



Université Abderrahmane mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de psychologie

Mémoire de Master

Option : Psychologie clinique

Thème

L'image du corps chez les enfants diabétiques

Etude clinique de six (06) cas au niveau de l'EPH d'Akbou

Réalisé par :

M^{elle} BOUCHAL Amel

M^{elle} MERRAD Souad

Encadré par :

Dr. BELBESSAI Rachid

2018 -2019

Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à remercier Dieu, de nous avoir donné la santé, la volonté et la patience pour mener à terme notre formation de master et pouvoir réaliser ce travail de recherche.

Nous tenons à exprimer nos profonds remerciements à notre encadreur Mr. BELBESSAI RACHID qui nous a fourni le sujet de ce mémoire et nous a guidés de ses précieux conseils et suggestions, et la confiance qu'il nous a témoignés tout au long de ce travail.

On adresse aussi nos remerciements à la psychologue de service de la pédiatrie Mme BENATSOU ATIKA , qui nous a ouvert la porte et nous a accueillis durant toute la période de notre stage .

Nous tenons à gratifier aussi les membres de jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail.

Enfin, on adresse nos sincères sentiments de gratitude et de reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Merci à tous

Dédicaces

A ma très chère mère

Quoi que je fasse ou que je dise et peu pour te remercier
comme il se doit.

Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta
présence à mes côtés a toujours été ma source de force,
pour affronter les différents obstacles.

A mon très cher père

Tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et
m'encourager.

Que ce travail traduit ma gratitude et mon affection.

A mes très chère sœur

Noria, Hamama, Souhila, Kahina et Djegdjiga.

Amon très cher frère unique

Kamal.

Puisse dieux vous donne santé, bonheur, courage et surtout
réussite.

Amel

Dédicace

Avec tout respect et amour, je dédie ce modeste travail A mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études.

A mon cher petit frère, Arab (Oussama)

A mes chères sœurs Sihem et Sylia

A mon encadreur, Mr Belbessai, et toute personne du groupe d'encadrement ; A tout le personnel de service de pédiatrie de l'hôpital d'akbou leurs tête madame Benatsou Atika

A ma chère binôme Amel et toute sa famille, amis chères copines.

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

Souad

INTRODUCTION GENERALE	01
Problématique et hypothèses	03
Raison du choix de thème	08
Définitions des concepts clés et leurs opérationnalisations	08

Partie théorique

Chapitre 01 : l'enfant

Préambule	11
1/- Définition de l'enfance	11
2/- Le développement psychologique de l'enfant	
2-1- Le développement affectif de l'enfant :	
2-1-1- Selon Freud. S	12
2-1-2- Selon Klein. M	14
2-1-3- Selon Mahler. M	15
2-2- Le développement cognitif de l'enfant :	
2-2-1- Selon Piaget. J	16
Conclusion du chapitre	20

Chapitre 02 : le diabète

Préambule	22
1/- Définition du diabète	22
2/- Définition du diabète sucré	22
2-1- La glycémie	23
2-2- L'hypoglycémie	23

2-3- L'hyperglycémie -----	23
3/- L'histoire du diabète -----	23
4/- Les différents types du diabète	
4-1- Le diabète de type 1 -----	25
4-2- Le diabète de type 2 -----	25
4-3- Le diabète de grossesse -----	25
5/- Les symptômes du diabète -----	26
6/- Les risques du diabète -----	27
7/- La classification du diabète -----	27
8/- Les complications du diabète -----	28
9/- Les difficultés psychologiques chez un enfant diabétique -----	30
10/- Le traitement médical du diabète -----	31
11/- Le processus d'acceptation de la maladie chez un enfant diabétique -----	34
Conclusion du chapitre -----	35

Chapitre 03 : L'image du corps

Préambule -----	38
1/- Définition de l'image du corps -----	38
1-1-la notion du corps -----	39
1-2- la notion de l'image -----	39
1-3- le corps réel -----	40
1-4- le corps symbolique -----	40
1-5- l'image du corps vu/imaginaire -----	40
1-6- la représentation de soi -----	41
2/- La distinction entre le schéma corporelle et l'image du corps -----	41

3/- Les aspects de l'image du corps -----	43
4/- Les dimensions structurelles et développementales de l'image du corps	
4-1- Selon Anzieu .D -----	44
4-2- Selon Dolto .F -----	47
5/- L'image du corps de point de vue psychanalytique	
5-1- Selon Schilder .P (1935)-----	48
5-2- Selon Dolto .F (1984)-----	49
5-3- Selon Sami-Ali .M (1986 -----	50
5-4- Selon Lacan .J (1966)-----	51
6/- Le développement de l'image corporelle vu sous l'angle psychanalytique-----	52
Conclusion du chapitre -----	54
Chapitre 04 : Méthodologie de la recherche	
Préambule -----	56
1/- La pré-enquête -----	56
2/- La méthode de la recherche -----	57
3/- Présentation du lieu de la recherche, la période, et la durée du stage -----	58
4/- Choix de la population d'étude -----	59
5/- Les techniques utilisées et leurs analyse des données	
5-1- l'entretien clinique -----	60
5-2- l'entretien semi-directif-----	60
5-3- l'analyse de l'entretien-----	61
5-4- présentation du test « Dessin du bonhomme -----	61
Conclusion du chapitre-----	70

Partie pratique

Chapitre 05 : Présentation, analyse, interprétation et discussion des hypothèses.

5-1- Présentation et analyse des cas -----	72
5-1-1-Cas de Thanina -----	72
5-1-2-Cas de Mélissa -----	81
5-1-3-Cas de Thilleli-----	89
5-1-4- Cas de Madjid -----	98
5-1-5-Cas de Ghada-----	106
5-1-6-Cas de Mélina -----	114
5-2- Discussion des hypothèses-----	120
Conclusion générale-----	123

Liste bibliographique

Annexes

La liste des tableaux :

Numéro du tableau	Titre du tableau	Page
Schéma N °01	Les quatres stades du développements	16
Schéma N °02	Le stade de développement moteur de l'enfant	18
Schéma N °03	Stade des opérations concrètes chez l'enfant	19
Schéma N °04	Stade des opérations formelles	19
Tableau N °01	La présentation des effectifs, matériels et locaux du S.H.P.	58
Tableau N °02	Les caractéristiques de la population d'étude	59
Tableau N °03	Echelle de maturité de dessin de Thanina	74
Tableau N °04	Les aspects globaux du dessin Thanina	77
Tableau N °05	Les aspects analytique de dessin Thanina	80
Tableau N °06	Echelle de maturité de dessin de Mélissa	83
Tableau N °07	Les aspects globaux du dessin de Mélissa	86
Tableau N °08	Les aspects analytique de dessin de Mélissa	88
Tableau N °09	Echelle de maturité de dessin de Thilleli	92
Tableau N °10	Les aspects globaux du dessin de Thilleli	95
Tableau N °11	Les aspects analytique de dessin de Thilleli	97
Tableau N °12	Echelle de maturité de dessin de Madjid	100
Tableau N °13	Les aspects globaux du	103

	dessin de Madjid	
Tableau N °14	Les aspects analytique de dessin de Madjid	105
Tableau N °15	Echelle de maturité de dessin de Gheda	108
Tableau N °16	Les aspects globaux du dessin de Gheda	111
Tableau N °17	Les aspects globaux du dessin de Gheda	113
Tableau N °18	Echelle de maturité de dessin de Melina	116
Tableau N °19	Les aspects globaux du dessin de Melina	119
Tableau N °20	Les aspects analytique de dessin de Melina	121

Introduction générale

Les enfants sont en croissance de la naissance jusqu'à l'adolescence, chaque période a ses caractéristiques et sa propre charte ; les enfants grandissent très vite à tout âge, mais leur croissance est influencée par différents facteurs à mesure que leur corps se développe, donc le processus évolutif peut être touché par les maladies chroniques.

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, qui peut progressivement être associée à une incapacité ou une invalidité et à la menace de complication grave de la mortalité précoce. Chez l'enfant, ces maladies peuvent être considérées comme des perturbations durables (au moins 6 mois) de l'état de santé, nécessitant une prise en charge prenant en compte la complexité et la sévérité de la pathologie, l'âge de l'enfant et son environnement familial. Le retentissement sur l'ensemble de la vie de l'enfant et de sa famille sur leurs points communs.

Les maladies chroniques comprennent, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les maladies respiratoires chroniques ainsi que le diabète. (Organisation Mondiale de Santé, 2006, P, 02).

On a tous déjà entendu parler du diabète sans savoir exactement de quoi il s'agit ; dont les médecins ont expliqué que c'est une augmentation de taux glucose (sucre) dans le sang et qui se définit par un taux de glycémie à jeun supérieur égal 1,26/g ou 2g tout à n'importe quel moment de la journée.

Ce diabète est fait partie des maladies chroniques qui demande une prise en charge adaptée tout au long de vie. (Organisation Mondiale de Santé, 2013, P, 25).

Généralement, la maladie chronique et plus précisément le diabète influence sur le fonctionnement mental qui est le psychique et aussi sur les changements physiques qui veut dire l'image du corps.

Le corps humain n'est pas seulement un corps physique. Il y a une partie du corps qui se voit et l'autre qui se dérobe à l'exploration. Il y a le corps qui se voit et le corps qui se vit, le corps matériel et celui qui échappe.

Le corps est périssable, le corps-organisme est structure de perception au travers de ses organes, il est corps-organe et pas seulement corps-matériel. Cette structure humaine englobe un psychisme et un esprit au corps, ainsi que le psychique se caractérise le mouvement des pensées, les idées stéréotypées, un

monde intermédiaire dans lequel on ne peut rien bâtir tant le trouble est grand, c'est pour cela qu'on dit souvent que la confusion psychologique est la base de l'être.

Revenant à l'esprit qui est devenu la fine pointe de l'âme, le sommet de la pyramide qui communique avec le monde supérieur.

Donc, l'image du corps est liée au sujet et à son histoire. Elle est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles interhumaines répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques et actuelles. Cette image du corps revoit à une personne qui s'imagine se représenter pour l'autre, pour son désir, son intérêt. (Dolto. F, 1984, P12).

Notre travail de recherche porte sur « l'image du corps chez les enfants diabétiques » a choisit de faire nôtre pratique à l'hôpital d'Akbou, dans lequel nous avons mis en exige nôtre objectif de recherche pour avoir l'influence du diabète sur le côté physique et psychique d'un jeune enfant.

Nôtre recherche est basé sur l'étude de six cas, dont on a travaillé avec les techniques suivantes : l'entretien clinique «Semi-directif», et le «dessin de bonhomme» dans le but de voir la fiabilité de nos hypothèses.

Nôtre travail de recherche contient trois partie, dont la première partie on trois chapitre :

Le premier chapitre : ce caractérisé sur l'enfant, et son développement ;

Le deuxième chapitre : qui explique la notion du diabète et ses différents types, symptômes, et la prise en charge.

Le troisième chapitre c'est l'image du corps, les définitions des notions, et l'approche psychanalytique en générale de notre théorie.

La deuxième partie, qui est la méthodologie, dont en a présenté les technique qu'on a utilisé et la population d'étude.

Enfin, en termine par la troisième partie, qui contient la présentation et analyse des cas et la discussion des hypothèses et des résultats.

En conclusion, on va faire un résumé et un récapitulatif sur notre travail de recherche, suivit par une liste bibliographique ainsi que les annexes.

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses :

La maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies. Plus précisément les maladies chroniques sont définies par: -la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, -une ancienneté de plusieurs mois, -le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne : limitation fonctionnelle, des activités, de la participation à la vie sociale , - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle , - le besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation.(Organisation Mondial de la Santé, 2006,P,5).

Les maladies chroniques se caractérisent au delà de leur durée par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne non seulement pour les patients mais aussi pour leur entourage. Cette situation bouleverse tout, de l'état de santé à la qualité de vie, des amitiés à la vie familiale, des loisirs à la vie professionnelle. Leurs points communs est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade.

Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, l'horizon n'est pas la guérison mais la viabilité d'une vie, dans la conscience de la fragilité. La vie est modifiée par l'événement qu'est la maladie et qui implique une vie autre, marquée dans la plupart des cas par des ruptures biographiques, par la labilité des états psychiques et somatiques, par une précarité vitale et sociale.

Ces ruptures sont plus complexes à établir pour les personnes concernées par une maladie chronique acquise à la naissance ou encore celles pour qui les maladies sont dites silencieuses car s'installant de façon quasi imperceptible du fait du vieillissement ou d'une usure prématurée. En cas de maladie, en particulier de maladie chronique le patient doit faire face a des situations nouvelles dans son corps, dans ses habitudes de vie, dans sa relation avec les autres.

Donc le diabète, entant que maladie chronique implique chez l'enfant des répercussions sur l'estime de soi, cettedernière, en retour influence la confiance de l'enfant el lui-même ainsi que ses compétences à se soigner. L'enfant met en

place des stratégies d'adaptation à la maladie. (Organisation Mondiale de la Santé, 2013, P, 15).

Le nombre des diabétiques s'augmente de plus en plus, au début de siècle dans le monde. L'allongement de la durée moyenne de vie, un dépistage plus important et plus performant, expliquent le phénomène. Le problème tel que médico-social, économique, est causé par cette augmentation qui est considérable, non seulement dans les pays nantis et surabondants, mais aussi dans ce qui est convenu d'appeler les pays du tiers monde (Chicouri. M.J 1983, P, 9).

En Algérie plus de 10% de la population sont touchés de diabète vers l'année 2007, et près de 03 millions sont atteints en 2011, 90% de la population des diabétiques présentent le diabète de type 2 et 10% de type 1 de cela d'après la société algérienne de diabétologie.

En 2010 à Alger, le registre du diabète de l'enfant a été mis en place ; ainsi la prévalence globale, est évaluée à 1,38% tandis que l'incidence annuelle est estimée à 22,8 cas pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans ; ces résultats semblent concorder avec l'augmentation inquiétante constatée au niveau mondial (Arlond. B, Ireland. J, 1981, p, 11-12).

Le développement de l'enfant fait voir par quels degrés l'expérience immédiate, les impressions indifférenciées, dispersées et momentanées de la sensibilité brute ont pu se dissocier et se fixer en images d'abord concrètes et comme coextensives avec leur objet, puis donner lieu aux transmutations symboliques de la représentation pure et stable. Qu'il se produise un fléchissement dans l'activité qui opère à tout instant ces réductions et cette intégration, que survienne une altération passagère ou durable des fonctions ou des structures d'où elle résulte, et les formes d'activité qui lui restaient sous-jacentes tendent de nouveau à produire leurs effets. Sans doute ne sont-ils plus exactement ce qu'ils étaient chez l'enfant.

Leur intégration puis leur opposition à la conscience de l'adulte les fait nécessairement être et paraître différents. Mais leur mécanisme se ramène à celui des manifestations qui est chez l'enfant, ont successivement répondu aux étapes de son évolution. Entre la clinique et la psychogenèse les rapprochements peuvent être pleins de signification. (Wallon. H. P, 111, 1987).

Nous vivons simultanément dans deux corps : le corps biologique, qui est le corps des organes et des fonctions, le corps qui figure sur les planches anatomiques, celui qu'on examine au microscope ou qu'on soigne avec des antibiotiques ; et le corps érotique, qui est le corps vécu, celui que nous "habitons", au travers duquel nous éprouvons la vie, la souffrance, le plaisir, l'excitation sexuelle, le désir. L'un relève de l'inné ; c'est le corps biologique. A partir de lui se construit progressivement l'autre corps, le corps érotique, qui relève donc de l'acquis. (Christophe.D. 2001, P, 26-29).

Le corps humain n'est pas seulement un corps physique. Il y a une partie du corps qui se voit et l'autre qui se dérobe à l'exploration. Il y a le corps qui se voit et le corps qui se vit, le corps matériel et celui qui échappe. Le corps est périssable, le corps-organisme est structure de perception au travers de ses organes, il est corps-organe et pas seulement corps-matériel.

Cette structure humaine englobe un psychisme et un esprit au corps, ainsi que le psychique se caractérise le mouvement des pensées, les idées stéréotypées, un monde intermédiaire dans lequel on ne peut rien bâtir tant le trouble est grand, c'est pour cela qu'on dit souvent que la confusion psychologique est la base de l'être.

Revenant à l'esprit qui est devenu la fine pointe de l'âme, le sommet de la pyramide qui communique avec le monde supérieur.

Donc, l'image du corps est liée au sujet et à son histoire. Elle est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques et actuelles. Cette image du corps revoit à une personne qui s'imagine se représenter pour l'autre, pour son désir, son intérêt. (Dolto.F, 1984, P, 12).

Selon (NASIO. J D), le vrai sens du corps, qui intéresse la psychanalyse, n'est pas le sens de l'organisme, significatif d'un corps ausculté et soigné par la médecine, mais tel un corps vivant, tel qu'il est impliqué dans l'change affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés.(Nasio J. D, 2007, P, 112).

D'après (Bruchon-Schweiter) en(1990), au sein des représentations de son propre corps, le concept d'image corporelle occupe une place centrale pour penser ce-corps perçu. L'image du corps peut être considérée comme l'ensemble

des sentiments, attitudes, souvenirs et expériences, qu'un individu a accumulés à propos de son propre corps et qui se sont plus ou moins intégrés dans une perception globale. Cette image est constituée de perceptions et représentations, qui nous servent à évoquer et évaluer notre corps, non seulement en tant qu'objet doué de certaines propriétés physiques (taille, poids, couleur, forme), mais aussi comme sujet ou partie de nous-mêmes, chargée d'affects multiples et, parfois, contradictoires. (Schweiter. B, 1990, p, 150).

Enfin, on peut dire que le principal aspect de l'image du corps est comme un organe productif qui se développe au contact du vivant.

A partir de ces différentes citations et études antérieures, sur le diabète et les modifications qu'elle importe sur l'image du corps des enfants, on pose la question suivante :

La qualité de l'image du corps est-elle un indice de la stabilité du diabète ?

Les hypothèses :

La qualité de l'image du corps est un indice très significatif dans la stabilité du diabète, cela montre qu'une mauvaise qualité de l'image du corps va de pair avec l'instabilité du diabète.

Les difficultés rencontrées :

Lors de notre étude sur l'image du corps chez les enfants diabétiques, on a rencontré un obstacle :

Ce qui concerne la traduction de guide de l'entretien, autrement dit les difficultés d'expliquer aux enfants le but du dessin de bonhomme et la pratique de dépouillement.

Définition et opérationnalisation des concepts clés :

Le diabète :

Le diabète est un état caractérisé par une concentration excessive de glucose dans le sang -hyperglycémie-, à partir d'une certaine concentration, il se retrouve dans les urines qui n'en contiennent jamais à l'état normal -glycosurie-. (Marcel. J, 1983, P, 15).

L'image du corps :

L'image du corps est la représentation à la fois consciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps. (Schilder. P, 1935, P, 50).

Opérationnalisation des concepts :

Le diabète : la glycémie, hyperglycémie, hypoglycémie, l'insuline.

L'image du corps : l'image du soi, l'image inconsciente du corps, le schéma corporel, les changements corporels, la représentation du soi.

Les raisons de choix du thème :

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 imprégné de la première catégorie d'âge. Sont les enfants 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 enfants diabétiques, représentent inconsciemment leur corps malade et leur engagement par rapport à leur maladie.

1- L'objectif de choix de thème

Toute recherche scientifique repose sur des raisons qui justifient le choix du thème, engendrées par la maladie ajoutant à cela la prise en charge de manière générale coûteuse de notre côté nous résumons dans les points suivants les objectifs et les raisons qui nous ont poussé à traiter ce thème.

- L'atteinte d'un membre de notre famille par le diabète nous a énormément touchés en raison de difficultés rencontrées dans le vécu difficile aussi des complications engendrées par la maladie ajoutant à cela la prise en charge de manière générale coûteuse.

- Toucher l'importance d'image corporelle chez l'enfant diabétique.

- Déterminer l'impact du diabète sur le coté psychologique, physique et relationnel de ses enfants diabétiques.

Chapitre I
L'ENFANT

Préambule :

Le développement de l'enfant peut être envisagé selon plusieurs points de vue qui restent complémentaire et indissociable. Cela se fait selon deux plans :

Dans le premier plan on trouve le plan affectif, dont les psychanalystes (Freud.S, Klein.M et Mahler.M) ont parlé sur les étapes des développements de l'enfant.

Dans le deuxième plan, qui met l'accent sur le plan cognitif ; là où on va présenter les études concernant les compétences du nourrisson et aussi le développement de l'enfant.

1/ Définition de l'enfance :

Selon le dictionnaire de psychologie, « l'enfance est une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence, elle est aussi une étape nécessaire à la transformation du nouveau-né en adulte ». (Sillamy,N. 1999, P,96).

Selon (Claparede) au début du siècle ; l'enfant n'est pas un enfant parce qu'il est petit, il est enfant pour devenir adulte.

L'enfance est la période de l'humanisation de l'individu, de l'apprentissage de la nature humaine, il est d'autant plus que le niveau adulte à atteindre est plus complexe et plus évolué. Cette humanisation ne peut se faire que dans le cadre d'un milieu humain adulte, qui sans cesse, révèle et propose à l'enfant les comportements caractéristiques de son espèce et du groupe dont il fait partie. (Osterrieth, P.A, 2004, P, 28).

Donc l'enfance est une période de la vie où s'effectue une succession ininterrompue et rapide de changement dans les situations environnementales physiques et sociales où les enfants sont successivement placés en fonction de leur variation en âge (crèche, école...), dans les comportements, actions et

réactions que l'on attend d'eux, dans leurs compétences intellectuelles et affectives.

1/ Le développement psychologique de l'enfant :

2-1- Le développement affectif de l'enfant : dans ce développement affectif l'enfant pour grandir harmonieusement a besoin de relation affective stable et satisfaisante. Son développement affectif se crée en contact étroit avec sa relation à sa mère (ou de toute autre personne s'occupant de lui. Le nouveau-né a, un besoin vital de sa mère pour satisfaire à ses besoins primaires (nourriture, soin), mais il a aussi besoin d'affection.

2-1-1- Le développement d'après (Freud.S):

D'après (Freud. S), l'homme est un être sexué. Tout part de la sexualité. La sexualité est reliée au plaisir, ce qui est la base de l'homme selon lui. Freud sépare les stades de développement en 5 catégories : le stade oral, le stade anal, le stade phallique, la période de latence et le stade génital. De plus, si une personne reste fixée sur l'une ou l'autre des catégories, elle développera certains problèmes à l'âge adulte. (Pierre.F et Catherine. E, 1993, P,4).

A/ Le stade oral :

Le stade oral se produit de la naissance jusqu'à 18 mois. La zone érogène est la bouche. L'enfant tire du plaisir à sucer et à téter. L'enfant portera tout ce qu'il touche à sa bouche. Le sein et le biberon sont représentés comme des objets pulsionnels. Une fixation à ce stade causerait souvent d'importantes dépendances à l'âge adulte, qu'il s'agisse de dépendances affectives ou bien de dépendances à certaines substances.

A ce stade, le bébé ne fait pas de distinction entre lui et les autres. Petit à petit, il va comprendre que le sein appartient à sa mère, qu'elle s'occupe de lui donc qu'il a une action sur elle.

B/ Le stade anal :

Le stade anal se produit de 18 mois à 3 ans. Les zones érogènes sont l'anus et le rectum. C'est le stade de l'ambivalence : l'objet, matière fécale, peut être gardé ou donné. L'enfant s'aperçoit qu'il a le contrôle sur son corps. Il peut choisir de garder ou d'expulser cette matière. C'est aussi à cette période de vie que l'enfant apprend la propreté. Un déséquilibre au stade anal créera une personnalité marquée par l'obsession du contrôle de soi et des autres ou, au contraire, par l'absence totale de structure. (Pierre.F et Catherine. E1993, P, 4).

A ce stade le bébé acquiert la propreté. L'enfant comprend qu'il peut faire plaisir à sa mère. Il peut décider de répondre ou non au désir de sa mère

C/ Le stade phallique :

Le stade phallique se situe entre 3 et 6 ans. Les zones érogènes sont les organes génitaux. L'enfant découvre qu'il est agréable de toucher ses propres organes génitaux. De plus, l'enfant trouve un certain plaisir à s'exhiber ou à regarder les parties génitales des autres. L'enfant apprend à différencier les sexes. C'est à ce stade qu'apparaît le désir de l'enfant de posséder le parent du sexe opposé. C'est là qu'arrive le complexe d'Œdipe. (Ibid, 1993, P, 5).

Dans ce point qui touche l'apparition de la curiosité sexuelle qui entraîne la découverte de la différence des sexes.

-Le complexe d'Œdipe : l'enfant veut posséder le parent du sexe opposé. Alors, le parent du même sexe devient un rival. Il faut l'éliminer. Cependant, l'enfant aime et admire aussi le parent du même sexe. Il se retrouve face à un conflit important qu'il doit régler. Si le complexe est bien réglé, l'enfant va s'identifier au parent du même sexe pour essayer d'établir plus tard une relation avec un partenaire du sexe opposé. Donc, le rival devient la personne à imiter.

D/ La période de latence :

La période de latence se produit entre 6 et 11 ans. Dans cette période, il n'y a pas de zone érogène particulière. L'enfant construit une relation sociale élargie. C'est un des mécanismes tout à fait normaux à cet âge. Tous les mécanismes de défense déforment la réalité de façon plus ou moins prononcée. Tout cela peut provoquer des personnalités déviantes, refusant systématiquement l'épreuve de réalité.

A ce stade, le refoulement va être très opérant. Toutes les pulsions sexuelles vont être détournées. L'enfant va s'intéresser aux choses concrètes; il n'est plus dans l'imaginaire.

E/ Le stade génital :

Le stade génital se passe de l'adolescence à l'âge adulte. Les zones érogènes sont les organes génitaux comme c'était le cas au stade phallique. Le stade génital correspond à la pleine maturité psychosexuelle, définie comme la capacité à avoir des relations sexuelles. Durant le stade génital, tous les éléments refoulés des stades précédents refont surface. Selon Freud, pour atteindre une pleine maturité sexuelle, l'adolescent doit régler les éléments refoulés, sinon s'ensuivent des problèmes tels que des névroses, des psychoses, des troubles de comportement, des troubles psychologiques ou affectifs, etc. (Pierre.F et Catherine. E1993, P, 6-).

2-1-2- Le développement d'après(Klein.M) :

D'après (Klein.M), les enfants sont très tôt capables de développer un transfert.

Elle a mis au point une technique basée sur le jeu pour entrer en contact avec les enfants qui n'ont pas encore accès à la parole. Selon elle, l'enfant met en jeu les conflits psychiques qui l'animent. (Pierre. F et All, 1993, P,8).

- Il existe deux positions dans le développement:

A/la position paranoïde - schizoïde (les six premiers mois de la vie). L'angoisse dominante concerne le fait que les mauvaises choses viennent envahir le Moi pour le détruire. Le clivage s'instaure donc précocement. L'angoisse de persécution est également importante. Si les satisfactions sont suffisamment importantes, l'enfant va dépasser ce stade et réunir ensemble le bon et le mauvais objet.

B/ la position dépressive: la mère est vue comme un objet total, apportant de la frustration et de la satisfaction. Le bébé va présenter une angoisse de perdre l'objet d'amour, la mère. Quand l'objet d'amour n'est pas là quand le bébé en a besoin, il va développer de la haine vis à vis de cet objet. Parallèlement, il va avoir peur que ses pulsions agressives détruisent cet objet. Une dépression à l'âge adulte serait le signe d'une fixation et d'une régression à ce stade. (Op cité 1993, P, 9).

2-1-3- Le développement d'après(Mahler.M) :

Pour (Mahler.M), il a étudié les relations mère-enfant et plus particulièrement comment l'enfant arrive à l'individualisation. Pour accéder à l'individualisation, il faut que l'enfant arrive à ne plus être dans une relation fusionnelle avec sa mère. Cette séparation se fera en deux étapes:

A/phase symbiotique(les six premiers mois de la vie): l'enfant est en symbiose, en fusion avec sa mère; ils ne font qu'un, le bébé est dépendant de sa mère. Le bébé peut avoir l'illusion d'une toute puissance sur sa mère si celle-ci répond toujours à ses désirs.

B/ phase de séparation, individualisation (de huit mois jusqu'à deux ans et demi, trois ans): le bébé intègre sa mère comme objet extérieur; il se construit comme un individu unique. L'enfant prend l'initiative d'aller ou non vers sa mère

ce qui le fait sortir de la sphère symbiotique. L'enfant a intériorisé une représentation psychique de sa mère lui permettra de ne pas être trop anxieux quand elle est absente. (Pierre. F et All.1993, P,9).

2-2- Le développement cognitif de l'enfant :

2-2-1- Le développement d'après(Paiget.J):

Selon la théorie de Piaget les enfants passent par différents stades spécifiques à leurs intellects et à leurs capacités de percevoir les relations matures. Ces différents stades du développement infantiles sont les même pour tout les enfants quelque soit leurs origines ou leurs culture. Seul l'âge peut parfois varier d'un enfant à l'autre ; parmi on cite les suivants :

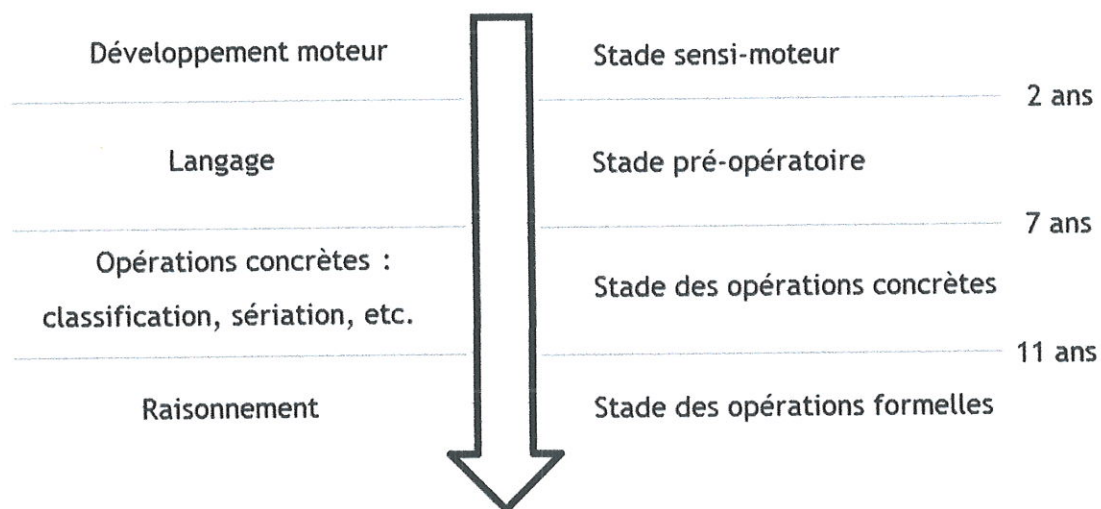


Schéma N°01 : Les quatre stades de développement

A/ L'intelligence sensori-motrice : elle s'épanouit de 0 à 2 ans. Avant le langage, l'intelligence du bébé est basée sur l'action du corps sur le milieu, faite de réussites et d'erreurs. C'est un stade expérimental, tâtonnant et non conceptuel, divisé en 6 sous-stades.

Du0 à 1 mois : utilisation des montages réflexes. Le bébé utilise les réflexes biologiques et l'expérience entraîne une consolidation et un début d'assimilation. Ainsi entre deux tétées, le bébé va sucer son pouce, un coin de drap... Le schème

de la succion s'élargit. Mais il y a cependant reconnaissance du schème de la succion, car il en reconnaît l'objet original. C'est le mois de l'adaptation réflexe au milieu. (Piaget. J. Et Inhelder.B, 2006, P, 13).

Du1 à 4 mois : premières habitudes. L'enfant déborde des conduites héréditaires. Ce sont les premières adaptations acquises et l'apparition des premiers comportements moteurs (fixation du regard, poursuite oculaire...);

Du4 à 8 mois : adaptation intentionnelle. L'enfant découvre la résistance et la permanence de certains objets. Il y a intentionnalité dans le comportement;

Du8 à 12 mois : coordination des schèmes secondaires. L'enfant agit sur le milieu en coordonnant vue, toucher, ouïe... Il est capable de rechercher un objet, lui reconnaît sa permanence.

Du12 à 18 mois : meilleure appropriation du corps. L'enfant est capable d'adapter les moyens aux fins. Sa conduite paraîtra de plus en plus imprévisible, personnalisée. Il est capable de manipuler des situations, d'utiliser un objet pour en attraper un autre... Il n'est plus agité par le milieu, mais au contraire transforme celui-ci.

Du18 à 24 mois : combinaisons mentales. L'enfant passe du tâtonnement empirique à la combinaison mentale, de la découverte à l'invention, du schème moteur au schème représentatif. Le schème est devenu opératoire. L'enfant est capable de généraliser, de se représenter. (Piaget. J. Et Inhelder.B, 2006, P, 14).

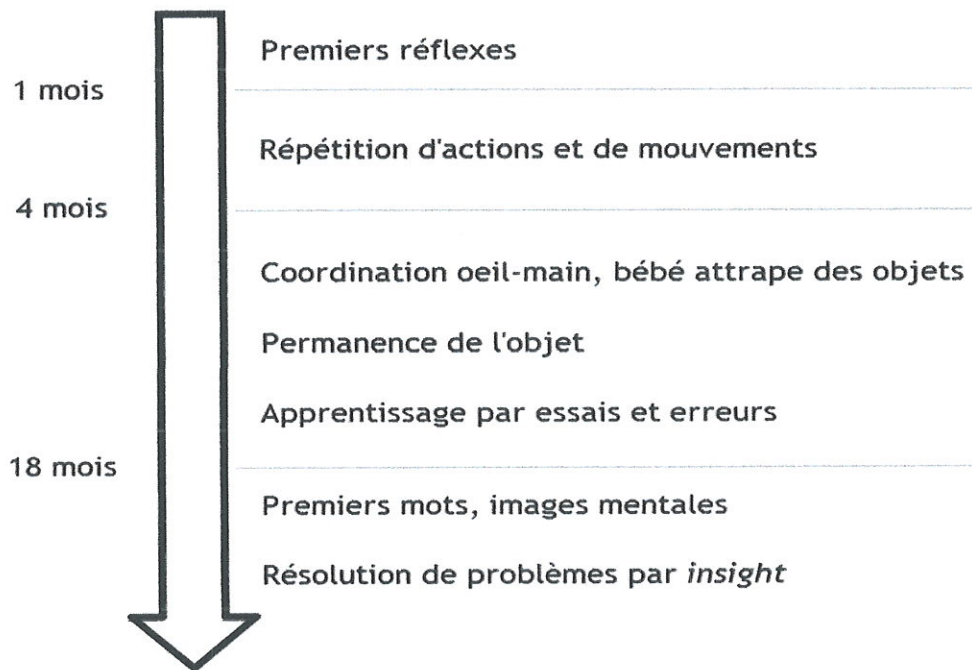


Schéma N°02 : Le stade de développement moteur de l'enfant

B/ L'intelligence préopératoire : ça concerne la période de 2 à 7 ans. C'est l'époque de la pensée symbolique où se développent l'imitation, la représentation, la réalisation d'actes fictifs. Un objet peut devenir le substitut, le représentant d'un autre objet. Ainsi, lors d'un jeu, une pierre deviendra un oreiller, ou une table. Les jeux symboliques seront des moyens d'adaptation intellectuelle et affective. L'enfant transforme, invente. Il y a acquisition de la communication par le langage, dominé par l'égoïsme intellectuel. L'enfant ne peut se détacher de son point de vue. La pensée n'est pas réversible mais intuitive, magique, sans avant ni après.

C/Le stade des opérations concrètes : l'enfant a alors de 7 à 11 ans. Il est capable de se décentrer dans les domaines cognitif et moral. Sa pensée se socialise. Il prend en compte l'avis des autres. C'est le début de la causalité. L'enfant peut classer, grouper. Il conçoit les modifications et la réversibilité. Il est perméable au raisonnement, s'inscrit dans une temporalité, raisonne de

manière concrète en empruntant à sa propre expérience. (Piaget.J,Et Inhelder.B, 2012, P, 15-16).

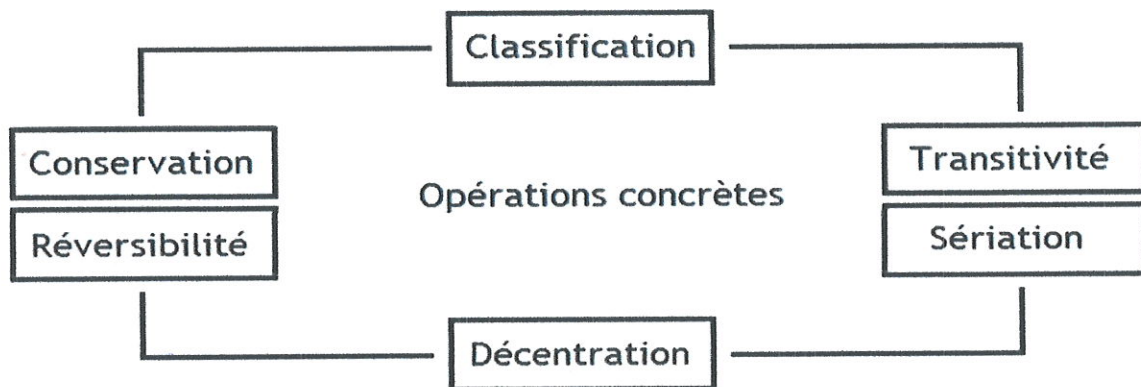


Schéma N°03 : Stade des opérations concrètes chez l'enfant

d/ Le stade des opérations formelles : c'est la période qui va de 11 ans à l'âge adulte. L'adolescent est adulte biologiquement et intellectuellement, mais reste un enfant affectivement. C'est le stade des opérations logiques, abstraites, du raisonnement par hypothèses et déductions. La combinaison des idées remplace le raisonnement de proche en proche, utilisé au stade précédent. Ces opérations sont liées à un langage plus mobile et amènent à la construction de systèmes et non à la recherche de solutions immédiates. L'individu élabore ici la représentation d'une représentation. (Ibid., 2012, P, 17-18).

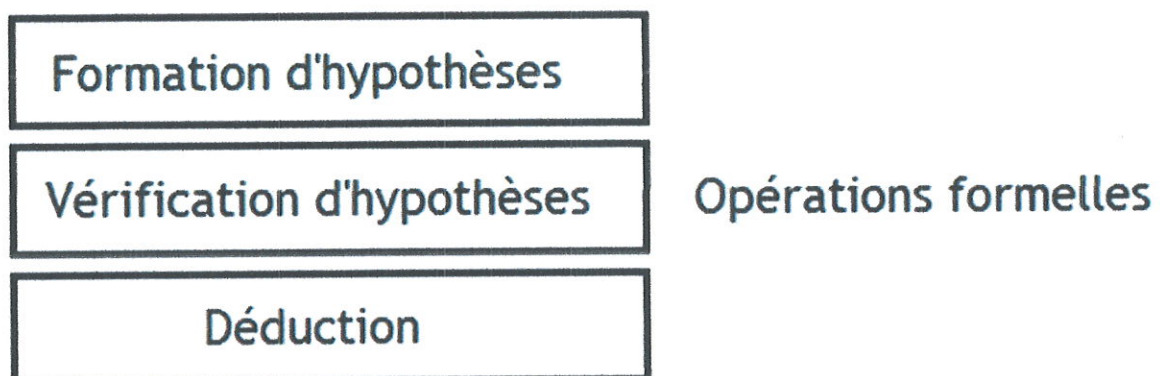


Schéma N°04 : Stade des opérations formelles

Conclusion :

A l'issue de ce chapitre nous nous constatons que le développement psychomoteur de l'enfant concerne l'ensemble des progrès accomplis tant sur le plan psychique qui veut dire : intelligence, langage, et l'affectivité, que sur le plan moteur. Donc ces deux phénomènes évoluent parallèlement.

Chapitre II
LE DIABETE

Préambule :

Le diabète se développe quand le corps ne parvient pas à contrôler la quantité de glucose (sucre) présente dans le sang. Cela se produit si le corps ne produit pas assez de l'hormone appelée insuline.

Dans ce chapitre en va présenter une définition du diabète, ainsi les différents concepts, son histoire, aussi les différents types, l'étiologie de diabète ainsi les causes, symptômes, et ses complications, on rajoute également son traitement et les difficultés psychologiques qu'éprouvent l'enfant diabétiques ainsi son vécu ; et enfin en termine par une conclusion dont en va résumer tout notre chapitre.

1- Définition des concepts :

Le diabète c'est toute maladie caractérisée par l'élimination excessive d'une substance dans les urines (dictionnaire petit Larousse de la médecine 2012, P, 277).

Le diabète sucré est défini par les médecins « les diabètes sucrés sont des maladies très fréquentes elles sont dues à une insuffisance de la sécrétion d'insuline ou à une diminution de ses effets sur les tissus ». (Ibid, 2012, P, 278).

1-1- Le diabète sucré :

Le diabète sucré est un syndrome regroupant un ensemble de maladies métaboliques ayant en commun une hyperglycémie. Celle-ci fait suite à une anomalie de sécrétion et/ou d'action de l'insuline. L'hyperglycémie est responsable à terme du développement de complications vasculaires et/ou neurologiques. (Buysschaert.M, 2011, p, 1).

Le terme diabète sucre ou tout simplement diabète désigne un groupe de troubles caractérisés par des niveaux de glucose élevés de façon chronique.

1-2-La glycémie : est la concentration du glucose dans le sang. Le glucose présent dans la circulation sanguine entre dans les cellules de l'organisme où il sert à la production d'énergie. Le glucose en excès est stocké sous forme de glycogène dans les cellules musculaires ou le foie, ou de graisses dans les cellules adipeuses. Le glucose sanguin provient du tube digestif, mais il est aussi libéré par le foie. (Brink.J et al, 2001, p20).

1-3-L'insuline est la seule hormone de l'organisme à action hypoglycémiante, elle fait entrer le glucose du sang à l'intérieur des cellules qui s'en servent pour produire de l'énergie. Elle favorise la mise en réserve du glucose sous forme de glycogène ; elle favorise ainsi la synthèse des protéines et empêche la destruction des lipides (dictionnaire de petit Larousse de la médecine 2012, P, 528).

1-4-L'hypoglycémie : (diminution de la glycémie) risque d'aboutir à une perte de connaissance si elle est importante, elle est traitée par administration orale de sucre si le malade est conscient, par injection de solutés glucosés ou de glucagon dans le cas contraire.

1-5-L'hyperglycémie :(augmentation de la glycémie) est l'un des signes caractéristiques du diabète, elle est traitée par un régime alimentaire approprié, éventuellement par l'administration de médicaments hypoglycémiantes et dans certains cas par l'injection d'insuline (diabète insulino-dépendant). (Ibid, 2012, P, 415-416).

2- L'histoire de diabète :

Le diabète est une maladie qui a frappé l'homme depuis la plus haute antiquité. Uriner très abondamment songe essentiel de la maladie, aussi dans le manuscrit égyptien datant du 15^e siècle avant notre ère ; il en est fait mention, encore faut-il ajouter que ces manuscrits faisaient état de connaissances bien

plus anciennes. Au début de l'ère chrétienne, médecins grecs et latins commencent à parler de la maladie.

Selon (Cornelius Celsus), fut l'un des premiers à la décrire et préconise déjà l'exercice comme traitement de cette maladie : l'urine s'évacue sans douleur en quantités supérieures aux boissons, fait maigre et péril (chicourie, M.J, 1983, p, 11).

Selon (Cappadoce), mentionnent aussi la maladie, qui va être le père du mot diabète qu'il utilise le 1^{er} partant du mot grec (diabaine) signifiait passage des boissons à travers le corps sans s'arrêter

Selon les chinois et hindous au 5^e siècle seront les 1^{er} qui à parler -d'urine miel-, ils ont mentionné une courte description qui essaye éducatif déjà ; de ce qui caractérise le diabète : qui est une maladie qui frappe les riches produit par la grande consommation de riz de farine et de sucre. Le malade maigrit est fatigué, la soif est importante, ainsi les urines fréquentes. Les formes s'attroupent autour de l'urine.

Le diabète a été décrit pour la première fois dans des textes de l'Égypte ancienne, il y a plus de 3 500 ans, comme l'existence d'urines très abondantes. un document très vieux d'environ 2 000 ans rapporte la soif, rythme et le volume urinaire très importants des personnes ayant un diabète. alors que le goût sucré des urines était mentionné depuis longtemps, il a fallu attendre 200 ans avant notre époque pour que l'anglais Chevreul mette au point un test pour mesurer la concentration de sucre dans l'urine, et montrer l'existence d'une glycosurie. (Op cité, 1983, P, 18).

3- Les différents types du diabète : il existe trois types de diabète :**3-1- le diabète de type 1 :**

Le diabète de type 1 également connu sous le nom de diabète insulino-dépendant représente 10 à 15 % des cas de diabète. Le diabète de type 1 se manifeste soit dès l'enfance, à l'adolescence ou chez les jeunes adultes. Il s'agit d'une maladie auto-immune dans laquelle notre système immunitaire crée des anticorps qui détruisent les cellules du pancréas productrices de l'insuline. (Buysschaert.M, 2012, P,9).

3-2- le diabète de type 2 :

Appelé également diabète non insulino-dépendant ou diabète de la maturité. Il s'agit d'une maladie métabolique qui résulte de la conjonction de deux phénomènes étroitement liés. Il y a d'abord une diminution de la sensibilité des cellules à l'action de l'insuline, ou insulino-résistance. L'insuline peine à faire entrer le glucose dans les cellules pour leur apporter leur énergie. Il y a ensuite une hyper insuline- mie réactionnelle. Le pancréas va fabriquer de plus en plus d'insuline pour tenter de l'entrée du glucose dans les cellules afin de maintenir une glycémie normale. À la longue, il s'épuise jusqu'à ne plus fabriquer suffisamment d'insuline ce qui va provoquer une augmentation du taux de glucose dans le sang. Ce type de diabète se manifeste généralement après l'âge de 40 ans. Cependant, depuis quelques années, on remarque que ce diabète apparaît également chez l'enfant en excès de poids ou obèse. (Brink. J et All, 2001, P, 28).

3-3- le diabète de grossesse :

Certaines femmes enceintes n'ayant jamais présenté de diabète auparavant, développent un diabète vers la fin du 2e et au 3^e trimestre de leur grossesse. Dans 90 % des cas, le diabète de grossesse disparaît après

l'accouchement. Cependant, les femmes ayant développé ce type de diabète courent un risque plus grand de développer, des années plus tard, un diabète de type 2. Comme il n'y a pas de symptômes évidents, il faut contrôler le taux de sucre durant toute la grossesse car ce diabète augmente le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré et de mise au monde d'un bébé plus gros que la normale. Le diabète ne se transmet pas de la mère à l'enfant durant la grossesse mais il existe des facteurs héréditaires prédisposant au diabète. (Op cité, 2012, p32)

4- Les symptômes de diabète des deux types :

4-1- Les symptômes de type 1 :

L'arrêt de production d'insuline entraîne de nombreux symptômes car l'insuline est indispensable à la vie.

Quand le pancréas n produit pas d'insuline, le taux de sucre n'est plus régulé et une hyperglycémie ; ainsi qu'une envie fréquents d'urines. la personne atteinte va très souvent aux toilettes y compris la nuit, perd beaucoup d'eau et se déshydrate. Elle a donc très soif et va boire beaucoup, parfois plus de 4à5 litres par jour.

4-2- Les symptômes de type 2 :

Au cours des dernière années, le diabète de types 2 peut être présent sans qu'on le sache : il ne provoque aucun symptôme. Il s'agit donc d'une maladie silencieuse, qui peut être présente pendant dix à vingt ans sans être au courant .l'apparaissent des symptômes c'est bien souvent quand le diabète a provoqué des complications.

Donc les symptômes du diabète sont l'excès de sucre dans le sang faisant uriner, on peut avoir souvent besoin d'aller aux toilettes, y compris la nuit. Pour

compenser ces urines abondantes, on a soif et l'on doit boire beaucoup, même quand il ne fait pas spécialement chaud. une hyperglycémie peut également entraîner une fatigue ou des infections récidivantes. Tous ces symptômes ne sont pas spécifiques, ce qui signifie que l'on peut uriner la nuit pour d'autres raisons que le diabète, ou que l'on peut bien entendu fatiguer sans être diabétique ... etc. (Geoffroy L. Et Gonthier M, 2003, p172).

5- Les risques du diabète :

5-1- Les risques de type 1 :

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

5-2- les risques de type 2 :

A court terme, un diabète très déséquilibré peut entraîner fatigue, déshydratation et altération de l'état général.

Les risques essentiels sont ceux des complications à long terme, le diabète pouvant atteindre de nombreux organes et spécialement les yeux, les reins ; les nerfs, le cœur, le cerveau et les artères. (Ibid, 2003, p, 178).

6- Classification du diabète :

Les différentes sortes de diabète sucré ont globalement la même conséquence, mais leurs origines sont très différentes. Pourra être très différent selon les types 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'accidents de la vie. de plus, dans des cas

exceptionnels, la cause du diabète pourra être supprimée afin de revenir à des glycémies normales. (L'organisation mondiale de la santé, 2011, P, 15).

7- Les complications possibles du diabète :

Trop de sucre dans le sang pendant une longue période détériorent précocement les vaisseaux sanguins et les nerfs: les vaisseaux sanguins se rétrécissent et durcissent progressivement et l'afflux de sang ne se fait plus correctement; les nerfs sont également touchés. Les complications peuvent être de deux types:

7- 1- la macro angiopathies:

Il s'agit de l'atteinte des gros vaisseaux qui irriguent le cœur, le cerveau ou les jambes. Le diabète augmente par deux le risque cardio-vasculaire, et celui-ci est encore plus élevé lorsque la maladie est associée à d'autres facteurs qui altèrent les parois artérielles tels que le tabagisme, l'obésité, l'excès de cholestérol dans le sang ou l'hypertension artérielle. Il faut savoir que les accidents cardio-vasculaires (angine de poitrine, infarctus du myocarde, artériopathie des membres inférieurs, accidents vasculaires cérébraux, etc.) constituent la première cause de mortalité chez le patient diabétique.

7-2- le micro angiopathies:

L'irrigation sanguine des petits vaisseaux de certains organes peut être altérée ce qui peut avoir des conséquences particulièrement sévères sur les yeux, les reins ou le système nerveux.

7-3- des troubles oculaires (rétinopathie) :

La rétinopathie correspond à l'atteinte des petits vaisseaux de la rétine. il s'agit de la complication du diabète la plus fréquente. Les lésions de l'œil passe généralement inaperçues car elles ne causent pas de douleurs. Mais il est

important d'agir si on veut éviter des problèmes de vue pouvant aller jusqu'à la cécité. (L'organisation mondiale de la santé, 2011, P, 5).

7-4- Des lésions au niveau des reins (néphropathie) :

Les reins sont constitués d'une multitude de minuscules vaisseaux sanguins qui forment un filtre dont le rôle est d'éliminer les toxines et déchets du sang. Le diabète va entraîner une détérioration progressive des reins qui se manifestera par divers problèmes, allant de l'insuffisance rénale à la maladie rénale irréversible. À l'heure actuelle, les seuls traitements sont la dialyse ou la greffe du rein. L'insuffisance rénale chronique atteint à long terme la moitié des diabétiques

7-5- Une atteinte des nerfs (neuropathie) :

Tous les nerfs de l'organisme peuvent être touchés. On distingue l'atteinte des nerfs périphériques qui permettent de faire bouger les membres et les différentes parties de la tête (yeux, mâchoires) de celle des nerfs du système nerveux autonome qui commandent les actions involontaires qui se produisent dans votre corps (rythme cardiaque, digestion, etc.). En général, la neuropathie périphérique se caractérise par des picotements, des pertes de sensibilité et des douleurs qui se manifestent d'abord au bout des orteils ou des doigts, puis remontent progressivement le long des membres atteints. La personne étant insensible à la douleur, cela favorise l'apparition de blessures, qui peuvent se transformer en lésions graves. La neuropathie du système nerveux autonome peut entraîner des symptômes variés tels que : atteinte de la régulation de la pression artérielle, tachycardie (rythme cardiaque trop rapide), perturbation de la digestion, envie d'uriner ou à l'inverse aucun besoin d'uriner, défaut de sudation, impuissance, etc. (Ibid, 2011, P, 6-7).

7-6- Les lésions du pied (pied diabétique) :

Chez le diabétique les vaisseaux sanguins sont abîmés, ils n'apportent donc pas correctement l'oxygène indispensable à la vie des tissus du pied. Ce qui rend la peau extrêmement fragile. En outre, la personne n'a plus de sensibilité au niveau du pied. Blessure, brûlure, ampoule, cor... ne font plus du tout mal. Elle va donc continuer à marcher sur sa blessure sans s'en rendre compte. Et pour finir, le diabète rend la cicatrisation plus lente ce qui favorise l'infection de ces plaies. Les lésions au pied des diabétiques doivent être prises en compte très sérieusement car elles peuvent parfois entraîner une amputation. (L'organisation mondiale de la santé, 2011, P, 8).

8- Les difficultés psychologiques chez un enfant diabétique :

Après avoir les personnes qui attend d'une maladie chroniques, on remarque que la majorité de ces enfants souffrent de divers difficultés dans leurs vie quotidienne, donc parmi ces difficultés on perçoit leurs coté psychologiques qui sont :

D'abord, que l'anxiété est considérée comme une inquiétude intense que personne n'arrive plus à le maîtriser. Elle envahit les pensées et les actes, ils deviennent étendu et pus irritable et tous sa empêche l'enfant de vivre sa vie librement. (Ferrari.P et Catherine.E .1993.p, 443).

En outre, l'angoisse qui représente le même genre de sentiment et de sensation poussées à l'extrême, dont ils seront l'impression que les pensées négatives les envahissent ; il fait battre le cœur rapide et sans contrôle, ainsi que ça les empêche de respirer. Dans ce point le cerveau est en panique et qui ne fonctionne pas convenablement.

Le déni est un refus, de voir en face la réalité, de façon généralement inconsciente, Ainsi, certaines personnes à qui leur médecin a diagnostiqué un diabète ne vont pas se soigner, ne se croyant pas malades.

On peut aussi refuser d'accepter des complications de la maladie ou la nécessité de changer le traitement. Cela peut être le cas de personnes qui pour le médecin ont manifestement besoin d'insuline pour équilibrer leur diabète, mais veulent rester aux comprimés en promettant de «faire des efforts» pour les prochaines consultations.

En dernier, lorsque l'on est diabétique, on peut se sentir coupable (le sentiment de la culpabilité), de beaucoup de chose, d'être malade, de ne pas être en pleine forme. On peut se croire une gêne pour son entourage qui doit s'adapter à notre mode de vie alimentaire ou aux horaires des traitements, à des difficultés pour certains voyages ou les vacances. (Op cité, 1993.p, 443-445).

Par ailleurs, au cours de sa vie avec la maladie, on ressent souvent de la culpabilité de ne pas suivre à la lettre les choses que l'on sait pourtant bénéfiques, comme une alimentation équilibrée ou une activité physique régulière.

9- Le traitement médical du diabète :

9-1- Le traitement de type 1 :

L'éventail des insulines est vaste. On distingue essentiellement les insulines à action rapide, prolongée (intermédiaire ou lente) et les insulines diphases. Leur structure moléculaire est identique à l'hormone naturelle (insulines humaines).

9-1-1- Les insulines à action rapide : se présentent sous forme d'une solution limpide, après injection sous-cutanée, leur effet hypoglycémiant apparaît en 20

à 30 minutes. Ceci est expliqué par le fait que l'insuline, a tendance à former le flacon des hexamères qui doivent se dissocier dans le tissu sous-cutané en dimères et en monomères pour que l'insuline soit absorbée dans le lit capillaire. Leur pic et durée d'action sont respectivement de 2 à 4 heures et de 5 à 6 heures. Par voie intraveineuse, les insulines rapides ont un effet quasi instantané, leur demi-vie est alors de 6 minutes. (Byusschaert. M, 2006, P, 65).

9-1-2- Les analogues « ultrarapides » : se sont une spécificité cinétique qui leur procure par rapport aux insulines rapides certains avantages cliniques. Il s'agit essentiellement du confort d'une injection immédiatement préprandiale, d'une diminution significative des pics glycémiques postprandiaux et d'une réduction de la fréquence des hypoglycémies à distance des repas. Ces insulines rendent a priori inutile voire contre-indiquent un fractionnement alimentaire et les collations systématiques. Ces analogues ultrarapides occupent une place de choix comme insulines sous-cutanées préprandiales dans les schémas insuliniques optimisés.

9-1-3- Les insulines à action prolongée : comportent des insulines

Intermédiaires et des insulines lentes.

9-1-4- Les insulines à intermédiaires lente : sont dérivées de l'insuline native. C'est l'addition d'une protamine qui permet la formation de cristaux d'insuline dont la résorption après administration sous-cutanée et le passage dans le compartiment vasculaire sont ralentis. Leurs effets se manifestent 1 à 2 heures après l'injection. Le pic se situe entre la 4^e et la 8^e heures et la durée d'action est de l'ordre de 10 à 18 heures. (Ibid, 2006, P, 66).

9-1-5- Les insulines à action lente : sont des analogues de l'insuline obtenus par des modifications originales de la structure de l'insuline native.

9-1-6-Linsulineglargine(Lanus) : est caractérisée par le remplacement de l'asparagine en position par une glycine et par l'ajout en de deux molécules d'arginine. Ceci élève le point isoélectrique et rend l'insuline stable et soluble. Leur lente dissociation en complexes d'hexamères puis en monomères explique l'absorption « retard » de la glargine, son début d'action est de l'ordre de 2 à 4 heures, elle agit pendant 22 à 24 heures, cette absence de pics diminue la fréquence des hypoglycémies, en particulier nocturnes, ce qui permet également un maintien des glycémies sur base d'objectifs plus stricts.

9-1-7- L'insuline détenir « Levemir » : est un autre analogue à action prolongé, dont l'insuline se dissocie lentement et régulièrement, donc le délai d'action de la détenir et de 2heures environ avec un pic vers la 6^h heures et une durée d'activité de l'ordre de 20 à 22 heures. (Byusschaert. M, 2006, P, 66-67).

9-1-8-L'insulinedegludec : est un nouvel analogue basal à action ultra-longue avec une demi-vie au delà de 25heures, cet effet très prolongé et stable est secondaire.

9-1-9- Les insulines pré mélangées ou diphasiques : qui combinent entre l'effet d'une action immédiate des insulines ultrarapide et l'effet d'une action prolongée des insulines intermédiaires, un mélange qui est fixé dans un seul flacon.

9-1-10- Les insulines inhalées : dans l'élaboration et la commercialisation, elles se basent sur la conception d'une insuline administrable par voie pulmonaire.

9-2- Le traitement de type2 :

Comme premier traitement on a ce qu'on appelle les mesures hygiéno-diététiques, il s'agit de mieux manger et d'augmenter son activité physique.

Le traitement de deuxième type est constitué par les médicaments en comprimés, appelé les antidiabétiques oraux. Le médecin a plusieurs familles de médicaments à sa disposition, qu'il associera si besoin pour établir pour chaque patient un traitement personnalisé. (Op cité, 2006, P, 68-71).

10- Le processus d'acceptation de la maladie chez un enfant diabétique:

Différents états qui composent ce processus sont des points de repère : on peut déterminer un état dominant chez un patient, mais jamais un état précis. Ces différents états sont les suivants : le choc, la dénégation, la révolte, le marchandage, la dépression, et enfin, l'acceptation. Mais aussi la résignation et la pseudo-acceptation. Ces états ont des durées, des intensités, des possibilités de résolution variables chez chacun. Elles dépendent de la personnalité de chaque enfant.

10-1- Le choc : Il s'agit du sentiment vécu par l'enfant à l'annonce du diagnostic. Ce choc peut aller de la surprise à l'angoisse. L'intensité de ce choc varie selon les expériences antérieures d'un enfant, selon la conception qu'il a de cette maladie, ou de la maladie en général.

10-2- La dénégation ou le déni : Dans le déni le patient se comporte de manière détachée, il banalise la maladie (ex. Il y a des maladies plus graves). Il va oublier de façon involontaire de suivre son traitement... Il s'agit d'un mécanisme de défense contre l'angoisse, le patient rejette inconsciemment le sentiment de menace qui s'apparente pour lui à une menace de destruction. Ce déni peut s'installer durablement. On ne le rencontre pas uniquement chez des patients qui sont en début de maladie.

10-3- La révolte : Dans la phase de révolte, le patient est agressif, revendicateur. Pourtant, cette phase représente une évolution nécessaire car le

patient manifeste ainsi que la maladie est pour lui une réalité, qu'il n'est plus dans le leurre.

10-4- Le marchandage : Dans le marchandage, le patient se traite, mais il reste un peu en lui de revendications, et on le perçoit souvent comme manipulateur. Cette manière de faire face à la maladie correspond au désir du patient de s'en tirer à meilleur compte en cherchant des accommodements. Pour cela, il peut jouer sur les désaccords. (Lacroix. A, 1996, P, 78).

10-5- La dépression : bien souvent, les patients passent par cet état avant d'accéder à l'acceptation. Lorsqu'un patient se trouve dans la dépression, il est triste, méditatif, il se met en retrait, il se replie sur lui. Il peut se rendre compte à ce moment qu'il s'est servi de sa maladie pour des bénéfices secondaires. Il prend conscience de la réalité et qu'un retour en arrière est impossible.

10-6- L'acceptation : A ce stade, le patient est tranquille et collaborant. La maladie a trouvé sa place dans sa vie et la personne a trouvé la place de sa maladie. Le patient a conscience de ce qu'il peut attendre des soignants et de leurs limites.

10-7- La résignation : Il arrive que, pour certains patients, le processus n'aboutisse pas à l'acceptation. Ces patients peuvent passer directement de la dénégation à un état de résignation. C'est bien souvent quand surviennent des complications sévères que la dénégation cède et que les patients se réfugient dans une attitude résignée face à la maladie qu'ils considèrent comme toute-puissante. Ils subissent dès lors leur maladie comme un destin et paraissent collaborant alors qu'ils ne sont que passifs et soumis.

10-8- La pseudo-acceptation : il s'agit, en fait, d'une dénégation volontaire où les enfants refusent consciemment de se sentir diabétiques, Le patient estime qu'il existe des choses plus importantes que sa maladie. (Ibid., 1996, P78-82).

Conclusion

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

Chapitre III
L'IMAGE DU CORPS

Préambule :

Le corps est l'une des données constitutives et évidentes de l'existence humaine : c'est dans et avec son corps que chacun de nous est né, vit, meurt ; c'est dans et par son corps qu'on s'inscrit dans le monde et qu'on rencontre autrui.

L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations nous sont données ; nous pouvons voir certaines parties de la surface du corps ; nous avons des impressions tactiles, thermiques et douloureuses ; d'autres sensations viennent des muscles et de leurs gaines, et renseignent sur la déformation du muscle ; des sensations nous viennent de l'innervation des muscles ; des sensations enfin nous parviennent des viscères. Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps. Cette unité est perçue, mais elle est plus qu'une perception. Nous disons qu'elle est un schéma de notre corps, ou schéma corporel.

Donc, ce présent chapitre nous allons développer ses informations concernant l'image du corps chez l'être humain et ainsi de présenter les différentes approches psychanalytiques qui ont travaillé sur cette notion d'image.

1/ Définition des concepts :

1-1- Définition de l'image du corps :

D'après (Dolto.F), l'image du corps est la représentation inconsciente - où se source le désir- Elle n'est pas du côté du seul besoin, et doit se penser par rapport au(x) désir(s) du sujet. Mais ces désirs ne sont pas suffisants pour organiser l'image du corps : la parole y joue un rôle essentiel. Par la façon

dont l'adulte met en sens par le langage les émotions et les désirs entre l'enfant et lui, il permet que se mette en place l'image du corps correspondant à une élaboration et à un dépassement de ces désirs. « *S'il n'y a pas eu de parole, l'image du corps ne structure pas le symbolisme du sujet, mais fait de celui-ci un débile idéatif relationnel.* » (Dolto.F, 1984, P, 61).

En peut comprendre que l'image corporelle est la perception qu'une personne a de son corps. Ces perceptions amènent une personne à être plus ou moins satisfaite de son corps. Une personne qui est, de façon générale, insatisfaite de son corps a une image corporelle négative. Une personne qui est, de façon générale, satisfaite de son corps a une image corporelle positive.

1-2- La notion du corps :

Selon le dictionnaire fondamental de psychologie, le corps est un concept traditionnellement opposé à celui de psychisme. Ce concept et ce dualisme se sont trouvés complètement bouleversés, dans un premier temps, suite à l'introduction par Freud.S des concepts de conversion hystériques et de pulsion, et dans un second temps, c'est suite à l'élaboration par Lacan des concepts de corps propre ; d'image spéculaire ; de corps réel ; et de corps symbolique (Bloch. H et Coll. 1997, P, 218).

La notion de l'image :

L'image est une représentation mentale d'un objet absent qui garde quelque chose de concret et qui est née de l'activité spontanée de l'esprit, elle est considérée comme illusion d'objet. (Dictionnaire de la psychologie Larousse, 1982, P, 147).

L'image renvoie à une notion visuelle un sens extéroceptif visuel dû et reflété d'en part un objet -miroir, ... -, ou une notion mentale explicite sur le plan

neurologique, au sens psychologique, s'attribue aux représentations psychoaffectives et conceptuelles, ou une dimension spéculaire en psychanalyse. (Duprate.E, 2007, P,47).

Donc, l'image est toujours une représentation qui se distingue des choses qu'elle représente. Cette image peut être psychique dont les représentations cérébrales mémorisées ou imaginées qui sont construites en dehors de toute stimulation visuelle directe, comme elle peut être aussi perceptives les images qui sont produites sous l'action directe de stimuli visuels.

1-2-1- Le corps réel :

L'image du corps réel : c'est le corps tel qu'on le ressent, le corps des sensations, corps des désirs et corps de jouissance. Pour construire cette image du corps réel nous pourrions le ressentir consciemment -image consciente- ou le ressentir en mouvement -image-action- sans savoir que ces deux façons de percevoir notre corps actualisent d'anciennes perceptions.

1-2-2- Le corps symbolique

L'image du corps symbolique ou signifiant : Le corps signifiant est toujours partiel et fragmentaire selon (Lacan.J) Ce sont l'ensemble des particularités physiques qui deviennent des signifiants si elles sont toujours associées au sujet. (Nasio.J.D) écrit que « *le corps signifiant est la singularité corporelle qui détermine, directement ou indirectement, le cours de notre existence* ».

1-2-3- L'image du corps vu/ imaginaire :

L'image du corps vu : elle correspond au corps imaginaire et (Lacan.J) la nomme - Image spéculaire -. Le corps imaginaire serait celui que l'on voit dans le miroir : pas l'apparence physique et tous ses détails mais le corps appréhendé

dans la masse, saisi instantanément comme une silhouette ou perçu globalement comme une ombre humaine. Elle aurait autant le pouvoir de nous flatter que celui de nous décevoir, mais nous l'investissons forcément. Selon (Lacan.J), elle apparaîtrait entre 6 et 18 mois au moment du stade du miroir. (Nasio.J.D, 2007, P114-144).

Dans ce point le réel et l'imaginaire et l'expérience de leur relation étroite et sont appelés à se manifester en fonction d'une situation qui les sollicite. Lien entre le passé et le présent.

1-2-5-La représentation de soi :

Elle est à la fois fixe et mouvante, car elle rassure le sentiment de la continuité personnelle et elle permet l'intégration de l'évolution individuelle, aussi elle s'enrichit au cours du développement libidinal, elle suit l'évolution de l'appareil cognitif, elle se modifie avec les modifications corporelles et physiologiques qui marquent la croissance et le vieillissement. (Sanglade.A, 1983, P, 15).

Donc on peut dire que l'image corporelle se définit par la représentation du corps, ainsi par la perception qu'a une personne de son propre corps. Cette perception concerne aussi bien son regard que celui des autres. Lorsqu'en parle d'une image corporelle positive elle est très importante pour l'épanouissement et le bonheur. Elle se construit à partir des sentiments et des valeurs de la personne, des messages transmis par l'entourage et du contexte socioculturel. Elle peut se modifier au fil du temps.

2- La distinction entre le schéma corporelle et l'image du corps :

2-1- Le schéma corporelle : se réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate, il peut être indépendant du langage avec les autres, il

restera à jamais fantasme non communicable, ainsi que se schéma corporelle se résulte en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient .Il est abstraction d'un vécu du corps.

Pour(Dolto.F) ,1984 «*le schéma corporelle est un fait, le me pour tous les individus à peu près au même climat, de l'espèce humaine* ». (Dolto.F. 1984, P, 22).

Ces auteurs précisent l'intrication entre le Moi, le schéma corporel et le narcissisme : « On peut concevoir la constitution du Moi comme unité psychique corrélativement à la constitution du schéma corporel. On peut aussi penser qu'une telle unité est précipitée par une certaine image que le sujet acquiert de lui-même sur le modèle d'autrui, et qui est le Moi. Le narcissisme serait la captation amoureuse du sujet par cette image » (Laplanche. J et Pontalis. J.B, 1967, P, 262).

2-2- L'image du corps :se réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets. L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique par le narcissisme, origine dans la canalisation du sujet à la conception .Pour l'image du corps elle est inconsciente et elle se situe du côté du désir. (Dolto.F, 1984, P, 23).

Selon (Schilder.P) 1968, l'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif. L'image du corps est la première représentation inconsciente de soi, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors.

De même (Anzieu.D) en 1985, décrit le concept d'image du corps vu comme un espace mental peut être étendu à celui de Moi-peau. (Anzieu. D, 1984, P,1).

L'image du corps peut également être assimilée à la représentation de soi, c'est-à-dire au -corps objectalités qui médiatise la relation à l'autre et agit comme le passage entre le dedans et le dehors, entre le Moi et les autres. Cette représentation de soi dépend des relations aux autres et de leur qualité, ainsi que de la formation du narcissisme. A tout moment elle peut être modifiée. Elle peut s'éprouver solide ou détruite, désirée ou rejetée, elle est liée à l'épreuve du narcissisme et à la vie relationnelle. (Sanglade.A.1983, P, 106).

(Lacan.J) a mis en rapport ce premier moment de la formation du Moi avec cette expérience narcissique fondamentale qu'il désigne sous le nom de « stade du miroir » (1966). (Dolto. F) 1984 montre que l'image du corps est le support du narcissisme. Mais surtout, avant l'expérience du miroir, c'est la mère qui donne sens au narcissisme de son enfant et le soutient par son corps, par son schéma corporel à elle. (Laplanche. J et Pontalis. J.B, 1967, P, 262).

En rajoute que l'image du corps est le résultat de l'intégration des émotions, relations vécus, aussi des sentiments rejetées sur son corps. Donc les troubles de l'image du corps s'expriment plutôt par des difficultés comportementales et relationnelles -c'est des avis négatifs sur soi-. Et pour la notion du schéma corporel qui se rapporte plus à la connaissance et à la conscience du corps qui est une connaissance objective, alors que l'image du corps se rapporte à une connaissance et une conscience de soi qui sera donc subjective et é mouvante.

3-Les aspects de l'image du corps selon Schilder.P :

(Schilder.P), est sans doute le père du concept. Il distingue trois aspects de l'image du corps :

3-1- Le corps perçu : qui renvoie au schéma corporel -body percept-, élaboré à partir des perceptions cutanées, musculaires, tendineuses et viscérales.

Le schéma corporel se précise dans le mouvement, se délite dans l'immobilité.

3-2- Le corps libidinal : L'affectivité donne leur coloration aux différentes parties du corps, en modifie la valeur relative et la netteté avec lesquelles nous les ressentons.

3-3- Le corps social : La vision des corps de nos semblables interfère en permanence avec notre propre image du corps. Nous nous identifions à leur corps et sommes capables de ressentir ce qu'ils ressentent par une démarche empathique. Un trop grand écart entre notre corps et le corps de ceux qui nous entourent crée un sentiment d'étrangeté et d'inconfort. (Schilder.P. 1968, P, 48).

4 Les dimensions structurelles et développementales de l'image du corps :

4-1- La structure de moi-peau selon Anzieu.D :

(Anzieu.D) est construite sur les limites et les contenant. Il a étudié les contenant psychiques à travers notre principale enveloppe, la peau.

Pour (Anzieu.D), la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau, par ses propriétés sensorielles, garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre.

Il définit le Moi-peau «*par une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif*». (Anzieu.D, 1985, P, 119-121).

La première fonction est celle de-là maintenance du psychisme-, elle renvoie au (holding de Winnicott). Le Moi-peau est une partie de la mère – particulièrement les mains- qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner. Il est un des noyaux anticipateurs du Je -qui- consiste en la sensation- image d'un phallus interne, généralement parental qui assure à l'espacemental un premier axe.

L'appui sur cet axe - permet la mise en place des mécanismes de défense les plus archaïques, comme le clivage ou l'identification projective-. Cet appui n'est possible que si sont assurées des- zones de contact étroit et stable- et à la périphérie de son psychisme, un encerclement par le psychisme de la mère. La notion d'appui est très centrale pour cette fonction il parle d'une identification primaire à un objet-support contre lequel l'enfant se serre et qui le tient.

La seconde Fonction est la –contenant-, elle repose sur la sensation image de la peau comme sac .Elle se met en place lorsque l'enveloppe sonore remplace l'enveloppe tactile, soit quand le bébé peut commencer à éprouver progressivement ces sensations et ces émotions sans se sentir détruit. Ce contenant n'est pas passif, il correspond à l'identification projective de la rêverie diurne de la mère chez l'enfant, ce qui rend représentable ses sensations-images-affects. (Op Cité, 1985, P, 122-125).

Le Moi-peau est ici une écorce, ce contre quoi la pulsion rencontre des limites et en permet l'existence psychique, si sa source est projetée dans des régions du corps dotées d'une excitabilité particulière.

Cette écorce doit être complémentaire d'un noyau précédemment évoqué pour fonder le sentiment de la continuité du Soi.

La troisième fonction selon (Anzieu.D), est celle de -la pare-excitation- ; c'est d'abord la mère qui jouera ce rôle avant qu'il ne s'étaye sur la propre peau de l'enfant. Il s'agit de protéger le psychisme des excès d'excitation.

(Anzieu.D), propose une autre Fonction qui se focalise sur l'individuation du soi qui est un sentiment d'être un être unique, sentiment d'existence des frontières du soi.(Op Cité, 1985, P, 126).

Le point qui se suit est celui -d'inter-sensorialité-, le Moi-peau joue le rôle d'une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile. On peut la comprendre comme une fonction d'intégration des diverses sources sensorielles. L'idée que le Moi-peau constitue une toile de fond originaire sera utile plus loin.

L'autre point est le soutien de l'excitation sexuelle-. Le Moi-peau capte sur toute sa surface l'investissement libidinal, un peu comme la peau déclenche l'excitation lors des rapports sexuels génitaux. Les conditions d'investissement libidinal du Moi-peau seront déterminantes pour le destin de l'excitation narcissique, homosexuel ou pervers.

Ainsi, (Anzieu.D) a mentionné une autre fonction est qui se focalise sur la recharge libidinale.

La huitième fonction que (Anzieu.D) la met en dernière est l'inscription des traces-, le Moi-peau est le parchemin originaire lieu d'inscription et de trace des représentations des premiers signifiants, choses, mots et formations symboliques, comme si le Moi-peau était recouvert de cire.(Anzieu.D, 1985 ,P ,128-129).

Le moi-peau qui est une structure topographique à double enveloppe permettant et constituant le fonctionnement psychique de l'enfant qui acquiert alors un moi corporel. La pulsion d'attachement compose l'investissement psychique du Moi-peau. Certaines insuffisances parmi les huit fonctions du Moi peau décrites par cet auteur conduisent à des altérations psychosomatiques. Donc, on dit que la peau est la source, le lieu et le modèle du plaisir.

4-2- La structure de l'image du corps chez (Dolto.F) :

Pour (Dolto.F), elle a élargi le concept des stades de développements pour souligner l'importance cruciale des franchissements. Chaque stades de développement libidinal, l'être humain est semblé à appréhender le temps et l'espace de son être au monde est cela se fait par la médiation d'une image caractéristique du stade en cours. (Dolto.F, 1984, P, 54).

Donc, l'image inconsciente du corps est composée de trois images qui sont ainsi :

Image du base : dite aussi - image de sécurité -, car elle assure au sujet d'être mêmeté.

(Dolto.F), il existe un narcissisme primordiale qui préexiste à la conception de l'individu qui s'est présenté comme sujet du désir pour vivre. C'est pour cela que l'enfant est un hériter symbolique du désir et ses géniteur. Ce narcissisme pousse le sujet à s'incarner dans le corps.

A/L'image du base : elle est la plus fragile. Car tout ce qui menace contre les intégrités peuvent être ressentent comme mortelle, parce que l'image est comme un lien de l'affrontement qui est fondamentale et même radical des pulsions de vie qui sont contre les pulsions de morts.

B/ L'image fonctionnelle : (Dolto.F) l'appel image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir elle est également la caractéristique énergétique qui porte vers l'action, et qui établit des relations avec l'environnement. (Dolto.F , 1984, P,55).

C/L'image érogène : elle se focalise sur le lien où plaisir et déplaisir érotisent la relation à l'autre. La représentation de cette image érogène se réfère à des cercles, ovales, des boules et des palpes, des traits et des trous .Elle sont

imaginés et doués d'intentions quel que soit émissions ou réceptives, agréable ou aussi désagréable.

On trouve en dernier l'image dynamique, qui relie les trois composantes. Cette image correspond au trajet du désir qui aillent vers son but, elle peut aussi se présenter comme des traits en pointillé qui portant le sujet par la médiation d'une zone érogène de son corps, elle fait le sujet à se sentir dynamisé ; désirant. (Ibid, 1984, P, 57-58).

Les aspects dynamiques de l'image du corps, image de base, image fonctionnelle et aussi l'image érogène dont on a remarquer que l'une influence la suivante, ses images se développent au fil de la vie et des événements qui la jalonnent. Cela signifie aussi qu'elles sont sollicitées quotidiennement.

5- L'image du corps de point de vue psychanalytique :

5-1- Schilder.P, 1935 :

(Schilder.P) a introduit en 1935 le terme de l'image du corps dans son ouvrage doté d'une richesse importantes ; ce qui renvoie à un contenu très vaste, avec des différents champs de référence. Dont il fait partie de la notion de schéma corporel de Head, mais il a enrichi dont il a situé à la charnière des somatisations, du psychisme ainsi le sociale.

L'image du corps humains est une image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit. Elle s'implique une représentation consciente, *«l'image du corps est présente dans toute expérience. Elle est l'un des aspects de l'expérience globale qui met en jeu la personnalité qui veut-dire - le moi -, le corps et le monde »*. (Schilder.P, 1935,P,55).

C'est dans le cas de pathologie cérébrale, ainsi de la pathologie psychique que Schilder a associé les points de vue gestaltiste et phénoménologique, psychique et psychanalytique, pour but d'étudier les bases biologiques, ainsi les

composantes libidinales, l'investissement narcissique du corps polarisé autour des zones érogènes et marqué par le complexe d'œdipe, l'angoisse de castration et les identifications ; aussi les composantes sociales liées au regard de l'autre et au regard sur l'autre. L'articulation psyché-soma se trouve à chaque niveau puisque l'unité de l'image du corps se construit à partir des perceptions visuelles, tactiles, vestibulairesthétique, de représentation traversés par l'émotion, toute angoisse à la propriété d'alerter l'image du corps. (Op cité, 1935, P, 186).

Dans l'histoire libidinale, c'est la vie affective et libidinale qui donne au modèle postural du corps sa forme achevée, ainsi dans la vie sociale est basée sur l'interrelation de modèles posturaux. L'image du corps apparaît comme le dénominateur commun des maladies organiques qui ont toujours des retentissements psychiques. Il insiste sur le caractère à la fois organisé, instable et actuel de cette forme en perpétuelle synthèse selon le projet du moi dans le monde ; il a mentionné aussi la dimension génétique ; mais il ne s'y intéresse que dans la mesure où la pathologie adulte réveille des survivances infantiles. La névrose perpétue sur le mode symbolique la structure infantile de l'image du corps. (Schauder. C. 2002, P, 55).

5-2- (Dolto.F), 1984 :

D'après (Dolto.F) en 1984, l'image inconsciente du corps est un concept susceptible de sinon rendre compte du moins travailler, bien avant l'œdipe, avant le miroir, avant le langage parlé et même avant la mise en place des instances freudiennes de la psyché, un temps où corps et psychisme ne sont pas différenciables comme ils le seront par la suite. Il dit que l'image du corps réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets, et c'est ainsi que par la parole, les désirs évoluent, peuvent s'organiser en image du corps et que les souvenirs passés peuvent

effectuer des zones du schéma corporel, devenues de ce fait des zones érogènes, alors que même l'objet du désir n'est plus là. (Dolto.F, 1984, P23).

On constate, qu'en regard d'élaboration théoriques plus modernes d'algèbres signifiantes plus savantes et d'autres théories analytiques où le corps se trouve le plus souvent ignoré. Elle s'inscrit dans une perspective où l'inconscient est également une affaire de corps. Ce corps sans lequel (Paul Valéry) disait que lame ne ferait que des calembours et des théories.

En effet, (Dolto.F) étudie également de quelle façon cette image inconsciente du corps se et comment elle se remanie tout au long du développement de l'enfant.

Dans le champ de la psychologie clinique il adopte une perspective différentes, il a polarisé sur les structures leurs dynamiques interne et leurs relations en réponses aux besoins de repartage du praticien. (Dolto.F, 1984, P56).

5-3- Mahmoud Sami-Ali, 1986 :

Pour Sami-Ali 1986, dont il a parlé sur la dialectique, le corps réel et le corps imaginaire.

La projection est l'opération par laquelle un sujet localise dans le monde externe quelque chose de son monde interne. Cette relation imaginaire au monde qu'est la projection engage à la fois la perception et la pensée, et elle implique au niveau de la représentation le corps progrès. C'est avec ses coordonnées de : haut / bas ; prés / loin ; gauche / droite ; ...etc. qui s'est présenté en tant que pouvoir original de projection, schéma de représentation par quoi se déterminent l'objet, le sujet, l'espace et le temps c'est par assimilations avec l'image de mon propre corps projetée sur elle mais l'objet de la projection est la manière dont cet objet se révèle dans une relation globale à l'autre (Sami-Ali.M , 1986, P,15).

Pour lui, la relation est première, parce que si la relation a été trop insatisfaisante, l'imaginaire défensif peut primer sur la perception, et le principe de réalité échoue à faire reconnaître la différence du monde externe. Donc rien n'est donnée, même le fonctionnement somatique, tout n'est que virtualité, qui s'accomplira ou non, et qui se construira de telle ou de telle façon, selon les aléas relationnels, aussi les narcissismes sont soucis à cette loi.

Ainsi, la fauté de relation suffisamment continue dans l'hospitalisme observé par (Spitz), l'investissement vital de base ne se constitue pas. Le marasme qui se développe est un état à la fois somatique et psychique marqué par l'absence de constitution du corps imaginaire, l'atteinte à la capacité de rêver, il y'a une absence d'auto-érotisme et d'hallucination du sein traduisent la carence projectives s'accompagne d'une non mise en place des décences immunitaires.

La projection se révèle donc être un processus psychosomatiques primordial en corrélation négative avec les somatisations, les carences de constitutions du corps imaginaire dans l'hospitalisme s'accompagnent d'une extrême fragilité immunitaire l'autisme où triomphe la projection et le corps imaginaires aboutit à une mort relationnelle mais avec une santé physique inaltérable.(Sami-Ali.M , 1987, P,58).

5-4- Lacan. J, 1966 :

D'après(Lacan.J) le moi prend son origine dans la captation de l'enfant par sa propre image, expérience qui ne cessera plus de projeter son ombre sur le monde extérieur. A la naissance, l'enfant ne possède aucune maîtrise tonique et motrice de son propre corps. Il ne peut pas appréhender celui-ci comme unité, des expériences hétérogènes, discordantes de ce corps, au contraire, se succèdent sans lien entre elles, sur un fond de détresse originelle. Bien avant que la maturation permette la coordination des activités organiques, un modèle d'unité

se propose pourtant au regard. Ce modèle est l'image globale du corps propre que l'enfant découvre dans le miroir. Expérience fascinante, et leurrant, puisque le sujet s'identifie à la forme qu'il considère, tout en n'étant pas cette forme : ce rapport érotique où l'individu humain se fixe à une image qui l'aliène à lui-même, c'est là l'énergie et c'est là la forme d'où prend origine cette organisation passionnelle qu'il appellera son moi. Avant que l'enfant se repère comme un, il participe au fantasme de l'autre, en tant d'objet de son désir. (Lacan.J, 1966, P40).

6/ Le développement de l'image corporelle vu sous l'angle psychanalytique :

La doctrine de Freud sur le développement de l'image de notre moi corporel, en raison des aperçus profonds qu'a permis d'entrevoir dans la psychobiologie la psychanalyse de Freud.

Il est entendu que nous sommes directement intéressés à l'intégrité de notre corps et qu'une modalité de la libido que l'on peut qualifier de narcissique appartient au corps d'un chacun. Cette libido apparaît si essentielle à l'individu que nous devons en admettre la réalité non seulement chez le nouveau-né mais même chez l'embryon. A ce stade de narcissisme primitif succède une période d'auto-érotisme dans laquelle la libido se concentre sur les régions du corps auxquelles sont dévolues les fonctions érogènes spéciales. La première de ces zones est l'ouverture buccale, car de toutes les excitations qui lui viennent de la bouche, le jeune enfant se réjouit. Notre jeune être éprouve encore de la satisfaction par le déplacement de ses membres et le jeu de ses muscles ainsi que dans le recueillement des sensations de bien-être qui lui viennent de son enveloppe tégumentaire.

Ainsi se crée un érotisme ou un érotisme cutané et musculaire. Cependant, même à cette période, les organes génitaux semblent réaliser une source de

satisfactions d'une qualité particulière, quoique purement auto-érotiques. Enfin, les sensations urétrales et anales. (Lhermitte. J. 1998, P, 24).

Un peu plus tard, le monde extérieur, perçu comme indépendant du moi, suscite l'intérêt de l'enfant. De cette manière, l'image corporelle progressivement construite avec toute l'infrastructure que découvre en elle la psychanalyse, permet à la libido narcissique de se fixer sur certaines de ses parties. Ainsi donc, aux différentes périodes du développement de la libido, le développement du schéma corporel se modifie sans discontinuité, le développement du schéma corporel se modifie sans discontinuité. (Ibid, 1998, P, 24-25).

En bref, selon les psychanalystes, les zones érogènes jouent le rôle de lignes directrices dans le développement de la structure de notre image, et nous sommes amenés à supposer que cette image corporelle se dilue autour de ses centres les plus vivides : d'abord dans la zone péri buccale, ensuite dans la zone anale, en raison du courant d'énergie que développe la libido (Schilder). Observons enfin que, toujours selon l'école psychanalytique, la concentration d'une certaine activité libidineuse autour des zones buccale, anale, urétrale, comme aussi autour des mamelons, des yeux, et plus particulièrement des organes génitaux rend compte de ce fait signalé par Federn, qu'au moment de l'endormissement, alors que l'image de notre corps tend de plus en plus à s'effacer, seules résistent à la dissolution les zones érogènes dont nous venons de remarquer l'éclat. (Op cité, 1998, P, 25).

Conclusion :

Le corps n'est pas un objet extérieur, c'est un corps, un corps qui sent, qui touche, qui bouge et agit en fonction de certaines situations significatives. C'est pourquoi chaque enfant met en place une manière originale de vivre son corps.

Chapitre IV

LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule :

La méthodologie est une partie de la méthode scientifique qui étudie les méthodes des différentes sciences. Elle est aussi l'ensemble des méthodes appliquées à un domaine particulier de la science, de la recherche.

Dans ce présent chapitre nous allons présenter notre méthode d'étude suivi des outils et techniques utilisées, leurs analyses, ainsi que le lieu, et le déroulement de la recherche.

1-La pré-enquête :

L'étape de la pré-enquête est une étape cruciale. A cette étape, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet. Elle permet également de fixer, une meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisés pour vérifier ses hypothèses.

Enquête portant sur un petit nombre d'enquêtés ou de documents pour tester les hypothèses et le questionnaire, avant d'entreprendre l'enquête elle-même.

Le but de cette pré-enquête est de s'assurer la faisabilité de notre travail, ainsi la vérification de notre hypothèse et de guider l'entretien, les conditions d'étude avant d'entamer le problème posé dans notre thème. (Grawitz. M, 2001, P, 550).

Nous avons donc effectué notre pré-enquête au sein de L'EPH d'Akbou. Selon un temps bien précis et dont on n'a pas eu de difficultés, car les cas sont disponibles. Dans l'objectif d'acquérir des informations relatives à notre thème de recherche intitulé sur «l'image du corps chez les enfants diabétiques».

2-La méthode de la recherche :

Notre travail de recherche vise à comprendre l'image du corps chez les enfants diabétiques. Alors que la méthode adoptée dans notre recherche et afin de vérifier les hypothèses de notre thème est la méthode clinique ; dont on a utilisée l'entretien clinique qui nous a aider à avoir des informations des sujets.

La méthode clinique est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés.(Chahraoui Kh.et Bénony. H, 1999.p, 40).

La méthode descriptive, c'est d'abord décrire, c'est-à-dire dépeindre dans le but de transmettre une information précise, complète et exacte. L'information mène à la connaissance et de recueillir les informations de la part du patient.

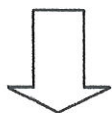
3-La présentation du lieu de la recherche, la période et la durée de stage :

Notre stage a été effectué au sein de L'EPH d'AKBOU, dans la période de 90 jours au sein de service de pédiatre de compter du 10 Mars jusqu'au 10 Juin 2019. Cet établissement hospitalier 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 par les autorités locales de construire un nouveau hôpital, les travaux ont commencés 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 nouveau hôpital est baptisé au nom du Chahid lieutenant AKLOUL ALI en 1970.

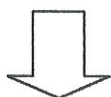
3-1-Le service d'hospitalisation pédiatrique, contient les particularités suivantes :

Les locaux



- 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.

Le personnel médical



- Deux médecins généralistes.
- trois pédiatres.

Le personnel paramédical



- Deux secrétariats médicaux.
- Trois agents d'entretiens.
- 20 infirmières.
- Une psychologue.

Tableau N° 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 hospitalisées pour divers raison 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.

4-Groupe de recherche :

4-1- La sélection de notre population d'étude : nous avons sélectionnée une population composée de (06) cas, avec lesquels on a développée notre travail de recherche.

4-2- Choix de la population d'étude :

Nom	Age	Niveau d'instruction	La durée de la maladie	Type de traitement
Gheda	10ans	4^e AP	03ans	L'insuline
Thanina	10ans	4^e AP	02ans	L'insuline
Melina	11ans	1^e AM	06mois	L'insuline
Thilleli	12ans	1^e AM	07ans	L'insuline
Madjid	11ans	4^e AP	04ans	L'insuline
Melissa	11ans	3^eAM	10ans	L'insuline

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

5-Les techniques utilisés et leurs analyses des donnés :**5 1- Les techniques utilisées :**

5-1-1- L'entretien clinique : elle a pour but d'appréhender et de comprendre les vécus du fonctionnement psychologiques des patients et qui met l'accent sur la relation.

L'entretien permet aussi l'obtention des informations sur la souffrance des sujets, sur leurs difficultés de vie, et même sur les événements vécus, sur son histoire, ses manières avec autrui, ses rêves et ses relations intimes, et aussi ses fantasmes. (Benony.H. et Chahraoui.Kh. 1999, P, 11).

Donc ; l'entretien clinique a une place de choix en psychologie clinique vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet et qui doivent être comprise qu'en référence au sujet lui-même.

En outre ; l'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- _ D'aide ou de soins psychologiques.
- _ De diagnostic ou d'évaluation psychologique.
- _ Ou de recherche clinique.(Ibid, 1999,p,13).

5-1-2- L'entretien semi-directif :

L'attitude semi-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers .Le clinicien_chercheur a donc recours à un guide thématiques (d'entretien), préparer à l'avance mais non formulée d'avances, ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit.

C'est comme l'entretien semi-directif, dont le clinicien chercheur adopte l'attitude non directive et intervient pas sur le cours du discours du patient ; c'est-à-dire, le clinicien pose une question, puis il laisse le sujet associées au thème proposer sans l'interrompe. (Op cité. 1999, P, 16).

5-1-3-L'analyse de l'entretien clinique semi-directif :

L'analyse de l'entretien clinique peut être découpée en fonction des thèmes traités par le sujet :

Par thèmes dominants et comment associés-t-ils on peut aussi analyser la manière dont le sujet s'approprie son discours, comment s'exprime-t-il et définir les liens entre les émotions et les représentations, la qualité associatives

L'analyse propositionnelle du discours développée par (Rodolphe Ghiglione) et (Alain Blanchet) 1991, le discours y est découpée en proposition dont on peut ensuite étudier les relations. (Benony. H. Et all. 1999. P, 73).

6-Présentation du test du bonhomme :

6-1- Histoire du test du dessin du Bonhomme :

A l'origine, en 1926, le test du bonhomme a été inventé par la psychologue et enseignante (Florence Goodnough) afin d'évaluer le développement de l'intelligence chez l'enfant. S'il est encore parfois utilisé afin de mesurer l'intelligence, cet usage est aujourd'hui critiqué car il réduit l'intelligence à certaines capacités et ne tient pas compte de la diversité des habilités cognitives.

Dès 1977, les travaux de Jacqueline Royer, Docteur en psychologie qui envisage le dessin comme un langage, ont donné des outils pour l'analyse et l'interprétation du test comme outil de connaissance de la personnalité.

De nos jours, le test du bonhomme est donc essentiellement utilisé en tant qu'épreuve de personnalité dite projective car il fait appel à l'imaginaire et révèle des aspects cachés de la personnalité. Il fait partie de la batterie de tests à disposition des psychologues lors d'un bilan psychologique pour enfant de 3 à 13 ans. Comme l'épreuve projective du Rorschach, il permet d'évaluer l'état affectif et l'image corporelle ou représentation inconsciente de soi. Il est également utilisé par les psychomotriciens afin de les renseigner sur l'image du corps de l'enfant et d'explorer sa connaissance de son schéma corporel. La passation peut être individuelle ou collective. (<http://www.psychologue-montpellier34.fr/2018/10/07/le-test-du-bonhomme/>).

6-2-Objectifs :

Le test du Dessin du Bonhomme permet aux psychomotriciens d'évaluer l'idée que l'enfant possède de son schéma corporel qui spécifie l'individu en tant que représentant de son espèce, ainsi que de donner des informations sur l'image du corps de l'enfant (représentation inconsciente que l'on a de soi, propre à chacun). Il permet également, lorsqu'on utilise la cotation de (Royer.J), d'analyser le travail de son imaginaire. (<http://guide-psycho.com/accueil/psychologie-psychotherapie-cours-et-theorie/reperes-le-dessin-du-bonhomme/>).

6-3-Interprétation générale du dessin du bonhomme :

Le dessin d'un personnage représente l'expression de soi dans l'environnement ce qui est exprimé peut être appelé –l'image du corps-, « Le postulat fondamental qui sous-tend la théorie du test est que la personnalité ne se développe pas dans le vide mais à travers les mouvements, sentiments et pensées d'un corps spécifique. C'est parce que le corps avec ses tentions viscérales et musculaires est le champ de bataille des différentes fonctions de besoins et

d'influences qu'il peut servir à l'étude de la personnalité». (Marchover. K, 1965, P, 377).

Le dessin de l'enfant nous livre soit une image de lui-même, tel qu'il se sent être, soit une image de ce qu'il voudrait être, ou bien une image de ce qu'il refuse d'être, soit enfin une image justificative. La complexité des modes de projection explique la prudence avec laquelle doit s'effectuer l'interprétation du dessin. Plus les problèmes sont profonds chez le dessinateur, moins il s'accepte et moins son dessin lui ressemble. (Aubin. A, 1970, P, 43).

Le dessin serait apte à mesurer les changements de la conscience de soi et du projet intime du dessinateur. Aussi, faut-il tenir compte des variations observées dans la qualité des bonhommes successifs. Ces variations sont plus importantes chez les enfants les plus jeunes, chez les adolescents, chez ceux qui sont ambivalents, hésitants, de même que chez ceux qui subissent une psychothérapie. En situation de test, obtiendrait, du fait d'une certaine dramatisation de cette situation. (Abraham. A, 1965, P, 76).

6-4-La méthode de l'étude de l'affectivité à travers le dessin du bonhomme :

Le dépouillement du dessin du bonhomme commence à établir le niveau de maturité psychique de l'enfant, les items figurant aux âges antérieurs à l'âge réel de l'enfant, non réussis, seront particulièrement pris en considération car ils peuvent aider à discerner la nature du trouble en cause. Qui seront être retrouver dans l'interprétation des signes qui suit. De même, les items précocement réussis seront l'objet d'une attention spéciale. (Royer. J, 1977, P, 118).

6-5-Les procédures d'analyse du dessin du bonhomme :

Le travail consiste à relever, pour en déduire des significations, différents aspects du dessin, en s'aident éventuellement pour les noter de la feuille de notation, on considérera :

6-5-1- Les aspects globaux du dessin :

A/ emplacement : on divise les feuilles 21×29.5 par deux lignes verticale et deux lignes horizontales, en neuf zones de surface identique et nous avons situé le centre de chaque dessin du bonhomme par rapport à ces zones. Le choix des coins est plus rare, plus anormal encore que le choix des zones médianes extérieures, le côté gauche de la feuille appartient au passé, le droit le droit au futur ; la zone gauche représente également l'attachement à la mère, la zone est généralement inversée, la zone droite l'attachement au père, chez les gauchers la signification des zones est généralement inversée. On trouve une tendance plus accentuée chez les filles que chez les garçons à situer leur bonhomme dans le haut de la feuille. Les différences dues au sexe ne nous sont pas apparues très importantes. (Royer .J, 1977, p, 121).

B/ dimension et proportions :

1-Dimensions : la taille du bonhomme augmente avec l'âge de l'enfant, et aussi de la croissance staturale cette particularité que chez les filles. Dans l'ensemble les écarts à la moyenne sont moins marqués dans les deux sexes aux âges en plus élevés.

1-1- Un bonhomme grand : signifié assurance ; confiance en soi.

1-2- Un bonhomme petit : signifie rétraction de la personnalité timidité crainte.

2-proportions : les recherches indiquées l'éluviation est avec l'âge ; la hauteur de la tête, la longueur des bras ; et des jambes ont été rapportées à la longueur du tronc.

C/tracé : Le mouvement de la main, qui fixe dans le dessin, est un bon révélateur de l'habileté motrice, du contrôle neurologique et même de la pathologie cérébrale.

1-1- Le tracé appuyé gras exprime la sensualité impulsif rageur jusqu'à griffer le papier il est de mécontentement de d'agressivité.

1-2- Le tracé léger est une manifestation de la sensibilisation de la douceur de la délicatesse et parfois d'hésitation de timidité et manque de confiance en soi

D/ position et symétrie : l'enfant ne parvient pas à situer correctement son dessin par rapport à la page. (Op cité, 1977, p, 125-136).

E/ posture et mouvement : bonhomme de face ou de profil, la posture générale du dessin, comme les positions des bras quel que soit horizontales, verticales, collés du corps, soit une position des bras levés en V, ou bien en V retourné, arrondie ou coudée. Ainsi que la position des jambes sont généralement présentés parallèles en position écartées, arrondi ou un angle.

L'impression de mouvement peut-être donnée au dessin comme une position incliné du tronc, bien que symétrique des bras ou des jambes. Une position différente des deux membres homologues. Aussi par l'abjection, dans les mains ou à proximité des pieds

F/ couleur : c'est contrairement à (Florence Goudenough) n'avait pas tenu compte, la symbolique des couleurs sont comme suit :

- Bleu : c'est le rapport avec l'eau et le ciel.

- Rouge : c'est le rapport avec le sang et le feu.
- Jaune : c'est le rapport avec le soleil, Or et la chaleur.
- Vert : c'est le rapport avec la nature.
- Violet : c'est le symbole de tristesse, mystère, imagination.
- Marron : c'est le rapport avec la terre et les déjections.
- Noir : c'est le rapport avec la nuit, l'hiver et la mort.
- Blanc : c'est le rapport avec la neige, le linge.

G/ personnalisation : représente le sexe, identité, et l'âge du bonhomme.

H/ expression : en générale l'expression au dessin reproduit les propres attitudes intimes, les propres sentiments du dessinateur. (Royer .J, 1977, p, 136- 156).

I/ environnement : en moyenne, 21% des garçons et 24% des filles fournissent un environnement au bonhomme, la présence d'un paysage tend à décroître avec l'âge. Les représentations les plus fréquentes sont les suivantes :

-Le sol : symbole de sécurité, nourriture.

Montagnes : arrondies, acérées, contrainte ou protection, hérissé d'herbes pointues.

-Soleil : symbole paternel, amical ou agressif, parfois personnalité des traits de visage expressif.

Nuages : signes de menace, d'inquiétude, la pluie est souvent l'expression graphique de la mère grondeuse.

-Etoiles : elles évoquent la nuit, mais aussi le besoin de briller, de se mettre en valeur.

-Eau : symbole de richesse.

-Fleurs : symbole de féminité et de joie elles encadrent les personnages dessinés par les filles, trop stéréotypées, elles indiquent des préoccupations sexuelles.

-Oiseaux : symbole d'affection, la présence indique la satisfaction de l'enfant ou non.

-Animaux domestiques : chien, chat l'enfant peut-être par la compensation d'un sentiment d'abandon ou de solitude.

-Arbres : indique le besoin de protection, chargé de fruits, la gourmandise, le besoin de réalisation, de réussite.

-Maison : sa présence exprime au dessinateur l'importance du foyer, conçu, selon sa facture, comme accueillant ou inquiétant. (Op cité, 1977, p, 160-161).

6-5-2- Les aspects analytiques du dessin :

A/ tête : c'est la présence des yeux, la bouche, le nez, aussi les cheveux et les oreilles ainsi que les moustaches et la barbe, le menton et les pommettes.

B/ tronc : aussi représente le cou, les épaules, le nombril et les organes sexuelles et même les organes internes.

C/ membres : représente également les jambes, les pieds, les bras et les mains. (Op cité, 1977, p, 164-169).

D/ vêtement : c'est le rapport social de l'enfant. Le vêtement peut traduire un désir, une appartenance à un genre. (Machover .K) distingue dans la manière d'habiller les personnages dessinés deux types d'attitudes :

La première, attacher beaucoup à la reproduction du vêtement «narcissisme vestimentaires».

La seconde, attachée de l'importance que le corps lui-même, en négligeant les vêtements «narcissisme corporel». Donc parmi les vêtements qui seront présents dans le bonhomme sont : les vêtements chauds, les mentaux, le chapeau, le pantalon et la jupe, les poches et les boutons, la cravate et les bijoux, ainsi que la ceinture et la chaussure. (Marchover. K, 1965, P, 76).

6-5-3- La convergences d'indices : pour faciliter ce travail de synthèse, certaines constellations caractéristiques de signes ont été regroupées sous différentes rubriques :

A/ le dessin du bonhomme et certains traits de caractère : comme l'émotivité et la non émotivité, la douceur et la violence, la joie, la dépression et l'angoisse, aussi la sensorialité et l'inhibition, la franchise et les mensonges, le narcissisme, l'instabilité psychomotrice ainsi des sentiments d'abandon, d'infériorité et de culpabilité, et même de retard du développement affectif et régression. (Royer .J, 1977, p, 179-192).

B/ le dessin du bonhomme et les stades affectifs :

- Le premier qui est stade le orale, c'est l'indifférenciation, le bonhomme est totalement asexué.
- Le second qui est le stade anal, représente la curiosité chez l'enfant. Le noircissement indique le degré de culpabilisation plus ou moins important de l'enfant à propos de ces curiosités.

- Le troisième qui suit est le stade phallique, c'est le problème de l'acceptation de son sexe et aussi le problème de masturbation.
- Le dernier est le stage génital, les dessins d'enfants parvenus à ce stade sont d'une bonne maturité pour l'âge et la sexualité est toujours précisée.

C/ les aspects pathologiques du dessin du bonhomme :

Les troubles psychiques se manifestent par des anomalies dans le dessin. C'est l'absence d'éléments normalement présents, absence d'autant plus grave que cet élément est essentiel et apparaît plus tôt dans la genèse du dessin. Parmi les anomalies on cite :

- le refus de dessiner
- Lenteur excessive
- Gommage important
- Bonhomme très petit ou très grand
- Refus de colorier
- Dévitalisation du bonhomme (robot).

Naturellement, les signes caractéristiques d'un trouble ne sont pas toujours présents tous à la fois. La prudence s'impose et il faut que plusieurs signes figurent dans le dessin pour ranger le dessinateur dans une catégorie donnée. (OP cité, 1977, p, 195-216).

Conclusion

Dans ce chapitre méthodologique, nous a permet de faciliter et d'organiser notre travail de recherche, dont on a utilisé et présenté le test projectif tel que le dessin du bonhomme et l'entretien, et qui nous a aidées détecter la personnalité de chacun des cas concernant leurs images corporelles.

Chapitre V

**PRESENTATION, ANALYSE,
INTERPRETATION ET DISCUSSION DES CAS**

1- Présentation, analyse et interprétation des cas :

1-1- Présentation de cas de Thanina :

Thanina est une fille âgée de dix ans, élève en 4^{ème} année primaire, elle est issue d'une famille composée d'un frère et de deux sœurs.

La fille n'est pas timide ni stressé, elle intervient comme une grande, elle était compréhensive et intelligente.

1-1-1-Analyse de l'entretien semi-directif de Thanina :

Au début de notre entretien, on a expliqué à la fille l'objectif de notre recherche, elle était compréhensive, souriante et même elle a accepté de nous répondre facilement aux questions qu'on lui a posées, malgré qu'il y'a des moments où elle fait un blocage.

D'après Thanina, « j'ai ce diabète depuis deux ans, c'était on 2017». Sa mère a rajouté « elle commence à avoir des signes, comme les maux de tête, elle avait mal au ventre, urine tout le temps et même la nuit elle se lève plusieurs fois, auparavant elle ne buvait pas de l'eau suffisamment mais après elle le consomme tellement, qu'on l'a prise chez le médecin, et c'était le jour où il nous a annoncé qu'elle est diabétique».

La réaction de la jeune après avoir déclaré sa maladie « D'après ce que je souviens, je n'arrête pas mes pleurs, tout le temps, sans arrêt et même pour un rien du tout, en plus je ne savais pas c'est quoi le diabète, c'est vrai j'entends de ce mot mais je ne savais pas de quoi s'agit-il.»¹

On a parlé avec elle en ce qui concerne son traitement, elle nous a dit :

¹«settruyegh ken, seleg h f lehlak n sker ma3na usinegharadachouth».

« Oui je sais c'est quoi mon traitement c'est de l'insuline et je fais mes piqûres plusieurs fois par jour, aussi j'avais de l'allergie ce n'est pas seulement le diabète ».

La jeune fille nous a dit ; « on n'a pas quelqu'un de notre famille qui est diabétique ni du côté maternelle ni du côté paternelle, aussi ma maladie a modifié beaucoup de choses dans ma vie de tous les jours, dont je suis devenue très nerveuse, j'avais des maux de tête, je me fatigue rapidement et souvent ».²

Lorsqu'on a parlé avec elle sur le côté alimentaire, elle a dit « c'est très dure pour moi, parce que mes habitudes alimentaires à changer, je ne mange pas comme les autres enfants surtout les sucrerais, je me sens comme si différentes par rapport aux autres ».

La petite nous a dit avant qu'on lui pose la question, « je n'aime pas parler de ma maladie à mon entourage, car je me senti mal alaise, et même honte de moi d'avoir ce diabète »

Lorsqu'on a parlé avec elle sur l'influence de son diabète sur ces études elle nous a répondu franchement ; « oui, mon diabète à influencer sur mes études, car j'ai déjà refait l'année parce que j'étais hospitaliser ».

On a donné l'occasion à la fille, de nous parler sur son corps et ses changements et elle a dit : « j'ai devenue maigre, et je me sens que je suis moche, tout le temps fatigué , j'avais des nausées et des vomissements et tout ça je l'ai ait pas avant, mais j'ai remarqué que la vision de ma famille envers moi n'a pas changéinhibition, aussi lorsque je m'injecte je ne sens rien et mon traitement je ne vois pas qu'il a changé quelque chose sur mon

²«unes3aradegthefamiltneghwidihelkensker, lehlakiwivedelatslehwayejdegi».

³«neqsegh deglmizan, uchviheghara, yernauhmilegharaimaniw, 3agugh, tem3uqugh».

corps....inhibition, j'aime pas voir mon corps, et il n'y a aucune partie qui me plaît ». ³

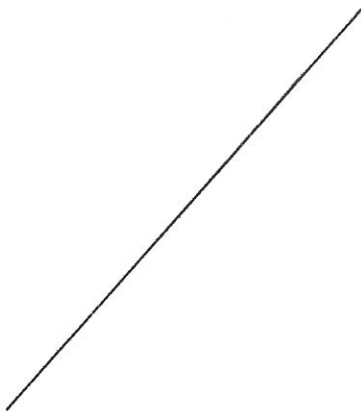
Le souhait de Thanina est ; « j'aimerais bien être comme les actrices turques et avoir un tain blanc, mon seul souhait, rêve et la guérison ».

1-1-2-Analyse et interprétation du dessin de Thanina :

1-1-3-Echelle de maturité :

Echelle de maturité					
Tête		Schéma corporel		Vêtements	
1.	Tête présente.●	1.	Bonhomme reconnaissable.●	1.	Présence du vêtement.●
2.	Présence des yeux.●	2.	Dessin orienté dans la page.●	2.	Au moins un détail vestimentaire.●
3.	Présence de la bouche.●	3.	Aux moins deux détails corporel.●	3.	Pantalon présent
4.	Présence du nez.●	4.	Tronc présent.●	4.	Ceinture présente
5.	Présence des cheveux.●	5.	Bras présents.●	5.	Chaussure présente.●
6.	Couleur réaliste du fond de visage	6.	Jambes présents.●	6.	Au moins 2 détails vestimentaires
7.	Couleur réaliste des yeux	7.	Bras attachés au tronc.●	7.	Manches de couleur identique au corsage
8.	Couleur réaliste des	8.	Jambes attachés au tronc.●	8.	Manches séparé ou détaché des mains

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

	cheveux				
9.	Forme ovale des yeux. ●	9.	Présence des pieds. ●	9.	Au moins 3 détails vestimentaire
10.	Au moins deux détails des yeux	10.	Tronc plus long que large	10.	Corsage séparé ou détaché du cou
11.	Couleur entièrement réaliste du visage	11.	Bras à double trait. ●	11.	Pantalon détaché des jambes
12.	Forme évolué de la bouche. ●	12.	Jambes à double trait. ●	12.	Chaussure de couleur réaliste
13.	Ecartement correcte des yeux	13.	Contour du dessin au crayon noir. ●	13.	Au moins 4 détails vestimentaires
14.	Auteur correcte des yeux	14.	Présence des doigts, nombre quelconque. ●	14.	Bonhomme personnalisé
15.	Forme évolué du nez	15.	Bonnes proportions des bras		
16.	Forme évalué ou coiffure des cheveux. ●	16.	Tronc souple. ●		
17.	Couleur réaliste du nez	17.	Cou présent. ●		
18.	Au moins trois détails des	18.	Bonne proportions des jambes		

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

	yeux			
19.	Présence des prunelles. ●	19.	Bras attachés au tronc à la place correcte	
20.	Présence des sourcils	20.	Forme souple des jambes. ●	
21.	Couleur rouge de la bouche. ●	21.	Cou souple. ●	
22.	Coiffure spéciale des cheveux	22.	Sexe reconnaissable. ●	
23.	Place correcte, hauteur et largeur des yeux	23.	Contour réaliste des mains. ●	
		24.	Attache des jambes sans espace intermédiaire	
		25.	5doights ou pouce détaché des autres doigts représentés globalement	
		26.	Epaules présentes	
		27.	Bonne proportion de la tête	
		28.	Attache sans limite des jambes. ●	
		29.	Présence de la paume de la main, avec ou	

		sans doigts.●	
	30.	Attache sans limite des jambes.●	
	31.	Attaches sans limite des bras.●	
	32.	Position logique des pieds	
	33.	Couleur identique et réaliste du visage et de la main	

1-1-4-Les aspects globaux du dessin de Thanina :

		Analyse	Interprétations
-Les aspects globaux du dessin		-Dessin exécuté très lentement avec une bonne volonté, timide et beaucoup de penser.	-Docilité. Gentillesse. -Identification féminine.
	-Comportement en cours d'exécution	-Commentaire : « la petite fille est dans le jardin entraine de prendre l'air, et elle joue au même temps. Elle a	-Intérêts spécial qui indiquent le besoin de se libérer d'un air étouffé. -Une certaineagressivité éprouvéeà travers certains indices corporelles telle que

		8ans, elle est contente et souriante.»	la bouche ouvert (agressivité orale) et les mains serrées ; les cheveux qui indique un caractère nerveux de la maman.
	-Emplacement	-Dessin déporté à gauche, dans la hauteur de la feuille.	-Attitude pas normal et non réaliste.
	Dimension et proportion	Dessin de taille normal. Disproportion notoire, les jambes sont normal, mais plutôt les bras, dont la droite est plus grande que la gauche.	
	-Tracé	apparemment différencié. -Identité : «petite fille qui joue et qui prend l'air».	
		Dessin de face Symétrie presque	Enfant relativement équilibré, dominant

	-Position et symétrie	normal, serré en haut, contrairement au côté bas, aussi le bras gauche et un peu plus grand que la droite.	ses insectes.
	-Posture et mouvement	La position des bras sont horizontales et levée.	Peut-être un problème de manque d'affection
	-Coloriage	Pas trop de couleurs, sauf la bouche colorée en rouge légèrement.	C'est-à-dire, cette couleur peut avoir beaucoup de signification ça peut être l'amour ou autre chose.
	-Personnalisation	Age : «petite fille de 8ans». Sexe : une fillette, même dans le dessin on peut remarquer sa robe ainsi ses cheveux, donc apparemment différencié. Identité : «petite	Retard affectif avec prédiction pour l'âge de 8ans. Identification féminine.

		filles qui jouent et qui prennent l'air».	
	-Expression	-Elle a un regard direct, souriante avec une bouche ouverte.	Tendance à l'oralité.
	-Environnement	-Une personnalité des traits de visage expressif.	

1-1-5- Les aspects analytiques du dessin de Thanina :

		Analyse	Interprétations
Les aspects analytiques du dessin	-La tête	-Teste valorisée, visage aux bases importants, bouche importante. -Visage colorée très légèrement. -Regard normal, yeux sans sourcils et sans paupière.	-On constate à travers ce test, une certaine image féminine mature et avec un bon schéma corporel.
	-Le tronc	-Souple avec de bonnes proportions et des attaches correctes, mais assez imprécises.	-Assez bon schéma corporel mais imprécis.
	-Bras	-Les deux bras sont présents, mais le bras gauche est plus petit que la droite.	-Assez bon schéma corporel mais imprécis.

	-Jambes	-Les deux jambes sont présentes.	-Assez bon schéma corporel mais imprécis.
	-Vêtement	-Manque de décoration des vêtements, bien précisément (la robe).	-Assez bon schéma corporel mais imprécis.

Synthèse du cas de Thanina :

D'après l'analyse du dessin de Thanina, on constate une certaine image du corps et schéma corporel bien acquis, mais d'autre part le dessin montre qu'elle souffre d'une certaine pauvreté fantasmatique qui indique la présence des caractéristiques de la personnalité psychosomatique.

2-2-1-Prestation de cas de Mélissa :

Mélissa une fille âgée de 11ans scolarisé en deuxième année moyenne, elle a un frère et une sœur, elle est la troisième dans la fratrie.

2-2-2-L'analyse de l'entretien semi-directif de cas de Mélissa :

Au cours de l'entretien la jeune fille elle s'est mit directement dans le climat elle était un peu timide mais elle répond aux questions de l'entretien.

Selon Mélissa « Mon histoire avec le diabète à commencer à l'âge de 07ans maintenant j'ai 04ans du diabète » ; Mélissa a cité les signes elle dit : « je urine beaucoup, je bois trop d'eau j'ai perdu du poids même je fais quelque fois pipi au lit ».

Après avoir consulté le médecin et fait un bilan médicale, la fille a su qu'elle est diabétique sachant que elle n'a aucun d'autres problèmes de santé ;

on a demandé à Mélissa de nous décrire sa réaction d'après l'annonce de médecin elle répond : « normal je connais pas ...inhibition, je sais pas il s'agit de quoi oui y a des personne dans ma famille qui sont diabétique mais moi je connais rien sur le diabète». ⁴

Sur le plan physique la jeune fille «oui le diabète à changer mon physique et aussi a changer mes habitudes alimentaires je ne mange pas du sucre je ne mange pas comme, y a une certain limite, je dois faire attention a quoi je mange, je m'injecte cinq fois par jours ; ça me fait pas mal ». ⁵

Sur le plan psychique, Mélissa nous a déclaré que le diabète n'influence pas sur ses études : « et même mes amis ne me parle pas de mon diabète mais j'aime pas parler de ma maladie, mais à la maison me parle surtout ma mère me suit toujours ; elle est tout le temps inquiet a propos de moi ; elle me rappelle de ne pas oublier mon insuline elle est tout le temps derrière moi», lorsque qu'on a lui demandé de nous parlé sur son corps « Je m'aime pas , je suis moche ; j aime pas regarder au miroir et même une fois, j'ai fait une tentative de suicide je me sans que personne ne m'aime». ⁶

La jeune fille a un rêve dont elle espère « quand je serais grande j'aimerais bien devenir une avocate ».

⁴«4 isegassenaya mi s3igh sker, asmi s3igh 7 iseggasen di l3amriw, tegiregh s watasaman n tassa, ussinegharadachouidesker, ghasakenyelawiithihelkenghurnegh».

⁵« lehlakiwinedelatasgelhayatiw, lmaklautessegharaayenivghigh, katheghthisegnith 5 iverdandeg was».

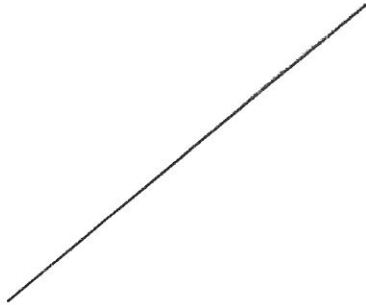
⁶«uhmilegh ad hedregh f lehlakiw, uhmilegharaimaniw, thikeltteddughadengheghimaniw, akhatertawalighimaniwchemtheqh».

2-2-3-Analyse et interprétation du dessin de Melissa :

3-1-Echelle de maturité :

Echelle de maturité					
Tête		Schéma corporel		Vêtements	
1.	Tête présente.●	1.	Bonhomme reconnaissable.●	1.	Présence du vêtement.●
2.	Présence des yeux.●	2.	Dessin orienté dans la page.●	2.	Au moins un détail vestimentaire.●
3.	Présence de la bouche.●	3.	Aux moins deux détails corporel.●	3.	Pantalon présent.●
4.	Présence du nez.●	4.	Tronc présent.●	4.	Ceinture présente
5.	Présence des cheveux.●	5.	Bras présents.●	5.	Chaussure présente.●
6.	Couleur réaliste du fond de visage	6.	Jambes présents.●	6.	Au moins 2 détails vestimentaires
7.	Couleur réaliste des yeux	7.	Bras attachés au tronc.●	7.	Manches de couleur identique au corsage
8.	Couleur réaliste des cheveux	8.	Jambes attachés au tronc	8.	Manches séparé ou détaché des mains
9.	Forme ovale des yeux.●	9.	Présence des pieds.●	9.	Au moins 3détails vestimentaire
10	Au moins deux détails des yeux.●	10.	Tronc plus long que large	10	Corsage séparé ou détaché du cou.●

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

11	Couleur entièrement réaliste du visage	11.	Bras à double trait.●	11	Pantalon détaché des jambes.●
12	Forme évolué de la bouche	12.	Jambes à double trait.●	12	Chaussure de couleur réaliste
13	Ecartement correcte des yeux	13.	Contour du dessin au crayon noir.●	13	Au moins 4 détails vestimentaires
14	Auteur correcte des yeux	14.	Présence des doigts, nombre quelconque	14	Bonhomme personnalisé
15	Forme évolué du nez	15.	Bonnes proportions des bras		
16	Forme évalué ou coiffure des cheveux	16.	Tronc souple.●		
17	Couleur réaliste du nez	17.	Cou présent.●		
18	Au moins trois détails des yeux	18.	Bonne proportions des jambes		
19	Présence des prunelles.●	19.	Bras attachés au tronc à la place correcte.●		
20	Présence des sourcils.●	20.	Forme souple des jambes		
21	Couleur rouge de la bouche	21.	Cou souple.●		
22	Coiffure spéciale des cheveux	22.	Sexe reconnaissable		
23	Place correcte,	23.	Contour réaliste des		

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

hauteur et largeur des yeux		mains	
	24.	Attache des jambes sans espace intermédiaire	
	25.	5doights ou pouce détaché des autres doigts représentés globalement	
	26.	Epaules présentes. ●	
	27.	Bonne proportion de la tête	
	28.	Age reconnaissable	
	29.	Présence de la paume de la main, avec ou sans doigts	
	30.	Attache sans limite des jambes. ●	
	31.	Attaches sans limite des bras. ●	
	32.	Position logique des pieds	
	33.	Couleur identique et réaliste du visage et des mains	

3-2- Les aspects globaux du dessin de Mélissa :

		Analyse	Interprétations
Les aspects globaux du dessin	-Comportement en cours d'exécution	-Dessin réalisé très lentement, avec une hésitation et timidité. Commentaire : la fille est dehors, elle regarde les autres personnes. Elle a 15ans, et elle est souriante.	
	-Emplacement	-Dessin centré au milieu de la feuille.	-Attitude normal et réaliste.
	-dimension et proportion	- C'est un dessin de taille normal. -Disproportion notoire des yeux, des doigts(les yeux sont mal formées, et les doigts sont absents).	-Compensation probable à des sentiments d'infériorité intellectuelle. -Problème de communication de type primitif.
	-Tracé	-Le dessin est léger, l'appui sur l'œil gauche.	-Sensibilité, émotivité, quelques difficultés motrices.
	-Position et symétrie	-C'est un dessin de face, avec bizarrerie des formes comme les yeux, les bras et les cheveux.	-Enfant et équilibré. -Possibilité d'une atteinte cérébrale.

	-Posture et mouvement	Les bras sont baissés	
	-Coloriage	-Aucune couleur n'est pas présente dans le dessin.	
	-Personnalisation	-Age : c'est une fille de 15ans. -Sexe : une fille, mais le dessin ne représente pas suffisamment de signes d'une fille. -Identité : une fille qui fixe le regard sur les autres, mais le dessin ne représente personne sauf elle.	-L'avance affectif avec prédiction pour l'âge de 15ans. -Identification féminine
	-Expression	-La fille a un regard direct, avec une bouche bien serrée, souriante.	-Assez matérialiste. Air à la fois gai.
	-Environnement	-Le dessin ne représente aucun paysage.	-Une personnalité des traits de visage expressif.

3-3-Les aspects analytiques du dessin de Mélissa :

		Analyse	Interprétations
Les aspects analytiques du dessin	-La tête	-Bizarrerie de la tête, une base importante, les yeux sont mal formés.	
	-Le tronc	-La présence du tronc est souple, avec une attache correcte, bien précis.	-Assez bon schéma corporel et précis.
	-Bras	-Les bras sont présents, mais il y a l'absence total des doigts.	
	-Jambes	-Les jambes sont présentes.	
	-Vêtement	-Dans le dessin, aucune couleur n'est présente dans les tissus, le pantalon est simple.	

Synthèse du cas de Mélissa :

Malgré que le dessin de Mélissa montre que y'avais pas assez de problème au niveau du schéma corporel, mais, on a remarqué que son image du corps n'est pas encore acquis stade immaturité, cela on peut le remarqué par certains signes de dessin tel que l'absence des doigts, les pieds ne sont pas bien claire y compris la forme de la bouche, et une certaines asymétrie au niveau des yeux, on a remarqué aussi le dessin en général manque beaucoup de finesse. On a remarqué aussi la présence d'une identité masculine par rapport a l'habillement, c'est-à-dire le pantalon à plus d'allure masculine que féminine, ce qui peut indiquer une certaine difficulté au niveau de l'identité sexuel et l'image du soi.

3-3-1-Présentation de cas de Thilleli :

Thilleli est une jeune fille âgée de onze ans, scolarisé en première année moyenne. Elle est issue d'une fratrie d'un petit frère et d'une grande sœur. Thilleli est trop timide calme et silencieuse.

3-3-2-L'analyse de l'entretien semi-directif de cas deThilleli :

Au début de notre entretien qu'on a effectué avec Thilleli, elle n'a aucun problème ni de difficulté de nous répondre aux questions qu'on lui a posées, dont on lui a expliqué l'objectif de notre travail. A cet effet, l'enfant était positive et compréhensive.

L'apparition de sa maladie était à l'âge de six ans, c'était la période de la rentrée scolaire. Les signes de sa maladie d'après ses dires : « je passe trop au toilette je buvais trop d'eau ... inhibition » dont la maman a rajouté « Elle urine au lit et même parfois ses vêtements aussi elle est devenue maigre par rapport à ce qu'elleétait avant. C'est là qu'on à décider de voir un médecin, qu'il nous a

demandé de faire un bilan .C'est à partir de ses résultats qu'il nous a déclaré sa maladie du diabète ».⁷

La réaction de cette enfant après avoir déclaré sa maladie selon ses dires : « j'étais normal, je n'ai rien senti car j'étais petite ».

D'après la mère de l'enfant, ils ont quelqu'un de leur famille qui est diabétique selon elle : « y a sa tante qui est diabétique, mais ma fille n'a aucun de problème de santé à part ce diabète ».

L'insuline est le traitement indispensable pour cette enfant, elle nous déclare : «je prends de l'insuline et je fais mes piqûres cinq fois par jour, car si je les pique pas je ferai une hypoglycémie , et tout ça n'est pas de mon bien ».⁸

Sur le plan physique, d'après Thilleli : « le diabète n'a pas fait de changement dans ma vie, c'est juste que avant ma maladie j'étais un peu forte, mais maintenant je l'ai plus ; et aussi qu'avant je mange ce que je veux et aujourd'hui je fais du régime, et je mange que des légumes et de l'eau, par contre, les sucreries je ne les touches pas, aussi lorsque je m'injecte ça me fait mal ».

Sur le plan psychique, que l'enfant nous a raconté est « le diabète n'a pas influencé sur mes études, et même dans les relations avec mes amies, je me sens gêné lorsque ils m'ont parle de mon diabète , et mes parents ainsi, car à chaque fois qu'il m'en parlent , ils me donnent que des conseils sur ce qui concerne mes habitudes alimentaires, et de m'éloigner de tout ce qui n'est de mon bien, surtout

⁷X¹«helkegh asmi s3igh 6 isegassen, imirenikechmeghzrlakul».

⁸X²«kathegh thisegnathin 5 iverdandeg was akhatersalayentiyisker».

mes parents me disent souvent de ne pas oublier mon insuline, de boire de l'eau et de faire attention au sucreries ».⁹

Le caractère de cette enfant avant et après sa maladie disait la maman :

« Thilleli avant l'apparition de sa maladie elle était trop calme, gentille, elle écoute lorsque je parle avec elle, mais après sa maladie elle a tout changé, elle fait ce qu'elle veut, elle n'écoute surtout personne, elle ne mange pas comme il lui faut pour qu'elle puisse faire son insuline, lorsque je parle avec elle, elle me contrarie à chaque fois et même je pense qu'elle est devenue sensible ».

A la maison, elle dit souvent en parlant à sa mère ; « maman quand est-ce que je guéris, je mange ce que je veux, j'arrête mon insuline, auparavant je prends des choses sans m'interdire et tu me dis jamais que c'est un danger pour toi ».

La jeune à l'école, calme et sérieuse, mais ses résultats scolaires sont très faibles, d'après la maman « c'est vrai des fois elle serait obligée de rater ses cours, puisque qu'elle était hospitalisée, mais dès qu'elle se repose elle n'essaye pas de rattraper ses leçons ».

En dernier, le rêve et le souhait de la jeune était ; « je rêve de devenir une psychologue, et avoir un corps comme les actrices turques que j'aime énormément, et de guérir ».

Concernant le dessin du bonhomme de la petite elle nous déclare : « je ne sais pas dessiner, je ne sais pas si c'est une fille ou un garçon, je l'ai fait juste comme ça parce que vous me l'avez demandé ».

⁹x³«dahlakiw uyivedlara f leqraya, ughaleghtesseghlmakla n regime».

3-3-3-Echelle de maturité :

Echelle de maturité					
Tête		Schéma corporel		vêtements	
1.	Tête présente.●	1.	Bonhomme reconnaissable.●	1.	Présence du vêtement.●
2.	Présence des yeux.●	2.	Dessin orienté dans la page.●	2.	Au moins un détail vestimentaire.●
3.	Présence de la bouche.●	3.	Aux moins deux détails corporel.●	3.	Pantalon présent
4.	Présence du nez.●	4.	Tronc présent.●	4.	Ceinture présente.●
5.	Présence des cheveux.●	5.	Bras présents.●	5.	Chaussure présente.
6.	Couleur réaliste du fond de visage	6.	Jambes présents.●	6.	Au moins 2 détails vestimentaires.●
7.	Couleur réaliste des yeux	7.	Bras attachés au tronc.●	7.	Manches de couleur identique au corsage
8.	Couleur réaliste des cheveux	8.	Jambes attachés au tronc.●	8.	Manches séparé ou détaché des mains
9.	Forme ovale des yeux	9.	Présence des pieds.●	9.	Au moins 3détails vestimentaire
10.	Au moins deux détails des yeux.●	10.	Tronc plus long que large.	10.	Corsage séparé ou détaché du cou
11.	Couleur entièrement réaliste du	11.	Bras à double trait.●	11.	Pantalon détaché des jambes

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

	visage				
12.	Forme évolué de la bouche.●	12.	Jambes à double trait.●	12.	Chaussure de couleur réaliste.
13.	Ecartement correcte des yeux	13.	Contour du dessin au crayon noir.●	13.	Au moins 4 détails vestimentaires
14.	Auteur correcte des yeux.●	14.	Présence des doigts, nombre quelconque.●	14.	Bonhomme personnalisé.●
15.	Forme évolué du nez	15.	Bonnes proportions des bras		
16.	Forme évalué ou coiffure des cheveux.	16.	Tronc souple		
17.	Couleur réaliste du nez	17.	Cou présent.●		
18.	Au moins trois détails des yeux	18.	Bonne proportions des jambes		
19.	Présence des prunelles	19.	Bras attachés au tronc à la place correcte.		
20.	Présence des sourcils	20.	Forme souple des jambes.●		
21.	Couleur rouge de la bouche	21.	Cou souple.●		
22.	Coiffure spéciale des cheveux	22.	Sexe reconnaissable.		
23.	Place correcte, hauteur et	23.	Contour réaliste des mains		

	largeur des yeux			
/		24.	Attache des jambes sans espace intermédiaire	
		25.	5doights ou pouce détaché des autres doigts représentés globalement	
		26.	Epaules présentes. ●	
		27.	Bonne proportion de la tête	
		28.	Attache sans limite des jambes	
		29.	Présence de la paume de la main, avec ou sans doigts.	
		30.	Attache sans limite des jambes	
		31.	Attaches sans limite des bras	
		32.	Position logique des pieds.	
		33.	Couleur identique et réaliste du visage et des mains	

3-3-4-Les aspects globaux du dessin de Thilleli :

		Analyse	Interprétations
Les aspects globaux du dessin	-Comportement en cours d'exécution	La fille était silencieuse, un peu stressé avec une bonne volonté à dessiné. Commentaire : le garçon est dans la montagne, il marche. Il a 17ans.	-Identité sexuel pas encore acquise.
	-Emplacement	-C'est un dessin déporté à gauche de la feuille, en haut.	-Attitude pas normal et non réaliste.
	-dimension et proportion	- C'est un dessin de taille normal. -Disproportion notoire des épaules et le nez.	
	-Tracé	-Le dessin est foncé, l'appui sur le crayon dans certaines zones.	-Le dessin foncé peut être un signe d'agressivité latente.
	-Position et symétrie	-C'est un dessin de face, avec une différence de la forme des bras dont l'épaule droite ne ressemble pas à celle de la gauche.	-Enfant et équilibré. -Possibilité d'une atteinte cérébrale.

	-Posture et mouvement	Les bras sont baissés et les mains sont arrondies.	
	-Coloriage	-Aucune couleur n'est pas présente dans le dessin.	
	-Personnalisation	-Age : c'est un garçon de 17ans. -Sexe : un garçon, d'après le dessin il représente des chaussures avec des talons. -Identité : un garçon qui marche dans la montagne tout seul.	-L'avance affectif avec prédiction pour l'âge de 17ans. -Identification masculin dominante.
	-Expression	-Le bonhomme à un regard direct, pas de sourire ni grimace.	
	-Environnement	-Le dessin représente un paysage, qui est les montagnes.	

3-3-5-Les aspects analytiques du dessin de Thilleli :

		Analyse	Interprétations
Les aspects analytiques du dessin	-La tête	-Tête normal, d'allure masculine, nez mal placé et les épaules sont mal formées.	
	-Le tronc	-Le tronc n'est pas clair dans l'ensemble du dessin.	
	-Bras	-Les deux bras sont présents, mais il y a une mal formation des épaules.	
	-Jambes	-Les deux jambes sont présentes, mais puisque c'est un garçon, les chaussures ont de talons.	
	-Vêtement	-Le bonhomme à mis une cravate, mais y a une absence total de couleur.	-Présence dominante de l'identité sexuelle masculine.

Synthèse du cas de Thilleli :

L'analyse du dessin de Thilleli, montre qu'elle souffre beaucoup plus de l'image de soi, de l'identité sexuelle que de l'image du corps ; image a la garçon, avec des sourcilles au niveau des yeux et des talons féminine au niveau des chaussures, mais malgré ça on trouve aussi une certaine asymétrie au niveau des bras, le tronc , les épaules et les jambes ; cela peut indiquer une certaine difficulté au niveau de l'image du corps.

4-1-1-présentation de cas de Madjid :

Madjid est un garçon âgé de onze ans scolarisé en 4 année primaire, il est issue d'une famille pauvre sur le plan économique, il a deux autres frères dont il est le dernier.

4-1-2-L'analyse de l'entretien semi-directif de cas de Madjid :

Aux cours de notre entretien Madjid semble stressé, il fait que rire, il ne tien pas place, il bouge trop ; mais après avoir lui expliqué l'objectif de notre interrogation, il s'est mis d'accord et il répond calmement aux questions.

Le garçon nous a dit qu'il atteint du diabète a l'âge de sept ans depuis 2016.

D'après lui les symptômes sont ; « je bois beaucoup d'eau » la mère ajoute « il urine trop, des fois même au lit, il a perdu de poids, il transpire, tout le temps fatigué et tout ça ce n'est pas de ses habitudes ». ¹⁰

« Ces signes commence a inquiété ma famille surtout que j'ai mes deux parlants qui se sont diabétique et mon père qui atteint d'insuffisance rénale »

Après avoir fait un bilan la psychologue de l'hôpital ma annoncer que je suis diabétique ; « ma réaction été normal, enfin j'étais petit. »

« Oui je connais c'est quoi le diabète, oui je connais de personnes diabétique permis eux mes parlants ».

¹⁰x¹«helkegh mi s3igh 7 snin, seg 2017».

Le petit suit un traitement d'insuline, il s'injecte cinq fois par jour, il dit que ça fait pas mal au début oui mais avec le temps il 'habitué

Sur le plan physique d'après Madjid : « Ma maladie me pose pas de problème de ma vie quotidienne sauf sur le côté alimentaires je ne peux pas manger ce que je veux, je dois boire beaucoup d'eau aussi les légumes mais les sucrerai a évité. L'injection au début me fait mal mais avec le temps je me suis habitué ». ¹¹

Sur le plan psychique selon lui « à l'école ma maladie me pose aucun problème n'est sur mes études ».

« Le regard de mes amis n'a pas changer même mes profs mais par contre a la maison si ma mère me rappelle souvent de ne pas oublier mon traitement ». En gros le diabète y pas changer grand-chose sauf le côté alimentaire. ¹²

¹¹ X² « lahlakiw uyijinara, thevedelljiha n lmaklaakk, tiseqnathinteqrahentiyithuranumeghthent ».

¹² X³ « likoul igiqareghzarenniyid am zik, gukhamyemmadaymenzefiritesmekthayiyidiwakenusettuyegharadwaynu ».

4-1-3-Echelle de maturité :

Echelle de maturité					
Tête		Schéma corporel		vêtements	
24.	Tête présente. ●	34.	Bonhomme reconnaissable. ●	15	Présence du vêtement. ●
25.	Présence des yeux. ●	35.	Dessin orienté dans la page. ●	16	Au moins un détail vestimentaire. ●
26.	Présence de la bouche. ●	36.	Aux moins deux détails corporel. ●	17	Pantalon présent
27.	Présence du nez. ●	37.	Tronc présent. ●	18	Ceinture présente
28.	Présence des cheveux. ●	38.	Bras présents. ●	19	Chaussure présente. ●
29.	Couleur réaliste du fond de visage	39.	Jambes présents. ●	20	Au moins 2 détails vestimentaires
30.	Couleur réaliste des yeux	40.	Bras attachés au tronc. ●	21	Manches de couleur identique au corsage
31.	Couleur réaliste des cheveux	41.	Jambes attachés au tronc. ●	22	Manches séparé ou détaché des mains
32.	Forme ovale des yeux	42.	Présence des pieds. ●	23	Au moins 3détails vestimentaire
33.	Au moins	43.	Tronc plus long que	24	Corsage séparé

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

	deux détails des yeux		large.●		ou détaché du cou
34.	Couleur entièrement réaliste du visage	44.	Bras à double trait.●	25	Pantalon détaché des jambes
35.	Forme évolué de la bouche.●	45.	Jambes à double trait.●	26	Chaussure de couleur réaliste.●
36.	Ecartement correcte des yeux	46.	Contour du dessin au crayon noir.●	27	Au moins 4 détails vestimentaires
37.	Auteur correcte des yeux.●	47.	Présence des doigts, nombre quelconque.●	28	Bonhomme personnalisé.●
38.	Forme évolué du nez	48.	Bonnes proportions des bras	/	
39.	Forme évalué ou coiffure des cheveux.●	49.	Tronc souple		
40.	Couleur réaliste du nez	50.	Cou présent.●		
41.	Au moins trois détails des yeux	51.	Bonne proportions des jambes		
42.	Présence des prunelles	52.	Bras attachés au tronc à la place correcte.●		
43.	Présence des	53.	Forme souple des		

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

	sourcils		jambes	
44.	Couleur rouge de la bouche	54.	Cou souple	
45.	Coiffure spéciale des cheveux	55.	Sexe reconnaissable.●	
46.	Place correcte, hauteur et largeur des yeux	56.	Contour réaliste des mains	
		57.	Attache des jambes sans espace intermédiaire	
		58.	5doigts ou pouce détaché des autres doigts représentés globalement	
		59.	Epaules présentes.●	
		60.	Bonne proportion de la tête	
		61.	Attache sans limite des jambes	
		62.	Présence de la paume de la main, avec ou sans doigts.●	
		63.	Attache sans limite des jambes	
		64.	Attaches sans limite des bras	
		65.	Position logique des	

		pieds.●	
	66.	Couleur identique et réaliste du visage et des mains	

4-1-4-Les aspects globaux du dessin de Madjid :

		Analyse	Interprétations
Les aspects globaux du dessin	-Comportement en cours d'exécution	Dessin réalisé lentement Et on soutirant	Gentillesse. Identification masculine
	-Emplacement	Dessin au milieu de la feuille qui déporte en haut Commentaire : c'est une choune qui aime faire rire les gens	Attitude normale et réaliste
	-dimension et proportion	-Dessin de taille normal. - Disproportion notable de, les oreilles qui dépasse la tête les bars asymétrique, des jambes très fine	Pas de problème de communication, aussi pas de difficulté d'avoir des relations sociale
		Dessin normal tracé bien claire contour délimité ; et très	Le tracé indique quand-même que la présence d'une

	-Tracé	foncé au niveau de quelque zone (le tronc, les jambes et aussi les pieds)	fonction contenant malgré les conséquences de la maladie et une violence
	-Position et symétrie	C'est un dessin de face symétrie presque rigide, a part une certaine asymétrie au des bras, des pieds et aussi des oreilles.	Cela peut indiquer une certain immaturité, et quelque difficultés a propos le schéma et l'image corporel niveau des bras, des pieds et aussi des oreilles.
	-Posture et mouvement	Les bras sont horizontaux et levé	
	-Coloriage	Pas trop de couleur, a part une couleur sombre (noir) au niveau du tronc, les jambes et aussi les pieds	Une certaine difficulté a propos du le schéma corporel et l'image du corps
	-Personnalisation	Age : inhibition Sexe : un jeune garçon Identité : masculine, on remarque ca au niveau des cheveux et des vêtements	Identification masculine avec quelque difficulté inconstante.
	-Expression	un regard direct, absence total des prunelles et aussi	Difficulté au niveau de l'image du corps

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

		des cils et même les sourcilles	
	-Environnement	Absence totale	préoccupation orale et aussi sexuel, peur de manquer

4-1-5-Les aspects analytiques du dessin de Madjid :

		Analyse	Interprétations
Les aspects analytiques du dessin	-La tête	une asymétrie des yeux absence des prunelles ; une bouche ouverte, des grandes oreilles qui dépasse la tête.	Une difficulté au niveau de l'image du corps
	-Le tronc	Un tronc rond, coloré d'une couleur sombre décoré avec une cravate	
	-Bras	Les deux bras sont présents, avec une certaine asymétrie	
	-Jambes	Présence des jambes bien placé, mais assez fin et coloré en noir	
	-Vêtement	Manque d'esthétique sauf une petite cravate	

Synthèse de cas de Madjid :

D'après l'analyse du dessin de Madjid on a constaté qu'il souffre lui aussi de difficulté au niveau de son image corporelle.

5-1-1-L'analyse de l'entretien semi-directif de Gheda :

Après avoir interprété la raison et l'objectif de notre recherche, elle nous parle avec une voix mal assurée, et même des fois elle hoche juste sa tête au lieu d'utiliser sa bouche, d'autre part, lorsque on lui pose des questions elle met et après elle parle, il y a des moments où c'est sa mère qui intervient à sa place.

D'après ce qu'elle a dit, le diabète est apparu il y a trois ans de cela

« c'était au mois de septembre 2017 », la découverte de son diabète disait la mère ; « je vois à la télévision les signes du diabète et j'ai remarqué que ma fille a les mêmes symptômes que celle que je vois, dont elle buvait trop d'eau et elle passe tout le temps au toilette même la nuit, il y a des moments où elle urine son lit, ses vêtements, et lorsque elle voit sa situation elle se lève terrifiée, ainsi qu'en a remarquer qu'elle a perdu du poids. Elle était 30Kg elle a chuté jusqu'à 25 Kg dans une période très courte (15jours) après on l'a ramené chez le médecin, il nous a confirmé que sa maladie après lui avoir fait un bilan médical ».¹³

La jeune fille était normale, pas de stress lors de la déclaration de sa maladie, « j'étais normale, je n'ai pas été stressée ni ai peur de mon diabète, car je ne savais pas ce qu'est le diabète et je n'ai jamais vu un cas pareil dans ma famille ou en dehors de la famille ».

Lorsque on l'a interrogée sur d'autres maladies, elle s'est tue, et la maman nous a répondu ; « non elle n'a pas d'autres maladies à part le diabète ».

Le traitement de Gheda et de l'insuline « je fais mon insuline chaque jour et je suis mes habitudes alimentaires strictement ».

¹³ « yevdayidsker 3 isegassenaya, tesseghaman s watas, teyiregh s waman n tassa s watas, yernaneqseghdeglmizan ».

Sur le plan physique , elle nous a expliqué que les changements qu'elle a eu avant et après sa maladie, « mon corps de plus en plus devient maigre, aussi lorsque j'injecte mon insuline je me sens tout mon corps qui a mal, et mes habitudes alimentaires ont changé puisque je mange pas ce que je veux» après elle a mis un blocage , la maman nous a rajouté « elle me dit des fois qu'elle est plus comme avant car beaucoup de chose à changer dans sa vie , lorsque elle passe devant le miroir elle court ,car elle aime pas regarder son corps, par contre avant c'était le contraire».¹⁴

Sur le plan psychique, la petite nous a raconté sur son diabète et son adaptation « mon diabète ne me dérange pas ...inhibition, à l'école personne ne me parle de ma maladie... inhibition » d'après la mère « toujours on lui donne des conseils et de faire attention à elle, on lui l'explique souvent qu'il suffit de demander la permission si c'est possible de l'avoir ou non et tout cela c'est pour son bien- sûr ».

Sa relation avec sa famille d'après ce qu'elle a dit sa maman : « ma famille n'a aucun problème à la maison, c'est vrai qu'il y a des moments où elle se dispute avec ses frères mais sans agressivité».

Finalement, tous les enfants désirent généralement, aiment devenir quelque chose au futur. Gheda dit ; « mon seul rêve est de devenir une prof de (tamazighth), et j'aimerai bien développer mon corps au meilleur».

Après que Gheda a terminé son dessin, on lui a demandé de nous expliquer l'objectif de son dessin elle nous a dit « parce que...inhibition», après elle nous a fait un signe avec ses épaules comme si elle ne sait pas.

¹⁴«aksumiw yak iteqrahiyidegthsegnathin, ayeninumeghtessghyughalivedel, uhmilegharaadmuqlegharlemri ».

5-1-2-Echelle de maturité :

Echelle de maturité					
Tête		Schéma corporel		vêtements	
1.	Tête présente.●	1.	Bonhomme reconnaissable.●	1.	Présence du vêtement.●
2.	Présence des yeux.●	2.	Dessin orienté dans la page.●	2.	Au moins un détail vestimentaire.●
3.	Présence de la bouche.●	3.	Aux moins deux détails corporel.●	3.	Pantalon présent
4.	Présence du nez.●	4.	Tronc présent.●	4.	Ceinture présente
5.	Présence des cheveux.●	5.	Bras présents.●	5.	Chaussure présente.●
6.	Couleur réaliste du fond de visage.●	6.	Jambes présents.●	6.	Au moins 2 détails vestimentaires.●
7.	Couleur réaliste des yeux	7.	Bras attachés au tronc.●	7.	Manches de couleur identique au corsage
8.	Couleur réaliste des cheveux	8.	Jambes attachés au tronc.●	8.	Manches séparé ou détaché des mains
9.	Forme ovale des yeux	9.	Présence des pieds.●	9.	Au moins 3détails vestimentaire

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

10	Au moins deux détails des yeux	10.	Tronc plus long que large	10.	Corsage séparé ou détaché du cou
11	Couleur entièrement réaliste du visage	11.	Bras à double trait. ●	11.	Pantalon détaché des jambes
12	Forme évolué de la bouche	12.	Jambes à double trait. ●	12.	Chaussure de couleur réaliste
13	Ecartement correcte des yeux	13.	Contour du dessin au crayon noir. ●	13.	Au moins 4 détails vestimentaires
14	Auteur correcte des yeux	14.	Présence des doigts, nombre quelconque	14.	Bonhomme personnalisé
15	Forme évolué du nez	15.	Bonnes proportions des bras		
16	Forme évalué ou coiffure des cheveux. ●	16.	Tronc souple. ●		
17	Couleur réaliste du nez	17.	Cou présent. ●		
18	Au moins trois détails des yeux. ●	18.	Bonne proportions des jambes		
19	Présence des prunelles. ●	19.	Bras attachés au tronc à la place correcte		
20	Présence des sourcils	20.	Forme souple des jambes		
21	Couleur rouge de la bouche	21.	Cou souple		
22	Coiffure spéciale des cheveux	22.	Sexe reconnaissable. ●		

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

23.	Place correcte, hauteur et largeur des yeux. ●	23.	Contour réaliste des mains	
		24.	Attache des jambes sans espace intermédiaire	
		25.	5doights ou pouce détaché des autres doigts représentés globalement	
		26.	Epaules présentes. ●	
		27.	Bonne proportion de la tête. ●	
		28.	Attache sans limite des jambes	
		29.	Présence de la paume de la main, avec ou sans doigts. ●	
		30.	Attache sans limite des jambes	
		31.	Attaches sans limite des bras	
		32.	Position logique des pieds. ●	
		33.	Couleur identique et réaliste du visage et des mains	

5-1-3-Les aspects globaux du dessin de Ghada :

		Analyse	Interprétations
Les aspects globaux du dessin	-Comportement en cours d'exécution	Dessin exécuté lentement, très timide	Calme, gentillesse Identification masculine
	-Emplacement	Dessin au milieu de la feuille, qui déporte en haut Commentaire : inhibition	Attitude normale et réaliste
	-dimension et proportion	-Dessin de taille normal. -Disproportion notoire, des bras bien placé avec 03petits doigts de chaque côté ; des petits pieds et des jambes asymétrique	L'image de corps l'image du soi n'est pas encore bien acquise ; cela indique encore une certaine immaturité dans l'image du corps et l'image du soi
	-Tracé	Dessin normal tracé bien claire contour délimité	Le tracé indique quand-même que la présence d'une fonction contenant malgré les conséquences de la maladie
		C'est un dessin de face symétrie	Cela peut indiquer une certain

	-Position et symétrie	presque rigide, à part une certaine asymétrie au niveau des jambes, des pieds et aussi des bras.	immaturité, et quelque difficultés à propos le schéma et l'image corporel
	-Posture et mouvement	Les bras sont horizontaux et levées	
	-Coloriage	Pas trop de couleur	Identification féminine et sexuel
	-Personnalisation	Age : inhibition Sexe : inhibition Identité : inhibition	Identification masculine bien assuré
	-Expression	C'est un regard direct	Cela indique une forte possibilité d'une présence des signes de traumatise psychique
	-Environnement	Absence totale	préoccupation orale et aussi sexuel, peur de manquer

5-1-4-Les aspects analytiques du dessin de Ghada :

		Analyse	Interprétations
Les aspects analytiques du dessin	-La tête	Une tête ronde, de petits yeux, bouche souriante	La forme du dessin à propos de la tête confirme toujours que la petite souffre d'une carence au niveau de l'image du corps et aussi l'image du soi
	-Le tronc	Forme d'un carré décoré avec des boutons	Problème de l'image du corps
	-Bras	Les deux bras sont présents, bien placé avec 03 petits doigts de chaque coté	
	-Jambes	Présence des jambes en double trié	
	-Vêtement	Manque d'esthétique sauf quelque bouton au niveau du tronc	

Synthèse de cas de Ghada :

Le dessin de Ghada, indique que la petite souffre d'une carence dans son image corporelle et aussi d'identification sexuelle ; ce qui veut dire que son immaturité au niveau de l'image du corps influence sur la stabilisation de son diabète.

6-1-1-Présentation de cas de Mélina :

Mélina une fille âgée de onze ans inscrite en première année moyenne ; elle issue d'une famille d'une seule sœur et petit frère.

6-1-2-L'analyse de l'entretien semi-directif de cas de Mélina :

Lors de notre entretien on n'a pas trouvé des difficultés avec la jeune fille elle était un peu stressée mais ça ne va pas empêcher à répondre au questionnaires de l'entretien.

Donc Mélina nous a dit qu'elle est diabétique depuis octobre 2018 ; lorsque on lui demandés de nous parler des signes elle nous a dit : « au début je ne comprend pas ce qui m'arrive, tout le temps j'ai soif ma bouche sèche je urine trop, j'ai perdu du poids, et mon corps s'affaiblie et je suis tout le temps fatigué ». ¹⁵

Ces signes commencent à inquiéter la famille de Mélina, alors ils sont décidés d'aller chez un médecin pour faire un bilan médical ; le dernier leur annoncer que leur fille est diabétique.

Après avoir Mélina su de maladie elle n'a pas pu l'accepter « c'est vrai je connais rien sur cette maladie et on n'a pas des diabétiques dans ma famille mais je ne peux pas accepter le fait de tomber malade ». ¹⁶

Mélina suit un traitement d'insuline, elle s'injecte cinq fois par jour « non l'injection me fait pas mal ».

Sur le plan physique d'après Mélina : « non le diabète n'a pas trop d'influence sur ma vie, sauf sur le côté alimentaire je ne peux pas manger comme je

¹⁵ «uzrigharadachoui yughen, tefedegh, aqemouchiwyetkaway, tenqaseghdeglmizan, 3agugh».

¹⁶ «usineghkra f lehlaknskeryerna unes3ara widithihelken, uz mireghad qevleg hlehlakiw».

veux, le temps que je veux, je peux manger les légumes et les fruits et aussi buvez de l'eau, par contre tous se qui est sucrée est interdit » on lui demandé sur sa réaction lors de l'injection elle répand ; « au début oui sa me fait mal mais avec le temps je me suis habituée ».

Sur le plan psychique Mélina nous a répandu que ; « ma maladie n'a pas d'influence au milieu scolaire ; soi avec mes prof ; mesamis iln'y pas de changement dons leurs comportement envers moi mais par contre a la maison si mes parents me parle toujours sur mon traitement de faire attention a quoi je mange ».¹⁷

Sa relation avec sa famille est gravement changer lors de l'entretien et mère et la tante de Mélina elle était présente des changements des comportements envers sa mère sa tante ses frères elles devenu agressive elle n'écoute personne elle fait ce qu'elle veut «d'âpres sa maman même son traitement elle ne le suit pas convenablement ».

¹⁷«lahlakiw n skeriyujinara f leqrayaw, akhamneghhedreniyiddaymen fellas».

6-1-3-Echelle de maturité :

Echelle de maturité					
Tête		Schéma corporel		Vêtements	
1.	Tête présente.●	1.	Bonhomme reconnaissable.●	1.	Présence du vêtement.●
2.	Présence des yeux.●	2.	Dessin orienté dans la page.●	2.	Au moins un détail vestimentaire
3.	Présence de la bouche.●	3.	Aux moins deux détails corporel.●	3.	Pantalon présent
4.	Présence du nez.●	4.	Tronc présent	4.	Ceinture présente
5.	Présence des cheveux.●	5.	Bras présents.●	5.	Chaussure présente
6.	Couleur réaliste du fond de visage	6.	Jambes présents	6.	Au moins 2 détails vestimentaires
7.	Couleur réaliste des yeux	7.	Bras attachés au tronc	7.	Manches de couleur identique au corsage
8.	Couleur réaliste delà bouche.●	8.	Jambes attachés au tronc	8.	Manches séparé ou détaché des mains
9.	Forme ovale des yeux.●	9.	Présence des pieds.●	9.	Au moins 3détails vestimentaire
10	Au moins deux détails des yeux.●	10.	Tronc plus long que large	10.	Corsage séparé ou détaché du cou

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

11	Couleur entièrement réaliste du visage	11.	Bras à double trait	11.	Pantalon détaché des jambes
12	Forme évolué de la bouche.●	12.	Jambes à double trait	12.	Chaussure de couleur réaliste
13	Ecartement correcte des yeux.●	13.	Contour du dessin au crayon noir.●	13.	Au moins 4 détails vestimentaires
14	Auteur correcte des yeux.●	14.	Présence des doigts, nombre quelconque.●	14.	Bonhomme personnalisé.●
15	Forme évolué du nez	15.	Bonnes proportions des bras	/	
16	Forme évalué ou coiffure des cheveux.●	16.	Tronc souple		
17	Couleur réaliste du nez	17.	Cou présent.●		
18	Au moins trois détails des yeux.●	18.	Bonne proportions des jambes		
19	Présence des prunelles.●	19.	Bras attachés au tronc à la place correcte		
20	Présence des sourcils	20.	Forme souple des jambes		
21	Couleur rouge de	21.	Cou souple		

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

	la bouche. ●			
22	Coiffure spéciale des cheveux	22.	Sexe reconnaissable. ●	
23	Place correcte, hauteur et largeur des yeux. ●	23.	Contour réaliste des mains	
		24.	Attache des jambes sans espace intermédiaire	
		25.	5doights ou pouce détaché des autres doigts représentés globalement	
		26.	Epaules présentes	
		27.	Bonne proportion de la tête	
		28.	Attache sans limite des jambes	
		29.	Présence de la paume de la main, avec ou sans doigts	
		30.	Attache sans limite des jambes	
		31.	Attaches sans limite des bras	
		32.	Position logique des pieds. ●	

	33.	Couleur identique et réaliste du visage et des mains	

6-1-4-Les aspects globaux du dessin de Mélina :

		Analyse	Interprétations
Les aspects globaux du dessin	-Comportement en cours d'exécution	Dessin exécuté très lentement, avec une bonne volonté, et peu stressé	Calme Identification féminine
	-Emplacement	Dessin qui déporte a la droite au milieu de la feuille Commentaire c'est une jeune fille qui aime faire belle	Attitude normale et réaliste
	-dimension et proportion	-Dessin de taille normal. - Disproportion notoire, d'une tête (triangle), absence des jambes ; une asymétrie au niveau des bras, mal placé et aussi la droite plus grande que la	L'image de corps l'image du soi n'est pas encore bien acquise ; malgré son âge de (11ans) cela indique encore une certaine immaturité dans l'image du corps et l'image du soi

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

		gauche	
	-Tracé	Dessin normal tracé bien claire contour délimité	Le tracé indique quand- même que la présence d'une fonction contenant malgré les conséquences de la maladie
	-Position et symétrie	C'est un dessin de face symétrie presque rigide, a part une certaine asymétrie au niveau des bras, des pieds et aussi des oreilles.	Cela peut indiquer une certain immaturité, et quelque difficultés a propos le schéma et l'image corporel
	-Posture et mouvement	Les bras ne sont pas identiques, dont on trouve le côté droit et baissé contrairement à la gauche qui est levée	
	-Coloriage	Pas trop de couleur, a part Les lèvres rouges et un petit accessoire rouge aussi posé sur les cheveux	Identification féminine et sexuel
		Age : inhibition Sexe : une jeune	Identification féminine

Chapitre V Présentation, analyse, interprétation et discussion des cas

	-Personnalisation	filles Identité : féminine, on remarque ça au niveau des cheveux et des vêtements	Assuré et bien définis
	-Expression	un regard direct, avec des grands yeux, et une bouche ouverte	Cela indique une forte possibilité d'une présence des signes de traumatisme psychique
	-Environnement	Absence totale	préoccupation orale et aussi sexuel, peur de manquer

6-1-5-Les aspects analytiques du dessin de Mélina :

		Analyse	Interprétations
Les aspects analytiques du dessin	-La tête	Une tête se forme d'un triangle et grandes yeux avec des grands cils, une bouche ouverte, et un petit accessoire posé sur les cheveux se forme d'une fleur	La forme du dessin à propos de la tête confirme toujours que la petite souffre d'une carence au niveau de l'image du corps
	-Le tronc	Absence totale	Problème de

DISCUSSION DES HYPOTHESES

Discussion des hypothèses :

Ce chapitre sera consacré à la discussion des résultats obtenus dans la pratique, afin de répondre à notre hypothèse « la qualité de l'image du corps est un indice très significatif de la stabilité du diabète, cela montre qu'une mauvaise qualité de l'image du corps va de pair avec l'instabilité du diabète ».

Les résultats de l'entretien semi-directif, du test du bonhomme et l'analyse des protocoles de nos sujets, nous conduit à la confirmation de notre hypothèse pour la majorité des cas. Il s'est avéré que nos sujets n'ont pas pu accepter leurs physiques après l'atteinte du diabète.

Pour le cas de Mélina, l'analyse du dessin et la constatation faite lors de l'entretien, nous a dévoilés qu'elle souffre d'une carence dans son image corporelle, ce qui veut dire que son immaturité au niveau de son image du corps influence sur la stabilité de son diabète.

Alors que pour le cas de Madjid ; à la lumière de ce qu'il a annoncé durant l'entretien, la perte de son père a influencé son état de santé. De ce fait, on a constaté qu'il souffre lui aussi de difficulté au niveau de son image corporelle, ce qui a causé l'instabilité de son diabète.

L'entretien avec Ghada a était spécial caractérisé par des phases d'inhibitions, durant l'entretien, vu sa timidité et son problème au niveau de son image du corps. L'analysé de ce cas, on a montré que la petite fille souffre d'une carence dans son image corporelle et aussi d'identification sexuelle, ou son immaturité physique a influencé sur la stabilité de son diabète.

Concernant le cas de Mélissa, sa maladie a considérablement changé sa vie, son autonomie et sa féminité, qui sont d'ailleurs la cause de son changements physique immature. Des problèmes dans son image de soi (identité

Discussion des hypothèses

masculine) ont été constatés également, induisant des perturbations de son diabète.

Au cours de l'entretien avec Thilleli, on a constaté que la petite fille n'arrive pas à accepter sa maladie et d'après l'analyse de son dessin, il s'est avéré que non seulement Thilleli a un problème de l'instabilité de son diabète mais elle souffre aussi à cause de son identité sexuelle et de complexe physique.

Enfin, pour le cas spécial de Thanina, un bon schéma corporel bien acquis a été remarqué, par contre le dessin de la petite montre d'un autre côté une souffrance d'une certaine pauvreté fantasmatiques qui indique la présence des caractéristiques de la personnalité psychosomatique.

Conclusion générale

Notre travail de recherche nous a permis d'enrichir nos connaissances que nous avons apprises durant les cours théoriques à l'université, et vérifier la véracité ou la fausseté de notre hypothèse. Notre enquête sur l'une des maladies chroniques (le diabète). Nous avons parlé de l'enfant dans un chapitre. Dans un autre chapitre nous avons parlé sur le diabète, et de l'image du corps dans un troisième chapitre.

Dans le cadre de l'étude pratique, que nous avons effectués au sein de l'hôpital d'AKBOU, nous avons tenté de démontrer les éventuels rapports existants entre l'image du corps et la stabilisation du diabète chez les enfants diabétiques.

Cet objectif est orienté vers l'étude de « l'image du corps chez les enfants diabétiques », à savoir que les changements et les transformations au niveau corporel et physiologique ont un impact visible sur l'aspect psychologique de ces enfants diabétiques ; et un aspect sur la stabilité de leur diabète.

Durant l'entretien de recherche semi directif, ainsi que les résultats obtenus lors de la passation du test du bonhomme, nous permet d'affirmer notre hypothèse. Et du coup, nous pouvons confirmer que l'image du corps des enfants diabétiques est mauvaise ; tous nos cas (Mélina, Madjid, Ghada, Mélissa et Thilleli et aussi Thanina), ont répondu parfaitement à l'hypothèse : qu'il y a un lien étroit entre l'image du corps et la stabilisation du diabète.

Enfin, cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan personnel, humain et en particulier sur le plan pédagogique, comme elle est d'un apport positif sur le plan méthodologique. Ainsi elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé à savoir, le diabète et comprendre leur vécu psychique notamment leurs images du corps. Cette

recherche a été une occasion de nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

La liste des tableaux :

Numéro du tableau	Titre du tableau	Page
Schéma N°01	Les quatre stades du développements	16
Schéma N°02	Le stade de développement moteur de l'enfant	18
Schéma N°03	Stade des opérations concrètes chez l'enfant	19
Schéma N°04	Stade des opérations formelles	19
Tableau N°01	La présentation des effectifs, matériels et locaux du S.H.P.	58
Tableau N°02	Les caractéristiques de la population d'étude	59
Tableau N°03	Echelle de maturité de dessin de Thanina	74
Tableau N°04	Les aspects globaux du dessin Thanina	77
Tableau N°05	Les aspects analytique de dessin Thanina	80
Tableau N°06	Echelle de maturité de dessin de Mélissa	83
Tableau N°07	Les aspects globaux du dessin de Mélissa	86
Tableau N°08	Les aspects analytique de dessin de Mélissa	88
Tableau N°09	Echelle de maturité de dessin de Thilleli	92
Tableau N°10	Les aspects globaux du dessin de Thilleli	95
Tableau N°11	Les aspects analytique de dessin de Thilleli	97
Tableau N°12	Echelle de maturité de dessin de Madjid	100
Tableau N°13	Les aspects globaux du	103

	dessin de Madjid	
Tableau N °14	Les aspects analytique de dessin de Madjid	105
Tableau N °15	Echelle de maturité de dessin de Gheda	108
Tableau N °16	Les aspects globaux du dessin de Gheda	111
Tableau N °17	Les aspects globaux du dessin de Gheda	113
Tableau N °18	Echelle de maturité de dessin de Melina	116
Tableau N °19	Les aspects globaux du dessin de Melina	119
Tableau N °20	Les aspects analytique de dessin de Melina	121

La liste bibliographique

Les ouvrages :

- 1/Arlond B. Ireland J. (1981) : « *Atlas en couleurs du diabète* », Paris, France, éd, Maloine.
- 2/ Altman J-J. (2013) : « *Le grand livre du diabète* », Paris. France.
- 3/Aubin A. (1970) : « *Le dessin de l'enfant inadapté* », Toulouse, France, éd, Privat.
- 4/Anné CH-D (2008) : « *La psychologie de l'enfant* », Paris, France.
- 5/Anzieu D. (1985) : « *Le moi peau* », Paris, France, éd, Dunod.
- 6/Bloch & coll. (1997) : « *dictionnaire fondamentale de psychologie* », Paris, France, éd, Larousse.
- 7/Benony H. & Chahraoui. KH. (1999) : « *L'entretien clinique* », Paris, France, éd, PUF.
- 8/Benony. H & Chahraoui. KH. (2013). « *L'entretien clinique* », Paris, France, éd, Dunod.
- 9/Buysscheart. M (2006) : « *Diabétologie clinique* », Paris, de Boeck, 3^e édition.
- 10/Buysscheart. M (2011) : « *Diabétologie clinique* », Paris, de Boeck Supérieur, 4^e édition.
- 11/Catherine. E , Pierre. F (1993) : « *La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* », Paris, Casimir-Delavign, éd, Flammarion.
- 12/Christophe. D (2001) : « *Le corps d'abord* », Paris, France, éd, Payot.
- 13/Charles R. (1968) : « *Dictionnaire de la psychologie* ». Paris, France.

La liste bibliographique

14/Dolto F. (1984) : « *L'image inconsciente du corps* », Paris, France, éd, seuil.

15/Royer. J (1977) : « *La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme* », Bruxelles, Belgique.

16/Herbert J. (1995) : « *Image du corps et échec scolaire* », paris, France,éd, Homme et perspective&Descellée de Brouwer.

17/LaplancheJ ,Pontalis J.B (1967) : «*Vocabulaire de la psychanalyse* »,éd, PUF.

18/Lacan J. (1966) : « *Le stade du miroir* », Paris, France, éd, Seuil,

19/ Lhermitte J. (1998) : « *L'image de notre corps* », Paris, France,éd, Harmattan.

20/Machover. K & Abraham. A(1965) : « *Dessin d'un personnage, méthode d'investigation de la personnalité* », Paris, France, éd, Trad.

21/Chicourie. M.J (1983) : « *LeDiabète* », Paris, France, éd, Masson.

22/Grawitz.M (2006/2001) : « *Méthodes des sciences sociales* » paris , France 11^e édition .Dalloz.

23/Geoffroy. L &Gonthier. M (2003) : « *Le diabète chez l'enfant et l'adolescent*», Montréal, hôpital sainte-justine.

24/Norbert. S (1999) : «*Dictionnaire de psychologie*», Paris, France, éd, Larousse,

25/Norbert S. (1982) : « *Dictionnaire de la psychologie* », Paris, France.

26/Nasio J.D. (2007) : « *Mon corps et ses images* », Paris,france, éd, Payot.

La liste bibliographique

27/PAUL A-O (2004) : « *Introduction à la psychologie de l'enfant* » Paris France, 18^e édition.

28/Piaget J, Inhelder B. (1966) : « *La psychologie de l'enfant* », Paris, France, éd, PUF.

29/ Sami-Ali. M (1977) : « *Corps réel, corps imaginaire* », Paris., France, éd, Dunod.

30/Sami-Ali. M(2010) : « *Corps réel, corps imaginaire* », Paris., France, éd ,Dunod.

31/Schilder. P (1968) :«*L'image du corps* », paris, France, éd, Gallimard

32/ Schweitzer. B (1990). « *Une psychologie du corps* ». Paris, France Presses universitaires de France.

33/ Wallon. H (1987) : « *Les origines du caractère chez l'enfant* », Paris, France, éd, PUF.

Sites internet :

34/Lacroix. A(1996) : Bulletin d'éducation du patient, vol.15.n°3, Décembre ; PDF.

35//(<http://www.psychologue-montpellier34.fr/2018/10/07/le-test-du-bonhomme/>).

36//(<http://guide-psycho.com/accueil/psychologie-psychotherapie-cours-et-theorie/reperes-le-dessin-du-bonhomme/>).

37/Le diabète de l'enfant et de l'adolescent (2011) : rédigé en collaboration avec L'international Society For Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), 1^e édition.

La liste bibliographique

38/Organisation mondiale de la santé (2006) ; prévention des maladies chroniques : un investissement capital. Genève : OMS édition.

39/Organisation Mondial de la Santé (2013) :

http://www.who.int/topics/diabet_mellitus/fr/.

40/WWW.Changingdiabetesaccess.com

Thèses :

41/Duprat. E (2007) : « *Relation au corps sensible et image de soi* » ; université moderne de Lisbonne, psychologie clinique et pathologie.

42/Sanglade. A (1983) : « *Image du corps et image de soi au Rorschach* », Psychologie Française : Techniques Projectives II 1983 ; 2 :104-11.

Articles :

43/Schauder. C (2002) : « *Image inconsciente du corps, castrations symboligènes et perversions dans l'oeuvre de Françoise Dolto* ».

44/Lionel Dany, Michel Morin« *Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français* », *Bulletin de psychologie* 2010/5 (Numéro 509), p. 321-334.DOI 10.3917/bupsy.509.0321.

45/Brink S.J. (2001) et all. : « *Le diabète de l'enfant et de l'adolescent* », Danemark, Novo Nordisk, l'International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes(ISPAD), www.changingdiabetesaccess.com, [16-05-2015 à 14 :43].

Annexes

Annexe 1 : Le guide d'entretien :

Axe 01 : les informations personnelles :

- 1- Nom :
- 2- Prénom :
- 3- Age :
- 4- Sexe :
- 5- Niveau d'instruction :

Axe 02 : l'histoire de la maladie :

- 1- Depuis quand est vous diabétiques ?
- 2- Comment cela a t-il été découvert ?
- 3- Qui vous a déclaré votre maladie ?
- 4- Comment à été votre réaction ?
- 5- Que savez vous de cette maladie ?
- 6- Comment traitez vous votre maladie ?
- 7- Quelle problèmes de santé avez vous déjà rencontrés en dehors de votre diabète ?

Axe 03 : le diabète au quotidien :

- 1- Est-ce-que vous avez quelqu'un de votre familles est diabétiques ?
- 2- En quoi le diabète modifie-t-il votre vie de tous les jours ?
- 3- Quelles habitudes alimentaires avez-vous modifié depuis vous êtes diabétiques ?
Comment les vivez-vous ?
- 4- Comment parlez vous de votre diabète a votre entourage ?
- 5- Est-ce-que le diabète influence sur vos études ?
- 6- Comment le diabète influence au milieu scolaire ?
- 7- Est-ce-que vos parents vous parle de diabète ?

Annexes

8- Comment vous imaginez quand vous serez grand/e ?

Axe 04 : la représentation de l'image du corps :

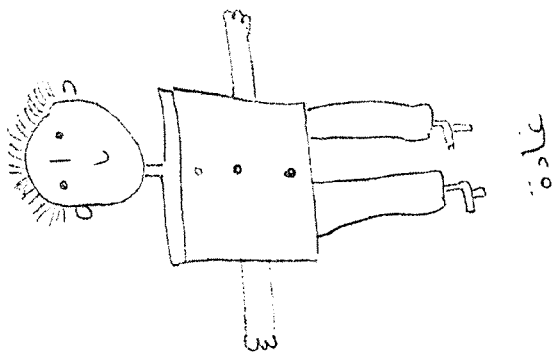
- 1- Pouvez-vous me parler de votre corps avant la maladie ?
- 2- Quel sont les changements corporelle que vous avez remarquez durant votre maladie ?
- 3- Comment vous-voyez ou bien décrire votre corps ?
- 4- Quelle est la vision de votre famille envers toi autant que diabétiques ?
- 5- Comment votre corps réagissent au traitement ?
- 6- Est-ce-que vous vous sentez différent par rapport à vos camarades de classe ?
- 7- D'après vous quelle est la partie de votre corps que vous aimez le plus ?
- 8- Aimez vous être comme le corps d'une autre personne ? Si c'est oui comme qui ?

Annexes

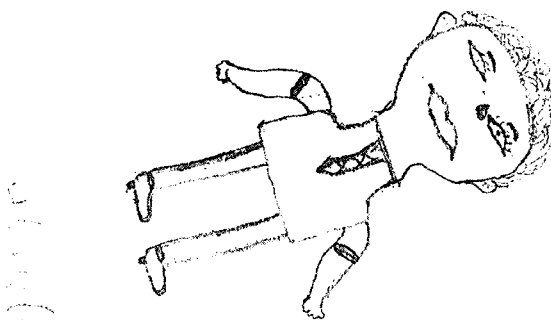
Annexe 2 : Test « Le dessin du bonhomme »



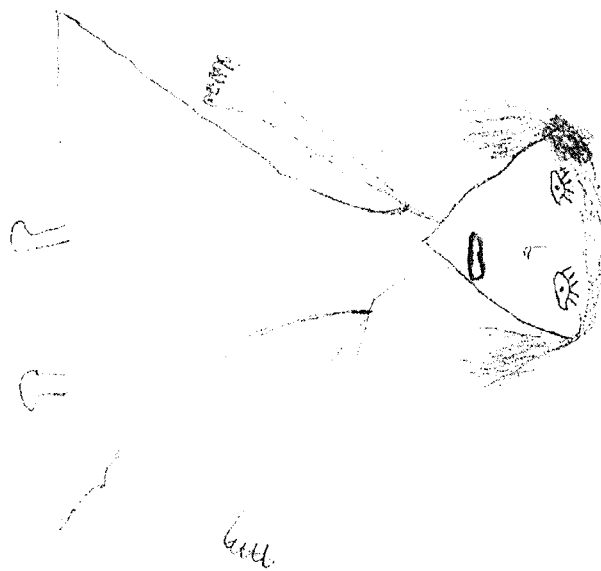
Annexes



Annexes



Annexes

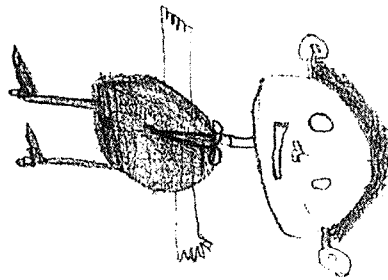


Annexes



11

Annexes



20

L'image du corps chez les enfants diabétiques

Résumé

Notre recherche est portée sur les deux notions, la maladie chronique, et leurs images corporelle.

Le diabète de Type 1 le fréquent chez les enfants, et enfaite une maladie auto-immune où le corps va produire des anticorps qui vont détruire les cellules qui produise l'insuline. L'insuline est une hormone qui permet au sucre d'être utiliser comme énergie, ainsi la représentation de leurs corps, si ils sont objectifs cela correspondra à ce qui reflété le miroir ,or celle-ci est influencer sur leurs maladie et qui engendre l'instabilité de leurs diabète. Cette image du corps est le résultat de l'intégration des émotions, relations vécues, sentiments projetés sur leurs images, et ces résultats peuvent êtres s'exprimer plutôt par des difficultés, ce qui veut-dire avoir des avis négatif sur soi. Pour cela nous avons effectuée notre recherche au sein de L'EPH d'Akbou Akloul Ali , aussi à laide de notre outils de recherche , l'entretien et le test projectif « Dessin du bonhomme ».