé l'absence de ces derniers, mais il y a de rares nuits où il rêve des tâches qu'il avait à accomplir le lendemain, ou bien des choses qui le préoccupaient.

- Les perspectives futures du patient :

Kaci nous a clairement déclaré qu'il n'a aucun projet d'avenir, et il ne risque pas d'en avoir car il a pu acquérir tout ce qui peut être désiré. « *J'ai un travail qui paye bien, je suis bien logé, bien habillé, j'ai une maison, ma propre voiture, une femme et des enfants, tout est acquis* ».

Conclusion de l'entretien :

Ce qui est remarquable lors de notre entretien est que les propos de Kaci paraissent dépourvus d'émotions, et il n'a en aucun cas évoqué son passé, c'est comme si il éprouvait une certaine difficulté à osciller entre les couches des différentes époques de sa vie ce qui peut être un indicateur sur l'état défaillant du système préconscient.

Un léger caractère obsessionnel est décelable concernant l'observance de Kaci, sa tendance à s'attacher aux faits externes pour combler un éventuel vide interne. Sa vie onirique est caractérisée par soit, une absence de rêves pour une période soit par des rêves opératoires qui sont très communs chez les malades psychosomatiques.

Et enfin, l'absence des projets d'avenir signale un genre de pensées marqué du sceau de l'actuel et du factuel.

Tableau n°3 : Cotation du protocole Rorschach du cas Kaci

Pl	Tps	Pos	Réponses	Enquête	Cotation	
I	4''	Λ	- Qu'est ce que je vois ?... une chauve souris.	- C'est la forme. (toute la planche)	G F+ A	Ban
	58''		- Un pénis.	- La forme. (partie médiane inférieure)	D F- Sex	
II	19''	Λ	- Deux personnes qui se tiennent par la main.	- C'est la forme qui me fait penser à ça. (toute la planche)	G K H	Ban
	34''					
III	23''	Λ	- C'est un utérus...c'est beau.	- C'est la forme. (toute la partie noire inférieure médiane)	D F- Sex	Commentaire
	59''					
IV	18''	Λ	- franchement je ne vois rien (Ψ : vous ne voyez rien d'autre ?)non rien.			Refus
	45''					
V	6''	Λ	- Bon, d'abord là je vois une tête d'escargot.	- C'est la forme car on voit ses antennes (partie médiane supérieure)	D F+ Ad	Ban
	56''		- Et là, c'est une chauve souris.	- C'est la forme aussi. (toute la planche)	G F+ A	
VI	6''	Λ	- C'est une tête de chat... c'est tout.	- C'est la forme, oui qui me fait penser à ça. (partie supérieure)	D F+ Ad	

	50''					
VII	10'' 35''		- Je vois deux têtes de femmes.	- C'est la forme aussi. (1er tiers)	D F+ Hd	
VIII	10'' 45''	Λ	- Des animaux en train de grimper ...ça doit être des chats ...c'est tout.	- On voit bien leur forme. (partie rose latérale)	D kan+ A	
IX	10'' 50''	Λ	- C'est (grimace) ...Je ne sais pas (Ψ : cela ne vous dit rien ?) Non ça ne me dit rien.			Refus
X	18'' 57''	Λ	- On voit les organes du corps humain, là par exemple on voit la trachée. - Là c'est les poumons d'une personne saine. - Un crabe.	- C'est la forme qui me fait penser à ça. (Gris médian en haut) - C'est la forme et la couleur rose. (Rose latéral avec gris en haut) - La forme. (bleu latéral)	D F+ Anat D FC- Anat D F+ A	Ban

Choix + : **III** et **X**

III : Elle me fait penser à la noblesse de la féminité.

X : Comme j'ai arrêté de fumer, je pense que mes poumons seront sains comme sur la planche, dans quelques années.

Choix - : **IV** et **IX**

Je n'aime pas ces deux planches, car elles me font penser à rien du tout.

Tableau n°4 : Psychogramme Rorschach du cas Kaci

Temps	Modes d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
<p>R = 13</p> <p>T.t = 489'' = 8'15''</p> <p>T. lat. moy = 10''</p> <p>T. /rep = 38''</p>	<p>G : 4</p> <p>G% = 31% ↑</p> <p>D : 9</p> <p>D% = 69%</p> <p>Choix+ : III, X</p> <p>Choix - : IV, IX</p>	<p>F+ : 7</p> <p>F- : 3</p> <p>∑F = 10 = 77% ↑</p> <p>F+% = 70%</p> <p>K : 1</p> <p>Kan : 1</p> <p>T.R.I = 1 K/0.5 C</p> <p>FC : 1</p> <p>F.C = 1/0 E</p> <p>RC% = 31%</p>	<p>A : 4</p> <p>Ad : 3</p> <p>A% = 54%</p> <p>H : 1</p> <p>Hd : 1</p> <p>H% = 15%</p> <p>Anat : 2</p> <p>Sex : 2</p>	<p>Ban : 4</p> <p>Ban% : 31% ↑</p> <p>Refus : 2</p> <p>Commentaire : 1</p>

1.3 Analyse du psychogramme :

Le nombre total de réponses (R) données est de 13, comparé à la norme instaurée par l'école de Paris, et qui selon elle balance entre [20- 30] réponses, on remarque une baisse considérable de la productivité.

Le temps par réponse (T/Rep) est de 38'', un score inférieur à 45'' qui représente la norme, ceci indique la faiblesse et défaillance du contrôle des idées. Cette tendance à se précipiter peut aussi indiquer une carence du travail mental qui se traduit par une réponse immédiate sous forme de comportements face aux stimuli, qui dans ce cas sont les planches Rorschach.

Les contenus sont moyennement diversifiés incluant ainsi contenu animal, humain, sexuel et anatomique.

- **Les modes d'appréhension :**

On remarque la dominance des réponses détails (D) par rapport aux réponses globales (G) concernant la localisation des réponses. Avec 31% G un taux légèrement au dessus des normes [20-30] et 69% D un pourcentage qui est parfaitement dans les normes [60-70].

- **Les réponses formelles :**

Le F% est de 77%, sachant que la norme du F% est estimée entre [60-65]. Ce taux est au dessus de la norme, le F+% est égal à 70%, qui est tout à fait dans les normes [70-80].

Le taux trop élevé du F% atteste du recours rigide à la réalité, qui se manifeste d'une part, par un surinvestissement de la réalité objective, adhérence excessive à la raison et à la pensée étouffant d'une autre part toute émergence d'affects et d'émotions.

- **Les réponses kinesthésiques :**

On en dénombre deux réponses kinesthésiques associées à une forme positive, une kinesthésie animale (kan) et une kinesthésie humaine (K), cette dernière est un critère essentiel pour déceler le type de mentalisation.

Donc une seule réponse K sur un total de 13 réponses est jugée comme très peu. Cette faiblesse en matière de K exprime une incapacité à élaborer, délimiter, et traiter les conflits intrapsychiques. Elle décrit l'état d'une vie intérieure, pauvre en conflits et mouvements pulsionnels.

- **Les réponses couleurs :**

Il existe qu'une seule réponse couleur associée à une mauvaise forme (FC-) décelée dans la planche X. La couleur devancée par la forme indique le contrôle des affects.

Le pourcentage des réponses couleurs pour les trois dernières planches couleurs est de 31%, un taux parfaitement dans les normes [30-35].

- **Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle :**

Le type de résonance intime (T.R.I) se présente de la manière suivante 1K/0.5 C, les composantes sont tellement faibles qu'elles ne peuvent prendre aucune expression suffisante, le T.R.I dans ce cas est de type coartatif ; blocage, inaptitude à manier les symboles, très faible expression émotionnelle ou fantasmagique sont reflétés à travers un tel résultat.

La formule complémentaire (F.C) est de 1/ 0 E. On remarque que le T.R.I et le F.C sont plutôt compatibles vue la prépondérance des kinesthésies par rapport aux autres composantes ; couleurs et estompages. Cette compatibilité indique donc l'absence de confrontation et une dynamique interne faible.

- **Les facteurs additionnels :**

Le pourcentage des banalités est de 31% un taux assez supérieur par rapport à la norme [20-23] il atteste d'une tendance au conformisme de la part du sujet.

Conclusion du psychogramme Rorschach :

On a remarqué une baisse dans le nombre des réponses marquant ainsi la baisse de productivité. Le temps par planche (T/rep) est lui aussi très bas par rapport à la moyenne, la précipitation de répondre peut être justifiée par un manque d'élaboration mentale.

Les pourcentages des réponses formelles (F) et banales (Ban) sont trop élevés ce qui renvoie à un fort accrochage à la réalité externe.

Les réponses kinesthésiques (K) sont faibles pratiquement absentes, ce qui est le cas aussi pour les réponses couleurs (C) au point où cela à déboucher sur le type coartatif en T.R.I. ce dernier est en parfaite harmonie avec la formule complémentaire (F.C).

Résumé du cas Kaci :

Ce qui a pu être observé et constaté lors de l'entretien a bien été illustré par le test Rorschach, Kaci est quelqu'un de rigide, peu communicatif, son discours est dénudé d'émotions, ses pensées quant à elles sont imprégnées d'un aspect de l'actuel, du factuel et rationnel loin de tout aspect de l'imaginaire ou aspect fantasmatique comme le T.R.I l'a bien révélé. Compte tenu de ce qui à été abordé antérieurement on déduit que Kaci est mal mentalisé.

2. Cas de Zahia :

Zahia est âgée de 38ans, de taille moyenne. Elle est mariée, elle a arrêté ses études en secondaire, elle passe ses journées à s'occuper de son foyer, de ses trois enfants et de sa belle mère. Elle est d'humeur joviale, blagueuse et très expressive.

2.1 La santé antérieure et actuelle du patient :

Elle a affirmé qu'elle n'a aucuns antécédents médicaux ou chirurgicaux, qu'elle a toujours était une personne qui regorgeait de santé. L'unique maladie qu'elle a pu contracter est le diabète et cela depuis cinq ans.

L'annonce de la maladie par le médecin dénotait un choc, elle l'a mal pris et a mis du temps pour l'accepter « *J'ai beaucoup pleuré quand j'ai su pour ma maladie, je pensais que j'allais mourir* ».

Selon Zahia, c'est sa belle mère qui en est la cause. Car elle lui infligeait des disputes sans cesse et faisait de son mieux pour ruiner sa relation avec son mari au point ou elle a failli divorcer à un moment donné. L'atmosphère est tellement insoutenable que cela s'est répercuté sur sa santé et a fini par développer un diabète.

L'observance est loin d'être son fort, car cela lui arrive de ne pas respecter les recommandations de son médecin.

2.2 Le fonctionnement mental du patient :

- La gestion des excitations :

Zahia a du mal à contrôler et à contenir sa frustration et colère, c'est une personne impulsive qui ne parvient à retrouver son calme qu'une fois, après avoir déchargé sa colère par le biais de comportements agressifs, elle cri, elle bat ses enfants, elle claque des portes, mais fini toujours par ressentir du regret au final, « *Une fois j'étais tellement énervée que j'ai déchiré mes habits* » a-t-elle rapporté.

Elle a aussi déclaré qu'elle a perdu goût à la vie, qu'elle se sent vide à l'intérieur et il y a des jours où elle n'a qu'une envie, s'isoler et pleurer sans raison valable.

Ses relations sont affectées encore plus, depuis qu'elle est devenue diabétique, que ma même son mari lui a fait la remarque que son tempérament a empiré davantage.

- La vie onirique du patient :

La qualité de sommeil de Zahia varie, tantôt elle se réveille en forme et tantôt se réveille en fatigue, elle ne rêve pas souvent, mais quand elle le fait c'est sous forme de rêves prémonitoires.

- Les perspectives futures du patient :

Zahia se projette dans l'avenir et ne se contente pas de vivre pleinement le moment présent. Elle souhaite vivement que la construction de sa nouvelle maison soit terminée et qu'elle s'y installe avec sa modeste famille et entamer une nouvelle page. « *Je m'imagine souvent en train de meubler ma maison, la décorer... j'ai hâte* »

Conclusion de l'entretien :

Pour le cas de Zahia, il semble qu'elle rencontre des difficultés à gérer ses tensions, et à défaut de travail d'élaboration mentale elle se trouve souvent contrainte d'avoir recours au comportement comme voie de décharge.

Elle est exubérante, et parle fluidement de ses ressentis et émotions mais n'a pas trop évoqué son passé, sa maladie est la résultante d'un cumul d'excitations engendrées par sa belle mère si l'on décrypte son discours.

Le dégoût et le vide interne qu'elle ressent peuvent traduire la prépondérance des instincts de mort par rapport aux instincts de vie, et l'existence contingente d'une dépression essentielle.

La qualité de son sommeil est plus ou moins satisfaisante, et prévoit des projets d'avenir, ce qui signifie que sa vision et pensée ne sont pas axées sur l'actuel seulement.

Tableau n°5 : Cotation du protocole Rorschach du cas Zahia

Pl	Tps	Pos	Réponses	Enquête	Cotation	
I	5''	^	- C'est un nuage, je pense.	- C'est la forme. (toute la planche)	G FE+ Frag	
	31''		- Je vois aussi une tête d'un animal	- La forme. (toute la planche)	G F- Ad	
II	5''	^	- C'est une tache de sang, c'est tout.	- C'est la couleur et la forme. (rouge haut extérieur)	D CF+ Anat	
	20''		- Deux personnes.	- C'est la forme. (toute la planche)	G F+ H	Ban
III	11''	^	- Deux femmes qui portent quelque chose.	- La forme toujours. (toute la planche)	G K+ H	
	37''				Ban	
IV	10''	^	- (Grimace) Là c'est une tête de chat, voila ses oreilles, son museau.	- C'est sa forme. (extrémité de la partie supérieure médiane)	D F+ Ad	
	34''					
V	10''	^	- Ça me fait penser à une chauve souris en train de déployer ses ailes.	- C'est sa forme. (toute la planche)	G kan+ A	
	33''				Ban	
VI	17''	^	- C'est un tapis fabriqué à base de	- C'est la forme. (toute la planche)	G FE+ Obj	

	50''		fourrure d'animaux.			
VII	7'' 55''	Λ	<ul style="list-style-type: none"> - Tête d'un indien, avec une plume accroché à ses cheveux. - Je vois aussi un animal... c'est tout. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la forme. (1^{er} tiers) - La forme aussi. (1^{er} et 2^e tiers) 	D F+ Hd D F+ A	Ban
VIII	10'' 33''	Λ	<ul style="list-style-type: none"> - C'est du sang. 	<ul style="list-style-type: none"> - La couleur et la forme. (partie rose latérale) 	D CF- Anat	
IX	17'' 58''	⊙	<ul style="list-style-type: none"> - Je ne sais pas ce que c'est, je ne vois rien (Ψ : vous ne voyez rien ?) ... non rien. 			Refus
X	7'' 50''	Λ	<ul style="list-style-type: none"> - Là je vois la tour Eiffel. - C'est une araignée. 	<ul style="list-style-type: none"> - La forme. (gris médian entier, en haut) - La forme. (Bleu latéral) 	D F+ Arch D F+ A	Ban
<p>Choix + : VIII et X J'adore ces deux là, car elles regorgent de couleurs. Choix - : IV et V</p>						

Elles ne me plaisent pas à cause de la couleur, et en plus on dirait qu'elles comportent des figures d'animaux, et je n'aime pas trop les animaux.

Tableau n°6: Psychogramme Rorschach du cas Zahia

Temps	Modes d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
<p>R = 13 T.t = 401'' = 7' T. lat. moy = 10'' T. /rep = 31''</p>	<p>G : 6 G% = 46% ↑ D : 7 D% = 54% ↓</p> <p>Choix+ : VIII, X Choix - : IV, V</p>	<p>F+ : 6 F- : 1</p> <p>ΣF = 7 = 54% ↓ F+% = 86% ↑ F% élargi = 85% ↑</p> <p>K : 1 Kan : 1 T.R.I = 1 K/2 C</p> <p>CF : 2 F.C = 1/ 1 E FE : 2 RC% = 23% ↓</p>	<p>A : 3 Ad : 2 A% = 38%</p> <p>H : 2 Hd : 1 H% = 23% ↑</p> <p>Anat :2 Frag : 1 Obj : 1 Arch : 1</p>	<p>Ban : 5 Ban% = 38% ↑ Refus : 1</p>

2.3 Analyse du psychogramme :

Le protocole est constitué de 13 réponses, un nombre restreint si on le compare à la norme [20-30], il y a donc une faible productivité.

Le temps par réponse (T/rep) est 31'', ce score est en dessous de la moyenne [45''] les réponses hâtives données traduisent la défectuosité de l'appareil psychique à élaborer les stimuli, le comportement substitue donc ce manque de travail interne.

Les contenus sont de nature humaine, animale, anatomique, objectale, architecturale, fragmentaire. Une diversité plus ou moins remarquable.

- **Les modes d'appréhension :**

Les réponses globales (G) sont dominées par les réponses détails (D), avec 46% G un taux supérieur à la norme [20-30] et % D égal à 54% un pourcentage assez bas par rapport à la moyenne [60-70].

- **Les réponses formelles :**

Le F est de 54% un pourcentage inférieur à la moyenne [60-65], le pourcentage bas du F% nous a mis dans l'obligation de calculer le F% élargi qui s'est avéré par la suite supérieur à la norme, avec un pourcentage de 85%, un chiffre qui dépasse la norme préétablie [80], le F+% par contre dépasse cette dernière qui balance entre [70-80] avec un chiffre de 86%. De tels résultats témoignent d'un fort accrochage à la réalité extérieure.

- **Les réponses kinesthésiques :**

Les kinesthésies ont été abordées mais insuffisamment, toutes deux associées à une forme positive. Une kinesthésie animale (kan) et une autre humaine (K).

Ce manque de mouvement prouve une difficulté à projeter, une carence en ressources mentales et une vie interne peu dynamique.

- **Les réponses couleurs :**

On en énumère deux réponses couleurs de type CF l'une associée à une forme positive et l'autre à une forme négative.

Le CF exprime majoritairement une spontanéité de l'affectivité et des émotions voir même de l'impulsivité, cette dernière est généralement la résultante d'un défaut de mentalisation qui se traduit par un comportement irréfléchi après être exposé à des stimuli sous forme d'excitations. Le pourcentage RC est inférieur à la norme [30-35] avec un taux de 23%.

- **Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle:**

Le T.R.I = 1 K/2 C, on déduit alors qu'il est de type extratensif mixte, puisque La (K) est inférieure à (C). Ce résultat renvoie à une dominance de l'émotion par rapport à la pensée et à l'imagination.

La formule complémentaire (F.C) est de 1/ 1 E, elle est incompatible avec le T.R.I car les réponses petites kinesthésies sont égales des réponses estompages mais demeure inférieur par rapport au nombre des réponses couleurs. On peut dire alors qu'il y a une légère confrontation pulsionnelle.

- **Les facteurs additionnels :**

Le pourcentage de banalités calculé est de 38% un taux considérablement élevé à la norme [20-23] ceci reflète une tendance conformiste flagrante.

Conclusion du psychogramme Rorschach :

Une restriction de la productivité est remarquable, avec une hâte en répondant décelée à l'aide du (T/rep) calculé.

Les pourcentages des réponses formelles (F) et banales (Ban) sont supérieurs aux normes instaurées, dû à un surinvestissement de la réalité externe.

Les réponses couleurs (C) priment sur les réponses kinesthésiques (K), l'impulsivité et l'émotivité sont beaucoup plus présentes par rapport à la mentalisation, à la créativité et à l'imagination. Ceci est mieux illustré grâce au type de résonance intime, T.R.I = 1 K/2 C.

Résumé du cas Zahia :

Les résultats du psychogramme sont compatibles avec ceux de l'entretien réalisé au préalable. Zahia est une personne impulsive, qui ne sait faire preuve de self-control quand elle est stimulée par son entourage, sa seule façon de se soulager est le recours aux comportements.

Zahia est émotive que imaginative, cette inclination vers l'émotivité que vers l'imaginaire est notable d'après le résultat T.R.I, avec un nombre de réponses couleurs supérieur a celui des kinesthésies. Zahia est donc mal mentalisée.

3. Cas de Nadia :

Nadia est une femme âgée de 48 ans, de taille moyenne, chétive. Mariée depuis 28ans, mère de quatre enfants. Son niveau d'instruction est de 6eme année primaire, elle travaille comme technicienne de surface. Elle est calme, timide et très modeste.

3.1 La santé antérieure et actuelle du patient :

Nadia est atteinte d'un diabète de type 2 depuis 13ans suite à un entassement de problèmes tels que la pression du payement du loyer, le chômage de son époux, son incapacité à répondre aux besoins de ses enfants. Ajouté à cela, elle est anémique et souffre de la thyroïde qui d'après son médecin est dû à une alimentation déséquilibrée, c'est-à-dire à une carence en fer et en protéines.

Il n'y avait eu aucun choc à l'annonce de la maladie car elle s'y attendait déjà« *Normal, je savais que je tomberai malade à cause de mes problèmes, notre situation économique, et la mal nutrition* ».

Nadia est en mesure hygiéno-diététique sauf que durant son travail certains de ces employeurs perturbent sa diète, elle disait : « *ce n'est pas évident de travailler chez quelqu'un sans assurance sur tout mon travaille, parfois mes employeurs sont exigeants voir inhumains, ils ne me laissent pas faire de pauses collations* »Mais de manière générale, elle fait preuve d'observance a l'égard de son suivi médical en général, elle se présente au contrôle médical trimestriel à temps et assiste aux séances d'éducation thérapeutique pour mieux appréhender sa maladie.

3.2 Le fonctionnement mental du patient :

- La gestion des excitations :

Elle rapporte que sa maladie n'a pas affecté son caractère, humeur ou comportement. Lors des moments de détresse, colère et inquiétude elle se tourne vers la religion, la prière et le coran sont ses deux alliés selon elle.

Ses relations sont stables, hormis la relation avec son mari, qui s'est détériorée encore plus et cela sur tous les plans. « *Auparavant mon mari me battait et je n'avais pas le choix car dans notre société la femme obéit à son époux, mais dès que j'ai commencé à travailler il ne me bat plus* »

- La vie onirique du patient :

Durant l'entretien Nadia explique qu'avant chaque nuit elle pratique sa prière et récite du coran avant de dormir, c'est la raison pour laquelle elle ne fait jamais de cauchemars, et elle ajoute qu'elle fait plutôt des rêves prémonitoires. Elle a une bonne qualité de sommeil.

- Les perspectives futures du patient :

Nadia pense au futur et elle est préoccupée par celui-ci. Elle a deux projets majeurs qu'elle compte concrétiser, marier ses deux filles et se permettre une nouvelle demeure offrant plus de confort.

Conclusion de l'entretien :

Il semble que le diabète de Nadia découle principalement de la pression qu'elle subit au quotidien que ce soit sur le plan familial, professionnel ou relationnel. Les deux autres maladies (anémie, thyroïde) qu'elle présente sont étroitement liées à son alimentation déséquilibrée et pauvre, ce qui ne relève en aucun cas d'une désorganisation progressive.

L'observance thérapeutique est entravée en raison de son travail, mais essaye tant bien que mal de suivre et d'appliquer les conseils de son médecin.

Le recours au comportement est présent, en vue de gérer les excitations, ses relations sont plus ou moins stables et n'ont pas été affectées.

Elle jouit d'un sommeil réparateur, et a tendance à faire des rêves de type prémonitoire. Sa vision n'est pas centrée sur l'actuel, ceci est expliqué par les projets futures qu'elle prévoit.

Tableau n°7 : Cotation du protocole Rorschach du cas Nadia

Pl	Tps	Pos	Réponses	Enquête	Cotation	
I	16'' 32''	Λ	- On dirait que c'est une chauve-souris	- Sa forme. (toute la planche)	G F+ A	Ban
II	16'' 59''	Λ	- On dirait que c'est une maison (rire) - Deux personnes.	- C'est la forme. (les deux parties latérales noires) - La forme. (toute la planche)	D F- Arch G F+ H	
III	9'' 37''	Λ	- Deux hommes.	- C'est la forme. (les deux parties noires latérales)	D F+ H	Ban
IV	11'' 53''	Λ	- Euh... c'est un bébé.	- La forme. (toute la planche)	G F+ H	
V	6' 44''	Λ	- C'est une chauve-souris... (mimique) qui vit que la nuit comme un homme insoucieux et irresponsable.	- La forme. (toute la planche)	G F+ A	Ban
VI	17'' 58''	Λ	- On dirait que c'est des fusées.	- La forme. (partie supérieure)	D F+ Obj	

VII	15'' 45''	Λ	- C'est de la barbe à papa, elle est douce.	- La forme. (toute la planche)	G FE+ Frag	
VIII	22'' 37''	Λ	- Deux chats.	- La forme. (partie rose latérale)	D F+ A	
IX	16'' 59''	Λ	- C'est un arbre	- La forme. (grande lacune et parties brunes latérales)	Ddbl F+ Bot	
X	14'' 51''	Λ	- Il y a beaucoup de choses, des arbres. - Du soleil. - Des fleurs.	- La forme. (bleu latéral) - La couleur et la forme. (le jaune latéral) - La forme et la couleur. (rose latéral)	D F+ Bot D CF+ Pays D FC - Bot	

Choix + : **II** et **VIII**

II : Car on y voit une maison, et j'aimerais tant en avoir une un jour.

VIII: J'adore les couleurs.

Choix - : **I** et **V**

Je ne sais pas, mais elles ne me plaisent pas.

Tableau n°8: Psychogramme Rorschach du cas Nadia

Temps	Modes d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
<p>R = 13 T.t = 475'' = 8' T. lat. moy = 14'' T/ rep = 37''</p>	<p>G : 5 G% = 38% ↑ D : 7 D% = 54% ↓ Ddbl : 1 Ddbl% = 8% ↓</p> <p>Choix+ : II, VIII Choix - : I, V</p>	<p>F+ : 9 F- : 1 ΣF = 10 = 77% ↑ F+ % = 90% ↑ T.R.I = 0K / 1,5C FC: 1 CF: 1 F.C= 0/0,5E FE: 1 RC% = 38% ↑</p>	<p>A : 3 A% = 23% ↓ H : 3 H% = 23% ↑ Frag : 1 Obj : 1 Pays : 1 Arch : 1 Bot: 3</p>	<p>Ban: 3 Ban% = 23%</p>

3.3 Analyse du psychogramme :

Nous pouvons remarquer à partir de l'analyse quantitative que la productivité chez Nadia est en baisse $R=13$, un score inférieur à la norme [20-30], elle a fourni une interprétation dans un bref laps de temps, sachant que le temps par réponse (T/rep) est de 37'', un temps faible par rapport à la norme [45''] qui pourra indiquer une faille de l'élaboration mentale et le contrôle des idées.

Des contenus comme H, A, Frag, Obj, Pays, Arch et Bot ont été aperçus, des contenus plutôt de différentes natures.

- **Modes d'appréhension :**

Les réponses globales simples (G) sont de 38% associées à de bonnes formes, elles sont supérieures à la norme [20-23], le sujet se montre capable d'appréhender les situations dans leurs entières. Contrairement aux grands détails (D) qui sont de 50% plutôt inférieur à la norme [60-68], idem pour ce qui est du détail avec intégration du blanc (Ddbl) avec un taux de 8% par rapport à une moyenne de [10%].

- **Les réponses formelles :**

$F%= 77%$ élevé par rapport à la norme [60-65], même chose pour le $F+%= 90$ qui est supérieur à la norme [70-80], c'est des indices signifiant qu'il y a un fort accrochage à la réalité extérieure.

- **Les réponses kinesthésiques :**

Les réponses K ont un rôle de tempérance sur la décharge des affects et qui constituent sans doute le meilleur indice d'un travail réussi de mentalisation et d'élaboration des pulsions (Richelle, J. 2017, p.82). On observe l'inexistence du pôle kinesthésique ($K=0$) dans toutes ses formes qui est l'indice formel de la non participation de la vie imaginaire et créatrice ce qui nous donne une carence fantasmatique.

- **Les réponses couleurs :**

Le RC % renvoie au calcul de la proportion des réponses données aux planches couleurs (VIII, IX, X), le RC% est de 38% un taux supérieur à la norme [30-35%].

Le nombre de réponses couleurs (C) est de deux réponses, un score plutôt bas mais qui peut être compensé grâce au RC%.

- **Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle:**

Le type de résonance intime $T.R.I = 0K/1.5 C$ est de type coartatif car la réponse (K) est nulle, et la (C) est inférieure à 2.

Pour la formule complémentaire $F.C = 0/0,5E$, on observe une parfaite compatibilité ce qui renvoie à un manque d'effervescence et confrontation pulsionnelle.

- **Les facteurs additionnels :**

Les réponses banales (Ban) selon Anzieu et Chabert, elles permettent de statuer sur l'adaptation sociale élémentaire c'est-à-dire il s'agit de la capacité à voir ce que tout le monde voit. Ce qui est concerné Nadia le taux de ses réponses banales (Ban) sont de 23% un taux parfaitement dans la moyenne [20-23].

Conclusion du psychogramme Rorschach:

En conclusion, nous pouvons observer une flagrante chute de la productivité, dans un temps restreint ainsi qu'une chute des réponses kinesthésiques (K), qui ont un rôle de tempérance sur la décharge des affects et qui constituent sans doute le meilleur indice d'un travail réussi de mentalisation et d'élaboration des pulsions.

L'augmentation des F% indique l'accrochage à la réalité extérieure. Tandis que, les réponses couleurs sont inférieures à la norme, cela signifie que Nadia a un retrait de l'imaginaire c'est-à-dire elle a une carence fantasmatique.

Résumé du cas Nadia :

Nous pouvons constater à travers l'entretien et le test Rorschach que Nadia est caractérisée par une mauvaise mentalisation, en présence des indices suivant : une faille dans l'imaginaire et fantasmatisation, défaillance du fonctionnement mentale, un déficit de représentations, précarité de la vie onirique, un tel constat est bien illustré grâce au type coartatif du T.R.I.

4. Cas de Malika :

Malika est âgée de 50 ans, petite de taille et mince, elle est analphabète, mariée et a un seul enfant, femme au foyer. Elle est dotée d'un caractère calme et posée.

4.1 La santé antérieure et actuelle du patient :

Malika est atteinte du diabète en 2010 à l'âge de 42 ans. Elle a contracté sa maladie suite à la chute de sa nièce du premier étage, la scène sanglante était tellement effroyable à voir qu'elle s'en souvient jusqu'à ce jour. Mais elle a su pour sa maladie quelques mois après l'incident pendant une simple visite médicale « *Je me souviens de tout, comment elle pleurait, le sang qui coulait a grand flot j'avais tellement peur que je sentais mes jambes tremblées, j'ai failli même m'évanouir, je pense que c'est à ce moment là que je suis tombée malade* ».

L'annonce de la maladie n'a pas été vécue comme un choc, en raison de sa méconnaissance des dangers imminents de la maladie que son médecin lui a diagnostiqué.

Mis à part le diabète, Malika est hypertendue depuis plus de 3ans, elle l'est devenue à cause d'un autre événement, qui est le décès de son père. Et souffre aussi d'un eczéma modéré après l'accident de route de son fils.

4.2 Le fonctionnement mental du patient :

- La gestion des excitations :

Malika déclare que suite à sa maladie, elle est devenue beaucoup plus susceptible et coléreuse, qu'elle n'arrivait plus à supporter le moindre bruit car tout l'irritait, cela a impacté ses relations, avec sa belle fille particulièrement. En plus de cela, elle trouve que la vie n'a plus de goût.

Pour apaiser ses tensions, elle s'adonne à la couture, c'est la seule activité qui parvient à lui faire reprendre ses esprits d'après ses propos.

- La vie onirique du patient :

Durant l'entretien Malika nous a informé qu'elle dort mal. Pour ce qui est de la vie onirique, il s'est avéré qu'elle fait souvent des cauchemars, une sorte de reviviscence de l'incident de la chute de sa nièce.

- Perspectives futures du patient :

Aucune perspective future n'a été abordée lors de l'entretien, elle se considère assez âgée pour se projeter dans le futur, de ce fait elle déclare qu'elle en a aucune.

Conclusion de l'entretien :

Visiblement, Malika présente un diabète réactionnel qui s'est développé après un événement traumatique qui consiste en la chute de sa nièce. Suivi par une succession de maladies (Hypertension artérielle, eczéma) fameuses pour étant psychosomatiques, apparues après chaque événement douloureux comme le décès du père et l'accident de route de son fils.

La non-observance est justifiée dans ce cas par une incompréhension de la pathologie et de ses complications.

Malika, use de la couture pour se soulager de son stress, un acte sublimatoire afin d'extérioriser les pulsions agressives de manière plus convenable et acceptable et faire face à son désarroi.

Son sommeil est de qualité mauvaise et particularisé majoritairement par une absence de rêves mais cela lui arrive de revivre l'accident de la nièce sous forme de rêves traumatiques. Et enfin, Malika n'a aucune perspective future.

Tableau n°9: Cotation du protocole Rorschach du cas Malika

Pl	Tps	Pos	Réponses	Enquête	Cotation	
I	17''	^	- Je vois un monstre	- Elle fait peur, c'est la forme. (toute la planche)	G Clob F+ (A)	
	52'4		- Je crois, qu'on voit aussi une chauve-souris n'est ce pas ?	- Sa forme. (toute la planche)	G F+ A	Ban
II	4''	^	- Ici je crois, deux personnes qui se tapent dans les mains, je dirais un papa et son fils.	- Forme (toute la planche)	G K+ H	
	41''				Ban	
III	11''	^	- Il ya du sang un peu par tout.	- La couleur et forme. (le rouge médian et le rouge en haut)	D CF+ Anat	
	1'30''					
IV	7''	⊙	- Euh...Je ne vois pas ! c'est quoi ça ? Je ne sais pas trop.			Refus
	1'12''					
V	3'	^	- Je vois un papillon.	- C'est la forme. (toute la planche)	G F+ A	
	13''				Ban	
VI	17''	^	- Euh... je vois une tête d'un chat.	- C'est la forme. (partie supérieur)	D F+ Ad	
	38''					
VII	28''	^	- C'est un crabe.	- La forme. (toute la planche)	G F- A	

	54''		- C'est un lapin.	- C'est la forme. (1 ^{er} tiers)	D F+ A	
VIII	22''	^	- Ah ! (sourire) c'est des moutons.	- La forme. (partie rose latérale)	D F+ A	Ban
	47''		- C'est un avion.	- La forme. (gris, en haut)	D F+ Obj	
IX	16''	⊙	- Euh... je ne sais pas c'est quoi ! Je ne vois rien.			Refus
	59''					
X	8''	^	- Il ressemble à Maqam Chahid.	- La forme. (gris médian entier, en haut)	D F+ Arch	
			- Des fleurs.	- La forme et la couleur. (rose latéral)	D FC- Bot	
	54''		- C'est un arbre.	- La couleur et la forme. (vert latéral en bas)	D CF- Bot	

Choix + : **VIII** et **X** :

Car il y a des couleurs.

Choix - : **I** et **IV** :

Je ne sais pas peut être, parce qu'elles font peur.

Tableau n°10 : Psychogramme Rorschach du cas Malika

Temps	Modes d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
<p>R = 13 T.t = 520'' = 9' T.lat.moy = 13'' T/ rep = 40''</p>	<p>G : 5 G% = 38% ↑ D : 8 D% = 62%</p> <p>Choix+ : VIII, X Choix - : I, IV</p>	<p>F+ : 7 F- : 1 ∑F = 8 = 62% F+ % = 88% ↑ K: 1 T.R.I = 1K / 2,5C FC: 1 CF: 2 F.C = 0/ 0E RC = 38% ↑ Clob F = 1</p>	<p>A: 5 (A) :1 Ad: 1 A%= 54 % H: 1 H% = 8 % ↓ Obj: 1 Anat: 1 Arch: 1 Bot: 2</p>	<p>Ban : 4 Ban= 31% ↑ Refus : 2</p>

4.3 Analyse du psychogramme :

Nous pouvons consigner à partir de l'analyse quantitative que la productivité chez Malika est très basse, avec une production de 13 réponses seulement, ce qui est inférieur à la norme [20-30]. En un temps restreint elle a fourni une interprétation dans un bref laps de temps, sachant que le temps par réponse (T/rep) est de 40'' un taux faible par rapport à la norme [45''] ce qui peut indiquer une tendance impulsive de sa part.

Les contenus sont plus ou moins variés, on y trouve le contenu humain, animal, Objectal, Anatomique, botanique et architectural.

- **Les modes d'appréhension :**

Concernant les réponses globales simples (G) sont de 38% plutôt élevées par rapport à la norme [20-23] généralement associées à une perception correcte, en indiquant la référence possible à un objet total. Les réponses détails (D) est de 62%, elles sont dans les normes [60-70].

- **Les réponses formelles :**

F%=62 est dans les normes, tandis que le F+%=88, qui est légèrement élevé par rapport à la norme [70-80], c'est un indice permettant de cerner la capacité du sujet à appréhender la réalité de façon adéquate.

- **Les réponses kinesthésiques :**

On constate qu'une seule réponse kinesthésique a été cotée K=1, qui se rapporte à une interprétation de personnage humain en mouvement.

Le nombre de réponses du pôle kinesthésique est très bas indiquant une pauvreté de l'imaginaire.

- **Les réponses couleurs :**

Elle a fourni une réponse dite clair-obscur cotée Clob F = 1, apparaît comme une variété des réponses achromatiques évoquant un vécu de menace, d'angoisse ou de peur. Trois autres réponses couleurs associées à des formes ont été évoquées.

Le RC % renvoie au calcul de la proportion des réponses données aux planches couleurs (VIII, IX, X), RC est de 38 % ce qui est supérieur à la norme [30-35%] ce qui est avantageux.

- **Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle :**

Le type de résonance intime $T.R.I = 1K/2.5C$ est dit extratensif mixte, Malika manifeste une affectivité plus labile tournée vers l'extérieur. La formule complémentaire $F.C = 0/0E$, les composantes de chaque coté sont nulles.

- **Les facteurs additionnels:**

Les réponses banales (Ban) sont de 31% plus ou moins supérieures à la moyenne [20-23] une tendance au conformisme est décelable.

Conclusion du psychogramme Rorschach :

Le score de productivité est très faible, on remarque aussi l'augmentation des réponses $F+$, banales (Ban), la chute du pôle kinesthésique signifient que Malika s'accroche à la réalité concrète.

Le nombre plus ou moins élevé des réponses couleurs (C) indiquent une tendance à l'impulsivité et l'émotivité. Ceci est bien illustré grâce au $T.R.I = 1K/2.5C$.

Résumé du cas Malika :

Nous pouvons déceler à travers l'entretien et le test Rorschach que Malika est mal mentalisée, cela à partir de la défaillance de son fonctionnement mental, son recours à la réalité concrète mais aussi au comportement, sa déficience fantasmatique et carence onirique ont étaient bien expliqués dans la formule $T.R.I$ où la (K) est nettement moins supérieure que la (C).

Chapitre VII

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses :

Après avoir achevé notre activité de recherche sur le terrain, qui consiste en premier lieu, d'entretien clinique et en second lieu, de l'application du test Rorschach. Nous nous sommes ensuite dévoués à l'analyse des informations amassées, qui nous serviront de support pour répondre en toute objectivité à la question énoncée au tout début et qui représente l'essence de cette étude : Les sujets atteints d'un diabète de type 2 sont-ils tous mal mentalisés ?

Mais aussi de répondre à la sous question qui découle directement de la question générale qui est : La mauvaise mentalisation est-elle plus prépondérante par rapport aux autres types de mentalisation?

1. Hypothèse générale :

Afin d'être en synchronie et apte de suivre l'enchaînement de notre démarche pour mieux assimiler les résultats qu'on annoncera ultérieurement, un récapitulatif général des cas s'impose.

Kaci, Zahia, Nadia et Malika, quatre cas qui se sont portés volontaires pour notre étude. Leurs âges oscillent entre 40 et 50ans, tous souffrants d'un diabète de type 2 qu'ils ont contractés pour des causes distinctes certes, mais dont la nature est la même : purement psychologique.

Kaci est diabétique depuis une année à cause d'une pression subie au travail, il a accepté facilement sa maladie et en raison de l'absence de déni à l'annonce de son diabète, le processus d'observance n'a pas été entravé. Des rêves, il n'en fait pas fréquemment mais quand ça se produit c'est sous forme de rêves opératoires, selon ses déclarations, il n'a aucun projet d'avenir car il a tout pour être satisfait en dépit de la routine qu'il vit au quotidien.

Tout au long de l'entretien, il n'a évoqué en aucun cas son passé, comme si il y avait une sorte de rupture entre les deux différentes époques de sa vie, présente et passée. En plus de cela ses propos semblaient être vides d'émotions, seule la raison dirigeait son discours, ceux-ci peuvent indiquer l'existence d'une dépression essentielle.

L'analyse Rorschach n'a fait que renforcer l'idée qu'on s'est faite à propos de Kaci, une productivité restreinte, le taux élevé des réponses formelles (F) et banales (Ban), et le taux bas des réponses kinesthésiques (K) et couleurs (C) expriment un accrochage intense à la

réalité externe, avec une carence fantasmatique et hyper-contrôle des affects, en d'autres termes ; Kaci est mal mentalisé.

Zahia, diabétique depuis cinq ans, sa pathologie a émergé après multiples disputes avec sa belle mère. Elle n'a pas été indifférente face à l'annonce, et cela lui a pris du temps pour l'accepter ce qui peut expliquer d'une part la non-observance dont elle fait preuve.

La vie onirique est parsemée quelques rares fois de rêves prémonitoires, mais de manière globale Zahia ne rêve pas. Sur le plan émotionnel, elle est plutôt impulsive et ne retrouve son calme en cas de frustration que par le biais de comportements agressifs, elle ressent un immense dégoût et désarroi dont elle ignore la raison, signes indéniables d'une dépression essentielle, dite aussi sans objet.

Le fonctionnement mental de Zahia est de type mauvais, cela a bien été démontré à travers l'analyse Rorschach ; un nombre de réponses trop bas, ainsi que les réponses couleurs (C) et kinesthésiques surtout (K) en face de cela, on trouve un nombre éminent de réponses formelles (F) et banales (Ban) qui soulignent le surinvestissement de la réalité externe.

Nadia a été diagnostiquée d'un diabète depuis treize ans, une maladie qu'elle a eue, à cause de soucis financiers et familiaux qu'elle endurait et qu'elle endure toujours, elle présente d'autres maladies comme la thyroïde et l'anémie mais qui trouvent leurs origines dans son alimentation pauvre. Sa maladie, elle l'a acceptée immédiatement et fait preuve d'observance.

Elle fait des rêves prémonitoires mais mis à part ces derniers, elle ne rêve pas souvent, lors de notre entrevue elle n'a pas dévoilé ses émotions en parlant et elle nous a confié qu'elle a perdu goût à la vie, cette sensation permanente de déplaisir fait directement allusion à la dépression essentielle.

Selon les résultats du psychogramme Rorschach, Nadia est dotée d'une mauvaise mentalisation. Un tel constat est justifié par la somme basse des réponses générales, des réponses kinesthésiques (K) et couleurs (C) qui marquent une vie intérieure peu mouvementée, Et enfin par la somme trop élevée des réponses formelles (F) et banales (Ban).

Et enfin, le cas Malika, elle souffre d'un diabète réactionnel qu'elle a eu juste après l'accident domestique de sa nièce, qu'elle a vécu comme un trauma, d'ailleurs elle en rêve

jusqu'à ce jour. Cette effraction instantanée du surcroît d'excitations et leurs aboutissements directs à l'appareil psychique peuvent expliquer un manque d'élaboration mentale.

À côté de cette pathologie, Malika en présente bien d'autres comme l'hypertension et l'eczéma qu'elle a développé suite à chaque événement majeur, une désorganisation progressive est soupçonnée. En cas, de colère ou frustration elle s'adonne à la couture, qui est un recours au comportement.

Tous les éléments sont présents pour juger que Malika ait une mauvaise mentalisation, le Rorschach a confirmé nos doutes avec un nombre de réponses inférieur à la norme, des réponses kinesthésiques (K) et couleurs (C) pratiquement absentes et des réponses banales (Ban) trop élevées.

De ce fait, on conclut que les diabétiques de type 2 sont tous mal mentalisés, ce qui va à l'encontre de ce qui a été avancé dans l'hypothèse formulée au préalable comme suit : « Les sujets atteints d'un diabète de type 2, ne sont pas tous mal mentalisés. Le type de mentalisation varie d'un cas à un autre, en dépit de leur même maladie. » Notre hypothèse est donc invalidée.

2. Hypothèse partielle :

Comme on vient à peine de déduire l'homogénéité du fonctionnement chez les personnes diabétiques de type 2, une comparaison entre les types de fonctionnement mental n'a pas lieu d'être, puisque le principe de comparaison implique à la base au moins deux éléments, et on en détient qu'un seul, qui est la mauvaise mentalisation.

Notre seconde hypothèse qui est : «Le type de fonctionnement mental des personnes atteintes d'un diabète de type 2 varie d'un malade à un autre, mais la mauvaise mentalisation est plus prépondérante par rapport aux autres types, comme la bonne mentalisation et l'incertaine. » Est invalidée aussi.

Conclusion générale

Conclusion générale

Mettre en exergue l'existence d'une variété concernant le type de mentalisation chez des patients souffrant d'un diabète de type 2, tel était notre cible d'étude. Qui, par le biais d'un processus de recherche incluant lectures approfondies, déplacements sur le terrain, recueil d'informations et analyse de celles-ci, s'est avéré que notre opinion est à contester.

En effet, nous avons constaté que les diabétiques de type 2 sont classés comme névroses mal mentalisées dans la nosographie psychosomatique élaborée par Pierre Marty. Un tel jugement met en lumière la valeur protectrice de la mentalisation contre la décompensation somatique et la contraction de diverses pathologies organiques.

En d'autres termes, une mentalisation défectueuse est une mentalisation impuissante de tempérer les excitations qui peuvent frayer un chemin vers le corps et rendre la personne qui en est dotée susceptible de développer multiples maladies comme, est le cas chez la personne diabétique.

Réduction de la vie onirique et fantasmatique, qualité factuelle du discours et enfin le recours au comportement, ces éléments cités ont été observés chez notre groupe d'étude et constituent le profil type d'un diabétique, et d'un malade psychosomatique par la même occasion.

Certes, nous avons veillé lors de notre démarche à respecter les conditions de la recherche scientifique, d'être pointilleux lors de chaque pas entrepris mais le nombre restreint de notre groupe d'étude qui est de quatre cas marque la limite de notre recherche, de ce fait, nous considérons que les résultats obtenus soient non généralisables, l'idéal serait de relancer cette étude qui se ferait avec un groupe dont le nombre serait un peu plus considérable, cette mission nous l'assignons à nos successeurs, camarades étudiants.

Bibliographie

Références bibliographiques :

Ouvrages :

1. Altman, J.-J. (2012). Le grand livre du diabète. Paris, France : Eyrolles.
2. Anzieu, D., Chabert, C. (2004). Les méthodes projectives. Paris, France : PUF.
3. Bacqué, M.-F., Hanus, M. (2016). Le deuil. Paris, France : PUF.
4. Balanda, A. B. (2001). Une approche psychosomatique du diabète : l'identité en souffrance. Paris, France : L'Harmattan.
5. Beaud, M. (2005). L'art de la thèse : comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, de magister ou un mémoire de fin de licence. Alger, Algérie : Casbah édition.
6. Beizmann, C. (1966). Livret de cotation des formes dans le Rorschach. Paris, France : centre de psychologie appliquée.
7. Bergeret, J. et al. (2012). Psychologie pathologique : théorie et clinique. Paris, France : Elsevier Masson.
8. Boucher, C., Guillaume, A. (2017). Endocrinologie diabétologie. Paris, France.
9. Buysschaert, M. (2006). Diabétologie clinique. Paris, France : de boeck.
10. Chahraoui, K., Bénony, H. (1999). Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris, France : Dunod.
11. Chahraoui, K., Bénony, H. (1999). L'entretien clinique. Paris, France : Dunod.
12. Chiland, C. (1983). L'entretien clinique. Paris, France : PUF.
13. De Broca, A. (2010). Deuils et endeuillés. Paris, France : Elsevier Masson.
14. De la Tribonnière, X. (2016). Pratiquer l'éducation thérapeutique : l'équipe et les patients. Paris, France : Elsevier Masson.
15. Debray, R. (2008). La psychosomatique du bébé. Paris, France : PUF.

16. Doron, J. (2006). La méthode du cas en psychologie clinique et en Psychopathologie. Paris, France : Dunod.
17. Doron, R. (2017). Dictionnaire de psychologie. Paris, France : PUF.
18. Douville, O. et al. (2014). Les méthodes cliniques en psychologie. Paris, France : Dunod.
19. Freud, S., Breuer, J. (2008). Anna O : études sur l'hystérie. Philosophie.
20. Geneviève, G.-D. (2016). La psychosomatique pour les nuls. Paris, France : First.
21. Ghiglione, R. et al. Cours de psychologie. Les méthodes. Paris, France : Dunod.
22. Gray, D., Toghil, P. (2003). Sémiologie médicale. Nancy, France : Masson
23. Grimaldi, A. et all. (2009). Guide pratique du diabète. Paris, France : Elsevier Masson.
24. Kamieniecki, H. (1993). Histoire de la psychosomatique. Paris, France : Presses Universitaires de France.
25. Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris, France : PUF.
26. Malek, R. (2010). Guide pratique de diabétologie : cours de FMC diabète. Sétif, Algérie : FMC.
27. Marty, P. (1991). Mentalisation et psychosomatique. Paris, France : payot.
28. Marty, P. (1994). Psychosomatique. Paris, France : presses universitaires de France.
29. Marty, P. (1998). L'ordre psychosomatique. Paris, France : Bibliothèque scientifique Payot.
30. Marty, P. (2011). La psychosomatique de l'adulte. Paris, France : PUF.
31. Marty, P. et al. (1963). L'investigation psychosomatique. Paris, France : PUF.
32. Monnier, L. (2014). Diabétologie. Paris, France : Elsevier Masson.
33. Quevauvilliers, J. et al. (2009). Dictionnaire médical. Italie : Masson.
34. Rausche de traubenberg, N. (1990). La pratique du Rorschach. Paris, France : PUF.
35. Richelle, J. (2017). Manuel du test de Rorschach. Paris, France : deboeck supérieur.

36. Saziouk, A. (1994). Abrégé du test de Rorschach. Sherbrooke, Canada : les éditions Cascatelles.
37. Simon, D. (2009). Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques. Paris, France : Masson.
38. Smadja, C. (2008). Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique. Paris, France : PUF.
39. Stora, J. B. (1999). Quand le corps prend la relève : stress, traumatismes et maladies somatiques. Paris, France : Odile Jacob.
40. Stora, J. B. (2013). La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliques. Paris, France : MJW Fédition.
41. Wémeau, J.-L. (2014). Endocrinologie, diabète, métabolisme et nutrition. Paris, France : Elsevier Masson.
42. Zellal, N. (2009). Guide de méthodologie de la recherche post-graduée. Alger, Algérie : Office des publications universitaires.

Thèses :

43. Anandamanoharan, J. (2012). Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques? (Thèse de doctorat en médecine). Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines.
44. Bureau, M. (2001). L'observance thérapeutique : ses facteurs et ses enjeux. (Thèse de doctorat en médecine). Université Henri Poincaré Nancy 1.

Sites internet :

45. Pharmainvest SPA (<https://pharmainvest.dz/epidemiologie-du-diabete-dans-le-monde-et-en-algerie>) est un site Web Algérien qui contient, entre autres, des nouvelles de la recherche dans le domaine de regroupement des pharmaciens.
46. Psychomédia (<http://www.psychomedia.qc.ca>) est un site Web québécois qui contient, entre autres, des nouvelles de la recherche dans le domaine de la psychologie.
47. Radio Algérienne (<http://www.radioalgerie.dz/news/fr/article>) est un site Web Algérien qui contient, entre autres, informations, la diffusion ou la retransmission de programmes radiophoniques se rapportant à la vie nationale, régionale, locale ou internationale.

Annexes

Annexe 1

Guide d'entretien

Guide d'entretien

Renseignements généraux sur le patient

- Nom.
- Prénom.
- Âge.
- Niveau d'instruction.
- Situation professionnelle.
- Situation matrimoniale.
- Nombre d'enfants.

Axe I : Informations touchant l'état de santé du patient

- Votre atteinte par le diabète remonte à quand ?
- Avez-vous des membres dans la famille qui en sont atteints aussi ?
- Dans quelles circonstances la maladie a-t-elle émergé ?
- Quelle était votre réaction face à l'annonce de la maladie ?
- Est-ce que cela vous a pris du temps pour l'accepter ?
- Votre entourage vous a-t-il aidé à accepter votre maladie ?
- Mis à part le diabète souffrez-vous d'autres maladies ?
- Étiez-vous sujet (te) aux maladies et infections pendant votre enfance ?
- Avez-vous eu déjà une/ ou des interventions chirurgicales ?
- Êtes-vous observant (e) à l'égard de votre diète, prise médicamenteuse, check up chez votre médecin traitant ?

Axe II : La notion de plaisir et de déplaisir chez le patient

- Est-ce que votre qualité de vie s'est altérée après cela ?
- Est-ce que votre entourage a remarqué un changement d'humeur/caractère après cela ?
- Est-ce que vous êtes devenu (e) plus susceptible ?

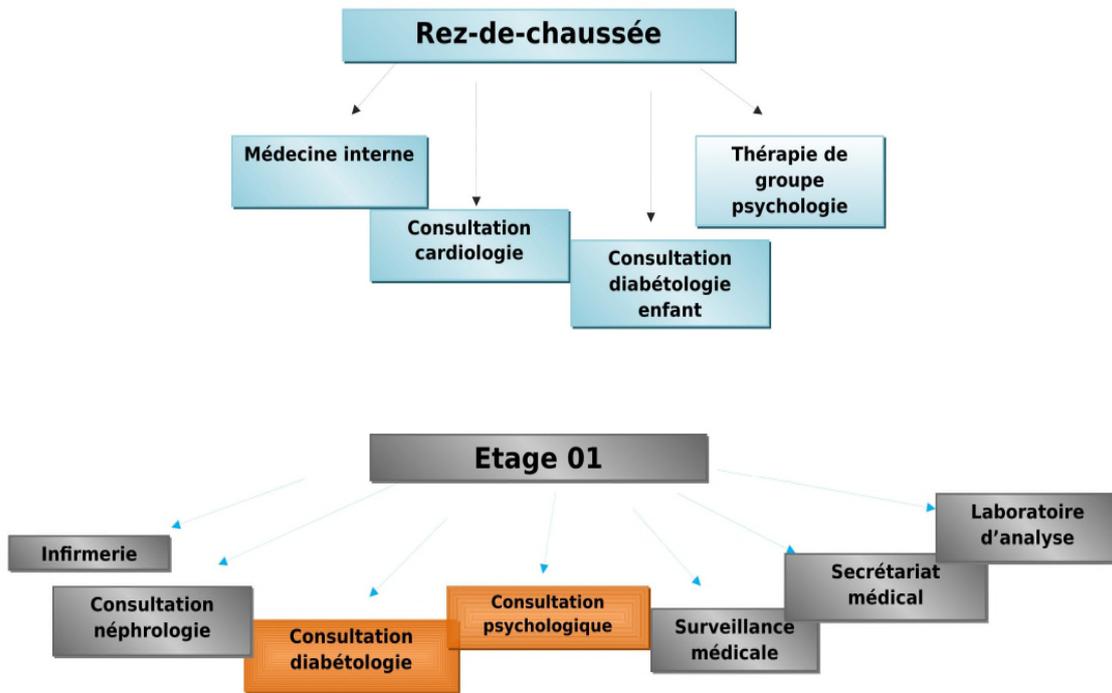
- Avez-vous du mal à exprimer vos émotions ?
- Votre relation avec votre conjoint (e) a-t-elle changé ?
- Trouvez-vous goût à la vie ?
- Eprenez-vous un sentiment de désarroi ou de dégoût ?
- Faites-vous des nuits complètes de sommeil ?
- Votre sommeil vous revigore, ou vous vous réveillez en fatigue ?
- Rêvez-vous souvent ?
- Quel genre de rêves faites-vous ?
- Avez-vous des projets d'avenir ?

Annexe 2

Organigramme de la clinique

Beau séjour

L'organigramme de la maison des diabétiques : clinique Beau séjour



Annexe 3

Planches du test Rorschach

Les planches du test Rorschach



Planche I



planche II



Planche III



Planche IV



Planche V



Planche VI

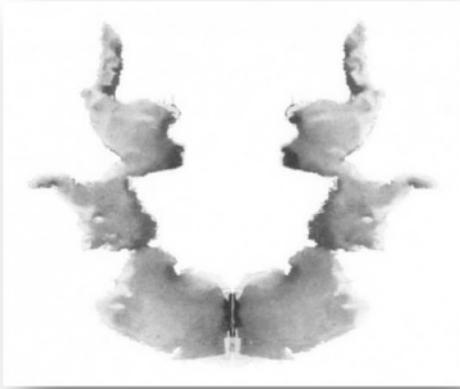


Planche VII

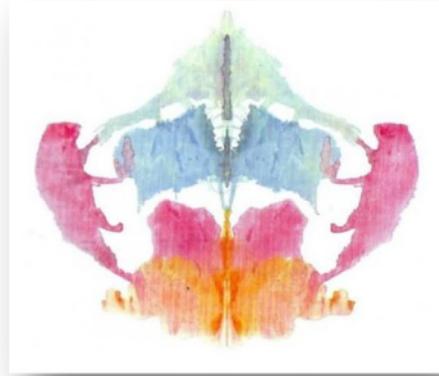


Planche VIII



Planche IX

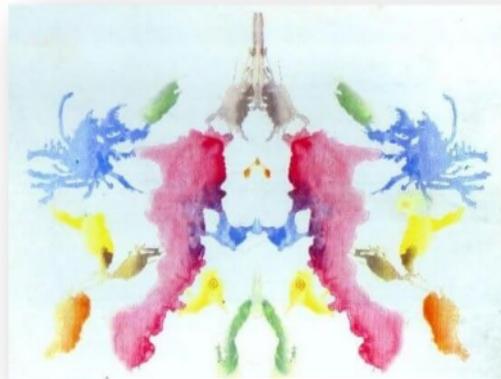


Planche X

Annexe 4

Normes adultes du test

Rorschach

Normes adultes du test rorschach

R = 20-30

F% = 60-65%

A% = 35-60%

G% = 20-30%

F+% = 70-80 %

H% = 15-20 %

D% = 60- 70%

F% élargi = 80 %

Ban = 20-23 %

Dd% = 10 %

F+% élargi = 80 %

Dbl % = 10 %

RC% = 30-35 %

Résumé :

Cette étude est entreprise dans l'optique d'exposer les différents types de fonctionnement mental existant chez les diabétiques de type 2. Le socle de cette première est l'approche psychosomatique analytique de Pierre Marty, l'une des approches qui a le plus porté intérêt à la question tant controversée : La psyché et le corps sont-ils étroitement connectés ?

La mise en pratique de cette recherche a eu lieu au sein de la clinique Beau séjour de Bejaia, sur un échantillon de quatre individus avec lesquels on a effectué des entretiens semi-directifs qu'on a ensuite consolidé avec l'application du test projectif Rorschach.

Les résultats obtenus révèlent l'homogénéité du fonctionnement mental chez cette catégorie de personnes.

Mots clés : Diabète, Fonctionnement mental, Mentalisation, Psychosomatique.