

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Option : Psychologie Clinique



جامعة بجاية
Tasdawit n' Bgayet
Université de Béjaïa

Mémoire de fin de cycle
(En vue d'obtention du diplôme de master en psychologie)

Thème

L'image du corps chez les enfants diabétiques

(Etude de six cas, réalisée au C.H.U de Bejaia)

Réalisé par :

AIT MOKRANE Lounis

SAIDOUNE Walid

Encadré par :

Mr AMRANE Lakhdar

Année universitaire 2015-2016

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Option : Psychologie Clinique



جامعة بجاية
Tasdawit n'Bgayet
Université de Béjaïa

Mémoire de fin de cycle
(En vue d'obtention du diplôme de master en psychologie)

Thème

L'image du corps chez les enfants diabétiques

(Etude de six cas, réalisée au C.H.U de Bejaia)

Réalisé par :

AIT MOKRANE Lounis

SAIDOUNE Walid

Encadré par :

Mr AMRANE Lakhdar

Année universitaire 2015-2016

Remerciement

Tout d'abord, nous remercions chaleureusement notre encadreur Monsieur L. AMRANE, qui était patient avec nous, et à qui nous devons tout le respect et la gratitude de son aide, ses sacrifices et ses précieux conseils.

Ainsi, notre remerciement avoué est porté, de même, à l'ensemble des enseignants de notre chère université, particulièrement de la faculté des sciences humaines et sociales.

En partie, nous saisissons cette occasion de remercier, encore une fois, le C.H.U de Bejaia, plus précisément, l'ensemble du personnel du service pédiatrique, qui nous ont apporté un aide appréciable.

Nous avons, aussi, la complaisance de remercier toutes les familles des enfants diabétiques, ainsi que toutes les personnes qui nous ont accompagnées durant pratique, toutes personnes, qui ont participé à la réalisation de notre travail,

Enfin, nous remercierons cordialement le membre du jury, qui ont la bienveillance d'accepter d'évaluer notre travail.

Dédicace

Je consacre de dédicacer ce modeste travail, premièrement, à mes très chers parents, ainsi qu'à mon adorables frère et à ma précieuse sœur et mon, que Dieu les protège, de m'avoir soutenue tout en long de mon parcours et encouragé.

Sans oublier ma grande famille, de près ou de loin ; à tous ceux qui portent le nom AIT MOKRANE et KANDI.

Et encore, à tous mes amis, chacun en son propre prénom, sans exception, soit sans oublier quiconque ...

Je vous remercie ...

Lounis

Dédicace

Je dédie le travail présent à tous mes parents, qui je tiens à les remercier infiniment, ainsi qu'à toute ma famille, et tous ceux qui portent le nom de SAIDOUNE, évoquant aussi, à tous mes amis, je vous remercie chaleureusement. .

Merci ...

Walid

SOMMAIRE

Introduction générale	1
------------------------------------	----------

Partie théorique

Chapitre I : L'image du corps

Préambule	5
1 - Définition de l'image du corps	5
1 - 1 - La notion de l'image	5
1 - 2 - La notion de corps	6
1 - 3 - La notion de l'image du corps	6
2 - La différence conceptuelle avec l'image du corps	7
2 - 1 - L'image du corps	7
2 - 2 - Le schéma corporel	8
2 - 3 - Le soi	8
2 - 4 - La représentation de soi	8
2 - 5 - L'image de soi	9
3 - Les dimensions structurelles de l'image du corps	9
3 - 1 - La structure de l'image du corps chez P. SCHILDER	10
3 - 2 - La structure de l'Image du Corps chez J. LACAN	10
3 - 3 - La structure de l'image du corps chez F. DOLTO	11
3 - 4 - La structure du « moi-peau » de D. ANZIEU	12
3 - 5 - La structure de l'Image du Corps selon B. PRICE	14
3 - 6 - La structure de l'Image du Corps selon E. W. PIREYRE	15
4 - Evolution de l'image du corps	17
4 - 1 - la première phase	17
4 - 2 - La deuxième phase	18
4 - 3 - La troisième phase	18
5 - L'approche psychanalytique de l'image du corps	19
6 - Image du corps et la maladie chronique	23
Résumé	23

Chapitre II : L'enfant et L'enfance

Préambule	26
1 - Définition de l'enfant et de l'enfance	26
2 - aperçu historique	26
3 - Les stades de développement de l'enfant	27
3 - 1 - Selon J. PIAGET	27
3 - 1 - Selon S. FREUD	27
3 - 1 - Selon H. WALLON	28
4 - Les caractéristiques du groupe de recherche	28
Résumé	29

SOMMAIRE

Chapitre III : L'enfant diabétique

Préambule	31
I - L'aspect clinique du diabète	31
1 - Définition du diabète	33
2 - Histoire du diabète	34
3 - Classification du diabète	36
3 - 1 - Diabète insulino-dépendant	36
3 - 2 - Diabète non insulino-dépendant	37
3 - 3 - Autres types de diabète	38
4 - Dépistage du diabète	39
5 - La symptomatologie du diabète insulino-dépendant	41
5 - 1 - L'hyperglycémie	41
5 - 2 - L'hypoglycémie	42
6 - L'étiologie du diabète insulino-dépendant	43
6 - 1 - Les facteurs héréditaires	43
6 - 2 - Les facteurs prédisposants	44
6 - 3 - Les facteurs immunologiques	44
6 - 4 - Les atteintes du pancréas	44
6 - 5 - Les médicaments, cause du diabète insulino-dépendant	44
7 - Les complications du diabète insulino-dépendant	45
7 - 1 - Les complications aiguës	45
7 - 2 - Les complications infectieuses	46
7 - 3 - Les complications chroniques	47
8 - Le traitement du diabète insulino-dépendant	48
8 - 1 - Le traitement du diabète non insulino-dépendant (DNID)	49
8 - 2 - Le traitement du diabète insulino-dépendant (DID)	49
II - L'aspect psychologique du diabète	54
1 - Le vécu psychologique du diabète	54
1 - 1 - Les phases d'acceptation du diabète	55
1 - 2 - Chez l'enfant	56
1 - 3 - Chez la famille	57
2 - L'impact psychologique du diabète et ses influences	58
Résumé	60

Choix du thème, problématique et hypothèse

Préambule	62
I - les objectifs de la recherche	62
II - Définition et l'opérationnalisation des concepts	62
1 - 1 - Définition des concepts	62
1 - 2 - Opérationnalisation des concepts	63
III - Le cadre général de la problématique	64

SOMMAIRE

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

Préambule	73
I - La démarche de la recherche	73
1 - Présentation de lieu de recherche	73
2 - Pré-enquête	74
3 - La présentation de la population d'étude	75
3 - 1 - Les critères de sélection	75
3 - 2 - Les caractéristiques du groupe de recherche	76
4 - La méthode suivie	76
II - Les techniques et outils utilisés	77
1 - L'entretien clinique	77
1 - 1 - Définition	77
1 - 2 - L'entretien semi directif	78
1 - 3 - L'analyse de l'entretien clinique	78
2 - Le test du Rorschach	79
2 - 1 - Aperçue historique	79
2 - 2 - Aperçue du matériel	80
2 - 3 - Les étapes d'administration du test	85
2 - 4 - Les consignes de test du Rorschach	87
2 - 5 - La méthode d'analyse du protocole du Rorschach	88
2 - 6 - Analyse de l'image du corps à travers le Rorschach	95
III - Le déroulement de la recherche	99
Résumé	100

Chapitre V : Présentations des cas et discussions des hypothèses

Préambule	102
I - Présentation et analyse des résultats	102
1 - Cas de Katia	102
2 - Cas d'Amel	111
3 - Cas de Hamid	123
4 - Cas de Wissame	133
5 - Cas de Rayan	142
6 - Cas de Massi	151
II - Discussions des hypothèses	160
1 - Première hypothèse	160
2 - deuxième hypothèse	163

Conclusion générale	167
----------------------------------	------------

Bibliographie

Annexe

Résumé

Liste des abréviations

....	Temps de réflexion	F [±]	Forme indéterminée
∧	Position initiale	FC	Forme-couleur
v	Position inversée	FClob	Forme-Clob
>	Position latérale droite	Frag	Fragment
<	Position latérale gauche	G	Localisation globale
Σ	L'ensemble	Gbl	Localisation globale dans le blanc
A	Réponse animale	Géo	Géographie
Ad	Réponse détail animale	H	Réponse humaine
Anat	Anatomie	(H)	Réponse humaine irréelle, surnaturelle ou légendaire
Ban	Réponse banale (Banalité)	Hd	Réponse détail humaine
Bot	Botanique	(Hd)	Réponse détail humain irréel
C	Couleur pure	K	Kinesthésie humaine
Ⓒ	Utiliser une couleur que l'originale	kan	Kinesthésie animale
C'	L'utilisation du noir et du gris	m	Minutes
CF	Couleur-forme	Obj	Objet
C.H.U	Centre hospitalo-universitaire	O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
Clob	Clair-obscur	O.N.G.	Organisation non gouvernementale
ClobF	Clob-forme	O.N.U.	Organisation des Nations Unies
Crit. Obj	Critique objective	Pays	Paysage
D	Réponse grand détail	Pl	Planches
Dbl	Réponse grand détail dans le blanc	Rép	Réponse
Dd	Réponse petit détail (rare)	Rép. Orig	Réponse originale
Ddbl	Réponse petit détail dans le blanc	Retrnm	Retournement
Descrp	Description	s	Secondes
DID	Le diabète insulino-dépendant	S.H.P	Service d'hospitalisation pédiatrique
DNID	Le diabète non insulino-dépendant	T	Temps
Do	Détail oligophrène ou inhibitoire	T.t	Temps total
E	Estompage	T/Pl	Temps par planche
Elem	Élément	T/Rép	Temps par réponse
Eq. Choc	Equivalent choc	T.L.M	Temps de latence moyen
F	Réponse déterminée formellement	T. App	Type d'appréhension
F ⁺	Forme positive	T.R.I	Type de résonance intime
F ⁻	Forme négative		

List des tableaux

N°	titre	Page
1	Les stades de développement selon J. PIAGET	27
2	Les stades de développement selon S. FREUD	27-28
3	Les stades de développement selon H. WALLON	28
4	La présentation des effectifs, matériels et locaux du S.H.P.	73-74
5	Les caractéristiques de la population d'étude.	76
6	Les catégories du contenu selon C. BEIZMANN.	93
7	La liste des réponses banales selon KLOPFER et PIOTROWSKI.	93-94
8	La représentation des réponses banales en Algérie	94-95
9	Le protocole de Rorschach du cas de Katia	104-105
10	Le psychogramme du cas de Katia	106
11	Le protocole de Rorschach du cas d'Amel	114-115
12	Le psychogramme du cas d'Amel	115
13	Le protocole de Rorschach du cas de Hamid	125-126
14	Le psychogramme du cas de Hamid	127
15	Le protocole de Rorschach du cas de Wissame	135-136
16	Le psychogramme du cas de Wissame	137
17	Le protocole de Rorschach du cas de Rayan	144-145
18	Le psychogramme du cas de Rayan	146
19	Le protocole de Rorschach du cas de Massi	153-154
20	Le psychogramme du cas de Massi	154



**Introduction
générale**

Introduction Générale

L'Être humain est une entité complexe, perpétuellement en harmonie entre le physique et le psychisme ; c'est ces deux parties qui réalisent son unicité et sa particularité, entre le corps/esprit se dresse une complexité, plus ou moins, en confrontation constante, remarquablement, c'est la définition la plus exacte de la vie humaine.

En outre, comme l'adulte peut subir de multiples conséquences engendrées par certaines atteintes, soit physiologiques ou psychologiques, l'enfant peut aussi avoir de diverses et de graves répercussions suite à de nombreuses atteintes, naturellement par rapport à son jeune âge et aussi à son immaturité, soit physique ou psychique.

Ces deux représentations peuvent impérativement influencer l'un sur l'autre ; dus essentiellement par les perturbations et impacts de la vie en général, comme le physique peut peser sur l'état psychologique : à savoir, les tensions de la vie quotidienne ; les interdits et les obstacles rencontrés agissent sûrement et en vigueur, sur l'aspect psychologique et affectif.

vice versa, comme l'état mental et psychologique interfère comme un indice d'impacte sur l'organisme : à savoir le stress, les délires et les angoisse peuvent être un parfait apport de complications physiologiques et d'atteintes psychosomatiques.

En d'autre partie, certaines maladies peuvent être, relativement, liés à ces deux entités ; être causée, à la fois, par le côté psychologique (psychosomatique) et comme physiologique (somatopsychique), mais avoir principalement des conséquences sur les deux voies ; à faire l'exemple du diabète.

Entre la santé et l'état maladif se trace des limites bien claires ; selon « *un état complet de bien-être psychique, mentale et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie* ». (J. QUEVAUVILLIERS, 2007, p822).

Dans le cas contraire, une maladie s'implique à rompre cette harmonie, notamment le diabète, qui est inscrite parmi les maladies chronique, qui s'explique nettement par une anomalie dans la sécrétion de l'hormone de l'insuline dans le corps, essentiel à la transformation du sucre en énergie.

Par conséquence, elle peut révéler de multiples complications et même jusqu'à en causer la mort. Pour cela, des recherches et de mesures de contrôle sont mises comme dispositifs pour en réduire les risques, jusqu'à ici, faut-il la comprendre vraiment.

Tandis que la majorité des maladies chroniques, si ce n'est pas la totalité, y incluse le diabète, interrompent, parfois et/ou toujours, le bon fonctionnement mental et psychique ; en

l'occurrence l'image du corps, dû principalement par la prise de conscience des changements, surtout, physiques, entraînés par cette maladie, ainsi que, globalement, la modification du mode de vie de ceux qui sont atteints.

L'image du corps humain, à savoir, « *c'est l'image de notre propre corps que nous ferons dans notre esprit* ». (A. BIOY et all, 2002, p135).

Parallèlement, dans notre vie quotidienne nous accordons tous de l'importance à nos apparences, particulière physiques et, principalement, esthétiques, remarquablement, avoir un effet sur l'équilibre psychologique, et surtout sur l'estime de soi ainsi que certaines représentations : l'image du corps.

Par objectif, notre recherche présente porte sur ces deux notions ; l'image du corps et les maladies chroniques, à savoir le diabète, à préciser juvénile ; de type 1 : « l'image du corps chez les enfants diabétiques », en rigueur, d'en connaître l'impact de celle-ci sur l'esprit, l'état psychique ainsi que le côté relationnel de ces enfants.

Ainsi, pour la réalisation de notre travail, on a opté pour un choix de terrain assez captivant : le C.H.U de Bejaia « Khellil AMRANE », de plus, d'un cadre de référence qui est définit par les outils et techniques utilisés ; rigoureusement l'entretien clinique et un test projectif « *le Rorschach* ».

En outre, ce travail saisit six cas, cet échantillon est choisi soigneusement et minutieusement parmi les enfants venus en consultation et selon un certain critère, dans le but d'en tester la fiabilité de nos deux hypothèses.

Entre autre, il se repartie en cinq chapitres, réunit en deux grandes parties : en primauté, la partie théorique comprend le chapitre I : consacré à l'image du corps, où on a évoqué les théories qui l'ont étudiés et expliqués, en soulignant ses étapes de développement du corps ainsi que ses composantes, en partie, aussi, le chapitre II destiné à l'enfant, mais aussi, à cette période de l'enfance, ainsi qu'un troisième chapitre qui englobe la variable indépendante de notre recherche ; qui est le diabète, avec un aperçu de son coté médical, physiologique et psychologique,

Et comme une deuxième partie, qui se rapproche à la pratique, et qui, encore, contient deux chapitre : le quatrième, qui est réservé à la description du groupe d'étude, ainsi qu'au plan méthodologique et aux techniques utilisées ; l'entretien et le Rorschach. Le chapitre suivant ; V, dans un premier temps, est consacré aux présentations des six cas ainsi que l'analyse les informations et les résultats obtenus, et dans le deuxième temps, il entame l'analyse perspicace vis-à-vis de la problématique ainsi que la discussions des résultats que les outils utilisés énoncent nous rapprochant de la fiabilité des hypothèses.



Partie théorique



Chapitre I
L'image du corps

Préambule

Le côté obscur de l'Homme, en l'occurrence psychologique, s'est toujours captivé la curiosité des chercheurs de différentes disciplines. En psychanalyse, et d'autres théories, cerne notre vie quotidienne, le présent et le passé, traduit et interprète les attributs de la vie psychique, elle nous amène sous l'évaluation et la compréhension de tout nos fait et gestes ; nos attitudes, nos pensée, nos comportements.

Une personnalité s'attache pratiquement à l'organisation psychique et mentale d'un individu, qui renferme une multitude de fonctions, mécanismes et stratégies caractéristiques pour maintenir l'équilibre et l'harmonie psychique stable.

Fréquemment, cet équilibre est relativement dégénéré, dont certaines idées et pensées infectées l'infectent, que certaines intégrités idéales, réalités perturbées, à considérer que les représentations mentales et imagées ; la représentation de soi, le schéma corporel, l'immortalité, l'image du corps, et d'autres, ...

L'organisation de l'image du corps réunit toutes les images et données imagées, imaginaires, symboliques, abstraites, émotionnelles, affectives, corporelles ou imposées par une réalité sociale.

Dans le propos de ce chapitre, nous y ferons partie d'une définition, l'évolution de l'image du corps, ainsi que sa valeur dans l'approche psychanalytique, en l'occurrence de mettre en évidence une différenciation entre celle-ci et, tels, le schéma corporel, la représentation de soi, l'image de soi, ..., aussi que les dimensions structurelles et développementales du corps, ainsi ses composantes.

1 - Définition de l'image du corps

Avant de l'en définir et d'arriver à en préciser les entités dans lesquelles elle s'inscrit, il est certes propice d'en détailler et éclairer certaines notions de l'image du corps.

Remarquablement, elle renvoie à un concept éminemment personnel, qui s'attache à la réalité de la personne et en même temps à deux autres concepts.

1 - 1 - La notion de l'image

L'image renvoie à une notion visuelle un sens extéroceptif visuel dû et reflété d'en part un objet (miroir, ...), ou une notion mentale explicite sur le plan neurologique, au sens psychologique, s'attribue aux représentations psychoaffectives et conceptuelles, ou une dimension spéculaire en psychanalyse. (E. DUPRAT, 2007, p47).

A ce propos, une image est purement psychique qui se précise par le model interne, concret ou abstrait, des objets ; à la différence d'une simple perception ainsi à sa juste valeur de vision mentale, elle est traduite par le reflet interne d'une réalité externe, par, donc, une copie conforme ; une reproduction de ce qui se trouve hors de l'esprit, dont la passivité sera sa caractéristique. (J.C. SPERANDO, 1983, p67).

1 - 2 - La notion de corps

1 - 2 - 1 - Le terme de corps en médecine

Ce terme consiste généralement un sens et réalité somatique ; il est employé par référence à une réalité anatomique et physiologique évoquant un symptôme plus ou moins bien localisé, ou le mauvais fonctionnement d'un organe dans le corps, évoquant aussi qu'une plainte devra être définis par une altération générale de la conscience du corps. (P. BERNALD, 1977, p151).

1 - 2 - 2 - Le terme de corps en psychanalyse

En 1920, dans l'un des ouvrages de FREUD : « AU-DELA DU PRINCIPE DE PLAISIR », il paraît que le terme « *enveloppe* », désigne pour lui une certaine membrane de pare-excitation, ainsi, le corps est inclus. Dans une autre optique, S. FREUD rapporte à la notion du corps une destinée à s'être une entité de surface significative d'une moi corporel, il n'est rien qu'une projection du Moi. (D. ANZIEU, 1985, p257).

Ce terme est très indicateur en psychanalyse, étant développé sous une double particularité : « *contenant* » et « *délimitant* », car il désigne l'un des principes unificateurs et un outil d'ajustement entre le monde interne et externe. Le corps est une membrane, à la fois, séparatrice et d'isolement, au même temps, de surface et en particulier de communication en mettant en contacte l'esprit (le psychisme) avec l'extérieur, à l'égard de cette double fonction, le corps assure aussi le sentiment de l'unité de soi, ainsi que l'organisation physiologique et morphologique à la différence d'autrui. (A. SANGLADE, 1983, p106).

1 - 3 - La notion de l'image du corps

1 - 3 - 1 - L'image du corps en médecine

En médecine, l'image du corps ne serait-elle rien qu'une image reflété par la formation du corps parallèlement avec le développement de la personnalité ; rien qu'une illustration d'un corps, tel qu'il apparaît à l'individu, en développement au même temps sa personnalité. « *L'unité du corps* » et sa construction dépend essentiellement sur des sens, en partie : tactile, thermique, douloureuse,

et d'autres fonctions de la surface cutanée du corps, ainsi que les fonctions kinesthésiques représentés par les muscles et les tendons. (P. BERNALD, 1977, p155).

Dans des recherches et études actuellement faites en neurologie, l'image du corps est une représentation langagière de l'espace qu'occupe le corps, elle pourrait être expliquée par des « *représentations verbales multiples du corps, de ses différentes parties et de ses rapports spatiaux à celui d'autrui* ». (C. MORIN, S. THIEBIERGE, 2004, p.419).

1 - 3 - 1 - L'image du corps en psychanalyse

En psychanalyse, la notion du corps qui l'intéresse ne serait pas l'organisme, le corps concret, qui est ausculté, mais le corps vivant, de sorte qu'il soit aimé ou rejeté, « *tel qu'il est inscrit dans notre histoire et tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés* ». (J.D. NASIO, 2007, p112).

Au moment où la médecine la voit comme telle, la psychanalyse élucide l'image du corps en prenant l'exigence d'attributions psychiques à la représentation du corps ; elle n'est rien d'autre qu'une « *construction psychique de la représentation du corps* », fondamentalement personnelle, éminemment inconsciente, elle est réalisable et se concrétise par interférence des facteurs psychologiques et sociaux. (C. MAREAU et A. VANEK, 2004, p95).

2 - La différence conceptuelle avec l'image du corps

2 - 1 - L'image du corps

Cette expression est différenciée par rapport à la neurologie, la psychiatrie et à la psychanalyse, ainsi qu'elle soit élaborée sous des significations et explications caractéristiques à chaque époque, à chaque discipline ou aux présupposés théoriques. (E. DUPRAT, 2007, p47).

Le vrai rapprochement de l'image du corps est synonyme du « *moi-peau* », un concept développé par D. ANZIEU en 1974, qui renvoie essentiellement à la notion d'une figuration du moi de l'enfant, dans lequel, au cours de son développement, il se représente lui-même comme moi, par ses expériences menées sur la surface du corps.

L'image du corps sera une conception situant au carrefour du somatique et du psychique ; situant « *à la charnière du corps physique et du soi psychique* », l'expliquant ainsi P. SCHILDER en 1968 (S, CLAUDEL, 2012, p73), et elle pourra être aussi se rattacher à une représentation mentale et inconsciente de soi, d'après SANGLADE, cette symbolisation s'effectue par étayage sur la représentation de soi et sur le schéma corporel, étroitement lié et plutôt différencié. (S, CLAUDEL, 2012, p76).

2 - 2 - Le schéma corporel

Une différenciation entre ces deux notions s'effectue nettement ; entre le schéma corporel, l'image du corps, une certaine délimitation : le schéma corporel tire un profil de représentation « *non-consciente* » du corps, conçu par l'hémisphère droit, qui introduit un « *ajustement automatique des mouvements* » au profit de l'environnement spatial. (C. MORIN, S. THIEBIERGE, 2004, p.419).

Ce concept se définit par une « *réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique* » (F. DOLTO, 1984, p18). Il peut être spécifié par la représentation de l'espèce, quelque soit le lieu, l'époque ou les conditions dont lesquelles l'individu vit, comme il peut être approprié en partie à être « *inconscient mais aussi préconscient et conscient tandis que l'image du corps est éminemment inconscient* ». (F. DOLTO, 1984, p18).

Il se structure et se construit par rapport à l'apprentissage, l'expérience immédiate, effectué sur le corps, ainsi qu'une caractéristique évolutive qui s'effectue dans le temps et l'espace (F. DOLTO.,1984, p49), pour parier cette définition, S. GALLAGHER rajout qu'il s'avère un « *système de processus* » « *sensori-moteurs* », fonctionnant sans aucun contrôle perceptif ni conscience réflexive, mais sous un apport involontaire et inconsciente, qui ajustent et adaptent continuellement la posture et les mouvements. (E. DUPRAT, 2007, p49)

2 - 3 - Le soi

De l'antiquité à nos jours, le soi prend émergence depuis SOCRATE par sa question métapsychologique : « *qui suis-je ?* » jusqu'à l'apport psychanalytique, et autre champs théoriques, elle s'associe à la conscience de soi mais aussi aux sentiments qu'on en a de soi.

Le soi prend forme avec S. FREUD, soit elle s'explique par la façon où le sujet s'appréhende, soit une production constructive qui s'établie selon trois axes : il - le soi - est un résultat du narcissisme infantile, en second, il prend sa genèse dans les expériences effectuées pour la réalisation de l'idéal du moi, et en troisième, il se résulte de la satisfaction de la libido objectale.

En parité, D.W. WINNICOTT a repris l'idée du soi dans l'un de ces concepts attributif au « *Self* », qui convient au développement psychique lié au vécu corporel par le sentiment de la continuité d'exister. (S, CLAUDEL, 2012, p67).

2 - 4 - La représentation de soi

Proche de l'image du corps, elle signifie une projection du corps que l'on extériorise et l'on diffuse, que l'on donne à voire ; un corps « *objectalisé* », elle - la représentation de soi - est une

sorte d'une médiatisation qui agit sur la relation des autres. Sur des qualités inconscientes issues du vécu corporel, que celle-ci attribue un conditionnement des relations individuelles aux autres. (A. SANGLADE, 1983, p106).

La représentation de soi, ainsi définit par N. R. de TRAUBENBERG (1990) : « *un principe unificateur qui centre l'étude du fonctionnement psychique sur le sujet tel qu'il se vit dans son corps et son univers relationnel* ». Fondamentalement, d'après A. SANGLADE, étant située « *au carrefour de l'éprouvé narcissique et de la vie relationnelle* », elle se désigne au tant que contenant fantasmatique du soi et s'affiche sur un plan de l'élaboration mentale du soi, qui active, assure pour tout un chacun : « *le sentiment de la continuité de son existence, de s'individualiser, et d'intégrer son évolution individuelle* ». (S, CLAUDEL, 2012, p69).

2 - 5 - L'image de soi

Etroitement lié, l'image de soi est parallèlement associée implicitement aux autres concepts : l'image du corps et le schéma corporel, un concept représentatif, relatif à l'ensemble des perceptions et de croyances à propos du soi que celles-ci s'articulent au tour de l'acceptation du soi. (E. DUPRAT, 2007, p47).

L'image de soi s'active par la double dimension, complémentaires, reliées à la question de la reconnaissance, impliquant la reconnaissance par autrui et la reconnaissance par soi-même. (E. DUPRAT, 2007, p49).

3 - Les dimensions structurelles de l'image du corps

Les travaux psychanalytiques et recherches, qui ont été faites sur l'image du corps, convergent que ce concept explique et introduit l'intégration psychique de la représentation du corps. Cependant, d'un auteur à un autre, elle se différencie et elle semble être distinguée sur le plan de sa signification et de sa définition, ainsi que référenciée par des critères et des dimensions dans lesquelles elle s'organise.

Par ordre de développement, l'image du corps, ainsi qu'elle se construit comme un organe productif, se conçoit par des dimensions, en principe, elle renvoie à de multiples composants, soit des formes, qui seraient une synthèse de l'entité globale de l'image du corps.

Avant d'évoquer ces modalités que F. DOLTO distingue et fixe pour l'image du corps, comme des spécificités, il serait convenable de citer certains auteurs, que l'on estime fondamental, accommodé de les inclure, nous conduisant auprès, à priori, de P. SCHILDER, J. LACAN, D. ANZIEU et E. W. PIREYRE, des auteurs qui ont élaboré et détaillé la structure de ce concept.

3 - 1 - La structure de l'image du corps chez P. SCHILDER

En 1968, P. SCHILDER, dans son ouvrage intitulé « L'IMAGE DU CORPS », dans lequel il nous amène à concevoir cette notion totalement nouvelle. Il est de privilège qu'on découvre les différentes formes de l'image du corps, distingué sous trois aspects et structures ; « *le corps perçu* », en deuxième lieu « *le corps social* », et enfin, « *le corps libidinal* ».

Selon P. Schilder, l'image du corps s'explique ainsi ; elle se structure d'en part ses trois formes. Premièrement, il apparente l'image du corps à un modèle postural ; précisé dans le corps perçu, appréhendé dans les mouvements et dans les perceptions cutanées, musculaires, tendineuses et viscérales, qui s'indiquent de se soumettre aux transformations constantes et continues, qui s'élaborent à partir de ses perceptions et des changements de position du corps dans l'espace.

De plus, le corps social, la deuxième phase de l'image du corps, se construit aux près des autres et dans la relation avec autrui, par empathie, celle-ci, qui est propre à l'individu, s'identifie à celles des autres personnes, sans l'apport d'une certaine intersubjectivité « *nous serions incapables de nous construire une image du corps si nous n'avions pas de contacts sociaux* ».

Pour finir, le dernier point s'inscrit dans le corps libidinal, P. SCHILDER explique la conception de l'image du corps à partir de la libido, elle est liée à l'affectivité apparentée à certaines zones corporelles bien précises (les orifices, par exemple), qui en procurent et sont d'importantes sources de sensation, mais aussi, la libido permet d'investir de nouvelles zones. (A. BIOY et all., 2002, p135) et (J. VIDEAU, 2013, p12).

3 - 2 - La structure de l'Image du Corps chez J. LACAN

J. LACAN explique que le corps, vu par catégorie, il pourrait être divisé en trois facettes, où chacune d'elles correspond une image précise :

La première facette est « *l'image du corps réel* », qui correspond au corps comme tel, comme on le ressent, qu'il s'agit d'un « *corps des sensations* », « *corps des désirs* » ou d'un « *corps de jouissance* », qui - image du corps réel - se construit par organisation d'un « *ressentir consciemment* », c'est l'image dite consciente ou d'un « *ressentir en mouvement* », celle-ci correspond à l'image diffusée par action, elle est assurée par les mouvements, de plus que « *ces deux façons de percevoir notre corps actualisent d'anciennes perceptions* ».

Deuxièmement, J. LACAN prétend une « *image du corps vu* », telle une liaison au « *corps imaginaire* », qui correspond à ce qu'il nomme l'« *image spéculaire* ». Cette notion est par excellence la caractéristique du « *stade du miroir* », qui apparaît entre six et 18 mois. Face au

miroir, « *le corps appréhendé dans la masse, saisi instantanément comme une silhouette ou perçu globalement comme une ombre humaine* », que l'enfant reconnaît l'image de son corps et celle de l'adulte qui le tient dans ses bras, et s'identifie à lui-même mais aussi au parent qui l'entoure, pour J. LACAN, c'est le début de l'image unifiée de la personne de l'enfant, de part en part la construction de son identité et du « *je* ». (J.D. NASIO, 2007, p114-122).

La dernière facette que J. LACAN nommait, serait une image du corps « *symbolique* » ou « *signifiant* » ; c'est l'image d'un corps partiel et fragmentaire. S'expliquant ainsi de l'ensemble des particularités physiques, des organes et de toutes les parties du corps, qui deviennent des signifiants si elles sont toujours associées au sujet ; ainsi l'image du corps signifiant est le nom qualifiant la partie signifiante du corps, autrement dit, « *le corps signifiant est la singularité corporelle qui détermine, directement ou indirectement, le cours de notre existence* ». (J.D. NASIO, 2007, p144).

3 - 3 - La structure de l'image du corps chez F. DOLTO

De suite, par ajout à ces deux structures conçues par SCHILDER et LACAN, détaillées ci-dessus, il est conforme, à présent, de définir la structure de F. DOLTO de l'image du corps. Pour elle, celle-ci est de nature inconsciente, et sur le plan structural, elle se constitue telle une synthèse et une articulation dynamique de trois composantes. (F. DOLTO, 1984, p49).

La première composante s'appréhende sous la notion de « *l'image de base* » une caractéristique qui jaillit dès la naissance, un aspect de se ressentir dans une « *mêmeté* » et dans une continuité spatio-temporelle, définis spécialement par le narcissisme d'être connue et reconnue (F. DOLTO, 1984, p50), cette construction narcissique assure la sécurité de l'existence de l'Être humain, et est un véritable lien à la vie. (S, CLAUDEL, 2012, p74).

La seconde s'affiche dans « *l'image fonctionnelle* », signifie la représentation des accomplissements du corps, caractérisée par la dynamique qu'elle se modifie au fil des désirs et des relations (S, CLAUDEL, 2012, p74).

Ainsi dire qu'elle est l'« *image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir* », « *c'est grâce à l'image fonctionnelle que les pulsions de vie peuvent, après s'être subjectivées dans le désir visé à se manifester pour obtenir le plaisir, s'objectiver dans la relation au monde et à autrui* ». (F. DOLTO, 1984, p50).

La troisième est figurative ; elle s'associe à l'image fonctionnelle du corps, « *le lieu où se focalise le plaisir en déplaisir érotique dans la relation à l'autre* », la représentation de « *l'image érogène* » se réfère « *à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés, traits et trous, images douées d'intention émissives, actives ou réceptives passives à but agréable ou désagréable* » (F. DOLTO,

1984, p57). L'image érogène se focalise donc sur les affects émis par le plaisir et le déplaisir liés aux désirs et à leurs réalisations. (S, CLAUDEL, 2012, p74).

L'image du corps, selon F. DOLTO, est structuré de synthèse entre l'image de base, fonctionnelle et érogène, se reliant par une articulation « *dynamique* », activées par « *les pulsions de vie* », qui correspond au désir d'être, de préserver l'avenir ou encore l'advenir, « *l'image dynamique exprime en chacun de nous l'État, appelant l'Advenir : le sujet en droit de désirer, [...] la « désirance* » ». (F. DOLTO, 1984, p58).

3 - 4 - La structure du « moi-peau » de D. ANZIEU

L'autre concept qui serait un identique et même le synonyme de l'image du corps que P. SCHILDER explique, le souligne D. ANZIEU dans son ouvrage « LE MOI-PEAU ».

Par ce qu'il souligne, ce concept n'est rien qu'une figuration symbolique, entre le moi et les sensations de la peau, qui coexiste encore avec un autre concept, qui sont parallèlement disposés, de ce qu'il appuie, l'ébauche et la constitution du moi-peau incite l'appareil mental à prévoir le moi-pensant (le penser) : « *un appareil à penser les pensées* ».

Les représentations que compte l'appareil psychique, tirés de part en part des expériences, des mouvements et des états du corps, que le moi-pensant se met en œuvre et permettra la mise en relation des pensées ; la conception de celui-ci, le penser, s'accommode « *par analogie* », et « *homologie* » avec la structure du corps et la peau.

Ainsi, pour lui, le moi-peau et le moi-pensant, deux termes avec une contiguïté fondamentale, dont le deuxième repose et transpose les fonctions du premier, qui remplit, à son tour, celles de la peau.

D. ANZIEU énonce donc le moi-peau sous ces trois niveaux, remplissant ainsi des fonctions d'abstraction et de symbolisation différentes. Par une action continuelle entre les fonctions de la peau, le moi et du penser, s'articulant, chacun, comme « *un processus dialectique d'emboîtement-retournement* ». (S, CLAUDEL, 2012, p77-78).

A partir de ces trois niveaux, qu'ils en opèrent entre eux, il classe huit fonctions du moi-peau, des fonctions qu'elles seules peuvent être, constamment, un énoncé d'une image réelle.

La première fonction s'inscrit sous la valeur de « *maintenance du psychisme* », qui se rapporte à l'équivalence de la fonction de la peau qui serait contenante, soutenant des muscles et du squelette, le moi-peau a en particulier la fonction de maintenir le psychisme.

A ce moment, il - le moi-peau - serait en partie les mains de la mère, que le bébé l'a déjà intériorisé, maintient fonctionnement du psychisme, ainsi l'œuvre des mécanismes de défense, au même temps que la mère le - le bébé - maintienne, de garder son corps dans un état d'unité et de solidité.

Cette première fonction est équivalence de ce qui a appelé D.W. WINNICOTT « *le holding* », soit la façon dont la mère soutient le corps de son bébé, « *par intériorisation du holding maternel* », inflige un certain développement psychique.

« *La contenance* » serait la deuxième fonction, selon D. ANZIEU, du moi-peau, qui désigne une délimitation de ce qui est dedans de ce qui est dehors. Exercée principalement par « *le handling maternel* », à priori les soins que la mère lui - le bébé - procure appropriés à ses besoins, mais aussi des jeux entre le corps de la mère et le corps de son enfant, ainsi que des réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé (les écholalies et les échopraxies, les réponses gestuelles et vocales, ...), par lesquelles l'élaboration du moi-peau sera possible.

Troisièmement, « *la constance* » du moi-peau se réunit à la synthèse de « *pare-excitation* ». Le concept appuyé par D. ANZIEU, le représente comme une structure qui se développe virtuellement à la naissance, à son actualisation par rapport à la confrontation de l'environnement primaire. La peau, et plus précisément la couche supérieure et superficielle de l'épiderme, se tient comme une couche protectrice de celle-ci (une couche sensible), et en général, de tout l'organisme contre les agressions physiques, les radiations, l'excès de stimulations externes et contre les effractions pulsionnelles endogènes.

Le quatrième point dissimule une notion d'« *individuation de soi* », rien de se concentrer sur la peau et de l'organisme, sur le plan de l'organisation cellulaires, la distinction et la protection contre les corps étrangers est très visible, ainsi pour élucider la spécificité exclusive de la peau, en effet, à titre de similitude, le moi-peau a pour fonction d'individuation ainsi de plus l'émergence du soi. Il se rapporte à ce sentiment d'être un Être unique, dont l'unicité de l'individu figurant dans les frontières du Soi, serait-elles des distinctions d'autrui.

L'autre point consiste sur « *la correspondance* » que le moi-peau serait une surface psychique qui s'identifie à des sensations de toutes genres, qui correspondent à l'enveloppe tactile. Ainsi dire que le moi-peau peut se définir par l'intersensorialité, qui s'effectue généralement par le toucher, serait la constitution du sens commun et il donne lieu aux sens.

Le point qui suit s'oriente vers « *la sexualisation* », à ce qu'il pourra être souligné dans l'apport des soins maternels, souvent agréables, installent un certain plaisir d'autoérotiques, les

plaisirs narcissiques du Moi et les plaisirs intellectuels du penser. Au contact avec la peau de sa mère, qui concorde avec le soutien de l'excitation sexuelle, le bébé (sa peau) fait l'objet d'un investissement libidinal, désigné par une continuité de ces plaisirs pour arriver à la localisation des zones érogènes ainsi que la différence des sexes.

De suite, le moi-peau renferme encore une autre fonction représenté par « *la recharge libidinale* », qui permet le fonctionnement psychique et de maintenir les tensions énergétiques internes entre les sous-systèmes psychiques par une répartition intégrale.

A préciser aussi que la peau se constitue comme une surface de stimulation sensori-motrice provenue des excitations externes qui en indique l'énergie nécessaire et sa répartition pour assurer le fonctionnement psychique.

La huitième fonction que D. ANZIEU l'a mit en dernière, se relie à « *la signifiance* » dont l'« *inscription des traces sensorielles tactiles* » s'est ce signifiant. Elle se développe, principalement, par un appui biologique, qui serait le premier dessin de la réalité s'imprimant sur la peau, de plus l'appui social, qui serait la référence de cette inscription tactile, qui se renforce par l'environnement, une appartenance à un groupe social, que l'individu faisait partie. (D. ANZIEU, 1985, p119-129).

3 - 5 - La structure de l'Image du Corps selon B. PRICE

A présent, on pourrait mentionner la définition effectuée par B. PRICE de l'image du corps, selon une répartition de trois composantes, expliqué, ci-dessous, dans le corps réel, le corps idéal, ainsi ce qu'il appelle « l'apparence ».

En premier lieu, pour lui, « *le corps réel* » s'identifie au corps tel qu'il est existé et tel qu'il est et existe, le corps réel est de quelque sorte une composante de l'environnement ; il change d'allure de raison à ce qu'il vieillit et par l'usure du temps et à ce qu'on l'utilise de permanence, de même que des agressions venant de l'extérieur, telles que des traumatismes, cancers, infections peuvent avoir une autre tournure et change de manière radicale le corps réel.

La deuxième composante s'inscrit dans « *le corps idéal* », illustré par l'image mentale du corps rêvé, influencé par des normes socioculturelles, des publicités et par des diverses modes physiques et de santé.

Le dernier est « *l'apparence* » qui est littéralement la façon de présenter le corps au monde extérieur, et elle est une manière d'harmonisation entre le corps réel et l'image qui reflète le corps idéal, de sorte qu'entre le rêve et la réalité concorde pour ainsi réaliser l'apparence aux yeux des

autres, mais elle est aussi interrompue, de façon qu'elle s'y influence dont le corps réel et le corps idéal peuvent la changer. (S. BEYELER et al., 2006, p8).

3 - 6 - La structure de l'Image du Corps selon E. W. PIREYRE

La théorie de E. W. PIREYRE met l'image du corps sous un autre concept, qu'il décrivait par l'« *image composite du corps* », et il met en évidence que le schéma corporel, qu'il nommait encore de « *sensibilité somato-viscérale* » n'est qu'un des sous-composantes des l'image du corps. Pour lui, elle tient son existence par neuf sous-composantes. (E.W. PIREYRE, 2011, p11).

La première sous-composante que E. W. PIREYRE explique comme un « *phénomène de la conviction de la continuité d'existence* », serait une notion de « *continuité d'existence* » qui est « une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là ; toujours « *le même* » », à travers certain excitations sensorielles ou émotionnelles qui l'assurent, en effet, un certain développement psychoaffectif responsable du sentiment de continuité d'existence, nettement définit par D.W. WINNICOTT, par le biais du holding de la mère. (E.W. PIREYRE, 2011, p54)

« *L'identité* » est la deuxième sous-composante de l'image du corps, elle s'acquiert dès la naissance et à travers l'apport du corps et les relations parentales qu'il prend racine, l'enfant se construit, ainsi qu'un processus de subjectivation, d'une part, façon à ce qu'il soit représenté dans l'esprit de ses parents comme différent et séparé de l'adulte, de l'autre part, à ce que certains sensorialité, dialogue tonique, ainsi qu'autre flux sensoriels soient un étayage pour réaliser « *l'actualisation de la limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps* », qui apparait fixer le processus d'individuation. (E.W. PIREYRE, 2011, p62-63).

En suite, « *l'Identité Sexuée* » est approuvée sous une différence entre le sexe biologique qui est définit précocement au cours de la grossesse, contrairement à celle-ci qui est tardivement mise en place, de façon que l'enfant passe par une succession d'étapes : à propos de la distinction et la différenciation anatomique entre les sexes, qualifiée principalement par « *le processus identificatoire œdipien* », stimulé par « *l'activité et les réponses de l'enfant face aux attitudes et aux comportements des personnes de son entourage* ». Pour ainsi compléter, la construction de cette « *identité sexuée* » s'effectue donc par rapport aux données biologiques, affectives, sociales. (E.W. PIREYRE., 2011, p69-70).

La quatrième sous-composante est décrite dans les fonctions de « *la peau* » qui est l'organe frontière et la limite physique séparant le dedans du dehors. De nature « *poreuse* » et « *perméable* », elle assure même le rôle de « *contenance* », estimé que « *toute activité psychique s'étaye sur une*

fonction biologique. Le moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau », qu'explique D. ANZIEU en illustrant que les représentations se construisent grâce à l'activité somatique.

Sa construction dépend essentiellement par une « *dépendance symbiotique commune* » qui se lie au fantasme d'une « *peau commune* » entre la mère et son enfant, puis, celle-ci s'effacera pour laisser apparaître chez eux - la mère et l'enfant - une certaine reconnaissance de la peau et du moi propre à chacun, pour ainsi arriver à établir un sentiment et une construction imaginaire se déroulant au tours des expériences réelles du corps. (E.W. PIREYRE, 2011, p79-80).

Le cinquième constituant de l'image du corps selon E. W. PIREYRE, se mobilise dans « *l'intérieur du corps* », qui ne serait perceptible que par les afférences proprio et intéroceptives que le rythme respiratoire fournit, et la douleur éventuelle est liée au trajet du bol alimentaire. Donc il est possible qu'il ne soit conscientisé, ainsi qu'il ne soit différencié du monde extérieur, que sur des données sensorielles tactiles, visuelles, auditives et vestibulaires. (E.W. PIREYRE., 2011, p94).

En suite, pour le sixième point : « *le tonus* » résulte par un double mécanisme et processus ; l'un, « *actif* » dû au système nerveux central, et l'autre, « *passif* » dû aux propriétés élastiques des tissus musculaires, influencé par la vigilance et les émotions, par évidence, il s'applique dans la formation de la posture.

Le tonus est appréhendé sous certains aspects de la vie psychique, sous forme d'expression, lié au « *trace psychique de l'histoire relationnelle du sujet* ». (E.W. PIREYRE., 2011, p103).

E.W. PIREYRE explique, dans une autre constituante de sa conception de l'image du corps, que « *la sensibilité somato-viscérale* » est due aux deux mécanismes ; « *la sensation* » : c'est un regroupement d'informations sensorielle qui se cheminent vers le cortex, pour ainsi, elle se décompose en « *sensibilité somatique* », qui correspond aux informations mécaniques, thermiques, chimiques, nociceptives et les afférences provenant des articulations, des tendons et des ligaments, et en « *sensibilité viscérale* » émané par les informations originaires des viscères.

Le deuxième mécanisme qui explique cette sensibilité somato-viscérale est « *la perception* », qui renvoie au « *traitement affectivo-moteur* » de la sensation, permettant de mettre en valeur l'« *information sensorielle contrastée* », ainsi elle repose sur la prise de décision, au niveau cérébral, qui serait des « *hypothèses interprétatives* » sur les informations sensorielles reçues. (E.W. PIREYRE., 2011, p114-121).

De continuité, selon E.W. PIREYRE l'image du corps renvoie aux « *compétences communicationnelles du corps* », qui se résume dans « *la valeur du contexte et de la culture nous*

aideraient à décrypter les mouvements du corps », donc, avec une certaine certitude que le corps s'exprime et il est un moyen d'expression et de communication de type corporelle.

Cette sous-composante se lie aux émotions et au tonus, un lien de « *dialogue tonico-émotionnel* », ainsi que l'histoire et le contexte socioculturel propre à chacun interviennent dans la communication ; à savoir « *les modifications toniques, les réactions de prestance, les attitudes corporelle, le geste et le regard* », qui sont des canaux de la communication corporelle. (E.W. PIREYRE, 2011, p124-133).

Le dernier point exposé par E.W. PIREYRE est « *les angoisses corporelles archaïques* », l'image du corps y est signifiante qui amène à explorer, à comprendre qu'elle renferme une certaine angoisse corporelle archaïque, inconscientes, qui sont elles-mêmes des « *implications essentielles* » recueillies dans la vie quotidienne. Son apport s'élabore avant l'installation du langage, dont D.W. WINNICOTT a expliqué auparavant, le nouveau-né est « *au bord d'une angoisse* », ces angoisses peuvent être dépassées, tout dépend des soins maternels, mais elles pourraient aussi ressurgir de certaines situations très chargées émotionnellement. (E.W. PIREYRE,, 2011, p135-137).

4 - Evolution de l'image du corps

4 - 1 - la première phase

« *La phase orale* » est qualifiée par S. FREUD comme une phase de « *cannibalisme* », de part un caractère sexuel, qui en réside dans l'incorporation d'un certain objet qui jouera, tardivement, un rôle important dans l'identification, par le moyen de suçotement sera la référence de cette phase. (A. VANIER, 2005, p82).

Selon A. Braconnier, ce premier stade s'organise sur deux vécus ; le premier est le stade oral primitif, dès le premier semestre de la vie, la bouche est foyer et le moyen d'approche, la succion comme le mode le plus dominant, mais sans aucune incorporation, le deuxième est le stade tardif, en partie l'incorporation par morsure se substitue à la succion. (A. BRACONNIER, 2006, p83).

La première année de la vie est concordée, selon WALLON, au plaisir buccal par prédominance, et dont sa manifestation serait indépendamment de ses besoins physiologiques et de sa destiné; le plaisir ressenti par la succion évoque non pas une certain satisfaction d'un fin biologique et physiologique (apaiser une faim) mais pour le plaisir lui-même, ce plaisir de la succion pour la succion, véhiculé par des pulsions sexuelles (la libido).

Ainsi, il est notable qu'entre les pulsions sexuelles et fonctions corporelles et physiologique, comme il est bien expliqué par les excitations de quelques zones érogènes étant liées intimement

aux besoins de nourriture, donc pour H. WALLON, il s'agit d'un plaisir reliant l'autoérotisme aux données buccales, que celles-ci (lèvres, cavité buccal ...) seraient un moyen d'exploration. (H. WALLON, 1987, p41).

4 - 2 - La deuxième phase

Nommée « *la phase sadique-anale* », elle est marquée par le temps de l'opposition entre actif et passif. (A. VANIER, 2005, p83). D'après A. BRACONNIER, ce stade s'étend de la deuxième à la troisième année de la naissance, caractérisée principalement par des tensions portées sur la défécation : une satisfaction libidinale due à l'évacuation et à l'excitation de la muqueuse anale. (A. BRACONNIER, 2006, p37).

Il est indispensable aussi de le distinguer du premier stade ; à la différence, il paraît que la passivité et la dépendance de l'enfant totalement de sa mère, dans la majorité des situations, déterminent clairement la phase orale, alors que cette phase se caractérise par une maîtrise des mouvements sphinctériens ainsi de l'excrétion, soit une autonomie de l'enfant par rapport à sa mère.

Il est indispensable encore de faire allusion que cette période anale soit un « *déterminant de la personnalité adulte* » ; « *le style de conduite anale* » des comportements et attitudes influençant, conditionnant, et déterminant les traits de la personnalité et même le rapport de l'individu à la réalité. (H. WALLON, 1987, p43).

4 - 3 - La troisième phase

Cette période dénommée « *la phase phallique* » spécifiée nettement par le complexe d'Œdipe. Entre trois à cinq ans, l'enfant oriente principalement la zone érogène dominante vers ses organes génitaux, de plus la décharge et l'exacerbation des tensions.

Des tensions qui pourraient être différenciées, soit pour les garçons, ce complexe comprend une intensification de son amour pour sa mère, aussi qu'un conflit entre son amour pour son père suivi d'une haine, soit pour les filles, dans l'évolution de ce complexe, on perçoit un certain amour pour son père, une attirance préparatoire par des déceptions relationnelles avec sa mère, principalement. (A. BRACONNIER, 2006, p39).

La période pendant laquelle l'enfant accède à l'identité sexuelle, une unité émotionnelle du corps par l'identification au parent du même sexe. (H. WALLON, 1987, p44).

L'image du corps sera un résultat de développement et de construction, qui s'accroît avec les différents stades du développement, elle se succède avec les dimensions relationnelles.

La mise en œuvre de ce concept chez l'enfant, évidemment le bébé, qui est dans un développement permanent, s'appréhende sous une succession d'évènements attribuables aux relationnels, sous des aspects communicatifs élaborés par autrui, plus précisément la mère auquel il est charnellement attaché, qui coïncident avec les sens d'avis, les jugements, les encouragements, ses dires infirment et promeuvent l'évolution de l'image inconsciente du corps.

L'unification de cette image du corps, qui se relie avec l'image de soi et le schéma corporel, s'approprie par la parole et par la relation symbolique avec autrui, qui fait à ce que le nourrisson puisse vivre dans un tout, à considérer que les perceptions rencontrées et accumulées, à savoir les excitations provoquées par la castration et l'insatisfaction d'un quelconque désir, pourraient être des percussions sur un mode de vie morcelé et introjecté. (CH. PAQUIS, 2008, p6).

En revanche, la maturation de l'image du corps s'active à partir de nombreuses castrations qui se succèdent l'une derrière l'autre durant la vie du nourrisson ;

a - la castration ombilicale : cette première étape s'identifie par la fin de la vie fœtale, la naissance qui est considérée comme le premier bouleversement, le premier choc et un nouveau mode de vie totalement différent, avec l'installation du narcissisme comme un fondement primordiale.

b - la castration orale : la deuxième étape s'identifie par l'interdiction de la tétée ou par un sevrage, et qui coïncide avec l'acquisition de la parole et du langage, se met en œuvre pour accéder à l'autonomie et à la socialisation, aussi qu'être nocif à soi ainsi qu'à autrui.

c - la castration génitale primaire : en l'associant avec la deuxième, l'accès au langage pourrait enclencher une différenciation entre les sexes, entre les filles et les garçons.

d - la castration génitale œdipienne : cette étape tourne autour de l'inceste, des interdictions s'ouvrent de nouvelles valeurs aux yeux de l'enfant, à savoir l'organisation de ces pensées apprivoisées autour de l'amour et la haine. (CH. PAQUIS, 2008, p7).

5 - L'approche psychanalytique de l'image du corps

En psychanalyse, cette notion d'image du corps est expliquée et clarifiée à travers de multiples travaux et recherches effectuées par de nombreux auteurs, à titre de S. FREUD, le père de cette discipline, énonce que la peau est en évidence la zone érogène ; la peau serait-elle une zone érogène tenant et indiquant le rôle d'un contenant des pulsions sexuelles, « *la peau qui, en certains endroits du corps, c'est différenciée en organes des sens et c'est transformée en muqueuse autrement dit, la zone érogène par excellence* ». (S. FREUD, 1905, p85).

En 1935, P. SCHILDER introduit le terme image du corps à la liste des concepts psychanalytiques, il insiste sur l'existence d'une image optique du corps, ainsi « *l'image de corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même* » (P. SCHILDER, 1968, p35), une représentation qui, pour lui, se construit par trois aspects ; physiologique, libidinal et social. (A. BIOY et all, 2002, p135).

L'image du corps de P. SCHILDER n'est pas une donnée perceptive fixe, mais une représentation se construisant ainsi par l'évolution temporelle des sensations (de plaisir et de déplaisir) qui l'accompagnent : « *la libido narcissique s'attache successivement à des parties différentes de l'image du corps et, aux différents stades du développement libidinal, le modèle du corps change continuellement* ». (M. EDMOND, 2005, p42).

L'image du corps est admise comme adéquatement par J. LACAN dans ce qu'il appelle le « *stade du miroir* », qui serait une « *identification primordiale dans le sens où il s'agit finalement d'acquérir une identité par la perception d'une image totale de son corps* ». (A. BRACONNIER, 2006, p70).

F. DOLTO, dans sa pratique clinique auprès des enfants névrotiques, a conçu une théorie ; une conception de l'image du corps. Dans son ouvrage « *L'IMAGE INCONSCIENTE DU CORPS* », elle la définit comme un contenant dans laquelle les expériences émotionnelles décrites par les besoins et les désirs, s'inscrivent d'être « *valorisantes et/ou dévalorisantes* » ; pour elle, l'image du corps, inconsciente, sera « *une synthèse vivante de nos expériences émotionnelles* », soit une « *incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant* », comme il pourrait être le noyau inconscient de l'identité, ainsi qu'il est un moyen de « *communication interhumain* ». (A. REIS, 2009, p85).

A réexposer les trois images que F. DOLTO distingue de sa conception de l'image du corps, celle-ci s'explique comme une « *synthèse vivante, en constant devenir* », inconsciente et d'une articulation dynamique de trois composantes : « *image de base, image fonctionnelle et image des zones érogène* ». (F. DOLTO, 1984, p49).

Ainsi, l'image du corps, pour elle, est une accumulation de constructions et de remaniements, se formant tout au long du développement de l'enfant et à travers les « *castrations symboligènes* », qui structurent ses étapes, qui sont dépendantes de « *la maturation psychoaffective et neuromotrice* », qui s'appréhendent par apport des découvertes et d'investissement des zones fonctionnelles du corps.

Grâce au « *symbolisme* » et à l'acheminement de la civilisation, qui surgissent par conséquence du contact de l'environnement véhiculé par des interdits du pulsionnel, obligeant l'enfant d'abandonner certains modes de fonctionnement et de satisfaction. A cet instant préalable au développement de l'image du corps, qui est marqué par l'ajustement du stade du miroir, vers trois ans, et par une préparation du refoulement.

A ce moment, l'enfant reconnaît et différencie sa propre image reflétée dans le miroir de celle d'une autre personne, simultanément, si elle se trouve à côté de lui, donc « *il ne peut plus se confondre avec une image fantasmatique de lui-même* », ainsi, en opportunité, il réalise qu'il est semblable aux autres humains de son entourage ; qu'il est un parmi eux, ainsi, l'enfant finit par comprendre la différence ainsi que l'écart existant entre l'image et son Moi.

Selon F. DOLTO, des événements qui annoncent que « *le paraître se met à valoir, parfois à prévaloir sur le ressenti de l'être* », entraînent un refoulement de l'image du corps par « *l'image spéculaire* », alors essentiellement inconsciente. (F. DOLTO, 1984, p154-158).

Développée encore par A. SANGLADE, l'image du corps en communion avec la notion du moi-peau, identifiée comme un énoncé « *par moi-peau nous désignons une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps* ». (A. SANGLADE, 1983, p106).

En 1974, D. ANZIEU donne une autre conception de l'image du corps : « *le moi-peau* », d'une notion psychanalytique, il le définit comme « *une figuration dont, le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme contenu, les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps* ». (D. ANZIEU, 1985, p4).

Pour lui le moi-peau s'étaye sur les fonctions de la peau, plus précisément sur trois fonctions que la première donne sur la notion de « *sac contenant* » qui retient à l'intérieur le bon et le plein d'allaitement, des soins et de paroles qui y sont accumulés, la seconde, la peau est une interface qui marque la limite avec le dehors ; une barrière qui protège de la pénétration des avidités et des agressions en provenance de l'extérieur par autrui ou objets, enfin, la peau est le lieu et le moyen primaire de communication. (D. ANZIEU, 1995, p62).

C. CHABERT dans son ouvrage « LA PSYCHOPATHOLOGIE A L'EPREUVE DU RORSCHACH », montre que dans le corps de la pulsion « *l'appareil psychique se représente ses pulsions par des figurations corporelles qui traduisent l'expérience de l'excitation corporelle* », que FREUD insiste sur la source corporelle de la pulsion liée aux « *expériences sensorielles* » et aux

« *sensori-motrices* » et sur son « *devenir imaginaire* », et dans lequel, D. ANZIEU a souligné les conditions nécessaires pour l'apparition des pulsions. (C. CHABERT, 1989, p221).

« L'IMAGE DE NOTRE CORPS » est l'un des ouvrages de J. LHERMITTE, dans lequel sa conceptions de l'image du corps affirme que « *chacun de nous possède, effleurant au seuil de sa conscience, une image, un schéma tridimensionnel de son corps, c'est grâce à l'expérience de cette image de notre corps qu'il nous est possible de sentir, de pouvoir, enfin de développer notre action sur notre même et sur le monde qui nous entoure* ».

Contrairement à P. SCHILDER, il indique que l'image du corps est incluse dans son ensemble, et non pas dans certaines zones bien précises réunissent dans des zones érogènes, un ensemble qui pourra être libidinalisé et non réductible à être un simple préface perceptive. (J. LHERMITTE, 1998, p22).

On considère aussi que l'image du corps est une sorte de synthèse vivant des expériences émotionnelles, qui se limite particulièrement par l'espace, qui est définit, à son tour, par le corps comme un cadre imposé. (D. SARRIS, L. STAVROU, 1997, p20).

De référence à P. SCHILDER, F. GANTHERET adhère l'image du corps aux trois ordres, essentiellement, aux fondements physiologiques, à la structure libidinale et à la sociologie (C. BALLOUARD, 2003, p22) ; remarquablement « *il y a une base biologique de l'image du corps qui en fournit les matériaux, c'est la libido qui confère à ces matériaux une structure et une signification, enfin il existe une interaction sociale des images du corps, suit les informe en retour* ». (C. BALLOUARD, 2003, p62).

L'histoire figure aussi dans l'apport de A. WEIL-BARAIS de l'image du corps, pour, ce concept s'inscrit dans une synthèse vivante des expériences émotionnelles personnelles, associée au le schéma corporel, elle s'avère un outil de communication avec autrui. (A. WEIL-BARAIS et all., 2008, p83).

Selon J.D. NASIO, le vrai sens du « *corps* », qui intéresse la psychanalyse, n'est pas le sens de l'« *organisme* », significatif d'un corps ausculté et soigné par la médecine, mais tel un « *corps vivant* », tel qu'il est ressenti ; certes tel qu'il soit aimer ou rejeter, tel qu'il est inscrit dans l'histoire et tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés. (J.D. NASIO, 2007, p112).

Pour J.P. MELOUPOU, l'image du corps reste une construction psychique que les individus se font de leurs propre corps, approuvée par des facteurs psychologiques et sociaux, et encore par l'histoire du sujet et même certaines les valeurs esthétiques de sa société, « *il s'agit de la façon dont*

le sujet se perçoit lui-même et comment il se pense perçu par les autres ». (J.P. MELOUPOU, 2013, p208).

6 - Image du corps et la maladie chronique

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

Dans une recherche effectuée en 2006 par E. AUTOMNE, montre qu'une atteinte par une quelconque maladie inflige la prise de conscience du corps ; les sujets infectés répandent une conscience avérée lorsqu'un silence approuvé par les organes est rompu, ainsi que les expériences dues au moment même de la douleur permettent la instauration des barrières corporelles/psychique.

Comme S. FREUD l'a introduit en 1914, ainsi évoqué par E. AUTOMNE, l'apparition d'une maladie organique, d'une grave plus sera l'impotence de l'impacte, est une voix narcissique, significatif d'une modification de la répartition de la libido aussi qu'un désinvestissement du monde objectale et libidinal, ainsi, de maintenir toute l'attention porté vers son corps.

Cette recherche accomplie sur le cancer, démontre que le traumatisme issu de l'annonce d'un cancer, ainsi vu et vécu par les patients, est un état de remaniement du fonctionnement psychique et de pertes des représentations : d'un corps sain, d'une image idéal du soi, de l'illusion de immortalité et surtout l'image du corps diffusée saine. (E. AUTOMNE, 2006, p83-85).

La manifestation des symptômes d'une quelconque maladie organique s'affiche essentiellement dans une sphère tributaire à son étiologie et d'un savoir précis des signes qu'elle émane. Quant ils rejoignent l'allure obscure du corps, il est remarquable qu'il est d'une impuissance à se manifester, ces symptômes lui donnent paradoxalement une extériorité d'objet, seules les douleurs gardent leurs présence inévitables dans le repli narcissique qui lui détourne de l'objet. (J.B. PONTALIS, 1971, p18).

Résumé

En résumer, de la psychanalyse à la médecine et la neurologie, « *l'image du corps* » est une conception composite de deux autre sphère ; « *image* » et « *corps* », chacun à sa propre signification pour chaque disciplines.

Trois concepts qui se différencient d'une approche à une autre et d'une discipline à d'autre, de même, elle-même se distingue d'autre notion à savoir le schéma corporelle, la représentation de soi, ..., qui, d'un point de différenciation, elle est la représentation inconsciente du corps, une conception fondamentalement mentale qui se construit particulièrement à travers les expériences corporelles et de la vie, les interactions avec les premiers objets et avec autrui et les épreuves vécues par l'individu.

En psychanalyse, l'image du corps surgit dès la naissance et constamment tout au long des stades du développement libidinal, qui correspond essentiellement à chaque personne, propre à chaque individu qui en détermine sa personnalité ; cette image du corps serait la base et le principe dans la construction de l'identité et des représentations, ainsi que leurs organisations.

En vu de ce premier chapitre ; l'image du corps, qui est représentative chez l'adulte comme chez l'enfant, on mit, dans le chapitre suivant, l'accent sur cette entité de l'enfant et surtout l'enfance en générale.



Chapitre II
L'enfant et L'enfance

Préambule

L'aspect morphologique et/ou psychologique diffère d'un individu à un autre, dont chaque personne est un cas unique, et si on compare ceci, l'adulte et l'enfant sont également distinctifs.

Le développement d'un enfant est aussi inachevé que celui d'un Homme adulte, où son apprentissage, son intelligence et sa personnalité sont en cours d'acquiescement.

A cette lumière, dans ce chapitre, on divulguera quelques points concernant le développement d'un enfant, ainsi que les caractéristiques de la période de l'enfance.

1 - Définition de l'enfant et de l'enfance

Le terme latin « *infans* » signifie l'enfant, remarquablement désigne un être humain qui n'a pas encore acquis l'usage de la parole et l'utilisation du langage.

En psychologie, l'enfance c'est l'étape du développement de l'être humain, la situant entre la naissance et la maturation, qui est caractérisée par l'émergence du langage et encore la puberté.

2 - Aperçu historique

Historiquement, cette période de l'enfance est totalement négligée, elle reste comparable à celle de l'adulte. Avant le XVIII^e siècle, et surtout dans la religion chrétienne, l'enfant est représenté et appréhendé morphologiquement comme un adulte en miniature.

A cette époque, on commence de voir que l'enfant est une connotation d'individu adulte inachevé et assujéti, et visiblement on l'éloigne du jeu pour qu'il acquiesce une maturation le plus vite possible. Après ces archaïques pensées, J.J. ROUSSEAU souligne que la période de l'enfance est bien spécifique ; l'enfant est innocent et sa croissance est dictée essentiellement par l'éducation. (A. BAUDIER, B. CELESTE, 2004, p4-5).

Avec LOCKE, PESTALOZZI et ITARD, sous l'influence de leurs doctrine, à la suite ; la philosophie, l'éducation et la médecine, qu'au XIX^e siècle, on découvre, pour la première fois, la véritable conception des enfants, où on leur réserve petit à petit d'intérêt, en commençant par la scolarisation obligatoire. (J.E. DUMAS, 2002, p11).

La fin de ce siècle et le début du XX^e siècle, on remarque l'essor de la législation, ainsi que l'approbation d'un statut d'enfant privilégié, essentiellement, la psychologie qui s'engage à énoncer que l'enfant est un être spécifique, et qui s'intéresse à en dévoiler ses propres caractéristiques. (A. BAUDIER, B. CELESTE, 2004, p4-5).

3 - Les stades de développement de l'enfant

Après avoir mis l'accent sur l'historique des pensées au tour de l'enfant et de l'enfance, on combine encore avec les caractéristiques de cette période, nécessairement, par les moments ponctués et obligatoires, que pour J. PIAGET, S. FREUD et H. WALLON, s'accordent comme étant des moments antérieures et des indices du développement ; des stades ou phylogenèses du développement.

3 - 1 - Selon J. PIAGET : Incontestablement, il est le psychologue le plus connu au XX siècle, le siècle là où on s'est intéressé beaucoup plus à l'enfant. Pour la théorie de J. PIAGET, l'évolution d'un enfant est remarquablement lié aux diverses stade de développement de l'intelligence.

<u>Stade</u>	<u>Age</u>	<u>Caractéristiques</u>	<u>Acquisitions</u>
Sensorimoteur	0 à 2 ans	A partir de l'expérience des réflexes, l'appréhension du monde par les sens et la motricité ; c'est le début de l'organisation cognitive.	Permanence de l'objet
Préopératoire	2 à 6 ans	Le développement d'un système de représentation ; l'utilisation croissante des symboles (imitations différenciées, jeu symbolique, langage), égocentrisme, non-conservation.	Langage, pensée symbolique
Opérations concrètes	6 à 12 ans	L'utilisation des opérations mentales pour résoudre des problèmes concrets, la compréhension des relations spatiales et des liens de causalité augmente.	La notion de conservation, classification, réversibilité, décentration.
Opérations formelles	12 ans et plus	La pensée qui peut se détacher du concret et formuler des hypothèses ; il peut envisager le possible, il peut encore réfléchir sur des idées et des données abstraites.	La pensée abstraite, raisonnement hypothético-déductif.

Tableau N° 1 : les stades de développement selon J. PIAGET. (D. E. PAPALIA et all., 2010, p21).

3 - 2 - Selon S. FREUD : Pour ce fondateur de la psychanalyse, l'évolution de l'enfant se captive encore par plusieurs stades de développement, pour S. FREUD, psychosexuels ; elles - ces étapes - correspondent à l'organisation de la sexualité au cours du développement de cet enfant, également, il les explique comme étant des caractéristiques de l'évolution du fonctionnement psychique de ce même individu.

<u>Stade</u>	<u>Age</u>	<u>Zone érogène</u>	<u>Activité gratifiantes</u>	<u>Tache à accomplir</u>
Oral	0 à 12/18 mois	Bouche	Téter, sucer, mordre	Sevrage

Anal	12/18 mois à 3 ans	Anus	Rétention et expulsion des fèces	Apprentissage de la propreté
Phallique	3 à 6 ans	Organes génitaux	Attouchement de ses parties	Résolution du complexe d'Œdipe, identification au parent de même sexe
Période de latence	6 à la puberté	Aucune en particulier	Calme relatif de la pulsion sexuelle	Développement des compétences cognitives et sociales
Génital	Puberté à la fin de vie	Organes génitaux	Relations sexuelles	Choix d'un partenaire de sexe opposé, reproduction

Tableau N° 2 : les stades de développement selon S. FREUD. (D. E. PAPALIA et all., 2010, p15).

3 - 3 - Selon H. WALLON : Pour ce philosophe et médecin, percevoir le développement de l'enfant est comme un résultant d'interaction entre les contraintes neurobiologiques de maturation, ainsi, les conditions sociales de relations, d'une autre part. Donc, le développement vu par H. WALLON est appréhendé dans ces - l'enfant - quatre composantes ; affectives, biologiques, sociales et culturelles.

Stade	Age	Caractéristiques
Impulsivité motrice	0 à 6 mois	Intégration des fonctions toniques et motrices dans les réflexions conditionnelles, le comportement devant le miroir
Emotionnel	3 mois à 1 an	Réaction émotionnelles en circuit fermé (subjectivisme et symbiose avec la mère)
Sensori-moteur	1 à 3 ans	Comportement d'orientation et d'investigation, activité circulaire globale puis latérale et verticale, activité ludique progressive
Personnalisme	3 à 6 ans	Indépendance progressive du Moi (emploi du je), affirmation séductrice de la personnalité, acquisition du rôle d'un personnage par le jeu de l'imitation
Scolaire	6 à 15 ans	Le syncrétisme de la personne et d'intelligence fait place à une différenciation des comportements sociaux et des actes intellectuels, la pensée devienne catégorielle

Tableau N° 3 : les stades de développement selon H. WALLON. (EY H., 1989, p16-18).

Ces différents niveaux et stades de développement appropriés à J. PIAGET, S. FREUD, H. WALLON sont essentiellement distingués : pour J. PIAGET, il est stricte que l'avènement d'un stade dépend principalement de l'achèvement du stade précédent, et pour H. WALLON qui se réfère à la dialectique, encore, S. FREUD les explique éventuellement subverti par l'après coup.

4 - Les caractéristiques du groupe de recherche

A cet instant, notre recherche est consacrée pour étudier les enfants, plus précisément âgés entre huit et 14 ans, atteints principalement de diabète. Relativement, à cet âge, les enfants sont

dépourvus des pensées et idées archaïques antérieurs, ils se trouvent donc dans la disposition de nouveaux centres d'intérêts, alors on parle d'« âge de raison ».

J. PIAGET affirme nettement qu'à cet âge la compréhension des relations spatiales et des liens de causalité augmentent. Ainsi pour S. FREUD la nommant : « la phase de latence », où il observe une prévalence de tendresse sur les désirs sexuels, et encore, le développement des jeux sociaux et essentiellement des enjeux de l'amitié.

L'obtention de nouveaux progrès cognitifs, l'enfant prend donc une autre tournure ; sa pensée qui devient de plus en plus souple permettant de faire des opérations mentales, et être moins égocentriques, particulièrement cible d'émergence de la logique, le langage et la mémoire, qui sont des instrument indispensable, entre autre, pour la scolarisation, et certainement, encore, illustré par l'acquisition des différentes notions de conservation et surtout l'évolution de la pensée. (D. E. PAPALIA et all., 2010, p197).

A cet âge (8 - 14 ans) qui coïncide avec l'âge de la scolarisation, en effet, une étape primordiale pour le développement de l'enfant dépend notamment du sentiment d'efficacité personnel ressenti par l'enfant incité par sa santé physique, encore, de l'encadrement et de l'appuie, à la fois, de ses parents et de tout le système éducatif. (D. E. PAPALIA et all., 2010, p197).

Résumé

En conclusion, on peut évoquer donc qu'il n'est quasi considérable de faire un tableau standard ou un protocole ferme d'un développement unique et universel de tout les enfants, puis on travaille avec l'espèce humaine qu'il est difficile d'établir quoi que ce soit de certain et de stable dans les étapes et stades de développement.

Et encore, l'enfant comme l'adulte, la distinction d'un état de santé normale ou malade, détermine nettement quelque aspect d'influence sur la santé mentale et psychologique et même de son développement, ainsi dire, dans le chapitre suivant, qu'on entame la notion diabétique qui est en relation avec notre recherche.



Chapitre III
L'enfant diabétique

Préambule

La maladie chronique de tout genre peut infecter une gamme de personnes de tous âges y compris l'enfance. Tel que le diabète qui touche ainsi une tranche d'âge élargie à savoir de la naissance jusqu'à la vieillesse, et inévitablement chez les enfants, qu'ils soient d'ordre héréditaire ou non, l'ampleur va de plus en plus s'aggraver dans le monde.

Le diabète juvénile ou insulino-dépendant (DID) ou encore de type 1 chez les enfants ainsi établit un tableau clinique large et varié incluant non pas le côté somatique seul mais il interfère avec l'aspect psychologique, ainsi que son impact sur la vie sociale du jeune enfant.

Toutefois, le diabète chez les enfants est une entité à part entière, il n'était encore bien compris et cerné jusqu'aux siècles derniers. Autrefois, sa détermination ne consiste que sur les données répertoriées aux près des adultes.

Le traitement du diabète de type 1 dépend essentiellement d'injection de l'insuline dans l'organisme. Par manque d'insuline sécrété par le pancréas, représentera une anomalie pour aboutir progressivement et inexorablement à une élévation permanente de la glycémie.

Dans ce chapitre, nous aborderons, en premier lieu, le côté médical du diabète, où nous mettrons le point sur sa définition, son histoire, sa classification, aussi qu'une clarification du diabète de type 1 et ses caractéristiques identificatoires. En deuxième lieu, nous nous intéresserons au côté psychologique du diabète où on va mettre l'accent sur ses aspects psychologiques et la détresse émotionnelle ainsi que sur le côté relationnel, à fin de cerner l'impact du diabète sur l'état psychique du sujet.

I - L'aspect clinique du diabète

Avant de déterminer et de prélever ce chapitre, il semble qu'il serait nécessaire d'évoquer, certes, les notions qui l'indiquent et qui englobe le diabète, à savoir la « *santé* », et la « *maladie* » en toute neutralité et sa complexité, entre les « *maladie aiguës* » et « *chroniques* ».

Le terme « *santé* » signifie généralement un aspect d'absence de maladie et d'infection, représentant ainsi un « *état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien* » (J. GIRAC-MARINIER, 2014, p1035), un état physiologique salubre et sain, et surtout l'absence de maladie et d'infirmité.

Cette vague définition renvoie à un sens familier négligeant plusieurs niveaux la notion de la santé ne consiste pas à un état de complaisance ; ne concerne pas seulement le côté physique ou mental, mais bien plus que de l'organisation mondiale de la santé (OMS) souligne dans la

constitution de 1946 que « *la santé est un état normal des fonctions organiques et psychiques* ». Ajoutant celle du « Dictionnaire Médicale », plus spécifique, définit la santé comme étant « *un état complet de bien-être psychique, mentale et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie* ». (J. QUEVAUVILLIERS, 2007, p822).

D'après le dictionnaire de Larousse, ce qui définit le mot « *maladie* », est une altération de la santé et des fonctions des êtres vivants. (J. GIRAC-MARINIER, 2014, p689).

La maladie, terme généralement identifié par une altération de l'état de santé, ou un état morbide dont la ou les causes sont reconnues ; « *altération de la santé d'un Être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et paracliniques, une évolution, un pronostic et un traitement.* ». (YBERT et all., 2001, p559).

En d'autre énoncée, J. QUEVAUVILLIERS définit la maladie comme étant « *toute altération de l'état de santé se traduisant habituellement de façon subjective par des sensations anormales* ». (J. QUEVAUVILLIERS, 2007, p822).

La globalité des maladies, physiologiques, psychiques ou psychiatriques, sont intégralement répertoriées dans de nombreuses classifications décrites généralement comme interactionnelles, telles, la Classification Internationale des Maladies (CIM), le Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux (DSM), par l'OMS, et autres ...

L'organisation de la maladie chronique s'enchaîne autour d'un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années, aussi que généralement se joint à la vie de l'individu.

Elle s'affiche par une présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, apparaissant et durant plus de 6 moi, ainsi qu'un retentissement sur la vie quotidienne rapporté sur le traitement destiné. Par définition, une maladie chronique est une maladie de longue durée caractérisée par des modes évolutifs différents et des exigences thérapeutiques plus au moins contraignantes. (G. BOUCHE et all, 2004, p9).

Dans la terminologie neuropsychologique, L. BERUBE définit la maladie chronique comme une « *maladie de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou vers le décès par cachexie ou par complication d'une maladie aiguë.* » (L. BERUBE, 1991, p130).

Certains types, si n'en les considérant pas toutes, des maladies chroniques renvoient à des complications sévères et lourdes à supporter et même à accepter, spécifiquement, chacune affiche

des affections très différentes, voire complètement incomparables : certaines sont mortelles « *Cancer* », d'autre pas « *le Psoriasis* », certaines sont stigmatisâtes « *Parkinson* », d'autres demeurent invisibles « *Affections Cardiovasculaires* », certaines sont incapacitantes « *Polyarthrite* », d'autres, ne le sont pas « *Eczéma* », certaines peuvent bénéficier d'un traitement efficace « *Le Diabète* », d'autres n'en disposent d'aucun « *La Scléroses En Plaques* ». (F. DONGUET, 2000, p18).

1 - Définition du diabète

Le diabète est sous-entendu par toutes maladies se manifestant par une abondance d'élimination d'urine et une soif intense, le diabète sucré sera alors un trouble du métabolisme des glucides dû à une insuffisance de l'action de l'insuline pancréatique et caractérisé par une hyperglycémie et parfois par la présence de sucre dans les urines (J. GIRAC-MARINIER, 2014, p377).

En d'autre terme, le diabète insipide envoie aux situations cliniques d'excrétion d'un volume important d'urine diluée s'accompagnant d'une soif et de polydipsie (G. HENNE, 2001, p184). Alors que le diabète sucré est une maladie chronique attribuable à une insuffisance génétique ou acquise de la production et de la sécrétion d'insuline par le pancréas ou à une sous-utilisation de l'insuline par le corps. Cette déficience provoque une concentration élevée de sucre dans le sang ; « *une hyperglycémie* ».

Le diabète est répertorié comme une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie chronique, c'est-à-dire un taux anormalement élevé et permanent de sucre dans le sang, elle - hyperglycémie chronique - est décrite par une glycémie à jeun, retrouvant un taux de glucose sanguin égal ou supérieur (\geq) de 1,26 g/L - 7 mmol/L -. (M. BUYSSCHAERT, 2006, p1).

Il - le diabète - est une maladie très complexe qui désigne « *un terme générique désignant un groupe d'affections caractérisées par une polyurie avec polydipsie* ». (J. QUEVAUVILLIERS, 2007, p4).

Selon le « *DICTIONNAIRE ILLUSTRÉ DES TERMES DE MÉDECIN* », le mot diabète désignant une définition, par l'« *Epithète* », qui souligne plusieurs maladies distinctes dont le point commun sera un trouble métabolique d'origine génétique, soit hormonale. (G. DELAMARE, 2009, p243).

Le diabète s'organise au tour de nombreuses complications, graves, qui accompagnent le cours de la vie malade des diabétiques, aussi, qui grèvent de lourdes impacts sur les fonctions organiques et l'espérance de leurs vie ; tel que les « *abcès, furoncles, les impétigos, ...* », « *les*

fonctions artérielles » qui seraient à l'origine de nombreuses altérations des « *artères coronaires, celles de l'œil, des reins et des membres inférieurs* ». (C. DUBOIS, 1977, p574).

2 - Histoire du diabète

Comme la majorité des domaines et disciplines, tout a une histoire bien précise et détaillée de ses propos, sur une évolution historique des données répertoriées de leurs déterminants. Ainsi que le diabète sucré, la pathologie, qui était connue depuis l'antiquité.

La première référence est conservée à l'université de « *Leipzig* » en Allemagne, qui illustre l'état diabétique, était inscrit sur le « *Papyrus Ebers* », écrit environs 1550 AV. J.-C., figurant ainsi de nombreuses prescriptions, des remèdes, des traitements, outre que sa nature et son origine demeuraient mystérieuses, les premiers signes étaient les urines très abondantes. (E. JOUZIER, 2007, p160).

Dans l'ancienne tradition médicale indienne et chinoise, au V^e et VI^e AV. J.-C siècle, le terme « *Mellitus* », signifiant les « *urines douces* » et l'« *urine au miel* », était associé à la description du diabète.

A titre d'exemple, AYURVEDIQUE, dans ces manuscrits anciens indiens, attribue au « *Madumehé* », qui caractérise le diabète, l'extension d'une maladie qui frappe les riches, produite par la grande consommation de riz, de farine et de sucre, le malade maigrit, est fatigué, la soif est importante, les urines fréquentes. (E. JOUZIER, 2007, p161).

Ces derniers - les urines - sont, d'ailleurs, de leurs action d'évacuations qui définit le diabète ; en Grec, le mot « *diabaïno* » signifie, donné, pour la première fois, par ARETEE DE CAPPADOCE (170 AV. J.-C.) « *qui passe à travers* ». (M. KHIATI, 1993, p16).

En termes d'exemple, ce médecin grec a observé que le diabète est une infection grave, peu fréquente. Elle se caractérise par une fonte musculaire importante évacuée dans les urines ; le patient n'arrête pas d'uriner et ce flux est incessant et constant, semblait vidé et séché le patient. Parmi les signes que ce médecin détectait, à part leurs courtes durées de vie caractérisée de désagréables et de douloureuses, les patients manifestent une soif inextinguible, des nausées et un état d'agitation. (M. KHIATI, 1993, p16).

A l'époque d'HIPPOCRATE, le diabète apparaît comme une « *maladie de la soif* » ; à cette époque, les causes de la maladie ne sont pas encore connues. Ainsi pour GALIEN, il s'agit d'une infection des reins qui sont incapables de retenir l'eau. (E. JOUZIER, 2007, p160).

Cette maladie était également reconnue auprès des arabes, sous l'appellation de « *El Boual* », identitaire des personnes présentant une polyurie et d'urine sucré. (M. KHIATI, 1993, p16).

Ainsi abordé par AVICENNE, à son tour, approuvait le goût sucré du résidu brun des urines des diabétiques, déduit ainsi les premières règles diabétiques. (E. JOUZIER, 2007, p160). Jusqu'au Moyen-âge, on pensait toujours que la cause officielle du diabète était due à un dysfonctionnement des reins. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER, 2003, p25).

Au XVI^e siècle, PARACELSE avance l'hypothèse que le diabète serait rien qu'une conséquence, évoqué par une accumulation d'un sel nocif provoquant l'irritation et l'altération des reins. (E. JOUZIER, 2007, p163).

Le début du XIX^e siècle, considéré comme le père de la physiologie expérimentale et le rénovateur de la médecine vers l'expérimentation, C. BERNARD dévoile la fonction glycogénique du foie et définit sa méthode de dosage de glucose dans le sang.

A la fin du XIX^e siècle, le diabète prend un égard d'appréhension sous la plume de P. LANGHERANS, en 1869, soutien l'existence d'amas de cellules dans le pancréas ; « *îlots de LANGERHANS* ». (M. KHIATI, 1993, p16).

Au tour de ce dernier, en 1893, O. MINKOWSKI et J. VON MERING faisaient une découverte importante dans son genre ; le diabète est dû à un mauvais fonctionnement du pancréas, et qu'il est indispensable pour le métabolisme normal du sucre. (M. KHIATI, 1993, p16). Dans la même année, on a constaté que le diabète existe sous deux types « maigre » et « gras ». (L. GEOFFROY, M. GONTHIER, 2003, p26)

Avec succession des expériences et découvertes, l'anomalie de cette maladie s'éclaircit. En 1905, MEYER, avançait que les îlots pancréatiques sécrétaient un produit nécessaire à l'utilisation et l'élimination des sucres, qu'il appelle « *Insuline* », du latin « *Insula* » : « *petit île* ». (M-J. CHICOURI, 1983, p11-12). Entre autre les découvertes de MEYER, celle de N. PAULESCO, en 1921, signe que cette insuline pouvait avoir un effet hypoglycémiant. (M. KHIATI, 1993, p16).

1923, prix Nobel destiné à : F. BANTING, H. BEST, J. MACLEOD, J. COLLIP et N. PAULESCO, pour leurs travaux sur l'insuline ; ils arrivent à l'isoler puis à en extraire un échantillon qu'ils utilisent efficacement comme traitement, ainsi que la découverte d'une molécule « *Glucagon* ». (M. KHIATI, 1993, p16).

En partie que l'insuline était découverte, d'autres études parviennent à en procurer de nouvelle molécule efficace, on cite celle de FRANK et FUCHS, en 1954, et celle de F. SANGER,

en 1958, et celle, encore, de KTSOYANNIS et ZAHN, en 1967. (B. ARLOND, J. IRELAND, 1981, p10).

Depuis, les travaux et recherches s'orientent vers l'obtention de nouvelle molécule et d'une insuline humaine, et même la mise au point d'un pancréas artificiel.

3 - Classification du diabète

Le diabète a plusieurs types et modèles, mais, cependant, ils sont regroupés en 3 repères typique. Les données essentielles pour en faire un diagnostic et de s'en situer dans un type précis, faudrait-il en saisir leurs critères. (A.GRIMALDI, 2005, p12).

3 - 1 - Diabète insulino-dépendant

C'est d'ailleurs ce type que nous allons nous intéresser ; le diabète insulino-dépendant que notre recherche va y présenter.

Le diabète insulino-dépendant (DID) ou encore appelé diabète juvénile ou diabète sucré de type1 (B. DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p21), par son début brutal, il se déclare surtout chez les personnes jeunes, de même peut après la naissance, avant 20 ans, dans les cas extrêmes 30 ans. (N. H. MORIN, G. PERLEMUTER, 2002, p152).

La genèse du diabète juvénile s'accroît dès l'existence d'une insulino-pénie ; un manque et une perturbation de sécrétion de l'insuline dans l'organisme (B. DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p22) ; cela peut engendrer soit une glycosurie dépassant facilement 100 g/ jr, soit une hyperglycémie, dépassant largement 2 g/L soit 11 mmol/L (L. PERLEMUTER et all., 2000, p97), soit au même temps, sont dues à une insuffisance en insuline sécrétée, soit, encore, par une certaine destruction « *auto-immune des cellules Bêta des îlots Langerhans* », une désintégration totale ou partielle de la sécrétion de l'insuline. (M. BUYSSCHAERT, 2006, p4).

Ce type du diabète est souvent associé avec de multiples signes le caractérisant et bien sûr le définissant. « *La polyuro-polydipsie* » ; le sujet atteint représente une polydipsie jusqu'à en boire une quantité abondante de liquide (4 - 5 L/jr) pour apaiser sa soif, conjuguée certainement avec une polyurie importante ainsi qu'une glycosurie et une cétonurie, quoi que, à l'examen, il s'observe qu'une sécheresse de la bouche, et des muqueuses s'annoncent, bien que le patient se plaigne de boire cette quantité. (B. DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p22).

Parmi d'autres signes, que l'on peut lui attribuer, et souvent très observable, un amaigrissement, une fonte musculaire et graisseuse et une asthénie : une perte de poids remarquable, même une polyphagie. (B. DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p22).

Généralement, le type 1 du diabète se déclenche chez les patients étant génétiquement disposés ; il se développe à travers des facteurs génétiques et des prédispositions héréditaires. En second, il peut y avoir d'autres facteurs ainsi que :

a - une atteinte virale non spécifique (bronchite, oreillons...).

b - une auto-immunité : anticorps anti-insuline, anticorps anti-ilots de Langerhans ; qui agissent pour la destruction de celle-ci.

c - un facteur exogène : il apparaît lors de certaines saisons (printemps, automnes).

d - une maladie endocrinienne, une pancréatite chronique. (A. GRIMALDI, 1987, p6).

3 - 2 - Diabète non insulino-dépendant

Ce type du diabète abrégé sous les initiateurs (DNID) est encore appelé diabète de type 2, ou encore, de la maturité, ou même diabète gras, il en consiste en un diabète sucré par un « régime antidiabétique par voie orale ». (G. DELAMARE, 2009, p243).

La symptomatologie que l'on peut en représenter, seront presque les mêmes, ou un peu différents de celle du type 1. De convergence, on trouve une certaine polyuro-polydipsie diurne et/ou nocturne associée à la cétonurie la cétose, et une certaine asthénie et amaigrissement de la masse musculaire et graisseuse (B. DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p35), en second point, ce qui les diverge sera l'âge d'atteinte, les signes organiques, biologiques, physiopathologiques et ses facteurs déclenchant.

Le plus souvent et généralement, le type 2 est la forme la plus visée chez les adultes mais aussi, de plus en plus, chez des enfants et des adolescents. (N. H. CHO et all., 2013, p23).

Dans ce cas, le pancréas produit et sécrète de l'insuline, mais variable et inefficace ; « l'organisme est capable de produire de l'insuline, mais soit la quantité produite est insuffisante, soit l'organisme ne réagit pas à l'action de l'insuline » (N. H. CHO et all., 2013, p23) ; la sécrétion de cet hormones varie, est instable, et dans le même temps, elle paraît inutile et sans action, ce qui amène le malade à faire un régime adapté et/ou de prendre des médicaments hypoglycémiant, pour réduire la glycémie. (E. MENAT, 2005, p19).

Comme le type 1, la présente catégorie exhibe une glycémie où, à jeun ou postprandial, rarement au-dessus de 3 g/L, et une glycosurie positive en période postprandiale. (B. DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p35).

Ce qui consterne la physiopathologie, à savoir les facteurs de risque est indispensables expliquant le diabète gras, se résumant dans :

a - l'obésité.

b - une alimentation peu équilibrée.

c - l'inactivité physique.

d - un âge avancé.

e - des antécédents familiaux de diabète. (N. H. CHO et all., 2013, p23).

f - un antécédent obstétrical : une glycémie élevée pendant la grossesse, un nouveau-né de plus de 4 Kg à la naissance, un mort-né et un avortement sans cause retrouvée.

g - plusieurs pathologies souvent responsables de diabète (hypertension artérielle hypertriglycéridémie, hépatopathie, pancréatopathie,). (B. DAMIES-DOLLAYE, 1988, p35).

3 - 3 - Autre types de diabète

Il en existe d'autres formes attribuées au diabète, apparaissent, de façon systématique, souvent comme un résultat de plusieurs signes, de ce fait, les types qui en restent, sont conjugués sous deux groupes qui en consistent l'un bien spécifiques et les autres regroupés dans un type secondaire.

3 - 3 - 1 - Le diabète gestationnel

L'un des types du diabète les plus spécifiques, comme son nom l'indique, il apparaît, le plus souvent, entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine de la grossesse (il ne survient que pendant les grossesses), au moins 4 % à 7 % des femmes l'atteint (M. BUYSSCHAERT, 2006, p32), il se définit par « *un degré quelconque d'intolérance au glucose ou d'hyperglycémie franche, observé au cours du développement d'une grossesse* » ; à la production d'hormones placentaires qui se traduit par une intolérance au glucose provoquant ainsi une insulino-résistance qui entraîne une hyperglycémie chez ces femmes enceintes (G. HENNEN, 2001, p141).

3 - 3 - 2 - Le diabète secondaire

À présent ce dernier type correspond aux diabètes stimulés ; il n'est qu'une conséquence à des maladies sous-jacentes, à des médicaments, à des syndromes et à des manifestations génétiquement altérées. Ces types du diabète peuvent être regroupés sous cinq classes : (M. BUYSSCHAERT, 2012, p38-40), (T.A. DOMON, 2010, p17-18), (A. GRIMALDI, 2000, p12-14), (M. BELHADJ, 2005, p10-12) et (C. DARNAC, 2008, p56-57).

A - Les pancréatopathies

Toutes les maladies et infections du pancréas peuvent influencer sur l'apparition d'un diabète, on trouve : « *l'insuffisance pancréatique chronique* », « *la pancréatite chronique* », « *un traumatisme ou une chirurgie du pancréas* », « *le cancer du pancréas* », « *la mucoviscidose* », « *l'hémochromatose* » et « *la pancréatite fibrocalculeuse* ».

B - Les endocrinopathies

Ce sont des anomalies qui apparaissent dès lors qu'il y a une perturbation endocrinienne due à une hypersécrétion d'hormone hyperglycémiant : « *l'adénome de Conn* », « *l'acromégalie* », « *le phéochromocytome* », « *la tumeur endocrine du pancréas* », « *l'hyperthyroïdie* », « *la glucagonome* », « *l'hyperaldostéronisme* », « *le syndrome de Cushing* » et « *l'hypercorticisme* ».

C - Le diabète iatrogène

Certaines catégories de médicaments peuvent actionner un diabète ; par réaction et par conséquence, la consommation de molécules, substances, médicaments, cités au-dessous, vont stimuler un diabète de type secondaire : « *les diurétiques (hypokaliémiants)* », « *les psychotropes* », « *les antihypertenseurs* », « *le Vacor (un raticide)* », « *la pentamidine* », « *l'acide nicotinique* », « *les corticoïdes* », « *la lévothyroxine* », « *la diazoxide* », « *les bêtabloquants (non cardio-sélectifs)* », « *les thiazidiques* », « *la phénytoïne* », « *les progestatifs de synthèse de type norstéroïdes* », « *les antiprotéases (traitement du SIDA)* », *les interférons gamma* » et « *les sympathicomimétiques (Salbutamol)* ».

D - Les anomalies de l'action de l'insuline d'origine génétique

Le diabète parfois est dû au syndrome d'insulinorésistance sévère : « *le syndrome de Friedrich* », « *le diabète lipotrophique (lipodystrophie congénitale)* ».

E - Le dysfonctionnement génétique des cellules Bêta

Le diabète de type MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young), le diabète mitochondrial et le diabète néonatal.

4 - Dépistage du diabète

Dépister une quelconque maladie sera bénéfique pour l'Homme, une échappatoire pour de nombreuses complications. Le docteur M.J. CHICOURI, en 1983, dans son ouvrage intitulé « LE DIABÈTE », souligne en l'occurrence sept points indispensables à l'en effectuer et à apprivoiser le diabète.

En primauté, les membres de la famille doivent systématiquement être explorés ; ascendants, descendants, frères et sœurs, qu'ayant cette maladie, peuvent être un élément révélateurs du diabète.

Pour le deuxième point, la grossesse peut aussi être un déclenchant pour cette maladie, certains points, cités au-dessous, peuvent être l'étayage pour une vérification : les femmes ayant pris un certain poids (10Kg) lors de leurs grossesse, en second, celles qui ont accouché d'un mort-né, ainsi que des avortements répétitifs. La dernière éprouve consiste à une perturbation de leurs glycémie ou de glycosurie au cours de leurs grossesse.

En troisième, l'indice fondamental du diabète, ou plutôt du diabète non insulino-dépendant (DNID), représente l'obésité qui pourrait être ainsi un facteur dans la genèse de ce trouble métabolique.

Quatrièmement, doit-on être attentive aux troubles parallèles de la glycémie avec tout ce qui en rapporte sur la biochimie ; un taux élevé de lipides ou d'acide urique, peut insinuer à un diabète ou peut être à en causer.

On cite, en cinquième, les troubles étroitement liés avec le diabète, tels que « *la cirrhose hépatique* », « *l'alcoolisme* », « *les pancréatites* », « *l'hémochromatose* », peuvent inciter à un trouble hyperglycémique et même, de nombreuses hormones non pancréatique, un dysfonctionnement des glandes, peuvent être hyperglycémiant et à l'origine d'un dérèglement glycémique.

Toujours associé avec d'autre maladie auto-immunes ; « *la maladie d'Addison (affection thyroïdienne auto-immune)* », peut être un énonciateur du diabète.

En dernier, le diabète est associé toutefois à une gamme de manifestations, souvent dues par le diabète, de même que les troubles oculaires, baisse de la vue, de plus les affections rénales, dermatologiques, les infections des gencives. (M-J. CHICOURI, 1983, p25-26).

Et si non, en cas d'approche directe avec le diabète, on optera pour un diagnostique préliminaire ; on éprouve initialement la détection de cette maladie par de multiples méthodes, tests, ainsi pour éviter des complications d'apparaître.

En particulier, la seule méthode, qui sera efficace à en déduire le diabète, repose sur l'observation et la constatation des conduites et des comportements principaux du diabète ; en partie la polyurie associe généralement avec la polydipsie. Ces deux signes expliquent, à la suite, par l'élimination d'assez grande quantité d'urine par jour, et par l'absorption plusieurs litres de liquide (eau, et autre boisson ...) apaisant une soif intense.

Reconnaissant aussi une autre méthode, fiable, de dépistage qui se rapporte sur la recherche de sucre dans les urines grâce à des bandelettes urinaires, qui peuvent repérer, au minimum, un taux de glycémie de 1,80 g/L d'urine.

Dans certains cas, le diabète ne s'apparaît pas et reste dissimuler. 1,26 g/L, représente le taux normal de la glycémie chez un individu sans aucune anomalie, certes, mais dans la plupart des cas diabétiques, la glycémie équivaut au seuil de celle-ci, alors le dépistage prend une tournure de diagnostique du pré-diabète ou un diagnostique d'une intolérance au glucose.

Cette dernière méthode, regroupe, en particulier, trois tests ; l'un est « *la glycémie postprandiale* », qui correspond à un prélèvement sanguin après d'en avoir pris un repas, privilégié à mesurer la glycémie, si celle-ci est très élevée, elle énonce un rapport d'intolérance au glucose.

Le deuxième test répond le même principe que le précédent, mais cette fois-ci, dans « *le test de charge glucidique* », le repas est remplacé par une quantité précise de sucre.

Le dernier des tests est « *la courbe d'hyperglycémie provoquée (HGPO)* », attribue à réaliser un dosage de la glycémie à jeun et d'en faire, en suite, des prélèvements de chaque 30 minutes, pendant deux heures, après que le sujet consomme 75 g de glucose. (E. MENAT, 2005, p20-21).

5 - La symptomatologie du diabète insulino-dépendant

A présent, notre recherche qui est portée sur le diabète de type1 (DID) et son apparition, après avoir évoqué dans ce chapitre [Chapitre I, 3- Classification du diabète, 3-1- le diabète insulino-dépendant (p20-21)] tout ses caractéristiques ; sous lequel on a mit en évidence sa définition, sa Physiopathologie, des généralités à l'en expliquer, cependant, à ce niveau, on évoquera les facteurs qui peuvent être des déclencheurs de la maladie, et en dernier, son traitement adapté, après qu'on introduira sa symptomatologie.

Dans le diabète insulino-dépendant, il existe deux grandes catégories de symptôme. L'un est représenté par « *l'hyperglycémie* », la conséquence directe et la plus déclarative du diabète de ce type, et l'autre est évoqué dans « *l'hypoglycémie* », il surgie variablement lors du traitement de cette maladie. Deux évocateurs qui est cependant quasi impossible d'empêcher leurs prémices. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER, 2003, p172).

5 - 1 - L'hyperglycémie

1,2 g/L soit 6,1 mmol/L à jeun, c'est la valeur seuil de la glycémie, lorsqu'elle soit en dessus, il signifie qu'une hyperglycémie menace l'équilibre métabolique, chez les enfants et même

les adultes, ce symptôme, surtout lors le début de cette maladie, il est insensé de pouvoir situer la glycémie dans les justes valeurs. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER, 2003, p179).

L'hyperglycémie, comme nous le verrons dans ce chapitre, a de multiples conséquences graves, surtout à long terme, et des risques peuvent surgir, mais cependant, ni la durée, ni la fréquence de la glycémie élevée est précisée ou déterminée pour en développer un diabète. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER, 2003, p179-180).

Lors du diagnostique, le diabétique est imposé à en suivre une insulinothérapie, puisqu'elle - l'hyperglycémie - est due, soit, principalement par une insulino-pénie, soit, par traduction d'un mauvais dosage ou un oubli d'insuline, d'une alimentaire déconseillée, d'une situation stressante et de la peur des hypoglycémies, et par effet, la révélation d'une accumulation du glucose dans le sang et surtout un manque de glucose intracellulaire. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER., 2003, p180-181).

5 - 2 - L'hypoglycémie

Ce deuxième symptôme est enclenché de part une baisse du taux de glucose du sang en dessous de 3,3 mmol/L soit 0,8 g/L. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER., 2003, p165). Ainsi, la glycémie seule n'est pas l'explication nette de ce symptôme, elle pourrait être associée à l'alimentation, l'activité, l'état de santé physique et/ou psychique (malade, stress), surtout chez les enfants, ainsi qu'une mauvaise manipulation de l'insuline d'une manière accidentelle ou volontaire. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER., 2003, p168-169).

Contrairement à l'hyperglycémie, elle est moins néfaste sur le long terme, ni d'approuver des complications, mais, cela ne consiste pas qu'elle ne peut pas être dangereuse dès qu'elle se produit, puisqu'elle est connue par une perte des vigilances, une somnolence et même un état comateux (L. GEOFFROY, M. GONTHIER., 2003, p173), que l'on pourrait distinguer trois degrés et états, à savoir une légère, modéré et une sévère. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER., 2003, p167).

5 - 2 - 1 - L'hypoglycémie légère

Le premier niveau consiste en une hypoglycémie, comme son nom l'indique, légère, s'appréhende généralement par des symptômes et des signes de transpiration, la peau moite, des tremblements, d'un teint pâle, d'une faim excessive, d'une nervosité et mal de tête. Stimulés par la sécrétion de l'adrénaline, lors de leurs manifestations - ces symptômes -, les diabétiques sont conscients et capables de communiquer, selon un âge précis, avec son entourage, et d'en prendre une source de sucre.

5 - 2 - 2 - L'hypoglycémie modérée

La deuxième dénomination comprend un aspect modéré de l'hypoglycémie. Elle est traduite par un manque de coordination, une démarche chancelante et un engourdissement, un changement rapide des comportements et de l'humeur, ainsi qu'une colère anormale et une irritabilité, une incapacité de se concentrer jumelée essentiellement à une fatigue, une somnolence et un étourdissement, un mal de tête, des troubles visuels.

À ce stade, par le manque de glucose au niveau du cerveau, sans être au tant inhibiteur, ils - les patients - sont toujours capable d'en prendre une source de sucre ou d'en demander de l'aide, mais cela est mit en action avec des difficultés.

5 - 2 - 3 - L'hypoglycémie sévère

La dernière, classifiée sous la gravité des signes tels qu'une difficulté à s'être éveillé, vraisemblablement par des évanouissements et une somnolence, les souffrants du diabète sont dans un état d'inconscience, de désorientation et des convulsions.

A ce niveau, ils ont besoin d'un aide urgent venant de l'extérieur pour leurs en procurer une source de glucose ou une injection de glucagon afin de stimuler le foie à libérer la réserve de glucose stockée.

6 - L'étiologie du diabète insulindépendant

L'étiologie du (DID), à l'heure actuelle, encore mal connue, mais elle a en opportunité de nombreux points interviennent comme déclenchant et stimulant de celui-ci, et y pourraient être comme des facteurs qui traduisent son apparition. (B. ARLOND, J. IRELAND, 1981, p11-12), (B. DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p22-23), (N.H. MORIN, G. PERLEMUTER, 2002, p143).

6 - 1 - Les facteurs héréditaires

Vraisemblablement à d'autre maladies, plus ou moins chroniques, l'hérédité joue un rôle plausible dans leurs apparitions, certainement le diabète s'y inscrit, mais elle n'est qu'un reflet des causes de celle-ci ; méconnues et ne sont pas complètement élucidées, la nature des facteurs génétique ainsi leurs mécanismes revoient qu'en moyenne de 10% des enfants diabétiques ont un parent de sorte.

Les lois génétiques rendraient les sujets plus sensibles aux risques d'atteinte diabétique, précisées par d'autres facteurs.

6 - 2 - Les facteurs prédisposant

Ils se rapportent à l'environnement dont le sujet vit, réglementé par de nombreux aspects du mode de vie. Les infections virales est le facteur le plus susceptible d'en déclencher le diabète et de l'accélérer, surtout pour les enfants ; les infections virales épidémiques spécifiques aux saisons, ou même s'exposer aux virus dits « *diabétogènes* », tel que le virus des oreillons ou de la rubéole ; cette dernière est néfaste et annonciatrice du (DID) si la mère, en période de grossesse, la présente.

Comme aussi, on peut évoquer le stress tels un facteur et même une clé involontaire du diabète ; soit psychique ou physique, il peut approuver des variations à titre : hormonales et/ou immunitaires captivant la maladie. Le diabète peut être expliqué encore par l'apport de l'alcoolisme, autres agents toxiques, l'obésité est en relation avec la nutrition et les facteurs nutritionnels.

6 - 3 - Les facteurs immunologiques

Le diabète n'est encore qu'un résultat d'une défaillance du système immunitaire. Par une anomalie des cellules Bête des ilots de Langherans et une « *inflammation insulinite* », le système immunitaire ou l'auto-immunitaire attaque ces cellules (L. GEOFFROY, M. GONTHIER, 2003, p48), dès lors la découverte du diabète de type 1, environ 90 % de ces cellules est déjà endommagée, suivis systématiquement par ses symptômes classiques avec ce processus de destruction. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER., 2003, p49).

Ce processus entraîne l'élaboration d'anticorps qui attaque le pancréas, en détruisant ainsi ses cellules Bêta ; sous l'effet d'« *autodestruction* », la réaction immunitaire anormale : l'« *auto-immun* », l'insuline est sécrétée de moins en moins, pendant que le glucose augmente.

6 - 4 - Les atteintes du pancréas

Comme on relie le diabète insulino-dépendant à une anomalie de cet organe primordial, le pancréas était et sera toujours étroitement lié à cette maladie, et il en peut l'expliquer comme il peut y conduire à une atteinte : la pancréatite chronique, souvent lors qu'elle est associée à l'alcoolisme, l'équivalent d'une destruction des cellules Bête, l'hémochromatose et le cancer du pancréas, surtout la queue du pancréas.

6 - 5 - Les médicaments, cause du diabète insulino-dépendant

Certains médicaments influencent et prédisposent le terrain au diabète ; « *les corticoïdes* », administrés soit par voie locale ou générale, ont un effet direct sur la sécrétion de l'insuline,

« l'interféron alpha », comme un traitement des hépatites chroniques, « l'éthinylestradiol (pilules contraceptives) », « la phénytoïne », « les diurétiques thiazidiques » et « le diazoxide ».

7 - Les complications du diabète insulino-dépendant

Quoi qu'il en soit de l'insulino-dépendant ou du type 2, le diabète représente toujours de graves complications et néfastes pour la santé et la vie du patient en générale, regroupées dans trois grands risques ; aiguës, infectieuses et chroniques, des effets vultueux de l'excès de la glycémie, soit par impacte immédiat comme elles peuvent se protester après un certain temps. (J. ASPAR, 2004, p102).

7 - 1 - Les complications aiguës

Ces complications métaboliques du diabète se regroupent dans :

7 - 1 - 1 - Les hyperglycémies

Ce sont en primauté la conséquence la plus visée du diabète, elle est caractérisée inévitablement par l'insulinothérapie. Très redoutable, elles provoquent des perturbations neurovégétatives, attentionnelles même il s'agit parfois d'un coma, ces alertes surgissent lorsque le taux de glycémie atteint un seuil important. (A. GRIMALDI, 2009, p11), « Il est difficile de déterminer à partir de quelle valeur ou à partir de quelle durée les glycémies élevées peuvent avoir des conséquences », mais à long terme, elle développe des complications et des risques (L. GEOFFROY, M. GONTHIER, 2003, p179-180).

7 - 1 - 2 - L'hypoglycémie

Appréhendée comme un état de tremblements, tachycardie, anxiété, sueurs, faim, paresthésies, représente aussi l'une des caractéristiques la plus fondamentale du diabète, par diminution de la glycémie plasmatique et de la quantité du glucose dans le sang, essentielle à réaliser un équilibre. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER., 2003, p165).

7 - 1 - 3 - Le coma hypoglycémique

Légère ou même elle pourrait en arriver jusqu'à un coma profond, par impact de l'hypoglycémie, il est provoqué par une neuroglucopénie, perturbant ainsi la conscience et tout qui va avec. (S. GERARD, 2006, p91).

En cas d'hypoglycémie, une carence en glucose s'installe rapidement au niveau du cerveau et précisément les cellules. (M. BUYSSCHAERT, 2012, p111).

7 - 1 - 4 - Le coma hyperosmolaire

Il complique électivement le diabète non insulino-dépendant des personnes âgées, il survient à l'occasion par des caractéristiques cliniques de déshydratation importante et une carence d'acidose. (M. BUYSSCHAERT, 2012, p120).

7 - 1 - 5 - L'acidocétose diabétique

Caractérisée par une déshydratation et une hyperventilation majeure suivie d'une polyurie osmotique, polydipsie, une asthénie, des pertes de poids, des vomissements et une haleine acétonémique, des douleurs abdominales et des troubles de la conscience et des pertes insensibles (J. LACROIX et all., 2007, p763), observée surtout chez les diabétiques insulino-dépendant, à l'occasion d'une régression, des acides gras et autres, se transforment en corps cétoniques, survenu lors d'une carence transitoire en insuline.

Le corps ne peut pas d'utiliser le glucose contenu dans le sang pour en produire les sources nécessaires d'énergie (ATP) pour le bon fonctionnement, alors la seule solution serait d'en puiser dans la masse grasseuse l'énergie adéquate. (A. GRIMALDI, 2009, p11).

7 - 1 - 6 - L'acidose lactique

S'apparait et se développe dès que l'observance de certains médicaments, « *les biguanides* », est accomplie en part avec leurs contre indications, en particulier l'insuffisance rénale, les tares viscérales et l'alcoolisme. (A. GRIMALDI, 2009, p11). Ou encore, elle est due « *à une augmentation des taux plasmatiques de lactate produite par la glycolyse anaérobie* ». (M. BUYSSCHAERT, 2012, p121).

7 - 2 - Les complications infectieuses

7 - 2 - 1 - La tuberculose

Elle reste la plus fréquente chez les diabétiques, se détermine par une maladie infectieuse, même contagieuse, touchant généralement les poumons. Cette infection est due en particulier au contact avec la « *Bacille de KOCH* », un microbe qui provoque une primo-infection ou même, jusqu'à en évoluer à une lésion pulmonaire ... (J. GIRAC-MARINIER, 2014, p1039), depuis, des remèdes sont élaborés ; des médicaments et vaccins, par le BCG, ainsi qu'une surveillance régulière, sont adressés aux diabétiques systématiquement pour amoindrir sa fréquence. (B. DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p136).

7 - 2 - 2 - Autres infections

Elles sont visibles ou, dans la plupart du temps, le patient est inconscient de celles-ci, par conséquence, de manque d'implication du patient pour les soigner et par négligence de sa part, elles seront un virage vers des complications graves et chroniques. (B. DAMIENS-DOLLAYE, 1985, p136).

7 - 3 - Les complications chroniques

La prévention de ses complications néfastes, dégénératives et intensives pour la vie du diabétique, commence dès leurs apparitions avec un traitement vif et une éducation thérapeutique soit nécessaire. (J. ASPAR, 2004, p102).

7 - 3 - 1 - Microangiopathie

Caractérisées par un épaissement important de la membrane basale (A. GRIMALDI, 1987, p11-12), elles se manifestent principalement par :

A - Une rétinopathie

Elle représente les complications les plus fréquentes des consultations diabétiques, due une atteinte des vaisseaux capillaires rétiniens induisant à une diminution progressive de la vue et à autres complications oculaires. (M. BUYSSCHAERT, 2006, p119).

B - La néphropathie rénale

Légère ou comme elle pourrait être chronique, c'est un terme désignant les maladies du rein, soit une insuffisance rénale ou une diminution des fonctions des reins, se manifeste généralement lors de la réception d'une grande quantité de glucose et de son expulsion rapide et accélérée par les reins, finira par endommager ces derniers. (M. BUYSSCHAERT, 2006, p119).

7 - 3 - 2 - Macroangiopathie

À présent, ces complications sont notamment des causes de décès chez les diabétiques principalement le type1, elles concernent les atteints des artères cérébrales, et les trouble trophiques et de la sensibilité des pieds, toutes ces atteintes, généralement, conduisent vers une ulcération, particulièrement, et vers des amputations. (A. GRIMALDI, 1987, p11-12).

7 - 3 - 3 - La neuropathie

La « *neuropathie diabétique* », associée à plusieurs tableaux cliniques ainsi symptomatologiques, elle se distingue des neuropathies périphériques, du système autonome, et des atteintes mono-/multinevritiques. (M. BUYSSCHAERT, 2012, p135).

Il s'agit des maladies appartenant au système nerveux surtout le système nerveux autonome, cependant, il englobe des perturbations végétatives, des troubles cardiovasculaires et oscillation de la pression artérielle, des désordres endocriniens comme des dysfonctionnements digestifs. (A. GRIMALDI, 1987, p11-12).

7 - 3 - 4 - La pathogénie

Elle vise l'étude des mécanismes et processus par lesquels apparaissent et se développent une quelconque maladie, la façon dont une maladie s'est déclenchée, s'évolue (J. GIRAC-MARINIER, 2014, p751), en particulier, la neuropathie, est impliquée au caractère diabétique et dans la polynévrite diabétique. (A. GRIMALDI, 1987, p11-12).

7 - 3 - 5 - Les complications rhumatologiques

Causée en générale par une insulinopénie, et elle finit en partie à enclencher des signes microangiopathiques. « *Une cheiro-arthropathie* », une manifestation assez fréquente apparue comme une réduction de la mobilité des articulations des mains, ainsi qu' « *une ostéoarthropathie* », touchant en partie les pieds, elle s'avère une neuropathie sévère, comme aussi, « *l'hyperostose de Forestier* », « *la maladie de Dupuytren* », « *le canal carien* » et « *la périarthrite scapulo-humérale* ». (M. BUYSSCHAERT, 2012, p160-161).

À part ces complications, catégorisées comme chroniques et graves, il en existe certains troubles qui se rapportent au diabète : « *les troubles circulatoires* », « *les maladies du cœur* », « *les accédants vasculaires cérébraux* », « *les lésions chroniques des nerfs* », « *les troubles érectiles* », « *les gangrènes des pieds et des mains* », « *les ulcères diabétiques (une mauvaise cicatrisation)* » (M. MARCK, 2007, p963-964), en plus des cancers, remarquablement, « *le cancer de la sphère digestive* », « *du foie, des voies biliaires, du colon et du pancréas* ». (M. BUYSSCHAERT, 2012, p161-162).

8 - Le traitement du diabète insulino-dépendant

Pour en dire qu'il existe vraiment un traitement efficace et apte pour débarrasser du diabète ou d'en guérir définitivement, actuellement ce n'est pas le cas, mais estimons qu'il aura des progrès. Partant de la cause principale de cette maladie, ce qui est l'insulinopénie, le seul remède était et est l'insuline analogue, une molécule produite, et identique, à partir de l'hormone naturelle humaine sécrétée par les cellules pancréatiques.

Donc ce dernier, le pancréas, ne signifie qu'un organe indispensable à la vie, en même temps, être une cause pour l'atteinte du diabète surtout le type 1, et l'insuline sera le repère, et le

point évocateur et certainement la solution face à cette maladie, dont les patients pourraient mener une vie normale et plus ou moins en adapter avec cet inexorable trouble métabolique.

Dans ce titre, il est irréfutable de prétendre le seul traitement du diabète juvénile, à savoir l'insuline, et des différentes méthodes destinés au diabète, à la suite, à savoir l'insulinothérapie, la diététique et les exercices physiques, mais aussi, avant de passer au traitement typique du diabète insulino-dépendant, il est évident de mentionner un bref aperçu de celui du type 2.

8 - 1 - Le traitement du diabète non insulino-dépendant (DNID)

Le traitement qui est efficacement voué se rapporte à une méthode d'hygiéno-diététique ; généralement, se pratique, d'une part, par un régime alimentaire suggéré et adapté à être hypoglycémiant, et d'autre part, en les combinant, par une activité physique assez régulière ; soit dirigé, en cas de l'inefficacité de ce processus, en la combinant aussi, par apport de médicaments, de substances hypoglycémiantes, tels que « *les Insulinostimulants (les Sulfamides, les Glinides et les Incrétinomimétiques)* », « *les Insulinosensibilisants (les Biguanides, les Glitazones)* », « *les inhibiteurs des α -glucosidases et les Inhibiteurs du co-transporteurs sodium-glucose* », apprivoisé encore, ce qui est rare, sous une insulinothérapie. (M. BUYSSCHAERT, 2012, p79-94).

8 - 2 - Le traitement du diabète insulino-dépendant (DID)

Le traitement de ce type, comme nous l'avons évoqué, repose sur la seule substance capable de l'apaiser à considérer l'insuline, et sur les différentes méthodes et stratégies de guérison, à savoir l'insulinothérapie, la diététique et les exercices physiques ; sont les seules voies, sur lesquelles une vie normale sera admise.

8 - 2 - 1 - L'insulinothérapie

Comme il a été mentionnée ci-dessus et auparavant, la guérison du diabète est quasi impossible pour l'heure actuelle, et le seul le traitement, efficace, serait l'apport de l'insuline ; un traitement objectivement orienté vers la stabilité de la glycémie, ceci dit que d'une part servira à la prévention des complications. (B. BARE, S. SMELTZER, 2011, p1516).

L'insuline est une hormone sécrétée par le pancréas, plus précisément par les cellules Bêta des îlots Langerhans, qui a comme prétention d'agir sur certains organes, pour y faire pénétrer le glucose circulant dans le sang ; y faciliter l'absorption de ce dernier, par le foie et les muscles, qui tous les deux ne peuvent stocker qu'une petite quantité par organe, alors que, tout excès de sucre dans la circulation sanguine agrandit le volume des cellules graisseuses ; l'insuline stocke donc

l'excès du glucose sanguin dans ces cellules et d'être transformé en suite en graisse. (E. MENAT, 2005, p22-23).

Par rapprochement à ces deux définitions, G. DELAMARE précise et explique l'importance de l'insuline qu'elle est « *une antidiabétique provenant de pancréas, elle abusée le taux de la glycémie, et favorise l'utilisation du glucose par les tissus en accélérant son passage à travers la membrane cellulaire, possède également une action antiprotéolytique et antilipolytique* ». (G. DELAMARE, 2009, p 460).

C'est en 1923, au Canada, que cette molécule a été utilisée, pour la première fois, en thérapie par F. BANTING et Ch. BEST (G. DELAMARE, 2009, p 460), alors que l'insuline utilisée était d'origine animale (bœuf et de porc) proche à celle de notre espèce. De ce jour, depuis les années 80, les progrès estiment positifs et les laboratoires en fabriquent une substance identique, avec une conformité, à l'insuline humaine (L. GEOFFROY, M. GONTHIER, 2003, p77) ; des analogues introduites récemment telles que l'insuline « *hypro* » et « *aspart* ». (G. HENNEN, 2001, p154).

Avant d'en parler sur les types de l'insuline, on met le point sur les moyens d'administration de l'insuline ainsi que ses sites d'injections. En pratique, et en particulier, la méthode d'administration de cette substance s'organise au tour de trois moyens ;

a - Les seringues à insuline : sont vendues en particulier librement avec de différents types de flacons d'insuline, et nécessitent une préparation immédiate peu avant l'injection, dont on peut mélanger deux sortes d'insuline au même temps.

b - Les stylos injecteurs, jetables ou rechargeables, selon les types, ils sont munis d'une cartouche d'insuline prêts à utiliser, il suffit juste de régler et déterminer la dose administré.

c - La pompe à insuline : est un mini appareil qui s'attache à la taille, équipé d'une tubulure et un cathéter implanté en sous-cutané.

d - Avec les progrès scientifiques et logistiques, d'autres produits continuent et finiront d'apparaître sur marché (le Pod[®], ...) un mini appareil qui se colle sur la peau, dont les injections sont télécommandées. (L. GEOFFROY et M. GONTHIER, 2003, p84).

La perfection des moyens utilisés évolues d'en par en part, des seringues aux stylos et ainsi de suite, relevant une amélioration des équipements ainsi qu'une consolidation des matériaux, de leurs fiabilités, employés dans leurs fabrication (des aiguilles ultrafines, une meilleurs qualité de l'insuline et son efficacité, ...), rendent, en générale, le traitement acceptable et apprécié, et en particulier, les injections indolores. (J. LUBETZKI et all., 2005, p418).

L'adaptation et l'acceptation du traitement insulinique ne repose pas seulement sur des moyens perfectionnés, mais sur la façon et les sites d'injection, il est plausible qu'une manière de transfuser l'insuline est indiquée et accommodée, ainsi que les zones d'injection sous-cutanées, qui le sont encore (abdomen, bras, cuisses, fesses). (L. GEOFFROY, M. GONTHIER, 2003, p84).

À reprendre avec ses types, l'insuline reflète sept modèles distinct :

a - Les insulines à action rapide, (Actrapide[®], Regular[®], Insuman Rapide[®]), sous forme d'une solution limpide, elle est administrée, soit, par injection sous-cutanée, l'effet hypoglycémiant apparaît après 20 et 30 minutes de l'injection et sa durée d'action est de 5 jusqu'à 6 heures, soit, par voie intraveineuse, c'est d'ailleurs la seule qui peut être administrée par cette voie-ci, d'une demi-vie de 6 minutes, l'effet est quasi instantané.

b - Les analogues « ultrarapides », obtenues par des manipulations et des modifications des acides aminés au sein des chaînes de l'insuline rapide, (Humalog[®], NovoRapide[®], Apidra[®]), ces insulines monomériques ont un effet immédiat de 5 à 15 minutes et d'une durée d'action de 3 jusqu'à 4 heures.

c - Les insulines à action intermédiaire, (NPH ; Neutral Protamin Hagedorn), ont un effet qui se manifeste entre 1 et 2 heures, et d'une action qui dure, par une addition d'une « *protamine* » qui ralentit son passage dans le sang après l'injection sous-cutanée, entre 10 à 18 heures.

d - Les insulines à action lente, par la modification des structures originales des insulines natives, ce type a une durée d'action longue et retardée (l'insuline détémir ; Levemir[®] : 20 à 22 heures, l'insuline glargine ; Lantus[®] : 22 à 24 heures, l'insuline degludec : plus de 25 heures).

e - Les insulines prémélangées ou biphasiques, qui combinent entre l'effet d'une action immédiate des insulines ultrarapide et l'effet d'une action prolongée des insulines intermédiaires, un mélange qui est fixé dans un seul flacon.

f - Les insulines inhalées, en cour d'élaboration et de commercialisation, elles se basent sur la conception d'une insuline administrable par voie pulmonaire.

g - Le septième modèle figure dans l'insuline à action prolongée, un mélange préparé et non pas fixé, il résulte par une combinaison des insulines à action intermédiaire et celles à action lente. (M. BUYSSCHAERT, 2012, p65-69).

Cette méthode destinée au traitement du diabète de type 1, qui est basée sur des injections d'insuline, qui était d'une à trois injections par jour, et on préconise en particulier deux par jour, par des mélanges spécifiques d'insuline qui sont fixés au préalable.

Ces schémas se varient selon les cas et, surtout, selon l'effet thérapeutique voulu et le résultat souhaité. Actuellement, cette méthode d'insulinothérapie réinitialisée sous « *un schéma basal-prandial* » prétendue lors de l'élaboration des insulines analogues, elle se distingue par quatre injection par jour, avec aussi des préparations fixées d'insuline initiée encore par les effets thérapeutiques et les résultats ambitionnés. (M. BUYSSCHAERT, 2012, p69).

Ce modèle thérapeutique s'implique avec quatre règles indispensables pour son efficacité ainsi que nécessaire pour obtenir un bon équilibre glycémique.

La première des quatre règles, est de régler la glycémie du réveil en évitant les hypoglycémies, ce premier point se rapporte à un double objectif, véhiculé par des attitudes et des exigences fixées, d'une part d'amoindrir les hypoglycémies nocturnes, d'autre part, de réduire les hyperglycémies au réveil.

La deuxième règle s'effectue par une triple modification, des adaptations des doses injectées, et apprendre au malade des astuces et techniques de la régularisation de la glycémie.

Cette règle repose, d'une part, sur une adaptation « *rétrospective* » qui s'applique, soit, par une adaptation des dose de l'insuline en fonction des résultats glycémiques des jours précédents (2 à 3 jours), soit, par une modification des doses de l'insuline injectée à un moment donnée en fonction des résultat de la glycémie du jour d'avant au moment qui suit celui-ci ; modifier la dose de l'insuline injectée le soir en fonction des résultats des glycémies du matin, ... , d'autre part, la proportion des doses injectées se mobilisent par une adaptation « *immédiate* », elles se varient en fonction des résultats de la glycémie du moment même qui précède l'injection.

La troisième règle résulte sur les sites d'injection de l'insuline, et d'en garder le même territoire d'injection au même moment de la journée : pour une meilleurs résorption de l'insuline, chaque injection à un moment donnée dans la journée (matin, midi et soir) a son territoire spécifique et précis (abdomen, bras, cuisses, fesses), mais à force d'en garder la même place de transfusion, il peut y avoir une constitution de lipohypertrophie, alors il est conseillable de décaler ceci de quelques centimètres du point d'injection précédent, et l'injection elle-même doit être réalisée sous un angle oblique de 45 %, et par des aiguilles variées (8 mm, 12 mm, 15 mm) selon l'épaisseur du panicule adipeux.

La dernière règle est la capacité d'appréhender, de prévenir les hypoglycémies, et surtout de les traiter personnellement ; il est indispensable de faire apprendre au malade certain technique d'être observateurs de lui-même pour empêcher leurs apparitions. (A. GRIMALDI, 2005, p103-105).

8 - 2 - 2 - La diététique

En dehors de l'insulinothérapie, le diabète de type 1 s'accorde à une attitude à suivre et à respecter. Il est souvent ordonné aux diabétiques de suivre un régime alimentaire, façonné pour chaque patient, par des normes bien définies.

A partir d'un régime équilibré et adapté sur un apport énergétique et d'un contenu calorique des repas, il doit être exhibé et administré en fonction du poids plus l'activité physique du patient (50 % de glucides, 30 % de lipides, 20 % de protéides).

L'adaptation à un régime n'est pas suffisante, une proportion des repas est adéquate à ce trouble. La répartition des repas dans la journée, surtout d'en garder le plus possible le même moment pour en prendre, cela pour éviter les hypoglycémies ainsi que les hyperglycémies (trois repas en général et deux collations). (N.H. MORIN, G. PERLEMUTER, 2002, p143).

8 - 2 - 3 - L'activité physique

Les exercices physiques sont toujours efficaces, non seulement pour le diabète de types 1 ou 2, mais pour toutes personnes saines ou atteintes.

Pour le diabète, l'activité physique actionne les muscles, qui sont des sources d'absorption des glucides, qui capturent le glucose sanguin pour les transformer en énergie, ce qui diminuera le besoin d'insuline - puisqu'elle est un moyen d'introduction du glucose dans les organes -. (P. SPRUMONT, Ch. M. THIEBAULD, 1997, p28).

A part le rôle favorable de l'entraînement physique, régulier, sur le contrôle métabolique, mais elle doit être exercée avec précaution et modération pour éviter les hypoglycémies en cas de sport intensif. (L. KREMP, 2007, p597).

8 - 2 - 4 - La prise en charge psychologique

Le diabète est une maladie lourde pour le patient. Le diabète insulino-dépendant est essentiellement le plus visé des types existants sur le plan de l'implication du patient, à vrai dire que l'atteinte exige à la personne, quotidiennement, à interpréter, à travers des méthodes et tests, les informations persistantes et recueillies sur le vif sur son état, sur laquelle elle - la personne - en module son traitement, à modérer certains comportements et paramètres physiques de façon à ce qu'ils soient adéquats aux exigences diabétiques, à en disposer de stratégies et à en procurer des techniques pour faire face aux situations symptomatiques imprévisibles, mais aussi, d'avoir un maintien des attentions en évidence affectives, sociales et professionnelles.

Une tâche quasiment rude et difficile à gérer seul, et sera-t-il qu'un aide venant de son entourage, et d'autres personnes être indispensables, une vocation à intéresser les psychologues cliniciens pour en faire part de leurs parcours, sur l'éducation des patients.

Les méthodes cognitives, inefficaces d'une part sur l'impossibilité de dépasser l'inacceptation de la maladie, mais, ont, dans d'autre part, un impact sur l'acquisition de la connaissance de la maladie et de ces traitements par le patient.

De part et d'autre de ce point, il existe des techniques et stratégies qui peuvent aider la personne atteinte du diabète à en optimiser le risque des complications, ainsi, d'en supprimer quelques comportements face aux symptômes : « *l'assignation de tâche spécifique* », elle consiste sur l'identification des signes et des indices survenus lors de l'apparition des complications et des symptômes diabétiques, qui lui permet d'agir d'une façon adéquate et en fonction au traitement individualisé selon ses signes et des besoins. (A. HAYNAL et al., 1997, p116).

Des techniques, relativement adéquates aux traitements des perturbations psychiques et/ou psychologiques, peuvent être une annonce et même une certaine évocation qu'il en existe, certes, des atteintes et des lésions inconscientes générées par le diabète.

II - L'aspect psychologique du diabète

L'apport des maladies chroniques sur le bon fonctionnement psychique du patient est assez étayé, et même, de quelque sorte, serait-il explicatif. Le somatique et le psychique sont en constante liaison dans le diabète en général ou typiquement insulino-dépendant, souvent, son lien somatique inflige des blessures, des dommages psychologiques et des influences inconscientes attribuées sur le bon fonctionnement psychique du patient.

Dans ce deuxième point du diabète, l'exquis serait d'exhiber le côté dissimulé et ambiguë du diabète, sur son impact psychologique, en mentionnant certains aspects significatifs dans la mentalisation des faits, à considérer les phases d'acceptation de la maladie, le vécu psychologique et le quotidien de la personne envers le diabète y compris son entourage, et encore, certains troubles et les comportements manifestés qui peuvent surgir, à savoir le stress et l'anxiété, autres troubles comme celles des conduites alimentaires et de l'humeur.

1 - Le vécu psychologique du diabète

Toute atteinte corporelle, qu'elle soit un handicap ou une maladie chronique, ont des dommages et des influences sur la vie du malade. Des manifestations peuvent surgir, pendant, peu

après et même, dans certain cas, un laps de temps, à l'annonce du diabète, et être un impact sur le quotidien des patients diabétiques, entre autre sur le plan psychologique.

1 - 1 - Les phases d'acceptation du diabète

Accepter, d'ailleurs, un incident et une répercutions négative du quotidien, qui nous arrivent et nous procurent de l'anxiété et du stress, c'est déjà une tâche à en faire part sérieusement et une conscience en plein gré de la personne, chose plus éminente si l'on renvoie à une maladie chronique quelconque telle que le diabète.

Les phases de l'acceptation du diabète sont difficilement et durement approuvées ; comparable au cycle du deuil de FREUD, elles s'orientent vers quelques capacités de la personne malade, des attitudes qui ne sont pas données à tout le monde. Pour franchir vraiment ces étapes, fallait-il qu'elle - la personne diabétique - possède un certain estime et une confiance en soi et aux soignants, et une certain croyance dans les relations sociales à être un soutien et un aide. (M. POPELIER, 2006, p77). Le cycle d'acceptation se résume sous huit points et attitudes du malade :

1 - 1 - 1 - La phase du choc

C'est la première étape, elle résulte par l'annonce de la maladie, et dans laquelle le patient est surpris et angoissé, le faite de savoir qu'il est atteint, il serait inadmissible.

1 - 1 - 2 - La phase de dénéigation

Le patient, ici, se détache de sa maladie en se convaincant qu'il y a des maladies plus graves et plus capricieuses et plus fastidieuse que celle qu'il a ; il la banalise en niant tout simplement son degrés de gravité et des complications qu'elle génère.

1 - 1 - 3 - La phase de révolte

Généralement, le patient, dans cette phase, se met dans un état d'irritabilité sévère et de colère, soit un état agressif, et le plus souvent, un état d'alerte : il se sent attaquer et menacer ; il revendique la cause de l'atteinte et c'était à qui la faute, surtout, il cherche la cause et l'objet inconscient de sa révolte.

1 - 1 - 4 - La phase de marchandage

A ce moment, il est plutôt collaborant et attentif aux instructions mais avec une certaine anticipation et manipulation dirigée au préalable vers ses intérêts et ses intentions ; souvent il négocie des points secondaires, ce qu'il le rend parfois irritable et il, généralement, finit par remettre en question toutes ces instructions ordonnées.

1 - 1 - 5 - La phase de dépression

Cette étape est primordiale, car elle apprête celle qui suit, ce qui est l'acceptation. Le patient est triste et méditatif. A cet instant, il manifeste deux attitudes, l'une d'elles est une dépression réactionnelle due à la perte de la sainteté de son corps, et de la perception de soi ..., la deuxième, comme nous l'avons mentionné, est une succession dépressive et de chagrin, qui sera préparatoire à la phase d'acceptation.

1 - 1 - 6 - La phase d'acceptation

Sur le plan d'un état privé de sentiment, le malade est tranquille et très collaborant, encore très persuasif à vivre le plus normalement en la présence du diabète.

1 - 1 - 7 - La phase de résignation

Sous une aptitude de rigueur et d'espoir, le patient est passif et docile, il obéit aux instructions et dévoue aux médecins.

1 - 1 - 8 - La phase pseudo-acceptation

Souvent la personne atteint, soit du diabète ou d'autre maladie, le vit comme une menace ou un danger excessif sur sa vie, et plus précisément, sur son intégrité sociale et professionnelle même ; un refus consciemment de se sentir malade et d'en soumettre aux instructions. C'est d'ailleurs, 25 % des diabétiques manifestent ce trouble, quasiment psychologique, de refuser d'être diabétique. (A. GRIMALDI, 2005, p129), (J.L. PEDINIELLI, 2005, p43).

1 - 2 - Chez l'enfant

Le diabète de l'enfant n'est pas, et ne sera jamais représentatif et identique à celui des adultes ; ses réactions, d'une part psychologiques et émotives, sont méconnues, car généralement, le peu d'expressions, verbales et comportementales, lègue une certaine impression d'une adaptation rapide.

Donc, la prise en charge de l'enfant diabétique nécessite une compréhension des processus de son développement et dépend sur ses repères de maturation ; il est absolu de prendre en considération son évolution constante du système cognitif.

L'enfant explique la nouvelle situation, attribuée au diabète, et la réalité en générale, selon sa compréhension, par association des faits - qu'il obtient à partir d'enregistrement et d'acquisition des discours, images et actes et qu'il interprète en fonction de sa maturation - et ses désirs, que le diabète n'est rien qu'une maladie comme toutes, selon lui, elle est de tout ce qu'il connaît et surtout

de tout ce qu'il en a déjà vécu, à préciser que c'est le traitement qui cause le problème et ce n'est pas la maladie elle-même. (S. RICARD-MALIVOIR, 1999, p68).

Parfois, dans certain cas d'atteinte du diabète, les patients oublient ce qu'ils ont, un oubli substitutif de l'état silencieux de l'atteint peut faire croire une désactivation et une dissimulation des manifestations de la maladie, cependant, en cas de prise médicamenteuse contraignante, cette quiétude silencieuse de la maladie aboutit à un état péjoratif, une réactivation du traumatisme et une apparition des effets secondaires. (G.N. FISCHER, 2002, p236).

Ainsi qu'une caractéristique lourde, le traitement du diabète n'est pas toujours efficace ni prévisible, les patients ont d'un sentiment d'échec et d'usure. (M. POPELIER, 2006, p76).

L'inconnaissance de la maladie diabétique ainsi que l'inconscience de ses complications mettent l'enfant dans une souffrance liée aux souvenirs attributifs aux premiers contacts avec la maladie ordonnés ; des souvenirs survenus lors du traitement et essentiellement lors de son hospitalisation brutale, peuvent être validés comme des chocs permanents, des angoisses et des peurs, accentués sur son premier contact avec le diabète ; la peur d'être piqué, souvent était sous une prise de sang, une pose de perfusion et un traitement par insuline. (F. MANNA, S. TERUYA TERAN, 2013, p112).

1 - 3 - Chez la famille

L'annonce de quelque chose inattendue déjà négative et perturbante est moins jouissante mais plus exaspérante et accablante, surtout si l'on identifie comme une maladie. A l'annonce aux parents qu'un diabète est développé chez leurs enfant, va enfanter chez eux un choc, observé, surtout exprimé, et il peut en agir d'un traumatisme de la famille entière.

Le diagnostique du diabète a aussi un impact sur la représentation des parents de leurs enfant et font preuve de deuil, soit une perte de l'enfant parfait fantasmé durant la grossesse, soit une perte de l'enfant normal qu'ils connaissent déjà. (D. GRAS, 2009, p6).

Les parents, en particulier, et même tous les membres de la famille, sont choqués et troublés, accompagné par un sentiment de déni, de colère, de confusion jusqu'à même arriver à la dépression, suite à la perception de la situation de leurs enfant. (S. J. BRINK et All., 2011, p102)

L'opportunité qui soit adéquate à suivre dans l'annonce du diabète chez un enfant sera d'approcher ses parents et sa famille, c'est d'ailleurs « *un moment clé* ». Ce premier contact est une occasion essentielle de faire comprendre aux parents et la famille, puis à l'enfant les objectifs et les règles basiques du traitement du diabète, notamment l'intégration de la famille à l'équipe

thérapeutique, tout en mettant l'accent sur ses dimensions caractéristiques. (S. J. BRINK et All., 2011, p102).

L'apparition de la maladie chez l'enfant exige aux parents une accommodation et une réorganisation de nouvelles conditions et de nouveaux modes de vie, à savoir des tâches excessivement multiples et complexes (procurer les soins nécessaires ...), de gérer l'angoisse et d'en réguler leurs souffrance, des contraintes et de nouvelles responsabilités difficile à gérer ou à délaissé. (D. GRAS, 2009, p9).

Le diabète s'applique aussi sur l'organisation de la famille, son impact sur la fratrie est très observé. Les conséquences les plus attirées sont des sentiments ambivalents qui varient entre : la tristesse, l'anxiété, la honte et la culpabilité d'être en bonne santé, et, soit, la solitude, la colère et la jalousie envers l'enfant malade que les parents s'occupe. (D. GRAS, 2009, p9).

2 - L'impact psychologique du diabète et ses influences

Un patient est avant tout une personne humaine sous tout les aspects ; affectif, sociale, cognitif, ..., une personnalité bien spécifique et élaborée comme telle, avec ses propres qualités d'adaptation organisées pour combattre des infections, confronter à des maladies. Le diabète n'est rien qu'une maladie chronique, qui se différencie, par apport réactionnelle, d'une personne à une autre, de l'instant que la somatisation soit mise en place, des conséquences psychologiques, psychosomatiques, même des troubles psychiatriques prennent formes dans la personnalité du patient, mais elle s'incite aussi à avoir un impact sur l'équilibre de la glycémie.

L'être humain est beaucoup plus fonctionne et réagit de façon émotif, de sorte que ses émotions rentrent par enjeux. L'exclusion des états émotionnels comme un moyen d'action sur la glycémie, ou, comme un poids exercé sur l'hyperglycémie, n'est pas évident (G.S. MORON, 1987, p38), et certaine des manifestations émotionnelles de la part des enfants diabétiques sont des expressions caractérielles au diabète, qui se lient à des perturbations de la glycémie. (R. DEBRAY, 2003, p27).

Un sentiment assez important et fréquemment observé chez les diabétiques s'impose. La détresse émotionnelle provoque chez la personne diabétique une certaine attitude dépressive (M. POPELIER, 2006, p79). Le diabète, notamment l'insulinodépendant, est un facteur induisant aux troubles de l'humeur, généralement, suivi d'épisode de dépression majeur, et perturbe le cours de la vie et le quotidien du patient. (S. FRIEDMAN, 1999, p1).

Le faite d'apprendre la nature de la maladie, d'en découvrir son traitements, ses complexités et complications, un diabétique est dans un état stressante et montée du stress, de son âge très jeune,

il est à sa première expérience du diabète et d'une maladie grave, une nouvelle expérience d'hospitalisation, un vécu assez brutal. Ce stress pourrait être causé d'un autre égard, à titre de l'annonce du diabète, le petit patient doit précipitamment s'adapter aux attributifs de celle-ci. (D. MOREL, 1981, p1309).

En dehors des évènements stressants qu'en vit le patient à la limite du diabète, les symptômes de ce dernier se modifient de même aux apports du stress ; de sorte qu'il participe au développement de l'hyperglycémie par la mise en fonction du système sympathique -sous l'activation de certaines hormones sécrétés - inhibant ainsi la sécrétion de l'insuline. (S. FRIEDMAN, 1999, p2).

D'autre symptôme psychologique que le stress peut engendrer des états et des manifestations effroyables, tel que l'anxiété qui peut être enclenchée. Avec une cooccurrence entre une hyperglycémie, angoisse, les signes de l'anxiété chez les diabétiques est difficile à les différencier. Réunie dans la quantité des évènements stressants, mais aussi, dans l'impacte que celles-ci a sur la personne diabétique et sur l'évolution de sa maladie, que l'anxiété prend forme d'une peur des piqûres, du sang, des blessures, ..., que le patient, non seulement craint mais parfois enfuit totalement. (A. HAYNAL et all, 1987, p117), (S. FRIEDMAN, 1999, p3).

Radicalement, le DID est considérablement lié aux troubles alimentaires, dont le seul aspect en l'occurrence évoquant le diabète est à priori de soumettre l'alimentation à des règles rigides, fondamentalement, qui elle - l'alimentation - seule peut être un attribut clés en main pour l'équilibre permanent de la glycémie. (S. FRIEDMAN, 1999, p4).

Concrètement, l'apport d'une maladie chronique sur l'organisation de la personnalité est lourdement inévitable, un défi à se soumettre et à surmonter pour la construction de l'identité ainsi pour la solidité de l'estime de soi. (L. GEOFFROY, M. GONTHIER, 2003, p.212).

Le fait qu'un enfant atteint d'une pathologie chronique, une « *faible narcissique fondamentale* » peut prendre surface. Il peut y avoir une forme d'une étrangeté et une faible, même, une baisse de son estime de soi, qu'elle soit seule ou, parfois, accompagnée de blessures affectives, il est, certainement, par conséquence, conservable d'engendrer un risque de repli sur soi, et très souvent, d'observer certains comportements de retrait et de manque de désir (plaisir), ainsi que des attitudes dépressives. (F. MANNA, S. TERUYA TERAN, 2013, p52).

Au même temps, la maladie chronique, et capitale diabétique, contribue dans l'élaboration d'une image du corps par essence défavorable et dévalorisé, dès lors, souvent de nature conflictuelle ; en premier apport de l'image du corps avant n'importe qu'elle atteinte, elle était

fondamentalement idéalisée, et peu après l'avènement de la maladie, elle est négative et anéantie. (R. BONTEMPS, et all., 2005, p33).

En faisant abstraction du genre de la maladie, certaines personnes atteintes décrivent un sentiment de perte de sécurité. Essentiellement identifié sous des sentiments, parfois même, des situations dites de perte de contrôle et du pouvoir de certaines principales variables, qui les motivent (leurs corps, leurs quotidien et leurs vies, leurs relations avec autrui et avec eux-mêmes, leurs activités, rôles et leurs projets), peut en agir d'un changement et d'une modification du sentiment de sécurité. (R. BONTEMPS, et all., 2005, p33).

La réduction de ces variables et performances créent chez les patients un état de conscience de leurs limites que leurs impose la maladie. Des contraintes les conduisant « *à vivre différemment de ce qu'ils étaient ou de ce qu'ils souhaiteraient être* », les conduisant aussi vers un changement des rôles sociaux, ainsi que des répercussions sur le plan des relations avec autrui et avec elle-même. (R. BONTEMPS, et all., 2005, p33).

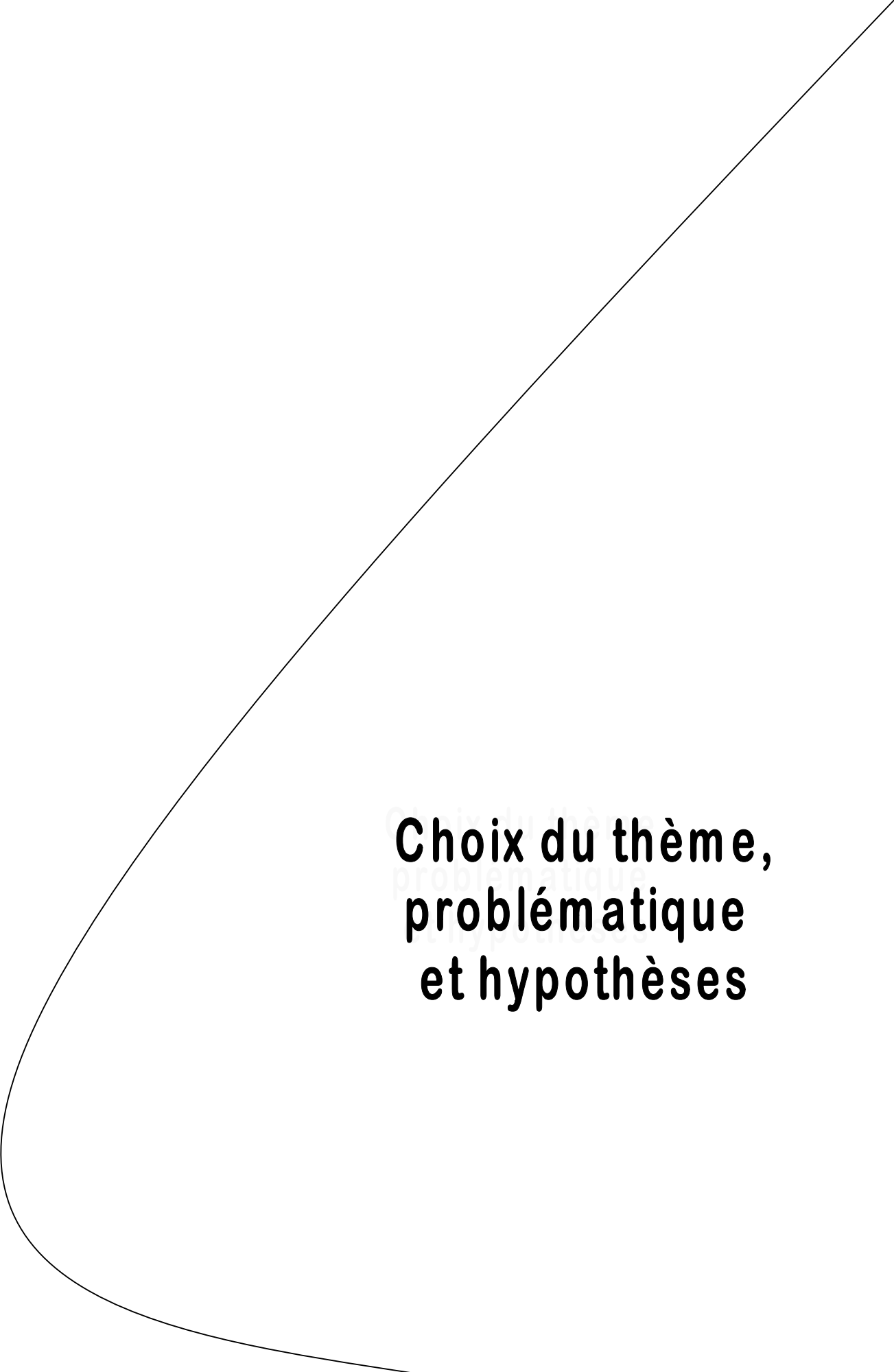
Résumé

L'impact d'une quelconque maladie, chronique ou non, sur l'organisme et sur l'Être humain serait néfaste pour la continuité normale de sa vie. Fastidieux et irrité, un patient diabétique, surtout pour un enfant, se plaint de plusieurs problèmes, perturbations et des complications modifiant ainsi le tracé et son mode de vie.

A comparé avec la complexité, la subtilité et la dégénérescence du diabète, en particulier, l'insulinothérapie, avec les différents genres de l'insuline, ainsi que d'autres méthodes, à savoir la diététique et l'activité physique, captivent et motivent une vie normale, un étayage dépassant les perturbations générées par le diabète.

Au niveau gravissime des maladies, le diabète s'inscrit dans une sphère radicalement, en plus de sa lourde influence somatique apparente, psychologique ; fréquemment les patients souffrent et émettent des signes globalement interprétés sous une forme de troubles psychologiques pures et nettement psychiques.

L'organisation mentale qui honte les patient atteints du diabète, soit du type 1, est rattachée à cette maladie, d'une part ou d'une autre, une maladie renferme une sorte un rôle de troubler, d'aggraver progressivement l'état psychologique du malade, et surtout d'être un synonyme de perte de l'estime de soi et un stigmate pour l'intégrité, la perception et la représentation du corps.



**Choix du thème,
problématique
et hypothèses**

Préambule

Dans ce chapitre on va retracer les différentes recherches et travaux, qui sont en rapport, de près ou de loin, avec notre thème de recherche : « image du corps chez les enfants insulinodépendant ». Mais, d'abord, on estime essentiel d'en définir ces deux variables ainsi, de faire un trait sur les objectifs que nous ont motivé pour choisir le diabète, premièrement, et d'opter pour les enfants, deuxièmement.

I - Les objectifs de la recherche

En primauté, cette pathologie reste un mystère ; le diabète est la maladie du siècle, elle prend, d'ailleurs de l'ampleur dans les actualités ; dans les recherches en médecine, surtout, et dans le monde entier, cherchent de dévoiler les causes principales qui la provoquent, mais encore, plus précisément, d'aider ces patients à la surmonter mais aussi à surmonter sa détresse, ses complications et ses conséquences que le diabétique subit.

En deuxième lieu, la tranche d'âge choisie est centrée sur l'enfance, même si elle peut toucher toutes les tranches d'âge, et cela reste une constatation. L'enfance est une période très fragile à cerner, ainsi qu'à sa détermination comme étant une phase la plus difficile de la vie.

II - Définition et l'opérationnalisation des concepts

1 - 1 - Définition des concepts

1 - 1 - 1 - L'image du corps : Le concept de « *l'image du corps* » se projette en partie aux perceptions et aux représentations mentales qu'un individu fait de son propre corps, telle qu'elles se forment dans l'esprit, de quelque sorte d'un corps imaginaire ou encore, selon P. SCHILDER, la somme des jugements conscients et inconscients, déployée par des perceptions présentes et passées. (P. SCHILDER 1968, p25).

La notion d'image du corps appartient au champ psychanalytique qui se rattache à une représentation mentale inconsciente du corps (S, CLAUDEL, 2012, p76), désignant encore qu'elle ressorte par une construction progressive à l'égard de l'évolution de la vie ainsi que des étapes du développement de la personnalité, de la conscience de soi ; elle se forme tout au long du développement à travers les « *castrations symboligènes* », par un amas de « *la maturation psychoaffective et neuromotrice* », associative aux investissements et aux découvertes des zones fonctionnelles du corps. (F. DOLTO, 1984, p154).

1 - 1 - 2 - Le diabète : Le diabète correspond à la sphère des maladies chroniques, qui est significative d'un état caractérisé essentiellement par une certaine concentration, d'une façon excessive, de glucose sanguin (hyperglycémie) ainsi que dans les urines (glycosurie).

Il est manifestement que le diabète est un syndrome d'hyperglycémie chronique particulièrement et une maladie à complications et à signes multiples de tous genres. (M. J. CHICOURI, 1983, p15).

1 - 1 - 3 - Le sentiment de frustration : La privation est le manque d'un objet susceptible de satisfaire un besoin. La frustration prend une résonance subjective : la privation de satisfaction est vécue comme le résultat d'un refus opposé par autrui. S. FREUD a mis en évidence, dans les échecs de certains patients, une intention inconsciente de se refuser à eux-mêmes la satisfaction désirée. La frustration nécessaire des désirs du patient dans la situation psychanalytique fonde la règle d'abstinence. (R. DORON, 2008, p317).

1 - 2 - Opérationnalisation des concepts

1 - 2 - 1 - L'image du corps : Cette conception renferme la notion mentale, psychique et une représentation du corps dans l'esprit, notamment chez les enfants diabétiques de type 1, comme elle pourrait être saine ou perturbée, normale ou pathologique ; elle se rapporte généralement à deux aspects : l'image du corps peut être « *positive* » renvoie à une image du corps totalement parfaite et satisfaisante, ou elle peut être « *négative* », d'un allure incomplète, abimée, elle renvoie à un corps non fonctionnant qui a changé et se change, ou lorsqu'il serait percevable partiellement.

Comme aussi on peut le constater, l'image du corps peut se modifier et se changer, à ce qu'elle soit altérée et perturbée par de multiples dimensions, excitations externes et/ou internes, psychologiques, socioculturelles, ..., physiologiques, qui s'additionnent aux maladies chroniques, à savoir le diabète, ou encore juvénile.

1 - 2 - 2 - Le diabète : Apprivoisé sur le jargon classique médical, typiquement parlant, le diabète de type 1, sur lequel s'effectue notre recherche, se définit et s'explique essentiellement par des signes recueillis du quotidien et de la réalité diabétique.

Au premier plan, il est remarquablement issu d'une insulinopénie et un manque de sécrétion d'insuline, naturellement, elle s'associe à l'hyperglycémie, qui serait le point désignant de cette maladie ainsi que la glycosurie. Ajouté à ceci que le diabète soit lié à une polyuro-polydipsie, identifiée par une polyurie fréquente et abondante considérée comme un signe de polydipsie par une soif intensive, insatiable et permanente, d'autre manifestations pourraient surgir de part une polyphagie.

En dépit de sa caractéristique, une sensation excessive et insatiable de faim, il est très percevable qu'une perte de poids et un amaigrissement du tonus musculaires et graisseuse soient mises en place. A ne pas négliger aussi les multiples complications et infections que le diabète cause.

1 - 2 - 3 - Le sentiment de frustration : La détresse émotionnelle est le sentiment le plus fréquent chez les personnes, adulte ou enfants, diabétiques, et essentiellement la frustration.

Ce sentiment d'être frustré est souvent relié à une privation ou d'un manque d'un besoin quelconques (physique ou psychique) susceptible d'apporter une satisfaction, ou encore - dans notre recherche portée sur l'étude de l'image du corps chez les enfants diabétiques - la frustration est manifestement associée aux distinctions et aux différences, soit, morphologiques ou nutritionnelles, avec d'autres enfants non atteints, que ces enfants sont conscients de ses disparités.

La frustration est due remarquablement à une privation de satisfaire les besoins subjectives qu'autrui a la possibilité et pouvoir de faire.

III - Le cadre général de la problématique

L'homme n'est qu'une existence biologique et physiologique, mentale et sociale, approuvé au tant que telle unité s'approprie à une meilleure tendance de qualité et/ou de santé ; l'orgueil ici s'affiche sous un angle accentué sur la santé.

Le cours et la durée de la vie de l'homme tient et dépend généralement et spécialement de la santé, d'une qualité positive. Elle est soigneusement veillée comme telle. Elle est précieuse au tant que la vie elle l'était et l'est pour l'être humain. La vie humaine est quotidiennement confrontée à de multiples maladies et atteintes. Ces atteintes peuvent être simples, aiguës ou chroniques.

Dans cette optique, la santé est source de bonheur ; un homme en bon santé l'affirme heureux et une personne équilibrée qui prospère dans la vie. En revanche, dans le cas contraire, il en pourrait le nuire et être comme un état de malheur et de souffrance.

Dans cette offrande, toutes maladies ou autre aspects qu'étant des perturbations de l'équilibre et de l'harmonie, pourrait être une souffrance. Elle l'est vraiment, une affirmation envisagée par le secrétaire général de l'ONU, BAN KIMOON : « *Le cancer, le diabète et les maladies du cœur ne sont plus des maladies des riches. Aujourd'hui elles touchent les populations et les économies des pays les plus pauvres encore plus que les maladies infectieuses. Elles représentent une urgence de santé publique sous-estimée.* » (ONG Santé Diabète, 2014)

Les maladies chroniques, transmissible ou non, tel le cancer, le VIH et autre formes de pathologies plus complexes ainsi que le diabète, intéressent la recherche à les contourner de solutions et de préventions.

Identifiées par l'OMS comme source de souffrance et représentent plus de 60 % des causes de mortalité dans le monde ; les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, qui s'amplifient, entraînent d'autre symptômes et syndromes.

Ainsi que le diabète est associé à plusieurs « *maladies distinctes qui ont en commun un trouble métabolique d'origine génétique ou hormonale dans la nature est définie par l'épithète qui suit le mot diabète employé tout court, il désigne le diabète sucré* ». (G. DELAMARE, 2009, p243)

Par une estimation touchant plus ou moins de 382 millions de personnes dans le monde, ce qui a amené l'ONU, dans la prise de conscience de la gravité de l'épidémie diabétique, à déclarer solennellement, le 14 Novembre de chaque année, la journée mondiale du diabète.

L'ancienne directrice général de l'OMS, Gro Harlem Brundtland, approuve qu' « *Au 21^{ème} siècle, c'est dans les pays en développement que l'impact de cette transition sera le plus fort* », environ, 80 % des personnes, ainsi causant un chiffre effrayant de 5,1 millions de décès par an, soit 14000 morts par jour. (ONG Santé Diabète, 2014).

L'inspection générale des affaires sociales, effectuée en avril 2012, à démontrer que le diabète est devenu, en 2010, la maladie chronique la plus visée ... par une hausse assez importante et rapide, le diabète grimpe de 2,6 % en 2000 (1,8 millions de personnes), 3,95 % en 2007 (2,5 millions atteints) et 4,4 % en 2009, aussi, sur les 2,9 millions des personnes diabétiques traitées ; sous surveillance il y a 92% souffrent du diabète de type 2, 6 % pour le type 1 et 2 % pour les formes méconnues et autre que ceux du type 1 et 2. (A. MOREL, G. LECOQ, D. JOURDAIN-MENNINGER, 2012, p15).

A la lumière de ces propos, la FID (Fédération Internationale du Diabète), à l'instar des données mondiales, celles de 382 millions de personnes, soit 8,3 % des adultes, et la plupart (80 %) vivent dans des conditions chaotiques ; dans des pays à faible et moyen revenu. Remarquablement ce taux n'était pas et ne sera jamais fixe, elle estime qu'environ 10 millions nouveaux cas par an, qu'à estimer d'ici 2035, environ 592 millions diabétiques. (N. H. CHO et all., 2013, p34).

En 2007, l'institut de veille sanitaire en collaboration avec l'institut nationale de la santé et de la recherche médicale ont focalisé sur les maladies chroniques et traumatiques, que cette dernière « *est une maladie chronique au retentissement lourd, à la fois pour l'enfant, sa famille et les professionnels de santé* ».

Dans cette étude effectuée en Europe entre 1989 et 1998, l'incidence globale du diabète de type 1 estimée à 8 pour 100000 enfants âgés de moins de 15 ans, elle atteindrait actuellement 15 pour 100000, soit 3,2 % par an interférant avec les différents âges plus précisément « *4,8 entre 0 et 4 ans, de 3,7 % entre 5 et 9 ans et de 2,1 % entre 10 et 14 ans* ». (C. LEVY-MARCHAL, et coll., 2007, p 8). Entre autre du diabète de type 1, « *autrefois considéré comme une pathologie de l'adulte d'âge mur* », ce deuxième type prend parution à travers les conséquences surpoids et de la sédentarité. (C. LEVY-MARCHAL, et coll., 2007, p3).

Le diabète chez les enfants est absolument mis en plan dans l'Atlas du diabète de la FID. Plus précisément, le diabète de type 1 est d'environ 497100 enfants, soit 79100 enfants de moins de 15 ans développent ce type. Cependant, les données faibles du type 2 renvoient à une précarité mais il est assez observé chez les enfants (adolescents) une constante augmentation. (N. H. CHO et al., 2013, p42).

La prévalence du diabète en Afrique varie entre les régions et pays, le manque des données l'accessibilité de celles-ci, rendent la tâche un peu déficèle. La FID rapporte un taux considérable, environ 19,8 millions d'adultes de l'Afrique sont actuellement atteints de diabète. (N. H. CHO et al., 2013, p56).

Sous la rareté des données et sources plus précisément en Afrique et autre régions plus reculées par manque de statistiques et d'effectifs, la prévalence de cette pathologie reste approximative en Algérie.

Au classement, sur le plan de l'incidence, elle est « *deuxième position, derrière l'hypertension artérielle* » et « *quatrième cause de mortalité* », le diabète en Algérie s'affiche sous un sens d'augmentation progressive ; « *0,3 % chez les sujets âgés de moins de 35 ans, à 4,1 % chez 35-59 ans et à 12,5 % chez les plus de 60 ans* ». Un point assez important à été mis en avance dans cette vision : la majorité des maladies, d'hospitalisation grave et des complications, prennent émergence du diabète : les dialysés 14 %, les rétinopathies 21,8 %, les neuropathies 33 %, amputations 25 %. (M. CHAKIB, 2011, p31).

Dans la lumière de cet article, Mr Fayçal OUHADA, président de l'Association des diabétiques de la wilaya d'Alger, a énoncé qu'environ 10 % de la population est atteinte du diabète, mais soit 7 % est enregistré dans la Caisse Nationale d'Assurance Sociale et autres siège de sécurité sociale, à l'opposée, ceux qui n'était pas inscrits indifférents à ce taux, ils ont accès à la gratuité des médicaments et de divers soins, soit une « *couverture sociale est très importante, pour un malade du diabète. Elle lui permet d'accéder à tous les soins, que son état de santé requiert* ». (M. HARCH, 2012, p32).

Sur un autre étayage, L. PERLEMUTER et ses collaborateurs, ont réalisés un abrégé, purement didactique, permettant d'acquérir les connaissances indispensables dans le domaine des maladies métaboliques y compris le diabète, en combinant : une partie théorique sur la traits de diagnostique et du la surveillance mais aussi un aperçu thérapeutique du diabète, et une autre partie, un outil d'entraînement et d'auto-évaluation, consacré aux pratiques, aux cas cliniques. (L. PERLEMUTER, et J-L. SELAM, 1987).

Certains spécialistes, tel A. GRIMALDI, dans une autre édition de son ouvrage « GUIDE PRATIQUE DU DIABETE », paru en 2009, tente d'appréhender aux patients diabétiques certains conseils alimentaires et exercices physiques et motivationnels.

A. HARTEMANN, A. GRIMALDI, ont schématisé cette maladie chronique dans les pays industrialisés. Près de 350 millions de malades dans le monde et la majorité ignorent d'avoir cette pathologie qui souvent est à l'origine de complications graves. A cette idée. Les deux auteurs mettent en avance de nouvelles technologies pour le traitement curatif et préventif du diabète et du suivi. (A. HARTEMANN, A. GRIMALDI, 2013).

A présent, en dehors des aspects négatifs et des complications portées sur la santé et des changements physiologiques, certes, toutes maladies essentiellement chroniques s'accroissent encore sur des complications psychologiques, à savoir le stress engendré par celle-ci, les perturbations de l'intégrité de la personnalité et sa dissociation en persistant ainsi sur l'estime de soi et essentiellement sur l'image du corps.

Tel que le diabète et autres maladies les plus graves, ils coexistent et/ou suscitent et même infligent les patients d'une perte de l'intégrité totale ou partielle corporelle, d'une affection profonde ou légère de l'image du corps.

Avant de souligner ce concept, il est préférable d'évoquer certaines suggestions sur l'enfant. Depuis le XVIII siècle fait preuve de pensées marquant l'avènement de l'entité de l'enfant, en particulier sous la plume de ROUSSEAU, LOCKE, PESTALOZZI et ITARD, dans différentes disciplines.

En psychologie, les travaux les plus spécifiques sont celles PIAGET, FREUS et WALLON, qui se sont intéressés à l'évolution et le développement de l'enfant et principalement aux caractéristiques de cette période de l'enfance.

Premièrement, la représentation de cette appellation a pris origine et racine plusieurs années même plusieurs siècles, mais la vraie conception remonte à Paul SCHILDER, en 1935 était l'apparition de son ouvrage « L'IMAGE DU CORPS », une œuvre combinant la particularité du corps aux études des forces constructives de la psyché. Il attribue à l'image du corps la capacité perceptive et de l'apparition d'un corps à se présenter chez une personne le possédant par la double combinaison conjointe du sentir et de la mémoire. (www.cairn.info, Paul Schilder).

Simultanément, en 1968, P. SCHILDER, avec l'apparition d'une autre édition de son ouvrage, distingué trois formes et aspects de l'image du corps ; le corps perçu, précisé dans le mouvement et plus précisément dans les perceptions cutanées, musculaires, tendineuses, viscérales,

en deuxième, le corps libidinal est liée à l'affectivité par rapport à des différentes parties du corps, et enfin le corps social, par empathie, le schéma corporel d'un individu interfère et s'identifie à celles des autres personnes. (P. SCHILDER, 1968)

Au premier plan, l'image du corps n'était pas bien expliquée chez FREUD, certes ses notions ont été le précurseur d'une notion contemporaine élaborée par ANZIEU. Un peu flou, FREUD conçoit les « *barrières de contact* ». (D. ANZIEU, 1985, p98).

Dans un autre ouvrage paru en 1920 « AU-DELA DU PRINCIPE DE PLAISIR », FREUD (en introduisant les trois importantes conceptions ; les deux topique, l'économie psychique et le dualisme pulsionnel de vie et de mort) emploie le terme de l'enveloppe dans plusieurs passages, le plus important pouvait être un synonyme de membrane de pare-excitation.

Encore, en 1923, dans un passage lié étroitement avec l'enveloppe, dans son ouvrage « LE MOI ET LE ÇA », il explique que le Moi a essentiellement une signification d'un Moi corporel « *il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface* ». (D. ANZIEU, 1985, p257).

Dans « LES ORIGINES DU CARACTERE CHEZ L'ENFANT » (1934), H. WALLON édite le « *test du miroir* ». Par expérience et par répétition, il déduit l'impacte de l'image reflété sur l'enfant par quelques comportements et attitudes, rendant ainsi l'importance du miroir dans la construction psychologique de l'enfant (l'image extériorisée du miroir mène à unir du corps).

Sous l'influence de cet apport, on rapporte les propos d'un autre auteur que l'on peut indiquer comme successeur de WALLON. Le stade du miroir est une expérience que LACAN met en avance pour expliquer et affirmer l'existence d'une image, mais plutôt d'un schéma corporel, une représentation du corps chez l'enfant ; pour lui, ce stade décrit l'instant où l'enfant met à penser son être corporel. (J. LACAN, 1966)

Grâce à des observations menées sur des nourrissons, Esther BICK, dans « L'EXPERIENCE DE LA PEAU DANS LES RELATIONS D'OBJETS PRECOCES », un article parut en 1968, mentionne en primauté la conception de la peau psychique, en second, la « *seconde peau musculaire* », que W. REICH appelle « *la cuirasse musculaire du caractère* ». D'une force cohésive « *binding force* », non différenciées, les parties du psychisme et les parties du corps doivent être maintenues ensemble grâce à la peau fonctionnant comme une limitation périphérique et grâce à l'introjection d'un objet externe. (D. ANZIEU, 1985, p219-220).

Toujours avec des expériences menées auprès des enfants, que naisse la notion de l'« *image inconsciente du corps* » chez F. DOLTO. Pour elle, l'image du corps, qui est propre à chacun comme référence du sujet lui-même et à son histoire, et certainement, cette image ne se constitue

que tardivement par les fantasmes et surtout les conflits affectifs, essentiellement après la période œdipienne. (L. A. NADAL, 2006, p134).

A part les formes de SCHILDER, F. DOLTO la décompose en « *image de base, image fonctionnelle et image des zones érogène* ». (F. DOLTO, 1984, p49). Dans la conception du concept y de l'œuvre du « MOI-PEAU » par D. ANZIEU, pour lui il n'est rien qu'une figuration ; une représentation se constituant lors du développement précoce de l'enfant et pendant lequel des expériences corporelles, plus précisément sur sa surface, sont observées, aussi l'enfant peut se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques (D. ANZIEU, 1985, p61). Pour lui, la peau projette les « *représentations constitutives du moi* » par ces huit fonctions fournissant constamment de l'image réelle de l'être et de l'enfant. (D. ANZIEU, 1985, p119-129).

Par une thèse au tour de l'image du corps et celle de soi, SANGLADE expose que l'image du corps, ainsi inconscient qu'elle est, renvoie à la symbolisation mentale du soi, avec tous ses dimensions (épaisseur, solidité ou fragilité), elle s'appuie sur les expériences motrices élaborées par le ressenti musculaire et kinesthésique constituant le schéma corporel ; différenciée de ce dernier, l'image du corps s'en étaye pour aboutir à une représentation du soi. (A. SANGLADE, 1983)

À présent, en guise d'une continuité, on doit orienter la présente recherche vers l'élaboration d'un lien relativement étroit entre les maladies chroniques et troubles psychiques et aspects psychologiques.

Dans ce rapprochement, on rappelle l'étude effectuée par E. AUTOMNE sur le cancer, elle démontre que, en s'appuyant sur une hypothèse que lui semblée validée, le traumatisme - ainsi vu comme tel par les patients concernés - engendré par l'annonce du cancer et spécialement de son traitement, est un état, que l'on peut appréhender sous un remaniement du fonctionnement psychique, de pertes (le corps sain, l'image idéal du soi, l'illusion de mortalité et surtout l'image du corps diffusée). (E. AUTOMNE, 2006, p83-85).

Le diabète est équivoque à une prévalence importante que pour des adultes comme pour des enfants, et, à des complications multiples, à part l'aspect de la santé, d'autres s'impliquent à transmuier l'état mental, à modifier le fonctionnement psychique et à altérer, aboutir et même à provoquer des perturbations et des désordres psychologique.

Entre autre de cette orientation, telles la plupart des maladies chroniques, si le diabète chez les enfants renferme des complications d'ordres métaboliques et organiques, alors que des perturbations d'ordres psychiques soient approuvées, à saisir que l'image du corps diffusée serait comme telle, reste à démontrer.

A titre de similitude qui en rapport directe avec l'actuel thème, on enchaîne avec l'étude de S. BORDJAH et Z. BENRABAH, faite au niveau de la clinique « BEAU-SEJOUR » de Bejaïa. Focalisée sur l'image du corps et l'adulte diabétique, elles - S. BORDJAH et Z. BENRABAH - décrivent une altération, une perturbation, en faveur d'une image du corps mauvaise approuvée chez les adultes atteints du diabète. (S. BORDJAH et Z. BENRABAH, 2014, p118-119).

Par globale synthèse, maintenant on combine et on postule cette étude, d'ordre psychanalytique, qui s'affiche et s'organise au tour d'image du corps et de l'enfant diabétique, une recherche portée sur la qualité et la nature de l'image corporelle diffusée chez les enfants diabétiques. Dans le but de la réaliser, on opte pour quelques outils, qu'ils paraissent efficaces : l'entretien clinique sous guide d'entretien semi-directif, aussi, un teste dégageant l'image corporelle et sa nature, le Rorschach.

Par conclusion, en relation et par différence des différentes études et travaux présentés ainsi qu'autres qui non pas étaient précisés ci-dessus, on peut orienter le cadre de cette recherche vers les questions énoncées ci-dessous :

- 1 - Comment est perçue l'image du corps chez les enfants diabétiques ? Est-ce que le diabète l'altère vraiment ?
- 2 - Est-ce que l'enfant finit par accepter la différence suggérée par le diabète ?

Les hypothèses

- 1- L'image du corps d'un enfant diabétique est mauvaise et perturbée ; le diabète altère et trouble l'image du corps de l'enfant.
- 2 - L'enfant diabétique éprouve un sentiment de frustration ; ils ne tolèrent pas d'être différent des autres enfants non atteints.

Dans cette première partie « *théorique* », nous avons essayé de détailler, d'éclaircir et de contourner les deux concepts de notre thème de recherche, qui réunit entre « *le diabète* », plus précisément de type 1 chez des enfants, et « *l'image du corps* » chez les mêmes sujets.

Après l'élaboration d'une problématique de la recherche, joint à ceci l'objectif de la recherche, ainsi que l'intérêt et les causes du choix de ce thème, la partie qui va suivre concerne la partie dite « *pratique* », qui correspond à deux autres chapitres rapportées, le premier, à « *la méthodologie de recherche* » appréhender dans : la méthode empruntée, la présentation des lieux de recherches et de la population d'étude ainsi que les moyens et techniques utilisées. Le deuxième chapitre de cette partie consiste dans la présentation et l'analyse des résultats de la pratique, ainsi qu'une discussion des résultats et des hypothèses.



Partie pratique



Chapitre IV
Méthodologie
de recherche

Préambule

En guise de continuité, le présent chapitre oriente celle-ci vers un développement d'une méthodologie de recherche, une étape cruciale dans sa réalisation et surtout son achèvement normatif et dans les bonnes formes.

Chaque travail scientifique et de rechercher, que nous entamons la réalisation de notre recherche autour de : « l'image du corps chez les enfants diabétiques » s'accomplis dans des normes dépendent plus ou moins d'un certain cadre, nécessitant une méthodologie déterminée, bien élaborée ; tout comprend d'une définition ainsi qu'une opérationnalisation des concepts, cette phase renferme aussi la démarche suivie et la méthode empruntée dans l'étude, ainsi que d'autre points de composition ; la définition des critères de la population d'études, et pour terminer par les techniques utilisées et leurs analyses et ensuite par un résumé.

I - La démarche de la recherche

1 - Présentation de lieu de recherche

A titre de recueillir et de prélever les données et les informations nécessaires et illustratives pour arriver aux fins de notre étude portée sur l'image du corps chez les enfants diabétique, nous avons effectué une pré-enquête auprès du service pédiatrique du CHU de BEJAÏA « Khellil AMRANE ».

Avant d'avoir obtenu le privilège d'être le siège du Centre Hospitalo-universitaire en 2011, l'hôpital de « Khellil AMRANE » fut inauguré en 1991. Avec ses 12 services existants, la présente recherche a été menée dans les locaux du service de pédiatrie situé au sein de cet hôpital même, plus précisément, dans le service d'hospitalisation pédiatrique, qui coexiste avec deux autres services ; l'une est le service des urgences pédiatriques, et l'autre est le service de néonatalogie.

A part son appellation ; la médecine des enfants, cet organisme a pour but d'étudier et de suivre le développement physiologique et moteurs normale et pathologique, ainsi que de toutes les interventions : vaccinations, dépistages, ..., éducations des parents, et le traitement les maladies infantiles ; de la naissance jusqu'à la période post-pubertaire (16 ans). (Archive de l'hôpital).

Le service d'hospitalisation pédiatrique (S.H.P.) peut contenir les particularités suivantes :

<u>Les locaux</u>	<u>Le personnel médical</u>	<u>Le personnel paramédical</u>
- 3 salles de : 4 lits + 4 berceaux chacune	- 3 médecins généralistes	- 2 secrétaires médicales
- 3 salles de : 3 lits + 3 berceaux chacune	- une maitre assistant	- 3 agents d'entretien

<ul style="list-style-type: none"> - 2 salles de : 5 lits + 5 berceaux chacune - 2 salles de : 3 lits + 3 berceaux chacune - une chambre de garde pour médecin - un bureau pour les paramédicaux - un bureau pour le médecin chef - une salle de colloque - une salle de soin - une pharmacie - une secrétariat 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 pédiatres 	<ul style="list-style-type: none"> - une psychologue - 3 infirmiers
--	---	---

Tableau N° 4 : la présentation des effectifs, matériels et locaux du S.H.P.

Ce service d'hospitalisation est relativement un centre destiné à prendre en charge rien que des enfants situés entre 28 jours jusqu'à 16 ans, des enfants sont, soit hospitalisés, soit venues pour une simple consultation ou à d'autre soins et interventions qu'en dispose ce service.

Près de 1284 cas hospitalisés en 2014, généralement, les cas sont inscrits souvent dans un cadre clinique de : la Bronchiolite, la Gastroentérite, l'Arthrite, l'Ictère, le Purpura, ..., les maladies les plus fréquemment, et le diabète figure aussi dans cette liste, que le service d'hospitalisation pédiatrique reçoive, plus de 39 cas diabétiques hospitalisés l'an 2014. Comme nous l'avons mentionné, la consultation aussi est incluse dans ces locaux, comme chaque mardi de chaque semaine, une séance d'examen et de visite est mise à disposition des diabétique, par estimation, 9 à 15 enfants se mobilisent à la salle de colloque chaque mardi. (Archive de S.H.P).

2 - Pré-enquête

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

Dans cette première étape permet de désigner l'échantillonnage de l'effectif nécessaire à l'étude, elle permet encore d'élaborer des hypothèses et propositions avancées au préalable accentuées sur le thème, et en suite, elle est un outil pour les - les hypothèses - vérifier auprès de cette population de recherche.

La phase préparatoire, qu'on e parle ci-dessus, a été effectuée au niveau du C.H.U. de Bejaia, se trouvant à l'Hôpital de Khalil AMRANE, où nous sommes rendus sur place, dans lequel

le chef service a été disponible et à nous disposition, à qui nous avons exposé l'objectif de notre étude et la nature de notre diplôme à préparer, ainsi il nous a orienté vers le service, que nous est intéressé, où des médecins, infirmiers et la psychologue nous ont guidé et orienté vers les sujets (la population d'étude) et soutenu tout au long cette période.

3 - La présentation du groupe de recherche

L'organisation de notre thème de recherche nous ambitionne à se rapprocher auprès des enfants étant diabétiques, comme référence primaire de notre sélection. Avant de faire part de celle-ci et de l'échantillon séparé de la population mère, que nous avons émet, il fallait que nous décrivions selon quelle référence nous sommes basés sur ce tri.

3 - 1 - Les critères de sélection

Cette population était sélectionnée soigneusement parmi les enfants diabétiques venus en consultation ou hospitalisés au niveau du service. Cette sélection est réalisée selon deux axes :

3 - 1 - 1 - Les critères pertinents retenues

Ces critères, que l'on a mit en évidence, se clarifient sous des exigences dans la quête du choix de l'échantillon, et étant comme des indices évocateurs seuils de la recherche :

a - L'aspect général : la totalité des cas sélectionnés se présentent dans une dimension diabétique. Encore, l'autre critère que nous semble nécessaire d'évoquer serait l'insulinothérapie ; tout les enfants la suivent et proclament une insulino dépendance. A noter aussi que l'atteinte du diabète soit d'un an, tel que nous l'avons exigé, ainsi pour éviter toute confusion ou complication psychique ou physique.

b - L'âge : la population d'étude se représente sous la catégorie des enfants âgés de 8 à 14 ans, c'est-à-dire elle est incluse dans la troisième enfance.

c - l'expérience avec le diabète : par exigence on se renvoi impérativement au tableau clinique des enfants ayant au moins un an de diagnostiqué.

3 - 1 - 2 - Les critères non pertinents

Pour éviter qu'une ségrégation ou de contrevenir à nos objectifs, nous n'avons pas tenus compte de certains critères, que nous avons estimé non pertinents pour la sélection, et certaines variable n'étaient pas prises en considération :

a - Le niveau scolaire : cette maladie ne met pas à l'abri un enfant scolarisé par rapport à un autre ; elle peut en toucher des enfants de tous niveaux scolaires primaire, moyen ou d'autre, même avant la scolarisation.

b - Le sexe : dans le but de notre recherche et son objectif est de ne pas faire une distinction entre les sexes ; comme le diabète peut toucher les garçons comme les filles, d'une fréquence égale chez les deux sexes, ainsi cette variable est rayée des critères.

3 - 2 - Les caractéristiques du groupe de recherche

Nous avons constitué un échantillon, qui est composée de six cas manifestant ainsi les critères que nous avons précisé ci-dessus, dans les nombreux enfants hospitalisée et/ou mobilisés pour une consultation.

Dans un registre déontologique, nous avons converti leurs noms vers des noms pseudonymes en guise d'anonymat :

<u>Nom</u>	<u>Âge</u>	<u>Sexe</u>	<u>Niveau d'instruction</u>	<u>Expériences</u>	<u>Le traitement</u>
Katia	11 ans	Fille	1 ^{ère} année moyenne	un an et demi	L'insuline
Amel	14 ans	Fille	3 ^{ème} année moyenne	3 ans	L'insuline
Hamid	8 ans	Garçon	3 ^{ème} année primaire	un an et 2 mois	L'insuline
Wissame	10 ans	Fille	4 ^{ème} année primaire	5 ans	L'insuline
Rayan	9 ans	Garçon	4 ^{ème} année primaire	4 ans	L'insuline
Massi	14 ans	Garçon	4 ^{ème} année moyenne	7 ans et un mois	L'insuline

Tableau N° 5 : les caractéristiques de la population d'étude.

4 - La méthode suivie

Dans les lignes de notre recherche optée pour le thème de « l'image du corps chez les enfants diabétiques », la méthode empruntée et suivie est « *la méthode clinique* ». Elle est décrite comme « *l'analyse expérimentale progressive du comportement humain* », de façon de comprendre et d'expliquer le fonctionnement et les états psychologiques de l'individu. (M. REUCHLIN, 1969, p103).

De même, elle n'est rien qu'une méthode de recueil d'informations relatives au patient tout en lui laissant la possibilité de s'exprimer, elle s'intéresse donc à la personne dans son ensemble, elle est focalisée sur les situations, concrètes, que le sujet souffre et pour lui fournir des réponses et des explications à celles-ci, elle est donc destinée à se centrer sur le cas ; « *l'individualité* » et sur l'individu. (J. L. PEDINIELLI, 1994, p34).

Dès lors, le type de la méthode clinique, que nous allons suivre, s'inscrit dans « *l'étude de cas* », la mieux disposée d'utilisation dans la pratique principalement clinique, qui vise à la description de la personne, sa situation et ses problèmes, ainsi que la recherche des origines, des causes et genèses de ses problèmes ; elle est une méthode descriptive permettant de recueillir des informations et un maximum de données pour ainsi comprendre mieux la personne, son histoire ... (H. BENONY, Kh. CHAHRAOUI, 2003, p12).

A vrai dire, une description la plus précise possible des problèmes, actuels, du sujet, en tenant compte des différentes circonstances de survenue actuelle et passée. (H. BENONY, Kh. CHAHRAOUI, 2003, p125).

En dehors de l'entretien clinique, le clinicien peut utiliser les tests, les échelles d'évaluation, le dessin et même l'observation pour ainsi arriver aux fins désirés. Notre étude ci-présente est effectuée dans un cadre de méthode clinique ; d'étude de cas et méthode descriptive, par usure d'un entretien, elle - la méthode clinique - a une allure psychanalytique, en référence au test employé dans l'exploration et l'extraction de l'image du corps chez des enfants atteint du diabète de type 1, le test ici est le « *Rorschach* ».

II - Les techniques et outils utilisés

Dans ce deuxième point du chapitre « *methodologie de recherche* », renvoie aux techniques utilisées et empruntées, essentiellement pour le seul but la réalisation de cette étude et l'obtention des données et informations nécessaires pour la vérification des hypothèses.

Elle se focalise donc sur une technique de recueil des informations personnelles, qui nous permet d'accéder aux états psychologiques, aux aspects environnementaux, familiaux et sociaux ; qui correspond fondamentalement à l'entretien clinique, et un test projectif qui nous permet d'extraire les données qui se relie à l'image du corps ainsi que les perceptions, les événements, les processus qui cernent le corps du sujet.

1 - L'entretien clinique

1 - 1 - Définition

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

L'entretien clinique est un outil visant nettement l'appréhension et la compréhension, essentiellement, du fonctionnement des états psychologiques d'un sujet, à travers son vécu et ses relations. Encore, en visant l'obtention d'information sur ses souffrances et « *difficultés de vie, les*

évènements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime ses rêves et ses fantasmes ». (H. BENONY, Kh. CHAHRAOUI, 1999, p11).

Donc, il serait l'outil par excellence en psychologie clinique ; il permet de recueillir le maximum d'information. Ces dernières ne peuvent ni être comprises qu'en référence au sujet, auprès de lui-même ; les difficultés d'un individu ne prennent sens que si seulement si elles s'identifient au cadre référentiel ; de l'histoire personnelle, familial et relationnel, du sujet lui-même et à sa personnalité, et non pas être identifié ou restitué à un autre individu.

En psychologie clinique, l'entretien se définit par rapport aux trois niveaux d'investigations ; d'aide ou de soins psychologiques, correspond à apporter un soutien, changement et apaisement, soit psychologique, le deuxième, de diagnostic ou d'évaluation psychologique, il concerne l'élaboration d'un diagnostic, soit en psychologie clinique ou en psychiatrie, des états et des souffrances qu'a le sujet, en dernier, de recherche clinique, il paraît qu'il se focalise sur l'étude de nouvelles problématiques, variables. (H. BENONY, Kh. CHAHRAOUI, 1999, p13).

1 - 2 - L'entretien semi directif

Dans l'entretien clinique, il en existe trois types : l'entretien directif, non directif et en dernier l'entretien semi-directif (H. BENONY, Kh. CHAHRAOUI, 1999, p13) auquel on s'est intéressé dans notre recherche.

L'entretien semi-directif s'annonce comme médiateur qui s'illustre être un compromis entre l'entretien directif et le non directif (M. CASTREDE, 2003, p93), qui se définit comme tel : « *une technique directe d'investigation scientifiques utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurellement en profondeur les informations* ». (M. ENGERS, 1997, p144).

Dans l'entretien clinique, plus précisément semi-directif, le chercheur dispose d'un guide dit d'entretien, qui se décompose de plusieurs questions et items, réparties sur plusieurs axes, préparées au préalable et à l'avance, mais, qui ne doivent pas être posées qu'au moment opportun, de sorte qu'il soit une séquence associative entre les items, et encore, qu'il soit une certaine continuité du récit du patient. (H. BENONY, Kh. CHAHRAOUI, 2003, p143).

1 - 3 - L'analyse de l'entretien clinique

La méthode d'analyse de l'entretien a un caractère qualitatif qui s'illustre par une « *démarche discursive de reformulation, d'explication ou de théorisation des données d'enquête, dont la logique est la découverte et construction du sens* ». (A. MUCCHIELLI, P. PAILLE, 2005, p5).

L'adoption d'un entretien s'avère l'outil parfait pour accéder aux informations les plus ardues à détecté, ainsi que l'analyse du discours et de son contenu s'annonce vraisemblablement à un instrument d'investigation, qui ressort les points les plus profonds que l'on a besoins. (L. BARDIN, 2003, p14).

Dans le déroulement et l'application des outils d'approches et de recueils des données, on commencera, particulièrement, par un entretien, à savoir qu'il est le premier contact avec le sujet ainsi la voie facilitant l'accès aux tests.

Dès lors, comme un but, de plus de ce qu'on a en main : un guide d'entretien, qui nous oriente et accompagne notre questionnement vers le bon sens et aux fins voulues et attendues, des informations fondamentales, donc ici, est de faire une analyse approfondie des faits et propos personnels de chaque cas entretenus.

2 - Le test du Rorschach

Il semble que le Rorschach serait une bonne technique et un bon moyen pour ressortir, à travers la variation de ses planches, en plus des affects, chocs, ressentis et vécus, l'image du corps intériorisée et les représentations corporelle, que notre problématique de recherche valorise.

2 - 1 - Aperçue historique

Ce test a été publié par le psychiatre suisse H. RORSCHACH, prenant ainsi son nom, en 1920, il se constitue de plusieurs taches d'encre, dites planches, que l'auteur sélectionna, soigneusement, à partir de critères auprès des sujets normaux, en se basant, ainsi pour l'interprétation, sur l'opposition entre deux concepts ; la personnalité extratensive, qui s'explique par le monde extérieur et social, et la personnalité introvertie, qui est introduit dans les images, les mouvements intérieurs et la création. (J. L. BERNAUD, 1998, p87).

Le test de Rorschach a pris de l'ampleur et ainsi chaque année, depuis son fondement, semble apportée de nouveaux ajustements et de nouvelles réflexions et interprétations. (D. ANZIEU, C. CHABERT, 1961, p56).

L'importance de ce test s'est aménagée dans la pratique clinique et de nouvelles publications prennent formes, chaque année, dans la psychologie projective, la psychologie clinique et la psychopathologie, qui confirment et précisent nettement sa sensibilité, sa fidélité et sa validité.

C'est un outil permettant, non pas seulement d'étudier l'imaginaire, d'établir un diagnostic détaillé de la personnalité, à savoir de l'enfant, l'adolescent et l'adulte, encore, il

prétend la détection des signes les plus discrets, qui échappent à l'observation et à l'entretien clinique. (C. CHABERT, 2004, p47).

2 - 2 - Aperçue du matériel

L'analyse du matériel de Rorschach dépend essentiellement sur l'analyse et l'interprétation du protocole fournis par le sujet, un travail approfondi, qui consiste, d'abord, une connaissance de ce « *matériel-stimulus* », en suite, ainsi dans une passation effectuée auprès du sujet, ce dernier, en dernier, raconte et confie, au psychologue, ce qu'il voit et imagine à travers ces planches, en l'occurrence dans son interprétation, le clinicien se renvoie et se focalise sur le « *discourt du Rorschach* ». (C. CHABERT, 2004, p48).

L'épreuve de Rorschach en constitue de dix planches, qui, chacune, persiste dans une caractéristique manifeste selon son apparence et son reflet, ainsi qu'une dimension psychanalytique qui se livre à une sollicitation et un contenu latente.

2 - 2 - 1 - Les caractéristiques manifestes des planches

Par une première impression, toutes les planches paraissent éventuellement comme des taches noires et/ou colorées, par une répartition symétrique par rapport à un axe vertical ; tel une pliure, dans cette optique, N. R. De TRAUBENBERG distingue deux traits communs des planches : leurs organisations perceptives par une constitution symétrique ; « *une dimension structurale* », ainsi une présence d'éléments chromatiques ; « *une dimension sensorielle* ». (C. CHABERT, 2004, p48-49).

A - La dimension structurale

Elle renvoie à la construction formelle des taches, à savoir être compacte, fermé, bilatérale ou ouverte : les planches I, IV, V, VI et IX semblent être compactes, qui favorisent une approche globale et unitaire. Les planches II, III et VII se mobilisent par une configuration bilatérale. Pour la planche VIII peut être à la fois compacte en son milieu et sa masse centrale, et, bilatérale sur ses côtés. La dernière, la planche X, par sa singularité, elle est ouverte et éparpillée et fragmentée. (C. CHABERT, 2004, p49-50).

B - La dimension sensorielle

Cette dimension est liée à la couleur des planche dans leurs perception sensoriels et leurs caractère chromatiques : les planches I, IV, V et VI sont achromatiques, soit des « *planches noire* », pour les planches II et III, dites « *rouges* », qui sont ajustées au rouge qui apparaît. Les planches dites « *pastel* » (multicolore) renvoient aux planches VIII, IX et X, la dernière, la planche VII, a un

plan chromatique ; elle est « *gris clair et ouvert sur un large espace blanc* ». (C. CHABERT, 2004, p50).

2 - 2 - 2 - Les sollicitations latentes des planches

Ce matériel est très considérablement attribué à de multiples associations entre ses taches ainsi qu'à la réalité du sujet ; des interprétations qui seront une sorte de symbolisation de chaque planche renvoyant aussi à certaines priorités psychiques latentes, qui ont été proposées par des différents auteurs, où figure D. ANZIEU, ..., ainsi que N. R. De TRAUBENBERG, ajoute à ces sollicitations qui définit nettement l'interprétation du Rorschach sous, non seulement, « *le contenu* » de ce qui est dit, mais, « *comment* » il est dit qu'il faudrait tenir compte. (C. CHABERT, 2004, p50-51).

La planche I s'annonce comme la planche « *contacte* », qui met le sujet face au test, est une symbolisation qui reflète le premier contact d'un objet inconnu, une sollicitation des images évocatrices reliées au premier objet, donc cette planche renvoie à des considérations narcissiques, mais aussi sur le plan objectal relié à l'image maternelle. (C. CHABERT, 2004, p51).

Les sollicitations que la planche II dissimule, sont constituées autour de la « *lacune intermaculaire* », par sa configuration bilatérale et trichromatique (rouge, blanc, noire), qui s'appréhende sous des représentations archaïques (« *représentation symbiotique fusionnelle et/ou destructrice* ») ; la lacune médiane est un symbole de vide interne, soit une faille corporelle considérablement liée aux unifications et délimitations, entre dedans et dehors, ébranlées.

Elle renvoie aussi à une problématique d'angoisse de castration ; la même lacune est ressentie et perçue telle un trou, blessure et même « *contre-investie par la valorisation de la pointe médiane interprétée comme symbole phallique* ». Des références féminines peuvent être aussi mises en évidence dans les sollicitations de cette planche, qui sont intégrées dans des figures de règles, accouchement, gestations et fantasmes sexuelles. De plus, elle peut être investie comme des pulsions d'ordre agressives ou libidinales valence. (C. CHABERT, 2004, p51-52).

La planche III s'accroît sur « *les processus d'identification sexuelle* » ; de part sa caractéristique de bisexualité manifeste, apparaît sous une allure de « *personnages pourvus de seins et de pénis* », elle restitue le(s) conflit(s) que le sujet a et refoule sous une tendance contradictoire, une déchirure interne entraîne une difficulté à déterminer un choix ferme, en plus de sollicitations pulsionnelles soit agressives ou libidinales. (C. CHABERT, 2004, p52).

La planche IV est dite « *planche paternelle* », généralement identifiée sous la puissance phallique et associée à une image masculine, ou une « *imago maternelle phallique et dangereuse* ».

Donc, celle-ci est évocatrice de l'image de puissance ; de part en part « *sa massivité, sa construction, ses qualités sensorielles* », dépourvus de caractères masculins ni féminins, elle met en relation le symbolisme phallique. Cette planche peut être identifiée sous une double position : de puissance, qui s'affirme selon la dynamique de la représentation désigné, soit, de passivité, réceptive et production signifiante. (C. CHABERT, 2004, p52).

La planche V peut évoquer une représentation de soi et surtout de l'identité, essentiellement l'identité psychique et le « *self* », ainsi, toutes les évocations que le sujet en émet s'inscrivent dans la sensibilité narcissique « *manifestation dépressives liées à la mésestime de soi, ou affirmation mégalomaniacale de toute-puissance, ou encore exhibitionnisme en quête de gratification narcissique* », par évidence et par prégnance, elle s'impose comme une banalité : « *chauve-souris* », qui postule l'épreuve de réalité au monde extérieur ; que la représentation de soi et le rapport aux objets externes soient étroitement liées. (C. CHABERT, 2004, p52-53).

La planche VI est considérée comme une planche de symbolisation sexuelle, elle se caractérise nettement par une bisexualité ; par correspondance à la dimension « *pénienne phallique* » prédominante (D médian supérieur), ou encore, à une « *sensibilité passive et réceptive* » à des images sexuelles féminines (dans la partie inférieur). (C. CHABERT, 2004, p53).

La planche VII a pour résonance maternelle, elle est associée aux relations à l'image maternelle, les plus archaïques aux plus évoluées ; « *relations symbiotiques et fusionnelles, relations d'objet marquées d'analytisme sentiments de bien-être ou d'insécurité, apaisement, béatitude ou angoisse, dépression liée à la perte qu'on éprouve d'un objet* » ..., encore, elle permet d'en situer les modèles féminins « *opposition, conflit ou soumission passive, valorisation ou dévalorisation* ». (C. CHABERT, 2004, p53).

Pour les dernières planches pastel, VIII, IX et X, elles émettent des signes émotionnels de visées affectives et même d'en saisir le rapport à l'environnement que le sujet établit.

La huitième s'active comme une planche des « *contacts avec le monde extérieur* », la planche IX est dite « *planche utérine* », qui fait référence aux relations maternelles précoces, et pour la dernière, elle peut être considérée sous une tendance d'individuation et de séparation.

Ces trois planches facilitent la régression ; par « *la prégnance des couleurs, l'intensité de la stimulation externe vient éveiller la sensibilité au réel* » la réactivation de certaines manifestations les plus anciennes et primitives, liées aux expériences de plaisir et déplaisir, que le sujet a avec son environnement relationnel et contacts initiaux. (C. CHABERT, 2004, p53).

Dans d'autre part, C. CHABERT met en évidence l'analyse des taches du Rorschach réalisée par N. R. De TRAUBENBERG, qui est effectuée selon trois dimensions de chacune des planches : les caractéristiques objectives du matériel, la tonalité émotionnelle et la sollicitation symbolique latente privilégiée.

Les caractéristiques objectives de ces renvoient aux contenues manifestes des planches, leurs dimensions structurelles ainsi que sensorielles, que nous avons évoqué auparavant, reste juste à apporter les descriptions de celle-ci, que N. R. De TRAUBENBERG inflige les tonalités émotionnelles et les sollicitations symboliques latentes :

a - La planche I : *« La tonalité émotionnelle est le plus souvent dysphorique ou neutre, camouflée par des références formelles banales ».*

« La sollicitation symbolique est fortement connotée par la situation de présentation, d'entrée en matière, donc d'une mise à l'épreuve qui force le sujet à recourir soit une conduite dépendante passive soit à mobiliser activement et au maximum ses forces défensives. A un niveau moins évoluée, la planche réactive la relation à la mère prégénitale dans ses aspects positifs et/ou négatifs, images de sécurité ou de menace ». (C. CHABERT, 2012, p55).

b - La planche II : *« La charge émotionnelle est généralement vivement ressentie, que ce soit dans le sens d'un simple malaise, d'une excitation positive ou d'une réaction négative ».*

« La sollicitation symbolique est différente selon qu'elle provient de l'ensemble de cette situation très chargée (noir + rouge + blanc) ou d'une approche plus circonscrite des taches rouges, du trou blanc ou du noir. Interprété superficiellement et communément, le rouge renvoie aux « différentes pulsions agressives » de niveau évolué - la lutte et la compétition - ou de niveau primaire - l'explosion ou l'éclatement. La problématique de castration est fréquente ici. La planche II est bisexuée dans ses formes, ce qui peut déclencher des réponses spécifiques. Enfin, renvoient à une problématique prégénitale de naissance, de relations précoces avec la mère, symbiotiques et/ou destructives ». (C. CHABERT, 2012, p55).

c - La planche III : *« La réaction émotionnelle est généralement positive : la planche apporte une certaine détente par sa structure moins centrée et moins pesante. Le plaisir peut être évoqué sauf lorsque la mise en relation des personnages pose problème ou que ces personnages appartiennent à un monde irréel malfaisant, ou encore sont dévitalisés ».*

« La sollicitation symbolique dominante résulte de la disposition spatiale des silhouettes humaines qui, ici, s'importent. Le besoin de représentation de soi face à l'autre et le type de relation « convergente ou divergente » peuvent être aussi exprimés. La problématique d'identification est patente ici. Dans la position inversée (v) l'image humaine est d'emblée renvoyée dans l'irréel ».

puissant et effrayant ; l'instance sur le rouge médian peut constituer par ailleurs une référence à l'intérieur du corps ». (C. CHABERT, 2012, p55).

d - La planche IV : *« La tonalité émotionnelle est presque toujours dysphorique. La planche, par le noir intense et l'étalement, provoque des réactions d'angoisse ou de grand inconfort et de malaise ».*

« La sollicitation symbolique est étroitement tributaire du stimulus large, noir, étalé, avec en filigrane la forme humaine. Image de puissance, de force, de domination, voire d'autorité, la planche éveille des prises de position de domination ou de soumission, étant entendu que le rôle surmoïque peut très bien être celui d'une image paternelle à moins qu'apparaisse, dans le cadre d'une relation duelle prégnante, une image maternelle omnipotente ». (C. CHABERT, 2012, p56).

e - La planche V : *« La tonalité émotionnelle est en général neutre, peu prononcée puisque la planche est celle qui est la plus proche de la réalité elle peut être dysphorique s'il y a persistance de la réaction anxieuse de la planche IV et elle n'est euphorique que lorsqu'il y a valorisation narcissique ou soulagement dans la reconnaissance d'une réalité objective ».*

« La sollicitation symbolique : quoique cette planche soit considérée comme poussant, voire forçant l'adaptation à la réalité objective, elle comporte, de par sa facture unitaire, cellulaire, un appel sentiment d'intégrité, peut-être au concept de soi, à l'unité du moi. Ce sentiment d'intégrité peut correspondre à l'intégrité psychique ou somatique ». (C. CHABERT, 2012, p56).

f - La planche VI : *« La réaction émotionnelle est plus souvent négative que positive. Le climat est souvent semblable à celui de la planche IV. La planche est fréquemment rejetée dans le choisis ou même spontanément refusée ».*

« La sollicitation symbolique : la planche IV est très chargée d'implications sexuelles. Bien qu'elle soit bisexuée, c'est la dimension phallique qui est davantage utilisée. La dynamique activité/passivité ou une problématique de castration peuvent exprimer ici à travers le jeu d'image en mouvement (K) ou passives (estompage) outre les représentations sexuelles symboliques ou non ». (C. CHABERT, 2012, p56).

g - La planche VII : *« La tonalité émotionnelle reflète le caractère « inachevé » et « désarticulé » donc instable et comme en déséquilibre du stimulus et la réaction est soit neutre, soit franchement négative ».*

« L'implication symbolique est très nettement féminine et/ou maternelle. La planche pousse le sujet à se situer par rapport au sexe féminin, à l'image féminine ou à l'image maternelle « en fonction de sa propre relation primitive à sa mère » ». (C. CHABERT, 2012, p57).

h - La planche VIII : *« La tonalité émotionnelle est très différente, souvent positive. La réaction dysphorique ne survient qu'en tant que corollaire d'intérieur de corps ou de corps distordu ».*

« La sollicitation symbolique : la présence de la couleur est considérée comme sollicitation à la communication, à l'échange ; cet élément sensoriel participe du monde extérieur et de l'affectivité en fonction de l'hypothèse mettant en rapport couleur et émotions ». (C. CHABERT, 2012, p57).

i - La planche IX : *« La tonalité émotionnelle est fonction de l'acceptation ou de la résistance à l'appel symbolique de la planche ».*

« La sollicitation symbolique : ici c'est la symbolique à la régression qui est dominante, les positions régressives pouvant être vécues positivement ou négativement mais renvoyant toujours à une symbolique maternelle prégénitale associée ou non à des fantasmes de grossesse ou de naissance ». (C. CHABERT, 2012, p57).

j - La planche X : *« La réaction émotionnelle tient à deux faits : d'abord il s'agit de la dernière planche, la rupture de la situation peut être ressentie comme soulagement ou blessure ; ensuite l'éparpillement de la planche facilite ou bloque les associations ».*

« La position de la dernière planche joue un rôle certain (« planche du transfert ») et la sollicitation symbolique est différente selon que la centration porte sur les couleurs, la dispersion ou l'importance de l'espace blanc. Planche de fête ou planche de morcellement, tous les extrêmes sont possibles ». (C. CHABERT, 2012, p57).

2 - 3 - Les étapes d'administration du test

Le cheminement d'un protocole du test de Rorschach est mobilisé par étapes, principalement dans l'administration et le déroulement, il convient de succéder à trois temps précisés par P. ROMAN.

Le premier temps s'inscrit dans la représentation successive, par ordre, des planches, et le plus souvent, cette phase de la passation est accompagnée par une consigne, ainsi faite par le psychologue qui est naturellement dans une position de soutien et d'accueil des productions du sujet. Le deuxième temps s'oriente vers une enquête ; elle consiste à revoir une deuxième fois les planches avec le sujet. Cette seconde passation assure le recueil des informations nécessaires pour la cotation.

Le troisième temps correspond, pour P. ROMAN, à l'épreuve des choix, que le psychologue invite son patient d'indiquer quelle sont les planches préférées ainsi que les moins aimées. (P. ROMAN, 2006, p91-92).

Dans l'administration la plus considérable et empruntée est celle décrite par C. CHABERT, qui consiste par quatre étapes dans le déroulement de l'épreuve de Rorschach :

2 - 3 - 1 - La passation projective

Elle renvoie, en premier lieu, principalement à un temps de la passation du test de Rorschach, qui est d'une seule séance, quand le sujet est confronté au matériel imposé, il est invité à se fier, en sollicitant d'être spontané dans ses associations avec les planches de ce test.

Dans son essor, deux règles fondatrices permettent de guider et de clarifier le processus d'administration et la situation projective du Rorschach : « *la règle de non-omission* » réside dans la non sélection des planche et de « *dire tout ce qu'il pourrait voir* », sans en faire omettre des pensées, le deuxième se réfère à « *la règle d'abstinence* » désigne à ce que le sujet doit uniquement répondre aux tâches imposées, sans les détourner, et si c'est le cas, l'objectif est de le ramener à la situation du test. (C. CHABERT, 2012, p29).

Dès lors, l'examineur note, au moment même de la passation des planches l'une après l'autre, tout ce qui est dit ; les réponses, les commentaires, les comportements, ainsi que le temps de latence et celui écoulé de chaque planche, ainsi de suite pour chaque planche, ainsi que la position et ses changement par rapport à celle initiale (v, \wedge , > et <). (D. ANZIEU, C. CHABERT, 1961, p57).

2 - 3 - 2 - L'enquête

Du point générale, elle renvoie au second moment qui suit la passation, qu'importante que celle-ci ; il s'agit : d'une seconde séquence permettant d'échanger, d'approfondissement, d'une continuation de libre association de fantasmagie lié au matériel désignés par le vécu et la réalité du sujet, encore, d'une meilleur expression du sujet, d'un moyen qui facilité le travail du clinicien d'une manière à facilité la perception et/de la communication.

En particulier, elle renvoie à faire resurgir les perceptions, les affects, les fantasmes qu'a le sujet de la réalité face aux planches. L'enquête est principalement la deuxième étape dans laquelle on recueille les informations sur les déterminants et localisations et de préciser les réponses, à revoir une fois de plus toutes les planche, d'une manière ordonnée aux réponses données. (C. CHABERT, 2012, p30).

2 - 3 - 3 - L'enquête aux limites

Cette étape de la passation du Rorschach se procède quand certaines réponses sont absolument absentes et ne figurent pas dans un protocole ; pour B. KLOPFER le « *testing aux limites* » est un moyen de susciter quelques réactions évitées par le sujet, quand il ne donne pas de

réponses de couleurs, ou essentiellement à certaines qualités du matériel comme un mode d'appréhension, une représentation humaine.

Actuellement, en France, l'enquête aux limites est accomplie essentiellement lors d'absence de banalité, de saisir que le sujet s'inscrit dans une sensibilité d'une suggestion minimale, ou, une adaptation de base à la réalité socialisée ; une « *non-soumission aux normes* » qui se rapproche à l'incapacité à reconnaître ce qui admet par les individus « *intégré dans un système perceptivo-social donnée* ». (C. CHABERT, 2012, p32).

C'est-à-dies, qu'on peut inviter explicitement un sujet à passer cette étape seulement « *afin de déterminer s'il s'agit soit d'une négligence ou d'un découpage passager et surmontable, soit d'une incapacité psychique* », qui concerne une découpe importante ou un réponse habituelle, inscrites dans les banalités, les réponses humaines et réponses de couleurs dans les planches VIII, IX et X. (D. ANZIEU, C. CHABERT, 1961, p60).

2 - 3 - 4 - L'épreuve des choix

Elle consiste en l'épreuve finale de la passation du Rorschach ; en ordonnant au sujet d'en choisir, parmi les dix planches, deux les plus aimées, et deux autres qui ne l'en soient pas, elle met en claire les affects par rapport aux investissements positifs ou négatifs (l'agressivité, les formations réactionnelles, les clivages, l'ambivalence). Elle permet aussi d'appréhender les déraillements et les développements des réponses, des informations supplémentaires sur les mécanismes mobilisés. (C. CHABERT, 2012, p33).

2 - 4 - Les consignes de test du Rorschach

On prétend que la consigne est fondamentalement un outil pour la passation de ce test, si n'est pas obligatoire, permettant ainsi d'y accéder aux fins voulus et souhaités.

A l'occasion, on peut distinguer deux sortes de consignes qui corroborent les deux parties de la passation du Rorschach, à savoir la première dans la passation spontanée et l'enquête.

Dans la première consigne classique, qu'élabore H. RORSCHACH, reprise par N. R. De TRAUBENBERG : « *Qu'est-ce que cela pourrait être ?* ». De S. J. BECK, Z. PIOTROWSKI, à B. KLOPFER, D. ANZIEU, et autres, les caractéristiques de leurs consignes prennent de vagues similitudes, mais pourraient aussi être différenciées. (C. CHABERT, 2012, p24).

Ainsi, l'essai le plus utilisé, et la plus complète, des consigne que l'on décrit pour ce test, est celle rectifiée par C. CHABERT : « *Je vais vous montrer dix planches et vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches* ».

De même, il pourrait être très utile d'ajouter une autre consigne complémentaire, lors du blocage du sujet lors de la passation ; « *Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, dites tout ce qui vous vient à l'esprit en regardant les planches* ». (C. CHABERT, 2012, p26).

Revenons à la deuxième consigne qui subvient durant l'enquête préliminaire à la cotation, précisée encore par C. CHABERT, elle précède la redistribution des planches par celle-ci : « *Nous allons maintenant reprendre les planches ensemble ; vous essaierez de me dire ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué. Bien entendu, s'il vous vient d'autres idées, vous pourrez m'en faire part* ».

Cette large consigne peut être allégée pour certains sujets ambigus, flous ou confus, par l'ajout d'une autre recommandation : « *Vous essaierez de me dire où vous avez vu ce que vous avez évoqué et qu'est-ce qui vous y a fait penser* ». (C. CHABERT, 2012, p31).

2 - 5 - La méthode d'analyse du protocole du Rorschach

Avant d'y parvenir aux discussions du protocole et aux éléments constituant la cotation, il pourrait être essentiel d'évoquer certains fondements et indispensables à l'étude de celui-ci. Il est convenable d'aborder une « *lecture approfondie* » du discours spontané du sujet, de permettre au clinicien d'appréhender ses qualités, à travers « *le style, la logique, la continuité ou la discontinuité, la fluidité ou l'hétérogénéité, l'agrément des l'évolution des images ou, au contraire, le caractère morbide des associations, ...* ». (C. CHABERT, 2004, p65).

En suite, vient le moment de la cotation du protocole, des réponses énoncées par le sujet, qui est un prolongement de la lecture approfondie du discours spontané, il ne s'agit pas d'une simple codification donnée automatiquement ou une règle que l'on suit durant la cotation, au contraire, elle est un outil de travail opérant ; qu'il s'agit de l'écoute attentive des réponses, ou, qu'il s'agit d'éclaircir le fonctionnement et les conduites psychiques du sujet au moment même de la passation, la cotation ne prend forme ni essence que par ces deux étayages.

Traditionnellement, H. RORSCHACH définissait trois grandes critères dans la codification des réponses : les localisations, les déterminantes et le contenu (C. CHABERT, 2004, p65), que l'on ajoute à celles-ci les facteurs additionnelles.

Dés lors, la variation de la cotation entre les auteurs, qui y sont intéressés, nous met dans une situation embarrassante d'en choisir une cotation et d'en abandonner un autre ! La cotation que nous semblait attribuable à notre recherche est celle de C. BEIZMANN dans son « *LIVRET DE COTATION DES FORMES DANS LE RORSCHACH* » parue en 1966.

2 - 5 - 1 - Les modes d'appréhension

Dans ce critère d'appréhension définit essentiellement les différentes localisations des réponses dans les planches, et le « *cadre perceptif dans lequel se moule le contenu de la réponse.* », ainsi, ce terme se décompose en : réponses globales - G - (localisé dans l'ensemble de la planche), réponses grands détails - D - (représenté par une découpe assez importante et facile à repérer), réponses petits détails - Dd - (des découpes rares et bizarres), réponses intermaculaires - Dbl ou Ddbl - (localisées dans les espaces blancs) (C. CHABERT, 2004, p66-67).

A - Les réponses globales : G

Elles concernent essentiellement les localisations auprès de la totalité de la tache « *noire ou colorée* », de l'ensemble de la planche (D. ANZIEU, C. CHABERT, 1961, p 63). En dépit de cette similitude, plusieurs situations se distinguent entre celles-ci :

a - Les réponses globales simples : à savoir « *les réponses globales simples* » qui reposent sur la lecture facile de la planche entière, qui peut témoigner d'une banalité.

b - Les réponses globales organisées : « *Les réponses globales organisées* » semblent être un travail et un processus de construction par organisation structurante et par combinaison des différentes parties de la tache

c - Les réponses globales vagues : « *Les réponses globales vagues* » sont associées principalement aux déterminants formels flous et imprécis (F_{\pm}) dus à une pensée incertaine.

d - Les réponses globales impressionnistes : « *Les réponses globales impressionnistes* » sont, de même, associées aux déterminants sensoriels - E, C' et C -, essentiellement flous pour être déterminée.

e - Les réponses globales à connotation pathologique : ainsi en dernier, « *les réponses globales à connotation pathologique* » sont des réponses infectées obéissantes à une logique arbitraire, on retrouve « *les réponses globales confabulées* » se présentent sous une attribution à une quelconque planche une localisation globale à partir d'un détail signifiant précis, et « *les réponses globales contaminées* » renvoient nettement à un assemblage de deux perceptions partielles dans une seule réponse ; « *une combinaison absurde de deux perceptions partielles qui se télescopent* ». (C. CHABERT, 2004, p67-69).

B - Les réponses de détails

S'attache particulièrement à des localisations partielles de la planche, d'une production, intimement liées, à des découpes fréquentes jusqu'aux plus rares. On peut distinguer, plus ou

moins, trois catégories, à savoir les grands détails - D -, les petits détails - Dd - ainsi que les détails déterminés par les lacunes blanches - Dbl ou Ddbl - (C. CHABERT, 2004, p70).

Mais il est considérable qu'on rajoute les détails oligophréniques - Do -. Ces détails sont pratiquement listés et répertoriés, par certains auteurs ; à savoir C. BEIZMANN, par indice statistique et les plus fréquemment utilisés.

a - Les réponses grandes détails : elles se relient aux découpes fréquemment interprétées, les plus utilisées dans chacune des planches, les plus prégnantes à des perceptives généralement plus grandes. (C. CHABERT, 2012, p104-105).

b - Les réponses petites détail : elles se représentent sous des localisations et découpes plus rares et bizarres partiellement dans leurs délimitations, qui sont en évidence reliés aux mécanismes de pensée propres à chacun. (C. CHABERT, 2004, p70).

c - Les réponses localisées dans les espaces blancs : elles portent essentiellement sur des réponses déterminées spécialement par des lacunes « *intraoculaires ou extravasculaires* » constituant ainsi la tache que le sujet interprète à partir de « *l'inversion figure/fond* ». (C. CHABERT, 2004, p71).

d - Les réponses de détails oligophréniques : il semble qu'elles « *désignent des éléments traités isolément alors qu'habituellement il font partie d'un tout* ». (C. CHABERT, 2012, p85).

2 - 5 - 2 - Les déterminants

Dans la cotation du Rorschach, ainsi que des réponses énoncées, ne suffit pas spécialement se baser sur la récolte et le recueil de celles-ci, mais fondamentalement sur quelle base elles sont déterminées, ces déterminants ont pour fin de spécifier d'emblé les localisations.

Ainsi ses réponses, ont-elles été déterminées « *par la forme ou la couleur* », impliquent-elles une quelconque projection « *d'un mouvement ou une sensibilité particulière à une caractéristique sensorielle du matériel ?* ». (C. CHABERT, 2012, p117).

A - Les réponses formelles

Les réponses, qui y sont attirées, ne semblent être déterminées que par une configuration de la tache, globalement ou partiellement (D. ANZIEU, C. CHABERT, 1961, p74).

Essentiellement, quand un sujet opte pour une réponse intimement ordonnée formelle, on précise sa qualité, spécialement à ce qu'elle s'avère une forme correcte et bonne (F+) ou, au contraire, une forme erronée, mauvaise ou inadéquate à la configuration de la planche (F-).

Ou encore, (F±) toutes les réponses d'où leurs forme font l'objet indéterminée, incertains et imprécis, que ces trois types dépendent certainement sur « *la capacité du sujet à s'adapter à la réalité extérieur grâce à l'activité régulatrice de la raison et de la pensée* ». (C. CHABERT, 2004, p71).

B - Les réponses kinesthésiques

Ces réponses peuvent être interprétées et déterminées par un mouvement et en particulier une kinesthésie, d'où on distingue deux classes de kinesthésie, représentées par :

a - Les kinesthésies humaines : elles sont contribuées aux mouvements humains, soit aux grandes kinesthésies et majeures - K -, que N. R. De TRAUBENBERG la définit sous trois signes identifiés ; à un critère formel, qui correspond à la forme délimitée et la découpe spéculaire et perspective, à un critère de contenu, qui reste le point qui détermine la nature du mouvement, et, à un critère de projection, qui est nettement définit par une perception dynamique que le sujet importe à la planche. (C. CHABERT, 2004, p73-74).

b - Les petites kinesthésies : regroupées dans les mouvements de seconds types « *les kinesthésies mineures* » (C. CHABERT, 2012, p157), catégorisées par une « *kinesthésie partielle* » - kp - expliquée par le mouvement d'une partie précise d'un Être Humain, liées aussi une « *kinesthésie animale* » - kan - consiste à un mouvement vu ou accompli dans la masse de la tache, en dernier, une « *kinesthésie d'objets* » - kob - attribuée au mouvement de quelconque objet. (C. CHABERT, 2004, p75-76).

C - Les réponses sensorielles

Les déterminants sensoriels qu'une quelconque réponse attribuée à chacune des planches peut être cotée principalement sous ses - la tache - caractéristiques perceptives que le sujet perçoit (C. CHABERT, 2012, p167), à faire référence aux :

a - Les réponses de couleurs : ces réponses sont en particulier attributives par rapport aux teintures et aux couleurs qu'une tache divulgue au sujet, malgré son identification sensorielle - C -, ces réponses peuvent être interférer avec les formes - F -, et selon sous un indice prépondérant - FC -, secondaire - CF - ou absent - C -, qui est déterminé seulement par les couleurs. (C. CHABERT, 2004, p76).

b - Les réponses d'estompage : elles sont principalement déclenchées par la couleur grise ainsi ses nuances que la tache s'apparait aux yeux du sujet, par similitude avec les réponses de couleur, l'estompage - E - et la forme peuvent être cotés ensemble selon la prédominance de ces deux dernier - FE, EF et E -. (C. CHABERT, 2004, p77-78).

Cette « *sensibilité aux dégradés de tons, à leur nuances* » (C. CHABERT, 2012, p185) est subdivisée en trois catégories.

La première est « *les estompages de texture* » renvoyant aux expériences tactiles, leurs sensibilités réactionnelles à l'environnement, deuxièmement, « *les estompages de diffusion* » concernant un « *engramme aux contours flou* », dont le démarquage entre la forme et le fond, le dedans et le dehors est étendu « *dilué* » et « *éphémère* » (C. CHABERT, 2004, p78).

En dernier, « *les estompages de perspective* » « *sont construits selon trois dimensions, les dégradés de tons étant exploités en tant qu'ils définissent différents plan dans l'espace* ». (C. CHABERT, 2012, p185).

c - Les réponses Clair-obscur : elles constituent essentiellement une convergence avec l'estompage, du fait pour en coter une réponse comme telle - Clob - : pour les réponses Clair-obscur pure -, consiste à en remplir deux conditions : « *être déclenchée par la masse noire de la tache* », et « *montrer une tonalité dysphorique explicité* », comme on peut l'ajouter aux formes figuratives de la tache, tout dépend de son importance d'étayage ; prépondérant ou secondaire - FClob, ClobF -. (C. CHABERT, 2004, p78-79).

2 - 5 - 3 - Les contenus

Le travail sur le contenu dans la cotation du Rorschach, s'oriente vers la connaissance des teneurs qui composent les formes désignées et énoncées par le sujet et la perception d'une allure ou d'une image.

Ce que détermine le contenu du Rorschach est interprété dans deux aspects : « *les contenus spécifiques* » (C. CHABERT, 2012, p194), qui contiennent les réponses humaines et animales, ..., ainsi que « *les contenus symboliques* » (C. CHABERT, 2012, p198).

A - Les réponses humaines

L'apparition de ces réponses nécessite la capacité qu'un individu identifie une image humaine perçue dans la tache (C. CHABERT, 2012, p195), soit des perceptions humaines entières - H -, soit juste des parties concernant le corps humain externe sont identifiées - Hd - et soit renvoient à des personnages mythiques et/ou irréelles - (H) -. (C. CHABERT, 2004, p80).

B - Les réponses animales

Représentent des perceptions d'animaux entiers - A - ou une partie du corps d'un animal - Ad -(C. BEIZMANN, 1966, p37).

« L'apparition d'un pourcentage minimal des réponses « A » est requise au test de Rorschach et constitue un facteur d'intégration adaptatives et socialisante ». (C. CHABERT, 2012, p194).

C - Les contenus symboliques

De nombreuses tentatives ont été mise en œuvre pour faire regrouper certains symboles qui entrent dans les contenus des tâches proposées ; de nombreux auteurs ont consacré pour faire cette classification, à l'instar de MORALI et CANIVET en 1956, C. BEIZMENN s'est impliqué pour en faire une classification propre au test. (C. CHABERT, 2004, p81).

Catégories	abréviatifs	Catégories	abréviatifs
Scène	Sc	— Radio	— Radio
Éléments	Elem	Sexe	Sex
Fragments	Frag	Objets	Obj
Botanique	Bot	Architecture et ses sous-groupes : .	Arch
Géographie	Géo	— Parties d'édifice	— Md
Paysage	Pays	Symboles et signes	Symb
Anatomie et ses sous-groupes : ...	Anat	Divers :	Divers
— Squelette.....	— Squel	— Science	— scienc
— Viscères	— Visc	Abstraction	Abstr
— Sang	— Sg		

Tableau N° 6 : les catégories du contenu selon C. BEIZMENN. (C. BEIZMANN, 1966, p20).

2 - 5 - 4 - Les facteurs additionnels

Dans ce point, on peut orienter les facteurs additionnels vers deux sous-titres, à savoir les réponses décrites comme des perceptions banales, normatives ; vues par la majorité des sujets, ainsi que les chocs qu'on pourrait observer durant la passation.

A - Les réponses banales

Ces réponses dites « banales » - Ban - reflètent à des réponses normatives familières, logiques et perceptives par des sujets normaux ; « voir les banalités, c'est voir ce que tout le monde voit », elles concernent en particulier un témoignage d'adaptation sociale, dans un protocole normal, les banalités varient entre cinq et sept Ban, qui varient essentiellement d'un pays à un autre. (C. CHABERT, 2004, p82-83).

planche	localisation	Selon KLOPFER	Selon PIOTROWSKI
I	G	Toute créature ailée : [corps : D central, ailes : D côtés] chauve-surie, papillon	chauve-surie, papillon

II	D noir côté	Animal à 4 pattes : chien, ours, lapin, taureau, rhinocéros	Animal à 4 pattes
III	G ou D	Personnage(s) humain(s), animaux dressés	Personnage(s) humain(s)
	D rouge médian	Nœud, papillon	
IV	G	Néant	Peau d'animal
V	G	Créature ailée : [corps : D central, ailes : D côtés]	chauve-surie, papillon
VI	G ou D	Peau d'animal [avec ou sans D supérieur]	Peau d'animal
VII	D ($\frac{1}{3}$ ou $\frac{2}{3}$)	Néant	Tête de femme ou d'enfants
VIII	D rose côté	Animal à 4 pattes	Animal à 4 pattes
X	D bleu côté	Crabe, araignée, pieuvre	Crabe, araignée
	D vert clair médian bas	Tête d'animal avec longues oreilles ou cornes : tête de lapin, d'âne, de chèvre	Tête de lapin
	D vert foncé bas côté	Chenille, ver, serpent	Chenille, ver, serpent
	D vert foncé bas côté	Chenille, ver, serpent	Chenille, ver, serpent

Tableau N° 7 : la liste des réponses banales. (C. BEIZMANN, 1966, p26).

La différence qu'il pourrait avoir un protocole par rapport à un autre, se distancie par les valeurs, les cultures, des croyances, des pays et même de l'époque qui caractérisent les sujets testés. D'ailleurs, la liste de banalité se décrit comme distinct en Algérie des autres pays :

Planche	Localisation des réponses	Réponses banales
I	G	Oiseaux, chauve-souris, papillon
II	G	Papillon, personnes, Être Humain : hommes, femmes, enfants, clowns
III	G ou D1	Personnes, Être Humain : hommes, femmes
	D3	Papillon
IV	G	Humains ou humanoïdes : monstre, orge, géant, fantôme, diable
V	G	Chauve-souris, papillon, oiseaux,
VI	G ou D1	Peau, fourrure (d'animal)
VII	D1 ou D2	Visage(s), têtes, figure ...
VIII	D1	Animal : race
		Canine ou féline : lion, tigre, léopard, loup, chien, chat

IX	D3	Personnes : hommes, femmes, vieux, enfants ...
X	D1	Araignée(s)

Tableau N° 8 : la représentation des réponses banales en Algérie. (M. BENKHELIFA, A. SI MOUSSI et coll., 2004, p356).

B - Les chocs

Il serait adéquat de les inscrire dans une sphère de « *réactions de stupeur affective, de perturbation émotionnelle profonde* » provoquée essentiellement, chez le sujet, par certaines particularités des planches, qui entraînera une désorganisation de la pensée rationnelle et du contrôle de sa personnalité. (C. CHABERT, 2004, p83).

2 - 6 - Analyse de l'image du corps au Rorschach

Dans le test de Rorschach, comme la plupart des autres tests et échelles, des aspects sont véhiculés et interprétés entre ses lignes, des propriétés psychiques sont divulguées et ciblées, à savoir l'image du corps, et autres ..., figure dans la constitution des contenus latents.

En sens vague, la notion d'image du corps est représentatif, perceptif plutôt, dans la symétrie des planches ; la forme symétrique qui se construit autour de l'axe médian qui serait une induction à l'organisation symétrique du schéma corporelle humain. (C. CHABERT, 2012, p62).

En particulier, cette notion est manifestement incitée par, en premier lieu, « *les planches compactes* » les planches I, IV, V et VI, qui sollicitent « *la projection du corps* », qu'elles - ces planches - mettent à l'épreuve les capacités d'unification. (C. CHABERT, 2012, p62).

Ces planches, en plus de la neuvième, la favorisent, en évidence, en l'associant à une représentation de soi et en référence avec la notion de l'identité ; elles mettent à l'épreuve « *des limites entre le dedans et le dehors, entre le sujet et l'autre* » ainsi que la capacité à se représenter comme un individu « *à part entière* », « *d'une image du corps distinct* ». (C. CHABERT, 2004, p49).

La première planche corrobore la mise en plan du corps humain par plusieurs propriétés : « *son allure fermé, le dessin clair du tracé de l'axe, la présence d'une image de corps construit autour de cet axe (D central)* ».

En outre, la sensibilité en faveur rapprochant aux « *lacunes intermaculaires ou aux contours découpés de la tache, ou encore à l'ouverture supérieur* » permet de refléter à une image du corps fragile et désintégrée.

Entre autre de ces références, cette planche peut également être réflexive aux réponses banales « *papillon ou chauve-souris* » témoignant ainsi « *d'une intégration correcte de l'unité corporelle perçu comme un tout* ». (C. CHABERT, 2012, p62).

La planche IV évoque, en plus et plutôt de son image de puissance, une résonance d'une image du corps. Elle s'articule par la symbolisation de l'image du corps à travers celle de puissance ; donc l'image du corps n'apparaît pas directement dans les sollicitations, mais en particulier de façon symbolique interprétée à travers les réponses donnant sur l'image de puissance.

De ce fait, les réponses transmises à cette planche sont généralement cotées dans leurs globalité - G - dans une perceptive « *structurante d'un corps humain ou anthropomorphe* », synonyme d'une intégration de l'unification corporelle délimitée et bien défini. (C. CHABERT, 2012, p63).

L'autre planche compacte et unitaire, étant reconnue comme une planche d'identité et de la représentation de soi, la planche V serait un certain signe pathognomonique de l'intégration corporelle et un facteur scintillant d'identité, qu'en parallèle elle renvoie à l'image du corps.

Les réponses banales « *papillon ou chauve-souris* » peuvent être le garant de cette intégrité et d'une image du corps saine et positif.

Cette planche permet aussi d'imprégner les pensées vagues et perturbées que les sujets ont de leurs images du corps et identités, à travers deux réactions : la première, par « *l'échec, l'incapacité à reconnaître l'entité globale de la planche* », la deuxième, par « *l'absence de reconnaissance de la réalité quasi évidente* » ou une « *absence totale de représentation, de vide de néant* » (C. CHABERT, 2012, p63-64).

L'autre planche, qui traite directement le symbolisme sexuel, est la planche VI. Il est possible de faire ressortir certains réponse par référence et en s'appuyant sur la prégnance de ces symboles que l'image du corps soit masquée, qui pourrait la solliciter encore par rapport aux réponses prédominantes. (C. CHABERT, 2012, p64-65).

La neuvième consiste dans « *le bouleversement des limites dedans-dehors* » à susciter l'apparition des organes, la tendance des viscères à être à découvert ; la transparence de l'enveloppe corporelle. (C. CHABERT, 2012, p66).

La deuxième tranche de catégorie, qui englobe les planches II, III et VII, renferme une caractéristique d'être « *non compacte* » et d'avoir une « *configuration bilatérale* ».

Ces trois planches sont généralement attribuées à des réponses globale, spécialement, de forme positives (C. CHABERT, 2012, p65), à en fusionner avec des sollicitations plus caractéristiques que celle-ci, elles sont essentiellement évocatrices « *de représentation de relation* », à travers des normes spéculaires perçue dans les articulations narcissiques où l'une des deux parties de la tache serait le double et le reflet du sujet, et à travers aussi des normes conflictuelles et pulsionnelles liées aux mouvements objectaux « *libidinaux et/ou agressifs* ». (C. CHABERT, 2004, p49).

La planche II, avec ses origines archaïques, s'inscrit dans un registre qui s'appréhende « *comme un tout éclaté* » ; toutes les réponses stimulées par la lacune médiane sollicitent une certaine « *béance interne* » et une « *faille corporelle fondamentale* », à ce sens, l'unification et la délimitation entre le dedans et le dehors ne sont admises, en d'autre part, « *les taches rouges renforcent le vécu destructeur d'effraction à l'intérieur du corps* ». (C. CHABERT, 2012, p65).

La deuxième planche se cette catégorie, la planche III, renferme une certaine représentation du corps à travers une indication et perception humaine entière de la tache ; les deux silhouette qui sont très proche de la réalité, c'est d'ailleurs une réponse banale, à cet égard, le vécu corporel du sujet peut ainsi s'associer et entraîner des tendances d'angoisse. (C. CHABERT, 2012, p65).

De même, la planche VII fait référence aussi à cette problématique de l'image du corps ; à travers le vaste étendu du blanc qui est symbolisé à un vide et un manque, ainsi que la détermination des limites entre le dedans et le dehors « *par la juxtaposition de la tache et du fond blanc* ». (C. CHABERT, 2012, p65-66).

Enfin, la dernière tranche dans la catégorisation des planche du Rorschach, s'avère viser les planches pastel, que l'image du corps est associée et/ou référée, soit aux « *préoccupations hypocondriaques* », soit à l'« *angoisse de morcellement* ».

La planche VIII est très figurative à la base qu'elle renvoie à des réponses anatomiques qui se relèvent du corps humain « *colonne vertébrale, os, poumons, reins, cœur, etc.* », ou fragmentaires « *doigts, mains, pieds, etc.* ».

La planche X, qui est la dernière, par l'implication de mettre « *rudement à l'épreuve l'unification de l'image corporelle* » que cette tache penche à être éparpillée. (C. CHABERT, 2012, p66).

Dans la mesure où l'image du corps est très vaste et rude à décortiquer, on essayera de se baser sur deux points qu'on admet fiable et valable d'entasser pour arriver aux fins souhaitées.

Dans un premier temps, on a opté pour la fragilité et la friabilité de l'image du corps que ce test peut être capable de divulguer et de refléter à travers des réponses que l'on met en évidence avec des perceptions globales des taches, à ce contexte, on fait référence à la nature de l'image corporelle du sujet et son degré d'unification ou de fragilité ; on peut donc se baser sur les points suivants :

a - Avoir au minimum une réponse banales à chacune des deux planches I et V par leurs caractéristiques intégratives corporelles, ce qui est de leurs absences, elles renvoient à des dissociations de cette image.

b - Les réponses humaines - H, Hd et (H) ; au moins 20% des réponses recueillies - dans un protocole reflète la capacité d'un sujet à s'identifier à l'autrui et surtout à une autre image humaine, ainsi leurs dissimulation dans celui-ci, surtout à la planche III, signifie évidemment une fragilité, turbulence et perturbation de l'image du corps.

c - Les qualités de ces réponses jouent un rôle important dans l'appréhension de la perception des sujet testés, si la forme est positive (F+) renvoie à la capacité de perception globale de l'unité du corps, et si elle est qualifiée de négative (F-) ou indéterminée (F±), désigne l'incapacité et la difficulté de percevoir et d'appréhender correctement une image corporelle.

d - D'autre part, si des réponses de type de détail humain - Hd -, dans un protocole, sont exagérées, c'est très signifiant d'être un angoisse de morcellement, une valeur morbide, associé à une incapacité d'appréhender un corps humain dans son intégrité et sa globalité.

e - Les réponses kinesthésiques, au moins une réponse, renvoient aux capacités de réincarnation de l'image humaine.

f - Les réponses de couleur peuvent aussi influencer sur l'intégrité de cette image ; il est favorable qu'elles ne dépassent pas les 30% dans un protocole, si non, elle explique une impuissance d'y parvenir à faire des limites entre le dedans et le dehors et une certaine fragilité, instabilité dans la constitution de cette image.

g - On note aussi que l'exagération des réponses animales - A, Ad et (A) - pourrait avoir un impacte sur l'évitement, la non socialisation et une impuissance de percevoir une image humaine, donc une fragilité de l'image corporelle.

Dans le deuxième temps, on estime à se référer à la qualité diffusée de l'image du corps ; signifiant ainsi le côté soit positif ou négatif, qui a été répandu par cette image :

a - Pour qu'une image du corps soit vraiment positive, il fallait fondamentalement que la réponse formée et formulée soit dédiée à cette forme positive (F+) ; d'une bonne qualité.

b - Et pour qu'elle soit d'une absoluité altérée, il suffit qu'elles - les réponses - se qualifient comme une forme négative (F-), une mauvaise propriété soit de destruction ; une perception et une projection négative de l'image corporelle du sujet lui-même. (L. REBOUH, 2012, p78-80).

A la base, ces différents points nous semblent être de parfaits suggestions pour en rester dans la bonne voie dans le dépouillement de la nature de l'image corporelle, à savoir sa solidité ou sa fragilité, y compris de sa qualité constituant autour de positif ou de négatif.

III - Le déroulement de la recherche

Avant de trouver le lieu où on effectuera notre pratique, une pré-enquête serait utile. L'établissement qui nous a reçu est admet au C.H.U de Bejaia ; le service de pédiatrie.

Après de faire trait sur notre recherche et d'appréhender ses objectifs et la méthode à suivre ainsi que les outils empruntés, on s'est présenté auprès de ce service afin de cerner notre groupe témoin, et donc d'avoir la certitude d'accomplir nos fins et d'en terminer cette étude dans les temps, et avoir, surtout, l'accessibilité aux sujets regroupant les critères primordiaux.

L'approbation du service d'hospitalisation pédiatrique (S.H.P) de nous recevoir aux seins de ses locaux, a été bénéfique pour notre recherche. L'accès à ce service nous a aidé à réaliser de construire notre groupe d'étude, qui se constitue de six cas ; trois garçon et trois autres filles, âgés entre huit et 14 ans.

A chaque mardi, des enfants atteints de diabète, accompagnés de leurs parents ou de leurs tuteurs légaux, viennent en consultation chez le diabétologue du service, qu'on a constitué notre groupe témoin.

En l'occurrence, après de présenter nos objectifs et fins de notre étude aux parents et tuteurs, ainsi qu'aux enfants diabétiques eux-mêmes, pour qu'ils fassent partie dans notre étude et qu'ils soient admis dans le groupe témoin, leurs réponses sont relativement inappropriées.

À cette première difficulté qu'on a rencontré durant la pratique, c'est que les parents ne veulent pas d'en faire part ; ils n'acceptent pas que leurs enfants soient une étude. De ce fait, notre groupe final de notre recherche est conçu de six cas d'enfants diabétiques ; Katia, Amel, Hamid, Wissame, Rayan Massi.

Dans le but d'en vérifier les deux hypothèses formulées, on se base sur deux outils : l'entretien clinique et le test de Rorschach, qu'on passera indépendamment l'un de l'autre aux enfants diabétiques.

La passation de ces deux instruments se passe dans une salle, autre que les salles d'hospitalisations, un petit bureau équipé de deux chaises et une table.

Entre temps de la consultation qui s'effectue, on oriente l'enfant sélectionné - après d'avoir sollicité et pris la permission des parents - pour lui faire passer l'entretien minutieusement rédigé, ainsi de suite avec les autres enfants.

Après qu'on a fini d'entretenir avec chaque enfant, à priori on fixe un rendez-vous pour entamer le deuxième outil ; le rorschach, mais une autre difficulté s'impose ; les parents et la plupart d'entre eux ne reviennent pas et jamais.

En dépit de ce deuxième obstacle, quelques parents et leurs enfants ont le courage de revenir et de tenir à ce rendez-vous et à leurs promesses. Les enfants revenus sont instinctivement orientés pour une passation du Rorschach.

Les six cas sont sélectionnés donc parmi les enfants entretenus, ainsi qu'ils ont passé le test, et encore ils manifestaient les quelques critères de bases soulignés.

Résumé

Par conclusion, on a établi dans cette partie, qu'elle est tel un médiateur et un relais entre la partie théorique et celle destinée à la pratique. Dans la succession, cette étape est quasiment fondamentale - si ce n'est pas obligatoire ! - dans le bon déroulement des événements durant lesquels notre recherche passe ; la partie méthodologique est très utile pour la réussite d'un travail scientifique structuré.

L'organisation de ceci est mené autours de plusieurs points que l'on a mit en évidence dans la méthode suivi, les technique utilisées, ainsi que la définition de la population et l'échantillon de recherche, du lieu ..., ce que nous a préparé, à présent, d'en dépasser cette étape cruciale vers, le chapitre suivant, la présentation et l'analyse des résultats.



Chapitre V
Présentation,
analyses et
discussions

Préambule

Dans ce chapitre, l'indice est de présenter la population d'étude, ainsi qu'elle est, et ainsi que les cas le sont réellement, pour, en théorie, la vérification de certaines hypothèses, et de les mettre en pratique.

L'apport de la pratique clinique des deux variables ; le diabète et le psychisme et les représentations mentales, sur notre recherche nous a mis en contacte avec, après une stricte sélection, un groupe d'étude choisi avec un certains critères élaborés au préalable.

Après qu'on les a entretenus, nous sommes obligés de leurs faire faire passer les deux techniques et outils, qui pourrait divulguer le but voulu atteindre.

I - Présentation et analyse des résultats

1- Cas de Katia

1 - 1 - Présentation du cas de Katia

Katia est une fille âgée d'environ 11 ans, inscrite en 1^{ère} année moyenne ; elle est, à la fois intelligente, calme et peu timide.

La petite fille déclare qu'elle est le troisième enfant d'une famille composée de cinq enfants : deux filles plus âgées qu'elle, et deux autres petits garçons.

Après lui avoir expliqué notre objectif, et de lui avoir proposé de passer un entretien, sa réponse est positive ; elle accepte facilement.

1 - 2 - L'analyse de l'entretien clinique semi directif de Katia

Dès les premières questions, Katia demeure calme et n'est point gênée de l'interroger sur sa maladie ; elle répond intelligemment, de manière sûre et laisse montrer une certaine assurance qui qualifie ses discours de spontanéité.

Elle détaille que sa maladie date d'environ deux ans et demi : « *il y a un an, ..., si je me rappelle bien, c'était en septembre 2013* ». L'apparition du diabète est une accumulation de signes que Katia essaye de résumer par ce qui suit : « *je bois beaucoup d'eau, même trop, et encore un besoin inévitable d'aller aux toilettes, j'ai des vertiges et des faiblesses toute le temps* ». Elle rajoute aussi que toutes ses signes ont été découverts par sa mère, « *elle est infirmière* ».

Ce que la patiente essaye de nous expliquer, que ces nombreux signes altèrent à son état de santé, ce qui inflige une hospitalisation : « *je suis très vite hospitalisée pendant dix jours* », là où

elle a été mise en observation et sous insuline ; elle est insulino-dépendante : « *ils m'injectent de l'insuline* », « *à cause de l'instabilité de ma glycémie, ils me donnent de l'insuline et un régime adapté* ».

Sur le plan physique, la petite fille nous dévoile une aptitude fortement assignée avec une assurance remarquable, que la maladie ait surgi pendant la période de la rentrée en septembre, avant ce moment elle dit ; « *mon corps est en plein énergie ; je suis en forme* », « *je suis en santé, aucune autre maladie, rien que le diabète maintenant* », soit une conformité sainte et une image corporelle projetée positive.

Tandis que l'apparition du diabète, pour ce cas, est équivalant d'atteinte symbolique, relativement acceptable ; cette maladie n'est rien qu'une situation « *de manque d'insuline, comme les autres maladies, que j'ai déjà* », c'est d'ailleurs le point qui l'a ramené à dire « *je ne pense pas d'être changée* ».

A un autre point, Katia semble être très rigide ; sur le plan psychique, elle montre des signes de confiance fusionnée avec des attitudes d'incompréhensibilité envers sa maladie : le diabète, pour elle, n'est rien qu'une maladie « *comme les autres maladies, que j'ai déjà* », attribué par une assurance assez affilée, elle dit « *puisque je surmonte rapidement* ».

Sa vision sur cette atteinte est nettement liée à la gastronomie ; « *la seule différence est dans la nourriture et dans le mode de nourriture ; ils (tous les enfants non malades) mangent ce qu'ils veulent* », mais, par son arrogance et son assurance, elle nous montre une certaine fierté liée à ceci - la nourriture - : « *mais par contre je crois que je suis chanceuse, puisque je mange que des trucs adaptés à ma maladie, que mon entourage m'apporte de France* ».

Cette assurance nous guide à comprendre que le diabète est aisément accepté ; elle vit sa maladie « *le plus normalement du monde, je m'en suis habituée* ».

Sur le plan relationnel, elle nous dit que ses relations avec sa famille, sont restées les mêmes, aussi qu'avant ; « *tout marche très bien, aucun souci* ».

En ce qui concerne ses relations avec ses amis ; filles et garçons, même âge qu'elle, Katia ne soupçonne aucunes différences qui les distinguent soit sur le plan physique ou le psychisme : après l'atteinte, elle ne croit pas que ces relations seront changées, en disant : « *ils ne me reflètent pas que je suis différente* ».

L'apparition de cette maladie fut être dépistée juste après la rentrée scolaire de la petite fille, après l'obtention de l'accès aux études secondaires, ses camarades et les élèves de sa classe étaient

totalément embêtés de l'avoir su. Elèves comme enseignants approuvent une sincère mobilisation ; solidarité.

Pendant l'hospitalisation, elle nous dit, sa réflexion et toutes ses pensées sont fixées sur ses études et au moment qu'elle aura le pouvoir de quitter cette hôpital, elle se souvient qu'elle répétait à sa maman « *je crois vraiment que je m'appliquerai et m'y tiendrai à continuer comme les années dernières* ».

Ambitieuse, courageuse et surtout par sa confiance en elle et en sa famille et entourage, qu'ils sont compréhensible ; « *ma famille me soutienne, dès le premier jour de mon hospitalisation, ils m'aident vraiment* ».

Elle se renvoie au future qu'elle voit très prometteur ; « *je me vois voyager beaucoup et de faire des études d'architecture, à l'étranger bien sûr !* », mais surtout, pour elle, la seule prétention est orientée vers sa situation actuelle « *surmontable* ».

1 - 3 - Présentation et analyse de protocole du Rorschach de Katia

1 - 3 - 1 - La passation du test

PL	Le discours spontané	L'enquête	Cotation
I	40s (elle fait une grimace, comme si elle était étonnée)..... (ψ : dis-moi juste ce que tu vois), ... je n'ai rien compris, 1- Une statuette ! 56s	J'ai dis une statuette, ici (la partie médian entière) (D4).	Choc D F⁺ Obj
II	2- 9s ... emmm ! Je vois un papillon. 3- Deux personnes dansant qui frappent dans les mains. 3m 10s	Une forme d'un papillon, il est blanc (Dbl 5). (G) Deux personnes dansant, tapant dans leurs mains (la pointe médiane supérieur) (D4).	Dbl F⁻ C A <u>G K H Ban</u> D F⁺ Hd
III	4- 27s : Deux extra-terrestres qui se battent avec des pierres. 2m 26s	Là ça ressemble à des extra-terrestres (les deux parties noires latérales) (D1), lançant des pierres (les deux parties noires inférieures médianes) (D4), sont habillés avec leurs tenues noir et gris.	<u>D K (H) Ban</u> → C' D F⁺ Frag
IV	5- > v < Λ, 29'' : Un grand monstre qui a tapé sur la terre avec ses mains. 1m 06s	Ça me parait sombre mais il est gros et grand, avec ses deux mains (D1) posées sur le sol.	<u>G ClobF⁺ (H) Ban</u> D F⁻ (Hd)

V	6- 6s : Un oiseau qui vole, ce n'est pas normale qu'il a deux têtes ! 37s	Je sais que c'est un oiseau, mais je ne sais pas lequel.	G F⁺ A Ban Crit. Objective
VI	> v < Λ,, je ne la comprends pas. 1m 09s		Refus
VII	7- > v < Λ, 26s : On dirait deux humains. 8- Deux femmes assises. 59s	En premier, je les ai vu des silhouettes humaines, mais après, il paraît qu'elles sont deux femmes.	G F⁺ H G F⁺ H
VIII	9- 50s : Lion qui monte une montagne, même deux ; l'un par ici et l'autre de l'autre côté, > v < Λ, 10- (v) Trois papillons colorés. 1m 42s	Ça ressemble beaucoup à un lion (partie rose latérale) (D1), et la montagne c'est la pointe verte (D4). Et les papillons, ils sont jolis ; l'un est orange (D2), l'autre est bleu (D5) et le dernier est vert (D4).	<u>D kan A Ban</u> D F⁺ C Pays D F⁺ C A
IX	11- > v < Λ,, 2m 10s : des nuages, c'est tout. 3m 15s	Ça ressemble vraiment à des nuages.	G F⁺ E Frag
X	12- 10" : Comme quelque chose dans le corps humain ; les os par exemple. 13- (rire), Deux hommes qui paraissent tomber et qui s'accrochent. 14- Je voie aussi des poissons. 7m 10s	Des os là (la pointe médiane supérieure). Là (le rose latéral) deux hommes qui tombent et qui s'agrippent. L'un des poissons qui fuit (jaune latéral).	D F⁺ Anat <u>D F⁺ H</u> Eq. Choc D kan A

Tableau N° 9 : le protocole de Rorschach du cas de Katia.

1 - 3 - 2 - L'épreuve des choix

Le choix positif de la petite fille se focalise sur la planche X : « *il ya des couleurs et c'est jolie* », ainsi que la planche V : « *elle a une forme d'un oiseau ou d'un papillon, c'est pareille, c'est un jolie dessin* ».

La planche IV et III sont relatives aux choix négatifs, que Katia a désigné la planche IV : « *il est moche, c'est un monstre il est moche* », et la planche III : « *ils se battaient, je n'aime pas ça, en plus ils sont handicapés* ».

1 - 4 - L'analyse du protocole de Rorschach du cas de Katia**1 - 4 - 1 - L'analyse quantitative**

<u>Synthèse</u>	<u>Mode d'appré.</u>	<u>Déterminants</u>	<u>Contenus</u>	<u>Élem. qualiti.</u>
Rép : 14 T. t. : 22m 30s T/Pl : 2m 15s T/Rép : 1m 38s T. L. M. : 36s Choix + : X, V Choix - : IV, III	G : 6. [43 %] D : 1. [78 %] Dbl : 1. [7 %] T. App. : <u>G</u> , <u>D</u> , <u>Dbl</u>	F ⁺ : 8. F ⁻ : 1 F % : 50 % F ⁺ % : 89 % K : 2. kan : 2 C : 1. FC : 3 FE : 1 ClobF : 1 T.R.I : 2 K < 3 ΣC F. C. : 2k > 0,5 ΣE R.C % : 43 %	A : 5. [36 %] H : 4. Hd : 1. (H) : 2. (Hd) : 1. H % : 57 % Ban : 5. [36 %] Anat : 1. Frag : 2 Obj : 1 Pays : 1	Choc : 1 Crit. Obj : 1 Eq. choc : 1 Retrnm : 1 Refus : 1

Tableau N° 10 : le psychogramme du cas de Katia.

1 - 4 - 2 - Analyse du psychogramme**a - Production et temps**

À première impression, le protocole présent présente 14 réponses cotables, un nombre inférieur à la norme estimée (entre 20 et 30 Rép.), dont une seule réponse notée comme refus figure dans la planche VI.

Katia s'inscrit dans un rang de productivité pauvre, mais par rapport au temps consacré, elle a pris un peu plus de temps lors de la passation : **22m 30s**, un temps d'attribution normal, par ailleurs le temps moyen qui est destiné à chaque réponse - T/Rép - : **1m 38s**, désigne un temps large.

Ainsi le temps d'appréhension (le temps de latence moyen) accordé à chaque planche est en moyenne de **36s**, est large. Irrégulier, ce temps varie d'une planche à une autre. On peut distinguer alors trois catégories, la première se caractérise par un temps de réflexion rapide ou atténué, acquiescé dans les planches : la planche V avec **6s**, la planche II avec **9s** et la planche X avec **10s**.

La seconde catégorie indique un temps de latence proche de la moyenne, la planche VII avec **26s**, la planche III avec **27s** et la planche IV avec **29s**.

Pour la dernière classe, on remarque bien un large temps de réflexion soit une certaine sidération et même un blocage : la planche I avec **40s**, la planche VIII avec **50s**, la planche VI et la planche IX avec **2m 10s**.

b - Le mode d'appréhension

Ce protocole présente une certaine localisation réduite en deux grandes lignes ; le mode d'appréhension qui s'inscrit dans la localisation globale (G) avec 6 réponses, soit 43 %.

Elles évoquent une certaine unification de l'image du corps, c'est surtout, en jonctions avec les réponses banales et humaines : les G et les banalités coïncident à la planche V.

Par rapport à l'autre addition entre les réponses humaines vues d'ensemble, deux autres réponses aperçues à la planche VII - G F⁺ H -, renvoient principalement à une intégration, une unification et une de cette image proprement humaine.

Ajoutant aussi deux réponses qui réunissent ces trois critères vue à la planche II - G K H Ban - et IV - G ClobF⁺ (H) Ban -, signifie une intégrité d'une image du corps unie selon un apport de la réalité interne.

Le deuxième mode d'appréhension est identifié par des réponses détaillées et découpées dans la tâche, on a coté 11 réponses, environ 78 % au-dessus des normes (60 % - 68 %), affirme un certain apport pour s'appuyer sur des détails intégrés, surtout de configurations humaines (cinq).

D'autres figurations du mode d'appréhension s'affichent peu, si ce n'est pas introuvable ; les découpes rares ne sont guère existantes, la seule réponse différente des G et des D est interprétée à la planche II : « ... *un papillon* » vue dans la lacune intermaculaire (Dbl) - 7 % - remarquablement hors norme, induit une certaine tendance d'avoir une faiblesse interne et mentale et une non-conformité.

c - Les déterminants

Les déterminants les plus attribués à ce protocole se regroupent des réponses cotées de nature formelle ; 9 réponses sont déterminées par leurs formes, soit 50 %, dans la moyenne (50 % - 70 %), signifie que Katia approuve une tendance à se refaire aux repères émotionnels, affectif, avec un certain contrôle et/ou un appauvrissement de la vie relationnelle.

La plupart des réponses formelles sont cotées comme d'une qualité positive (F⁺) ; huit réponses, soit 89 %, dépassant la norme (80 % - 85 %), ce cas se situe dans la normalité ; présenté par un caractère adaptatif formel qui relie le sujet à la réalité externe stimulée par la planche.

e - Les réponses de mouvement

Les réponses kinesthésiques sont présentes ; la kinesthésie humaine de nombre de deux, présentées à la planche II et la planche III, sous une norme positive, l'on pourrait l'affirmer

significativement à l'intégration d'une image corporelle, et une capacité à s'identifier et à l'identification dynamique et créative de mouvement humain. D'autres réponses s'inscrivent dans les mouvements animales ; aux planches VII et X.

f - Les réactions sensorielles

Les déterminants de couleurs et sensorielles sont figuratives dans ce protocole : une réponse de couleur pure (C') ainsi que trois réponses cotées FC, environ 28 %, interprétées et répandues dans les planches : VIII avec quatre réponses et une seule à la planche II. D'autres types de réponses sensorielles figurent aux planches : IV - ClobF -, IX - FE -.

d - Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Premièrement, le type de résonance intime (T.R.I.) est inclus dans un rapport extratensif mixte ($2 K < 3 \Sigma C$), signifiant une perte de contrôle émotionnel avec un certain apport aux stimuli externes, contrairement à la formule complémentaire : $2 k > 0,5 \Sigma E$.

Un autre plan confirme une activité stimulante par les couleurs des planches dites pasteltes R.C. % : 43 %, insiste sur l'élaboration des réponses par la stimulation des déterminants sensoriels des planches VIII, IX et X.

g - Les contenus

Les contenus présentés, dans ce protocole, figurent dans des représentations humaines, en premier lieu, avec quatre réponses purement humaines, une seule est cotée comme une réponse humaine fragmentée, on peut aussi identifier d'autres critères de contenus infligés par des réponses humaines substitutives (H), sur trois réponses.

D'un rapport de huit sur 14 réponses, la représentation humaine affiche un pourcentage de 57 %, élevé par rapport aux normes (12 % - 18 %).

Un indice assez ferme pour expliquer une certaine adaptation et surtout par l'intégration de l'image du corps humaine, ainsi que l'identification et la représentation corporelle forte.

De même, on continue sur cette ligne, l'apport de l'intégrité de cette image a été insinué par le faible pourcentage des réponses animales ; cinq réponses avec 36 %, inférieur aux normes (35 % - 50 %), l'approuve vraiment de sorte que ce pourcentage refléchit l'adaptation à valoriser la protestation humaine, et une certaine adaptation sociale.

Les autres types de contenus sont répartis en ; une réponse d'anatomie, et une autre apportée comme un objet, et un paysage, et pour les deux autres vus comme des fragments.

On peut aussi insister sur les banalités données aux planches II, III, IV, V et VIII, 36 %, avec quatre réponses, elles situent la petite fille dans une adaptation sociale.

h - L'épreuve des choix

Les choix initiés par Katia sont, en premier lieu, la planche X et V ; deux choix positifs qui se basent sur deux sorte d'indices ; à la planche X elle se rapporte aux couleurs stimulées, pour la planche V, elle se réfère aux aspects formels : « *elle a une forme d'un oiseau ou d'un papillon, c'est pareille, c'est un jolie dessin* ».

Les deux autres choix que ce cas a admis comme négatif portent sur les planches : IV en se basant sur le seul aspect de la critique objective de la planche : « *il est moche, c'est un monstre il est moche* », III avec l'apport kinesthésique : « *ils se battaient, je n'aime pas ça, et en plus ils sont handicapés* ».

1 - 4 - 3 - Image du corps au Rorschach

L'image du corps peut être parfaitement soulignée par ce test. Par rapport à ce que nous avons évoqué auparavant dans les localisations, les déterminants et surtout les contenus, le Rorschach induit cette image aussi à certains aspects liés aux planches.

A travers le type d'appréhension dégagé, la synthèse qui peut expliquer ce concept est réunie dans les réponses cotées, en premier lieu, les modes d'appréhension ; les deux types de localisation : globales (G) avec 43 % et de détails avec 78 %, ce mode de cotation induit une image du corps unifiée.

C'est surtout, ces réponses cotées G coïncident avec la majorité des réponses humaines (quatre), aussi, qui coexistent avec une qualité positive ; rapprochant à une réalité positive, infirmant ainsi principalement l'intégrité et l'unification de cette image proprement humaine.

On peut énoncer aussi que la forme positive associée à cette localisation, et/ou, en plus, du taux édifié (11 réponses soit 85 %), présente un caractère adaptatif formel qui relie le sujet à la réalité externe stimulée par la planche. L'autre déterminant qui peut être un point important dans l'émergence de l'image du corps ; à travers la kinesthésie, plus précisément, humaine, affirme significativement son intégration, ainsi une capacité à l'identification dynamique et créative de mouvement humain, et s'y identifier.

Proche à celle-ci, l'image du corps revoie essentiellement à l'Homme, à l'image humaine vue et reflétée par les taches d'encre spécifique à chaque planche ; les réponses initiées humaines sont cotées, comptées à sept (deux d'entre elles sont cotées Hd), environ 57 %, un indice

d'adaptation et surtout d'intégration de ce concept, ainsi que l'identification et la représentation corporelle humaine forte.

De même, l'intégration corporelle que les banalités peuvent divulguer en référence des taches I et V, les cinq réponses banales interprétées dans les planches II, III, IV (qui coïncident avec des réponses humaines), V et VIII, renvoient à une adaptation sociale.

L'apparence globale des planches-ci et leurs organisations permettent d'extraire cette image du corps. Le premier des deux importants types les plus distinctes des planches ; les planches compactes (I, IV, V, VI, IX), prend l'accent sur la symétrie et l'unicité de taches, qui insinue, à son tour, un impacte d'appréhension, de représentation et d'unification de l'image corporelle.

Le dessin clair situé sur la ligne médiane de la planche I est convertie par Katia à une silhouette humaine statique. La planche phallique consacrée à la quatrième, véhicule une tendance émergente d'image de puissance ; d'un monstre fort. Vue d'ensemble, la planche V est symbolique à cette image et relativement lié à l'intégrité sociale et du monde externe.

La planche VI est particulièrement avérée sans réponses cotables. La planche IX diffère, exceptionnellement, des autres planches ; la fille n'organise pas sa réponse autour d'une symétrie, mais elle lui donne un aperçu de vague de flou.

La deuxième catégorie renferme les planches (II, III, et VII) bilatérales ou non compactes ; la deuxième planche a stimulé une certaine représentation humaine, vue dans une attitude dynamique et dans la globalité. Ainsi qu'à la troisième, la petite fille a cerné la totalité de la tache sous une kinesthésie humaine. La planche VII induit aussi des représentations humaines ; les deux réponses données par Katia éprouvent soigneusement cette image projetée.

Les deux taches restantes, qui ne sont pas attributives aux deux catégories citées, se fondent sur des caractéristiques bien spécifiques à chacune ; la planche VIII, avec son double caractère, compacte et bilatérale, à part ses significations et sollicitations latentes, n'empreinte qu'une représentation animale (D rose) vue dans une scène dynamique.

L'autre et la dernière planche (X), ouverte et éparpillée, elle - Katia - l'explique par des propositions neutres par rapport l'une à l'autre ; les trois réponses sont désignées à différentes localisations dans la tache, mais au moins elle formule des caractéristiques humaines.

Résumé du cas

Après avoir analysé les deux outils utilisés dans ce que nous cherchons, le cas de Katia nous paraît dans des états, physiques, psychiques et relationnels, forts et positifs, même l'apport du

diabète s'accroît sur ceux-ci ; la caractéristique de sa personnalité nous souligne une certaine tendance ferme, ainsi des mécanismes stables à affronter cette maladie dégénérative de l'organisme et/ou psychologique.

Certaines représentations mentales peuvent être aussi dégradées et altérées, à savoir, les concepts de représentations de l'Être et de son image du corps. Par rapport à cette fille, ce concept s'énonce véritablement positive et une image du corps saine et forte, unifiée et déterminée, intégrée et identificatrice ; Katia, dans l'entretien et au Rorschach, nous diffuse des bons résultats et positifs, ainsi qui exclue toutes failles, faiblesses ou défaillances au niveau mental, qui pourraient relater sa personnalité, quoi que, certes, au niveau physique et organique, la maladie modifie certaines propriétés et comportements.

Remarquablement, ces entités analysées annoncent que le diabète n'approuve pas de tensions psychologiques, où il n'a aucun impact sur la vie psychique typique de certains aspects mentaux que l'image du corps, qu'elle peut exhiber.

2 - Cas d'Amel

2 - 1 - Présentation du cas d'Amel

Amel est une fille âgée d'environ de 14 ans (13 ans et sept mois), collégienne et scolarisée à la 3^{ème} année moyenne, elle est issue d'une famille constituée de 4 enfants dont elle est la première ; elle est une sœur de deux autres filles et d'un frère.

A l'instant qu'on a proposé à Amel de lui faire passer un entretien, elle s'est sentie dans une situation bizarre, inhabituelle, qui nous dévoile une attitude d'hésitation au début, et au moment même de l'entretien, que l'on peut décrire comme une situation significative pour elle, ainsi dire qu'elle est timide et très embarrassée de le faire et de répondre à nos questions et d'y participer à notre recherche.

Après avoir expliqué et réexpliqué l'objectif de celle-ci, elle a fini d'accepter et de saisir le sens et l'intérêt de cet entretien.

2 - 2 - L'analyse de l'entretien clinique semi directif d'Amel

Amel semble être confuse de nous évoquer ce qu'elle a subi ; elle racontait, après que nous l'ayons interrogé, que l'apparition de cette maladie remonte à trois ans, elle révèle que la découverte de son diabète n'était rien qu'une conséquence et une constatation secondaire, d'où la raison et le motif étaient une consultation chez un médecin pour une amygdalite, qui s'expose à ses parents sur l'état de santé de leurs filles.

Elle nous informe sur la nature de cette consultation : « *une inflammation des amygdales, que le médecin, que je crois comprendre, décrit comme une atteinte d'angine grave* », à fin de transpercer toutes soupçons, « *le médecin m'ordonne de faire des analyse et examens assez variés* », après qu'il a trouvé quelques résultats très élevés, à l'égard de la glycémie, il les - ses parents - oriente rapidement vers d'autres analyse et il les oblige à les faire le plus vite possible, qu'à la fin il paraît que tous les résultats s'avèrent « *positifs et une affirmation que je suis diabétique* ».

Bouleversée et perdue, la petite fille ne réalise pas encore la gravité dans laquelle elle est ; hospitalisée brusquement pondent une semaine, elle se projette à cet instant en disant : « *je n'ai pas pu saisir la gravité de ma situation jusqu'à ce que je me rends compte que je suis diabétique, une maladie chronique* », ainsi qu'elle appréhende tardivement étant dépendante de l'insuline.

Le diabète pour elle est perturbant et très marquant, du fait que son apparition a surgi pondant une période d'examens du mois de Février 2012.

Sur le plan physique, Amel nous divulgue qu'elle croit spontanément que l'apport du diabète spécialement sur son corps et sur son physique a un impacte relativement approprié à certains points : avant l'atteinte « *je me sens rigide et en plein santé physique et corporelle* », « *à ce moment j'ai la capacité de tous faire* ».

Mais l'impacte du diabète semble interférer dans la représentation corporelle de Amel, sous ses propos qu'elle mentionne : « *il y a un changement après l'atteinte du diabète, justement que c'est les parties sur lesquelles ils m'injectent l'insuline* ».

Aussi qu'avant et après l'atteinte du diabète, ce cas présent nous raconte, à travers ses propos on comprend, qu'elle s'estime beaucoup et elle a un regard et une attitude assez positif de son corps, mais parallèlement on constate, de part en part les questions posées on a observé quelques réactions et attitudes défensives et on peut lire entre les lignes de ses réponses, qu'elle dissimule ses vrais perceptions de son corps ainsi qu'elle prétend de nous livrer ce qu'elle voit logique, cohérent et juste de dire pour l'entretien : « *aussi qu'avant, il n'y a pas de changement* », « *oui, remarquablement je m'estime bien* ».

D'une autre part, elle n'a perçu d'aucune différence avec autrui devant l'impasse diabétique : « *je n'en pense pas d'être différente des autres filles, je ne sens pas qu'elles me voient telle que cela* ».

Sur le plan psychique, Amel semble être forte et rigide mentalement ; précocement sa maladie aussi que subséquemment : « *je l'aime bien sûr et il fallait bien, à ce moment j'ai la*

capacité de tous faire », ainsi l'impacte de sa maladie ne lui pose de perturbations psychique si l'on croit ses dires, le seul problème consiste sur le traitement : *« pour la maladie ne me pose pas problème, c'est le destin et le Bon Dieu qui l'impose, mais le problème c'est l'insuline »*, *« le traitement qu'ils m'ont donné est un peu difficile à gérer et à surmonter, pour moi c'est infernal »* *« ça me paraît une punition »*.

De plus, en sens de difficulté, la petite Amel manifeste des problèmes de concentration : *« à l'école, ..., quant le taux de glycémie est très élevé, je manque de concentration, suivi par un stress et une peur flippante »*.

Sur le plan relationnel, elle nous démontre un aperçu sur ses relations peu avant le diagnostique de sa maladie et peu après l'atteint : *« elle ne me pose aucun problème de relation »*, *« certainement que je suis soutenue de toutes côtés, mes parents ..., mon entourage, enseignants, autre camarades, ils me soutiennent »*

A la maison, elle dit : *« avant ma maladie, rien ne m'empêchait de faire ce que je veux, sans l'opposition de mes parents, et mes relations avec eux se basent sur ce point »*, et on l'a interrogé sur le devenu de ces relations quant la maladie a surgi, elle a répondu d'une façon crédible et d'une certaine assurance : *« non, non, je suis sûre qu'elles ne sont pas totalement changées ..., mais en gros elles sont d'avantage perfectionnées en mieux »*.

En ce qui concerne ces relations avec ces amis, les filles de son âge, Amel nous raconte qu'elles l'aident et entraînent bien avant et aussi qu'après, chose très exigeante et importante pour elle à fin d'établir de très bonnes relations : *« je ne crois pas que je leurs fais de la peine et non rien de sorte »*.

En classe, les enseignants et enseignantes de cette élève, que l'on qualifie d'intelligent, *« ne figurent pas de signes de différences à mon égard vis-à-vis des autres élèves »*.

Le dernier axe vise la vision de l'avenir et principalement la projection de la vie dans le futur, sur ce plan, elle reste optimiste et attaché à sa maladie d'un point compréhensible, concevable et plausible ; *« je crois que je pourrais faire avec »*.

Elle s'imagine bien vivre, avoir une vie saine, épanouie : *« ce diabète ne me posera pas de problème, si la confiance en moi et mon assurance ont lieu, additionnées au soutien familial et de mon entourage »*.

Elle nous parle aussi de ses intentions à accomplir et à réaliser : *« je voudrai faire et publier un livre sur le diabète »*, un projet assez important pour elle.

2 - 3 - Présentation et analyse de protocole du Rorschach d'Amel

2 - 3 - 1 - La passation du test

<u>PL</u>	<u>Le discours spontané</u>	<u>L'enquête</u>	<u>Cotation</u>
I	58s (elle fait semblant de rire), > v < Λ 1- Un visage d'un fantôme. 1m 40s	Là (G) la tête, une forme d'un visage, qui a des yeux, je les ai vu là (Ddbl30).	Choc G F⁺ Clob (Hd) → Ddbl
II	2- 50s, (après hésitation), Une route, > v < Λ, ..., c'est tout. 2m 51s	(La pointe médiane supérieure) (D4), oui une route qui s'éloigne.	Dd F⁺ Pays
III	30s > v < Λ, ..., (elle sourit) : 3- Une grenouille, rien d'autre, ... 4- Ah non, une tête. 2m 04s	Une grenouille assis (D1), je peux voire aussi ses yeux (D4) et ses pattes (D5). (ψ : et la tête) : ici (D6), c'est une tête humaine.	D F⁺ A → Ad D F⁺ Hd
IV	49s (comme si elle a peur de quelque chose) 5- Elle est sombre, un Homme, normalement c'est un Homme. 1m 41s	Toute l'image, je crois c'est une silhouette d'Homme.	Choc G F⁺ Clob H
V	6- 20s : Oiseau. 7- Chauve-souris, ..., je voix que ça. 51s	Un oiseau les ailles sont déployées. Une chauve-souris, c'est noire surtout.	G F⁺ A Ban G F⁺ C A Ban
VI	31s (elle a le regard fixé), > v < Λ, ... 8- Un chat, c'est un chat ? 1m 05s	Oui une tête de chat (D3), je voix la forme de sa moustache ici (Dd25).	<u>D F⁺ Ad</u> <u>Dd F⁺ Ad</u>
VII	9- 21s (fait une mimique, sourit) : Elle ressemble à la carte géographique de notre pays,, rien d'autre. 1m 31s	Ça ressemble énormément aux frontières de l'Algérie.	Eq. Choc Dbl F⁻ Géo
VIII	10- 1m > v < Λ, ... Deux tigres roses montant une montagne. > v < Λ, ..., (elle hoche sa tête). 2m 56s	Leurs couleur rose est jolie, deux tigres roses, je les vois monter une montagne verte.	<u>D kan A Ban</u> <u>D F⁺ C Pays</u>
IX	11- 11s : Des arbres, ... 1m 20s	Là, le vert c'est leurs feuillages (les deux D1), le marron c'est leurs troncs (Dd10).	D C⁺ Bot
X	12- 16s : Des poissons dans la mer,	Cinq poissons très beaux, colorés (D2, D6, D7, D13, D15) qui nagent partout dans une mer ; un fond très jolie : bleu.	<u>D kan A</u> <u>G F⁺ C Pays</u>

	13- Comme un aquarium, ...	Il me semble c'est un aquarium très coloré.	G CF⁺ A
	14- Ah ! Une araigne.	Une araignée bleue.	D F⁺ C⁺ A Ban
	1m 42s		

Tableau N° 11 : le protocole de Rorschach du cas d'Amel.

2 - 3 - 2 - L'épreuve des choix

Les choix positifs que cette petite fille a sélectionné sont : la planche X : « *ça couleur me plaisait, elle est une sorte d'une mosaïque* », et la planche IX : « *elle me paraît un très beau tableau, elle est bien dessinée* ».

Ainsi, le choix négatif s'est focalisé sur la planche I : « *je la déteste ; elle est sombre et me fait peur* », aussi la planche IV : « *elle ne me plaisait pas ; ça forme est méchante* ».

2 - 4 - L'analyse du protocole de Rorschach du cas d'Amel

2 - 4 - 1 - L'analyse quantitative

<u>Synthèse</u>	<u>Mode d'appré.</u>	<u>Déterminants</u>	<u>Contenus</u>	<u>Élem. qualiti.</u>
Rép : 14	G : 6. [43 %]	F ⁺ : 6. F ⁻ : 1	A : 7. Ad : 3	Choc : 2
T. t : 17m 41s	D : 7. [50 %]	F % : 50 %	A % : 71 %	Eq. choc : 1
T/Pl : 1m 47s	Dd : 2. [14 %]	F ⁺ % : 86 %	H : 1. Hd : 1	Retrnm : 6
T/Rep : 1m 26s	Dbl : 2. [14 %]	kan : 2	(Hd) : 1.	
T. L. M. : 35s	T. App. : <u>G</u> , <u>D</u> , <u>Dd</u> ,	C : 1. CF : 1. FC : 4	H % : 21 %	
Choix + : X, IX	<u>Dbl</u> ,	FClob : 2	Ban : 4. [28 %]	
Choix - : I, IV		T.R.I : 0 K < 4,5 ΣC	Bot : 1	
		F. C. : 2 k > 0 ΣE	Géo : 1	
		R.C % : 36 %	Pays : 3	

Tableau N° 12 : le psychogramme du cas d'Amel.

2 - 4 - 2 - Analyse du psychogramme

a - Production et temps

L'impression générale qu'on peut donner en guise d'introduction du protocole recueilli durant la passation du test de Rorschach à Amel, le cas a répondu 14 réponses, une productivité pauvre sur un temps passable : **17m et 41s**, ce qui signifie un temps par réponse normal : **1m 26s**.

De même, le temps de latence moyenne dans ce protocole est d'un écart considérable **35s**, ainsi on peut distinguer deux sort de regroupement ; les planches III, V, VI, VII, IX, X ont un temps de latence inférieur à la moyenne (de **11s** jusqu'à **31s**).

Pour le deuxième groupe et les planches restantes (I, II, IV, IIV), se situe entre **49s** et **1m**, témoignant d'une certaine sidération soit un temps important donné à la réflexion à l'élaboration de ses réponses, ou d'une manière passive envers le matériel présenté.

b - Les modes d'appréhension

Le premier mode d'appréhension qui, supérieure à la norme (20 % - 30 %), est les réponses globales (G) avec six réponses soit 43 %.

Deux sur six, elles sont associées à des contenus humains à la planche I et IV affichant une bonne qualité - H et (H) -, à l'instar de ses deux réponses, les quatre qui restent s'affiche ; dans un registre animal banal à la planche V (2 Rép.), à la dernière planche, deux autres réponses se présentent ; l'une cotée par un contenus animal encore et l'autre par un contenus paysage.

Les réponses globales données sont donc, même si elles figurent dans leurs formes positives, regroupées dans une carte d'unification de l'image du corps modifiée en mauvaise par le manque de réponse humaine nettes (une seulement H) soit une inhibition à les représenter et à les imaginer à travers le matériel surtout aux planches III et VII, ceci renvoie à une image corporelle fragile, même si le pourcentage des réponses à initiatives globales soit normale, qui peut signifier une capacité d'unification de l'image du corps.

D'une conformité aux réponses (G), les réponses détails renvoie à la fragilité de cette image ainsi l'incapacité unificatrice corporelle ; les réponses (D) s'avère démontrer une qualité mauvaise de l'image du corps pour la raison que la majorité des réponses (D) paraissent dans des représentations animales et aucune n'est coté comme humaine.

Le cas présent a divulgué sept réponses, soit 50 %, des réponses totales sont cotées comme des détails, le nombre de réponses est supérieur à celles cotées globales ($7 > 6$), ce qui affirme nettement l'incapacité unificatrice.

Il peut clarifier aussi un certain évitement du stimulus de la planche ; la situation anxieuse véhiculée par cette planche vu globalement incite le cas à se détourner et à se référer aux détails ; c'est pour éviter l'angoisse, l'anxiété, l'insécurité intérieur générées par cette impuissance d'appréhender la planche comme une image globale du contenu de celle-ci, d'une manière plus crédible, les (D) renvoie à un certain angoisse de morcellement.

De même, les réponses portées sur des détails plus rares et des coupes plus petites (Dd) sont encore présentées dans ce protocole, avec deux réponses ; dans la planche II vu dans un aspect naturel, et dans la planche VI comme une découpe animale, qui ce fait près de 14 %, le juste

pourcentage (6 % - 10 %), encore incitant sur leur valeurs non humaines, ainsi qu'une fragilité des processus des représentations humaines.

En suite des modes d'appréhension, les réponses vues dans les lacunes blanches des planches, on a saisi deux d'entre elles : la première donne sur les deux taches blanches intérieure de la planche I, qui sont été interprétées telles des yeux du visage fantomatique énoncé par Amel « ... *qui a des yeux, je les ai vu là* (Ddbl) », mais la plus considérable, s'était vue dans la planche VII dans la lacune médiane est plus importante et plus grande et vaste, où notre cas l'a présenté comme : « *ressemble à la carte géographique de notre pays* ».

La représentation de ses lacunes est toujours synonyme de faille et de manque dans l'interprétation globale, soit qui s'inscrit dans un registre conflictuel, dans l'incomplétude ainsi dans l'intégration complète de l'image du corps ; dans sa réponse ordonnée sur la superficie de l'Algérie, comme un vaste étendu désertique.

Cette réponse postulée dans cette lacune de la planche VII, formellement elle est d'une mauvaise qualité, nous met dans le terme d'évoque cette incomplétude et faille de son image corporelle, que cette planche a comme évocation d'insinuer à des représentations humaine.

c - Les déterminants

Les déterminants formels recueillis sont presque positifs ; d'un nombre de sept réponses sont déterminées par leurs formes, soit 50 %, juste dans la moyenne, mais ceci signifie que le sujet a comme tendance aux repères affectifs et émotionnels avec un certain contrôle.

La plupart des formes s'inscrivent dans les bonnes formes (F^+) ; six réponse, soit 86 %, ce qui est dans les limites de la moyenne (80 % - 85 %), ce qui nous amène à dire que notre cas se situe dans la normalité ; notre cas se présente dans une sphère de la qualité et le caractère adaptatif formelle qui relie le sujet à la réalité.

d - Les réponses de mouvement

Les réponses de mouvement humaines, dans ce protocole sont absentes et totalement inhibés, avec leurs indices significatifs d'intégration d'une image corporelle saine, Amel ne nous donne aucune, l'interprétant donc sous une incapacité d'identification dynamique d'une image corporelle ou de réincarnation du mouvement humain.

Par contre, elle introduit d'autre type de kinesthésie : à noter la kinesthésie animale, alors qu'à la planche VIII, qui désigne un mouvement positive ; « *deux tigre roses montant une*

montagne », la planche X a une posture négative ; « *des poissons très beaux, colorés, qui nagent dans une mer [...]* ».

e - Les réactions sensorielles

Les couleurs existantes dans chaque planche mènent notre cas à s'y mettre à donner quelques réponses, le peu de celle-ci par rapport au nombre global des réponses (1C, 1CF, 4FC, 2FClob), toutes positives, la modération des couleurs et des stimuli sensoriels met notre cas dans la jonction de la réalité affective.

f - Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

En premier lieu, on a constaté que le type de résonance intime est inclus dans un apport extratensif pure ($0 K < 4,5 \Sigma C$), ceci signifie une perte de contrôle émotionnel face aux stimuli externe, contrairement à la formule complémentaire (F. C. : $2 k > 0 \Sigma E$).

En deuxième lieu, le rapport des planches pastel avec la totalité des réponses : R.C. % : 36 %, qui peut être compris sous une tendance de réactivation des réponses ; la couleur soit un stimulus dont la réalité affective soit approuvée.

g - Les contenus

Dans le protocole-ci, la plupart des réponses sont nettement accentuées sur les contenus d'appartenances animales, avec 10 réponse et près de 71 % ; élevées que la norme tracée (35 % - 50 %), parmi lesquelles on peut distinguer sept interprétations comme étant des représentations animales en entier cotées A, et les trois restantes sont cotées Ad, telles des réponses animales morcèlement détaillées.

L'indice ici de ce pourcentage élevé a comme figuratif créatif ; à mettre en évidence une pensée stéréotypée, des mécanismes avérant la fragilité de l'image corporelle ainsi que son intégrité faible.

Le deuxième pourcentage considérable et qui nous est important, ce sont les contenus humains regroupés dans trois réponses ; figurées dans des interprétations purement humaine, encore une partie humaine coté Hd et une autre réponse portent sur des parties morcelées d'un personnage mythique, cotées (Hd), vues à planche I : « *un visage d'un fantôme* ».

Près de 21 %, ce qui est certes élevé par rapport à la norme (12 % - 18 %), ainsi que la vraie et la seule réponse humaine est approuvée à la planche IV : « *un Homme, normalement c'est un Homme* », une réponse donnée avec un aspect interrogatif et une incertitude, et pour la partie vue

séparément concernée la planche III, et normale être interprétée globalement : « *ici [D6], c'est une tête humaine* », nous met à en avancer un paradigme que la construction de l'image du corps chez cette petite Amel est perturbée.

Les cinq contenus qui restent donnent sur des représentations de paysage (trois), une réponse botanique et une de géographique.

Nécessairement, les réponses dites banales figurent dans l'importance la reliant à l'interprétation de protocole du Rorschach ; dans ce protocole de Amel, le nombre de banalité est inférieur à la moyenne quatre réponses pour 14 en tout (28 %) reliées toutes à des interprétations animales ; deux à la planche V, une à la huitième et encore une à la dernière planche.

h - L'épreuve des choix

Les planches qui ont été choisi, par Amel, parmi les dix, tendancieusement basé sur l'aspect sensoriel de ses taches : elle a opté comme un première choix positif la planche X : « *ça couleur ma plaisait, elle est une sorte de mosaïque* », et le deuxième choix, positif encore, est donné à la planche IX : « *elle me paraît un très beau tableau, elle est bien dessinée* ».

Elle nous désigne aussi deux planches qu'elle semble être moins aimer, négatives ; la planche I « *je la déteste ; elle est sombre et me fait peur* », et pour le deuxième choix, en plus de la couleur et le reflet sensoriel de cette tache, elle introduit l'aspect formel de la planche IV : « *elle ne me plaisait pas ; ça forme est méchante* ».

2 - 4 - 3 - Image du corps au Rorschach

En générale, l'image du corps est figurative dans ce test par rapport à quelques normes patentes qui peuvent la ressortir et la dégager. Globalement, cette concept peut être corroborée dans les localisations et les déterminantes des réponses et, le plus souvent, leurs contenus, ainsi que d'autre ...

Globalement, les modes d'appréhension dont les réponses sont localisées, parviennent nettement à concevoir l'image du corps ; malgré l'apport des pourcentages recueillis dans la passation du Rorschach des différents modes de localisation, s'avèrent conclure vers une unification de cette image corporelle : les réponses en G avec 43 % et les D avec 50 %, mais, c'est faut.

Après analyse, on a trouvé qu'Amel a opté pour une association des G et des représentations humaines, avec deux croisements, très peu, à la planche I et IV, elle leurs donne, ainsi de suite, l'impression d'un visage d'un fantôme, et un Homme présenté sous une certaine incertitude et une pensée précaire. Par contre, la majorité des réponses restantes figurent dans un aspect animal.

A travers cette petite analyse qui révisé la logique basée sur ce pourcentage et qui serrait une confirmation à l'induction que la petite fille a, non pas une image unifier, solide et intégrative, mais perturbée, faible, morcelé, surtout négative.

L'autre signe qui peut encore sa fragilité c'est les réponses stimulées par les lacunes blanches de la tache ; la planche I : « [...] *des yeux* [...] », et la planche VII : « *ressemble à la carte géographique de notre pays* », de nombre de deux (Dbl et Ddbl) de 7 % chacun, un pourcentage élevé qui affirme la faiblesse interne de l'image propre d'Amel de son corps senti et aperçu.

A part le pourcentage des réponses formelles positives, qui relie le cas à une adaptation externe et à la réalité, on retrouve un appauvrissement de cette qualité de prévoir l'image d'autrui ; perçu, en premier lieu, par un faible repère relationnel, et, en deuxième lieu, par une inadéquation des réponses de mouvement.

Le rapport des réponses sensorielles (43 %) et celui des réponses formelles (50 %) sont ambivalents ; les stimuli de couleurs s'élèvent trop pour une harmonie des aspects émotionnels, affectifs et non pas d'approchement relationnel et sociaux.

Les kinesthésies sont aussi un point de repère pour l'identification humaine, mais dans ce protocole, les mouvements humains purs sont quasiment absents. Ces deux signes ont nécessairement un impacte direct sur l'identification et l'intériorisation, ainsi que les représentations humaines et de l'image du corps, signifiantes de négatives et d'incapable de leurs intégrations.

L'indice culminant de cette image est approuvé par, généralement, les contenus, plus précisément, humains ; le pourcentage relevant de cet indice est un peu élevé, près de 21 %, mais, en revanche, les réponses humaines sont faussées par l'énoncé même de ces réponses ou de leurs qualités.

Quatre réponses sont recueillies dans les planches : les deux premières réponses humaines cotées (Hd), vues à planche I : « *un visage d'un fantôme* », qui est, pour la petite fille, menaçant, la deuxième réponse : « [...] *qui a des yeux, je les ai vu là* », coté Ddbl. On peut, aussi, identifier une réponse humaine à la planche III : elle est initiée au détail oligophrène d'une partie et d'un organe détaché dans une tache qui nécessite, normalement, interprétée globalement dans les deux parties noires latérales « *ici [D6], c'est une tête humaine* ».

La seule réponse purement humaine est perçue à la planche IV ; « *un Homme, normalement c'est un Homme* », interprétée avec incertitude et peur. Ces représentations humaines nous incitent à faire une présentation de la faiblesse et de la perturbation de construction d'une image du corps d'Amel.

L'intégration de cette image peut être expliquée par les banalités propres à Amel, ses réponses correspondent aux planches : V, la planche de l'image du corps, qui est une annonciatrice de l'identité et de la représentation de soi, deux des quatre réponses y sont inscrites ; un « oiseau » et une « chauve-souris ».

Aussi, à la planche VIII où la visée serrait les deux détails roses ; « *deux tigres roses montant une montagne* », et la dernière, à la planche X ; « *ah ! Une araignée* », le détail bleu latéral. Malgré la bonne interprétation de ces réponses habituelles, il s'avère peu, ainsi qu'une adaptation sociale faible.

Encore, l'autre synthèse sur la résonance de l'image du corps, que l'on pourrait faire associer aux aspects dynamiques du psychogramme d'Amel, serrait l'analyse et l'interprétation des réponses selon certains critères d'appartenance des planches ; les trois différents types des taches : compactes, bilatérales et ouvertes.

La capacité des planches compactes de nous orienter vers une interprétation de l'image du corps du cas entretenu, s'approprie visiblement à « *la projection du corps* », essentiellement à travers les tendances de limite entre le dedans et le dehors, ainsi qu'une image distincte propre à un individu strictement globale et à part entière, à travers surtout sur la symétrie de celles-ci.

La première partie des planches, fermées et compactes, renferment l'induction de l'unification d'une image corporelle, introduites dans la planche I, IV, V, VI et IX. La planche I, avec ses sollicitations, ronds Amel incapable de les conquérir convenablement ; les deux réponses, qui ont été données, porte sur un visage de fantôme qui est d'une forme négative, ainsi que sur les lacunes : « *des yeux* ».

La planche IV, vu d'ensemble, a évoqué pour la petite fille une notion d'un Être humain qui fait peur. La planche suivante est patente d'identité, synonyme de l'intégration corporelle, à travers les réponses banales évocatrices, qu'Amel l'a interprété par un oiseau et une chauve-souris.

La planche VI, qui traite la symbolisation sexuelle de tendance bisexuelle, dicte au cas présent à percevoir, dans la partie supérieure qui sollicite nettement « *pénienne phallique* », un chat. Et pour la neuvième planche, la petite Amel la voit comme un ensemble d'arbres ; un regroupement d'arbres asymétriques.

La deuxième catégorie d'organisation évoque les planches II, III et VII, à partir de leurs apparences bilatérales. La planche II ne stimule, pour Amel, aucune réponse globale ou encore banale ; rien de ce genre n'est attribué à sa réponse sur le détail supérieur : « *une route* ».

La troisième tache peut aussi y être incluse dans les caractéristiques de la deuxième. Avec ses sollicitations à procurer des réponses humaines supposées comme des banalités dans sa globalité, la seule réponse, que l'on peut coter comme telle, est ciblée à la partie supérieure latérale de la tache noire comme une tête, négligeant totalement cette partie latérale.

La planche VII rond aussi la possibilité d'apercevoir des représentations humaines, mais la réponse qu'on nous a donné repose sur la juxtaposition du fond blanc avec la carte géographique de l'Algérie, comme un vaste étendu.

De même que ces critères sur lesquels s'articulent ces deux types, la planche VIII peut être, à la fois, compacte en son milieu et sa masse centrale, et, bilatérale sur ses côtés. La réponse donnée, ainsi être comme une banalité, est focalisée sur la partie rose : « *deux tigres roses montant une montagne* », particulièrement en dehors de sa sollicitation.

La dernière catégorie recouvre la planche X, ouverte et éparpillée, met à l'épreuve l'unification de l'image du corps à travers une tache fragmentée, qu'Amel répondit par trois réponses. L'apport de cette planche la conduit à l'organiser comme un tout unie dans une même scène ; sa première réponse vise des poissons nageant dans la mère, et la deuxième c'est un aquarium. Mais la troisième réponse est incluse dans le détail bleu : une araignée.

Résumé du cas

Le cas d'Amel, encore enfant de 14 ans, nous met dans un état d'embarrât, signifiant, pour elle, que la vision organique du diabète est inassimilé et peu explicative.

A travers l'entretien, on résume qu'elle a du mal à accepter sa maladie, et encore, l'insuline. La capacité de tout faire et sa liberté, qu'elle a avant l'atteinte, sont anéanties et diminuées lors du diagnostique ; cette image d'elle, qu'elle a durant les années passées, se perturbe et se bouleverse.

De même rang que l'entretien, le test du Rorschach, que nous lui avons passé, paraît assez significatif aux perturbations. Les réponses données influencent sur la cotation et sur l'analyse du protocole pour arriver à infliger un postulat négatif de l'image du corps de cette petite fille ; une incapacité à appréhender une image globale, plutôt, unificatrice du corps, essentiellement, humaines, ainsi qu'une faiblesse dégénérative issue d'une angoisse de morcellement et une insécurité interne.

Par conclusion, on pourrait dire que l'image du corps approuvée par Amel, est perturbée par apport à sa maladie ; le diabète altère la représentation mentale du corps de la petite fille, ainsi qu'elle - l'image du corps - soit mauvaise et perturbée.

3 - Cas de Hamid

3 - 1 - Présentation du cas de Hamid

Hamid est un garçon âgé de huit ans, élève en 3^{ème} année primaire, il est l'inné d'une fratrie composée de deux enfants ; un de chaque sexe.

Le petit garçon est plein d'énergie, ambitieux, très curieux et audacieux. Visiblement, il est énormément stressé, même chaque fois qu'il vient en consultation, il nous raconte qu'au moment où il est à l'hôpital « *je sens le taux de ma glycémie augmente* ».

3 - 2 - L'analyse de l'entretien clinique semi directif

Après lui avoir interprété nos objectifs et intentions de notre recherche, il accepte d'y participer. Durant toute la séance ainsi que l'entretien Hamid était attentif, hâte de répondre a nos questions, dès le début, le garçon paraît confiant.

D'après ses propos, le diabète est apparu il y a un an et deux mois : « *... je crois que c'est la fin décembre 2013, à ma première année* ». Cette maladie a été détectée par conséquence à une consultation chez un médecin pour des problèmes d'estomac ; « *je vomis abondamment* », d'où l'hospitalisation sur le vif du jeune enfant pendant six jours.

Avec une incertitude, Hamid énonce, avant l'atteinte du diabète, « *j'aime boire beaucoup de boissons gazeuses puis je vomis le matin* », « *je ne me souviens pas [...], je me sentais affaibli* ».

En ces début, le diabète est totalement imprévisible et carrément inattendu, « *je n'ai pas pensé que je serais malade* ». Pour lui, cette maladie est difficilement acceptable, car « *ils nous doivent faire toutes choses à un temps précis, par exemple, 6 : 30 insuline, 9 : 30 un yaourt et une deuxième injection [...]* ».

Globalement, l'atteinte paraît être tolérée, et le petit Hamid présente des exceptions envers son traitement : « *parfois les piqûres me feront males* », en plus, aux nouvelles règles alimentaires et régimes plus adaptés à sa situation.

Dans l'indice physique, Hamid approuve une certaine aptitude confiante, apparenté à des expressions assez significatives. Causant la période poste-maladive, en citant qu'il a la possibilité de tous faire, qui est désormais rien ne l'empêche.

Le petit garçon est très libre de ses actes, mais à travers des habitudes assez contrôlées et assistées par ses parents : « *ils me laissent tout faire ; je mange ce que je veux, et je sors où je veux* ».

D'ailleurs, chaque mercredi de chaque semaine, il est un membre dans une équipe sportive, où il entame des parcours de course : « *footing et souvent je marche* ».

Des habitudes que, d'après lui, changent peu après sa maladie, qui le contraignent à abandonner certaines de celles-ci : « *l'insuline m'a enlevé beaucoup de choses* ».

L'apport du traitement diabétique l'a mené à se focaliser sur le changement très visible de son corps ; « *toutes les parties de l'injection de l'insuline* », tout en montrant son ventre, bras, cuisses, et le bout des doigts : « *voilà où je fais le teste de la glycémie* » qui pourrait être compris dans une sphère de perturbation, et au même temps, il pourrait cacher des aspects d'affirmation de soi et d'aucune honte de montrer son corps à autrui.

Sur le plan psychique, Hamid nous attire avec des attitudes fortes ainsi que des assurances dans ses propos ; il paraît être confiant. Inconsciemment, il est convaincu qu'aucune maladie ne l'atteindra même si quelques symptômes, qui ne doivent pas être niés, se présentaient chez lui : « *je ne me souviens pas bien, je n'ai pas pensé que j'aurai une maladie, mais j'aime boire beaucoup de boissons gazeuses et le matin je vomis* ».

Entre être confus, déçu, asservi et compréhensible, le petit enfant est conscient de sa maladie et de lui-même : « *l'insuline m'a enlevé beaucoup de choses, toutes mes habitudes je les dois faire diminuer* », une persuasion positive du traitement imposé ; elle - l'insuline - « [...] *est obligatoire pour baisser le sucre dans mon sang* », même si les piqûres lui font maux parfois.

Convaincu et conscient des conséquences de sa maladie, Hamid reconnaît bien les exigences et les obligations avisées à suivre dans le cas diabétique ; « *c'est pour mon bien* », « *tous les trucs que je fais et j'aime faire, avant, qui aggravent ma maladie, sont atténuées, c'est bien aussi pour ma santé* ».

Orgueilleux, il ne se prive pas de nous dévoiler son corps, quand il met son ventre à découvert pour montrer les multiples traces de piqûre, manifestement, il a une affirmation de soi solide. Précise aussi une conviction de la similitude avec ses semblables, à part l'état diabétique, qui les différencie, il dit : « *je ne pense pas que suis différent, je suis comme tous les autres enfants* ».

Sur la défensive, il s'abstient de divulguer quoi que ce soit sur l'implication de son entourage, lors qu'on l'a interrogé sur la nature de l'aide et de la compréhension de sa famille surtout, audacieux, Hamid commente par : « *laisse la question, je ne vais pas répondre* », point qui nous laisse comprendre qu'il ne révèle aucune information sur sa vie familiale.

Au côté relationnel, le petit garçon désigne ses relations avec sa famille, avant l'atteinte du diabète, comme réflexives paisible et complaisant ; « *tranquille, ils me laissent tous faire* », ses parents sont indulgent, l'accompagnent dans tous ses activités.

Prétentieux aussi après l'atteinte, même si le petit enfant ne prétend pas voire un changement des relations entre eux, mais les parents l'assistent dans son quotidien de plus en plus ; « *oui, ils m'aident, me soutiennent beaucoup* ».

Durant les vacances d'hiver de 2013 que l'atteinte diabétique de Hamid a surgi, pendant lesquelles tous élèves et enseignants le sont. Après la reprise du deuxième trimestre, ils - enseignants et camarades - sont désormais au courant de sa maladie.

D'après lui, les relations, qui le réunissent avec les autres élèves de sa classe et amis, durent les mêmes voire même après l'atteinte : « *je crois qu'elles sont restées les mêmes, [...], je me sens bien avec eux* », il ajoute : « *jamais, [...], je n'ai aucune impression d'être différent à leurs yeux* », « *je suis comme tous les autres enfants* ».

De même qu'avec ses enseignants, avant et aussi qu'après, ils l'aident ; ils l'assistent et font attention à lui.

A l'école, Hamid raconte que sa maladie ne lui empêche pas de suivre les cours, de faire ses devoirs ou d'être présent en classe, sa maladie n'est pas, elle-même, un obstacle pour lui : « *ça ne m'empêche pas, quand je suis en classe, j'oublie totalement ma maladie, sauf, des fois, lors des hypoglycémies* ».

Sa vision envers son avenir est peu focaliser ; le petit garçon n'a aucune projection, soit professionnelle ou personnelle : « *je n'ai pas encore de projet spécifique* », à part du côté de sa santé : « *je crois ça ira mieux* ».

3 - 3 - Présentation et analyse de protocole du Rorschach de Hamid

3 - 3 - 1 - La passation du test

PL	Le discours spontané	L'enquête	Cotation
I	1- 10" : Un papillon qui vole, 2- Des yeux méchants, rien d'autre. 1m 03s	La partie supérieure entière, le papillon a des cornes (D1). c'est comme des yeux (les lacunes supérieures) (Ddbl 30).	D kan A → Ad Ddbl F ⁺ Hd
II	3- 9s : Un avion qui éjecte du feu par-derrière. 52s	Ici (la grande lacune centrale) (D5), c'est un avion, qui crache du feu (le rouge du bas) (D3).	<u>Dbl F⁺ Obj</u> <u>D CF⁺ Elém</u>

III	4- 20s ..., Je peux regarder derrière ? : Tête.	Une tête ici (D6).	D F⁺ Hd
	5- Mains.	Des mains ici (Dd30).	Dd F⁺ Hd
	6- Jambes. 43s	Des jambes ici (D5).	D F⁺ Hd
IV	7- 19s (il retourne la planche), > v < Λ, : (v) Un arbre, ..., rien d'autre. 1m 20s	Elle ressemble à un arbre.	G F⁺ Bot
V	8- ..., 25s : Un aigle, ce lui qui mange les oiseaux. 35s	Il est noir.	G F⁺C A Ban
VI	(il fait un son avec sa bouche), > v < Λ, ..., Je ne sais pas qu'est-ce que c'est. 52s		Eq. Choc Refus
VII	9- 5s : Des corps, ..., je vois que des corps (des torses). 26s	Je vois deux corps (les deux parties latérales).	G F⁺ Hd
VIII	10- 6s : arc-en-ciel, ..., c'est ce que je voie. 26s	Ça ressemble à un arc-en-ciel, c'est coloré.	G CF⁻ Frag
IX	je ne sais pas (suivit d'une mimique). 26s		Refus
X	11- 6s : Papillon.	Tout en haut (D11), un papillon.	D F⁻ A
	12- L'araigne de Spiderman, ...	Une araignée (D1), ressemble à celle de Spiderman, elle est bleue.	D F⁺C A Ban
	13- Des poux. 36s	Ici (le brun latéral en bas) (D13), il a la forme d'un pou.	D F⁻ A

Tableau N° 13 : le protocole de Rorschach du cas de Hamid.

3 - 3 - 2- L'enquête aux limites

En vu que certaines réponses sont absentes ou très peu et ne figurant pas dans ce protocole, à savoir les réponses banales, ce qui est à peine de deux, au-dessous du seuil minimal, on lui a remontré une deuxième fois les planches II, III et VIII, qui devraient inciter à interpréter certaines représentations banales ; il abrège : « *non ! Rien d'autre que je t'aie dit* ».

Les représentations humaines pures sont négligées, et même totalement absentes. Sur une description flou ; à la planche VII « *je vois deux corps* ». Hamid édite encore une gamme d'interprétations partielles d'un corps humains de la planche III « *tête* », « *mains* », « *jambes* », des détails oligophréniques saisissables habituellement et généralement en entier.

Après de visionner une deuxième fois certaines planches, qu'on a sélectionné (II, III et IV) à partir de leurs formes qui incitent à voir des représentations humaines, Hamid ne divulgue aucunes

interprétations humaines cotables, même si la planche III l'a stimulé mais rien de cela n'a approuvé des formes humaines, à l'instar d'une réponse ; « *attends, ici, un papillon rouge, c'est jolie* ».

3 - 3 - 3 - L'épreuve des choix

Après avoir lui demandé de choisir, parmi les dix planches, celles qui le plaisaient le plus, Hamid n'a favorisé qu'une tâche, d'après lui « *elles sont toutes moches* ». Le petit garçon penche uniquement à la planche VIII : « *elle est la plus belle de toutes, ça ressemble à un arc-en-ciel, j'aime beaucoup* ».

Cet enfant désigne aussi, parmi celles-ci, deux planches qu'il qualifie de désagréables, même si la majorité des tâches ne lui plaisaient pas ; la planche V « *ça fait peur, les aigles me font fuir, je les crains* », la planche VI « *je ne voie pas qu'est-ce que c'est* ».

3 - 4 - L'analyse du protocole de Rorschach du cas de Hamid

3 - 4 - 1 - L'analyse quantitative

<u>Synthèse</u>	<u>Mode d'appré.</u>	<u>Déterminants</u>	<u>Contenus</u>	<u>Élem. qualiti.</u>
Rép : 13	G : 4. [31 %]	F ⁺ : 7. F ⁻ : 2	A : 5. Ad : 1	Retrnm : 2
T. t : 7m 19s	D : 7. [54 %]	F % : 69 %	A % : 46 %	Refus : 2
T/Pl : 44s	Dd : 1. [8%]	F ⁺ % : 78 %	Hd : 5. [38 %]	
T/Rép : 27s	Dbl : 2. [15 %]	F ⁺ % élargi : 83 %	Ban : 2. [15 %]	
T. L. M. : 12s	T. App. : <u>G</u> , <u>D</u> , Dd,	kan : 1.	Bot : 1	
Choix + : VIII	<u>Dbl</u>	CF : 2. FC : 2	Elem : 1	
Choix - : V, VI		T.R.I : 0 K < 3 ΣC	Frag : 1	
		F. C. : 1k > 0 ΣE	Obj : 1	
		R.C % : 31 %		

Tableau N° 14 : le psychogramme du cas de Hamid.

3 - 4 - 2 - Analyse du psychogramme

a - Production et temps

Le nombre de réponses dans ce protocole de Hamid est hors de la norme proposée (entre 20 et 30 Rép.) ; 13 réponses d'ont deux d'entres elles sont cotées comme refus ; la première à la planche VI et l'autre dans la planche IX.

Le peu de réponses, qui peut être énonciatif de productivité pauvre, associé au temps effectué durant la passation est encore très peu ; **7m 19s** un temps rapide. C'est deux point peut nous influencer sur la carence de la pensée dont de la vie imaginaires de ce petit enfant.

Par rapport aux autres temps, on désigne le temps moyen de chaque réponse, avec **27s**, ainsi que le temps de latence moyen est de **12s**, qui, encore, expliquent la manière dont l'enfant répond ; d'une nature fluide et spontanée négligeant totalement de s'appliquer à réfléchir avant de donner une quelconque réponse.

On peut partager ce temps d'appréhension en deux grandes fractions, la première se caractérise par un temps de réflexion rapide, au-dessus de la moyenne : la planche VII avec **5s**, la planche VIII et X avec **6s** chacune, la planche II avec **9s** et la planche I avec **10s**.

La seconde catégorie indique un temps de latence large dépassant la moyenne, à la planche IV avec **19s**, la planche III avec **20s** et la planche V avec **25s**, ainsi que les deux réponses refus aux planches : IX avec **26s** et VI avec **52s**.

b - Le mode d'appréhension

Le protocole présent révèle et rassemble la totalité des modes d'appréhension. Le mode qui s'affiche en premier, est dans la localisation globale (G) avec 4 réponses, soit 31 %. Ces réponses cotées G sont associées avec quatre autres contenus différents : à la planche IV « *un arbre* » (Bot), à la planche V « *un aigle, ...* » (A), à la planche VII « *je vois que des corps (des torse)* » (Hd) et à la planche VIII « *ça ressemble à un arc-en-ciel, c'est colorée* » (Frag).

Avec leurs capacités de divulguer la qualité unificatrice de l'image du corps, les réponses G ne le démontrent guère ; avec des associations d'autres qu'entièrement humaine, à l'instar de la planche VII, où il voit des torsos, des corps asexués, et seulement une réponse qui unit cette localisation avec les banalités, c'est à la planche V, l'image corporelle de ce cas est d'une qualité fragile et une incapacité d'unification et l'intégrité de l'image corporelle humaine.

Par rapport au deuxième mode d'appréhension qui est indiqué par des réponses de détails ; de découpes spécifiques dans la planche, avec sept réponses, et environ 54 % nettement au-dessous de la norme installée (60 % - 68 %).

Même si ce taux, additionné au taux des réponses G, évoque une certaine unification corporelle chez cet enfant, mais après analyse des associations faites, nous pouvons affirmer cette incapacité d'unifier, ainsi de cette obligation pour s'appuyer sur des détails, nous rapprochant ainsi de l'aspect de morcellement.

Attributif essentiellement à la planche VII, où il voit indifféremment des torsos asexués, ainsi que, en particulier, aux deux réponses oligophréniques fragmentées (planches III), qui est normalement perçu comme des Êtres humains tout entier.

Les petites découpes, les plus rares, font part aussi dans ce protocole ; la seule réponse, soit 8 %, donnée à la planche III dans la grande saillie intérieure vue comme des « *mains* », alors que généralement toute la partie latérale noire est vue comme un personnage tout entier.

D'autres modes sont encore représentés, à savoir les réponses qui sont stimulées les lacunes intermaculaires de la tâche ; l'une est répétée dans les petits détails marquées par les lacunes intérieurs supérieures blanches de la planche I « *c'est comme des yeux* » avec une certaine haine reconnue. Et l'autre qui est identifiée comme un avion, représentée par la grande lacune centrale de la planche II.

Ces deux réponses, qui est environ 15 % de la totalité des réponses recueillies, qui confirme, une fois de plus, l'intensité de l'angoisse de morcellement mentale, ainsi qu'une faiblesse interne, une faille et une incomplétude et une non-conformité de l'image du corps.

c - Les déterminants

Le déterminant le plus important de tout protocole, est l'aspect formel. Le pourcentage de ce point soit d'environ de 69 %, normalement dans la moyenne (50 % - 70 %), avec neuf réponses en tout, un indice qui nous indique que le petit enfant ait recoure aux ressources relationnelles, avec un certain contrôle et/ou appauvrissement de la vie affective, pulsionnelle et émotionnelle.

La majorité des déterminants formels (7) sont positifs (F⁺), soit 78 % inférieure à la moyenne, nous amène à calculer l'autre formule plus : F⁺ % élargie avec 83 %, qui peut affirmer une certaine adaptation contrôlée de la réalité externe et du monde réel de l'enfant ; il se réfère aux représentations imaginaires selon un cadre d'intérêt.

e - Les réponses de mouvement

La seule réponse de ce genre s'inscrit dans le registre de kinesthésie animale ; Hamid attribue une imagination par la planche I un « *un papillon qui vole ...* ». L'absence de mouvement humain nous édite une incapacité à s'identifier à autrui, à l'identification dynamique et à la réincarnation du mouvement purement humain.

f - Les réactions sensorielles

Ces déterminants paraissent dans ce protocole avec 31 %, où on sélectionne deux couleur-formes : une positive à la planche II et l'autre négative à la planche VIII, comme aussi on peut repérer deux autre réponses de qualité forme-couleurs - les deux sont positives -, aperçues aux planche V et X.

d - Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le premier des ces facteurs est le type de résonance intime (T.R.I.), qui est le rapport ou la comparaison entre la somme des grandes kinesthésies (K) et celle des déterminants sensoriels, de couleurs, recueillies ; $0 K < 3 \sum C$ un rapport extratensif pure, signifiant la perte totale du contrôle émotionnel face aux stimuli des tâches et du monde externe.

Contrairement à la formule complémentaire (F.C.) : $1k > 0 \sum E$, qui est contradictoire à la première. Un autre facteur peut aussi être en contradiction avec le T.R.I. : le R.C., qui le nombre des réponses données aux dernières planches : 31 %, est à peine dans les normes, qui signifie que le petit garçon n'est pas stimulé par l'aspect sensoriel des planches pastelles.

g - Les contenus

Les plus importants contenus sont les représentations humaines, et animales. En premier lieu, dans ce protocole, les réponses humaines données sont cinq, toutes cotées sur les initiatives de Hd ; des parties et détails humaines, alors que celles humaines pures sont quasiment absentes.

A la première planche, il - Hamid - est stimulé par les lacunes supérieure vu comme des yeux, qui est formellement positive (F^+), à la planche III, il donne trois réponses d'ordre inhibitoires (Do et Ddo) et habituellement interprétée entièrement comme un personnage intégral ; « tête », « mains » et « jambes », la dernière réponse est inscrite à la planche VII, où il dit : « *je vois que des corps* », des torses dépourvu de sexe.

L'absence des réponses humaines pures, l'ajoutant ainsi aux réponses données aux planches III et VII, on peut déduire que l'image du corps de ce petit garçon est perturbée, et une incapacité de s'identifier et d'intégrer des représentations humaines, même si le taux calculé est au-dessus de la norme (38 %).

En deuxième lei, on dénombre les représentations animales, avec six réponses, dont cinq sont des productions animales pures et une de partie d'animale morcelé, et avec un pourcentage de 46 % - bien située dans la moyenne (35 % - 50 %) -, ordonne l'analyse que l'enfant a une adaptation sociale.

Les réponses restantes figurant dans de différentes contenus ; « *un arbre* » : botanique, « ... *du feu* » : élément, « *arc-en-ciel* » : fragment, et en dernier, « *un avion* » : objet.

Les interprétations du genre banalités figurent peu dans ce protocole, avec deux réponses, environ 15 % inférieure de la norme soulignée (20 % - 23 %), qui sont : à la planche V « *un aigle*,

... », et à la planche X « *l'araigne de Spiderman* », signifiant un fonctionnement individuel et une carence de l'adaptation et à ignorer les conventions sociales.

h - L'épreuve des choix

A cette épreuve, Hamid n'a choisi qu'une planche. Pour lui, elles ne le plaisaient pas, sauf la planche VIII, qu'il décrit par : « *elle est la plus belle de toutes, ça ressemble à un arc-en-ciel, j'aime beaucoup* », se basant juste sur l'aspect sensorielle et les couleurs que la tâche révèle.

Pour le deuxième choix, il désigne deux planches, s'il n'est pas la totalité, comme dédaignables ; la planche V un aigle « *ça fait peur* » et « *je les crains* », et la planche VI, qui la désigne d'ambigüe ; « *je ne voie pas qu'est-ce que c'est* ».

3 - 4 - 3 - Image du corps au Rorschach

L'aspect recherché à travers ce test est l'image du corps qui est bien déterminé à partir des trois points d'analyse, à savoir les mondes d'appréhensions, les déterminants et les contenus.

Le nombre des réponses sis dans la globalité de la tâche est insuffisant pour persuader l'unité unificatrice de l'image corporelle, mais serait-il que la combinaison entre les réponses en G et les représentations humaines qui le déterminent.

La seule réponse qui les relie est aperçue à la planche VII, Hamid reconnaît de voir deux torsos, dépourvus de sexe, une réponse humaine morcelée, qui incite sur l'incapacité d'unification de l'image corporelle humaine.

La combinaison entre les autres localisations ; détails, et les représentations humaines le confirment aussi, à la planche III, généralement vue en entier, le petit enfant la décortique en « *tête* », « *mains* » et « *jambes* », des réponses inhibitoires qui éclaircit l'aspect de morcellement.

De l'angoisse de morcellement aux faiblesses internes et failles psychiques, certaines réponses peuvent le confirmer.

A travers la localisation dans les lacunes des tâches I « *des yeux méchantes* », à la planche II « *un avion* ». Avec un taux élevé près de 15 %, ces deux réponses prouvent une faiblesse interne et une incomplétude de l'image du corps.

La majorité des déterminants sont des indices formels, avec 69 % et 78 % d'entre-elles sont positives, qui incitent à l'adaptation formelle du monde externe et un recours aux ressources relationnelles. Par contre les réponses de mouvements humaines sont absentes et introuvables dans

ce protocole, signe d'une incapacité à s'identifier à autrui, à l'identification dynamique et à la réincarnation du mouvement purement humain.

Le mieux placé d'expliquer cette image corporelle est les contenus, à saisir l'utilité des réponses humaines. De natures morcelées, les cinq réponses, cotées Hd, en plus de l'absence des représentations humaines pures et entières, approuvent une incapacité de s'identifier, d'intégrer les représentations humaines, une carence de réincarnation et une faiblesse identificatrice et intégrité humaine. A l'enquête aux limites, Hamid n'a ajouté aucune autre réponse intégralement humaine.

Les banalités dans ce protocole sont appauvri, environ 15 %, portées aux planches V et X, ainsi, il ajoute, à l'enquête aux limites, une autre réponse liée à la planche III « *un papillon rouge* ».

Entre autre, la dimension structurale et l'organisation manifeste des planches renvoient aussi et sollicitent l'appréhension de l'image du corps ; l'apparence générale des taches autour de leurs symétries peuvent extraire cette conception. On distingue alors trois types d'organisation : compacte, bilatérale et ouverte.

Le premier type regroupe les planches compactes et fermées (I, IV, V, VI, IX), construisant sur leurs symétries unitaires. A la première planche, Hamid nous donne qu'une réponse liée à la symétrie et les lacunes blanches ; des yeux.

La planche IV n'a stimulé qu'une forme d'arbre. A la planche V, qui la planche symbolisant cette image, il a vu juste, mais pas autant d'en rester seulement à la cotation elle-même ; d'une façon craintive : « *ça fait peur, les aigles me font fuir, je les crains* ». La planche VI demeure sans réponses, comme la neuvième.

Le second type vise les planches bilatérales ou non compactes (II, III, et VII) ; la deuxième planche n'a stimulé rien qu'une réponse vue la grande lacune centrale ; un avion qui crache du feu. A la planche III, il l'a décortiqué en trois réponses séparées, qui consternent des représentations humaines fractionnées, alors que, habituellement, la partie latérale seule ou en entière soient vues comme un tout. La planche VII délimite aussi des représentations humaines, à savoir des torsos, dénudés sexuellement.

La planche VIII est à la fois fermée et bilatérale, ne stimule qu'une réponse liée à un arc-en-ciel, qui est formellement négative.

La planche X, la dernière et le dernier type, a une caractéristique ouverte et éparpillée, avec ses trois réponses dont une cotée comme banalité, Hamid ne nous incite pas à essayer d'ordonner une quelconque réponse qui contient la totalité de la tache, ou, une quelconque réponse humaine.

Résumé du cas

Ce petit garçon de huit ans est atteint du diabète à l'âge de six ans, il y a de cela plus de deux ans, pendant laquelle Hamid est très bouleversé d'apprendre la nature de sa maladie et d'en subir des conséquences plus importants ; « *l'insuline m'a enlevé beaucoup de choses* », toutes ses habitudes qui aime faire sont atténuées par obligation, d'où il est conscient de son cas, il approuve une certaine gravité qu'a sa maladie sur son quotidien.

Durant l'entretien, le petit enfant explique bien l'influence du diabète sur sa vision de son corps, d'après lui, « *ils nous doivent faire toutes choses à un temps précis* », des injections qui « *parfois les piqûres me feront males* », de nouveaux règles alimentaires et régimes, qui sont difficilement acceptables.

Le protocole du Rorschach de Hamid est peu productif ; avec 13 réponses, l'aspect qualitatif de certaines de celles-ci, qui sont liées, soit aux localisations ou aux contenus, ou en jonctions, nous révèlent une tendance négative de l'image du corps.

A l'analyse de ce test nous a confirmé une certaine carence dans l'unification intégrale de cette représentation, qui est due à l'incomplétude, la faiblesse et insécurité interne et l'angoisse de morcellement.

Pour conclure, l'image du corps, projetée par Hamid, est perturbée et troublé ; soit mauvaise, le diabète altère chamboule ses vision et ses représentation mentale de son corps.

4 - Cas de Wissame

4 - 1 - Présentation du cas de Wissame

Âgée de dix ans, Wissame est en 4^{ème} année primaire. Quant on s'est renseigné, auprès d'elle, sur sa famille, elle nous a confié qu'elle a un frère et deux autre sœurs, plus grands qu'elle ; « *je suis la dernière* ».

Après avoir expliqué les raisons qui nous amènent à l'entretenir, et poussent à en faire passer le test du Rorschach, elle accepte facilement.

4 - 2 - L'analyse de l'entretien clinique semi directif de Wissame

Durant l'entretien, elle nous paraît une fille très calme et timide, souriante et extrêmement confiante ; un caractère solide. L'entretien se déroule parfaitement et le plus normalement, car cette petite fille raconte facilement, sans être contrariée, elle nous parle avec un discours enthousiaste, des pensées fluides.

Conformément à ses propos, Wissame est atteinte du diabète depuis cinq ans déjà. Pour elle, la scène dramatique, qu'elle a été témoin, la décrivant d' « horrible » : « *j'étais avec mes sœurs, j'ai vu un accédant, et un enfant est mort, je l'ai vu devant moi, par terre* », cette scène qui a été à l'origine de sa maladie.

Une cause, qui est essentiellement liée au choc, provoqué par l'accédant et l'enfant victime, et certes elle y est « *mes parents et tous les médecins croient que c'est l'origine de mon diabète* ».

Les signes que l'enfant déclare avoir sont : « *je bois beaucoup et j'urine assez, et le matin j'ai faim. Puis un jour, mon père m'emmène pour une consultation, et les médecins ont dit que c'est le diabète* », et rapidement « *ils m'ont prescrit de l'insuline* ».

La petite fille décrit son côté physique, avant l'apparition de la maladie, d'excellent ; « *je le vois normale, je suis compétente car je peux faire tous* », mais Wissame et son diabète sont très différent ; en fait elle est embarrassée d'évoquer certains points, elle est dérangée d'aborder le changement que le diabète a fait à son corps, la remémoration de ses faits la met dans une situation d'embarras, stimulant quelques comportements et attitudes de gênes et d'irritation.

D'une allure frustrée, elle cite : « *non. Je ne l'aime pas, avant la maladie, je suis mince, mais maintenant j'ai pris du poids, regardes* », « *un changement ? Il y en a, surtout les places de l'insuline, mes bras, mes jambes* », où elle rajoute qu'avec l'atteinte elle se sent faible par rapport à eux et elle ne peut pas être à la hauteur de les affronter ou de se comparer à eux : « *je ne pourrais jamais jouer avec eux* », preuve que l'image, qu'elle a de son corps et de son aspect physique, est un peu perturbée, principalement au moment même du diagnostique et peu après de l'apparition de cette atteinte ; « *surtout avec le stress au début* », « *mais maintenant ça va* ».

Quotidiennement, elle est inscrite dans un club de natation, orienté par son père qui est un membre dans celui-ci : « *j'aime faire de la piscine [...], il m'emmène* ».

Sur le plan psychique, Wissame est très bouleversée et perturbée par cet accédant qu'elle a assisté, et encore par cette atteinte comme un deuxième choc ; le premier choc s'ajoute au deuxième, qui est le diagnostique de sa maladie, l'atténue, en plus physique, psychiquement ; à savoir l'image mentale de son corps change instantanément avec le diabète, la prise de poids et « *le stress au début* ».

Après le diagnostique du diabète, plutôt pendant les premiers mois succédant le premier choc qui est à l'origine de son diabète, l'état mental et physique, s'altèrent ; effrois, angoisses, replie sur soi, même des épisodes dépressives, prise de poids rapide.

Durant peu d'année, elle a assuré de surmonter certaines difficultés et les a accepté : « *maintenant, je le - le traitement - vie normalement, comme si je ne suis pas malade, l'insuline qu'ils m'ont donné, c'est important pour ma santé* ».

Du côté relationnel, elle évoque que ses relations avec ses parents restent identiques avec le chamboulement de la maladie ; « *j'aime bien ma famille et elle m'aime aussi* », « *ainsi que maintenant* », « *mes relations avec eux sont restées les mêmes, toujours* ».

Elle rajoute aussi que sa famille l'aide à surmonter les impasses qu'elle a au début : « *elle m'aide beaucoup surtout au début, mes parents me voient comme si je ne suis pas malade* ».

A peine cinq ans, la petite fille n'était pas encore entrée à l'école, quant on a diagnostiqué son diabète. Wissame reconnaît que sa maladie n'a pas d'influence sur ses études : « *j'étais et je suis bonne élève* ».

Pendant plusieurs mois de son atteinte, elle se voit faible, en plus de la prise de poids, elle se distingue des autres enfants. Avec les qui passent, la petite fille entame l'étape d'acceptation, du moment où elle n'éprouve pas de différence par rapport à ces derniers : « *maintenant, on dirait que je ne suis pas malade, je ne sens aucune différence des autres* ».

Aussi, à l'école, l'impacte du diabète n'influence pas sur les relations des les élèves ainsi que ses enseignants, qui les réunissent avec Wissame, sont : « *bien* », « *ils [les enseignants] m'aident beaucoup, me laissent sortir quant j'en ai besoin* », « *normales, comme tous les autres* », « *les enfants de ma classe me considèrent comme toutes les autres filles* » ; « *ils sont tous gentille avec moi, ils m'aiment bien* ».

Dans sa persuasion, elle estime être un diabétologue : « *je veux être un médecin pour les diabétiques* ». Et pour sa santé elle exprime son optimisme par « *je crois que je peux vivre le plus normal avec cette maladie, il y a des progrès* ».

4 - 3 - Présentation et analyse de protocole du Rorschach de Wissame

4 - 3 - 1 - La passation du test

PL	<u>Le discours spontané</u>	<u>L'enquête</u>	<u>Cotation</u>
I	1- 23s : un visage, ... 54s	Un visage qui sourit, tout ça.	Gbl F ⁺ Hd
II	2- 21s : Je ne sais pas, comme si, ..., emmm !,, comme quelque chose qui sort de lui du sang. 49s	Je vois du sang.	D C ⁺ Anat

III	3- > v < Λ, 25s : Un papillon.	Un papillon rouge ici (D3).	D F⁺ C A Ban
	4- Une tête.	Tout en haut, une tête (D6).	D F⁺ Hd
	5- Un talon. 40s	Et tout en bas, les deux côtés, des talons (Dd10).	Dd F⁺ Obj
IV	6- ..., 28s : Une tête de vautour, ..., c'est tout. 50s	Là en haut (D3), ça ressemble bien à une tête de vautour.	D F⁺ Ad
V	7- ..., 40s : Celle-là, quelque chose qui peut voler, je ne sais pas ce que c'est.	Comme un animal, il a des ailles et des pattes.	Descrp G F⁺ A
	8- Un crocodile. 1m 10s	Une tête de crocodile (D1).	D F⁺ Ad
VI	... > v < Λ, Je ne sais pas je ne voie rein. 21s		Refus
VII	> v < Λ, 18s : Je voie deux tête. 25s	Une tête coiffée (D1) ; une queue de chevale (D5).	D F⁺ Hd → Obj
VIII	10- 6s : Tigres, ...	Là (la partie rose latérale) (D1).	D F⁺ A Ban
	11- Il ressemble à des lions. 25s		D F⁺ A Ban
IX	12- ..., 33s : (v) Je voie comme un chien. 50s	Puisqu'il a des yeux comme celles du chien (D1).	D F⁻ A
X	13- 8s : (v) Comme un lion, même deux, ...	Juste là (la partie intérieure du rose latéral inférieur) (Dd31), une tête de lion.	Dd F⁺ A
	14- (Λ) Deux hippocampe qui vie dans la mer. 1m 33s		<u>D F⁻ A</u> G C⁺ Pays

Tableau N° 15 : le protocole de Rorschach du cas de Wissame.

4 - 3 - 2 - L'enquête aux limites

Le peu de réponses humaines pures ainsi pour les banalités, nous tente de lui faire passer cette étape. Après qu'on a lui fait revoir certaines planches, Wissame n'ajoute aucunes réponses dignes de représentations humaines, ni de banalités, sauf, à la planche V, elle finit de reconnaître une chauve-souris.

4 - 3 - 3 - L'épreuve des choix

Le choix positif de cette petite fille est porté sur les planches : X « *elle m'a plu pour ça couleur et elle est bien dessinée* », VIII « *les deux lions debout, ça me plait aussi* ». La tendance pour laquelle Wissame s'appuie pour sa sélection est, en premier lieu, les stimuli sensoriels, et, en deuxième lieu, les caractéristiques du la tache.

Le choix négatif est tenu aux planches : V « *je déteste les chauves-souris et les crocodiles, ça me fais peur* », IV « *le vautour je le déteste aussi* ». Ces deux choix sont influencés par un sentiment de peur et d'angoisse lorsqu'elle pense aux chauves-souris et aux vautours.

4 - 4 - L'analyse du protocole de Rorschach du cas de Wissame

4 - 4 - 1 - L'analyse quantitative

<u>Synthèse</u>	<u>Mode d'appré.</u>	<u>Déterminants</u>	<u>Contenus</u>	<u>Élem. qualiti.</u>
Rép : 14 T. total : 8m T/Pl : 48s T/Rép : 32s T. L. M. : 22s Choix + : X, VIII Choix - : V, VI	G : 2. Gbl : 1. G % : 21 % D : 10. [71 %] Dd : 2. [14 %] T. App. : G, <u>D</u> , <u>Dd</u>	F ⁺ : 10. F ⁻ : 2 F % : 86 % F ⁺ % : 83 % C : 2. FC : 1 T.R.I : 0 K < 4 ΣC F. C. : 0k = 0 ΣE R.C % : 36 %	A : 7. Ad : 2 A % : 64 % Hd : 3. [21 %] Ban : 3. [21 %] Anat : 1 Obj : 1 Pays : 1	Descrp : 1 Retrnm : 3 Refus : 1

Tableau N° 16 : le psychogramme du cas de Wissame.

4 - 4 - 2 - Analyse du psychogramme

a - Production et temps

Ce protocole regroupe à peine 14 réponses, dont une figure comme refus, une productivité inférieure à la moyenne. Wissame a consacré peu de temps durant la passation de ce test ; **8m**, un temps court, d'où le temps par réponse : **32s**.

Pour le temps de latence moyen (T.L.M.), la moyenne est de **22s**. On peut diviser les dix planches en trois catégories : la première a un temps de latence inférieur au T.L.M, qui réunit les planches VIII (**6s**), X (**8s**) et VII (**18s**), la deuxième qui est proche de la moyenne qui caractérise les taches II (**21s**), I (**23s**) et III (**25s**), et pour la dernière catégorie des planches , qui a un temps plus élevé, qui sont IV (**28s**), IX (**33s**) et V (**40s**).

b - Le mode d'appréhension

Les trois modes d'appréhensions qui existent dans ce protocole, sont les réponses globales, de détails et de petits détails plus rares. Le premier de ces trois est les localisations globales, avec trois réponses, soit 21 %, incluse dans la norme (20 % - 30 %).

Reliées aux différents contenus, à savoir : à la planche I « *un visage* », vue dans la globalité de la tache ainsi que les lacunes blanches « *qui sourit* », à la planche V « *comme un animal, il a des ailles ...* », une réponse imprécise de l'animal visé, et, à la planche X un paysage sous maritime.

Le peu de ces réponses, associées au peu de la combinaison entre les G et les réponses humaines ; la seule qui est identifiée à la planche I comme un visage souriant (Gbl), peut identifier une certaine incapacité d'unification de l'image du corps, ainsi qu'une carence d'intégration.

Le deuxième s'articule dans les localisations détails, avec dix réponses, environ 71 %. La majorité des réponses détails recueillies figurent dans un registre animal (sept réponses - cinq A ainsi deux Ad -), et les deux autres s'associent aux contenus : humain ; à la planche III habituellement vue entièrement, la petite fille a précisé de voir une tête (Do F⁺ Hd), et anatomique ; à la planche II correspondant à du sang.

Le dernier type des modes d'appréhensions inclus dans ce protocole, est les petits détails. Avec deux réponses, l'une à la planche III qui symbolise des chausseurs à talon, et l'autre à la planche X qui illustre un animal (une tête de lion).

Le pourcentage de ce dernier type, qui est environ 14 % au-dessus de la norme (6 % - 10 %), est équivoque aux angoisses de morcellement et à l'incapacité d'unification ainsi qu'une fragilité de l'image du corps.

c - Les déterminants

Avec 12 réponses, les déterminants formelles sont majoritaires dans ce protocole, soit environ 86 %, dépassant la moyenne suggérée (50 % - 70 %), approuvant que la petite Wissame a pour recours aux dispositifs relationnels plus qu'émotionnelles, ce qui étoffe la vie affective avec un certain contrôle et/ou carence.

La plupart de celles-ci figurent positives ; dix réponses sont cotées F⁺, soit 83 %, dans la moyenne (80 % - 85 %), signifiant une adaptation formel relevant de la réalité externe du sujet.

e - Les réponses de mouvement

Ces réponses ne paraissent pas dans ce protocole, ni animales ni humaines, ce qui est un indice d'incapacité d'identification dynamique, une difficulté de la réincarnation ou l'intégration d'une image humaine.

f - Les réactions sensorielles

Les déterminants de couleurs sont très peu, avec deux de couleurs pures aux planches II : « *du sang* », et X : « *la mer* », et une forme-couleurs à la planche III : « *un papillon* ».

d - Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le test de Rorschach est énonciateur de certains aspects conflictuels qui se rapportent aux déterminants. Le type de résonance intime (T.R.I.) (0 K < 2.5 ΣC), qui est un rapport extratensif pure, signifiant une perte de contrôle émotionnel aux stimuli externes.

Le rapport du RC qui focalise sur les réponses données aux planches pastelles (VIII, IX, X), six réponses, soit 36 %, qui acquiescent que les stimuli sensoriels de ces taches suscitent la réalité affective du cas.

g - Les contenus

Le contenu le plus présenté, dans ce protocole, est animal (A), avec neuf réponses - dont deux d'entre elles sont cotées comme Ad - soit 64 % remarquablement au-dessus de la moyenne (35 % - 50 %), avérant une pensée stéréotypée et des mécanismes automatisés, affirmant ainsi la carence de réincarnation d'image humaine, une fragilité de l'image corporelle ainsi que son intégrité faible.

Le deuxième contenu, qui est le plus important, est ce lui, exclusivement, humain, les trois réponses données aux planches I, III et VII, sont totalement codifiées sous une tendance Hd ; des réponses humaines morcelées.

A part la première réponse « *un visage* » qui est liée à une localisation globale de la tache ainsi que dans ses lacunes blanche, les deux autres sont associées au mode d'appréhension détaille ; à la planche III, qui est un détail inhibitoire ; une tête, à la planche VII encore une tête.

Toutes ses réponses humaines d'ordre fractionnées incitent une certaine angoisse de morcellement, une fragilité dans l'unification de l'image corporelle ainsi qu'une incapacité d'intégration complète et d'identification à une image humaine.

On peut trouver aussi d'autres contenus dans ce protocole à savoir : une réponse anatomique (sang) à la planche II, une réponse de type objets (des chausseurs à talon) à la planche III et une réponse paysage (la mer) à la planche X.

Les représentations banales sont très peu ; trois réponses sont cotées comme banales ; à la planche III « *un papillon rouge* » et deux à la planche VIII « *tigres* » et « *lions* », qui peut témoigner d'un certain déficit de l'adaptation sociale, issu d'un fonctionnement propre à ce cas et individuelle.

h - L'épreuve des choix

Le choix positif, qui est sélectionné par Wissame, est fondé sur, à la suite, premièrement, les stimuli sensoriels, et deuxièmement, les caractéristiques du la tache, dans les planches X et VIII.

L'autre choix, qui est négatif, est une sélection influencée par un sentiment de crainte, d'angoisse, que les planches V et IV, ressenties par la petite fille.

4 - 4 - 3 - Image du corps au Rorschach

Instantanément, l'image du corps est détectée et bien divulguée par ce test, et cela à partir de l'analyse globale du protocole réalisé.

A la première impression, les modes d'appréhensions attribués sont réunis en trois modèles, les G avec 21 %, les D avec 71 % et les Dd avec 14 %, expliquent l'angoisse de morcellement, en plus de l'incapacité d'unification et de l'intégrité de l'image corporelle humaine.

L'explication qu'on peut faire à cette interprétation s'articule autour de l'analyse des réponses données à chaque mode. La jonction entre les localisations globales et les réponses humaines est très peu ; la seule réponse qui peut les réunir est « *un visage qui sourit* », vue entièrement dans la tache I et les lacunes blanches incluses.

Les deux réponses humaines restantes sont cotées comme détails identifiées aux planches : III « *une tête* », coté comme Do, VII encore deux autres têtes.

Les réponses de type petits détails sont nettement plus élevées (14 %), ce qui explique principalement - en plus de 19 % des réponses globale qui sont inférieures et de 71 % des réponses détails qui sont dans la moyenne - l'interprétation faite déjà.

Comme on peut encore une certaine incapacité de réincarner une image proprement humaine, et de s'en identifier, à travers les contenus, et essentiellement humains. Les trois réponses données par Wissame sont manifestement des aspects humains morcelés, cotés Hd, et parallèlement coïncident avec le mode de localisation détail D ; Do à la planche III et D à la planche VII, sauf pour la planche I, qui se remet aux perspectives Gbl et Hd.

La carence de réincarnation d'une image du corps humaine et dynamique peut être tirée à partir de l'absence des réponses de mouvements humains.

Les banalités énoncées par la petite fille sont trois réponse, cotées aux planches III et VIII, toutes d'une valeur animale ; « *papillon* », « *tigres* » et « *lions* », puis, à l'enquête aux limites, elle reconnaît la forme d'une chauve-souris à la planche V. Très peu ; trois réponses, il est remarquablement lié à un manque d'adaptation sociale.

En outre, la dimension structurelle des planches peuvent élucider et faire ressortir les repères dissimulés de l'image du corps, à travers essentiellement l'organisation manifeste et l'apparence générale des taches autour de leurs symétries, et leurs dispositions formelles : compacte, bilatérale et ouverte.

Les planches compactes comprennent une symétrie unitaire des taches I, IV, V, VI et IX. La première planche stimule chez ce cas une représentation d'un visage souriant vue dans sa globalité et dans ses taches blanches.

La planche IV, qui est la planche phallique, véhicule une tendance émergente d'image de puissance, n'a stimulé aucune réponse de ce genre, sauf une représentation animale : « *une tête de vautour* », distinguée comme une planche déplaisant dans l'épreuve des choix.

De la même manière, la planche V figure dans les choix négatifs de Wissame, dans le sens vague de sa réponse ; un animal volant, elle ne reconnaît qu'à l'enquête aux limites qu'il s'agit d'une chauve-souris. La planche suivante (VI) reste sans réponses cotables.

Les sollicitations que la planche IX détermine, ne recouvrent pas la réponse donnée ; « *un chien* », qui nous laisse de dire que la symétrie de cette tache ne remplit pas le critère de sa réponse.

Le deuxième caractère, qui détermine les planches du Rorschach, est l'aspect bilatéral de celles-ci, et symétrique de leurs deux parties identiques. La planche II, avec sa tendance archaïque, peut évoquer que l'unification de l'image du corps ait éclaté - la délimitation entre le dedans et le dehors est déchiétée - ; la seule réponse donnée vise la tache rouge, qui s'appréhende sous un renfort destructeur du vécu de l'enfant et une effraction de l'intérieur du corps.

Le reflet humain que la planche III livre, n'a stimulé aucune réponse globalement de ce titre, sauf une réponse détachée de l'intégralité de la tache ; un détail oligophrène (une tête), éliminant toute illustration humaine globale des deux parties latéraux de cette tache. La planche VII a été appréhendée comme des représentations humaines morcelées ; encore deux têtes.

La planche VIII figure dans la double cette tendance ; à savoir compacte et bilatéral. Elle ne stimule aucunes réponses du genre anatomiques ou fragmentaires humaines, mais deux réponses animales (tigres et lions).

Le troisième type, les planches ouvertes, qui inclut la planche X, par sa tournure éparpillée, elle rend l'unification de l'image du corps impossible.

Résumé du cas

La passation des deux outils qu'on a en mains ; l'entretien clinique et le test du Rorschach, nous révèlent les caractères significatifs de la vie du sujet, ainsi que les aspects recherchés, à savoir la qualité de l'image du corps.

Les informations données au guide d'entretien par Wissame, peuvent nous éclairer sur la qualité de l'image du corps projetée ; avec le diagnostic du diabète, et pendant les années qui suivent, l'apparence de son corps s'altère et change d'allure et de perspicace : « *Je ne l'aime pas, avant la maladie, je suis mince, mais maintenant j'ai pris du poids, regardes* », « *un changement ? Il y en a [...]* ».

Ainsi, l'analyse du test de Rorschach indique une image du corps perturbée et morcelée ; la petite Wissame est dans une allure d'incapacité à l'unifier, à en intégrer les représentations proprement humaines.

Par ailleurs, l'image représentée par cet enfant de son corps est altérée et bouleversée, à savoir que le diabète sera inévitablement la cause.

5 - Cas de Rayan

5 - 1 - Présentation du cas de Rayan

Âgé d'à peine neuf ans, Rayan est inscrit en 4^{ème} année primaire, il est d'une famille composée de cinq membres ; il a une sœur plus grande que lui et un petit frère.

Le petit enfant semble être timide et un caractère de méfiance et il ne nous fait pas confiance, il est prétentieux de prendre ses mesures et précautions avant de nous répondre, même lorsqu'on a lui présenter nos objectifs.

5 - 2 - L'analyse de l'entretien clinique semi directif de Rayan

Au début de l'entretien effectué auprès de Rayan, l'enfant semble avoir des difficultés à nous répondre, puisqu'il est soupçonneux et méfiant de nous et de tous ce que nous lui disions ; il est prudent lors de ses réponses, le replie sur soi pourrait être l'explication.

Après une longue discussion, que nous avons lui réexpliquer l'intérêt de notre présence, Rayan accepte de s'y mettre.

L'apparition de sa maladie remonte jusqu'à quatre ans, qui précède sa scolarisation de peu. La principale cause de son diabète est, d'après lui, sera : « *le décès d'un cousin* », après ce choc, le petit Rayan parvient de se souvenir qu'il urinait beaucoup, il aime boire du jus « *encore et encore* », il rajoute : « *que ma mère a remarqué que j'urine beaucoup, elle m'a amené à l'hôpital pour une consultation, et là, ils lui ont dit que j'aie le diabète* ».

Le traitement adapté pour le diabète de cet enfant est l'insuline : « *des injections d'insuline, qu'ils me font chaque jours et trois fois dans la journée* », l'efficacité de ce médicament est déterminé dans la stabilité du glucose sanguin et de la santé en générale : « *si je ne prends pas cette insuline, le sucre qu'il y a dans mon sang monte, et ce n'est pas bien pour moi* ».

Sur le plan physique, avant la maladie, Rayan raconte : « *tout allait bien, j'étais bien ...* ». Durant les premiers mois qui suivent l'atteinte, il - l'aspect physique et corporel - prend une autre tournure : « *il y a un peu de changement, puisque je ne peux pas manger ce que je veux* », « *j'ai perdu du poids et j'ai maigri* ».

La persuasion de Rayan sur ses caractéristiques distinctives des autres enfants figure assez apparentes : « *parce que je suis malade, je ne suis pas comme eux, c'est ça* », « *lorsqu'on joue ensemble, je m'affaibli rapidement* ».

Cette différence pousse ce petit garçon à déduire que ces enfants parodient de moqueries, ils prodiguent une certaine caricature d'embarras : « *des fois, ils moquent de moi, à cause de ma maladie* ».

Rayan à l'habitude faire de la natation et de jouer au football durant les années qui suivent l'apparition de son diabète : « *j'aime aller à la piscine, j'ai fait de la natation, maintenant j'ai arrêté à cause de mes yeux, et j'aime aussi jouer au ballon* ».

Sur le plan psychique, provoqué par cette maladie, surajouté au choc du décès, l'enfant paraît perturbé ; la complication du diabète et de son traitement pèse énormément sur l'aspect psychique de Rayan, ainsi qu'un certain refus l'utilité de l'insuline agissant sur le diabète : « *au débout, je ne comprenais rien de cette maladie, j'ai peu et je ne sais pas qu'est-ce que c'est, en plus des injections d'insuline, qu'ils me font chaque jours et trois fois dans la journée* ».

Les années passent et le petit garçon finit par accepter le traitement qu'on a lui administré peu à peu : « *maintenant, j'ai compris de quoi il s'agit, si je ne prends pas cette insuline le sucre qu'il y a dans mon sang monte, et ce n'est pas bien pour moi* ».

L'avènement d'une quelconque maladie est porteur d'altérations et signes d'embarras ; le diabète que Rayan est atteint depuis quatre ans, lui enlève beaucoup de choses, lui prive de ses habitudes, et même ses comportement envers les enfants du quartier et camarades changent, associés à leurs moquerie de sa maladie, ce qui affirment son replie sur lui et sa méfiance. De même que l'image corporelle, et ainsi le schéma corporel, du jeune enfant soient forcément perturbés, nettement expliqués par la chute du poids.

Le côté relationnel de Rayan s'avère aussi très pertinent. Ses relations avec sa famille sont nettement apaisantes, avant qu'après son atteinte, sauf un détail très significatif, il souligne qu'à la survenue du diabète, ses relations avec sa fratrie, beaucoup plus sa sœur, sont chamboulées : « *ma sœur m'énerve souvent, et elle me pousse à être fâché, puisque je ne suis pas comme avant, on joue ensemble, et on fait plein de chose ensemble* ».

La remarque qui peut encore être expliquée ses relations avec les autres enfants et ses amis. Chose qui a été très apprécié par Rayan, chez ses derniers, se transforme en haine et rancœur ; « *avant, tous on fait plein de choses, ils m'aiment bien et moi aussi, mais ils m'énervent lorsque je suis malade* » ; « *ils me méprisent, et ils m'embêtent un peu, lorsqu'on joue tous ensemble et alors que je ne puisse pas continuer, ils m'énervent* », et « *des fois, ils moquent de moi à cause de ma maladie, parce que je suis malade, je ne suis pas comme eux, c'est ça, lorsqu'on joue ensemble, je m'affaiblis et je me fatigue rapidement* ».

L'interprétation qu'on peut faire à la question sur l'implication de son entourage et l'aide que sa famille lui approuve, soit niée, car elle demeure sans réponse, qui peut être expliquée par une ségrégation sociale, soit le replie sur soi, ou, une méfiance d'autrui.

A l'école, le petit garçon est intelligent et confiant que le diabète est gérable, et les seules difficultés restent focaliser sur les complications qu'elle génère (hypoglycémies), que l'enfant éprouver le soir : « *temps en temps, j'oublie de réviser et de préparer mes cours la veille* ». En classe, ses enseignants, d'après lui « *me donnent toute la liberté à sortir et à manger lorsque j'en ai besoin* ».

En dernier, la détermination de Rayan d'être médecin sera son ambition à atteindre : « *je rêve de devenir un médecin pour les diabétiques* », un rêve important d'apaiser les gens de cette maladie, et d'en projeter sur sa guérison : « *je veux guérir pour autre chose* ».

5 - 3 - Présentation et analyse de protocole du Rorschach de Rayan

5 - 3 - 1 - La passation du test

<u>PL</u>	<u>Le discours spontané</u>	<u>L'enquête</u>	<u>Cotation</u>
I	1- 10s : Un ogre. 2- Un oiseau. 49s	Un visage d'un monstre ou d'un ogre. Un oiseau, il est noir.	G F⁺ (Hd) G F⁺C A Ban
II	> v < Λ, Qu'est-ce que c'est ? Je ne vois rien. 33s		Crit. Obj Refus
III	3- > v < Λ, 9s : Un escargot, on dirait un escargot, ..., rien d'autre. 35s	Un escargot debout sur des béquilles (la partie inférieure de côté - D5 -).	Gbl F⁻ A→D F⁺ Obj

IV	4- > v < Λ, (v) : 12s : Un robot, on dirait un robot. 1m	Un robot avec sa structure métallique.	G F⁻ Obj
V	5- > v < Λ, 12s : Un papillon. 33s	C'est un papillon, ça lui ressemble, non ?	G F⁺ A Ban
VI	6- > v < Λ, ..., 21s : Poisson plat, il est mince. 39s	Là (D1) (toute la partie étalée jusqu'au débout de la pointe), un poisson plat.	D F⁻ A
VII	7- > v < Λ, 14" : Je ne sais pas qu'est-ce que c'est, ..., je crois que c'est une tête humaine. 29s	Ici (D1) tout en haut, ça ressemble à une tête.	D F⁺ Hd
VIII	8- ..., 18s : Deux taureaux qui montent à un arbre. 34s	Ici (D1) c'est un taureau, et le tout le centre (D/bl) c'est l'arbre : le vert des feuilles et le jaune le bois.	<u>D kan A</u> <u>D CF⁺ Bot</u> Descrp
IX	9- > v < Λ, 20s ..., Je ne sais pas, comme des animaux qui s'attaquent. 43s	Là, dans le jaune en haut (D3), ils sont 4 à droite et 3 à gauche, ils vont se bagarrer au milieu.	G kan A
X	10- 5s : Crabe bleu dans la mer. 11- Des poissons. 12- Un hippocampe. 30s	Un crabe qui est bleu, les pattes et tous (D1). Un poisson jaune (D13). Le rouge (D9), ça ressemble à un hippocampe.	<u>D F⁺ C A Ban</u> <u>G C⁺ Pays</u> D F⁻ A D F⁺ A

Tableau N° 17 : le protocole de Rorschach du cas de Rayan.

5 - 3 - 2 - L'enquête aux limites

Après avoir recueilli les données de la passation du test de Rorschach sur Rayan, on a aperçu que certaines réponses, à savoir les réponses purement humaines, les réponses de couleurs pures, ainsi que la totalité des banalités sont de nombre de trois, n'y figurent pas, le point qui nous amène à lui en faire passer une autre étape ; l'enquête aux limites.

Cette étape permet de ressortir ce qui n'était interprété dans la première passation, même, comme celle-ci, le garçon n'ajoute aucune des réponses soulignées, sauf ce qui est évoqué déjà ; une réponse Hd - une tête - et une autre (Hd) - un ogre -, ainsi que les trois banalités suggérées aux planche I, V et X.

5 - 3 - 3 - L'épreuve des choix

Le premier choix positif, évoqué par cet enfant, est la planche X, puisqu'elle lui rappelle la mer, et pour la deuxième, c'est la planche IX : « *c'est un arbre qui donne des fruits* ». Les deux choix, qui restent, sont négatifs, portés sur les planches : I : « *elle male faite, elle est moche, ça couleur surtout* », et, IV : « *moché aussi, ça couleur, elle ne me plait pas* ».

5 - 4 - L'analyse du protocole de Rorschach du cas de Rayan

5 - 4 - 1 - L'analyse quantitative

Synthèse	Mode d'appré.	Déterminants	Contenus	Élem. qualiti.
Rép : 12 T. total : 6m 25s T/Pl : 38s T/Rép : 29s T. L. M. : 13s Choix + : X, IX Choix - : I, IV	G : 6. Gbl: 1 G % : 58 % D : 8. [67 %] T. App. : <u>G</u> , D	F ⁺ : 5. F ⁻ : 4 F % : 75 % F ⁺ % : 56 % F ⁺ % élargi : 69 % kan : 2 C:1. CF:1. FC:2 T.R.I : 0 K < 3,5 ΣC F. C. : 2k > 0 ΣE R.C % : 42 %	A : 9. [75 %] Hd : 1. (Hd) : 1 H % : 17 % Ban : 3. [25 %] Bot : 1 Obj : 2 Pays : 1	Descrp : 1 Refus : 1 Retrnm : 7

Tableau N° 18 : le psychogramme du cas de Rayan.

5 - 4 - 2 - Analyse du psychogramme

a - Production et temps

À vu d'emblée, le temps consacré pour y répondre au test est d'environ **6m 25s**, un bref temps, de référence aux normes suggérées (entre 20 et 30 Rép.), le justifiant aussi d'une pauvre productivité ; avec 12 réponses où figure une réponse cotée comme refus à la planche II. Le temps moyen exigé à chaque réponse est d'une minute, mais dans ce cas est de **29s**, d'où l'explication de ça production bas et de son temps de réflexion court.

Par contre le temps d'appréhension et de réflexion est d'en moyen **13s**, dans la juste moyenne. On peut fractionner les neuf planches restantes en trois temps ; la première, inférieure à cette moyenne, qui réunit les taches : X (**5s**), III (**9s**) et I (**10s**), la deuxième est regroupée autour de la moyenne : IV (**12s**), V (**12s**) et VII (**14s**), et pour la dernière partie, qui est en-dessus : VIII (**18s**), IX (**20s**) et VI (**21s**).

b - Le mode d'appréhension

Le protocole de Rayan comprend deux modes d'appréhension dominants ; les G et les D. Le nombre des réponses vues d'ensemble est de sept, en moyen 58 %, dépassant nettement la moyenne énoncée (20 % - 30 %).

Ce taux élevé indique la tendance d'avoir une capacité d'unification de l'image du corps et à en intégrer cette image globale humaine, mais l'additionnement qui peut expliquer cette tendance, serait incontestablement la combinaison entre les localisations globales et les réponses humaines pures.

La seule réponse, qui enregistre ses deux critères, est vue à la planche I, d'une perception fragmentaire et d'un Être imaginaire et mythique - « *un visage d'un monstre ou d'un ogre* », (Hd) -, très peu pour en qualifier cette capacité de transparence et d'acquis, car la majorité des localisations globales sont associées aux représentations animales (quatre).

Le second type des localisations est les détails vus dans des découpes importantes dans la tache. Avec huit réponses, soit 67 %, juste dans la moyenne donnée (60 % - 68 %), paraissent des réponses animales (cinq), alors qu'une seule réponse appartient aux représentations humaines ; « *une tête humaine* » à la planche VII, une réponse incertaine de représentation humaine morcelée.

c - Les déterminants

La plupart des déterminants inscrits dans ce protocole, sont formels, avec neuf réponses, d'environ 75 %, excédé par rapport aux normes souscrites (50 % - 70 %), un pourcentage qui a recouru d'assigner l'appauvrissement de la vie émotionnelle et pulsionnelle et affective, donc un penchant vers la vie relationnelle.

56 %, soit cinq réponses, définit l'aspect positive des déterminants formels, un taux énormément au-dessous des estimations (80 % - 85 %) - ainsi que pour les F^+ élargie : 69 % -, affirment une certaine négligence de la réalité externe et du monde réel de l'enfant ; il se réfère aux représentations imaginaires par un caractère stimulant la réalité interne.

e - Les réponses de mouvement

Elles sont deux, ainsi, elles sont des kinesthésies animales, l'une vue à la planche VIII : « *deux taureaux qui montent à un arbre* », elle est d'une qualité formelle négative, la deuxième évoque une scène d'animaux qui vont se battre (F^+).

Comme on remarque aussi l'absence de kinesthésies proprement humaines, qui peut affirmer cette incapacité à s'identifier à autrui, à l'identification dynamique ainsi que la réincarnation du mouvement purement humain ; soit une fragilité de l'image du corps.

f - Les réactions sensorielles

Les déterminants sensoriels existent dans ce protocole ; une réponse de couleur pure à la planche X, une couleur-forme à la planche VIII et trois forme-couleurs aux planches I, IV et X, toutes positives, à l'exception de la planche IV.

D'un taux de 33 %, les réactions sensorielles peuvent expliquer une impuissance d'y parvenir à faire des limites entre le dedans et le dehors et une certaine fragilité, instabilité dans la constitution de cette image.

d - Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (T.R.I.) est un rapport extratensif pur ($0 K < 3,5 \Sigma C$), explique cette perte de contrôle émotionnel aux stimuli externes.

Sur l'autre plan évoquant l'indice sensorielle des planches pastelles : VIII, IX et X : R.C. % : 42 %, peut indiquer que l'aspect sensorielle des planches peut être un parfait stimulant aux réponses.

g - Les contenus

La plupart des contenus, ce sont des indications animales, avec neuf réponses, soit 75 %, un taux dépassant nettement la moyenne suggérée (35 % - 50 %), expliquant que la pensée de Rayan soit stéréotypée, d'où ses réponses stochastique.

Le deuxième contenu se présente avec les réponses humaines, qui sont de nombre de deux réponses, soit 17 %. A la planche I, Rayan la nomme comme « *un visage d'un monstre ou d'un ogre* », un Être mythique ; réponses humaines substitutives - (Hd) -, il donne aussi, à la planche VII, une résonance humaine : « *je crois que c'est une tête humaine* », d'une façon douteuse.

Ces deux représentations s'inscrivent dans une dimension fragmentaire humaine - Hd -, soit morcelée, explique l'aspect fractionné de l'image corporelle que Rayan a, à travers un angoisse de morcellement, et encore, une fragilité dans l'unification et une incapacité d'intégration complète, d'identification humaine, incitée par l'absence des réponses humaines pures.

D'autres contenus peuvent être retirés : à savoir Botanique ; un arbre à la planche VIII, Objet ; des béquilles à la planche III et un robot à la planche IV, Paysage ; la mer à la planche X.

Et pour les réponses cotées comme banalités, données par Rayan, sont très peu. Avec trois réponses, additionnées toutes à des représentations animales aux planches I, V et X, inscrit dont ce petit garçon dans une sphère d'inadaptation sociale doté d'une pensée stéréotypée, automatisée sans y faire part de réflexion.

h - L'épreuve des choix

Les deux choix sélectionnés par ce garçon ont de différentes raisons. La première planche choisi par Rayan, dépend de son quotidien, inspirée des habitudes qui incluse la natation, est la tache X, comme l'apparence d'une piscine et la mer, et la planche IX repose sur l'utilité des arbres à produire de fruits. Mais par contre les deux planches choisis comme étant déplaisantes ; la cause spécifique serait l'aspect sensoriel et le contenu même des taches et I et IV.

5 - 4 - 3 - Image du corps au Rorschach

L'aspect recherché à travers ce test est la tendance et la forme de l'image du corps. Premièrement, elle peut être mise en évidence par les différentes modes localisation, plus ou moins les déterminants, mais principalement les contenus.

Si on se réfère aux modes de localisations et leurs taux significatifs, on peut constater qu'une parfaite unification et intégrité globale de l'image du corps ; soit près de 58 % de la totalité des réponses données appartient aux modes d'appréhension globale (G) - et 67 % pour les (D) -.

Relativement à ces résultats, l'unification de l'image du corps serait l'indice, mais dans l'organisation de ses réponses autour des perceptions purement humains qui l'induit ; ceci nous peut rapprocher à l'interprétation faite à la planche I, à savoir un visage d'ogre.

En plus de cette seule réponse proposée, Rayan l'a énoncé comme un choix négatif, il pourrait être souligné comme étant une incapacité à en unifier ; à l'intégration globale de l'image corporelle purement humaine.

Les déterminants existant dans ce protocole, sont en majorité les déterminants formels, avec 75 %, dans le juste écart (50 % - 70 %), et 56 % des réponses formelles, soit cinq d'entre elles, sont positives, indique qu'une reproduction adaptative liée aux représentations imaginaires et internes.

Suivit par les tendances couleurs, avec cinq réponse - une réponse couleur pure, une autre CF et trois cotées FC - soit environ 33 %, expliquant ainsi cette évocation de la vie imaginaire, que l'image corporelle soit fragilisée à travers une instabilité des limites ; entre dedans et dehors.

D'autres peuvent être sélectionnés des les réponses de Rayan ; les mouvements : deux réponses de kinesthésie animale, comme on peut remarquer l'absence des kinesthésies humaines dans ce protocole, témoignant une incapacité à une identification dynamique des mouvements humains, de son intégralité et de s'y identifier.

Le dernier point, qui englobe les contenus, peut parfaitement cette image du corps. Les deux contenus, qui nous intéressent, sont les réponses cotées animales et humaines.

Le peu de réponses humaines - deux d'entre elles vues aux planches : I, qui est sélectionnée comme étant une planche indésirable, et VII, près de 17 % - et les réponses animales excessives - avec neuf réponses, soit 75 % -, associé aux deux réponses humaines fragmentées, nous soulignent que l'enfant présente une incapacité d'intégration complète de l'image du corps, et une fragilité dans l'unification et, d'identification humaine, issu d'une angoisse de morcellement.

Le nombre de banalités est de trois, des réponses à connotation animales, données aux planches I, V et X, soit 25 %, très peu pour qualifier que ce petit garçon reflète une adaptation sociale.

Deuxièmement, l'aspect organisationnel des taches peut inspecter et analyser l'image du corps diffusée, et cela à partir des trois types d'apparence des planches, à savoir compactes, bilatérales et ouvertes.

Le premier type, qui est fermé et compacte, réunit les planches : I, IV, V, VI et IX, qui dépendent d'une caractéristique symétrique et unitaire, une appréhension unificatrice. La planche I n'a stimulé que deux réponses, l'une d'un visage et l'autre d'un oiseau, mais, en revanche, elle est sélectionnée en tant que choix négatif, chose qu'élimine ces représentations.

La planche IV, avec ses sollicitations de puissance, incite ce petit enfant à voir un robot armé de métal, évoquant ça et son usage multiple, mais comme la première, elle est un choix indésirable.

La planche V, symbolique de l'identité et de la représentation de soi, pour Rayan, est un papillon, une réponse banale, elle peut renvoyer à des signes d'intégrité sociale et d'une image du corps positif, mais, la banalité donnée est imprégnée d'une réponse vague et incertaine : « *c'est un papillon, ça lui ressemble, non ?* », signe qui n'est pas digne de cette caractéristique.

D'une qualité formelle négative, la planche VI, qui est la planche de symbolisation sexuelle, est significative d'un poisson aperçu dans la partie inférieure de la tache, qui est fréquemment un symbole d'image sexuelle féminine, évocatrice d'une « *sensibilité passive et réceptive* », une dimension exprimant une problématique de castration non résolue.

La neuvième planche est insinuée comme étant une scène de combat d'animaux incognito, Admettant dans un bouleversement des limites dedans-dehors et dans l'enveloppe corporelle.

Le deuxième type rassemble les planches II, III, et VII, avec une caractéristique bilatérale, une symétrie et d'un effet miroir. Avec toutes les sollicitations de la planche II, elle demeure sans réponse cotable.

La planche III a des sollicitations symboliques d'une image corporelle projetée ; elle renferme une perception humaine entière de la tache. Le petit garçon évoque de voir un escargot debout sur des béquilles, contournant totalement les connotations habituelles de cette planche.

La planche VII peut solliciter aussi des représentations humaines, mais la réponse donnée par Rayan, comprend une certaine incertitude, « *je crois que c'est une tête humaine* », une seule au lieu de deux.

La planche VIII a une double considération ; fermée et bilatérale, elle renferme nettement des sollicitations anatomiques, à la communication, et surtout, aux échanges émotionnelles, qui s'activent avec le contact des planches et du monde extérieur. Par contre, cet enfant organise sa réponse autour des deux taches roses : des taureaux, qui sont d'une qualité formelle négative.

Le dernier type des trois, est la planche X qui est d'une caractéristique ouverte et éparpillée. Cette planche de séparation a comme sollicitations de mettre en évidence « à l'épreuve l'unification de l'image corporelle ». Cette planche stimule, d'ailleurs, le petit enfant ; les couleurs ne le privent pas, et surtout, l'aspect éparpillé ne le bloque pas, mais il lui facilite à faire des associations.

Résumé du cas

L'utilisation des deux outils a nécessairement pour objectif de ressortir certaines appartenances psychiques, et d'évaluer, présentement, l'image du corps. L'entretien clinique effectué auprès de Rayan nous dévoile des informations pertinentes, sur la vie psychique comme un emprunt sur son physique et aspect corporelle, ce petit garçon a évoqué nettement son chagrin à travers la chute du poids : « *j'ai perdu du poids et j'ai maigri* ».

En deuxième temps, le test de Rorschach a été aussi d'équivalence, conforme à l'entretien de Rayan. En se référant à l'analyse de ce test projectif effectuée sur celui-ci, on peut détailler que l'image du corps et corporelle projetée soit clairement perturbée, d'une faiblesse d'intégrité, d'unification, et même de réincarnation une image purement humaine, du à un angoisse profond.

Une image corporelle, forcément, perturbés par la réduction de la masse physiologique ; des changements qui sont été requis, d'un côté, et par les moqueries des autres enfants dus à sa maladie, de l'autre côté ; on estime évidant d'attribuer à ce cas, d'exposer que l'image du corps de ce petit Rayan est altérée et perturbée. Pour en conclure, elle se modifie du moment où l'altération du diabète chamboule sa santé.

6 - Cas de Massi

6 - 1 - Présentation du cas de Massi

Massi est le sixième cas, et le dernier, de notre population de recherche. Il a environ 14 ans (deux mois avant son anniversaire). Il est inscrit en classe du BEF : 4^{ème} année moyenne Le petit garçon affirme qu'il est le plus jeune de ses trois frères et sœurs (deux garçons et une fille).

Massi est très calme, attentif, docile et manifestement sage. Après de lui développer nos objectifs, il a accepté facilement d'y faire part.

6 - 2 - L'analyse de l'entretien clinique semi directif de Massi

Globalement, il répond d'une manière assurée, confiant et explicite. A la première question ce garçon a avancé la période dans laquelle il est atteint du diabète : « *ça fait sept ans que je suis malade* », « *juste, après les vacances d'hiver de 2008* ».

D'après lui, les signes souvenus, et primordiaux, de son diabète, sont souvent adéquates d'uriner : « *souvent j'allais au toilette, puis mon oncle a mesuré ma glycémie* », cette mesure a révélé un taux de glycémie élevée, confié et orienté chez des médecins, d'où son hospitalisation.

Sur l'immédiat, l'insuline que les médecins ont exigée comme un traitement diabétique pour le petit Massi, a été nettement admise et tolérée : « *je me suis habitué* », « *l'insuline qu'ils m'injectent, il sert à abaisser ma glycémie* ».

Sur le plan physique et corporel, le petit garçon définit une apparence différente au niveau corporel, ainsi qu'une appartenance réversible ; avant sa maladie, il évoque que ses conditions physiques soient remarquablement identiques, en majorité, à celles des autres enfants : « *normale, je suis comme les autres garçons* ».

Mais, au débout, l'avènement de cette atteinte diabétique l'a chamboulé nettement avec un impact très visible: « *oui, il y a un changement* » : « *j'ai pris du poids* », « *j'ai mes bras qui sont gonflés à cause des injections d'insuline* ».

Psychiquement, Massi adhère une forte attitude mentale, issue, essentiellement, et sollicitée, principalement, par l'émancipation d'expérience d'une durée de sept ans ; « *au débout, c'était difficile à gérer* », « *maintenant, je vis normal, comme si je ne suis pas malade* », « *je me suis habitué* ».

Le diabète a d'effroyables impacts sur la vie physique comme la vie psychiques des jeunes enfants et adultes, mais remarquablement, les expériences que le jeune Massi a durant près de sept ans, témoignent une adaptation et une adhérence des attributifs de cette maladie, comme aussi, cette période l'a aidé visiblement à surmonter certains impacts que le diabète engendre ; « *sur le coup, je ne comprenais pas cette maladie* », au cours des années le petit garçon s'habitue « *je finis par comprendre que l'insuline qu'ils m'injectent, sert à abaisser ma glycémie* », « *je me suis habitué* ».

Au niveau relationnel, Massi a réellement saisi la nature des relations familiales vis-à-vis de sa maladie ; à savoir la consistance du diabète sur sa santé : depuis son atteinte ces relations sont relativement accommodées à cette nouvelle situation ; « *ils m'aident beaucoup, c'est normale, je suis malade* », « *ils font de leurs mieux pour me satisfaire* », « *ils m'apportent un grand soutien* ».

Parallèlement à celles-ci, les relations qui le relie avec ses amis, camarades et autres enfants du quartier, paraissent pour lui identiques aussi qu'avant et après son atteinte : « *ils sont gentilles* », « *ils m'aident normale* ».

Il ajoute aussi, lorsque nous avons évoqué un certain point relevant d'une disparité se comparant à ses derniers, il dit : « *je n'en crois pas, je vis normale, comme si je ne suis pas malade* ». En classe, l'enfant est conscient de l'implication de ses enseignants envers de sa maladie : « *ils me laissent sortir quand je leurs demande, parce que je suis malade* ».

A l'école, il raconte que sa condition diabétique n'est pas une situation influençable sur ses études ; à sa deuxième année primaire et depuis 2008, Massi souffre de diabète, et ma « *maladie n'a aucune influence sur mes études, d'ailleurs cette année je vais passer le BEM et je l'aurai* ».

Cette enfant a encore devant lui un parcours, que lui seul estime d'agréable et de paisible ; un avenir très prometteur : « *je cois que je peux vivre le plus normalement du monde, je peux grandir et ce diabète ne m'empêche pas de vivre comme les autres enfants qui ne sont pas malade ; il y a des progrès* ».

En dehors de cette vision, il compte de devenir « *un joueur de football au MOB* », comme aussi avoir une ambition d'être « *un commentateur des matchs de foot* », comme H. DERRADJI.

6 - 3 - Présentation et analyse de protocole du Rorschach de Massi

6 - 3 - 1 - La passation du test

<u>PL</u>	<u>Le discours spontané</u>	<u>L'enquête</u>	<u>Cotation</u>
I	> v < Λ, Qu'est-ce que c'est (rire) 1- 22s : Un masque. 56s	Il ressemble à un masque ; des yeux la bouche, il est noir.	Eq. Choc Gbl F⁺C Obj
II	2- 15s : Deux personnages. 42s	Deux personnes qui dansent.	G K H Ban
III	3- ... 41s : Deux femmes. 4- Là (D3) un papillon rouge. 56s	Deux femmes (D1) qui portent quelque chose - bidon - (D7).	G F⁺ H Ban→DF⁺ Obj D F⁺C A Ban
IV	J'ai rien compris, je n'en sais pas de quoi il s'agit. 5- > v < Λ, ... 42s : Un monstre, > v < Λ, ..., rien d'autre. 2m 05s	Un monstre géant, il fait peur.	Choc G F⁺Clob (H) Ban
V	6- 15s : Un papillon. 7- C'est une chauve-souris. 53s	Un papillon noir. Ça ressemble aussi à une chauve-souris.	G F⁺C A Ban G F⁺ A Ban

VI	> v < Λ, Je ne sais pas encore, ... 8- ..., 1m 20s : Deux personnes, ..., c'est tout. 1m 40s	Réponse originale : Deux personnes ; tel l'effet du miroir, la personne à droite est le reflet de celle à gauche (les deux lèvres médianes de la partie inférieure).	D F [±] H
VII	9- 22s : Ce sont deux têtes d'êtres humains. 49s	Ces deux là (D1) deux têtes.	D F ⁺ Hd
VIII	10- ..., 30s : Deux animaux, ils ressemblent plus à des lions ; ils sont là (D1) ». 51s		D F ⁺ A Ban
IX	11- ..., 37" : Du soleil et de la mer. 55s	Ça ressemble à la lumière du lever de soleil sur la mer.	G C ⁻ Pays
X	12- 22s : Des crabes, deux, je les vois dans la mer. 50s	Deux crabes (D1) dans la mer ; le bleu là (le fond).	<u>D F⁺ A Ban</u> G C ⁻ Pays

Tableau N° 19 : le protocole de Rorschach du cas de Massi.

6 - 3 - 2 - L'épreuve des choix

Les choix positifs que Massi a sélectionné, sont portées aux : la planche X, pour lui ; « *elle est jolie : la mer, les couleurs* », et la planche V, comme le deuxième choix ; « *elle me plait, c'est tout* ».

Cette épreuve mène aussi à en sélectionner deux indésirables taches parmi les dix planches, ainsi, il choisit la planche IV « *cas elle n'est pas jolie, elle est vraiment moche ; il fait peur* », et la planche I « *je n'aime pas les masques* ».

6 - 4 - L'analyse du protocole de Rorschach du cas de Massi

6 - 4 - 1 - L'analyse quantitative

Synthèse	Mode d'appré.	Déterminants	Contenus	Élem. qualiti.
Rép : 12 T. t : 10m 37s T/Pl : 1m 04s T/Rép : 53s T. L. M. : 33s Choix + : X, V Choix - : IV, I	G : 8. Gbl : 1. G % : 75 %. D : 6. [50 %] T. App. : <u>G</u> , <u>D</u>	F ⁺ : 6. F [±] : 1 F % : 58 % F ⁺ % : 93 % K : 1. C : 2. FC : 3 FClob : 1 T.R.I : 1 K < 4,5 ΣC F. C. : 0 k = 0 ΣE R.C % : 25 %	A : 5. [42 %] H : 3. Hd : 1 (H) : 1. [42 %] Ban : 8. [67 %] Obj : 2 Pays : 2	Choc : 1 Eq. choc : 1 Retrnm : 5 Rép. orig : 1

Tableau N° 20 : le psychogramme du cas de Massi.

6 - 4 - 2 - Analyse du psychogramme

a - Production et temps

Premièrement, le test de Rorschach, que nous avons passé à Massi, a donné lieu à un protocole assez spécifique ; le nombre de réponses appropriées est de 12, dont une réponse est cotée telle qu'une réponse originale, apportée à la planche VI. Remarquablement, on peut qualifier ce protocole de peu productif, à saisir la norme identifiée entre 20 et 30 réponses.

Deuxièmement, le temps écoulé dans cette épreuve est de **10m 37s**, un temps rapides, et qui est expliqué par le temps moyen des réponses : **53s**. De même, pour tenir à cette confirmation, le temps moyen dédié à la réflexion et à l'appréhension des planches est très court ; **33s**.

A chaque planche un temps de latence irrégulier, que l'on peut les unir en trois groupes ; le premier se qualifie un temps inférieur à la moyenne, est qui sont identifiés aux planches : II avec **15s**, V avec **15s**, I avec **22s**, X avec **22s**. Le deuxième groupe est proche de cette moyenne : la planche VIII avec **30s**, IX avec **37s**, III avec **41s**, IV avec **42s**. En dernier, ce sont les planche que le petit Massi ait consacré beaucoup plus de temps de réflexion ; la planche VI avec **1m 20s**.

b - Le mode d'appréhension

Généralement, l'analyse d'un protocole du Rorschach se base principalement sur trois critères. Premièrement, les plus importants modes de localisations dans le protocole de Massi comprennent deux types : les localisations globales avec huit réponses, où parmi celles-ci figure une cotée Gbl à la première planche. Avec 75 %, les G sont majoritaires dans celui-ci, essentiellement dépassant la norme estimée (20 % - 30 %).

La plupart de ces localisations se combinent avec les contenus humains - trois réponses aux planches : II, III et IV -, les banalités - cinq réponses aux planches : II, III, IV, V(2) -, et une kinesthésie humaine.

Le deuxième mode est identifié par les détails (D), avec six réponses, soit 50 %, au-dessous de la norme soulignée (60 % - 68 %). Développant ainsi que l'image du corps diffusée soit unie et une certaine intégration globale de l'image corporelle, reposant sur un apport de la réalité interne ; soit une capacité de l'appréhension de l'unification de corps.

c - Les déterminants

Le deuxième critère est les déterminants ; avec les déterminants formels, qui sont majoritaire avec sept réponses, soit 58 %, à la juste limite (50 % - 70 %), approuvant ainsi la tendance à se refaire aux repères relationnelle.

La majeure partie des formes énoncées sont d'une qualité positive ; six réponses, soit 93 %, et la forme manquante est cotée comme F^{\pm} à la planche VI. Qualifiant Massi comme un cas se référant au monde externe et à la capacité adaptative formelle à la réalité externe.

e - Les réponses de mouvement

L'autre type des déterminants est les réponses de mouvement ou les kinesthésies, la seule réponse de ce genre est approuvée à la planche II, qui relie entre les G, les grandes kinesthésies, les contenus humains et les réponses comme banales et habituelles - G K H Ban -.

Significativement, on peut l'assimiler comme une capacité à s'identifier et à l'identification dynamique et créative de mouvement humain, ainsi qu'à l'intégration d'une image corporelle proprement humaine.

f - Les réactions sensorielles

Le dernier genre des déterminants est les déterminants de couleurs et sensoriels, avec deux réponses de couleurs pures (C) aux planches IX et X, et trois forme-couleurs (FC) aux planches I, III et V, ainsi une FClob à la planche IV.

Remarquablement, on peut les analyser que cet enfant se tend vers la réalité externe et aux ressources relationnelles, qu'à la vie affective, émotionnelle et pulsionnelle ; à saisir que les deux réponses de couleurs C soient négatives et les trois forme-couleurs soient positives et deux sur trois sont banales - la planches III et V -.

d - Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (T.R.I.) peut nous informer sur la perte du contrôle émotionnelle face aux stimuli externe, à travers un rapport extratensif mixte ($1 K < 4,5 \sum C$), mais l'associant à ce nous avons évoqué ci-dessus, et, à l'autre forme - qui est l'indice de proportion des planches pastelles - : R.C. % : 25 %, au-dessous de la moyenne (35 % - 37 %), infirme la valeur donnée par le T.R.I. ; indiquant que la couleur altère le sujet.

g - Les contenus

Le troisième critère d'analyse se confirme auprès des contenus, essentiellement, humains ; ils sont présentés par cinq réponses, dont une seule réponse humaines substitutives - G FClob⁺ (H) Ban - à la planche IV, une autre telle une réponse humaine morcelée - D F⁺ Hd - à la planche VII.

Trois sur cinq, ces réponses coïncident la localisation globale et les banalités aux planches II, III et IV - G K H Ban, G F⁺ H Ban, G FClob⁺ (H) Ban -, l'ajoutant à la qualité formelle positive

de toutes les réponses, et au pourcentage élevé (42 %), peuvent nous orienter à l'analyse que l'image du corps diffusée soit proprement unifiée et forte ; à savoir une intégration complète, une réincarnation ainsi qu'une identification et représentation d'image dynamique purement humaine.

Le deuxième contenus le plus important est coté A ; animal, avec cinq réponses, soit 42 %, à la limite de la moyenne (35 % - 50 %), approuve une certaine adaptation sociale, et à en valoriser beaucoup plus la protestation humaine.

Il existe d'autres types de contenus ; à savoir les objets aux planches : I « *un masque* » et III « *un bidon* », les paysages aux planches : IX « *du soleil et de la mer* » et X un fond marin Paysage.

En dernier, le taux des banalités est significatif d'une image du corps intégrée et unifiée. Le nombre des réponses cotées banales est huit, soit 57 %, dépassant les estimations - de 5 à 7, et entre 20 % et 23 % -, nous éclairant sur un certain conformisme et adaptation sociale.

h - L'épreuve des choix

La cause et le critère de sélection différent du choix positif et du choix négatif ; le petit Massi a opté pour un choix positif sur le critère de l'attraction des planches X et V : « *elle est jolie : la mer, les couleurs* », « *elle me plait, c'est tout* ».

Mais le choix négatif est concentré sur la valeur d'effroyable que les planches IV et I répandent : « *cas elle n'est pas jolie, elle est vraiment moche ; il fait peur* », « *je n'aime pas les masques* ».

6 - 4 - 3 - Image du corps au Rorschach

Le test du Rorschach peut ainsi valoriser certains aspects psychologiques, en l'occurrence l'image du corps, à travers, essentiellement, deux grandes étapes ; la première repose sur l'analyse des trois critères de la codification des réponses ; les localisations, les déterminants et les contenus, et le deuxième se réfère aux caractéristiques générales des planches ; l'apparence globale des planches-ci et leurs organisations.

A commencer par ces trois critères d'analyse, ce concept - l'image du corps - peut être ressorti à travers, en premier lieu, par les modes d'appréhensions, dans ce cas, il en existe deux sorte de localisation ; les G et les D. Le taux des réponses globales, qui sont de 75 %, ainsi que celui des réponses de détails, qui sont 50 %, nous annoncent éventuellement une image corporelle unifiée.

Ajoutant à ceux-ci, la combinaison entre les contenus humains et les G (3), et une réponse de kinesthésie humaine, entre ces derniers et les banalités (5), confirment nettement cette capacité

unificatrice de l'image du corps, ainsi qu'une intégrité proprement humaine, d'appréhender l'image d'autrui, de s'identifier ; une identification créative de mouvement et une réincarnation une image purement humaine.

Au tour des déterminants, les réponses cotées formellement sont majoritaires dans ce protocole, sont sept, plus exactement, six d'entre elles sont positives soit 93 %, qui confirme l'apport de la réalité externe sur le caractère adaptatif formel, ainsi que le dépassement des repaires relationnelles sur les ressources émotionnels et pulsionnels.

Le troisième critère d'analyse c'est les contenus ; regroupé sous deux grands types ; animal et humain. Le plus important de deux est le contenu humain, qui est essentiellement figuratif d'indice significatif d'adaptation et d'intégration d'image du corps, ainsi qu'une identification, une représentation corporelle purement humaine forte, si l'on considère le pourcentage effectué dans le protocole de Massi ; 36 %, en plus, trois de ces réponses coïncident avec des banalités.

D'autre indice peut aussi ressurgir la qualité de cette image corporelle, à savoir les banalités ; soit environ 57 % et huit réponses cotées aux planches II, III(2), IV, V(2), VII et X, signifiant ainsi une certaine adaptation sociale à intégré l'image du corps.

En contre partie, la deuxième étape qui peut faire sortir et dévoiler ce concept, c'est les caractéristiques globales et l'organisation des dimensions structurales des planches. L'apparence générale des dix taches du test de Rorschach prend trois grandes formes.

La première est de type compact et fermée, qui comprend les planches I, IV, V, VI et IX, ainsi qu'une caractéristique de symétrie et de l'unicité de tache, qui prennent aussi un impact sur l'unification de l'image du corps.

Par une symétrie assez figurative, le petit Massi donne à la planche I un aspect d'un masque ou d'un visage en se basant, principalement, sur la symétrie des yeux.

La planche IV a été initiée comme étant « *un monstre géant* », et qui aboutit à combiner les G, les réponses humaines et les banalités - G F⁺ (H) Ban -.

La planche V, qui est essentiellement attribuée comme la planche désignant la qualité de l'image du corps, le sujet a vu juste ; les deux réponses données à celle-ci : un papillon et une chauve-souris, figurent comme des banalités.

La planche VI divulgue, pour le petit garçon, une apparence humaine, par une réponse nettement originale qui ne figure pas dans la liste effectuée dans le « LIVRET DE COTATION DES FORMES DANS LE RORSCHACH ».

Et pour la planche IX, il lui donne un aspect non symétrique, et cela à travers la nuance déglagée par le levé du soleil, se réfléchissant sur la surface de la mer.

La deuxième catégorie s'apparente aux planches II, III, et VII, par une caractéristique bilatérale ou non compactes. Ces trois planches sont clairement identifiées sur une appartenance humaine ; la planche II avec sa représentation dynamique humaine et comme une banalité globale - G K⁺ H Ban -.

La planche III, elle aussi, dévoile cette représentation humaine - G F⁺ H Ban -, en plus d'une autre réponse cotée comme étant banale ; un papillon. La planche VII projette aussi des représentations humaines, mais morcelée ; « *ce sont deux têtes d'êtres humains* »

Pour la planche VIII, avec sa double caractère ; compact et bilatéral, elle renferme rien qu'une réponse catégoriquement banale cotée A, dans le détail rose ; deux lions.

La troisième forme qui coïncide avec la dernière planche (X), se caractérise par une tendance éparpillé et ouverte, l'enfant se fie à sa seule réponse sélectionnée parmi la totalité de la tache ; un crabe, qui est encore coté comme une banalité.

Résumé du cas

En conclusion, le diabète, comme toutes maladies qui peuvent touchées l'organisme, s'avère clairement altérante et perturbante, soit, pour le corps lui-même, ou encore, psychologiquement, à savoir l'image du corps diffusée, ce qui est cas contraire pour notre sujet.

Les deux outils utilisés pour cette tâche, sont, en premier lieu, l'entretien clinique, et, en deuxième lieu, un test projectif ; le Rorschach. Les guide d'entretien effectué auprès de Massi, divulgue un certain dépassement de cette maladie ; dans la phase d'acceptation : le petit garçon est remarquablement arrivé à une phase où pendant toutes ces années ; depuis sept ans, des expériences parviennent à le classer dans la sphère d'acceptation des représentations, surtout, psychique.

Parallèlement, le test du Rorschach peut évidemment ressortir certaines qualités psychiques, à expliquer et à divulguer principalement l'aspect dissimulé de l'image du corps diffusée. Ce test a nettement délimité ce concept à travers l'analyse de ces trois critères ; localisation (G avec 57 %), les déterminants (F⁺ avec 93 %) et les contenus (H avec 36 %), pour en conclure par une image mentale du corps forte, unifiée et identificatrice appropriée humaine.

A partir de ses deux analyses, nous parvenons à déceler que le diabète n'altère pas la vie psychique du petit enfant ; à saisir que cette maladie ait aucun impact, à prétendre qu'au cours de plusieurs année, près de sept, l'image corporelle de ce garçon soit forte et positive.

II - Discussion des hypothèses

Dans cette deuxième partie, on va s'intéresser essentiellement à la vérification des deux hypothèses formulées au préalable, en s'appuyant sur les deux techniques employées en pratique : l'entretien clinique et le test de Rorschach, effectuées auprès d'enfants diabétiques

1 - Première hypothèse : le diabète altère et trouble l'image du corps de l'enfant. Ce premier point évoque l'hypothèse que le diabète soit une cause de perturbation de certaines représentations mentales, à savoir l'image du corporelle chez des enfants atteints de cette maladie ; à affirmer que l'image du corps diffusée chez ces mêmes enfants soit vraiment négative, mauvaise et perturbée.

D'après les résultats obtenus par le biais de l'entretien clinique et le test projectif, nous arrivons à affirmer cette première hypothèse, qui consiste à ce que le diabète altère cette image du corps, à cet objectif, cette première hypothèse est confirmée par la majorité du groupe d'étude sélectionné.

Parmi les six cas répertoriés, quatre : Amel, Hamid, Wissame et Rayan, mettent en évidence l'énoncé de cette hypothèse ; l'image du corps est perturbée et négative, déterminant que le diabète est source d'altération que les enfants diabétiques ont une image et une représentation mauvaise de leurs corps.

A travers l'analyse des résultats obtenus par les deux techniques utilisées : l'entretien clinique et le test projectif « *le Rorschach* », on a pu affirmer notre hypothèse, en se référant à ces quatre cas.

En premier lieu, Amel a formellement une image du corps négative, perturbée et altérée par sa maladie, durant l'entretien, elle est continuellement sur la défensive ; elle dissimule totalement ses vrais propos sur le changement physique et certaines habitudes que le diabète impose ; elle est incapable d'évoquer quoi que ce soit, les quelques informations qu'elle nous a donné, se combinent avec des comportements qui la contredisent.

On peut donc expliquer cette mauvaise image du corps chez Amel par l'embarras de cette petite fille de parler des changements physiques et des modifications corporelles ; remarquablement elle a honte d'évoquer.

Pour le test du Rorschach suggestif d'une image du corps négative confirmée ; alors que le taux des G (43 %) et celui des H (21 %) sont élevés, entre autre des deux réponses Dbl, près de 14 % ce qui est très élevé, le nombre des H est inadéquat (H - donnée tel un choix négatif -, Hd - Do -,

deux cotées (Hd)), l'absence des K, réprouvent la tonalité d'une image positive et unifiée ; elle est caractérisée par une faiblesse et une insécurité interne due par une angoisse de morcellement : une image du corps négative et perturbée.

Le deuxième cas ; Hamid, qui se caractérise par une image du corps négative et altérée, à l'analyse de l'entretien, le petit enfant a subi beaucoup de conséquences engendrées par le diabète : à commencer par l'insuline qui lui a enlevé beaucoup de choses, des habitudes inhibées et de nouvelles règles à suivre, à retenir aussi les changements physiques et les modifications morphologiques très visibles, une situation difficilement acceptable et tolérée.

Pour ainsi dire que la représentation corporelle du petit Hamid est nettement mauvaise, altérée et perturbée par le diabète, à cause essentiellement des changements et des transformations corporelles et physiques engendrés par celle-ci, et manifestement l'insuline inhibe, et même, a supprimé certains comportements qu'il a l'habitude de faire.

Dans l'analyse de protocole du Rorschach du cas de Hamid, révèle une certaine harmonie avec l'analyse de l'entretien ; sur 13 réponses, 15 % est coté Dbl, un score élevé, à compléter par les H (38 %), si bien que ceci dépasse la norme tracée (12 % - 18 %), les cinq réponses qui sont cotées Hd, infirment cette capacité d'intégrité d'une image du corps humaine unifiée et de s'identifier en tant qu'être complet.

Les réponses banales sont aussi significatives ; 15 %, très peu pour dire que la convention sociale soit vraiment forte et assignée, due nécessairement par problématique de solitude et/ou d'abandon ressenti par ce petit garçon, qui est bien indiqué par les réponses refus (aux planches IV et IX, insinuent nettement la faiblesse interne, l'incapacité à unifier cette image du corps ; une image morcelée et incomplète.

Ensuite, le troisième cas ; Wissame, est encore indifférente des deux cas précédents ; une image du corps perturbée due à l'impact de cette maladie. D'après les informations qu'elle nous a procurées durant l'entretien, Wissame nous évoque pleinement que les changements imposés sont sources de souffrance ; « *un changement ? Il y en a* ».

Selon elle : « *avant la maladie, je suis mince, mais maintenant j'ai pris du poids* », « *surtout les place de l'insuline, mes bras, mes jambes* », avec des propos assez directes et pénibles, elle dit : « *je ne l'aime pas [son corps]* », des indices éloquentes de la perturbation de sa représentation mentale de son corps.

A l'analyse aussi du test de Rorschach, encore, l'image du corps de cette petite fille est perturbée et mauvaise, et cela à travers : le nombre des réponses G (21 %) est inférieur à la norme,

les Dd sont nettement supérieurs à cette normes (14 %). Pour les H sont de trois réponses et d'une qualité fragmentaire (Hd), en plus de l'absence des représentations humaines pures et des réponses de mouvement (K), de même, les banalités sont inférieurs aussi (21 %).

Ce protocole nous rapproche, donc, d'une angoisse de morcellement, nettement représenté par une incapacité d'unification et d'identification et de s'identifier, ainsi, une inadaptation aux conventions sociales due à une problématique d'abandon un aspect significatif du mécanisme d'isolement.

Le dernier cas qui infirme notre hypothèse est un enfant de neuf ans. Durant l'entretien, Rayan nous paraît embarrassé de parler sur sa maladie, et psychologiquement perturbé ; le petit garçon reste furieux face aux changements, soit physiques ou relationnels causés par le diabète, il nous a proclamé sa chute soudaine de poids, les nouvelles règles alimentaires.

En même temps, son état et ses capacités physique qui se détériorent et s'affaiblissent peu à peu et en plus des moqueries des autres enfants de sa maladie, des signes qui prennent une situation d'embarras, et rendent compte de la qualité de l'image du corps : mauvaise et perturbée.

Le protocole de Rayan est aussi assez significatif pour son image corporelle diffusée, principalement négative : en principe, la seule l'association des G et H, rattaché aux peu des réponses H (17 %) ; deux réponses figuratives - (Hd) et Hd -, comme on remarque, surtout, l'absence des réponses humaines pures, en plus, des kinesthésies.

Des indices dévoilant sur la qualité de l'image corporelle de ce cas, incluant ainsi une certaines incapacité à réincarner, et surtout l'incapacité unificatrice de cette entité, à identifier des représentations purement humaines, et même à s'identifier à autrui ; soit une image du corps négative, mauvaise et perturbée.

Entre temps, les deux cas restants ; Katia et Massi, ont la caractéristique d'une image du corps saine et positive. Pour le cas de Katia, cette notion d'image du corps diffusée est nettement illuminée comme étant positive, à savoir que le diabète n'a aucun impact sur son état psychologique.

À prendre repère de ses propos durant l'entretien, elle nous détaille avec assurance a surmonté rapidement sa maladie et surtout le traitement : « *je me suis habituée* », en plus, soit, l'atteinte n'a encore pas engendré de complications visibles ou de modifications corporelles considérables : « *mon corps est en plein énergie ; je suis en forme* », « *je n'en pense pas d'être changée* ».

Pour le Rorschach, le protocole de cette petite fille nous paraît significativement adéquat à son entretien ; à travers l'organisation de ces réponses, annonçant que l'image du corps est nettement positive : les G avec 43 %, les H avec 57 %, les réponses banales avec 28 %, pour rajouter, les combinaisons entre G et H sont conformes à quatre liaisons, ce qui nous clarifie que cette image est unifier et intégré, et positive identifiée par les F⁺ avec 89 %.

L'autre cas ; Massi, diffuse une image du corps positive, configurée par les deux techniques utilisées. Pour l'entretien clinique, il nous déclare qu'il est diabétique depuis sept ans, d'après ses propos, au début, le petit garçon nous évoque la difficulté rencontré pendant la période qui suit le diagnostique du diabète, à savoir il est difficile de la gérer et de l'appréhender, surtout le traitement.

Au fil des années, Massi s'habitue à sa nouvelle situation et à sa maladie, il finit par tolérer et assimiler l'efficacité de l'insuline, et d'accepter sa nouvelle circonstance, accommodant ainsi aux complications de s'atténuer et même de disparaître, des propos qui nous introduisent à comprendre que l'enfant franchit la phase d'acceptation, et à surpasser sa maladie.

Affirmé aussi par le test du Rorschach, le protocole de Massi est énonciateur d'une image du corps positive, et cela à travers essentiellement le taux des G (75 %), des H (42 %) et des banalités (67 %), qui sont élevés, en plus de la triple combinaison des G, H et Ban aux planches II,III et IV, ainsi remarquablement le score du F⁺ 93 %, pour en conclure par une image mentale du corps forte, unifiée et identificatrice appropriée humaine.

2 - deuxième hypothèse : le diabète stimule le sentiment de frustration ; l'enfant diabétique ne tolère guère d'être différent des autres enfants non atteints, soit des aptitudes, conscientes, de divergence et d'un état physique et/ou psychique distingué des enfants saints ou non atteints de cette maladie ; des sentiments d'écart et de disparité.

Parmi les six cas présentés, la moitié s'inscrit dans cette sphère ; à identifier aux cas d'Amel, Wissame et Rayan, affirment notre deuxième hypothèse ; les enfants diabétiques proclament principalement un sentiment de colère et répriment cette différence qu'il en existe.

Particulièrement, les changements et les complications diabétiques soient remarquablement distinctifs ; les transformations corporelles et les changements dans les compétences physiques ont un impact direct sur l'appréhension de l'enfant et sur l'aperçu de lui-même, sur ses sentiments, une conscience de la différence qu'il en a avec d'autres enfants saints, s'accumulant aux sentiments d'irritabilité et d'intolérance face à cette distinction.

Durant l'entretien, Amel falsifie ses vrais propos, la différence qu'il en existe entre ses semblables « *je n'en pense pas d'être différente des autres filles* », mais, en contre partie, elle fini

par avouer l'impact du diabète, le traitement et ses conséquences sur elle : « *le problème c'est l'insuline* » ; « *ça me paraît une punition* », « *il y a un changement après l'atteinte, justement que c'est les parties sur lesquelles ils m'injectent l'insuline* ».

Des propos significativement liés à l'état diabétique que cette petite fille codifie comme étant des injures injonctives de différence, qui nous apprennent sur son fonctionnement ; elle se situe dans la catégorie des enfants diabétiques ayant ce sentiment d'irritabilité.

Le diabète est une maladie gravement dégénérative, qui altère le physique comme le psychique, remarquablement, lié à des sentiments de différence, que Wissame ressent à travers les conséquences et changements engendrés par le diabète.

D'une allure frustrée, elle déclare, lors de l'entretien où on l'a interrogé sur son corps : « *non. Je ne l'aime pas* », puisqu'elle se sent faible par rapport aux autres enfants et incomparable ; « *je ne pourrais jamais jouer avec eux* », une différence qui la diverge des autres enfants non diabétiques, une affirmation qu'elle n'a pas tolérée la différence que le diabète impose.

Le diabète converti Rayan à une situation d'irritabilité et des sentiments attributifs de colères et de rancune que sa maladie le distingue des autres enfants ; premièrement, par les changements causés par cette atteinte sur la nutrition : « *je ne peux pas manger ce que je veux* », mais aussi, sur l'aspect physiologique : « *j'ai perdu du poids et j'ai maigri* ».

Deuxièmement, la maladie elle-même est source de frustration ; une persuasion de la différence de l'état de santé : « *parce que je suis malade, je ne suis pas comme eux* » ; « *lorsqu'on joue ensemble, je m'affaiblis et je me fatigue rapidement* », « *ils me méprisent, et ils m'embêtent un peu, lorsqu'on joue tous ensemble et alors que je ne puisse pas continuer, ils m'énervent* ».

Pour l'autre moitié, qui réunit les cas de Katia, Hamid et Massi s'inscrivent à part, infirmant l'hypothèse énoncée. Le cas de Katia n'estime pas être différente, certes, parce que son entourage ne lègue pas de signifiants de divergence ; « *ils m'aident vraiment* », « *ils ne reflètent pas que je suis différente* », par assurance et confiance qu'elle a, la rendent consciente de ce fait ; la seule différence approuvée donne sur le mode nutritionnel : « *ils mangent ce qu'ils veulent* ».

Mais à l'occasion de ce changement, elle le voit d'un autre angle ; elle nous fait comprendre qu'elle a une chance, plus ou moins, d'être diabétique : « *je crois que je suis chanceuse, puisque je mange des trucs adaptés à ma maladie, que mon entourage m'apporte de France* ».

Pour ce petit garçon, sa maladie ne lui approuve pas ces sentiments d'irritabilité, qui le rapporte à ne pas tolérer la différence qu'il en existe avec ses pairs, mais d'une situation

d'indifférence aux enfants non atteints ; « *je ne pense pas que suis différent, je suis comme les autres enfants* » ; parce que, soit, il se voit compétant et membre d'un groupe sportif, soit, les autres enfants s'en blasent et nettement indifférents à sa maladie ; « *je n'ai aucune impression d'être différent à leurs yeux* », entre autre, Hamid ne se prive pas d'avouer qu'en classe, rien ne l'empêche de suivre ses cours ; « *j'oublie totalement ma maladie* ».

Donc, pour ce cas, le sentiment de colère et d'irritabilité qui rend l'enfant diabétique conscient des distinctions et des différences avec les autres enfants sains, ne figure pas dans les caractéristiques psychiques de ce petit Hamid.

Dès les premiers instants qui suivent le diagnostic de sa maladie, Massi est soutenu et bien entouré : « *ils m'aident beaucoup* », « *ils font de leur mieux pour me satisfaire* », « *ils m'apportent un grand soutien* ». Soit encore, les années endurées avec cette maladie se conquièrent comme étant des expériences perçues positivement ; « *maintenant, je vis normal, comme si je ne suis pas malade* », « *je me suis habitué* » ; « *normale, je suis comme les autres garçons* ».

Deux points qui l'inscrivent dans la sphère positive ; chose qui détermine que l'enfant n'a pas ce sentiment qui le relie à la frustration d'être différent, mais une persuasion totalement d'indifférence.



**Conclusion
générale**

Conclusion générale

En conclusion, ce travail de recherche fait de sorte que, en premier lieu, nous enrichissons nos connaissances théoriques, mais aussi pratiques, et, en deuxième lieu, d'appréhender l'ampleur de l'incidence des maladies chroniques sur le psychisme, les représentations mentales ; l'image corporelle.

Cet objectif qui est orienté vers l'étude de l'image du corps des enfants atteints de diabète ; à savoir que les changements et les transformations au niveau corporel et physiologique ont un impact visible sur l'aspect psychologique de ces enfants.

Le groupe de recherche choisit qui comporte trois garçons et trois filles, est un point de référence et un cadre d'attribution à la vérification des hypothèses et en pratique d'en arriver aux objectifs de notre travail.

Les deux hypothèses énoncées demeurent affirmatives : sur un rapport de quatre sur six, sur la majorité des cas répertoriés ; Amel, Hamid, Wissame et Rayan, notre première hypothèse s'avère confirmée ; les enfants diabétiques ont une mauvaise image du corps diffusée, soit perturbée ; négative, donc le diabète altère leurs représentations d'eux-mêmes.

En deuxième partie, la seconde hypothèse, qui identifie la qualité des sentiments qu'ont ces enfants d'eux-mêmes en tant que diabétiques ; le sentiment de frustration qui est dû par l'intolérance suite à la différence et la distinction face aux autres enfants non atteints, s'avère indifférente à la limite : avec le cas d'Amel, Wissame et Rayan, où ils figurent un sentiment d'intolérance à la différence et même aux changements véhiculés par le diabète.

En outre, les informations recueillies durant l'entretien clinique semi-directif, ainsi que les résultats obtenus lors de la passation du test du Rorschach, nous permettent d'affirmer nos hypothèses, et du côté, nous pouvons généraliser nos deux analyses à l'ensemble des enfants souffrants du diabète ; en vu que l'image du corps des enfants diabétiques est altérée et négative, avec une certaine allure d'intolérance de l'émergence des changements et des transformations corporelles.



La bibliographie

OUVRAGES

- A**
- ANZIEU D. (1985) : « *Le moi peau* », Paris, Dunod.
ANZIEU D. (1995) : « *Le moi peau* », Paris, Dunod.
ANZIEU D. (1961) : CHABERT (C) : « *Les méthodes projectives* », Paris, PUF.
ANZIEU D., CHABERT C. (2004) : « *Les méthodes projectives* », 2^e édition, Paris, PUF.
ARLOND B., IRELAND J. (1981) : « *Atlas en couleurs du diabète* », Paris, Maloine.
ASPAR J. (2004) : « *Pédiatrie* », Belgique, De Boeck.
- B**
- BALLOUARD C. (2003) : « *Le travail du psychomotricien* », Paris, Dunod.
BARDIN L. (2003) : « *L'analyse de contenu* », 11^e édition, Paris, PUF.
BARE B., SMELTZER S. (2011) : « *Soins infirmiers en médecine et chirurgie* », 5^e édition, Bruxelles, De Boeck.
BAUDIER A., CELESTE B. (2004) : « *Le développement affectif et social du jeune enfant* », Nathan/S.E.J.E.R, Paris.
BEIZMANN C. (1966) : « *Livret de cotation des formes dans le Rorschach* », Paris, Centre de Psychologie Appliquée (CPA).
BELHADJ M. (2005) : « *guide de diabétologie* », Algérie, Comité Médical National de Diabétologie.
BENKHELIFA M., SI MOUSSI A. et coll. (2004) : « *psychologie et projection : production et banalités au rorschach en Algérie* », vol 10.
BENONY H., CHAHRAOUI KH. (1999) : « *L'entretien clinique* », Paris, PUF.
BENONY H., CHAHRAOUI KH. (2003) : « *Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique* », Paris, Dunod.
BERNALD P. (1977) : « *Sémiologie psychiatrique* », Paris, Edition Bréal.
BERNAUD J.L. (1998) : « *Les méthodes d'évaluation de la personnalité* », Paris, Dunod.
BERUBE L. (1991) : « *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement* », Montréal, Éditions de la Chenelière.
BEYELER S. et coll. (2006) : « *L'image corporelle, un concept de soins ISC image corporelle* », direction des soins infirmiers, hopitaux universitaires de Genève.
BIOY A. et all. (2002) : « *Manuel de psychologie du soin* », Paris, Edition Bréal.
BOUCHE G. et all. (2004) : « *Module 1 (DCEM- Epreuves Classements Nationales)* », De Boeck Supérieur.
BRACONNIER A. (2006) : « *Introduction à la psychopathologie* », Paris, Masson.
BUYSSCHAERT M. (2006) : « *Diabétologie clinique* », 3^e édition, De Boeck.
BUYSSCHAERT M. (2011) : « *Diabétologie clinique* », 4^e édition, De Boeck, Supérieur.
- C**
- CASTREDE M.F. (2003) : « *Introduction à la psychologie clinique* », Paris, édition Belin.
CHABERT C. (1998) : « *psychanalyse et méthode projective* », Paris, Dunod.
CHABERT C. (2004) : « *psychanalyse et méthode projective* », Paris, Dunod.
CHABERT C. (2012) : « *Le Rorschach en clinique adulte* », 3^e édition, Paris, Dunod.
CHICOURI M.J. (1983) : « *Le diabète* », Paris, Masson.
CUPA D., WEIL-BRAIS A. (2008) : « *100 fiches de psychologie* », Paris, Bréal.
- D**
- DAMIENS-DELLOYE B. (1985) : « *Diabète et nutrition* », Paris, Vigot.
DOLTO F. (1984) : « *L'image inconsciente du corps* », Paris, Edition du Seuil.
DOUGET F. (2000) : « *De la passivité à la gestion active du traitement de sa maladie* », Paris, édition l'Harmattan.
DUMAS J.E. (2002) : « *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* », De Boeck, Bruxelles.
- E**
- EDMOND M. (2005) : « *Psychologie de l'identité* », Paris, Dunod.
ENGRS M. (1997) : « *initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines* », casbah, université d'Alger.
- F**
- FISHER G.N. (2002) : « *traité de la psychologie de la santé* », Paris, Donud.
FREUD S. (1920) : « *Au delà du principe eu plaisir* », Paris, Payot.

FREUD S. (1923) : « *Le Moi et le Ça* », Paris, Payot.

FREUD S. (1987) : « *trois essais sur la théorie de la sexualité* », 3^e Edition, Paris, Gallimard.

FRIEDMAN S. (1999) : « *Diabète insulino-dépendant, stress et troubles psychiatriques* », Paris, C.M.M.E, hôpital Sainte Anne.

G GEOFFROY L., GONTHIER M. (2003) : « *Le diabète chez l'enfant et l'adolescent* », Montréal, hôpital sainte-justine.

GERARD S. (2006) : « *Diabétologie Clinique* », Paris, De Boeck.

GRAS D. (2009) : « *Santé et équilibre de vie des frères et sœurs d'enfant atteints de maladies chroniques* », édition Médecine, université de Nantes.

GRIMALDI A. et all. (1987) : « *Le diabète et les hypoglycémies* », Paris, Edition Médicales Internationales (EMI).

GRIMALDI A. (2005) : « *Traité de diabétologie* », tome 1, Paris, édition Flammarion Médecine-sciences.

GRIMALDI A., HARTEMANN-HEURTIER A. (2009) : « *Guide pratique du diabète* », 4^e édition, Paris, Elsevier, Masson.

GRIMALDI A., HARTEMANN-HEURTIER A. (2013) : « *Guide pratique du diabète* », 5^{ème} édition, Paris, Elsevier, Masson, août 2013.

H HAYNAL A. et all. (1997) : « *Médecine psychosomatique, perçus psychosociaux* », 3^e édition, Paris, Masson.

HENNEN G. (2001) : « *Endocrinologie* », De Boeck université.

K KREMP L. collectif (2007) : « puériculture et pédiatrie », France, Lamarre.

KHIATI M. (1993) : « *le diabète sucré chez l'enfant* », Alger, OPU.

L LACAN J. (1966) : « *Le stade du miroir comme formation de la fonction du je* », Écrits I, Paris, Le Seuil.

LACROIX J. et all. (2007) : « *Urgences et Soins intensifs pédiatriques* », Québec.

HERMITTE J. (1998) : « *L'image de notre corps* », Paris, Harmattan.

LUBETZKI J. et all. (2005) : « *Endocrinologie et maladies métaboliques* », Paris, édition Flammarion.

M MAREAU C., VANEK A. (2004) : « *L'indispensable en psychologie* », France, Edition Studyrama.

MELOUPOU J.P. (2013) : « *Manuel de psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent* », Paris, édition l'Harmattan.

MENAT E. (2005) : « *la diététique du diabète* », France, Alpen, 2005.

MORIN C., THIEBIERGE S. (2004) : « *L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse* », L'Évolution psychiatrique.

MORIN N.H., PERLEMUTER G. (2002) : « *Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition* », 4^e édition, Paris, édition Estem.

MORON G.S. (1987) : « *la psychiatrie de l'enfance* », vol. 30 à 31, France, Presse Universitaire de France (PUF).

MUCCHIELLI A., PAILLE P. (2005) : « *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* », Paris, Armand Colin.

N NADAL L.A. (2006) : « *Françoise DOLTO et l'image inconsciente du corps* », Belgique, De Boeck.

NASIO J.D. (2007) : « *Mon corps et ses images* », Paris, Payot.

P PERLEMUTER L., COLLIN de l'HORTET G., SELAM J.L. (1987) : « *Diabète et maladies métaboliques* », Paris, Masson.

PERLEMUTER L., COLLIN de l'HORTET G., SELAM J.L. (2000) : « *Diabète et maladie métabolique* », 3^e édition, Paris, Masson.

PEDINIELLI J.L. (1994) : « *Introduction à la psychologie clinique* », Paris, Nathan.

PEDINIELLI J.L. (2005) : « *Cours de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (psychologie des maladies somatiques)* », Paris, IED.

PIREYRE W. (2011) : « *Clinique de l'image du corps du vécu au concept* », Paris, Dunod.

PONTALIS J.B. (1971) : « *Nouvelle revue de psychologie* », Paris, Gallimard.

POPELIER M. (2006) : « *le diabète* », Paris, le clavier bleu.

- R** REUCHLIN M. (1968) : « *les méthodes en psychologie* », Paris, PUF.
- S** ROMAN P. (2006) : « *Les Epreuves projectives dans l'examen psychologique* », Paris, Dunod.
- SCHILDER P. (1968) : « *L'image du corps* », Paris, Gallimard.
- T** SPERANDO J.C. (1983) : « *L'ergonomie du travail mental* », 2eme édition, Paris, Masson.
- SPRUMONT P., THIEBAULD CH.M. (1997) : « *l'enfant et le sport : introduction à un traité de médecine du sport chez l'enfant* », Belgique, De Boeck.
- V** VANIER A. (2005) : « *Élément d'introduction à la psychanalyse* », Paris, édition Armand Colin.
- W** WALLON H. (1934) : « *Les origines du caractère chez l'enfant, les préludes du sentiment de personnalité* », Paris, Boivin.
- WALLON H. (1987) : « *Les origines du caractère chez l'enfant* », Paris, PUF.

DICIONNAIRES

- D** DELAMARE G. (2009) : « *Dictionnaire illustré des termes de médecin* » Malouine, Edition Elsevier, Masson.
- DORON R., PAROT F. (2008) : « *Dictionnaire de psychologie* », Paris, Quadrige, PUF.
- DUBOIS C. (1977) : « *Encyclopédie Alfabétique Larousse, OMNIS* », paris, Larousse.
- G** GIRAC-MARINIER J. (2013) : « *Le petit Larousse 2014* », Paris, Larousse.
- M** MARC M. (2007) : « *Encyclopédie Médicale Larousse* », Paris.
- Q** QUEVAUVILLIERS J. (2007) : « *Dictionnaire médicale* », Paris, 5eme Edition Masson.
- Y** YBERT E. et all. (2001) : « *Petit dictionnaire Larousse de la médecine* », 2^{ème} édition, Paris, Larousse Bordas.

THESES

- A** AUTOMNE E. (2006) : « *Approche psychologique et clinique des maladies somatiques* », septembre, Paris 13.
- B** BENRABAH Z., BORDJAH S. (2014) : « *L'image du corps chez les adultes diabétiques* », université de Bejaia, psychologie clinique.
- D** DARNAC C. (2008) : « *L'adolescent face à l'annonce d'un diabète de type 1* », Institut de Formation en Soins Infirmiers, Saint Antoine 184 rue du Faubourg Saint Antoine, Paris, 04-09-2008, [25-12-2014 à 18:21].
- DOMON T.A. (2010) : « *Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du diabète chez l'enfant et l'adolescent* », université de Bamako, Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 07-08-2010, [25-02-2015 à 19:58].
- DUPRAT E. (2007) : « *Relation au corps sensible et image de soi* », université moderne de Lisbonne, Psychologie clinique et pathologique, [25-12-2014 à 18:11].
- C** CLAUDEL S. (2012) : « *étude clinique et projective de la représentation de soi chez des adolescents ayant un frère / une sœur autiste* », université de Lorraine, Psychologie clinique et pathologique, ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr [29-12-2014 à 14:29].
- J** JOUZIER E. (2007) : « *Diabète et philatélie : historique* », Bordeaux Université Victor-Segalen.
- M** MANNA F., TERUYA TERAN S. (2013) : « *dessine-moi ton diabète* », Genève, Haute école de santé, Soins infirmiers, [07-01-2015 à 21:14].
- S** SANGLADE A. (1983) : « Image du corps et image de soi au Rorschach », Psychologie Française : Techniques Projectives II 1983 ; 2 :104-11.

- V
VIDEAU J. (2013) : « *Des médiateurs pour solliciter l'image du corps : Expériences auprès d'enfants porteurs d'un handicap moteur* », Université de Bordeaux Segalen, Institut de Formation en Psychomotricité, Juin 2013, <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00868540> [12-04-2015 à 14:38].

ARTICLES

- B
BICK E. (1968) : « *The experiences of the skin in early object relations* », trad. : « *L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces* », International Journal of Psychoanalysis, 49, 484.
- BRINK S.J. (2001) et all. : « *Le diabète de l'enfant et de l'adolescent* », Danemark, Novo Nordisk, l'International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), www.changingdiabetesaccess.com, [16-05-2015 à 14:43].
- C
CHAKIB M. (2011) : « *Prévalence du diabète en Algérie* », magazine mensuel de la santé, Alger, Média Pub Santé (MPS), N°1 décembre 2011, p 31, www.santémag-dz.com/nv/pdf/santé-mag-n01.pdf [06-01-2014 à 13:26].
- CHO N.H. et coll. (2013) : « *ATLAS du DIABÈTE de la FID* », 6^e édition, la Fédération Internationale du Diabète (FID), www.idf.org/diabetesatlas, ISBN : 2-930229-80-2 [15-01-2015 à 18:19].
- D
DEBRAY R. (2003) : « *Réflexions actuelles à propos d'un cas de diabète insulino-dépendant apparu à quatre ans* », 1-N° 23, Paris, PUF.
- H
HARCHA M. (2012) : « *Diabète en Algérie* », magazine mensuel de la santé, Alger, Média Pub Santé (MPS), N°4, Mars 2012, p 32, www.santémag-dz.com/PDF/n4/santé-mag-n04.pdf [09-01-2015 à 19:07].
- J
JOURDAIN-MENNINGER D., LECOQ G., MOREL A. (2012) : « *Evaluation de la prise en charge du diabète* », l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), (RM2012-033P), avril 2012, www.igas.gouv.fr [30-12-2014 à 18:10].
- L
LEVY-MARCHAL C. et coll. (2007) : « *Maladies chroniques et Traumatismes : Surveillance épidémiologique du diabète de l'enfant* », Paris, DIADEIS, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), novembre 2007, www.invs.santé.fr [29-12-2014 à 10:21].
- M
MOREL D. (1981) : « *Démentions psychologique du diabète* », in Can. FAM. Physician, Vol 27.
- R
REIS A.M. (2009) : « *éducation et reconnaissance chez Françoise Dolto* », *Enfant, Famille, Génération* (EFG), revue internationale de recherche et de transfert, N° 11, p103-123, 2009, www.Efg.inre.ca [03-02-2015 à 09:54]
- RICARD-MALIVOIR S. (1999) : « *Perception et compréhension du diabète insulino-dépendant et de son traitement par l'enfant de 2 à 12 ans* », *Revue Médecine Pratique*, vol 25 N°1- Mai, 1999.
- S
STAVROU L., SARRIS D. (1997) : « *Etude de l'image du corps chez les sujets ayant un handicap moteur dans l'épreuve projective du Rorschach* », *revue européenne du handicap mental*, 16(4) :19-28, SNAPEI, 1997, www.rfdi.org/xp-content/up loads/2013/06/STAVROU-n16.pdf [04-02-2015 à 19 :06]

COLLOQUES

- BONTEMPS R., CERISIER B., CHERBONNIER A., TREFOIS P. (2005) : « *Représentations de la Santé et de la Maladie* », Bruxelles, l'ASBL Question Santé et la Commission Communautaire Française, le 12 décembre 2005, www.questionsante.org, N° spécial 2006 [05-02-2015 à 21:40].

CITES INTERNETS

- ONG, Santé Diabète, le diabète en chiffres, 11-04-2014, www.Santé diabète.org/Fr/le-diabète-en-chiffres, [02-01-2015 à 17:36].
- 11 OMS : Organisation Mondiale pour la Santé (consulté le 31/01/2012) <http://www.who.int/about/fr>
www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=REPER_017_0003, Paul Schilder.



Les annexes

Annexes I
Les planches du Rorschach

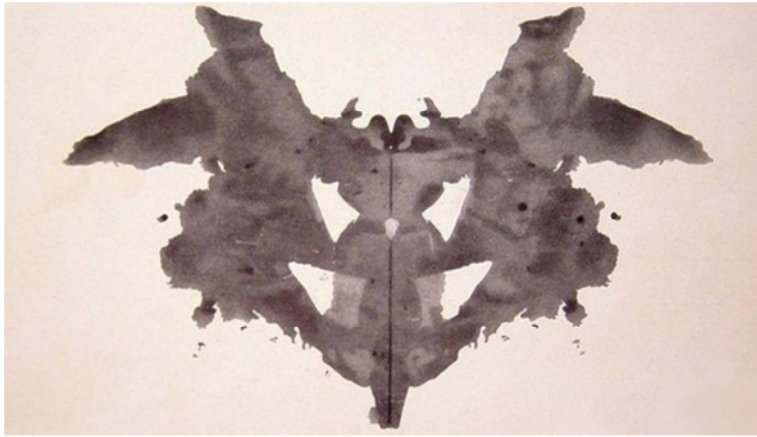


Planche I

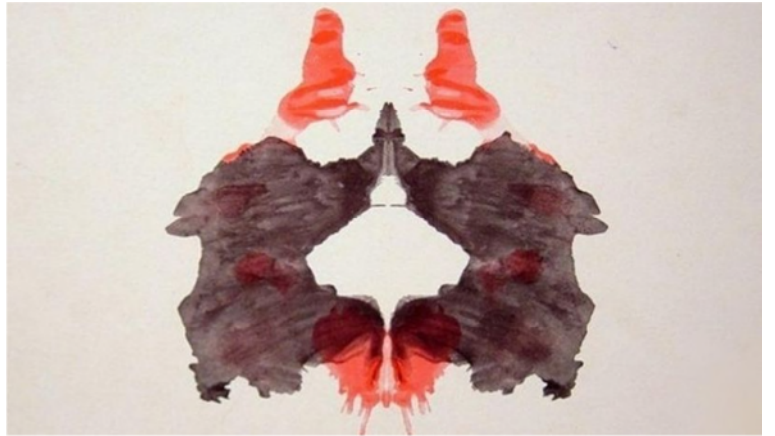


Planche II



Planche III



Planche IV

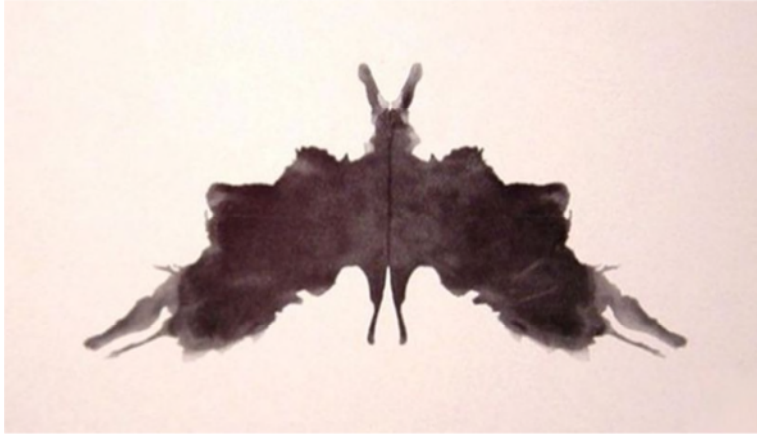


Planche V

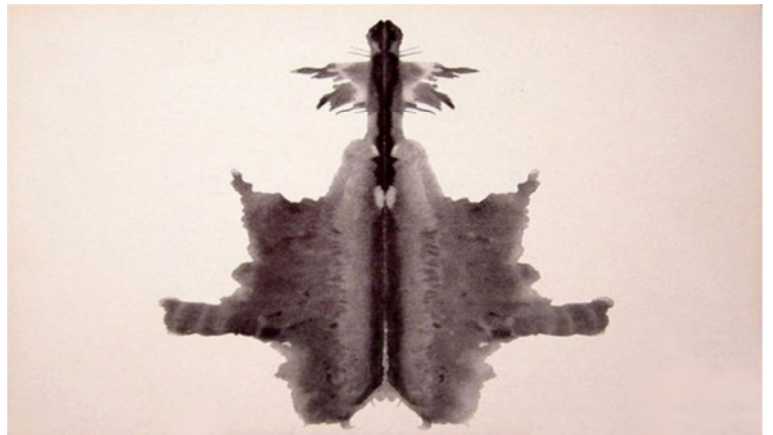


Planche VI



Planche VII



Planche VIII



Planche IX



Planche X

Annexes II

Guide d'entretien

Guide d'entretien N° :

Axe I : Les informations personnelles

Nom (pseudo) :

Age :

Sexe :

Niveau de scolarisation :

Nombre et position dans la fratrie :

Axe II : santé et diabète

1 - Pouvez-vous me dire depuis quand vous êtes diabétique ?

2 - Souvenez-vous des premiers signes d'apparition de votre maladie ?

3 - Pouvez-vous me dire comment on a découvert votre maladie ? Par qui ?

4 - Pouvez-vous me raconter comment était votre réaction vis-à-vis aux résultats du diagnostique ?
Comment on a procédé à l'administration des traitements ?

5 - A présent, comment vous viviez votre diabète et les traitements qui y sont destinés ?

6 - Souffrez-vous d'une autre maladie que le diabète ? Si oui la/les quelles ?

Axe III : la représentation de l'image du corps

7 - Pouvez-vous me parler de votre corps avant l'apparition de votre maladie ?

8 - Actuellement, comment vous pouvez me décrire votre corps ?

9 - Pensez-vous que le diabète est responsable dans la modification de votre corps ? Y-t-il un changement après votre diabète ?

10 - Pourriez-vous m'indiquer quelle(s) est (sont) la(les) partie(s) concernée(s) ?

11 - Pensez-vous que vous êtes différent(e) des autres enfants ? Comment vous vous considérez par rapport à eux ?

Axe IV : relationnelle

12 - Pouvez-vous me parler de vos relations familiales avant la maladie ?

13 - Pouvez-vous me décrire ces relations, aujourd'hui, après votre maladie ? Sont-elles changées ?

14 - Pouvez-vous me préciser à quelle période de l'année scolaire a surgit votre maladie ?

15 - Pensez-vous que votre maladie a un impacte sur vos études et de suivre en classe ? Y-a-t-il des difficultés rencontrées au sein de l'établissement et au niveau de l'enseignement ; des cours ?

16 - Pouvez-vous m'évaluer vos relations avec vos camarades, vos amis et autres enfants avant la maladie ?

17 - Actuellement, pouvez-vous me décrire les relations avec les élèves ? Pensez-vous qu'elles se sont changées après l'avènement de votre maladie ? Est-ce qu'ils vous considèrent différent(e) ?

18 - A l'école, pouvez-vous me décrire vos relations avec vos enseignants(es) ?

19 - Est-ce qu'elles - les relations - se sont changées après qu'ils (elles) ont appris la nature de votre maladie ? Comment ?

20 - pouvez-vous me parler de l'implication de votre entourage - famille, enseignants(es) et autre - la compréhension et l'aide qu'on vous apporte ?

Axe V : le quotidien et projection à l'avenir

21 - voulez-vous me faire part de vos activités en dehors de l'école ? Qu'est-ce que vous aimerez le plus faire ?

22 - Avez-vous des ambitions, projets à réaliser à l'avenir ? Lesquels ?

23 - Quelle est votre vision de votre avenir vis-à-vis du diabète ? Pourriez-vous m'expliquer comment ?

Il est admissible que certaines entités psychologiques s'influencent, se captivent ou s'altèrent, en principe, par certaines maladies et complications physiologiques. Notre recherche ci présente, se rapproche des enfants, essentiellement, atteints de diabète, à concevoir que certaines représentations psychiques se répriment ; « l'image du corps chez les enfants diabétiques ».

Remarquablement, le diabète, comme toutes les maladies physiques et chroniques, est énonciatrices de perturbations, éventuellement, des représentations mentales du corps, à savoir l'image du corps. En l'occurrence, l'objectif est d'en clarifier ce point – cité ci-dessus –, à travers des hypothèses émises au préalable :

- l'image du corps d'un enfant diabétique est mauvaise et perturbée, et donc le diabète l'altère.
- l'enfant diabétique éprouve un sentiment d'intolérance d'être différent des autres enfants non atteints.

Sur la persuasion d'en vérifier la fiabilité de nos hypothèses, deux instrument de recueilles de données et d'informations sont mises en évidence ; l'entretien semi-directif et un outil complémentaire référencié par un test projectif : le Rorschach.

Sous un engagement, nous sommes rapprochés au près du C.H.U. de Bejaïa, où nous avons sélectivement approprié six cas – par un profile bien déterminé – parmi les nombreux enfants diabétiques.