



*Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Sociales
Département Sciences Sociales*

Mémoire De Fin cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

THÈME

L'image du corps chez les adolescentes diabétiques
et la stabilisation du diabète

Etude clinique de 05 cas réalisés à l'EPH d'Akbou

Réalisé par :

Mr YAYA Said.

Mlle BENADJAOU khelidja.

Encadré par :

Mme DOUAKH Alima.

Année universitaire

2017 / 2018.

Remerciment

Tout d'abord, nous tenons à remercier chaleureusement Notre encadreur M^e DOUAKH. Alima, pour sa disponibilité, ses orientations et ses conseils qui nous ont aidés à la réalisation et à l'achèvement de notre projet.

Nous adressons également nos sincères remerciements, aux membres de jury qui nous feront l'honneur de juger ce modeste travail. Ainsi qu'à toutes les personnes, qui par leur présence, leurs paroles et leurs conseils ont suscité en nous la force et le courage de persévérer et de continuer notre parcours.

Nous tenons ainsi, à remercier l'ensemble du personnel de l'hôpital public d'Akbou et toute l'équipe du service de pédiatrie. Surtout, un grand merci pour notre psychologue M^{ME} BENACFOU ATIKA, pour son accueil, pour ses qualités humaines, pour son implication durant toute la période du stage.

Nos plus vifs remerciements sont destinés à notre groupe de recherche, les adolescentes diabétiques, qui ont répondu présentes.

Nous remercions, nos très chers parents, qui ont fait preuve de patience durant toutes nos années d'études, à nos frères et sœurs. Ainsi qu'à tous nos amis.

A tous nous présentons nos remerciements, notre respect et notre gratitude.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail en premiers lieux, à mes chers parents qui m'ont encouragé dans mes études, pour leurs compréhensions et leurs soutiens.

A mes frères et sœurs.

A tout mes proches, mes amies et a tout ce qui ont contribués à la réalisation de ce travail.

Merci.....

Said

Dédicace

J'adresse ma sincère dédicace :

A toute ma famille, Mon père, mes frères et sœurs qui m'ont soutenue, et encouragée tout au long de mon parcours. Sans oublier ma très chère grande mère, a qui, je suis très reconnaissante de ses vœux les plus précieux. Que dieu les protèges.

A la mémoire de ma très chère Maman

Qui est partie très top. Aussi loin qu'elle soit, j'espère qu'elle appréciera cet effort consenti. Cette pensée, est une preuve de reconnaissance de la part de sa fille, qui a toujours prié pour le salut de son âme, puisse dieu, l'avoir en sa sainte miséricorde.

Je dédie ce travail, A mes amis et à tous ceux qui me sont très chers.

BENADJAOU khelidja.

Liste des abréviations

....	Temps de réflexion	F [±]	Forme indéterminée
∧	Position initiale	FC	Forme-couleur
∨	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 irréal, surnaturelle ou légendaire
Ban	Réponse banale (Banalité)	Hd	Réponse détail humaine
Bot	Botanique	(Hd)	Réponse détail humain irréal
C	Couleur pure	K	Kinesthésie humaine
C'	L'utilisation du noir et du gris	kan	Kinesthésie animale
CF	Couleur – forme	min	Minutes
E.P.H	Etablissement public hospitalier	Obj	Objet
Clob	Clair – obscur	O.M.S	Organisation mondiale de la santé
ClobF	Clob – forme	Pays	Paysage
Crit. Obj	Critique objective	PI	Planches
D	Réponse grande détail	Rép	Réponse
Dbl	Réponse grande détail dans le blanc	Rép.Orig	Réponse originale
Dd	Réponse petit détail(rare)	Retrnm	Retournement
Ddbl	Réponse petit détail dans le blanc	s	Secondes
Descrp	Description	S.H.P	Service d'hospitalisation pédiatrique
DID	Le diabète insulino dépendant	T	Temps
DNID	Le diabète non insulino dépendant	T.t	Temps total
Do	Détail oligophrène ou inhibitoire	T/Pl	Temps par planche
E	Estompage	T/Rép	Temps par réponse
Elem	Élément	T.L.M	Temps de latence moyen
Eq. Choc	Equivalent choc	T. App	Type d'appréhension
F	Réponse déterminée formellement	T.R.I	Type de résonance intime
F ⁺	Forme positive		
F ⁻	Forme négative		

Liste des tableaux

1- Tableau N° 1 : les caractéristiques de la population d'étude.....	57
2- Tableau N° 2 : la présentation des effectifs, matériels et locaux du S.P.H	58
3- Tableau N° 3 : les catégories du contenu selon Beizmann	72
4- Tableau N° 4 : la liste des réponses banales.....	73
5- Tableau N° 5 : la représentation des réponses banales en Algérie.....	74
6- Tableau N° 6 : le protocole de Rorschach du cas de Yasmine.....	84
7- Tableau N° 7 : le psychograme du cas de Yasmine.....	84
8- Tableau N° 8 : le protocole de Rorschach du cas de Selma.....	93
9- Tableau N° 9 : le psychograme du cas de Selma.....	94
10- Tableau N° 10 : le protocole du Rorschach du cas de Amel.....	101
11- Tableau N° 11 : le psychograme du cas de Amel.....	103
12- Tableau N° 12 : le protocole de Rorschach du cas de Nina.....	109
13- Tableau N° 13 : le psychograme du cas de Nina.....	111
14- Tableau N° 14 : le protocole de Rorschach du cas de Sarah.....	117
15- Tableau N° 15 : le psychograme du cas de Sarah.....	119

Sommaire

Introduction

Le cadre général de la recherche

Problématique et hypothèses -----	3
Les objectifs du choix de thèmes -----	9
Définition et opérationnalisation des concepts -----	9

La partie théorique

Chapitre I : Le diabète.

Préambule

1-Histoire du diabète -----	11
2-Définition du diabète -----	12
3-Classification du diabète -----	12
3-1 Diabète insulino-dépendant-----	13
3-1-1 les signes et les symptômes -----	13
3-1-2 les causes-----	13
3-2 Diabète non insulino-dépendant -----	14
3-2-1 Les signes et les symptômes -----	14
3-2-2 Les causes -----	15
3-3 Autres types de diabète -----	15
4- Les complications du diabète insulino-dépendant -----	16
4-1 Les complications aiguës -----	16
4-2 Les complications infectieuses -----	16
4-3 Les complications chroniques -----	17
5- La prise en charge du diabète -----	18
5-1 Le traitement du diabète insulino-dépendant -----	18
5-2 Le traitement du diabète non insulino-dépendant -----	20
6- L'observance thérapeutique-----	21
7- Le vécu psychologique du diabète -----	22

Conclusion

Chapitre II : L'adolescence

Préambule

1- Histoire de l'adolescence -----	26
2- Définition de l'adolescence -----	26
2-1 Définition contemporaine -----	26

2-2 Selon l'OMS -----	27
3- Les étapes du développement de l'adolescence -----	27
4- Les points de vue psychanalytiques sur le processus de l'adolescence -----	28
4-1 Selon S. Freud -----	29
4-2 Selon A. Freud -----	30
4-3 Selon J. Groot -----	31
4-4 Selon P. Blos -----	31
4-5 Selon D. Winnicott -----	32
4-6 Selon O. Mannoni -----	32
4-7 Selon J. Rassial -----	32
5- Les enjeux psychiques des transformations corporelles et pubertaires -----	34
6- L'adolescent et la maladie -----	35
7- La qualité de vie chez les adolescents diabétiques -----	36
Conclusion -----	38

Chapitre III: L'image du corps

Préambule

1- Définition de l'image du corps -----	39
1-1 La notion de l'image -----	40
1-2 La notion du corps -----	41
1-3 La notion de l'image du corps -----	41
2- La différence conceptuelle avec l'image du corps -----	41
2-1 Le schéma corporelle -----	41
2-2 Le concept de soi -----	42
2-3 La représentation de soi -----	43
2-4 L'image de soi -----	43
3- L'approche psychanalytique de l'image du corps -----	44
3-1 Selon P. Schilder -----	44
3-2 Selon F. Dolto -----	45
3-3 Selon D. Anzieu -----	46
3-4 Selon B. Price -----	48
3-5 Selon F. Casch -----	49
4- Evolution de l'image du corps -----	50
4-1 La première phase -----	50

4-2 La deuxième phase -----	51
4-3 La troisième phase -----	51
5- L'image corporelle chez les femmes-----	51
6- L'image du corps et la maladie chronique -----	52
Conclusion	

La partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule

1- La pré-enquête -----	55
2- La méthode clinique -----	56
3- Le groupe de recherche-----	57
4- Présentation du lieu de recherche -----	57
5- Les outils d'investigation -----	59
5-1 L'entretien clinique -----	59
5-2 L'entretien semi-directif -----	59
5-3 Le guide d'entretien-----	60
5-4 Le test du rorschach -----	61
5-4-1 L'aperçu historique-----	61
5-4-2 Aperçu du matériel -----	61
5-4-3 Les étapes d'administrations du test de rorschach -----	64
5-4-4 Les consignes du test de rorschach -----	66
5-4-5 La méthode d'analyse du protocole de rorschach -----	67
5-4-6 L'analyse de l'image du corps au rorschach-----	75
6- Le déroulement de la recherche -----	79
6-1 Les étapes du déroulement de la recherche -----	79
Conclusion	

Chapitre V: Présentation et analyse des résultats

I- Présentations des cas et analyse des résultats -----	81
II- Discussion des hypothèses -----	125

Conclusion générale

Bibliographie

Annexe

Résumé

Introduction

Dès la naissance, jusqu'à l'âge adulte l'être humain transite et passe d'une étape à une autre, les étapes peuvent être parcourues dans un processus évolutif. Ce dernier, pourrait être interrompu par l'apparition d'une maladie chronique. Où, il subit de profonds remaniements qui peuvent bouleversés et détruire tout son équilibre interne et externe.

Cet équilibre est considéré comme synonyme de bonne santé, qui se définit selon le dictionnaire médicale comme étant « un état normal des fonctions organiques et psychiques.

Selon l'oms, les maladies chroniques sont «*des affections de longue durée qui en générale évoluent lentement, responsable de 60% des décès, elles sont la toute première cause de mortalité dans le monde* ». (Bouche. A et all, 2004, p9).

Le diabète est une de ces maladies chroniques, qui est: « caractérisée par la présence d'un taux de sucre (glucose) anormalement élevé dans le sang, conséquence d'une carence absolue en insuline. » (Chabot & Blanc, 2002, p.18). C'est une maladie chronique qui nécessite un traitement permanent : des injections d'insuline, un équilibre alimentaire et un contrôle régulier des glycémies.

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, physique, entraînés par cette maladie, ainsi que, globalement, la modification du mode de vie de ceux qui sont atteints.

L'image du corps est « une construction psychique de la représentation du corps, elle est éminemment personnelle et inconsciente à notre identité, sa construction s'appuie à la fois sur des facteurs sociaux et psychologiques ». (Mareau. C et all, 2004, p95).

Introduction

Notamment, cette maladie qui peut toucher, les adultes, les adolescents et les enfants. Pourrait avoir un impact physique, psychologique, et surtout, elle pourrait influencer sur l'estime de soi ainsi que sur certaines représentations : l'image du corps.

Notre travail de recherche porte sur « la relation entre l'image du corps et la stabilisation du diabète chez les adolescentes diabétiques ». Et pour cela nous avons choisit un terrain d'étude, qui est l'hôpital d'Akbou, dans le quel nous avons mis en exergue, notre objectif de recherche. Cela, nous à permet de voir l'impact du diabète sur le coté physique, psychologique et relationnel de ses adolescentes.

Notre recherche, porte sur l'étude de 05 cas, et nous nous sommes focalisés dans la réalisation de cette dernière sur les techniques suivantes : l'entretien clinique « semi-directif » et le test projectif « Rorschach », dans le but de voir la fiabilité de nos hypothèses.

Notre mémoire est constitué de deux parties l'une théorique qui comprend :

Chapitre I : le diabète

Chapitre II : l'adolescence

Chapitre III : l'image du corps

La seconde partie est la partie pratique formée de

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Chapitre V : Analyse et discussion des résultats

Et enfin, une conclusion dans laquelle on résumera tout ce que nous avons entrepris durant toute notre recherche, et une liste bibliographique ainsi que les annexes.

Problématique

Durant toute sa vie, l'homme tend à vivre en équilibre physique et psychologique, se qui consiste à avoir des ressources au quotidien pour ; réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, ainsi qu'évoluer et s'adapter dans le milieu où il vit.

Mener une vie saine, équilibrer sans perturbations, ni atteintes que se soit organique ou psychique c'est d'être en bonne santé.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé : « est un état de bien être complet, physique, mental et social et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité ». (Quevauvilliers, 2007, P822)

Parfois l'homme dans une période de sa vie, est confronté à des atteintes, à des altérations de sa santé, qui se manifestent par des symptômes et des signes. Certaines maladies sont faciles à traiter et guérissent vite et la personne retrouve son équilibre, d'autres non, leurs prise en charge est a vie, des maladies regroupées sous le nom de maladies chroniques.

Ces dernières sont définies par l'OMS comme étant : « des maladies nécessitant des soins à long terme pendant une période de plusieurs années ou plusieurs décennies, dont les causes peuvent être somatiques, psychologiques ou cognitives, le diabète, le cancer, les maladies cardio-vasculaires ». (Bouche. G, et all, 2004, P9)

Ainsi, le diabète, est un problème dominant dans la santé publique, à l'échelle mondiale. C'est une affection du métabolisme caractérisée par l'augmentation du taux du sucre dans le sang (hyperglycémie), qui perturbe le métabolisme des hydrates, des graisses, des protéines. L'affection est due à une défaillance de la sécrétion d'insuline, de l'action de l'insuline ou les deux. Cette maladie chronique peut être engendré par plusieurs facteurs; héréditaires, environnementaux ou psychologiques. (Chabot & Blanc, 2002, p.20).

Le diabète est une maladie qui peut causer de graves complications physique, et aussi des répercussions psychologique sur la personne atteinte.

Sur le plan de sa santé physique, le diabétique risque une atteinte, de lésion progressive de la rétine et des reins, des nerfs périphériques et d'une athérosclérose grave du cœur, des membres inférieurs et du cerveau. (Le diabète sucré 1985 rapport d'un groupe d'études de l'OMS, Genève, p, 12).

Problématique

Près d'un demi-milliard de personnes souffrent actuellement de diabète dans le monde. Les pays à faible et moyen revenu supportent quasiment 80% du fardeau du diabète (Atlas du diabète de la FID en 2017).

En Algérie le diabète touche en 2007, plus de 10% de la population et en 2011 près de 3 million sont atteints, selon la société algérienne de diabétologie, 90% de la population des diabétiques présentent le diabète de type 2 et 10% de type 1.

La prise en charge du diabète est permanente, elle se fait tout au long de la vie. La charge et les contraintes du traitement, bouleverse complètement la vie psychique de la personne atteinte. Les études confirment que le risque de développer des problèmes psychologiques chez les personnes diabétiques est trois fois plus élevé que chez les personnes en bonne santé (Cadman, Boyle, Szatnari, et Offord, 1997). D'ailleurs, les troubles alimentaires (boulimie nerveuse) sont au moins deux fois plus fréquents chez les adolescentes atteintes du diabète du type 1 (Danemar et Rodin, 2002). De plus, la prévalence des troubles anxieux est élevée chez ces personnes, et ce, à l'égard de la maîtrise et des complications du diabète. Quand à la dépression, elle est plus fréquente chez les personnes atteintes du diabète que dans la population en général.

Le diabète est la plus fréquente des maladies endocriniennes qui touchent toutes les tranches d'âge ; l'enfance et l'adulte, ainsi que l'adolescence. Cette dernière est la tranche d'âge de notre population d'étude dans notre recherche.

L'adolescence, est un processus dynamique, qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Cette transition, ne se fait pas du jour au lendemain, elle correspond à une longue évolution progressive. Durant, cette période l'adolescent subit des transformations physiologiques, psychologiques, intellectuelles et sociales.

Il s'agit d'une étape de la vie, qui est parfois très complexe et difficile à vivre, où l'adolescent doit passer par une période communément nommée « crise d'adolescence », elle est caractérisée par des sentiments de colère, de révolte, et de quête de l'autonomie. Ceci peut s'avérer encore plus complexe, si l'adolescent est atteint d'une maladie chronique comme le diabète.

Problématique

C'est à ce moment, que l'adolescent diabétique est le plus vulnérable : il doit non seulement affronter le passage de la vie d'enfant à celle de d'adulte, mais aussi répondre aux exigences médicales lourdes de sa maladie. (Saillant, p. 13).

Un adolescent atteint de diabète doit intégrer sa maladie dans sa vie quotidienne. Les glycémies doivent être contrôlées plusieurs fois par jour ; les injections doivent être faites à des périodes précises de la journée ; il doit être attentif aux signes précurseurs d'une hyper ou d'une hypoglycémie ; un régime alimentaire doit être respecté. Toutes les contraintes liées au traitement du diabète vont influencer la vie de cet adolescent et notamment son autonomie qui va prendre un coup puisque, l'adolescent dans cette période de la vie où il devrait être indépendant, il a besoin de liberté, pour trouver et former sa propre identité.

Certains adolescent sont capables de vivre avec leur maladie et de s'adapter, alors que d'autres vont avoir du mal à supporter ce qui sera, pour eux, une source de douleur, d'agression, de frustration, d'angoisse, de blessure narcissique, ne laissant alors aucune place au plaisir. Leur projet est à mal et la recherche d'une image de soi-même et d'une identité est rendue difficile.

Toute maladie chronique y compris le diabète représente une perte d'intégrité corporelle. Où l'image du corps, peut être profondément affecté par les changements physiques liés à la maladie. En infligeant, un grand déséquilibre et de nombreuses réactions du corps. Comme, elle peut également influencer sur le niveau social et culturel de la personne.

Selon Fisher et Cleveland (1958), l'image du corps est une entité qui se réfère au corps en tant qu'expérience psychologique et qui est centrée sur les sensations et les attitudes de l'individu vis-à-vis de son propre corps. Elle englobe à la fois toutes les expériences subjectives de l'individu et la façon dont il a organisé ses expériences

L'image du corps est inconsciente, et propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire. S'élaborant dès les premiers temps de l'existence, elle est la synthèse vivante de ses expériences émotionnelles, elle se structure par la communication entre les sujets et par l'interaction avec l'entourage et l'environnement socioculturel.

Problématique

Schilder, donne un autre point de vue (1968). En le définissant, comme l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même.

Cette représentation du corps, se construit et se modifie tout au long de la vie, en l'occurrence dans la période de l'adolescence. Dans laquelle, le corps est devenue le centre d'intérêt pour les deux sexes : à la fois, chez la fille que chez le garçon. Une étude Britannique faite par (Brown et Jasper, 1993), montre que Les adolescentes diabétiques semblent, sûrement comme les adolescentes non diabétiques, les plus préoccupées que les garçons par leurs silhouettes et leur poids. Cette préoccupation augmente entre 15 à 20ans, puisque à cet âge le corps est un marqueur de beauté et d'identité féminine.

Le poids est un sujet particulièrement sensible en ce qui concerne l'image corporelle des femmes. L'idéal culturelle concernant le poids est un idéal qui pousse le corps vers la minceur (Brown et Jasper, 1993). Les femmes surveillent leurs corps et critiquent le moindre gain. Elles se perçoivent plus lourdes qu'elles ne le sont (Janelli, 1993). Les femmes qui estiment avoir un surplus de poids sont susceptibles que les autres d'être insatisfaites de leurs images corporelles (Bedford et Shanti Johnson, 2006). Selon Stokes et Frederick- Racascino (2003), il existe une forte corrélation positive ente l'image corporelle et le bonheur chez les femmes

De même, (Bryden. K et all, 1999, p56). Confirment que 4 adolescentes sur 26 reconnaissent de sous- insuliner délibérément, pour limiter la prise de poids, 2/25 se font vomir, contre 0 chez les garçons. Celles, qui sous insulines ont une hémoglobine glyquée (Hb A_{1c}) à 10.2% contre 9.5% pour les autres.

Une étude faite par (Bettoum. A et Ziane.S) sur l'image du corps chez les femmes hypertenseurs, montre que leurs image corporelle est altérée et négative. Selon cette étude, les femmes atteintes d'hypertension artérielle n'ont pas pu accepter leurs états actuel, elles espèrent voire leurs corps comme ils ont été avant d'être malade. (Bettoum. A, et Ziane. S, 2015, P78)

Pour Dunger (2011) : les filles ont plus de symptômes émotionnels que les garçons, et une plus basse estime d'elle-même. L'analyse multi variée, confirme que

Problématique

l'association entre les problèmes psychologique, lors de la période de l'adolescence et l'équilibre glycémique est très remarquable chez les filles. Puis qu'elles sont plus stressées par le diabète et ont des difficultés pour manager l'ensemble du traitement, avec une moins adhésion dans la gestion de l'alimentation. Elles ont plus de dépression et de troubles du comportement alimentaire. Les quelles sont associés à un mauvais contrôle glycémique.

Avant d'être une adolescente diabétique. Cette dernière, reste tout de même une adolescente avec son insertion sociale, scolaire, sa vie familiale et amoureuse. L'image du corps est en transformation à la période pubertaire peut être aussi altérée par le diabète et le risque de surpoids qu'il engendre. Les adolescentes diabétiques ont le plus souvent une mauvaise estime de soi, ainsi un manque de confiance en soi.

C'est à partir, des divers travaux et recherches qui ont été d'érigés et réalisés au près de notre thématique, que nous formulons nos propres interrogation.

➤ Existe-t-il, une relation entre l'image du corps et la stabilisation du diabète ?

Hypothèses :

1^{ème} hypothèse : il existe une relation étroite entre l'image du corps et la stabilisation du diabète.

- Plus l'image du corps est satisfaisante, plus la stabilisation y est.
- Moins l'image du corps est satisfaisante, moins la stabilisation se produit.

L'intérêt du choix de thème :

Le premier point, qui a sollicité notre intérêt est bien le diabète. Qui est devenue la maladie du siècle, et dont les causes restent néanmoins peu connues. Ce phénomène, touche toutes les catégories d'âges : les adultes, les adolescents et les enfants, et nous nous sommes imprégnés de la deuxième catégorie d'âge. Soit les adolescentes diabétiques. Dans le but, de voir son impact sur le plan psychologique.

Le deuxième intérêt, porte sur l'image du corps. A l'idée de voir, comment les adolescentes diabétiques, représentent inconsciemment leur corps pubertaire et malade et leur engagement par rapport à leur maladie.

Les objectifs de notre recherche :

La notion « de l'image corps », qui est purement psychologique, et la notion du diabète, nécessitent à la fois une clarification conceptuelle. Dans Notre recherche, nous avons tracé plusieurs objectifs, qui nous permettent :

- Identifier la nature de l'image du corps chez les adolescentes diabétiques.
- Déterminer l'impact du diabète sur le côté psychologique, physique et relationnel de ses adolescentes diabétiques.
- Préciser l'importance corporelle chez les adolescentes diabétiques.
- Dégager le lien entre l'image du corps et la stabilisation du diabète.

Opérationnalisation des concepts :

Définition du diabète :

Le diabète sucré, ou plus simplement le diabète, est une maladie chronique qui se développe lorsque le taux de glucose dans le sang augmente parce que l'organisme ne parvient pas à l'utiliser d'une manière efficace. (De Fronze. R, et al, 2005P27).

Opérationnalisation du diabète :

- Pancréas ne produit pas assez d'insuline, ou son insuline est inefficace.
- glucose
- la glycémie

Définition de L'image du corps :

L'image du corps est un concept de base en psychanalyse, qui signifie : « la façon dont notre corps nous apparaît à nous même, la somme des jugements conscients et inconscients que nous portons à son égard, c'est donc l'image de notre propre corps que nous formons dans notre pensée. (Sanglade. A, 1983.P28).

Opérationnalisation de l'image du corps :

- une représentation du corps dans l'esprit.
- l'image inconsciente du corps.
- on distingue deux aspects de l'image du corps :
 - Image du corps positive : qui peut être totalement parfaite et satisfaisante.
 - Image du corps négative : d'une allure incomplète, abimée.

L'adolescence :

L'adolescence est une période de passage qui sépare l'enfance de l'âge adulte, elle est considérée comme une deuxième naissance, celle de l'adulte. Cette période est accompagnée de changements physique, psychologique et relationnel.

Opérationnalisation du concept :

- Une phase de transition.
- Crise d'adolescence
- Période de changements physiques et psychologiques.

Partie théorique

Chapitre I
Le Diabète

Préambule :

Le diabète sucré est un trouble métabolique caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à un défaut de la sécrétion d'insuline ou de l'action de l'insuline. On distingue, quatre types de diabète : le diabète de type 1, le diabète de type 2, le diabète gestationnel et les autres types particuliers.

Dans ce chapitre, on va aborder la définition, les types, les causes, les signes et les symptômes du diabète. Puis nous allons citer, quelques complications du diabète, pour ensuite conclure avec la prise en charge du diabète ainsi que l'observance thérapeutique de la personne diabétique.

1- Histoire du diabète :

Le diabète est une vieille maladie. Il était connu des Egyptiens 3000 ans avant Jésus-Christ. Au XI siècle avant l'ère chrétienne, les chinois savent déjà la distinguer grâce à la saveur sucrée des urines.

Un siècle plus tard, Sechrona, médecin Indo, décrit affection associant saveur sucrée des urines, soif, polyphagie, mauvaise haleine et asthénie.

Ce n'est que deux siècles plus tard que le mot diabète « du grec dia-baino, je passe à travers » semble apparaître pour la première fois en Grèce.

La conception moderne de la maladie commence avec P.Langhérane qui dans sa thèse de doctorat en 1869, à Berlin, soutient l'existence d'amas de cellules sécrétantes au niveau du pancréas, bien distinctes du reste de la glande. Ces cellules ne déversent leur sécrétion dans aucun canal au tube digestif. (KHIATI. M, 1993.p16).

En 1889 Oscar Minkowski et Vont Merign étaient les premiers à chercher les sucres dans les urines. (BLOOM. A et IRLANDE. J. 2006.P12).

En 1908, Zuelzer à Berlin réduit la glucosurie des chiens rendus diabétiques par ablation de leur pancréas, en leur injectant des extraits de pancréas dans une de leurs veines.

Mais c'est à paulesco en 1921 à Bucarest que revient le privilège d'émettre l'hypothèse de l'existence d'une hormone pancréatique à action hypoglycémiant que l'on appelait déjà insuline. L'année suivante, on assiste à la première utilisation humaine de l'insuline dans le traitement du diabète sucré.

Depuis 1980 les travaux s'orientent vers l'obtention d'une insuline humaine grâce à la génétique qui est déjà commercialisée vers la mise au point d'un pancréas artificiel miniaturisé. (KHIATI. M, 1993.P16).

2-Définition du diabète sucré :

C'est un groupe de maladies métaboliques caractérisées par une glycémie chronique résultant d'un défaut de la sécrétion de l'insuline d'un défaut de l'action de l'insuline ou de ces deux anomalies associées. (CAMILL. B et CAMILL.V, 2011.P221).

Il désigne un groupe de troubles caractérisés par des niveaux de glucose sanguin élevés de façon chronique. Le diabète se déclare lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou lorsque l'insuline n'est pas assez efficace. (BRINK. S. J, et al, 2011, P22).

3- Classification du diabète :

Les différentes sortes du diabète sucré ont globalement les mêmes conséquences, mais leurs origines sont très différentes.

Rechercher la cause du diabète est important car le traitement diffère selon le type de diabète. Le risque pour la famille ou la descendance sera également distinct, certains diabètes ayant une forte composante génétique alors que d'autres sont le fait du hasard ou d'accident de la vie, de plus, dans des cas exceptionnels, la cause du diabète pourra être supprimée afin de revenir à des glycémies normales, l'OMS classifie les différents diabètes sucrés ainsi : (ALTMAN. J, DUCLOUX, R, LEVY-DUTEL.J, 2002.P16)

3-1 Le diabète insulino-dépendant :

Le diabète de type 1, appelé aussi diabète insulino-dépendant, est une maladie auto-immune qui est due à un déficit majeur de la sécrétion d'insuline, conséquence d'une destruction sélective des cellules bêta du pancréas. (LAROUSSE, MEDICALE, 2012).

3-1-1 Les signes et les symptômes:

- Polyurie : accroissement des quantités d'urine émises en 24 heures.
- Polydipsie : soif excessive, c'est une manifestation fréquente du diabète.
- Polyphagie : boulimie, elle contraste avec l'amaigrissement et est orientée vers le diagnostic de maladies métaboliques des troubles visuels de diabète.
- L'amaigrissement : perte de poids supérieure à 5% du poids corporel habituel.
- Fatigue.
- Acidocétose. (LAROUSSE, MEDICALE, 2012)

3-1-2 Les causes :

Le diabète insulino-dépendant (DID) est une affection d'étiologie inconnue qui survient le plus souvent dans l'enfance, elle est secondaire à une destruction progressive des cellules bêta langheransienne, la destruction des cellules productrices d'insuline est un phénomène auto-immun, si l'on ignore encore la nature exacte de la cible pancréatique de cette perte de tolérance immunitaire, on sait en revanche que les facteurs environnementaux encore mal définis et certains gènes influencent très fortement le développement de la maladie :

- Les facteurs génétiques : la fréquence de ce type de diabète est globalement plus élevée dans les familles comportant un sujet diabétique que dans les populations générales. (BENSENOUCI. A, 2004, P485)
- Les facteurs environnementaux :

- Les agents toxiques : ils sont identifiés comme facteurs majeurs dans le diabète.
- Les facteurs nutritionnels.
- Le stress : il est maintenant prouvé que le stress peut provoquer des modifications aiguës et chroniques du système immunitaire de même que les altérations hormonales. (BENSENOUCI.A, 2004, P486).

3-2 Le diabète non insulino-dépendant :

Il s'agit d'une forme de diabète sucré due à une diminution des effets de l'insuline sur les cellules insulino-résistance, le plus souvent consécutive à un surpoids.

Cette insulino-résistance entraîne dans un premier temps une sécrétion importante d'insuline par le pancréas celui-ci s'épuisant progressivement, il s'ensuit dans un second temps, une diminution de la production d'insuline ce déficit aggravant la tendance à l'hyperglycémie. (LAROUSSE, MEDICALE, 2012)

3-2-1 les signes et les symptômes :

Le diabète de type 2 est une maladie insidieuse ; les symptômes apparaissent quand le diabète a provoqué des complications :

- Fatigue excessive et chronique.
- Tendance à boire à uriner beaucoup (plusieurs litres/jour).
- Bouche sèche.
- Infections récidivantes ayant mal à guérir, mycoses (champignons sur la peau, dans la bouche ou les muqueuses) , furoncles...etc.(ALTMAN. J, DUCLOUX. R, LEVY-DUTEL.J, 2002.P19).

3-2-2 Les causes :

Plusieurs facteurs favorisant l'apparition du diabète de type 2 chez les personnes prédisposées, parmi ces facteurs on trouve :

- L'âge : en effet le vieillissement favorise l'apparition de plusieurs maladies qui sont dues à la fatigue de certains organes, tels que le pancréas qui fabrique de moins en moins d'insuline.
- Le surpoids : quand on est obèse le risque de diabète est multiple par six.
- La sédentarité : un manque d'efforts physiques augmente la résistance à l'insuline et diminue la consommation du glucose.
- Une alimentation déséquilibrée : un excès de graisse, un manque de fruits et de légumes favorisent la résistance à l'insuline Certains médicaments : sont très efficaces et utiles, mais ont des effets indésirables.
- La grossesse : les besoins en insuline augmentent de façon majeure avec la grossesse.
- Et enfin le facteur d'hérédité, le diabète de type 2 a une forte composante familiale, certains familles ont des gènes de prédisposition au diabète. (ALTMAN, DUCLOUX, R.LEVY-DUTEL.J ,2002.P17).

3-3 Autres types de diabète :

3-3-1 Le diabète gestationnel :

Le diabète de grossesse, certaines femmes enceintes n'ayant jamais présenté de diabète auparavant, développent un diabète vers la fin du 2^{me} et au 3^{me} trimestre de leur grossesse. Dans 90% des cas, le diabète de grossesse disparaît après l'accouchement. Cependant, les femmes ayant développées ce type de diabète courent un risque plus grand de développer des années plus tard, un diabète de type 2.

3-2-2 Le diabète secondaire :

A présent ce dernier type correspond au diabète stimulé, 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 de diabète peuvent être regroupés sous 5 classes : (M.BUYSSCHAERT, 2012.P38-40)

A- Les pancréatopathies

- B- Les endocrinopathies
- C- Les diabètes iatrogènes
- D- Les anomalies de l'action de l'insuline d'origine génétique
- E- Le dysfonctionnement génétique des cellules bêta

4- Les complications du diabète insulino-dépendant :

4-1 Les complications aiguës :

Ces complications métaboliques du diabète se regroupent dans :

4-1-1 l'hyperglycémie :

Ce sont en primauté la conséquence de la plus visée du diabète 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. (GRIMALDI. A , 2009.P11)

4-2-2 l'hypoglycémie :

Appréhendée comme un état de tremblement, tachycardie, anxiété, sueurs, faim, paresthésies, représente aussi l'une des caractéristiques la plus fondamentales du diabète, par diminution de la glycémie plasmatique et de la quantité du glucose dans le sang, essentiel à réaliser une enquête. (GEOFFROY.L, GONTHIER.M, 2003.P165)

4-2 Les complications infectieuses :

4-2-1 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 une primo-

infection au même, jusqu'à en évoluer à une lésion pulmonaire. (GIRAC-MARINER.J ,2014.P1039).

4-3 Les complications chroniques :

L'hyperglycémie est susceptible de provoquer des complications à moyen et long terme, une apparues, les complications sont les plus souvent irréversible et seul l'équilibre glycémique peut ralentir leur évolution.

4-3-1 Microangiopathie :

La microangiopathie est le résultat de l'hyperglycémie chronique, qui provoque :

- Une glycation des protéines.
- Une altération de la paroi provoquant un ralentissement du flux vasculaire, une augmentation de débit, de la pression, de la perméabilité donc des exsudats et hémorragies, favorisées par le VEGF (vascular endothelial growth factor)
- Une modification du contenu vasculaire (érythrocyte en rouleaux, les plaquettes sont hyradhésives hyperagrégables, hyperviscosité sanguine avec obstruction des vaisseaux et ischémie en aval).
- Organes touchés : rétine, rein, système nerveux périphérique et autonome. (GRIMALDI. A, 1987.P11-12).

4-3-2 Macroangiopathie :

A présent, ces complications sont notamment des causes de décès chez les diabétiques principalement le type 1, elles concernent les atteintes des artères cérébrales, et les troubles trophiques et de la sensibilité des pieds, toutes ces atteintes généralement, conduisent vers une ulcération, particulièrement, et vers des amputations. (GRIMALDI. A, 1987, P11-12)

4-3-3 La neuropathie :

La « neuropathie diabétique » associée à plusieurs tableaux cliniques ainsi symptomatologiques, elle se distingue des neuropathies périphériques, du système nerveux autonome, et des atteintes mono-/multi névritiques.

Il s'agit des maladies appartenant au système nerveux, il englobe des perturbations végétatives, des troubles cardiovasculaires et oscillation de la pression artérielle, des endocriniens comme des dysfonctionnements. (BUYSSCHAERT. M , 2012, P135)

5- La prise en charge du diabète :

5-1 Le traitement du diabète insulino-dépendant :

5-1-1 l'insuline :

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

Actuellement, l'administration d'insuline se fait obligatoirement par des injections quelques millimètres sur la peau avec des stylos ou des seringues (injections sous cutanées), ou via le cathéter d'une pompe d'insuline. On distingue deux types d'insuline :

- L'insuline humaine, possédant la même structure que l'insuline produite par un pancréas humain.
- L'insuline analogue, de structure modifiée pour changer sa vitesse et sa durée d'action.

Les moyens d'injection sont :

1- stylos à insuline : (seringues préremplies)

Leurs avantages : injection discrète, confort d'utilisation, facilité à l'enseignement.

2- seringues jetables graduées : elles présentent l'avantage de faire des mélanges d'insuline injectable simultanément.

3- pompes à insuline :

Leurs avantages : précision, finesse du débit de base permettant une modulation externe de l'administration d'insuline. (BUFFET.C VATIER.C 2010.P232)

5-1-2 L'objectif du traitement :

- Permettre un équilibre optimal du diabète.
- Pas d'acidocétose
- Pas ou peu d'hyperglycémie
- Eviter les complications chroniques du diabète
- Assurer une croissance normale
- Etre compatible avec une vie aussi normale que possible
- Obtenir le meilleur équilibre glycémique possible en choisissant l'insulinothérapie la plus confortable et en maîtrisant les variables physiologiques de la glycémie. (BUFFET.C, VATIER.C, 2010.P236)

5-1-3 l'éducation thérapeutique :

- Apprentissage et évaluation des connaissances des patients et de son entourage proche à chaque consultation.
- Apprentissage de la reconnaissance des signes précoces d'hypoglycémies et d'acidocétose.
- Education du patient diabétique et de son entourage
- Sur la maladie ; nature de la maladie, mécanisme du diabète, risque à court et à long terme, facteurs de décompensation.
- Sur l'insuline ; techniques de conservation, techniques d'injection, modalités d'adaptation des 3 doses
- A l'auto surveillance glycémique ; importance et modalités de cette auto surveillance.

A la diététique ; apprentissage d'un régime équilibré, de l'apport glucidique des aliments, éviter la surcharge pondérale.

- A la conduite à tenir en cas d'urgence ; en cas d'hypoglycémie, en cas d'acidocétose débutante.

- A l'hygiène corporelle ; au niveau des pieds surtout.

- A maintenir la vaccination à jour. (BUFFET.C, VATIER.C, 2010.P232)

5-2 Le traitement du diabète non insulino-dépendant :

5-2-1 Règles hygiéno-diététiques : (a vie)

- Correction des principales erreurs alimentaires qualitatives.
- Réduction des lipides surtout saturés.
- Réduction des glucides à forte pouvoir glycémiant, préférer leurs consommation en fin de repas.

- Réduction de la consommation d'alcool nécessaire.

- Régime modérément hypocalorique en cas de surpoids ; un amaigrissement même limite (-5% du poids corporel) apporte un bénéfice très significatif.

- Régimes équilibré avec répartition : 50% de glucides, 30% de lipides et 20% de protides.

- Faire de l'activité physique, toujours après une évaluation cardiologique.

- Modifications réalistes du mode de vie quotidien (activités régulières ; au moins 20 minutes de marche par jour).

- Autant que possible 3 heures par semaine d'activités plus intenses, adaptée au profil du patient. (BUFFET.C, VATIER.C, 2010.P232)

5-2-2 Médicaments antidiabétiques :

Les insulinosensibilisateurs (Biguanides, Metformine, Glucophage, Stagid) :

- Propriétés : diminue la glycémie sans provoquer d'hypoglycémie. Il n'agit pas sur l'insulinosécrétion mais sur l'insulinorésistance qu'il diminue en augmentant l'utilisation périphérique du glucose.

- Indications : diabète de type 2 avec surcharge pondérale après échec des règles hygiéno-diététiques, en monothérapie ou polythérapie orale ou avec insulinothérapie. (Buffet.C, Vatieer.C, 2010, P224).

5-2-3 L'éducation thérapeutique :

L'éducation du patient occupe une place importante dans la prise en charge du diabétique de type 2. Les consultations initiales doivent permettre :

- D'informer le patient sur le diabète, ses complications, son traitement.
- Permettre l'autogestion par le patient de sa maladie et du traitement en particulier dans les domaines de la diététique et de l'activité physique.
- Permettre d'évaluer les acquis du patient, un bon contrôle glycémique du diabète de type 2 est recommandé pour retarder, voir prévenir, la survenue et/ou ralentir la progression des complications microvasculaires et la survenue des complications cardiovasculaires. (BUFFET.C, VATIER.C, 2010, P246).

6- L'observance thérapeutique :

Pour Fontaine et Salah (1991), l'observance thérapeutique se manifeste par un ensemble de comportements qui peuvent englober non seulement la prise de médicaments mais également le suivi de régimes alimentaires, ainsi que les comportements adaptés ou sains intervenant dans le style de vie et qui ont une incidence sur la santé des patients.

Elle peut être complétée par d'autres comportements qui peuvent concerner le fait de venir au rendez-vous à l'hôpital ou au cabinet du médecin, avoir une alimentation saine et équilibrée, faire de l'exercice, éviter de fumer, etc. (FISCHER et TARQUINIO, 2006, P168).

7- 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, après et même dans certains cas à l'annonce du diabète. Cette maladie peut avoir un impact sur le quotidien des patients diabétiques.

7- Les phases d'acceptations du diabète :

Accepter, d'ailleurs, un incident et une répercussion 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 d'acceptations du diabète sont difficilement et durement approuvées ; comparé au cycle de 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 parvenir à franchir ses étapes. Il faut que la personne diabétique possède une certaine estime de soi, il faut également que les soignants y confiance dans les relations qu'ils entretiennent avec ces derniers. Ainsi, faire preuve de soutien et d'aide (POPELIER.M, 2006, P77).

Le cycle d'acceptation se résume sous huit points et attitudes du malade :

7-1-1 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.

7-1-2- La phase de dénégarion :

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

7-1-3 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, 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.

7-1-4 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 finit généralement par remettre en question toutes ces instructions ordonnées.

7-1-5 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.

7-1-6 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.

7-1-7 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.

7-1-8 La phase de pseudo-acceptation :

Souvent la personne atteinte, soit du diabète au 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 diabétique manifestent ce trouble ; quasiment psychologique, de refuser d'être diabétique (GRIMALDI. A, 2005, P129), (PEDINIELLI. J, 2005, P43)

Conclusion :

D'après les informations exposées, on constate que le diabète sucré est une affection chronique, le patient doit connaître les complications et apprécier leur importance. Puisque sa maladie, nécessite une prise en charge à vie en respectant les conseils de son médecin. Sans oublier l'importance d'un suivi psychologique, afin de réussir l'observance thérapeutique de procurer un soutien psychologique.

Chapitre II
L'adolescence

Préambule

L'adolescence, est une phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est considérée comme étant une période de développement et de transformations physiques, anatomiques et psychologiques, dans laquelle l'adolescent se construit et forge sa personnalité dans le temps.

A ce stade, le corps du garçon devient celui d'un homme et celui de la petite fille, d'une femme. Ce qui semble parfois difficile à accepter. C'est notamment, l'appropriation de son nouveau corps. Puisque, on se trouve obligé de se dérober, et de quitter son enveloppe protectrice de l'enfance. Pour enfin, pouvoir se familiariser avec cette nouvelle carapace, qui semble aux yeux de certains comme étant étrangère et extracorporelle.

Le point culminant encore, c'est lorsque on est porteur d'une maladie chronique, tel est le cas du diabète, où les exigences quotidiennes de la maladie répercutent sur la vie personnelle et sociale de ses adolescents. Qui touche la plupart du temps ; l'image corporelle, l'identité sexuelle ainsi que le contenu émotionnel et relationnel.

Dans le chapitre ci-dessous (**adolescents diabétiques**), nous allons aborder cette thématique dans une perspective nouvelle. En commençant, par la définition de l'adolescence et les étapes qui la caractérisent, on va évoquer, les auteurs qui se sont intéressés à cette catégorie d'âge. Par la suite, on va démontrer le lien qui réunit ces deux pôles. Ainsi que, la qualité de vie chez ces adolescents diabétiques.

L'adolescence

1- Histoire d'une Notion

Le mot « adolescent » vient de « *adolescens* », participe présent du verbe « *adolescere* » : être en train de croître », par opposition à « *adultus* » qui en est le participe passé : « qui a fini de croître ».

Le mot connaîtra une meilleure destinée du 17^{ème} Siècle au 19^{ème} Siècle : il désigne l'âge qui succède à l'enfance et qui commence par Les premiers signes de la puberté.

Dans les sociétés traditionnelles, des rites de passages viennent symboliser cette transformation et font bousculer soudainement l'adolescent vers l'âge adulte, réduisant cette période aux rites initiatiques. Après que le jeune adolescent a été soumis au rite, il est considéré par la communauté comme un adulte et doit se comporter comme tel.

Cependant, Il devrait prendre rapidement des responsabilités, en travaillant et en fondant une famille. La période d'adolescence a toujours existé, mais la façon dont on l'appréhende varie selon les sociétés et les époques. De nos jours, l'adolescent se dirige peu à peu vers l'âge adulte et vit cette période à son rythme, avec les changements qu'elle implique. (CHARLOTTE M et ADELIN V.D, 2004, p87).

Mais c'est l'adolescent inadapté, l'adolescent rebelle aux processus éducatifs qui est d'abord l'objet d'étude. Puis se fut le processus cognitif et sociale

2- Définitions de l'adolescence

2-1 Définition contemporaine :

L'adolescence est une période de transition au cours de laquelle un sujet n'est plus tout à fait un enfant, mais pas encore un adulte qui est en passe de devenir. (MARCELLI. A ,2005).

S'il n'existe pas de définition univoque de l'adolescence ni de l'âge de l'adolescence (MICHAUD et al, 1997), toutes mettent néanmoins en relief la même notion de transition entre le monde de l'enfance et le monde des adultes. Les avis sur les limites d'âge de cette période sont très partagés. Mais, on admet généralement qu'elle commence aux alentours de 12 ans et se poursuit jusqu'à environ 18-20ans, quand les principales transformations biologiques, psychologiques et sociales sont accomplies.

On perçoit généralement l'adolescence « *comme une période de crise de turbulences au cours de laquelle de nombreux paramètres sont remaniés. L'individu doit en effet gérer au mieux les changements corporels qu'il subit, l'image de soi qui se trouve de fait modifiée, la recherche de l'affirmation de son identité, les attentes des parents ainsi que la multiplication des rapports sociaux* » (AUDETAT M.CI et VOIROL.CH, 1997 p2).

2-2 Selon L'OMS :

L'OMS « *considère l'adolescence comme étant la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19ans. Elle présente une période de transition critique de croissance et de changements* ».

3- Le développement à l'adolescence :

Il est possible de décomposer l'adolescence, ses remaniements psychologiques et ses rapports avec la puberté en 3 étapes :

3-1 Début de l'adolescence :

Cette période (en moyenne de 10- 12ans pour les filles, 11-13 ans pour les garçons), contemporaine des premiers signes pubertaires, est dominée par la métamorphose physique et sexuelle. A ce stade s'amorce la redéfinition des modes en relation et en particulier le début de la perte du système relationnel de l'enfance. D'une façon très caractéristiques, le jeune adolescent commence à revendiquer un certain

espace d'intimité, surtout pour tout ce qui touche à son corps, générateur d'une pudeur inédite.

3-2 Mi adolescence :

Cette période en moyenne 13-16ans pour les filles, 14-17ans pour les garçons), « troublée » par excellence, est sous-tendue par les transformations des dernières étapes de la puberté et l'intégration plus ou moins harmonieuse de celle-ci dans le schéma corporel, familial et social

L'enjeu principal est l'affirmation d'une place et d'un rôle nouveau en tant que personne entière, alors même que persiste des tensions entre les besoins contradictoires d'indépendance et de dépendance non satisfaits. A ce stade paraissent souvent :

- Des contrastes entre une maturité physique volontiers décalée par rapport à l'immaturité psychoaffective ; entre l'importance prise par l'image du corps ou les préoccupations physiques et l'apparente négligence des besoins corporels et de santé au sens large ; entre le sentiment de vulnérabilité ou de toute-puissance, et un manque sous-jacent de confiance en soi, la difficulté à gérer le temps ou à repousser les échéances.
- Une relative pauvreté des défenses face au stress, les réactions s'exprimant sur le mode d'impulsivité, du conflit, du repli, de la morosité.
- La possibilité d'états dépressifs. (MARCELLI. A, 2005.).

3-3 Fin d'adolescence :

Théoriquement, la fin de l'adolescence (17-21ans, en moyenne) survient après la consolidation des dernières étapes du développement physique. Cette étape constitue l'achèvement d'une identité d'adulte et l'acquisition d'une indépendance individuelle. L'adolescence « psychologique » ou « sociale » se poursuivant encore sur plusieurs années (Anatrella, 1999). On notera qu'il existe des facteurs qui influencent l'adolescence. En effet, toutes les manifestations de l'adolescence, au-delà même des différences fille-garçon, sont évidemment variables d'un adolescent à l'autre. De nombreux facteurs peuvent en moduler les expressions : le type de famille et la qualité

du milieu dans lequel à grandi l'enfant, ainsi que les investissements et la sécurité dont il à bénéficié ultérieurement ; l'existence éventuelle d'une maladie chronique ou d'un handicap physique, ou psycho-intellectuel...etc.

4- Le point de vue psychanalytique sur le processus de l'adolescence :

4-1 Sigmund Freud

Chez Freud, puberté et adolescence sont rigoureusement synonymes. La puberté voit s'accomplir « *une des réalisations psychiques les plus importantes mais aussi les plus douloureuses [de cette] période, l'affranchissement de l'autorité parentale, grâce auquel seulement est créée l'opposition entre la nouvelle et l'ancienne génération, si importante pour le progrès culturel* » (FREUD.S, 1987, p171).

Dans l'après coup, il affirme que le fondement de la sexualité est le fait que le choix d'objet s'accomplisse en 2 vagues :

- **La première vague** : commence entre 2 et 5ans et la période de latence* entraîne sa stagnation et son recul ; Elle se caractérise par la nature infantile de ses buts sexuels.
- **La deuxième** : « *intervient avec la puberté et détermine la confirmation définitive de la sexualité* » (DELAROCHE.P17). Ce qui reste fondamental, c'est la prédominance de l'infantile : « *les résultats du choix d'objet infantile réagissent sur la période ultérieur* » (ibid.). autrement dit ; le choix d'objet à l'adolescence résulte du choix d'objet infantile. C'est-à-dire qu'il s'étaye à la fixation incestueuse. Donc, l'adolescent doit renoncer à ces désirs incestueux, pour s'approprier une sexualité adulte.

A partir de ce point, on comprend que : pour Freud, c'est la recherche de l'objet qui domine chez l'adolescent (e). Cependant son chapitre « des trois essais sur la théorie de la sexualité » confirme bien cette idée : « *Avec le commencement de la puberté apparaissent des transformations qui amènent la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale. La pulsion sexuelle était jusqu'ici essentiellement autoérotique. Elle va maintenant découvrir l'objet sexuel... à la réalisation duquel*

toutes les pulsions partielles coopèrent. Tandis que, les zones érogènes se subordonnent au primat de la zone génitale »(FREUD.S, 1966, p111).

Freud considère également, l'adolescence comme étant une période de répétitions du complexe œdipe. Dans lequel on pourrait corriger les manques ou les lacunes vécues dans l'enfance.

4-2 Anna Freud :

Anna Freud a apporté des notions importantes à la théorisation de cette période. Elle était la première à avoir insisté sur les difficultés de l'adolescence qui sont éventuellement liées à la fixation maternelle. Cette fixation comporte bien sûr des éléments œdipiens mais aussi et surtout pré-génitaux. Donc, à l'adolescence font retour aussi bien les pulsions pré-génitales que génitales : les premières rendent compte (si l'on suit M. Klein) de la sévérité du surmoi à l'adolescence.

Ces fixations pré-œdipiennes et œdipiennes sont souvent mal liquidées à cause des interdits formulés par l'autorité. Per conséquent, *«le réveil des impératifs pré-génitaux ou, pis encore, les exigences nouvellement acquises, risquent de rencontrer ces objets (œdipiens) et de prêter une réalité nouvelle et menaçante à des fantasmes qui semblaient éteints mais qui en fait ne sont que refoulés»*. (DELAROCHE, p36).

Les adolescents se défendent contre ce lien d'objet infantile de plusieurs façons :

- ils adoptent d'autres substituts parentaux diamétralement opposés.
- Ils transforment les sentiments qu'ils éprouvent à l'égard des parents (l'amour en haine, la dépendance en révolte, le respect et l'admiration en mépris et dérision).

Si ces défenses échouent, l'adolescent se défend alors contre ses pulsions : *l'adolescent devient ascétique*, il refuse tout plaisir, même la satisfaction de ses propres besoins, ou encore *l'adolescent devient intransigent*, il cherche à éviter la moindre interférence entre corps et esprit.

4-3 Jeanne Lampl de Groot :

Pour elle, l'adolescence s'accompagne d'un remaniement important des instances inconscientes du moi. Le fait que le surmoi et l'idéal aient été internalisés oblige l'adolescent à se détacher d'eux. Or *« si se détacher d'un objet d'amour est un processus long et douloureux, se détacher d'une partie de sa propre personnalité est encore plus difficile »*. (DELAROCHE P, P37)

On sait à quel point le surmoi est agissant à l'adolescence : pour échapper à la culpabilité qu'il entraîne, certains adolescents ont des comportements de provocation, d'échec ou de délinquance. Pour Jeanne Lampl de Groot, le travail de l'adolescence consiste précisément à remplacer ce surmoi en tant : *« qu'instance interdicière et restrictive »*, en le liant au sein de l'idéal du moi aux idéaux valorisants. *« La soumission aux interdit parentaux implique un renoncement au plaisir immédiat, mais elle est récompensée par l'amour et l'approbation de la part des parents »*. cette conception de l'idéal du moi, à la fois instance imaginaire et symbolique, est très proche de la pensée lacanienne.

4-4 Peter Blos :

Pour Peter Blos, le processus de l'adolescence implique *« à la fois désengagement du lien aux objets primaires et le renoncement à des états mûques infantiles »* et *« nécessite un retour vers les phases précoces du développement »* (DELAROCHE. P, P38).

C'est pourquoi, comme Lampl de Groot, il pense que le surmoi n'est pas intangible mais doit subir de profonds remaniements. Comme elle, il pense qu'il faut distinguer un surmoi œdipien d'un surmoi archaïque, et que c'est l'idéal du moi qui va jouer un rôle de plus en plus important au cours du processus.

Celui-ci, doit donc tenir compte de l'ensemble des phénomènes de l'adolescence : les mouvements progressifs y alternent avec les mouvements régressifs. La régression concerne l'abandon (le deuil) des objets infantiles. Il s'agir

donc « d'un mouvement circulaire ».dont l'amplitude diminue au fur et à mesure qu'on s'approche de la fin de l'adolescence.

4-5 Donald Winnicott :

Pour Winnicott, en effet, l'adolescent garçon ou fille « *ne désire pas être compris* » car cette période est celle d'une « découverte personnelle faite pour être vécue » (DELAROCHE.P, P39). Le remède c'est donc « le temps qui passe ». On ne peut par conséquent n'accélérer ni ralentir les processus de maturation, « mais en intervenant on risque de les interrompre, de les détruire ».

Les jeunes adolescents sont des isolés rassemblés : leur solitude apparente cache en fait des réseaux loin des adultes. Ceux-ci doivent rester spectateurs vigilants et non pas neutres, comme l'ont interprété certains. L'adolescent, en effet, a la tâche d'effectuer seul sa mutation, l'adulte ne peut qu'essayer de l'accompagner et respecter cette solitude nécessaire en ne confondant pas les rôles sociaux et celui de l'analyste (Dolto. F).

4-6 Octave Mannoni :

La position d'Octave Mannoni sur l'adolescence. Pour lui les mots « crise d'adolescence » sont un peu polysémiques, dit-il à la suite de Winnicott, notre rôle est de faire face, « c'est-à-dire [...] ne pas supporter passivement et [...] ne pas réprimer aveuglément » (Deluz, Gibello, Hébrard, Mannoni, 1984). Position résumée par : « il n'y a pas à combattre la crise d'adolescence pas à la guérir, ni à la raccourcir, mais plutôt à l'accompagner et, si on avait comment, à l'exploiter, pour que le sujet en tire ce qu'il peut de mieux ».

4-7 Jean –Jacques Rassial :

Pour Rassial, l'adolescence est le moment où « la promesse oedipienne s'avère trompeuse ». La jouissance phallique est en fait une jouissance comme une autre. Or, devenir grand implique de donner à l'autre une « consistance différente de celle qui avait fonctionné durant l'enfance ». (DELAROCHE.P, P41).

Si tous les psychanalystes s'entendent depuis Freud à faire de l'adolescence un après-coup de la sexualité infantile telle qu'elle se « précipite » dans l'œdipe, tous n'accordent pas la même importance à *la conclusion* de ce complexe dans l'adolescence. Les uns, en effet, pensent que l'adolescence ne fait que réaliser, au sens fort du terme, les prémisses de l'œdipe infantile déjà structuré mais restant potentiel ; d'autres, au contraire, supposent que l'adolescence est l'occasion d'un infléchissement possible de la structure infantile et offre donc la possibilité d'une intervention réelle. Pour les premiers, l'adolescence serait donc un processus naturel qu'il s'agit d'accompagner (par les parents ou le thérapeute) tout en aidant l'adolescent à surmonter les écueils. « L'adolescent guérit par maturation », dit D. Winnicott que cite P. Mâle ; c'est aussi la position d'A. Freud, d'E. Jones ; d'O. Mannoni.

Pour les seconds, l'adolescence c'est un processus de séparation qui lui permet de se débarrasser des structures infantiles.

Il existe un processus inconscient de l'adolescence, qui donne forme à deux manifestations majeures, contradictoires et complémentaires, que sont *le défi* et *le deuil*. Ce processus est lui-même déclenché par deux événements très différents : la puberté et ses conséquences d'une part, la contrainte à l'émancipation d'autre part, qui étant donné son peu de réalité, s'énonce de façon quasi incantatoire (l'homme quittera son père et sa mère).

- Le *défi* trahit bien le côté imaginaire d'une rivalité des petites différences (narcissique). Distinguant l'adolescent de son père, de sa mère de ses rivaux qui le pousse cependant à faire (mieux, pire de façon originale, etc.) pour s'individualiser. Il s'aide pour cela des idoles, d'un premier amour, d'un attachement passionné à un ami, en projetant sur eux les rêves infantiles (pré-œdipien) qui ont constitué son moi idéal. Cette projection est aussi puissante que son interdit, dont elle est parfois impossible à distinguer, l'œdipe étant induit par ceux-là mêmes qui en sont l'objet : « Le désir, c'est la loi », a pu dire Lacan.

- Parallèlement, ou avec un certain décalage (ce qui explique les phénomènes dits de « crise de l'adolescence »), se fait le deuil des objets infantiles.

Non pas le deuil réel (celui-ci aurait plutôt un effet inhibiteur), mais le deuil imaginaire des figures infantiles introjectées en partie dans le moi idéal. Ce deuil doit pouvoir permettre d'introjecter (opération éminemment symbolique) de nouvelles imagos* choisie en partie consciemment.

5- Les enjeux psychiques des transformations corporelles et pubertaires :

L'adolescence est une période de la vie. Dans la quelle l'adolescent est confronté à de profondes transformations physiques, anatomiques et psychologiques.

On remarque qu'à cette période le corps se modifie, l'importance qui lui est accordé également. Cette évolution de l'image corporelle se traduit par des comportements. Comme **le besoin de mouvements, le désir de connaissance et le refus de soins maternels etc.**

A cet âge, l'adolescent se trouve tout à coup soumis à un grand bouleversement, qu'il ne peut ni contrôler, ni maîtriser. Il ne reconnaît ni **ses émotions**, ni parfois **ses pensées**. Son corps change, le corps du garçon devient celui d'un homme et celui de la petite fille, d'une femme. La « trahison » du corps lui impose de quitter l'enveloppe protectrice de l'enfance (Alvin MARCELLI, 1997).

On remarque aussi, que les relations que l'adolescent entretient avec son entourage, sa famille, changent et deviennent sources de gêne. Il essaye de repousser l'adulte pour mieux se sentir exister par lui-même. En miroir, les parents imposent aussi la différence entre eux et leur enfant. (La différence de génération, de goût, d'idées).

En effet, l'adolescence est caractérisée par deux besoins contradictoires. A savoir :

- Le besoin de dépendance ou d'attachement aux parents, car l'adolescent se sent incapable de se prendre en charge financièrement, il a besoin aussi de se sentir aimé et important.

- Le besoin d'indépendance, par rapport à l'autorité notamment à l'égard de la famille. Cette dernière permet l'affirmation de soi et l'épanouissement personnel.

Le travail psychique qui fonde l'ensemble du processus de l'adolescence, passe par un travail d'élaboration. Avec ses crises, ses conflits, ses mises à distance. Celles-ci permettent à l'adolescent de se familiariser avec sa vie imaginaire et ses patients inhérents.

6- L'adolescent et la maladie :

Il est parfois des situations pour lesquelles, l'adolescence est difficile à supporter, surtout quand on est porteur d'une maladie chronique tel est le cas du diabète. En particulier, quand il s'agit de l'acquisition de l'autonomie, qui peut être source de conflit. Puisque, l'adolescent doit se montrer apte à se prendre en charge tout seul sans l'aide des parents, et assumer la dépendance obligatoire de l'insuline qui s'avère difficile à gérer. Selon Jeammet ; *«il existe des contraintes entre son corps et son fonctionnement psychique »*, *« dans cette quête de liberté et d'autonomie, la maladie "diabète" impose à l'adolescent de conserver et de maintenir des habitudes contraignantes. qui marquent chaque jour sa vie balisent son vécu personnel »*. (JEAMMET.P, 2002)

Cependant, quand le diabète surgit dès l'enfance ou au début de l'adolescence, l'impact semble être différent. Quand la survenue de la maladie est précoce, elle peut prendre rapidement place dans la vie quotidienne de toute la famille. Chacun s'organise de son côté et la tâche devient plus légère. On s'habitue plus au moins au rituel de la maladie et au traitement.

Par contre, quand le diabète surgit tardivement, à l'adolescence. Il peut être au début très mal accepté. Puisque, on a besoin du temps pour accepter à la fois la maladie et s'approprier de nouveau son corps, qui demande des soins intensifs et longitudinaux

L'adolescent connaît son diabète. Mais, au même temps il ne veut pas le savoir. Il est en compromis entre le savoir et l'ignorance. « L'adolescent diabétique est de

plus en plus confronté à un conflit de savoir (" je suis malade") et ne pas savoir (" je ne sens rien, je ne suis pas malade"). (Richard-MALIVOIR, revue soins 2005).

Le diabète peut engendrer des sentiments différents chez l'adolescent(e) diabétique :

- Sentiment de colère.
- Sentiment de révolte.
- Sentiment d'abattement.
- Sentiment de routine ou d'habitude.
- Sentiment de refus ou de négation.

7- La qualité de vie chez l'adolescent diabétique :

Une étude de cas témoins des Années 90. Réalisée en Angleterre, apporte que les conséquences sociales du DT1 chez les patients jeunes sont assez modestes. Tant qu'il n'y a pas de complications. Les inquiétudes sont plus évidentes au fur et à mesure qu'augmente l'âge, et sont plus importante chez les filles, reflétant une incidence accrue des altérations psychiques chez les adolescentes.

Les filles, au début de la puberté qui survient à un âge plus précoce que chez les garçons. Ont un équilibre métabolique insatisfaisant pour de nombreuses raisons, contrairement aux garçons : elles ressentent le diabète comme un lourd fardeau. Elles semblent plus préoccupées par leurs apparences que les garçons et sont plus perturbées psychologiquement.

Ces facteurs peuvent modifier l'adhésion au traitement et affecter la qualité de vie de ces jeunes filles. Les troubles du comportement alimentaire de type accès compulsifs de boulimie sont décrits depuis longtemps chez les adolescentes diabétiques. Ils sont probablement, plus fréquents que chez les filles non diabétiques. Ils sont accompagnés toujours d'une manipulation des doses d'insulines, recherchant un sous- dosage pour contrôler le poids.

Les facteurs de risques ne sont pas bien connus. Mais, ils sont toujours associés à une faible estime de soi et à une image corporelle négative. L'ensemble de ces troubles génèrent un très mauvais contrôle glycémique (MARCHAL. L, et all 2000,p26

Conclusion

Dans toutes les étapes du développement, qui caractérise le processus de maturation physiques et psychologiques, est suivi d'une crise. Pour pouvoir accéder à l'autre phase, on est obligé de faire le deuil de la précédente. C'est –à dire se séparer de toutes les structures infantiles, de tous les objets incestueux. Enfin, s'approprier une sexualité adulte, s'individualiser et se distinguer des autres.

La plupart, des adolescents se situent entre deux besoins ambivalents ; notamment entre le besoin de dépendance et le besoin d'indépendance. Ils voudraient déjà mener une vie d'adulte et s'autonomiser. Mais, ils n'y sont pas prêts tant sur le plan psychologique que d'un point de vue matériel. C'est généralement, à cet âge qu'on doit se montrer plus vigilant et plus prudent vis –à vis de soi-même et vis –à-vis des autres. Mais, ce n'est pas toujours facile, avec le diabète. Les soins sont tellement lourds et intensifs, que parfois ils abandonnent. Ce qui conduit à une déstabilisation et un mauvais contrôle glycémiques.

Ce phénomène, est plus souvent observé chez les filles, puisqu'elles se soucient beaucoup de leur apparence et de leur corps, qui doit être visiblement bien entretenue et bien soutenue.

Le chapitre qui va suivre, parle en effet, de l'image du corps. C'est –à-dire la représentation mentale de notre corps, qui semble être individuel et propre à chacun. Qui est éventuellement liée à notre histoire et à notre vécu personnel.

Chapitre III

L'image du corps

Préambule :

L'image corporelle évolue au cours de la vie. Elle est souvent envisagée comme étant inconsciente et non innée ; elle s'élabore et se construit dans notre esprit depuis la naissance et se modifie au fur et à mesure que la personne avance dans l'âge. Elle est souvent influencée par le développement libidinal, par les facteurs biologiques et psychologiques, par les comportements, l'histoire personnelle, les normes sociales d'autrui et par notre entourage.

Cette image du corps se modèle et se configure selon ce qui nous est renvoyé depuis notre plus tendre enfance et ce que nous saisissons et ce que nous expérimentons au quotidien. La façon dont le corps apparaît à nous même devient l'image de notre corps. Et cette image que nous endossons, à laquelle nous identifions est celle que nous investissons dans la relation à l'autre. Et chaque remise en cause de cette image dans notre quotidien devient source de tension et d'angoisse. Ce qui conduit le plus souvent la personne à la valorisation ou la dévalorisation de cette image de soi.

Dans le propos de ce chapitre, nous allons vous montrer les différents psychanalystes qui ont émergés cette notion de l'image du corps. Nous y ferons également partie de quelques définitions et voir en effet les points qui la distingue du schéma corporel. Pour arriver enfin, à notre cœur de la recherche, l'image du corps chez les femmes et l'ampleur de la maladie chronique.

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 qui composent l'image du corps.

1-1 La notion de l'image :

« *L'image est un événement psychologique qui a pour vocation de restituer l'apparence figurative des objets ou des événements en dehors des conditions matérielles de réalisation, dans un champs perceptif.* » (BROSCH et COLL, 2007, p599-600). Sur le plan neurologique, elle renvoie à une notion visuelle (objet, miroir) ou à une notion mentale explicite, au sens psychologique, s'attribue aux représentations psychoaffectives et conceptuelles, ou à une dimension spéculaire en psychanalyse. (DUPRAT. E, 2007, p47).

1-2 La notion du corps

1-2-1 Le terme corps en médecine :

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

1-2-2 Le terme corps en psychanalyse :

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, a la fois séparatrice et d'isolement, au même temps, de surface et en particulier de communication. En mettant en contact l'esprit (le psychisme) avec l'extérieur, à l'égard de cette double fonction, le corps assure le sentiment de l'unité de soi, ainsi que l'organisme physiologique et morphologique à la différence d'autrui. (SANGLADE. A, 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 reflétée 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 développant 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. (BERNALD.P, 1977, p155).

1-3-2 L'image du corps en psychanalyse :

L'image du corps est « *une construction psychique de la représentation du corps, elle est éminemment personnelle et inconsciente et fondatrice de notre identité, sa construction s'appuie à la fois sur des facteurs sociaux et psychologiques.* » (MAREAU.C et al, 2004, p 95).

En psychanalyse, la notion du corps n'est 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* » (NASIO J.D, 2007, p112).

2-La différence conceptuelle avec l'image du corps :

2-1 Le schéma corporel :

Une différenciation entre ces deux notions s'effectue nettement ; entre le schéma corporel et 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. (MORIN.C, THIEBIERGE. S, 2004, p.419).

Ce concept se définit par une « *réalité de fait, il est en quelques sorte notre vivre charnel au contact du monde physique* » (DOLTO. F, 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 être « *inconscient mais aussi préconscient et conscient tandis que l'image du corps est éminemment inconsciente* » (ibid. 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 dans l'espace (DOLTO. F, 1984, p49). Pour parier cette définition, GALLAGHER.S rajoute qu'il s'avère un « *système de processus* » « *sensori-moteur* », fonctionnant sans aucun contrôle perceptif ni conscience réflexive, mais sous un apport involontaire et inconscient, qui ajustent et adaptent continuellement la posture et les mouvements. (DUPRAT. E, 2007, p49).

2-2 Le concept de soi :

Est considéré, comme la façon dont la personne se sent, se voit ou pense être. Il est souvent influencé par l'interaction de la personne avec son milieu et son entourage, ainsi que par la façon dont les autres la perçoivent. Ce concept inclut les sentiments, les attitudes et les valeurs. Il comprend souvent l'image corporelle, l'idéal du moi, l'estime de soi et l'identité personnelle. Selon COOLY « *le concept de soi d'une personne intègre un ensemble complexe d'attitudes, de sentiments conscients et inconscients, de perception de soi, de son corps, de ses rôles sociaux et de sa valeur personnelle. C'est une expression de ses sentiments, de son expérience, de son insertion sociale. Le concept de soi, c'est ce que l'on pense de soi-même, en tant qu'entité indépendante et distincte, et ce que l'on pense être aux yeux des autres.* » (COOLY, 1956, p741).

2-3 La représentation de Soi :

Proche de l'image du corps, elle signifie une projection du corps que l'on extériorise et que l'on diffuse, que l'on donne à voir : un corps «*objectalisé*», elle 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. (SANGLADE. A, 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, SANGLADE.A, 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 d'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 ». (CLAUDEL. S, 2012, p69).

2-4 L'image de soi :

Etroitement lié, l'image de soi est parallèlement associée aux autres concepts : l'image du corps et le Schéma corporel, un concept représentatif, relatif à l'ensemble des perceptions et des croyances à propos du soi que celles-ci s'articulent au tour de l'acceptation du soi. (DUPRAT. E, 2007, p49).

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. (Ibid. p49)

3-L'approche psychanalytique de l'image du corps:

3-1 L'image du corps selon Paul SHILDER :

En 1968, SHILDER. P fut le premier à poser les jalons du concept de l'image du corps qu'il définit ainsi : « *l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même.*» (SHILDER.P, 1968, p.35). L'image du corps est donc définie comme une notion subjective, propre à chacun.

En outre, Il considère l'image du corps comme étant une image tridimensionnelle, elle ne renvoie pas uniquement à la dimension physiologique. Mais, renvoie également au concept de la libido et à la signification sociale du corps.

A partir de ce point, on pourrait dégager 3 formes ou structures de l'image du corps ; « *le corps perçu* », « *le corps social* » et « *le corps libidinal* »

Premièrement, P, SHILDER apparente l'image du corps à un **model postural** ; appréhendée dans les mouvements et dans les perceptions cutanées, musculaires, tendineuses et viscérales, qui sont en constante transformations et en continuelle élaboration de ses perceptions et des changements de positions du corps dans le temps.

De plus, selon lui l'image du corps se construit dans **la relation à l'autre**, il lui confère donc une importance intersubjective. C'est pour cela que « *nous sommes incapable de nous construire une image du corps, si nous n'avons pas de contacts sociaux.* »

Pour finir, P, SHILDER intègre le concept de l'image du corps à celle de la libido. En effet, il prétend que celle-ci peut se fixer sur des zones corporelles précises, dont *les orifices*. qui sont d'importantes sources de sensations. Mais aussi, la libido permet d'investir de nouvelles zones. (BIOY. A et all, 2002, p135) .

3-2 L'image inconsciente du corps selon F.DOLTO :

Pour DOLTO, la nature de l'image du corps est inconsciente et propre à chacun « *Elle est liée au sujet et à son histoire* ». Elle s'élabore dès les tout premiers temps de l'existence.

L'entité de l'image du corps serait une synthèse et une articulation dynamique de trois composantes. « *L'image du corps est toujours inconscientes, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions.* » (DOLTO. F, 1984, p.24).

« *L'image de base est ce qui permet au sujet de se ressentir dans une « mêmété d'être», c'est –a-dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis la naissance(...)* » (DOLTO. F, 1984, p.50). Le sentiment d'exister provient de cette conviction de continuité. En d'autres termes expliquer par Eric PIREYRE : « *L'image de base, pour DOLTO, contient en elle la conviction plus ou moins forte, de la continuité d'existence (...) et la notion d'identité qui lui est liée ou qui en découle.* » (PIREYRE. E.W, 2011, p.39). L'image de base est constitutive du narcissisme. Cette construction narcissique assure la sécurité de l'existence de l'être humain, qui est un véritable lien à la vie (CLAUDEL. S, 2012, p.74).

Par contre, « *l'image fonctionnelle* » est active, elle permet d'assurer l'identité et d'établir des relations avec l'environnement. Celle – ci est décrite comme « *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'objective dans la relation au monde et à autrui.* » (DOLTO. D, 1984, P50).

En revanche, l'image érogène est figurative : « *elle est associée à l'image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la*

relation à l'autre ». Elle ouvre au plaisir partagé. Eric PIREYRE la nomme l'identité sexuée (PIREYRE. E, 2011, P41).

Ces trois composantes de l'image du corps sont actualisées dans ce que Françoise Dolto nomme « l'image dynamique ». « *L'image dynamique s'exprime en chacun de nous l'état, appelant l'advenir, le sujet en droit de désir (..), la « désirance* » (DOLTO. F, 1984, P58).

3-3 Le Moi -Peau Didier .ANZIEU :

« L'image du corps » est représentée par D.ANZIEU sous un autre angle. Il lui a donné une appellation nouvelle et différente nommée « Moi-Peau ».

Ce qu'il désigne par ce concept n'est rien qu'une figuration symbolique, entre le moi et les sensations de la peau. « *Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même une projection d'une surface.* » (FREUD. S, 1981, p264), cette phrase semble former la base du Moi-peau. Didier Anzieu définit ainsi ce qu'il nomme le Moi-peau : « *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 Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience à la surface du corps.* » (ANZIEU. D, 1985, p61). Autrement dit : « *tout ce qui est psychique se développe en constante référence à l'expérience corporelle, ainsi le Moi se constituerait d'abord à partir de l'expérience tactile* » (LABALETTE. D, 1989, P17).

Donc, la plupart de nos représentations sont tirées de nos expériences, des mouvements et des états du corps, que le Moi-pensant met en œuvre, pour la mise en relation des pensées. Qui se trouve parfaitement en « analogie » et en « homologie » avec la structure du corps et de la peau. Ainsi, pour lui, le Moi-peau et le Moi-pensant, sont en interférence. Dont la deuxième repose et transpose les fonctions du premier, qui remplit à son tour, celle de la peau.

En effet, D.ANZIEU fait part d'une liste des fonctions qui énonce les fonctions psychiques de la peau s'étayant sur ses fonctions physiologiques.

Les fonctions du Moi-peau mettent donc en correspondance les fonctions du Moi, au nombre de huit, elles sont les suivantes :

1- La fonction de maintenance :

Elle au psychisme de bébé de fonctionner par le soutien de son état d'unité. Cette fonction s'étaye sur l'intériorisation du *holding* maternel au sens de Winnicott. Le *holding* correspond à la manière dont la mère porte et soutient son bébé. Cet appui permet au bébé de développer son appui interne, son axe et par la suite sa verticalité.

2- La fonction de contenance :

Elle contient le psychisme comme une enveloppe : La peau, cette fonction s'étaye sur le *handling* maternel au sens de Winnicott. Le *handling* correspond aux soins que la mère apporte à son bébé qui lui fait ressentir sa contenance.

3- La fonction de par- excitation :

A l'image de l'épiderme qui protège le corps des agressions extérieures, la fonction de par- excitation protège le psychisme des agressions extérieures. Au départ cette fonction est assumée par la mère jusqu'à ce que l'enfant intègre cette fonction.

4- La fonction d'individuation :

De même que la peau représente des caractéristiques individuelles, la fonction d'individuation du Moi-peau permet à la personne de se sentir comme un être unique, différencié des autres.

5- La fonction d'inersensorialité :

La peau est le support d'organe des sens, de même le Moi-peau « est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de divers natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile » (ANZIEU. D, 1985, p127).

6- La fonction de sexualisation :

La peau du bébé est investie libidinalement par la mère, les soins qu'elle lui apporte préparent à l'auto-érotisme. La fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle permet de façonner sur cette base les zones érogènes et le développement de la sexualité.

7- La fonction de recharge libidinale :

La peau est une « *surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes* ». Le Moi-peau à une fonction de recharge libidinale du psychisme, il maintient une certaine tension énergétique interne et la répartit inégalement entre les sous- systèmes psychiques» (ANZIEU. D, 1985, p128).

8- La fonction d'inscriptions des traces sensorielles tactiles:

La peau reçoit des informations sensorielles tactiles qui sont croisées avec des informations provenant d'autres sens pour analyser l'environnement. Le Moi-peau à une fonction d'inscriptions des traces sensorielles tactiles à deux niveaux : biologique et social

3-4 L'image du corps selon B.PRICE

A présent, on pourrait mentionner la définition effectuée par B.PRICE de l'image du corps, selon la répartition de 3 composantes ; expliqué, ci-dessous, dans le corps réel, le corps idéal, ainsi ce qu'il appelle « *apparence* »

En premier lieu, « *le corps réel* » est celui qui existe, qui se transforme au fil du temps, il est considéré comme une composante de l'environnement, il change d'allure, de raison à ce qu'il vieillit et par l'usure du temps à ce qu'on l'utilise en permanence. De même que des agressions venant de l'extérieur, telles que : les traumatismes, cancers, infections peuvent avoir une autre tournure et change de manière radicale le corps réel.

Quand le corps réel change, il s'écoule souvent un certain laps de temps avant que l'image corporelle change, elle aussi. Durant ce temps, la personne peut refuser le diagnostic, l'enseignement et le traitement prescrit.

La deuxième composante, s'inscrit dans « *le corps idéal* », illustré par l'image mentale du corps rêvé et des prouesses qu'il devrait accomplir. Cette conception est profondément influencée par les normes socioculturelles, les publicités et par divers modes physiques et de santé qui peuvent perturber l'équilibre mental et physique de la personne.

La dernière est « *l'apparence* » qui est littéralement la façon de présenter le corps au monde extérieur. En essayant de faire correspondre l'image du corps réel à celle du corps idéal. De sorte qu'entre le rêve et la réalité coïncide, 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. (BEYLER.S et al, 2006, P8)

3-5 L'image corporelle selon Thomas F.CASH :

CASH et PRUZINSKY (1990) soulignent qu'il est difficile de bien saisir le concept d'image corporelle car celui-ci signifie différentes choses. En effet, ils estiment, à l'instar d'Anderson (1985), que le terme *image* ne reflète pas la complexité et les multiples dimensions du concept. Ils soulignent donc que ce concept d'image corporelle peut être appréhendé comme l'attitude qu'un individu a envers son propre corps, particulièrement à son apparence.

Selon CASH (1994), trois aspects de cette attitude peuvent être distingués : « l'évaluation », « l'affect » et « l'investissement ».

La première, se donne à voir par « *l'évaluation de l'image du corps* », qui fait référence à la satisfaction et à l'insatisfaction de la personne par rapport à ses attributs physiques ainsi qu'aux croyances évaluatives qu'elle entretient à propos de son apparence. Cette évaluation dépend en partie de l'écart que ressent la personne par rapport à ses idéaux physiques intériorisés. (CASH et SZYMANSKI, 1995).

La seconde, concerne « l'affect de l'image corporelle », elle fait référence aux émotions que cette auto-évaluation peut entraîner dans certaines circonstances. Selon THOMPSON « l'image corporelle est la représentation interne de votre propre apparence extérieure, c'est la perception propre de vous-même » (THOMPSON et al, 1999, p4).

La dernière, inclut « *l'investissement de l'image corporelle* » et l'importance du focus que la personne place sur son apparence et ce que cela entraîne à propos de son sens et de soi ainsi que ces comportements pour entretenir ou améliorer son apparence. (CASH, 1994). « L'image du corps est une part essentielle de notre identité, elle influence nos pensées, nos sentiments, nos comportements et nos buts ». (CHRISLER, et GHIZ, 1993).

4- L'évolution de l'image du corps :

4-1 La première phase :

« *La phase orale* » est qualifiée comme une phase de « *cannibalisme* », de part son caractère sexuel, qui réside dans « *l'incorporation de l'objet prototype qui jouera, tardivement, un rôle psychique important dans l'identification, par le moyen de suçotement sera la référence de cette phase* » (VANIER. A, 2005, P82).

Selon A.BRACONNIER, ce premier stade s'organise sur deux vécus ; le premier est **le stade oral primitif**. Dès les premiers semestres de la vie, la bouche est

le foyer et le moyen d'approche dominant, mais sans aucune incorporation de l'objet, le deuxième est **le stade tardif**, en partie l'incorporation par morsure se substitue à la succion (BRACONNIER. A, 2006, P83).

4-2 La deuxième phase :

Nommée « *la phase sadique- anale* », elle est marquée par le temps de l'opposition entre actif et passif. (VANIÉ. A, 2005, p 83). D'après BRACONNIER. A, 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. (BRACONNIER.A, 2006, p37).

4-3 La troisième phase :

Cette période dénommée « *la phase phallique* » est spécifiée nettement par le complexe d'œdipe, entre trois et cinq ans, les organes génitaux deviennent zone érogène dominante. De plus, les tensions se déchargent principalement.

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 est 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 pour des déceptions d'avec sa mère. (Ibid. P39).

5- L'image corporelle chez les femmes :

Brown et Jasper (1993) notent que la valeur sociale des femmes était traditionnellement reliée à leur corps du fait de leurs capacités à répondre tant aux besoins physiques qu'aux besoins émotifs des enfants et des hommes. Aujourd'hui les femmes évaluent leurs corps à partir de l'apparence (HURD, 2000). L'image corporelle, dépend également du corps idéal du point de vue de la société, du corps idéal intériorisé, de son image corporelle du moment et de son allure réelle

(Hurd,2000).La culture occidentale met l'emphase sur l'apparence. Ce qui est valorisé : la minceur, la jeunesse, la beauté et la santé (Brown et jasper 2006).

BEDFORD et Shanti JOHNSON (2006) soulignent que la recherche en la matière indique que les normes sociales influencent fortement les sentiments des femmes à propos de leur corps. Janelli (1993) suggère que l'importance sociale placée sur le corps des femmes peut entraîner pour elles de l'anxiété par rapport à leur corps. Selon Stokes et Frederick- Racascino (2003), il existe une forte corrélation positive entre l'image corporelle et le bonheur chez les femmes.

Le poids est un sujet particulièrement sensible en ce qui concerne l'image corporelle des femmes. L'idéal culturelle concernant le poids est un idéal qui pousse le corps vers la minceur (Brown et jasper, 1993). Les femmes surveille leur corps et critique le moindre gain. Elles se perçoivent plus lourdes qu'elles ne le sont (Janelli, 1993). Les femmes qui estiment avoir un surplus de poids sont susceptibles que les autres d'être insatisfaites de leurs images corporelle (Bedford et Shanti Johnson, 2006).

6- L'image du corps et la maladie chronique :

Les maladies sont nombreuses et de natures différentes : aiguës ou chroniques. Ces dernières supposent parfois, des traitements lourds et des prises en charges médicamenteuses durable. Ce qui implique, des changements à la fois dans le mode de vie, et dans les habitudes quotidiennes. La personne souffrante essaye de limiter ses habitudes, pour le bien être de son corps et de sa santé.

Dans tout les cas, la survenue de la maladie constitue un événement ni choisi, ni désiré, qui s'avère menaçante et parfois vitale. Ces influencent à la fois physiques, émotionnelles et psychiques modifient totalement notre représentation mentale de notre corps. Son impact est plus compliqué que la maladie elle-même.

Une recherche française effectuée par Estelle Automne en 2006, montre qu'une atteinte par une quelconque maladie inflige la prise de conscience du corps ; les sujets

infectés répandent à une conscience avérée lorsqu'un silence approuvé par les organes, est rompu. Ainsi que, les expériences dues au moment même de la douleur. Permettent l'instauration des barrières corporelles et psychiques. (AUTOMNE.E, 2006).

Comme FREUD.S la introduit en 1914, ainsi évoqué par E.AUTOMNE, l'appropriation d'une maladie organique est une des voies permettant d'aborder la naissance. En effet, c'est une maladie grave, qui modifie la répartition de la libido pour reporter sa libido sur son corps.

Conclusion

Il n'y a pas que les psychanalystes qui se sont intéressés à cette notion de « l'image du corps ». En revanche, beaucoup de disciplines de nos jours ont procédé à sa définition et chacune comment envisage et appréhende ces deux pôles « l'image » et le « corps ».

Pour la plupart des psychanalystes l'image du corps se distingue particulièrement du schéma corporel. La première est envisagée comme étant purement inconsciente, elle surgit dès la naissance et constamment tout au long des stades du développement libidinal, elle est individuel et purement subjective. Elle se crée par la relation à l'autre (père, mère ou substituts..), et se modifie pour qu'elle devienne une image propre et visible par soi-même.

Par contre, la deuxième « le schéma corporel » peut être a priori inconscient, préconscient mais aussi conscient. Il exprime la façon dont le corps est, et s'organise dans l'espace. Tout comme la façon dont la personne perçoit ces propres parties biologiques. Il est strictement évolutif et se structure par l'apprentissage et l'expérience.

Ce phénomène est devenu le centre d'intérêt de tout le monde, que ce soit chez les enfants, chez les filles ou chez les adultes. Nous devenons de plus en plus obsédés par notre apparence et par notre corps. Mais, ce constat est généralement plus élevé chez les filles que chez les garçons. Elles veulent constamment être belles et bien mises en valeur. Pour être mieux dans leur peau, ce qui favorise probablement leur estime de soi.

Partie Pratique

Chapitre IV
La méthodologie de
La recherche

Préambule :

Après l'achèvement de notre partie théorique, nous allons passer à la partie cruciale de notre recherche, qui est la méthodologie de recherche. Celle-ci joue le rôle de médiateur entre la théorie et la pratique.

Tout travail scientifique exige une méthodologie, cette dernière, permet de guider et d'orienter le chercheur dans l'organisation de son travail, pour le rendre plus empirique et plus pragmatique.

Dans ce chapitre, nous allons vous présenter les différentes étapes que nous avons entretenues. Notamment, notre méthode de recherche, le terrain de recherche, le groupe d'étude, les outils et les techniques d'investigations que nous avons suivies pour l'élaboration et le déroulement de notre pratique.

1- La pré-enquête :

C'est la première étape la plus importante dans toute la recherche. Comme son nom l'indique, elle sert éventuellement à énoncer et à élargir la pratique. Elle nous permet de trouver un lieu adéquat approprié aux exigences de notre thème, d'avoir des informations et d'avancer des hypothèses, elle nous aide également, à désigner notre population d'étude avec laquelle, nous vérifierons nos hypothèses avancées préalablement. « *La pré enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle est la phase exploratoire, d'ordre documentaire où supposant un déplacement sur le terrain, elle doit conduire et construire la problématique au tour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente.* » (CARIO.R, 2000, »

Notre pré enquête, a été effectuée au niveau de l'établissement public hospitalier d'Akbou (EPH d'Akbou) et plus particulièrement dans le service de pédiatrie, nous nous sommes adressés directement à la psychologue du service, avec qui nous avons exposé notre thème et notre objectif de recherche, on lui a bien précisé notre population d'étude, puis elle les a contactés pour avoir leur accord, après

l'obtention de leur consentement, on a programmé des séances d'entretiens, où on leur a expliquées notre motif de recherche.

Afin de cerner l'objet de notre étude et de dégager les hypothèses opérationnelles, nous avons fait des entretiens semi-directif et administré le test de Rorschach. Nous avons utilisé la langue maternelle des adolescentes et la passation, est faite individuellement.

2- La méthode clinique :

Notre travaille de recherche vise à évaluer « *l'image du corps chez les adolescentes diabétiques* », apriori, la méthode emprunté et suivi est bien « *la méthode clinique* ». Elle est décrite comme « *l'analyse expérimentale progressive du comportement humain* », de façon à comprendre et à expliquer l'état et le fonctionnement psychologique d'un individu en réduisant progressivement ses particularités les plus évidentes a des phénomènes plus simples. (REUCHELIN.M, 2002, p103).

En revanche, la méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires :

- Le premier correspond au recours à des techniques (échelles, tests, entretiens) de recueil des informations relatives au patient.
- Le second, vise à comprendre le sujet, ce qui n'implique pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur les phénomènes psychopathologiques ou d'adaptation. (FRENDZ.L, PADINIELLIJ.L, 2006).

Cependant, la méthode clinique s'inscrit dans « *l'étude de cas* » qui vise « à donner unedescription d'une personne de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer les causes et la genèse des ses problèmes » (CHAHRAOUI.kh, BENONY.H, 2013, p12).

a3- Le groupe de recherche

Notre étude a été menée sur un groupe d'adolescentes diabétiques, dans cette population d'étude, nous avons sélectionnés 5 cas homogènes, dont l'âge varie entre 15 et 18 ans.

Les critères de la sélection : les critères de sélection de notre population de recherche sont les suivants :

- Les adolescentes sont toutes des diabétiques.
- Elles sont toutes âgées de 14 à 18 ans.

➤ **Les Caractéristiques de choix du groupe de recherche :**

Voir le tableau ci-dessous

Nom	Age	Niveau d'instruction	La découverte de sa maladie	Type de traitement
Yasmine	16 ans	2 ^{ème} année CEM	12 ANS	Insulinothérapie
Selma	18 ans	BAC	12 ans	Insulinothérapie
Amel	15ans	4 ^{ème} année CEM	7 ans	Insulinothérapie
Nina	16 ans	2 ^{ème} année CEM	8 ans	Insulinothérapie
Sarah	14ans	1 ^{ère} année CEM	10 ans	Insulinothérapie

Tableau N° 1: Les caractéristiques de la population d'étude

4- La présentation du lieu et la durée de la recherche :

Notre stage a été effectué au sein de l'EPH d'AKBOU, au service de pédiatrie pour une durée de 90 jours à compter du 11 février jusqu'au 11 mai 2018. Cet établissement existait bien avant l'indépendance, son siège était à l'ancien hôpital situé au centre ville et construit en 1872.

En 1959, il a été décidé de construire un nouvel hôpital, les travaux commencèrent en 1960 et furent achevés en mars 1962, suivi après par le transfert du siège qui a ouvert ses portes le 02 novembre 1968. Le nouvel hôpital est baptisé au nom du Chahid lieutenant AKLOUL ALI en 1970.

- **Le service d'hospitalisation pédiatrique, contient les particularités suivantes :**

Les locaux	Le personnel médical	Le personnel paramédical
-Il contient 6 chambres et 16 lits. - une chambre de garde pour médecin. -une chambre de néonatalogie qui contient 20 lits (entre couveuses, tables chauffantes et berceaux. - un bureau pour le pédiatre. -un bureau pour le psychologue. - une pharmacie. - une secrétariat	-deuxmédecins généraliste - un pédiatre.	-Deux secrétaires médicales. - trois agents d'entretiens - 20 infirmiers - une psychologue.

TableauN° 2: La présentation des effectifs, matériels et locaux du S.H.P.

Ce service d'hospitalisation est relativement un centre destiné à prendre en charge des nouveaux nées, des prématurées, des enfants hospitalisés pour divers raisons soit pour : une bronchiolite, un ictère, la gastroentérite, l'arthrite, et les infections urinaires... etc., ainsi que le diabète qui touche la majorité des enfants et des adolescents qui viennent pour une hospitalisation.

5-Les outils d'investigation :

5-1-L'entretien clinique :

Notre mise en contact avec les adolescentes diabétiques a été effectuée par un échange de parole, qu'on désigne par l'entretien clinique.

L'entretien clinique est un outil visant nettement l'appréhension et la compréhension du fonctionnement psychologiques d'un sujet à travers son vécu et ses relations. Il nous permet d'obtenir des informations sur ses souffrances, sur ses difficultés de vies, ses événements vécus, son histoire, ses rêves et ses fantasmes. (BENONY.H, CHAHRAOUI. Kh, 2013, p11).

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- D'aide ou de soins psychologiques ; qui correspond à apporter un soutien, un changement et un apaisement psychologique.
- De diagnostique ou d'évaluation psychologique ; qui concerne l'élaboration d'un diagnostic, soit en psychologie ou en psychiatrie, sur les états et les souffrances du sujet.
- Ou de recherche clinique ; qui se focalise sur l'étude des nouvelles problématiques et variables. (BENONY et CHAHRAOUI, 2013, p13).

Dans l'entretien clinique, il en existe trois types : l'entretien directif, non directif et en dernier l'entretien semi- directif (BENONY.H, CHAHRAOUI. Kh, 2013, p14). Auquel on s'est intéressé dans notre recherche.

5-2-L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif s'annonce comme médiateur qui s'illustre être un compromis entre l'entretien directif et le non directif (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 d'approfondir les informations ». (ENGERS.M, 1997, p144).

Dans notre recherche, nous avons choisi l'entretien semi-directif. Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec de axes thématiques, qui favorisent l'expression libre et associative à partir des questions ouvertes. Tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises, auxquelles l'examineur souhaite une réponse (autour des hypothèses). Le chercheur propose une trame au sujet de dérouler son récit, dont le contenu fera l'objet d'une analyse. (BENONY.H, et CHAHRAOUI. Kh, 2013, p16).

5-3-Guide d'entretien :

Au niveau méthodologique, l'entretien clinique est associé à un guide d'entretien, tassant les hypothèses construites autour de la problématique explorée. Le guide d'entretien est construit en fonction des objectifs de la recherche, les structures de l'entretien en est l'un de ses fondements. (GALLON Elise, 2011, p181).

Notre guide d'entretien est divisé en trois axes, chaque axe contient des questions, soit principales ou secondaires qui sont :

Axe1 : est distingué par l'histoire de la maladie, on a essayé de tracer tous les points essentielles qui renvoient à la maladie, notamment, l'âge de la découverte de la maladie, les antécédents familiaux, les signes de la maladie et la gestion du traitement.

Axe 2 : est centré sur les adolescentes diabétiques, on a essayé de voir comment ces dernières ont pu contribuées aux changements pubertaires, et les types de relations qu'elles entretiennent avec leurs amies et leurs familles. A l'idée de voir si ces relations ont changées depuis la maladie.

Axe3 : renvoi a l'image du corps ; c'est-à-dire la représentation mentale de notre corps, et comment ces adolescentes perçoivent, notamment leur corps avant et après l'apparition du diabète.

5-4-Le test du Rorschach :

5-4-1 Aperçue historique :

Ce test a été publié par le psychiatre suisse RORSCHACH.H en 1920, prenant ainsi son nom. Ce dernier est constitué de plusieurs taches d'encre, que l'auteur sélectionna soigneusement sur l'opposition de 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. (BERNAUD, J.L. 1998, p87).

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

L'importance de ce test s'est aménagée dans la pratique clinique et de nouvelles publications qui 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.

5-4-2Aperçu du matériel :

Le test de rorschach se présente sous forme de dix planches chacune est composée de taches d'encre symétrique et plus ou moins complexe (BERNAUD J.L ; 1998, p33).

Au plan de la couleur, certaines sont noires ou marquées par des nuances de gris plus ou moins contrastées (planche I, IV, V, VI, VII). D'autres sont noires et rouges, les planches (II, III). Et d'autres de couleurs pastel (VIII, IX, X).

A) Les caractéristiques manifestes des planches :

N.R. TRAUBENBERG distingue deux traits communs des planches : leurs organisations perceptives par une constitution symétrique ; «*dimension structurale*»,

ainsi une présence d'éléments chromatiques ; *«une dimension sensorielle»*. (CHABERT. C, 2004, p48-49).

- **La dimension structurale :**

Elle renvoie à la construction formelle des tâches, 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 sur ses cotés. La dernière planche X, par sa singularité, elle est ouverte, éparpillée et fragmentée. (CHABERT. C, 2004, p49-50).

- **La dimension sensorielle :**

Cette dimension est liée à la couleur des planches dans leurs perceptions sensorielles et leurs caractères chromatique : les planches I, IV, V, VI et VI sont achromatiques, soit des planches noires, 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, X. tandis que, la planche VII, a un plan chromatique : elle est *«gris clair et ouvert sur un large espace blanc»*. (CHABERT. C, 2004, p50)

B) Les Sollicitations latentes des planches :

Planche I : s'annonce comme la planche *« contacte »*, qui met le sujet face au test, c'est une symbolisation qui reflète le premier contact avec l'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. (CHABERT. C, 2004, p51).

Planche II : se constitue autour de *« la lacune intermaculaire »*, par sa configuration bilatérale et trichromatique (rouge, blanc, noire). Qui s'appréhende sous des représentations archaïques (*« représentation symbolique fusionnelle et/ou destructrice »*) ; la lacune médiane est un symbole de vide, soit une faille corporelle considérablement liée aux unifications et délimitations entre, le dedans et le dehors.

Elle revoie 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. De plus, elle peut être investie comme des pulsions d'ordre agressives ou libidinales valence. (CHABERT.C, 2004, p51-52).

Planche III : s'accentue sur « *les processus d'identifications sexuelles* » ; de part sa caractéristique de bisexualité manifeste, apparaît sous une allure de « *personnage dépourvus 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 des sollicitations pulsionnelles soit agressives ou libidinales. (CHABERT.C, 2004, p52).

Planche IV : est qualifiée de « *planche paternelle* », généralement identifiée sous la puissance phallique et associée à une image masculine, ou une « *imago maternelle phallique et dangereuse* ». 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 de production signifiante. (CHABERT.C, 2004, p 52).

Planche V : pose le problème de la confrontation de deux mondes ; l'un est réaliste, il intègre à la fois un contenu concret et banal, l'autre est fantasmatique, il est irréel et effrayant.

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 dans le (D médian supérieur), ou encore, à « *une sensibilité passive et réceptive* » à des images sexuelles féminines (dans la partie inférieur). (CHABERT.C, 2004, p52-53).

Planche VII : est associée aux relations et à l'image maternelle, les plus archaïques aux plus évoluées ; « *relations symbiotique et fusionnelles, relations d'objet marquées d'analité, sentiments de bien-être ou d'insécurité, apaisement ou*

angoisse, dépression liée à perte de quête éperdue d'un objet »..., encore, elle permet d'« en situer les modèles féminins *« opposition, conflit ou soumission passive, valorisation ou dévalorisation »*.(CHABERT.C, 2004, p53).

Pour les dernières planches pastel, **VIII, IX, X**, elles expriment l'émergence d'émotions, d'affects et permettent par là de saisir le type de rapport que le sujet établit avec son environnement.

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 stimulation externe viennent réveiller la sensibilité au réel* », elles réactivent certaines manifestations les plus anciennes et primitives, liées aux expériences de plaisir et de déplaisir, que le sujet a avec son environnement relationnel et contacts initiaux. (CHABERT.C, 2004, p53).

5-4-3 Les étapes d'administration du test de Rorschach :

La passation du rorschach se fait en trois étapes obligatoires (la passation projective, enquête, l'épreuve des choix), et une étape supplémentaire (l'enquête aux limites).

A) La passation projective :

C'est une étape dans laquelle le psychologue présente les planches au sujet, et les fait passer une après l'autre dans un ordre hiérarchisé. Le test se fait en une seule séance, quand le sujet est confronté au matériel imposé. On lui demande d'être plus spontané dans ces associations.

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 le non sélection des planches et de « *dire tout ce qu'il pourrait voir* ». 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. (CHABERT.C, 2012, p29).

Dés lors, l'examineur, note au moment même de la passation des planches, tout ce qui est dit : les réponses, les commentaires, les comportements, le temps de latence, celui écoulé de chaque planche, ainsi que la position et ses changements par rapport à celle initiale.($\wedge, \vee, < \text{ et } >$). (CHABERT.C, 1961, p75).

B) L'Enquête :

Cette étape repose sur les représentations des planches, l'une après l'autre, où le sujet a donné des réponses non précises ou non nuancées. Dans le but, d'avoir des éclaircissements sur la localisation des réponses pour mieux les coter, et pour une bonne analyse du protocole. L'enquête nous permet de mieux comprendre la dynamique du fonctionnement psychique dans l'élaboration des réponses. (CHABERT.C, 2002, p30).

C) L'enquête aux limites :

On procède à cette phase, quand certaines réponses données par le sujet 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 couleurs, ou essentiellement à certaines qualités du matériel comme un mode d'appréhension, une représentation humaine.

Comme on peut également recourir à l'enquête aux limites « *quand un sujet n'a pas interprété une découpe importante ou une réponse habituelle, on peut l'inviter explicitement à le faire. Afin de, déterminer s'il s'agit soit d'une négligence ou d'un découpage passager et surmontable, soit d'une incapacité psychique* ». (CHABERT.C, 1961, p60).

D) L'épreuve des choix :

Elle consiste en l'épreuve final de la passation du Rorschach ; en ordonnant au sujet d'en choisir, parmi les dix planches, deux qui la le plus aimées, et deux autres qui la moins aimées. Celle-ci permet de mettre au clair les affects par rapport aux investissements positifs et négatifs (l'agressivité, les formations réactionnelles, les clivages et l'ambivalence). Elle permet aussi, d'appréhender des réponses, des informations supplémentaires sur les mécanismes mobilisés. (CHABERT.C, 2002, p33).

5-4-4 Les consignes de tests du Rorschach :

Le déroulement du test doit se faire dans des bonnes conditions. Les deux protagonistes doivent adopter une position de face a face. Pour faciliter l'observation des comportements du sujet.

On peut néanmoins, dégager deux consignes dans la passation du Rorschach, à savoir la première dans la passation spontanée et l'enquête.

Dans la première consigne classique, élaborée par RORSCHACH. H, puis reprise par TRAUBENBERG N.R, commence ainsi : *« Qu'est ce que cela pourrait être ? »* (TRAUBENBERG N.R, 1981, p12).

Cette consigne a été modifiée par plusieurs chercheurs. Par contre, l'essai le plus utilisé et la plus complète que l'on d'écrit pour ce test, est celle rectifiée par CHABERT. C : *« 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 »*. Cette consigne prend en considération les références relationnelles qui s'établissent entre : le sujet, le test et le clinicien.

La deuxième consigne, subvient durant l'enquête préliminaire à la cotation, précisée encore par CHABERT. C, celle-ci est formulée comme suit : *« 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. »* Tout comme, on peut rajouter une autre

recommandation, si cette dernière semble aux yeux de certains, floue ou ambiguë : « *vous essaieriez de me dire où vous avez vu ce que vous avez évoqué et qu'est ce qui vous y a fait penser.* » (CHABERT.C, 2012, p31).

5-4-5 La méthode d'analyse du protocole de Rorschach :

La cotation du protocole : c'est la codification des réponses énoncées par le sujet, elle se base sur une écoute attentive et une lecture approfondie du discours. Ces deux attitudes, nous permettent d'éclaircir le fonctionnement et les conduites psychiques du sujet.

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

Dés lors, beaucoup de cotations ont été proposés, et celles-ci diffèrent d'un auteur à un autre, ce qui rend parfois le choix difficile à prendre. La cotation qui nous semblait attribuable pour notre recherche est celle de BENZIMANN.C et all dans le « *LIVRET DE COTATION DES FORMES DANS LE RORSCHACH* » parue en 1966.

A) Les modes d'appréhension :

Les localisations :

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). (CHABERT.C, 2004, p66-67).

- **Les réponses globales G :**

Concernent essentiellement les localisations auprès de la totalité de la tache « *noire oucolorée* », de l'ensemble de la planche (ANZIEU. D, CHABERT. C, 1961, p63). En dépit, de cette similitude, plusieurs situations se distinguent entre celles-ci :

- **Les réponses globales simples :** reposent sur la lecture facile de la planche entière, qui peut témoigner d'une banalité.
- **Les réponses globales vagues et impressionnistes :** « *les réponses globales vagues* », sont associées aux déterminants formels flous et imprécis (F±) dus a une pensée incertaine.

Par contre les « les réponses globales impressionnistes » sont, de même flous et associées aux déterminants sensoriels –E, C' et C.

- **Les réponses globales élaborés ou combinés :** les « *G combinés* » témoignent d'une organisation structurante, d'une opération mentale dynamique dans la mesure où le sujet apporte une élaboration personnelle dans sa perception de la planche. Dans cette catégorie, on trouve « *les réponses globales confabulés* » se présentent sous une attribution à une quelconque planche, une localisation globale a partir d'un détail précis, et « *les réponses globales contaminés* » renvoient nettement à un assemblage de deux perceptions partielles dans une seule réponse ; « *une combinaison absurde de deux perceptions partielles qui se télescopent* ». (CHABERT. C, 2004, p67-69).

- **Les réponses de détails (D) :**

Ce sont « *des réponses qui s'attachent à une localisation partielle de la planche dans ses découpes les plus fréquemment utilisées par une population données..* » (CHABERT.C, 1983, p117). On peut distinguer, plus ou moins, trois catégories, à savoir les grands -D-, les petits détails –Dd- ainsi que les détails déterminées par les lacunes blanches – Dbl- ou Ddbl- (CHABERT.C, 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 BEIZIMANN.C, par indice statistique et les plus fréquemment utilisées.

- **Les réponses grandes détails**: se relie aux découpes fréquemment interprétées, les

Utilisées dans chacune des planches, les plus prégnantes a des perspectives généralement plus grandes. (CHABERT.C, 2004, p70).

- **Les réponses petits détails**: se présentent sous des localisations et découpes plus

Rares et bizarres partiellement dans leurs délimitations, qui sont en évidence reliées aux mécanismes de pensée propre à chacun. (CHABERT.C, 2004, p70).

- **Les réponses localisées dans les espaces blancs** : portent essentiellement sur des

Réponses déterminées spécialement par des lacunes «*intraoculaires ou extravasculaires*» constituant ainsi la tâche que le sujet interprète à partir de«*l'inversion figure/fond.*» (CHABERT.C, 2004, p71).

- **Les réponses de détails oligophréniques** : semblent qu'elles « désignent les éléments

Traités isolément alors qu'habituellement, ils font partie d'un tout.» (CHABERT.C, 2012, p85).

B) Les déterminants :

Permettent de connaître, sur quelle base les réponses énoncées ont été déterminées, c'est-à-dire ce qui a déclenché sa perception dans la découpe de la tâche : « *la forme ou la couleur* », impliquent-elles une quelconque projection «*d'un mouvement ou une sensibilité particulière à une caractéristique sensorielle du matériel ?* ». (CHABERT.C, 2012, p117). L'analyse des déterminants permet de situer l'adaptation psychologique et le type de personnalité du sujet.

- **Les réponses formelles :**

Les réponses qui y sont attirées, ne semblent être déterminées que par une configuration de la tache, globalement ou partiellement (ANZIAU.D, CHABERT.C, 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 a l'activité régulatrice de la raison et de la pensée.»* (CHABERT.C, 2004, p71).

- **Les kinesthésies :**

« Ces déterminants sont caractérisées par la mise en mouvement, l'animation, la dynamisation des images et engrammes présentes : images humaines K et Kp, images animales Kan, images d'objets Kob. » (TRAUBENBERG N.R, BOIZOU M.F, 1996, p30).

- **Les réponses sensorielles :**

Les déterminants sensoriels d'une quelconque réponse est attribuée a chacune des planches peut être cotée principalement sous ses taches caractéristiques que le sujet perçoit (CHABERT.C, 2004, p167). En s'appuyant d'avantage sur :

- **Les réponses couleurs :**

« Les réponses couleurs sont cotées depuis RORSCHACH, FC, CF ou C, selon que la forme a été le prépondérant, secondaire ou absent dans l'élaboration d'une réponse déclenchée par la couleur des taches.»(CHABERT.C, 2004, p76).

- **Les réponses d'estompages :**

Sont principalement déclenchées par la couleur grise ainsi par les nuances de la tache qui apparaissent aux yeux du sujet, par similitude avec les réponses de couleurs, l'estompage –E- et la forme peuvent être cotés ensemble selon la prédominance de ces deux derniers – FE, EF, E-. (CHABERT.C, 2004, p77-78).

- **Les réponses Clair-obscur :**

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'additionner aux formes figuratives de la tache, tout dépend de son importance d'étayage ; prépondérant ou secondaire – FColb, ClobF-, (CHABERT.C, 2004, p78-79).

• **Les contenus :**

Ce qui détermine le contenu du Rorschach est interprété dans deux aspects : « les contenus spécifiques » (CHABERT.C, 2002, p194), qui contiennent les réponses humaines et animales,..., ainsi que « les contenus symboliques » (CHABERT.C, 2012, p198).

- **Les réponses Humaines :**

« L'apparition des réponses Humaines au Rorschach est nécessaire : elle rend compte de la capacité de l'individu à s'identifier à une image humaine » (CHABERT.C, 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 ou irréelles –(H). (CHABERT.C, 2004, P80).

- **Les réponses animales :**

Représentent des perceptions animales entières –A- ou une partie du corps d'un animal –Ad-(BEIZIMANN.C, 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 ». (CHABERT.C, 2012, p194).

- **Les contenus symboliques :**

MORALI, CANIVET et BEIZIMANN.C EN 1956, ce sont regroupés pour en faire une liste de symboles propre au test. (CHABERT.C, 2004, p81).

Catégories	Abréviat ifs	Catégories	Abrévi atifs
Scène.....	Sc	-Radio	Radio
Eléments.....	Elem	-Sexe.....	(Sex)
Fragments.....	Frag	-Objets.....	(Obj)
Botanique.....	Bot	-Architecture et ses	(Arch)
Géographie.....	Géo	groups	
Paysage.....	Pays	-Parties d'édifice	(Md)
Anatomie et ses sous	anat	-Symboles et signes	(Symb,Signe)
groupe		Divers	Divers
-Squelette.....	Squel	-Science.....	(Scienc)
-Viscères.....	Visc	-Abstraction.....	(Abstract)
-Sang.....	Sg		

Tableau N°3: les catégories du contenu selon BEIZMANN (BEIZMANN.C, 1966, p20).

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.

- **Les réponses banales :**

« Ces réponses sont celles qui reviennent une fois sur trois selon rorschach, une fois sur six selon ces successeurs. Elles témoignent d'une adaptation sociale élémentaire : voir les banalités, c'est voir ce que tout le monde voit. La liste Ban varie évidemment selon les pays ». (CHABERT.C, 2004, p82-83).

Planches	Localisations	Selon KLOPFER	Selon Piotrowski
1	G	Toute créature ailée (Corps : D central, ailles : D côtés) ex : papillon, chauve-souris.	Chauve –souris, papillon.
II	D noir coté	Animal à quatre pattes : chiens, ours, lapin, taureau, rhinocéros	Animal à 4 pattes
III	G ou D	Personnage(s) humains(s), animaux dressés.	Personnages (s) humain(s)
IV	D rouge médian G	Nœud, papillon (néant)	Peau d'animal
V	G	Créature ailée (corps : D central, ailles : D côtés)	Chauve-souris, papillon
VI	G ou D	Peau d'animal (avec ou sans D supérieur)	Peau d'animal
VII	D (1/3 ou 2/3	Néant	Tête de femme ou d'enfant
VIII	D rose côté	Animal à 4 pattes	Animal à 4 pattes
IX	D bleu côté D vert clair médian bas	Crabe, araignée, pieuvre Tête d'animal avec de longues oreilles ou cornes	Crabe, araignée Tête de lapin
X	D vert foncé bas côté	Chenille, ver, serpent	Chenille, ver, serpent

Tableau N°4 : la liste des réponses banales. (BEIZIMAN.C, 1966, P26).

La liste de banalité se d'écrit distinct en Algérie des autres pays :

Planches	Localisation des réponses	Réponses banales
I	G	Oiseaux, chauve- souris, papillon
II	G	Papillon, personnes, être Humain : Hommes, Femmes, enfants, clown
III	G ou D1 D3	Personnes, être Humain : Hommes, Femmes. Papillon
IV	G	Humains ou humanoïdes : monstre, orge, géant, fantôme, diable
V	G	Chauve- souris, papillon, oiseaux
VI	G ou D	Peau, fourrure (d'animal)
VII	D1 ou D2	Visage(s) : tête, figure...
VIII	D1	Animale : race Canine ou féline : lion, tigre, léopard, loup, chien, chat
IX	D3	Personnages : hommes, femmes, vieux, enfants
X	D1	Araigné(e)

Tableau N°5 : la représentation des réponses banales en Algérie. (BENKHELIFA.M, SIMOUSSI. A et all., 2004, p356).

- **Les chocs :**

« Les chocs sont des réactions de stupeur affective, de perturbation émotionnelle profonde, provoquée chez le sujet par certaines particularités des planches, qui entrainera une désorganisation de la pensée rationnelle et du contrôle de personnalité. » (CHABERT.C, 2004, 83).

D) Le psychograme :

Est une synthèse quantitative des différentes observations précédentes, il regroupe sous forme de pourcentage un certains nombres d'indice relatifs au type d'appréhension, au déterminants et aux contenus (Bernard J, 1989). Dans le but de faire apparaitre un résumé qui puisse être saisi et comparé avec les données normatives.

5-4-6L'analyse de l'image du corps au Rorschach :

L'image du corps dans le rorschach est perçue comme étant une construction symétrique des planches ; qui se donne a voir dans l'axe médian qui serait une induction à l'organisation symétrique du schéma corporelle humain. (CHABERT.C, 2012, p62).

En revanche, c'est les planches compactes, notamment les planches I, IV, V, et VI, qui sollicitent « *la projection du corps* ». Comme elles peuvent aussi entrainer l'apparition d'une angoisse de désintégration, Puisqu'elles n'offrent pas de repère stable et constituent par la une mise à l'épreuve des capacités d'unification du sujet. (CHABERT.C, 2012, p62).

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

Dans la première planche, la référence au corps humain, est caractérisé par : « *son allure fermé, le dessin clair du tracé de l'axe médian, la présence d'une image de corps construit autour de cet axe (D central)* ».

En outre, la sensibilité aux « lacunes intermaculaires, ou aux contours découpés de la tache, ou encore l'ouverture supérieur » peut être sous tendue par une image du corps fragile et désintégrée. (Ibid., p62). La possibilité de donner une réponse banale à

cette planche « *papillon* » ou « chauve-souris » témoigne d'une intégration correcte de l'image corporelle perçue comme un tout global.

La planche IV, ne met pas d'emblée l'accent sur la représentation du corps, elle est plutôt évocatrice d'images de puissance. On accordera donc une valeur positive de l'image du corps à travers les réponses donnant sur l'image de puissance comme de type « géant », « personnages puissants », vue dans une perspective « structurante d'un corps humain ou anthropomorphe » synonyme de l'unification corporelle délimitée et bien définie. (CHABERT.C, 2012, p 63).

La planche V ; est reconnue comme une planche d'identité et de la représentation de soi. Cette planche se réfère plus à la problématique de l'identité ou à la fragilité narcissique qu'à une image du schéma corporelle. Cependant, les réponses banales « papillon ou chauve-souris » peuvent être le garant de l'intégrité et d'une image du corps saine.

En fin, la planche V se caractérise dans un premier temps par la mise à l'épreuve « de l'intégrité corporelle qui se solde à l'échec, par l'incapacité à reconnaître l'entité globale de la planche », en second temps par « l'absence de reconnaissance de la réalité quasi évidente » ou une « absence totale de représentation, de vide et de néant ». (CHABERT.C, 2012, p 63).

La planche VI, ne renvoie pas directement à l'image corporelle, elle est prédominée par le symbolisme sexuel. Néanmoins, l'image du corps est sollicitée à l'intérieur cette planche, mais elle est masquée par les prégnances de ces symboles. (CHABERT.C, 2012, p64-65).

La neuvième, suscite l'apparition du corps « dans le bouleversement des limites dedans-dehors, dans l'évocation des organes et des viscères ». (CHABERT.C, 2012, p66).

La représentation du corps peut être fortement mise à l'épreuve par les planches non compactes, à configuration bilatérale (II, III, VII). En générale, l'image du corps intégré apparaît dans des tentatives d'appréhension globale, qui n'ont de la notion

d'ensemble qu'à partir d'un matériel ressenti comme éclaté, éparpillé ou morcelé. (CHABERT.C, 2012, p65). Elles sont essentiellement évocatrices «*de représentation de relation*», à travers des normes spéculaires perçue dans les articulations narcissiques ou l'une des deux parties de la tache serait le double et le reflet du sujet, à travers aussi des normes conflictuelles et pulsionnelles liées aux mouvements objectaux «*libidinaux et/ ou agressives*». (CHABERT.C, 2004, p49).

La planche II, est appréhendée «*comme un tout éclaté*», toutes les lacunes stimulées par la lacune médiane sollicitent une certaine «*béance interne et une faille corporelle fondamentale*», a ce sens, l'unification et la délimitation entre le dedans et le dehors ne sont pas admises. Par ailleurs, «*les taches rouges renforcent le vécu destructeur d'effraction à l'intérieur du corps*». (CHABERT.C, P65).

Quant à la planche III, suppose également la référence à une représentation du corps humain entier, dans la mesure où son contenu manifeste est très proche de la réalité des silhouettes humaines, considérées d'ailleurs comme une réponse banale. (Ibid., p65).

Sans négliger, enfin l'implication des planches pastels (VIII, IX, X), qui représentent également l'image du corps et se prétend particulièrement à des associations de préoccupations hypocondriaques/ ou d'angoisse de morcellement. (CHABERT.C, 2012, p66).

A travers le test de Rorschach, on peut parfaitement cerner la nature de l'image du corps. Pour mesurer son degré de fragilité et d'unification, on doit avoir au moins quelques uns de ces éléments :

a-Avoir au minimum une réponse banale 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, (H) ; au moins 20% des réponses recueillies dans Protocole reflète la capacité d'un sujet à s'identifier à autrui et surtout à une image humaine, ainsi leurs dissimulations dans celui-ci, néanmoins, à la planche III, qui 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 et la perception des sujets 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-), désigne l'incapacité et la difficulté de percevoir et d'appréhender correctement une image corporelle.

d-D'autres part, si des réponses de types de détail Humain –Hd- sont exagérées, c'est très significatif d'être un angoisse de morcellement, une valeur morbide associée, 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 ; ils sont favorables quand elles ne dépassent pas les 30% dans un protocole, si c'est le contraire, elles expliquent une impuissance d'y parvenir à faire des limites entre le dedans et le dehors et une certaine fragilité, instabilité dans la construction de cette image

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

En second lieu, pour estimer la valeur de l'image du corps, autrement dit ; voir si cette image du corps est positive ou négatives :

1- il faut que la réponse formée et formulée soit dédiée à une forme positive (F+) ; qui soit d'une bonne qualité

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

6- Le déroulement de la recherche :

Notre stage pratique s'est déroulé à l'hôpital d'Akbou (EPH), au service de pédiatrie, où on a effectué notre pré enquête, et sélectionné notre population d'étude, composées de cinq cas homogènes dont les « adolescentes diabétiques ». La durée du stage est de 3 mois, ça été très formatif et très enrichissant, puisque on a pu assister à des séances d'éducatives, qui ont été programmées et réalisées par la psychologue du service, pour les enfants et les adolescents diabétiques. Donc, on a beaucoup appris, surtout dans la gestion et le traitement du diabète.

Les conditions du déroulement de notre pratique, a été bien maîtrisé au début, surtout avec les trois premiers cas, la sélection à été facile, et elles ont répondu présent. Par contre avec les deux dernières, c'était un peu défaillant suite au manque de disponibilité de ces adolescentes.

6-1 Les étapes du déroulement de notre pratique :

Notre pratique s'est déroulée en trois phases :

Premièrement, on a procédé aux entretiens préliminaires avec nos cas, on leur a exposés notre objectif et intérêt de recherche, elles ont sollicités beaucoup de curiosités par rapport à notre thème de recherche, ce qui nous a conduits à avoir leur consentement pour d'éventuelles séances.

Deuxièmement, on a consacré notre second temps à la réalisation des entretiens semi directif avec chacune des adolescentes. L'entretien, est accompagné d'un guide d'entretien, composé de 3 axes dans le but de recueillir un maximum d'informations sur le sujet.

En suite, on est passé à l'administration du test de rorschach, dans cette phase, on leur a expliqués les étapes de passations des dix planches, et les consignes ont été dictées en deux langues « français, et kabyle ». La durée varie selon les cas, qui sont entre 10 et 16 minutes.

Conclusion :

Dans tout travail de recherche, la méthodologie est indispensable, elle sert d'un appui et d'un guide pour bien mener à terme son investigation et pour arriver à la concrétisation de ces hypothèses.

Cependant, pour l'étude de l'image du corps chez les adolescentes diabétiques, on s'est basé sur deux outils de recherches, à savoir : l'entretien semi-directif et le test de rorschach. Ces deux techniques nous ont aidées à recueillir des informations nécessaires pour notre recherche. Qui seront présentés et analysés dans le chapitre qui va suivre.

Chapitre V
Présentation analyse
et discussion

Préambule :

Dans ce chapitre, nous allons présenter notre population d'étude qui est composée de cinq cas homogènes, qui sont toutes des adolescentes diabétiques, et nous allons exposer les résultats obtenus grâce à notre outil de recherche qui est le rorschach. Ce qui nous permettra en effet de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherches.

I- Présentation des cas et analyse des résultats :**1-Cas de Yasmine****1-1 Présentation des données de l'entretien :**

Yasmine est une fille âgée de 16 ans, collégienne et scolarisée à la 2^{me} année moyenne, elle est issue d'une famille constituée de 7 frères et sœurs, dont elle est la cinquième.

Avant même d'entamer l'entretien, Yasmine déclare qu'elle est très stressée : « *tout au long du chemin, Je m'interrogeais sur cet échange* ». Mais, juste après lui avoir expliqué le motif de notre interrogation, ainsi que les deux outils d'investigations. Elle s'est apaisée et elle répondait calmement aux questions.

Lors de l'entretien, le sujet nous annonce qu'elle a eu son diabète en 2014, elle avait 12 ans à l'époque. Elle dit que : « *au début, je ne comprenais pas ce qui m'arrivait, Je sentais mon corps qui s'affaiblit, Je buvais beaucoup d'eau et j'allais souvent au toilette, alors qu'avant j'étais toujours en pleine forme* ». Après la répétition de ces signes, Elle est allée voir un médecin généraliste qui lui a demandé de faire des analyses en urgence.

Bien que les résultats confirment parfaitement qu'elle est diabétique .Elle a été conduite directement à l'hôpital, pour une hospitalisation de 10 jours, accompagnée de sa mère. Ensuite, ils l'ont mis sous insuline. Au départ, elle avait du mal à gérer son traitement et elle était en colère, ses paroles les confirment parfaitement « *pourquoi ça m'arrive à moi, alors que dans la famille personne n'est diabétique à part ma Tante* ». Mais avec le temps elle a adhéré à sa maladie.

Sur le plan relationnel, On voit que ses relations avec la famille sont conflictuelles. Elle ne s'entend pas très bien avec son père et son grand frère : « *Ils sont très arriérés et très sévère* ». Par contre, Elle a de bonnes relations avec ses cousines et ses sœurs, surtout avec la dernière qui l'accompagne souvent aux consultations.

Yasmine, est une fille sociable et ouverte d'esprit, Elle a des amies avec qui elle parle de tout, de sa maladie, des copains. Ces relations n'ont pas changées depuis sa maladie, au contraire elles se sont renforcées : « *mes amies m'ont accepté tel que je suis, au début je redoutais un peu leurs réactions, mais au final ils l'ont bien pris* ».

Sur le plan physique, on voit clairement que le diabète a interféré sur le corps de Yasmine, sous ses propos qu'elle mentionne : « *je vois beaucoup de changement, surtout par rapport a mon poids, j'étais très mince, et maintenant j'ai pris un peu de poids, Je suis une fille qui fait très attention à sa silhouette, je n'aime pas grossir* ». Pour elle le diabète a changé beaucoup de choses dans sa vie, son corps, son poids et ses études « *je sais une chose, C'est que depuis que je suis malade, Je me fatigue beaucoup je me concentre pas à l'école* ».

Son seul souhait, C'est de réussir dans ses études et que sa santé s'améliore pour ne pas avoir de complications dans le futur.

1-2 La Présentation de protocole du Rorschach de Yasmine

Planches	Texte	Enquête	Cotation
I	1- [^] 18s : Je vois deux personnes l'un en face de l'autre, les mains en l'air. 1min 00s	[les deux parties latérales] Deux personnes les mains en l'air.	D KH Ban
II	2-22s Je vois deux ours qui se serrent la main. 47s	[Deux parties latérales noires] C'est la forme.	D Kan A Ban

III	3-50s deux Hommes ou un chien...je ne sais pas, je ne suis pas sur. 1min49s	[Deux parties noires latérales] Ce qui est étrange...! c'est que ces deux hommes ont une gueule de chien, on voit la forme de sa bouche qui est allongée.[la forme]	G F⁺ H/A
IV	Je ne vois rien.		Refus
V	4-50sun papillon,(Ψ:et vous vous voyez quoi ?) 1min23s	[toute la planche] Comme je vous ai déjàdis, un papillon avec des ailes.	G F⁺ A Ban
VI	5-v49s deux ours qui se sont mis de dos. 1min10s	[grande moitié latérale, moitié de D1] pareille, deux ours qui se sont mis de dos, avec une colonne vertébrale au milieu.	<u>D Kan A</u> D F⁺ Anat.
VII	6-1min19s deux êtres humains, l'un en face de l'autre, la tête tournée vers l'arrière et le buste vers l'avant. 2min33s	[toute la planche] Deux hommes assis sur un roché, la tête tournée vers l'arrière et leurs bustes vers l'avant.	G K H
VIII	7- ^25s je vois deux tigres.	[toute la planche] Oui, ca ressemble à deux jumeaux tigres, dans la forme et la	D F⁺C A

	8- je vois une forêt Juste en haut. 2min06s	couleur. [Gris en haut] la forme. (Réponse Additionnelle) dans le même endroit Je vois aussi deux femmes, avec des corps vides a l'intérieur.	D CF⁺ Bot D F⁻ H
IX	9- 52s je vois deux statues. 10- je vois deux chameaux justesen bas avec une bosse. 3min37s	[Brun en haut] Ça forme, me fait pensée à une statue. [Partie rose entière en bas] La forme de la bosse	D F⁺ Obj D F⁻ A

Tableau N°6 : le protocole de Rorschach du cas de Yasmine

1-3L'épreuve du choix :

Le choix positif est attribué à la planche VIII et X : *« a travers les couleurs qu'elles dégagent, on ressent de la joie, tout est beau et tout est clair »*.

Les planches VI et IV sont justifiées comme négatives, puisqu'elles *«dégagent une allure triste et sombre »*, surtout à la planche VI *« l'ours a l'air triste et perdu, il raconte son vécu à son amie, pour trouver du réconfort au prés de lui»*

1-4 Le psychogramme

Synthèse	Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Elem_Qualitatif
R : 11	G : 2. [18%]	F ⁺ :4. ,	A: 5	Reternm: 1

T.T:16min23s	D : 10. [100%]	F- :2	A%: 45%	Refus: 1
T/Pl: 1min63s	T. App : G, <u>D</u>	F% :56%	H: 36%	
T/Rép:1min48s		F+% :58%	Ban: 3	
T.L.M :46s		F+%élargi :	Obj: 1	
Choix+ : X,		K : 2	Anat: 1	
VIII.		Kan : 2	Bot: 1	
Choix- : VI, IV		Kob : 1		
		FC : 1		
		CF : 1		
		T.R.I: 2K >1.5ΣC		
		F.C: 3k > 0ΣE		
		R.C: 45%		

Tableau N°7 : Le psychograme de Yasmine

1-5 Analyse quantitative:

A- Impression générale:

Dans le protocole de Yasmine, on remarque une certaine inhibition dans ses réponses, qui sont en nombre de 11, inférieur à la norme proposée (20-30), dont la quatrième qui est cotée comme refus. Donc, le protocole n'est pas productif, sur un temps passable de **16min et 23s**, ce qui signifie un temps par réponse normal de **1min et 48s**. On constate également que le temps de latence moyen est de **46s**, un temps large et irrégulier, qui varie d'une planche à une autre, il atteint le seuil médian dans les planches (III, V, VI, IX et X) situé entre **(49s-52s)**. Ce qui témoigne d'une sidération et d'une passivité et dans l'élaboration de ses idées.

B- Les Modes d'appréhensions :

On constate, que le nombre des réponses globales $G = 2$, soit 18%, un pourcentage inférieur par rapport aux normes données par Anzieu. D et Chabert. C qui sont de (20- 30%).

Cependant, la qualité des réponses G sont de bons usages, on les retrouve aux planches : V et VII. A la planche V, il est rapporté dans un registre Animal (chauve-souris) et a la planche VII, il est associé a une kinesthésie humaine (deux hommes assis). Par contre les réponses globales ne figurent pas dans les planches : I, IV et VI données dans un mode détaillé.

Tandis que, les réponses détails sont $D = 100\%$, un pourcentage très élevé, ce qui renvoie a un étouffement de la vie affective et émotionnelle du sujet. Une approche centrée sur l'évitement et le sécuritaire face aux situations inhabituelles.

C- Les déterminants :

Le nombre des réponses formelles sont de 6, soit 56%, un pourcentage, qui se situe dans la moyenne (50-70%), ce qui met en évidence le recours suffisant aux éléments de la réalité objective.ces réponses ne sont pas toutes de bonnes qualités, elles sont données en formes positives aux planches V, VI et IX. En plus, de la troisième planche, qui est donnée dans un contenu humain tendance animal (deux hommes avec une gueule de chien). Quant aux trois premières, elles sont associées au registre animal à la (pl V : un papillon), au contenu anatomique à la (pl VI : une colonne vertébrale) et enfin au contenu d'objet à la (pl IX : une statue).

Les formes négatives sont présentées aux planches VIII (deux femmes avec des corps vide) et la planche IX, perçue comme (un chameau).

Pour ce qui est, des réponses mouvements, elles sont en nombre de 6, repartis entre les kinesthésies humain(2), Animales (2) et Objets (1), elles sont localisées dans des modes détaillés, sauf à la planche VIII qui est perçue dans sa globalité. Ces dernières sont appréhendées dans des formes correctes, dont la majorité appartient au registre humain. Les mouvements sont indiqués dans une atmosphère d'échange et d'interaction entre deux personnes ou deux entités animales. Ce qui indique une bonne capacité d'identification et d'investissement de la relation avec autrui. Tout en s'interrogeant sur ses aménagements narcissiques.(Image du corps et représentation de soi.)

D- Les contenus :

Le contenu le plus présenté dans ce protocole, est Animal, avec 5 réponses, soit 45%, inclus dans les normes (35- 55%). Ce qui donne ainsi une indication d'un bon conformisme social avec un certain contrôle adaptatif de la réalité concrète.

Le deuxième contenu est purement humain, avec 4 réponses, soit 36 % supérieur à la moyenne. Les réponses sont équitables, dont deux qui sont de bonnes formes, à l'instar de la planche III, qui est tout de même de forme positive. Mais, condensée dans deux registres. La planche VIII est donnée dans une forme mauvaise. On remarque également que la plupart des réponses humaines sont localisées dans des modes détaillés, elles sont peu structurées dans les planches II et III, Cette dernière n'est pas investie dans une forme humaine pure.

De même, malgré que le pourcentage des réponses humaines est manifeste et sont de valences positives. Cela ne justifie pas la capacité d'intégration et d'unification de l'image du corps, puisqu'elles sont associées à des modes détails et ne sont pas envisagées dans les planches humaines II et III (n'est pas pur).

D'autres contenus peuvent être retirés : a savoir le type anatomique ; une colonne vertébrale a la planche VI, objet ; une statue a la planche IX, Botanique : une forêt a la planche VIII et les banalités qui sont en nombre de trois cotées aux planches ; I, II, V.

E- Le choix des planches :

Le choix positif est rapportée aux planches : X et VIII, elles sont choisi par rapport a la clarté et les nuances des couleurs pastels qui sont en parfaite adéquation avec les formes.

Par contre, les deux planches choisis comme étant déplaisantes ; sont sollicités par le sentiment de tristesse et d'angoisse que véhicule les planches IV et VI.

L'analyse de l'image du corps peut aussi se faire selon les critères d'appartenance à des planches : compactes, bilatérales et ouvertes.

La première catégorie, se donne à voir dans les planches compactes : I, IV, V, VI et IX, considérés comme des planches unitaires qui sollicitent « la projection du corps », elles sont associées à une représentation de soi et se réfèrent à la notion de l'identité.

Dans la première planche, la référence au corps est perçue dans les deux parties latérales, vu : « *comme deux personnes les mains en l'air* ». Donnée dans un mode détaillé.

Par contre, à la planche IV, qui est évocatrice de l'image de puissance, Sarah n'a pas émet de réponse, elle est cotée comme refus. La planche suivante, est patente d'identité, synonyme d'intégration corporelle est interprété comme « un papillon ».

Dans La planche VI, qui traite la symbolisation sexuelle de tendance bisexuelle, a dictée deux réponses. Dont la moitié latérale, est perçu comme : « *un ours* », ainsi que la ligne médiane envisagée comme : « *une colonne vertébrale* ». De même pour la neuvième planche, elle regroupe deux réponses : « *D1 une statue* » et « *D4 un chameau* » rattachée à une forme indéterminée.

La deuxième catégorie d'organisation, évoque les planches II, III et VII, mise en compte à partir de leurs apparences bilatérales, la notion d'ensemble est intégrée à partir d'un matériel éclaté, éparpillé et morcelé. En effet, la planche II répond parfaitement à ses critères. « *Vu comme : « deux ours »* ».

Dans la troisième planche, Yasmine a énoncé une réponse humaine tendance animal (un homme avec une gueule de chien), vu dans les deux parties noires latérales.

De plus, la planche VIII, peut être appropriée à l'image du corps, par sa masse centrale et bilatérale dans les cotés. Ce qui est parfaitement à l'opposé de ce que Yasmine mentionne ; à savoir, une réponse humaine négative dans le D1 vu comme : (deux femmes avec des corps vides à l'intérieur).

La dernière planche, recouvre la planche X, ouverte et éparpillée, met à l'épreuve l'unification de l'image du corps, appréhendée dans la partie rose et Bleu médian (deux personnes, qui se tiennent la main pour ne pas tomber).

Synthèse du test Rorschach:

D'après, les résultats obtenus dans l'analyse du test, on peut dire que l'image du corps de Yasmine est un peu perturbée, et cela se rapporte à travers plusieurs éléments :

- Les réponses globales qui sont en nombre de 2, soit 18%, inférieur à la norme estimée. Ainsi que, le pourcentage pondérant des réponses détails qui sont de 100 %.
- Les réponses humaines données dans des modes détails.
- la qualité des réponses associées aux planches III et VIII, qui sont assez remarquable. En sachant que, la planche III, est considérée comme purement humaine, elle démarque l'ambivalence sexuelle à travers ses deux parties latérales. Ce qui est totalement à l'opposé de sa réponse. Dont, elle a intégrée deux personnages humains dans une figure animale.

De même, pour la réponse VIII, qui met en évidence l'organisation interne de ses identifications, elle projette une image féminine dans un corps vide et dénudé.

Résumé du cas :

Yasmine, vit avec sa maladie depuis 4ans. Au début, c'était très difficile pour elle de l'accepter. Elle était contrariée à l'idée qu'elle a pue contracter sa maladie aussi jeune. Les difficultés qu'elle rencontre, concerne l'auto gestion de son traitement, puisqu'elle avait du mal à faire son insuline et à trouver un bon équilibre alimentaire, qui soit efficace pour son diabète.

Sur le plan physique, elle se sent souvent fatigué et toujours sous le contrôle de son poids, quia nous yeux n'est pas très remarquable. Par contre, ses relations n'ont pas changé depuis, elles sont restés dans la même longueur d'onde.

D'après l'analyse, Yasmine donne un protocole peu productif, avec 11 réponses, qui sont liées à la façon dont celles-ci sont élaborées, localisées et au type de registre qu'elles appartiennent. A partir de tous ses éléments, nous relevons que

l'image du corps est de tendance négative, avec des difficultés d'intégrations et de représentations complète de cette image. .

On retrouve également, que les résultats obtenus dans l'entretien et dans le protocole sont complémentaires. Mais, elles sont mieux éclairées à travers le test, qui confirme parfaitement la faille de cette image. Par conséquent, le diabète répercute sur la représentation mentale et psychique de l'adolescente.

2-Cas de Selma

2-1 La présentation des données de l'entretien:

Selma est une fille âgée de 18 ans, lycéenne son niveau d'instruction est de 3^{me} année secondaire. Elle refait son bac pour la 3^{me} fois. Elle est issue d'une famille de 2 enfants dont elle est l'aînée

Selma, s'est montrée très coopérative dès le début de l'entretien, elle nous a parlé de son diabète et de son état actuel, elle dit que: *« je me sens mieux qu'auparavant, malgré que le bac approche, je suis plus sereine, j'essaye de contrôler mon stress »*. Puisqu'elle souffre de crises de paniques depuis qu'elle a raté sa première épreuve de bac.

Le début, de la maladie remonte à ses 12 ans, 3 mois après son frère en est atteint. Au départ elle n'était pas consciente de la gravité de sa maladie et elle ignorait complètement qu'elle était malade. C'était à la rentrée scolaire que cela s'est produit. Elle disait que : *« tous mes camarades me faisaient des remarques comme quoi j'ai perdu beaucoup de poids, je sentais moi même mon poids qui se dégrade, alors que avant j'étais bien forte »*. Par la suite, elle est partie faire des analyses et directement, ils l'ont hospitalisé pour une durée de 10 jours. Son séjour à l'hôpital la vraiment marqué : *« quand j'étais à l'hôpital, Je me suis sentie directement guérie, surtout avec la présence de l'équipe médical, d'ailleurs j'ai appris facilement a faire mon insuline »*.

Malgré, qu'au début elle a fait preuve de bien gérer sa situation. Cela ne se voit pas autant dans son quotidien, puisqu'elle oublie souvent son insuline quand elle a des sorties ou à l'école. Ce qui, laisse son diabète, totalement déséquilibré.

Ce qui reste avantageux, depuis la maladie, se sont ses relations avec sa famille qui ont beaucoup évoluées, notamment avec sa mère, elles sont devenues plus fusionnelles : *« ma mère je la considère plus qu'une mère, c'est ma confidente, mon amie, Je lui raconte tout. Alors qu'avant je gardais plus le souvenir de l'autorité. Elle me faisait peur, je ne pouvais même pas souffler devant elle. Mais hamdouleh, elle a changé. Maintenant je ne peux plus m'en passer d'elle ».*

Son attachement avec sa mère, a limité son cercle d'amis, elle à juste une seule copine. Elle dit que : *« la plupart du temps, je reste seule ».* Selma, ne parle pas trop de sa maladie, C'est une fille qui aime rester discrète, d'autant plus qu'elle garde un mauvais souvenir lorsque pour la première fois qu'elle partage son vécu avec son ami : *« une fois j'ai dit à un ami que je suis diabétique, depuis il est devenu distant avec moi. Donc, je préfère ne pas trop me dévoilé ».* Dès cette tentative, elle s'enferme et se Livre a elle même, elle a trouvée donc, un autre refuge pour s'en occuper. Notamment, les études et l'internet. Comme toutes les adolescentes, Selma suit beaucoup les séries turques, dont elle s'identifie à pas mal de ses actrices. Son attirance, est penché vers le coté intellectuel et physique : *«ce qui m'attire le plus chez elles c'est leurs intelligences, leurs beautés et leurs façons de jouer leurs rôles, elles sont très douées ».*

Salma est une fille qui aime bien se mettre en valeur : *« chaque week-end je fais des masques, des produits de beautés pour mon visage »*, elle veut apparaître toujours belle, elle à même suivie chez un nutritionniste, Pour perdre du poids et pour bien équilibré son alimentation.

En dépit de, tous les efforts pour s'équilibrer, Salma n'a pas encore réussi à trouver son bien être, elle se sent tout le temps perturbée : *« je me fatigue beaucoup, Je m'ennuie souvent et je suis insomniaque, je dors presque jamais la nuit. Jusqu'à 4 heure du matin et je fais souvent des cauchemars ».*

2-2 La présentation et analyse du protocole de Rorschach de Selma :

Planches	Le Texte	L'Enquête	Cotation
----------	----------	-----------	----------

<p>I</p>	<p>1- ^ 31s Je vois un corps d'homme au milieu avec des loups accrochés sur lui. 1min04s.</p>	<p>[toute la planche] Cet homme veut crier comme ce loup. [la forme]</p>	<p><u>D F⁺ H Ban</u> D Kan A</p>
<p>II</p>	<p>2- ^ 05s deux ours qui sautent, avec les mains qui applaudissent au même temps. 3- le rouge c'est du sang. 54s</p>	<p>[Toute la planche] En dirai une bataille, ya du sang partout ils sont entrain de se battre. La forme et la couleur rouge, c'est du sang.</p>	<p><u>G Kan A Ban</u> <u>D C Sang</u></p>
<p>III</p>	<p>4-1min Tourne la planche à plusieurs reprises... je vois deux rats qui hochent la tête. 1min52s</p>	<p>[partie supérieur latérale] La forme. Réponses additionnelles [deux parties noires latéral] Deux hommes avec de gros pieds. la forme [Rouge Médian] Un papillon</p>	<p>D Kan A D F⁺ H Ban D F⁺ A Ban</p>
<p>IV</p>	<p>5- ^50s... je vois une araignée</p>	<p>[Toute la planche] Ca forme et ses pates</p>	<p>G F⁻ A</p>
<p>V</p>	<p>6-20sΨ comment s'appelle, le papillon, qui sort la nuit?...une chauve souris,</p>	<p>[Toute la planche] Ici, ya ces ailes, au</p>	<p>G Kan A Ban</p>

	oui voila !! une chauve souris qui vole 23s	milieu c'est sa tête.	
VI	7-^ 28s elle ressemble vraiment à la quatrième planche, c'est un insecte qui marche sur un mur. 1min55s	[Toute la planche] La forme	G Kan A
VII	8-< 28s je vois deux oiseaux. 9-^ juste en bas, un papillon. 1min8s	[1 ^{er} et 2 ^{ème} tiers] La forme. [3 ^{ème} tiers entier] un papillon gris	D F[±] A D FC' A Ban
VIII	10-^ 10s deux tigres dans les deux parties latérales. 11 une foret avec des arbres. 12- une montagne. 1min02s	[partie rose latérale] Deux tigres. [2 ^{ème} tiers Bleu] La forme et la couleur. [Gris en haut]	D F⁺ A D F⁺ Bot D FC Pays
IX	13-< 39s je vois deux grenouilles. 1min35s	[D8 : vert latéral] La forme et la couleur.	D FC' A
X	V 13s... je vois beaucoup de choses : 14- un tronc d'arbre. 15- un scorpion. 1min30s	[Gris Médian entier en haut] La forme. [Bleu latéral] La forme	Dd F⁺ Bot D F⁺ A Ban

Tableau N°8 : le protocole de Rorschach du cas de Selma.

2-3 l'épreuve de choix :

Choix+ : Selma a sélectionnée une seule planche, la pl I, qui s'avère adéquate a ses sentiments et reflète parfaitement son état intérieur : «*je désire à voir la voix de ce loup pour crier comme lui, c'est ce que je ressens au fond de moi*».

Choix- : les deux planches qui lui déplaisent est la pl IV et VI : « je vois rien, et rien ne m'attire. En dirai un venin ou quelque de sorcier ». « Je vois deux formes qui les rassemble, mais je n'arrive pas à trouver se lien »

2-4Le psychogramme :

Synthèse	Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Elem-qualitatifs
R : 15 T.T :13min et 55s T/Pl : 1min et40s T /Rép : 56s T.L.M: 32s Choix+ : I Choix- : IV, VI	G : 4 [27%] D : 13 [87%] Dd : 1 [7%] T. APP : G, <u>D</u> , Dd	F ⁺ : 7 F ⁻ :1 F [±] :1 F% : 60% F ⁺ % : 83% Kan : 5 FC : 2 C : 1 FC' : 1 T.R.I : OK < 3.5ΣC FC : 5K > OΣE RC % : 40%	A: 12 Ad: 0 A% : 80% H : 2 Hd :o H% : 13% Ban : 7 Bot: 2 Pays: 1 Sang: 1	Reternm: 3

Tableau N°9: Le psychogramme du Cas de Selma

2-5 L'analyse quantitative

A- l'impression générale :

Le nombre des réponses appropriées par Selma est de **15**, ce qui qualifie ce protocole de peu productif, sur un temps total de **13min et 55s**. Ce qui donne un temps par réponse de **56s**. De même, le temps moyen dédié à la réflexion et à l'appréhension des planches est très court : **32s**.

On peut regrouper **3** temps de latence irrégulier pour chaque planche : le premier temps est inférieur à la moyenne, et sont identifiées aux planches : II avec **05s**, V avec **20s**, VIII avec **10s**, X avec **13s**, le deuxième est proche de la moyenne : les planches VI et VII avec **28s** II **31s**, IX **39s**, IV **50s**. En dernier la planche où elle a consacré beaucoup de temps est bien : la planche III avec **1min**.

B- Les Modes d'appréhensions :

Selma a investie un nombre élevé des réponses détails 87% pour 27% des réponses globales. de même, une réponse de petit détail est donnée a la planche X, vu dans un aspect Animal (Scorpion) .

Cependant, toutes les réponses G sont presque de bonnes qualités, elles sont associés à des formes positives aux planches : II, V, VI. Sauf à la planche IV qui est déterminée en mauvaise forme. Ces réponses globales s'inscrivent toutes dans un registre animal, le sujet à éviter d'intégrer toute image humaine à travers ce matériel, surtout aux planches III et VII. Cela renvoie, à une image corporelle fragile, même si le pourcentage des réponses à initiative globales soit normal.

C- Les déterminants :

Les déterminants recueillis sont presque positifs, ils sont en nombre de 9 soit 60 %, inclus dans les normes (60- 70) et le F+% = 80%, ce qui témoigne d'une bonne capacité du sujet à s'adapter à la réalité extérieur et cela grâce à l'activité régulatrice de la raison et de la pensée.

A l'instar des sept planches positives, on mentionne deux autres planches, l'une est donnée en forme négative à la pl IV et l'autre en forme indéterminée a la pl VII. Ces réponses formelles sont également associées à d'autres registres : à savoir, au contenu animal aux (pl III, VIII et X) ainsi qu'au contenu Botanique aux (pl VIII et

X). Donc, les réponses formelles sont plus investies dans les registres (animaux et botaniques) que dans les registres humains.

Ce qui reste non visible dans ce protocole, sont néanmoins, les réponses mouvements humaines, qui sont absentes et totalement inhibées. Par contre, elle introduit uniquement des kinesthésies de types animales, données aux planches : I, II, III, V, VI. Ce qui indique une recherche anxieuse du sujet à entreprendre des contacts humains voir même une incapacité d'identification dynamique d'une image corporelle.

On remarque aussi, la présence des déterminants couleurs FC= 3, C=1, avec un pourcentage de RC : 40% qui sont dans la moyenne, ce qui démontre une affectivité stabilisée et équilibrée.

D- Les contenus :

La plupart des réponses données par Selma, sont nettement accentuées sur les contenus d'appartenances Animales, avec 12 réponses, soit 80%, pour un pourcentage tracé entre (35- 55%).

Tandis que, le deuxième contenu humain, est regroupé dans 2 réponses, soit 13% qui entre parfaitement dans les normes. Mais ces réponses humaines représentent uniquement des personnages sexués (des hommes) et sont données dans des modes détaillés. Toutefois, le manque de prédominance des contenus humains dans les planches II et VII et cette nécessité à s'appuyer uniquement sur des détails, laisse à prétendre une fragilité de l'image du corps et une incapacité à réincarner une image humaine complète.

E- épreuve du choix.

Parmi, les dix planches proposées à Selma, celle-ci a choisi uniquement une seule planche, la pl I, qui prétend être en adéquation avec son univers ambiant. *«Je suis attirée par tous ce qui noir et sombre, je trouve que cette planche correspond parfaitement a mon goût ».*

Elle nous désigne aussi deux planches qu'elle semble être moins aimer, négatives ; la planche VI et IV, choisis par rapport à la complexité et à l'ambiguïté qu'elles reflètent.

On peut aussi, distinguer la nature de l'image du corps à partir de deux catégories de planches : à savoir, les planches compactes (I, IV, V, VI et IX), qui renvoient à l'unification et à la projection de l'image du corps, ainsi que les planches bilatérales et non compactes.

La partie médiane et les deux côtés latéraux de la planche une, sont représentées comme (un homme avec deux loups accrochés sur lui). Donnée dans un mode détail. Alors que, la planche IV, qui véhicule l'image de puissance, est donnée dans une forme négative, vue comme : une araignée. Quant à la planche V, est vue dans son ensemble, qui peut être le symbole d'une intégrité sociale.

La planche VI, qui est prédominée par le symbole sexuel, est perçue comme : un insecte en mouvement. De même, pour la planche IX, qui peut être évocatrice d'une image féminine et corporelle, est loin d'être rapprochée de cet aspect, elle est décrite comme : une grenouille.

La deuxième partie, englobe les planches : (II, III et VII). Dans la deuxième planche, Selma n'a suscité aucune représentation humaine. Par contre, elle s'est basée uniquement sur la catégorie animale. Par ailleurs, la perception des taches rouges à cette planche, peut être significative d'un vécu destructeur et d'effraction à l'intérieur du corps.

La planche III, qui suppose la référence au corps humain, est présentée sous plusieurs réponses : dans la partie supérieure, est dictée dans une kinesthésie animale (deux rats qui hochent la tête), avec deux réponses additionnelles : (un homme avec de gros pieds) et un papillon au milieu. De plus, elle n'induit aucune représentation humaine à la planche VII.

Les autres planches, VIII et X, qui indique le rapport avec le monde extérieur et représentative de l'image du corps, ne démontrent aucune réponse de ce genre, elles sont plutôt du registre animal et botanique.

Synthèse du test de Rorschach :

A travers cette analyse, plusieurs critères induisent la faille de l'image corporelle de Selma. A savoir :

- Les réponses globales, qui sont uniquement associées au contenu animal.
- L'absence des kinesthésies humaines.
- Les contenus humains, qui sont données dans des modes détails et qui sont uniquement des personnages sexués.
- Le pourcentage élevé des réponses animales.
- La perception des taches rouges à la planche III, qui évoquent l'effraction de l'enveloppe intérieure du corps

Résumé du cas :

La mise en œuvre, des deux outils ont pour objectif d'identifier certaines appartenances psychique et notamment, l'étude de l'image du corps.

L'entretien clinique, nous guide vers des voix très importantes. Il révèle que, Selma est atteinte de sa maladie à l'âge de 12 ans. Celle-ci n'est pas touchée uniquement sur le plan physique. Mais aussi, sur le plan psychique et relationnel : elle s'énerve beaucoup et elle est toujours stressée. La plupart du temps elle préfère rester discrète à l'égard de sa maladie. Tout en gardant un certain contrôle positif sur son corps, qu'elle aime bien mettre en valeur.

Ce qui est, totalement à l'opposé des résultats de l'analyse du test. Qui révèle l'incapacité du sujet à s'identifier et à avoir une vision unificatrice de son image corporelle, et cela est repéré dans ses réponses humaines qui sont détaillées. Ainsi que, l'incapacité d'appréhender une image dynamique de l'être humain vue en mouvement. Ce qui explique, que le diabète prend part dans le chamboulement de sa vie et dans la représentation de cette image.

3-Cas d'Amel

3-1 présentations des données de l'entretien

Amel est âgée de 15 ans, inscrite en 4^{me} année moyenne ; elle très timide, active et intelligente. Elle est issue d'une famille composée de deux garçons et deux filles, dont elle est l'aînée.

Après, lui avoir posé les premières questions, Amel montre de l'intérêt et répond d'une manière précise et spontanée.

Amel a été diagnostiquée diabétique à l'âge de 7 ans. Après que, divers symptômes sont apparus comme; la fatigue, une soif intense, le besoin excessif d'uriner. L'apparition de la maladie la beaucoup marquée, elle se souvient parfaitement du jour où son père la conduit à l'hôpital, « *j'étais en classe quand mon père est venu à l'école, il m'a trouvé dans un état lamentable, j'étais presque dans le coma, je ne pouvais même pas me relever* ». Une fois arrivée, elle a été hospitalisée en urgence, pour une durée de 10 jours. Ou elle a été mise en observation et sous insuline.

Une fois sortie de l'hôpital, Amel a commencé le suivi de son traitement sans s'impliquer réellement ; puisque les injections d'insulines ont été régulièrement administrées par sa mère et avec le temps et à l'aide de ses parents et de son médecin elle a appris à faire ses injections toute seule mais avec souvent des oublis : « *maintenant j'ai appris à faire mes injections d'insuline, Mais des fois, ça m'arrive de les oublier, surtout la nuit* ».

Concernant l'aspect physique, Le corps de Amel est devenu différent après la maladie : « depuis que, je suis diabétique j'ai pris beaucoup de poids avant je pesais 54 kg maintenant j'ai pris beaucoup plus ». Ce qui ne la laisse pas indifférente, Amel essaye souvent de contrôler son poids. En pratiquant plusieurs activités, notamment, le handball et le scout. Et en suivant, un régime alimentaire équilibré.

Sur le plan relationnel, on voit qu'elle entretient de bons rapports avec ses amies et ses camarades de classe : « *j'ai beaucoup d'amies qui sont toujours à mes côtés, d'ailleurs le 16.mars dernier c'était mon anniversaire, Ils m'ont fait une fête à*

l'école et j'ai beaucoup aimé ». Elle se sent à l'aise avec eux et parle sans éprouver un moindre gêne de son diabète. : «*Non, je ne trouve pas du mal à parler de mon diabète avec eux*». Amel, est très attachée a sa sœur, elles passent la plupart de leur temps ensemble. : «*Je passe tout mon temps avec ma sœur qui m'aime beaucoup, malgré que, des fois on se dispute* » tandis qu'avec ses parents elle dit qu' ils sont toujours présent pour l'aider dans la prise en charge de sa maladie.

On constate, que le fait d'entretenir de bonnes relations avec les autres ceci l'aide à oublier son diabète et se sentir mieux.

Sur le plan psychique, nous avons remarqué qu'elle est très énervée et frustrée du fait qu'elle soit malade et qu'elle soit différente des autres filles de son âge. Elle dit : «*des fois, Quand je me vois dans cette état je m'énerve et je deviens irritée* » malgré cela Amel continue de vivre sa vie en espérant que sa maladie ne l'empêche pas de réussir dans ses études et sa vie quotidienne.

3-2 La présentation du protocole du Rorschach d'Amel :

Planches	Textes	Enquête	Cotation
I	1- [^] 31s un corps d'un être humain sans tête. 2- un oiseau avec des ails 1min41s	[toute la planche] Un corps d'un être humain sans tête [la forme] [la planche latérale] Un oiseau avec des ails [la forme]	D F⁺ H/Ban D F⁺ A
II	3- [^] 9s le rouge en bas c'est des poumons. 4- le rouge en haut c'est un visage de profil. 1min30s	[Rouge en bas] La couleur rouge et sa forme, me fait pensée à un poumon [Rouge haut extérieur] Le rouge en haut c'est un visage de profil [la forme]	D F⁻ /Anat D o F⁺ Hd

III	5- 21s deux squelettes noirs 50s	[Les deux parties latérales] Deux squelettes noirs	D F⁺ C⁻ Anat
IV	6- 20s en dirai un fantôme 47s	[la planche latérale] Un fantôme debout	<u>G K C (H)</u>
V	7- 08s pareille je vois un fantôme noir 17s	[la planche latérale] Un fantôme noir avec des ailes	G F C (H)
VI	8- 08s un arbre avec des branches 29s	[la planche latérale] Un arbre avec des branches [la forme]	G F⁺ Bot
VII	9- ^20s un papillon, juste en bas 43S	[3 ^{eme} tiers entier] Un papillon [la forme] (Réponse additionnelle) Deux caniches blancs	D F⁺ A/Ban D F C⁻ A
VIII	10- ^20s un feu d'artifice 11- deux chats qui se préparent a sauté 1min16s	[D/bl. L'ensemble sans les parties roses latérales D ₁] Sa me rappel la fête avec des feux artifices de toutes les couleurs [Deux partie latérale] Deux chats qui se préparent a sauté. [forme et position]	D/bl Kob Elem D kan A

<p>IX</p>	<p>12- ^55s deux bébés allongés</p> <p>13- des fourmis</p> <p>1min50s</p>	<p>[D partie rose entière]</p> <p>[brun et vert latéraux]</p> <p>Une foule de fourmi qui marche</p>	<p>D K H</p> <p>D Kan A</p>
<p>X</p>	<p>14- 28s des poumons</p> <p>15- le jaune c'est des oiseaux</p> <p>16- Un vert de terre</p> <p>1min20s</p>	<p>[Gris latéral en haut]</p> <p>Un squelette avec des poumons écrasés en en morceau, son corps est totalement décomposé</p> <p>[jaune latéral]</p> <p>Le jaune c'est des oiseaux</p> <p>[vert médian entier en bas]</p> <p>D₄ et D₅</p>	<p>D F- Anat</p> <p>D F⁺A</p> <p>D F⁺ A</p>

Tableau N°10: Le protocole de Rorschach du cas d'Amel.

3-3 l'épreuve du choix :

Les choix positifs que cette adolescente a sélectionné sont : la planche X *«elle me plaît pour ses belles couleurs»*, et la planche VIII *«c'est tigres debout sont très beaux»*.

Ainsi, que les choix négatifs sont focalisés sur : la planche VI «*cet oiseau me plait pas, il est affreux*», aussi la planche IV «*c'est un monstre, il est moche*».

3-4 Le psychogramme :

Synthèse	Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Elem qualit
R : 16 T.T : 11min18s T/pl : 1min13s T/Rép : 42s T.lat : 3min48s T. lat.moy : 23s Choix-: X, VIII Choix+: VI, IV	G: 3 (19%) D: 12 (75%) Do: 1 (6%) Dbl: 1 (6%) T.App. G.D.D bl.Do	F+: 7 F-: 2 F%: 56% F+ %: 78% F+ % elargi: 81% K: 2 Kan: 2 Kob: 1 FC: 3 Clob: 2 T.R.T: 2K>1.5ΣC F.C: 3K>0 ΣC R.C%: 44%	A: 7 A%: 44% H: 2 (H): 2 Hd:2 H%: 38% Ban: 2 (13%) Bot: 1 Elem: 1 Anat: 3	Re termn: 1

Tableau N° 11 : Le psychogramme du cas d'Amel.

3-5 Analyse quantitative :

A- l'impression générale :

Les réponses données par Amel sont de **R= 16**, un nombre inférieur à la norme estimée (20-30réponses), ce qui peut être énonciatif de productivité pauvre, associé à un temps Total de **11min et 18s**. Un temps rapide ce qui témoigne d'une faille de la vie imaginaire du sujet.

La spontanéité des réponses, se donnent également à voir dans les autres temps, dans le temps par réponse qui est de **46s** et dans le temps de latence moyen qui est de **23s**. Il atteint le score moyen aux planche pastels : IX et X qui est entre **28 et 55s**).

B- Le Mode d'appréhension :

Le protocole relève un nombre très limité de réponses globales, avec 3 réponses, soit $G= 19\%$. Les deux premières réponses sont cotées aux planches : IV et V, elles sont associées au contenu para humain (fantôme). Quant à la troisième réponse G de bonne forme est donnée à la planche VI, associé à un contenu Botanique (Arbre).

Malgré que, les réponses G sont majoritairement présentes aux planches unitaires, cela ne confirme pas la capacité d'unification de l'image du corps, puisqu'elles sont données dans des contenus para humains, en plus de la planche I qui est localisée dans un mode détaillé et combinée dans un contenu Hd.

Tandis que, les réponses détails sont supérieures à la moyenne, avec 12 réponses, soit 81% . Ce qui revoie, à un étouffement de la vie affective et émotionnelle du sujet. De plus, Amel, a attribuée un autre type de détail, soit un détail oligophrénique à la pl. II (un visage de profil), qui témoigne d'une faiblesse d'esprit.

C- les déterminants :

Les déterminants formels donnés dans ce protocole, sont en nombre de 9, soit 56% , inclus dans les normes ($50- 70\%$). En outre, La majeure partie des formes énoncées sont d'une qualité positive, 7 réponses, soit $F= 78\%$. Elles sont associés a plusieurs contenus : a savoir au contenu animal avec 4 réponses, au contenu Humain en petit détail avec 2 réponses, et enfin au contenu Botanique avec une seul réponse. Par contre, les formes négatives sont liées aux contenus anatomiques.

Contre trois sur deux des réponses mouvements positives, les trois réponses formelles indéterminées sont cotées aux planches IV, VIII et IX associés a des contenus para - humains, objets et animaux et les deux autres sont associées au contenu humain a la (pl IX), ainsi qu'au contenu animal à la (pl VIII). Ce qui revoie a

la capacité du sujet à s'incarner dans le monde réel, avec une certaine maîtrise et contrôle de sa vie imaginaire et fantasmatique.

D-Les contenus :

Les réponses animales apparaissent avec un pourcentage de 44%, qui entre parfaitement dans la norme estimée (35- 55%). Ce qui témoigne d'une adaptation social. Tout en exerçant un certain contrôle sur la réalité concrète.

Le deuxième contenu, se présente avec les réponses humaines, qui sont en nombre de 5, soit 30%. Qui sont majoritairement de mauvaises formes, à exception de la planche IX, qui est tout de même localisée dans un mode détaillé. On remarque également que la qualité des réponses humaines est représentée comme une source d'inquiétudes et d'angoisses. Puis qu'elles sont associées à des contenus para humains (fantôme) perçu aux planches IV et V, ainsi qu'à des contenus à initiatives Hd, interprétées dans la planche : I comme (un corps humain sans tête) et dans la planche II comme (un visage de profil).

Un autre contenu, qui peut parfaitement confirmer nos suggestions, est notamment, la présence des réponses anatomiques, qui sont associées à des formes négatives (F), ce qui indique une perturbation et fragilité de l'image du corps.

Les interprétations banales sont en nombre de deux, soit 13% qui sont inférieur à la norme (20%). Cela signifie que le sujet à un fonctionnement individuel avec une tendance à ignorer les conventions sociales.

C-L'épreuve des choix :

Choix+ : Amel s'est basée uniquement sur l'aspect sensorielle et les couleurs que dégagent les planches : VIII et X : *«elles ont beaucoup de couleurs, elles sont uniques et différentes des autres, en dirai le printemps. »*

Pour le deuxième choix, elle désigne les planches IV et VI, qualifiées de difficile et dépourvu de sens : *« rien ne m'attire dès le début ».*

Les paramètres, qui peuvent déceler et dévoiler la nature de l'image du corps : sont notamment, les critères de globalisations et d'unifications des planches, ainsi que l'organisation structurale de celle-ci. Sans pour autant, négliger la qualité dont les réponses sont énoncées et élaborées. Dans le rorschach, on prend en compte trois types de planches :

La première, qui est de type compacte et fermée, comprend les planches (I, IV, V, VI et IX). Vu dans leur ensemble, elles prennent ainsi le symbole d'unification de l'image du corps.

Le premier contact, avec la planche I s'avère très angoissant, puisqu'elle reflète une figure humaine morcelée (un corps d'un être humain sans tête), qui peut être très significatif de la perturbation de cette image. De même, pour les planches IV et V, elles sont sélectionnées et combinées dans la même réponse, vu comme (un fantôme).

La planche VI, considérée comme une planche de symbolisation sexuelle, ne démontre aucune caractéristique de ce genre. Quant à la planche IX, est située dans les deux symétries : la première semble être adéquate. Par contre, la deuxième réponse est un peu vague et non appropriée.

La deuxième catégorie, s'apparente aux planches II, III et VII, représentée par sa caractéristique bilatérale ou non compacte, elles sont identifiées sous une appartenance humaine. La planche II, est dictée uniquement dans les parties rouges, ce qui renforce la destruction du vécu de cette fille et son effraction de son enveloppe corporelle.

La planche III, dévoile une représentation humaine, totalement dégénérée et décomposée (deux squelettes noirs). En outre, la planche, VIII, renferme uniquement des réponses animales.

Celle qui ne nous laisse pas insensible, c'est la planche X, qui démontre parfaitement des réponses anatomiques, dans une forme morcelée (un squelette avec des poumons écrasées en petit morceau).

Synthèse du test de rorschach :

Le protocole de Amel, ne passe pas inaperçu, il dissimule plusieurs indices qui sont très significatifs de la perturbation ou de la détérioration de son image corporelle. Ces indicateurs sont :

- Les réponses G, qui sont données dans des contenus para humains.
- La présence des contenus Hd et para humain.
- La présence des contenus anatomiques de mauvaises formes.
- La façon dont le corps humains est appréhendée : à la planche I, il est complètement morcelé (un corps humain sans tête) et à la planche X, le corps humain est totalement dégénéré (un squelette écrasé et décomposé).

Résumé du cas :

D'après les résultats obtenus, dans l'entretien clinique. On remarque, que le diabète a laissé beaucoup de séquelles sur sa santé, à la fois physique et psychologique.

Sur le plan physique : les changements se font à voir, à travers sa prise de poids et les turbulences que le diabète lui fait subir au quotidien. Quant au plan psychologique, elle a du mal à accepter sa maladie, et celle-ci, la rend différente des autres et a changé complètement son caractère. Par contre, au niveau relationnel, elle est bien stabilisée.

Tous ces détails, se font remarqués dans l'analyse du test de rorschach. Qui confirme, parfaitement la perturbation et l'atteinte de son corps. Notamment, dans les réponses globales, qui sont données dans des contenus para humains, les réponses anatomiques de mauvaises formes ainsi que les contenus humains en petits détails. Qui souligne, parfaitement l'image du corps qui est négative.

4- Cas de Nina

4-1 présentations des données de l'entretien

Nina est une adolescente âgée de 16 ans, inscrite en 2^{ème} année moyenne. C'est une fille dynamique et très chaleureuse.

La jeune fille a manifestée beaucoup d'attention et d'intérêt à nos questions, elle a commencée à parler d'une manière calme et spontanée.

L'apparition de son diabète, remonte à l'âge de 8 ans, lors d'une consultation chez un médecin à cause de plusieurs symptômes qu'elle avait ; le besoin répétitif d'uriner, une soif intense et la fatigue. Nina nous a dit « *je me souviens que, je me réveille plusieurs fois la nuit, pour boire de l'eau et aller au toilette* » Puis elle a fait des analyses qui ont affirmés qu'elle est diabétique de type 1 et elle a été directement hospitalisée pour une durée de 10 jour. À propos de la période d'hospitalisation, elle ne garde pas un bon souvenir de son séjour : « *j'étais vraiment très terrifiée heureusement ma mère est resté toute cette période avec moi* ». À sa sortie, le médecin lui a prescrit un traitement quotidien, des injections d'insuline. Au début, c'est sa mère qu'il lui faisait les injections, et à l'âge de 12 ans elle a appris à les faire toute seule.

Sur le plan physique, Nina nous confirme qu'avant l'apparition de sa maladie, elle était mince « avant j'avais une belle taille, d'ailleurs tout le monde me disait que je suis une poupée ». Mais après quelle est atteinte du diabète son corps a complètement changé « *depuis que je suis malade, J'ai pris beaucoup de poids puisque les doses d'insulines me donnais de l'appétit et moi je ne résistais pas à la nourriture* ». Ce changement, l'a complètement bouleversée. Malgré, qu'elle fait de son mieux pour faire baisser son poids et de retrouver son corps d'avant, à chaque, elle échoue.

Ces changements, apparaissent aussi dans ses relations. Surtout, avec ses parents, son père est devenu, indulgent et compréhensif avec elle dit : « *je suis très attaché à mon père il m'aime beaucoup il me laisse faire tout ce que je veux* », sa mère est plutôt le contraire, elle est rigide et sévère Nina nous dit « *ma mère me surveille tout le temps et elle refuse que je m'habille comme je veux* » Confuse entre les deux attitudes de ses parents, qui la rend parfois indécise.

Pour ce qui, est de ses relations avec ses camarades de classe, elles sont très bonnes. Malgré, qu'au départ, elle a préférée de leurs cacher la vérité, quelle est diabétique, de crainte qu'ils ne l'acceptent comme elle est. Avec le temps, Ils ont fini

par le savoir, quand elle avait fait une hypoglycémie en classe. Elle dit qu'elle a cachée son diabète. Par ce qu'elle, n'aime pas se montrer différente des autres « je veux être comme toutes les filles de mon âge ».

Nina se soucie beaucoup de sa santé ultérieure, puisque la déstabilisation de sa glycémie, à provoquer d'autres complications, elle souffre de néphropathie. Alors, son seul et unique souhait, c'est de ne pas sombrer dans d'autres maladies.

4-2 présentations du protocole de Rorschach du cas de Nina :

Planches	Textes	Enquête	Cotation
I	1- ^35s une chauve souris. 50s	[toute la planche] Une chauve souris avec les mains en Lair.	G Kan A/Ban
II	2- /	/	Refus
III	3- ^30s ca ressemble à un animal, mais je n'arrive pas a decire ce type d'animal....c'est tous ce que je vois. 2min03	[toute la planche] Un animal, le ventre et les bras allongés, avec une tête au milieu.	D Kan/A
IV	4- 2min en dirai un monstre géant il a quelque chose en bas, mais aucune idée de ce qui pourrait être. 2min32s	[toute la planche] En dirai un monstre géant, avec quelque chose en bas. [la forme]	G Fclob(A)
V	5- ^15s chauve souris 20s	[toute la planche] Une chauve souris [la forme]	G F+ A/Ban
VI	6- 16s cette partie (elle a	[partie supérieure]	

	montrée le haut) ca ressemble a un moustique 7- une peau de mouton, l'autre partie en bas 2min02s	Un insecte, avec ses petites ailes et sa petite tête au milieu. [deux grandes parties latérales] Une peau de mouton [la forme]	DF⁺A/Ban D F E A/Ban
VII	8- ^17s un papillon 9- Deux visages 50s	[3 ^{ème} tiers entier] Un papillon [la forme] [1 ^{ère} et 2 ^{ème} tiers] Deux visages	D F⁺ A D F⁻ Hd
VIII	10- ^20 un papillon 11- Deux tigres qui se surveillent, ou ils sont debout 1min32s	[Rose du 3 ^{ème} tiers] Un papillon [la forme] [Rose latérale] Deux tigres qui sont debout [la forme]	D F C A D Kan A
IX	51s /	/	Refus
X	- ^14s là je vois beaucoup de choses 12- un scorpion 13- Des oiseaux 14- un serpent 1min14s	[bleu latérale] Un scorpion [jaune médiane en bas] Tout le jaune, ce sont des oiseaux [vert latéral, en bas D ₁₀] Un serpent [la forme]	D F⁺ A DCF⁻ A D F⁺ A/Ban

Tableau N°12: le protocole de Rorschach du cas de Nina

L'épreuve du choix :

Les choix positifs de la jeune fille sont : la planche V « *cette planche est pleine de couleur c'est jolie* », et la planche X « *il y'a un oiseau je crois ouun papillon et c'est jolie* ».

Pour les choix négatifs, elle s'est focalisées sur : la planche II « *elle est noire, elle me plait pas* », ainsi que la planche IV « *c'est un monstre, j'aime pas* ».

4-3 le psychograme :

Synthèse	Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Elem qualit
R ; 14 T.t : 10min38s T/pl : 1m06s T.lat : 4min45s T.lat.moyen: 36s Choix-: V, X Choix+: II, IV	G: 3 [21%] D: 10 [71%] T.App: G.D	F ⁺ : 5 F ⁻ : 2 F%: 43% F ⁺ %: 83% F ⁺ elargi: 79% Kan: 3 FC: 1 CF ⁻ : 1 FE: 1 Fclob: 1 TR.I: 0k<1.5 C F.C: 3K<0.5 E	A: 11. (A) : 1 A% : 86% (H)/ 1 (Hd) : 1 H% : 14% Ban : 5 : 29%	Refus: 2

Tableau N°: 13 le psychograme du cas de Nina

4-5 Analyse quantitative :**A- Impression générale :**

A première impression, on remarque une certaine inhibition par rapport au nombre des réponses données dans ce protocole, qui sont en nombre de R= 14,

inférieur à la norme indiquer (20-30 R). Dont deux réponses cotées comme refus aux planches : II et IX.

Nina, s'inscrit dans une productivité pauvre, avec un temps total de **10min38s**, ce qui témoigne d'une faille de la vie imaginaire. Les autres temps sont un peu large, le temps par réponse est de **46s** et le temps de latence moyen est de **36s**, un temps transitoire, qui varie d'une planche à une autre, il atteint le sommet aux planches (I, III et IX), qui est de (30 a 51s).

B- le Mode d'appréhension :

Le premier mode de localisation présenté dans ce protocole est bien ; la localisation globale (G), avec 4 réponses, soit 29%. Dont deux sont de bonnes formes appréhendées dans les planches : I et V perçus comme (une chauve souris) et à la planche IV vu comme : un (un monstre géant), Ces réponses sont unies uniquement en association avec les banalités. Quant à la forme mauvaises sont associées aux planches : à la planche III vu comme (un animal ouvert).

Après tout, les réponses (G), ne démontrent aucune réponse liée à une entité humaine pure. A l'instar de la quatrième planche représentée comme un monstre. En rajoutant également, les réponses détails qui sont en nombre de 9, soit 64 %.

C- Les déterminants :

On constate que, les déterminants formels, sont peu présent, avec 6 réponses, soit 43% inférieur à la norme (50- 70%), ce qui nous amène à calculer le F+% qui est de 83%. Approuvant ainsi, une tendance à se refaire aux repères rationnels, avec une adaptation sociale.

En effet, On remarque, que les déterminants formels positifs, sont seulement associées à des contenus animales. Quand, le sujet investie une réponse humaine, elle est souvent de mauvaise forme

Cependant, les réponses kinesthésiques humaines sont absentes dans ce protocole, elles sont uniquement enregistrés dans des contenus animaux, perçus aux

planches : III et VIII. Ce qui signifie l'incapacité de l'intégration dynamique d'une image corporelle ou de réincarnation d'un mouvement humain. Donc, un indice de fragilité de l'image du corps.

D- Les contenus :

La plupart des contenus, appartiennent à des indicateurs animaux, avec 11 réponses, soit 75%, un taux dépassant nettement la moyenne suggérée (35-50%). Expliquant ainsi la pensée stéréotypée de Nina.

Le deuxième contenu, se donne à voir dans les réponses humaines, qui sont en nombre de deux réponses, soit 14%. Elles sont associées à des contenus : para humain nommée comme (un monstre) à la planche IV, et à un contenu (Hd) vu comme (deux visages) à la planche VII.

Ces deux registres, s'inscrivant à la fois dans une dimension substitutive (H) et fragmentaire humaine (Hd), expliquent l'aspect fractionné de l'image du corps. De même, la rareté de réponses humaines pures dans les planches : II, III et VII, investie en mauvaise forme, confirme l'incapacité d'unification et d'intégration d'une image humaine.

Pour, les réponses cotées comme banalités, elles sont données en cinq réponses, additionnées toutes dans des réponses animales, suggérées aux planches : I, V, V (2) et X .ce qui témoigne d'une capacité d'adaptation sociale dotée d'une pensée stéréotypée et automatisée sans autant faire part de réflexion.

E- L'épreuve des choix :

Le choix positif : est donnée aux planches V et X, car les formes et les couleurs correspondent aux taches d'encres.

Le choix négatif : est présenté aux planches II et IV, justifié par la même cause, le non correspondance des couleurs et des formes figurant dans ces planches.

L'image du corps est dissimulée à travers plusieurs critères, qui se donne à voir : en premier, dans la qualité des réponses, l'apparence générale des planches et leurs dispositions formelles : compactes, bilatérales et ouverte.

Les planches compactes, dites unitaire, englobe les planches (I, IV, V, VI et XI). Mise en compte dans leurs ensembles, les planches I et V stimulent une réponse animale, de type banale. Quant à la planche IV, qui véhicule une image de puissance, est représentée comme (un monstre), avec une incapacité d'appréhender ce qui figure dans la partie inférieur de la planche, qui est évocatrice « *d'une sensibilité passive* », exprimant une problématique de castration non résolu.

De même, pour la planche VI, qui intègre une sollicitation pénienne phallique, est exprimée dans la partie supérieure comme un insecte. D'autant plus, elle peut évoquer une sensibilité passive et réceptive, dans la partie inférieure de la planche. A compter, la planche X, qui demeure sans réponse cotable.

La deuxième catégorie, est déterminée par l'aspect bilatéral et symétrique des planches. La planche II, avec sa tendance archaïque, est totalement inhibée et reste sans réponse.

Le portrait humain, que rapporte la planche III, n'a stimulé aucune réponse de ce genre. Par contre, sa globalité est associée à une réponse animale. Elle a évitée d'intégrer toute réponse humaine. Cependant, la planche VII, a été appréhendée comme une représentation humaine morcelée (deux visages).

De plus, la planche VIII, ne stimule aucune réponse anatomique ou fragmentaire humaine, elles sont données dans des réponses animales (tigres, papillon). Quant à la dernière planche X, envisagée par sa tournure éparpillée, ne stimule aucune unification de l'image du corps, elle est presque incontestable.

Synthèse du test de rorschach :

Selon les résultats rapportés dans l'analyse, on prétend que l'image du corps de Nina est un peu perturbée et cela se donne à voir dans :

- Les réponses globales qui sont uniquement associées a des contenus animaux.
- L'absence des kinesthésies humaines.
- L'absence des réponses humaines pures, elles sont données dans une forme humaine substitutive et dans une réponse en petit détail.
- La rareté des réponses humaines aux planches II, III et VII.

Résumé du cas :

La jeune fille, est atteinte de diabète à un âge précoce, à 8 ans. D'après l'entretien, on constate, qu'elle est très bouleversée par l'apparition de sa maladie. Elle avait du mal, à séjourner a l'hôpital et tout s'avère contraignant pour elle. Surtout, la prise de son insuline.

Depuis, la survenue de sa maladie, de nombreux changements sont manifestés : notamment au niveau de son corps. La prise de poids, est très remarquable. De même, elle ne reste pas sans complications, elle est touchée par une autre maladie (la néphropathie) et cela, à cause de la déstabilisation glycémique. Concernant, ses relations, elles ne sont pas assez stables.

Cela est pratiquement conforme aux résultats rapportés au test de rorschach, dans le quel, on justifie cette perturbation corporelle. A partir, de son protocole, qui montre une inhibition des réponses, la localisation des réponses globales, associées uniquement dans le registre animal. Ainsi que, l'absence des réponses humaines pures.

5- le cas de Sarah**5-1- présentations des données de l'entretien**

Sarah, est une fille âgée de 14ans, inscrite en 2ème année moyenne ; c'est une fille calme et très timide. Elle est issue d'une famille composée de 4 enfants : deux frères et une sœur, dont elle est l'ainée.

A l'instant qu'on a proposé à Sarah de lui faire passer un entretien, elle s'est sentie très gênée et embarrassée, qui nous dévoile une attitude d'hésitation au début,

elle a l'air confuse et peu convaincu. Mais, après avoir expliqué et réexpliqué notre objectif, elle a fini par accepter et elle commençait à répondre à nos questions.

Selon ce qu'elle nous a communiqué, l'apparition du diabète ne remonte pas très loin ; c'était en 2014, elle avait 10 ans. Elle était très surprise de cette découverte : *« en dirai, j'étais dans un rêve, à mon réveil je me suis retrouvé malade, tout a changé en un clin de œil »*. Désormais, les signes ne restent pas imprévisibles, elle se sent souvent épuiser : *« je passais toutes mes journées allongée sur mon lit, je suis tout le temps fatigué, même après mon réveil »*. Son état ne s'est pas amélioré depuis. Malgré, l'hospitalisation elle rechutait à chaque fois. C'est au fil du temps que son corps a commencé à répondre à l'insuline.

Bouleversée et contrariée par tous ces changements, on voit que Sarah n'arrive pas à faire le deuil de sa maladie. Dès qu'on la interroge sur l'acceptation de sa maladie, elle s'est éclatée en sanglot : *« jusqu'à ce jour, j'ai du mal à accepter mon diabète, c'est très dur pour moi, je n'arrive pas à oublier mes habitudes. Je dois souvent être sous surveillance, de mon alimentation, de mes heures d'injections, Il y'a trop de règles à suivre, je manque de liberté, je me sens comme une prisonnière »*. Le manque de liberté et la charge du traitement, font surgir en elle un sentiment de colère et de frustration. Elle est tellement rattachée à sa vie d'avant, qu'elle néglige parfois son insuline : *« à midi, j'oublie souvent de faire mon insuline »*.

Sur le plan relationnel, elle est un peu réservée à soi-même, elle limite son cercle d'amie : *« j'ai seulement deux amis, avec qui je me sens à l'aise, les autres pas trop »*. Quand à ses relations familiales, elles ne sont pas très chaleureuses : *« mes parents me contrarie beaucoup, ils ne font pas toujours ce que je leur demande, cela m'exaspère et me met dans un état de folie »*.

Pour elle, ce qui a changé dans sa vie ce n'est pas son corps, mais plutôt, son caractère *« pour un rien, je m'énerve et je deviens très irritable, alors qu'avant j'étais très sereine »*. Elle se sent aussi très perturbée dans ses études : *« comme, je me fatigue beaucoup, je n'arrive pas à me concentrer, j'ai souvent des maux de tête et je*

n'arrive pas à retenir tous ce que je lis » donc, l'impact se voit plus sur le plan cognitif et psychologique, que sur le plan physique.

On voit aussi, qu'elle est très préoccupée par l'avenir de sa santé : *«ce n'est pas toujours évident de vivre avec le diabète, surtout quand on sait que c'est une maladie incurable, j'espère que je trouverai un moyen de m'adapter, pour éviter d'éventuelles complications»*.

5-2 la présentation du protocole de Rorschach du cas de Sarah:

Les planches	Le Texte	Enquête	Cotation
I	1- ^07s une chauve souris. 2-v un loup. 50s	[Les deux parties latérales] Les formes de ses ailes. [Les deux parties latérales] Ca forme change complètement !! c'est étonnant !!	D F⁻ A D F⁻ A
II	3- ^9s deux éléphants. 32s	[Les deux parties latérales noires] Au milieu, c'est son trompe, les deux cotés ce sont ses oreilles.	D F⁺ A
III	4- ^12s un papillon au milieu, et deux personnes dans chaque coté.	[Rouge Médian] [Un papillon, sa forme. Les deux parties noires latérales] deux personnes debout avec les jambes un peu déformés	D F⁺ A Ban D K H Ban

	35s		
IV	5- ^23s un chien 59s	[Moitié supérieur] La forme de son museau et sa queue	D F+ A
V	6- ^04s une chauve souris. 14s	[Toute la planche] La forme de sa tête, ses ailes, donc un papillon qui vole.	G Kan A Ban
VI	7- ^11s une peau de loup. 32s	[Les deux parties latérales] La forme.	D FE A Ban
VII	8- ^14s un papillon en bas. 9- deux personnes avec des ailes. 54s.	[3 ^{eme} tiers entier] La forme. [1 ^{er} et 2 ^e tiers] Je crois, que c'est plutôt des anges.	D F+ A D F+ (H)
VII	10- ^10s deux tigres. 12- deux papillons accrochés. 13- un avion en papier. 1min29s	[Partie rose latérale] La forme. [Rose et orange en bas] [Gris en haut] la forme	D F+ A D Kan A D F+ Obj
IX			Refus
X	14- v 15s des oiseaux 15- une araignée 16- les ailes d'un papillon. 58S	[Jaune latéral] [Bleu latéral] [Jaune Médian en bas]	D F+ A D F+ A Ban D CF± Ad

Tableau N° 14: le Protocole de Rorschach du cas de Sarah

5-3 l'épreuve des choix :

Choix positif : est attribué aux planches :

Planche X : « *Il y'a beaucoup de formes et de couleurs, en dirai des un animaux dans un parc zoologique* ».

Planche III : « *ca me plait bien, en dirai deux femmes qui font le ménage* ».

Choix négatif: est présenté aux planches :

Planche IV : « *dans cette planche, je vois beaucoup de parties qui se ressemblent, mais je n'arrive pas à trouvé exactement leur points en communs* ».

Par contre, la planche IX, c'est par rapport à son manque de clarté : « *rien n'est clair, elle ressemble à rien* ».

5-4 le psychogramme :

Synthèse	Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Elem_Qualitatif
R : 15 T.T : 7min05s T/Rép : 28s T.L.Moyen : 16s Choix + : III, X Choix - : IV, IX	G : 1 [7%] D : 15 [100%] T. App : G, <u>D</u>	F ⁻ : 9 F ⁻ : 2 F% : 73% F ⁺ % : 82% K : 1 Kan : 2 CF [±] : 1 FE : 1 RC% : 40% T.R.I: 1k=ΣC F.C: 2k>0.5ΣE	A: 12 Ad: 1 A%: 87% H: 1 (H): 1 H: 13% Obj: 1 Ban: 5	Refus: 1 Reterm: 2

Tableau N° 15: Le psychograme du cas de Sarah

5-5 L'analyse quantitative :

A- Impression général :

A première vue, le temps consacré pour y répondre au test est d'environ **7min et 05s**, un temps bref et très court. Le justifiant ainsi, d'une pauvre productivité ; avec **15** réponses, dont une réponse cotée comme refus à la planche IX. En sachant que, le temps moyen exigé à chaque réponse est d'une minute, alors que, Sarah à pris **28s**. Cela explique parfaitement la réduction de la productivité et son temps de réflexion minimisé.

Per contre, le temps de latence moyen est de **16s**, qui se situe dans la moyenne. Ces temps de réflexions sont tous dans la même longueur d'onde, qui varie entre **04-23s**.

B- le Mode d'appréhension :

On constate, dans ce protocole un écart excessif entre les modes d'appréhensions globales et détails, voir même une rareté dans les réponses uniformes G : 1 réponse, soit 7%, un pourcentage inférieur à la norme estimée (20-30%). Cette dernière figure uniquement dans la planche V, associé à un contenu Animal, ce qui laisse une large place aux réponses détails, avec un nombre de 15, soit 100%.

Toutefois, l'absence des réponses (G) et le taux élevé des réponses (D), indique une fragilité et une incapacité d'unification de l'image du corps.

C- les déterminants :

La plupart des déterminants, inscrits dans ce protocole, sont formels, avec 12 réponses, d'environ 73%, un pourcentage légèrement au-dessus de la norme inscrite (50-70%), ce qui sous entend une certaine tendance à se pencher vers la vie relationnelle.

Pour ce qui est des réponses formels positives F^r, elles sont en nombre de 9, soit 82%, la majorité de ces réponses sont associés a un contenu animal, dont une qui est représenté comme une réponse humaine substitutive (H), à la planche VII, perçu comme (un ange). Quant aux deux réponses négatives, elles sont appréhendées dans un mode détaillé à la planche I, vu comme (une chauve[^] souris et un loup v).

En outre, Sarah à investie 3 réponses mouvements, dont une est localisée dans un mode détaillé, liée à un contenu humain (deux personnes debout, les jambes déformés). Ainsi que, deux réponses associées au contenu Animal, dans les planches : V et VIII.

D- Les contenus :

On remarque, que l'écart prolifère dans tous le protocole, il continu également à apparaitre dans les contenus ; avec 13 réponses animales, soit 87%, contre 2 réponses humaines soit 13%, à compter la réponse (Ad), donnée à la planche X vu comme (des ailes d'un papillon).

Les réponses humaines sont présentées aux planches III et VII. À la planche III, elle est perçue dans une forme positive altérée (deux personnes les jambes déformées) et à la planche VII, est donné comme une réponse substitutive (H) un ange.

A priori, l'utilisation des réponses humaines dans les planches III et VIII, ne justifient pas l'unification et l'intégration de l'image du corps, puisqu'elles sont données dans des modes détaillées. Donc, l'image du corps est élaborée d'une manière détraquée.

Ce qui reste comme point positif, c'est la capacité du sujet à s'adapter au monde social, indiqué par les 5 réponses banales.

L'épreuve des choix :

Le critère de sélection différent du choix positif et du choix négatif ; le premier est choisi par rapport a l'alliance des formes et des couleurs attribuer aux planches III et X : « *elles sont jolies, les couleurs et les formes vont bien ensemble* ».

Par contre, le choix négatif est accentué par la laideur et l'ambiguïté que les planches IX et IV manifestent : « *elles sont moches, et pas clair* ».

La structure et l'aspect organisationnel des planches, permettent d'analyser et d'explorer l'image du corps diffusée, et cela à partir de ces planches : à savoir, compactes, bilatérales et ouvertes.

Le premier modèle, réunit les planches compactes et fermées (I, IV, V, VI et X), qui correspondent à l'unification et à l'intégration de la projection corporelle. Dans la planche I, on retrouve deux réponses qui sont sollicitées au même endroit, avec deux orientations différentes : l'une est perçue comme une chauve souris et l'autre comme un loup. En outre, elles sont sélectionnées en tant que choix négatif, qui conteste complètement l'apport de cette image.

La planche IV, avec ses sollicitations de puissance, dégage une figure de (chien), qui est loin d'être une image de puissance. Par contre, la planche V, qui symbolise l'identité et la représentation de soi, est envisagée comme un (papillon), réponse banale, elle peut renvoyer à des signes d'intégrités sociales et une image du corps positive. Mais, seule, elle ne pourra pas être justifiée comme tel.

La planche VI, qui est la planche de symbolisation sexuelle et d'autant plus féminine, est conçue comme (une peau de loup) dans toute la partie inférieure, qui est évocatrice d'une « *sensibilité passive et réceptive* », une dimension exprimant une problématique de castration non résolu. Quant, à la planche IX, dite « utérine », qui fait référence aux relations maternelles précoces, est complètement inhibée, elle est cotée comme refus.

Le deuxième modèle, rassemble les planches (II, III et VII), dotées d'une caractéristique bilatérale dans les deux cotés. Elles sont évocatrices d'une représentation humaine.

La planche II, reste toujours dans l'identification animale, loin d'exprimer le modèle réaliste du corps humain. Cependant, la planche III, évoque une représentation humaine, vu dans une forme altérée (deux hommes, les jambes déformés).

De plus, la planche VII sollicite également cette représentation, mais avec, une certaine incertitude dans la spécificité de cette figure humaine (deux personnes avec des ailes, non plutôt, un ange).

Les autres planches, VIII et IX, renferment des sollicitations anatomiques et expriment l'émergence des émotions, qui permettent de saisir le type de rapport que le sujet entretient avec son environnement. Ces dernières, sont regroupées dans des réponses animales.

Synthèse du test de Rorschach :

D'après ce passage analytique, on déduit, que l'image du corps de Sarah n'est pas assez conforme et unifier. Cela se décrit parfaitement à travers :

- Le pourcentage inférieur des réponses globales, qui sont totalement inhibées et peu présente.
- Le taux élevé des réponses détails.
- Les réponses humaines sont présentes. Mais, pas d'une manière unifiée, elles sont représentées à la planche III, dans une forme altérée et déformée. Elle a du mal à percevoir une image humaine saine. Ce qui s'applique aussi, à la planche VIII, considérée comme une planche féminine. Dont, elle à l'air complètement confuse au départ, dans l'identification de ses personnes. Qui sont vue en premier, avec des ailes, puis dans une forme substitutive un ange.

Résumé du cas :

A travers, le dépouillement des deux outils, beaucoup d'informations sont dessellées et rapportées sur cette adolescente, qui est tout de même très touchée par l'apparition de sa maladie, qui ne la laisse pas indifférente. Elle est devenue très sensible et bouleversée par ce qu'elle vit en ce moment. Le diabète, pour elle est un fardeau qui pèse lourd sur sa vie, elle arrive toujours pas à faire le deuil de sa maladie. Malgré, qu'elle en est atteinte, depuis 4 ans. Pas facile, pour elle de changer ses habitudes, et de trouver un bon équilibre entre son traitement et son alimentation.

De plus, les résultats du test, coïncide parfaitement a cette analyse de l'entretien. Qui, révèle une perturbation au niveau de sa représentation mentale, avec une incapacité d'intégrer et de s'identifier à une image humaine saine et pure. Dans tout le protocole, elle investie uniquement deux réponses humaines, qui sont complètement altérée et de formes substitutives.

Par ailleurs, l'image représentée par cette fille de son corps est un peu endommagée et détruite, à savoir que le diabète en est parfaitement la cible.

Discussion des hypothèses

II- Discussion des hypothèses :

A partir des résultats, obtenus par les deux techniques de recherches, à savoir : l'entretien semi directif, et le test de rorschach, qui sont réalisées au prés des adolescentes diabétiques. Nous avons contribué à l'émergence de deux hypothèses. Celles-ci sont parfaitement confirmer par notre groupe d'étude.

1- première hypothèse : le diabète influence sur l'image du corps des adolescentes diabétiques. Cela suppose que, le diabète est la cause de la perturbation de certaines représentations mentales. Cependant, les cinq cas, (**Yasmine, Selma, Amel, Nina et Sarah**) mettent en évidence, l'énoncé de cette hypothèse que ; l'image du corps est négative et perturbée. Selon (Barker et Galombos, 2003), c'est généralement à l'adolescence que l'insatisfaction de l'image corporelle entre les genres devient plus apparente : les filles en rapporteraient d'avantage que les garçons. Déterminant ainsi, que le diabète est la source de l'altération de leur image du corps.

Le premier outil, qui est l'entretien, nous fait ressortir, un point de vue partagé entre ses adolescentes. Qui sont tout de même très embarrassées par leur poids. Durant l'entretien **Yasmine, Nina et Amel**, nous ont fait part de leur inquiétude par rapport aux changements corporels. Elles sont toutes partantes sur cette idée : que depuis, qu'elles sont atteinte du diabète, leur corps a changé. Selon ces adolescentes, le fait d'avoir un surplus au niveau du poids, est probablement lié au traitement et aux doses d'insulines. Cela est parfaitement justifier par une étude britannique (1999) : les adolescents diabétiques semblent, surement comme les adolescentes non diabétiques les plus préoccupés par leur silhouette et leur poids.

On observe, aussi d'autres signes qui pourront être qualifiés comme source de gêne et de désarroi pour certaines comme : la fatigue intense, les maux de tête, la colère, le manque de concentration. A noter également, d'autres comportements qui sont considérés comme étant des mouvements stéréotypés : la prise de l'insuline a des heures fixes et a des moments précis, le besoin répétitif d'uriner ou de boire de l'eau. Tel est le cas de **Sarah et Nina**, qui n'arrivent toujours pas à oublier leurs habitudes ; les repas à des heures décalés, le non contrôle de l'alimentation, la liberté de sortir

sans le moindre souci. Tous ça semble très durs à supporter et surtout à vivre avec au quotidien. Pour (Jeammet, 2002). C'est à cette période, où l'adolescent a besoin réellement de se sentir autonome et indépendant de toutes emprise. Alors que, la maladie "le diabète", lui impose, de conserver et de maintenir des habitudes contraignantes : qui marquent chaque jour sa vie et balisent son vécu personnel.

Concernant, les résultats obtenus au test de Rorschach, l'image du corps négative est dévoilée, encore plus dans la qualité des réponses associées aux contenus humains, données par **Yasmine, Amel, Nina et Sarah**. La première, envisage l'être humain à la planche III, comme : « *deux hommes avec une gueule de chien* » et à la planche VIII, elle perçoit : « *deux femmes avec des corps vides à l'intérieur* ». Par contre, la deuxième, la plupart de ses réponses humaines, sont morcelées et sont représentées dans des corps décomposés vu comme des squelettes. Quant, à **Nina et Sarah**, leurs réponses sont plus d'ordre para humain. En ayant une incapacité d'unifier et de s'identifier à une image humaine pure et en bonne forme.

2- deuxième hypothèse : se donne à voir, dans la relation entre les deux variables. Cela dit : il existe une relation étroite entre l'image du corps et la stabilisation du diabète chez les adolescentes diabétiques. Ce qui explique que, le fait d'être perturbée psychologiquement, par son apparence, par son poids et par sa silhouette, l'adolescente néglige en quelque sorte sa maladie. Elle est tellement préoccupée par apparence, que la maladie devient difficile à gérer et le manque d'adhésion au traitement, ou la manipulation des doses, conduisent directement au déséquilibre glycémique, voir même à l'apparition des complications. Selon (Marchal et al, 2005), Ces facteurs peuvent être associés à une faible estime de soi et une image corporelle négative, l'ensemble de ces perturbations génèrent un très mauvais contrôle glycémique.

La plupart de nos cas, notamment **Sarah, Nina, Yasmine, Amel et Selma** répondent parfaitement à notre hypothèse. Ces dernières, ont vraiment des difficultés à trouver un équilibre entre leur alimentation, leur poids et leur traitement. Pour elles, ce n'est pas évident de suivre tout le temps le même régime, le même traitement et se priver des aliments sucrés. Ce qui prouve également leur taux de glycémie élevé.

Pour (Dunger, 2011) ; Les filles sont plus stressées par le diabète, ont plus de difficultés à ménager l'ensemble du traitement, elles ont plus de dépression et de troubles du comportement alimentaire. Les quelles sont associées à un mauvais contrôle glycémique.

Conclusion

En guise de conclusion, notre travail de recherche qui porte sur l'image du corps des adolescentes diabétiques, nous a permis d'enrichir à la fois nos connaissances théoriques et pratiques, il nous a servi de porte d'entrée pour voir l'impact des maladies chroniques, notamment l'impact du diabète sur le côté psychologique et la façon dont le corps est représenté mentalement, qui semble inconscient, individuel et propre à chacun.

Interroger l'image et le vécu corporel des adolescentes diabétiques, nous paraît un point utile pour sa prise en charge psychologique au delà de sa maladie. Puisque, l'être humain vit en symbiose entre le corps et le psychisme, les deux jouent un rôle très important sur l'équilibre interne et externe de l'individu. Cependant, notre étude est basée sur ce principe. À savoir que, les changements et les transformations corporelles et physiologiques ont un impact visible sur l'aspect psychologique de ses adolescentes.

En outre, notre groupe de recherche choisi, est composé de 05 cas homogènes, qui sont toutes des adolescentes diabétiques. Ces dernières, nous ont servis de cadre de référence et de vérification de nos hypothèses. Mais, cela reste tout de même, comme tout travail scientifique réfutable, non statique et non absolu. Qui est dû à notre population d'étude qui ne présente pas la population mère.

D'après les résultats obtenus dans l'entretien semi directif et le test de Rorschach. Nos deux hypothèses demeurent affirmatives : tous nos cas (**Yasmine, Selma, Amel, Nina et Sarah**), ont répondu parfaitement à l'hypothèse : que l'image du corps de ces adolescentes diabétiques, soit perturbée et troublée, dont le diabète est la source de son altération. Nous avons également constaté qu'il y a un lien étroit entre l'image du corps et la stabilisation du diabète. C'est – à dire que, en grande partie, le fait de se préoccuper uniquement par son apparence physique, son poids, sa silhouette et le manque d'estime de soi ou la mauvaise représentation du corps, peuvent provoquer une déstabilisation glycémique.

Conclusion

Après tout, Nous nous ne sommes pas contenter exclusivement de ces remarques. Nous avons constaté, que d'autres contraintes entre enjeux dans la vie des adolescentes diabétiques. Ces dernières, ne sont pas uniquement touchées sur le plan physique et psychologique. Mais, on trouve qu'elles sont très frustrées à l'idée d'être malade et qu'elles soient différente des autres. Ce qui rend également leur niveau scolaire médiocre et constamment bas.

Enfin, nous espérons qu'à travers cette étude porter au prés des adolescentes diabétiques servira d'appui et de support, pour les générations à venir. Nous souhaitons également, que notre passage et notre écoute à aider ces filles à sortir de leur silence et de leur crainte. Pour nous, ca reste une expérience très enrichissante et très formative sur tous les plans à la fois médical et psychologique. Puisque, nous avons pu mettre en pratique notre théorie et nous avons pu rentrer dans le monde et la vie de ses adolescentes. Ce qui nous incite à proposer une étude comparative, qui serait intéressante à appréhender dans une autre thématique de recherche :

- Une étude comparative sur l'image du corps chez les jeunes garçons et les jeunes filles diabétiques.

Liste bibliographique

Liste bibliographique :

Les ouvrages :

1. ALTMAN. J., Ducloux. R., LEVY-DUTEL. L (2012) : «Le Grand Livre Du Diabète », Paris.
2. ANZIEU. D (1985) : « Le Moi Peau », Paris, Dunod.
3. ANZIEU. D ; CHABERT. C (1961) : «Les Méthodes Projectives », Edition Quadriga, Paris, Puf.
4. BEIZMANN. C (1966) : «Livret De Cotation Des Formes De Rorschach », Paris, Centre De Psychologie Appliquée (CPA).
5. BELHADJ. M (2005) : «Guide De Diabétologie », Algérie, Comité Médical National De Diabétologie.
6. BENOY. H., CHAHRAOUI. KH (2003) : «Méthode D'évaluation et De Recherche En Psychologie Clinique », Paris, Dunod.
7. BERNALD. P (1977) : «Sémiologie psychiatrique », Paris, ed Bréal.
8. BERNARD. P (1977) : «Sémiologie Psychiatrique », Paris, Edition, Bréal.
9. BERNAUD. J. L (1998) : «Les Méthodes D'évaluation De La Personnalité », Paris, Dunod.
10. BERNOUCI. A (2004) : «Les Etats Dépressifs », France, Natham.
11. BERUBE. L (1991) : «Terminologie De Neuropsychologie et De Neurologie Du Comportement », Montréal, Edition De La Chanelière.
12. BEYELER. S, et all (2006) : «L'image Corporelle, Un Concept De Soins ISC Image Corporelle », Direction Des Soins Infirmiers, Hôpitaux Universitaire De Genève.
13. BIOY. A et all. (2002) : «Manuel de psychologie du soin », Paris, Edition, Bréal.
14. BIOY. A, et all (2002) : «Manuel De Psychologie De Soins », Paris, Edition Bréal.
15. BOUCHE. G, et all (2004) : « Module1 DCEM-Epreuves Classements Nationales », De Boeck supérieur.
16. BRACONNIER. A (2006) : «Introduction à La Psychopathologie », Paris, Masson.
17. BUFFET. C., VATIER. C (2011) : «Endocrinologie, Diabète, Nutrition », Paris, Masson.
18. BUYSSCHAERT. M (2011) : «Diabétologie Clinique », 3^e Edition, De Boeck.
19. CAMIL. B et CAMIL. V (2011) : «Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition », Paris, Dunod.

20. CARIO. R (2000) : « Victimologie De L'effraction De Intersubjectif à La Restauration Sociale », 2^e Edition Harmattan, Paris.
21. CASTREDE M.F. (2003) : « Introduction à la psychologie clinique », paris, Belin.
22. CHABERT. C (2004) : « Psychanalyse et Méthode Projective », Paris, Dunod.
23. CHABERT. C (2012) : « Le Rorschach En Clinique Adulte », 3^e Edition, Paris, Dunod.
24. CHARLOTTE. M et ADELIN. V (2004) : « L'indispensable De La Psychologie », Paris, CPA.
25. DELAROCHE. P (1980) : « l'adolescence, Enjeux, clinique et thérapeutiques », paris, Armand Colin.
26. DOLTO. F (1984) : « L'image Du Corps Inconsciente Du Corps », Paris, Edition du Seuil.
27. ENGERS. M (1997) : « Initiation Pratique à La Méthodologie Des Sciences Humaines », Casbah, Université D'Alger.
28. FREUD. S (1987) : « Trois Essais Sur La Théorie De La Sexualité », 3^e Edition, Paris, Gillimard.
29. FREUD. S (1962) : « trois essais sur la théorie de la sexualité », Paris, Gallimard.
30. GEOFFROY. L., GONTHIER. M (2003) : « Le Diabète Chez L'enfant et L'adolescent », Montréal, Hôpitaux, Saines-Justine.
31. GRIMALDI. A (2005) : « Traité De Diabétologie », Tome 1, Paris, Edition Flammarion Médecine-Sciences.
32. JEAMET.P. (2002) : « l'adolescence », Paris, Solar.
33. KHIATI. M (1993) : « Le Diabète Sucré Chez L'enfant », Alger, OPU.
34. LEVY-MARCHAL. C (2008) : « Le Diabète De L'enfant et De L'Adolescent », Paris.
35. MARCELLI. D et ALIN. P (2005) : « Médecine De L'Adolescent », Paris, Edition Masson.
36. MAREAU. C., VANEK. A (2004) : « L'indispensable En Psychologie », France, Edition Studyrama.
37. MICHAUD. P., ALVIN. P et coll : « La Santé des adolescents, Approches, soins, préventions », Paris, Douin Eds.
38. MORIN C., THIEBERGERS S. (2004) : « l'image su corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse », l'évolution psychiatrique.

39. MORIN. C., THIEBIERGE. S (2004) : « L'image Du Corps En Neurologie :De La Cénesthésie à L'image Spéculaire, Apports Clinique et Théoriques De La Psychanalyse », L'évolution Psychiatrique.
40. NASIO. J. D (2007) : « Mon Corps et Ses Images », Paris, Payot.
41. PAILLE. D et MUCCHIELLI. A (2005) : « L'analyse Qualitative En Sciences Humaines et Sociales », Paris, Armand colin.
42. PAILLE. P., MUCHIELLI. A. (2005) : « l'analyse qualitative en science humaine et sociales », Paris, Armand Colin.
43. PEDINIELLI. J. L (2005) : « Cours De Psychothérapie D'inspiration Psychanalytique (psychologie des maladies somatiques) », Paris IED.
44. PIREYRE. W (2011) : « Clinique De L'image Du Vécu Au Concept », Paris, Dunod.
45. POPIELIER. M (2006) : « Le Diabète », Paris, Le Clavier Bleu.
46. RASSIAL. J.J (1980) : « L'adolescent et le psychanalyste », Paris, Payot, coll.
47. RAUCH de TRAUBENBERG. N et BOIZON. M.F (1996) : « Les Techniques Projectives 2 », France, Armand Colin.
48. REUCHLIN. M (2002) : « Les méthodes en psychologie », Paris, Puf.
49. RICARD-MALIVOIR. S. (2005) : « Adolescence et diabète ». Revue Soins 694:13-4.
50. SCHILDER. P (1986) : « L'Image Du Corps », Paris, Gallimard.
51. VANIER. A (2005) : « Elément D'introduction à La Psychanalyse », Paris, Edition Armand Colin.

Les dictionnaires :

52. BLOCH. J , et al . (1992) : « Le Grand de la Psychologie », France, Edition Larousse.
53. BLOCH. J .G , (2012) : « Le, Larousse médical », Edition Larousse.
54. GIRNAC-MARINIER.J , (2013) : « le petit Larousse », paris.
55. QAUVILLIERS. J . (2007) : « Dictionnaire médicale », Elsevier, Masson.

Les thèses :

56. AUTOMNE. E. (2006), « Approche psychologique et clinique des maladies somatiques », septembre, Paris 13.

57. BERTRAND. AM (2011) : « *l'adolescente diabétique, son corps et le diabète* », DIFEP, Genève, 04/11/2011.
58. BEYELER S. et coll. (2006) : « *l'image corporelle, un concept de soins ISC image corporelle* », direction des soins infirmiers, hôpitaux universitaires de Genève, 10/10 /2006 a17 :18.
59. DARNAC. C , (2008) : « *l'adolescent face à la l'annonce d'un diabète de type I* », Institut de formation en soins Antoine 184 rue de faubourg Saint Antoine, paris , 12/04/2018 a 15 :20.
60. DEMERE. J (2007) : « *Douleur chronique sur l'image du corps: rôle du psychomotricien à travers la réflexion*, Médecine Humaine et pathologie, 09/05/2017 à 11 :11.
61. DUPART. E , (2007) : « *Relation au corps sensible et image de soi*», université moderne de Lisbonne, psychologie clinique et psychopathologie. 25/03/2018 a 17 :52.
62. GENDREAU.C. (2010) : « *L'exploration de l'image corporelle des femmes âgées entre 65 et 75 ans, vivant en milieu urbain* », psychologie, université du Québec A Montréal, 31/03/2010 :10 :44 :55.
63. GLAUDEL. S. (2012) : « *Etude clinique et projective de la représentation de soi chez les adolescents ayant un frère, une sœur autiste* », Université de lorraine, psychologie clinique et pathologique, Doc, thèse. Contact, univ Lorraine .Fr 29/12 /2014 a 14 :29.
64. SANGLADE. A, (1983) : « *l'image du corps de soi au Rorschach*», psychologie française : techniques projectives II 1983.

ARTICLES :

65. MALIVOIR. S. (2011) : « *la transition enfant adulte, l'adolescence : quand la maladie s'invite* », Correspondance en métabolisme hormones diabète et nutrition, Vol. XV- N°05.
66. HELLIER. E., LEFEVRE. H. (2011) : « *image corporelle chez les l'adolescent diabétique* », Adolescence et médecine, Avril 2011, N°5.

Annexes

Annexe I : le guide d'entretien

AXE 1 : Informations concernant l'histoire de la maladie :

- 1) Avez-vous quelqu'un de votre famille qui est diabétique ?
- 2) Comment avez-vous appris votre maladie ?
- 3) Êtes-vous directement parti chez le médecin ?
- 4) Avez-vous fait des analyses ?
- 5) Après avoir fait vos analyses, et après avoir été diagnostiquée diabétique, est ce qu'on vous a hospitalisé ?
- 6) Qui vous a accompagné durant cette hospitalisation ?
- 7) Quel est votre traitement actuel ?
- 8) Est-ce que vous arrivez à faire seule vos injections ?
- 9) Est-ce que ça vous arrive des fois d'oublier votre insuline ? , si c'est oui, à quel moment ?

AXE 2 : Informations concernant l'adolescente diabétique :

- 1) Qu'est ce que vous faites de votre quotidien ?
- 2) Avez-vous des amies diabétiques ? , vous parlez sur quoi ensemble ?
- 3) Est-ce que vous partagez des activités ensemble (des sorties par exemple) ?
- 4) Est-ce que vous arrivez à parler de votre diabète quand il y'a d'autres personnes non diabétiques ? , ou est ce que vous arrivez à parlé de votre maladie ?
- 5) Comment sentez-vous à l'aise dans le groupe des diabétiques, ou dans le groupe des non diabétiques ? et pourquoi ?

AXE 3 : Informations concernant l'image du corps :

- 1) Êtes-vous fané d'une actrice ?

- 2) Qu'est ce qui vous plaît plus chez elle ?
- 3) Est-ce que vous désirez être comme elle ?
- 4) Qu'est ce que vous faites pour lui ressembler ?
- 5) Est-ce que vous pensez que votre corps a changé depuis l'apparition de votre maladie ? ou votre poids ?
- 6) Qu'est ce que vous faites pour garder votre silhouette ?
- 7) Est-ce que vous faites un régime ou c'est votre diabète qui vous fait maigrir ?

Annexe II : le test de Rorschach



Planche I

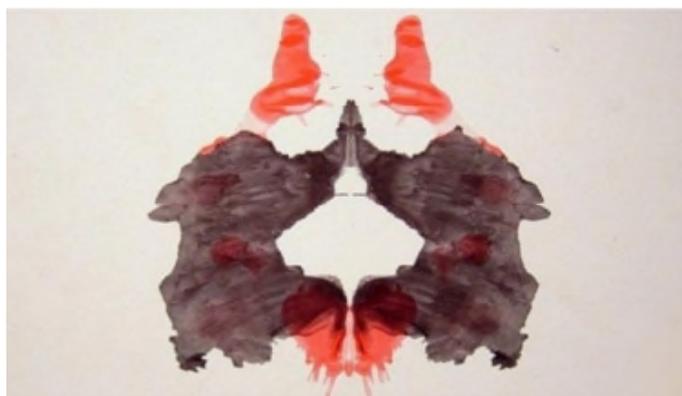


Planche II



Planche III



Planche IV



Planche V



Planche VI



Planche VII

Planche VIII



Planche XI

Planche X

