



Université Abderrahmane Mira de Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention d'un diplôme de

MASTER

Option : psychologie clinique

Thème

L'imaginaire Symbolique Chez les Femmes Diabétiques .

Étude Clinique Réalisée sur Trois Cas au Sein du

L'Hôpital AKLOUL -ALI D'AKBOU.

Elaboées par :

- ABDELLI MERIEM
- ABDOUS CHANEZ

Encadré par :

Dr. BELBASSAI Rachid

Année Universitaire : 2024 /2025



Remerciement

Ce travail n'aurait pas pu aboutir à des résultats satisfaisants sans l'aide et les encouragements de plusieurs personnes que nous tenons à remercier sincèrement.

Tout d'abord, nous remercions Dieu de nous avoir donné le courage, la volonté et la persévérance nécessaires pour mener à bien ce Travail

Nous exprimons notre vive gratitude à Monsieur **BELBSSAI RACHID**, enseignant-chercheur et directeur de ce mémoire, qui nous a fait l'honneur de nous proposer le thème de cette recherche et de nous accompagner avec rigueur et bienveillance tout au long de son élaboration. Sa disponibilité constante, la pertinence de ses orientations méthodologiques, ainsi que la richesse de ses remarques critiques ont grandement contribué à la qualité de ce travail. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance la plus sincère pour l'appui précieux qu'il nous a apporté à chaque étape de ce parcours académique.

Nous remercions également le directeur de l'hôpital d'akbou AKLOUL ALI, pour son accueil et sa collaboration, ainsi que Madame SAADI GHANIA, la psychologue du service des femmes, pour son orientation, sa disponibilité et son soutien constant durant notre étude.

Nos remerciements les plus sincères vont également à toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette recherche et de partager avec nous leur vécu. Leur contribution a été précieuse et indispensable à la réalisation de ce mémoire.

Nous exprimons aussi notre gratitude à tous les enseignants du Master « Psychologie Clinique » pour la qualité de leur enseignement et leur accompagnement tout au long de notre parcours universitaire.

Nos sincères remerciements s'adressent enfin aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer notre travail et pour l'honneur qu'ils nous font par leur présence.

Enfin, nous remercions chaleureusement toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.



Didicas

C'est avec une émotion sincère, une gratitude infinie et un cœur profondément habité par la reconnaissance que je dédie ce modeste travail, en hommage particulier à celles et ceux qui ont accompagné mon chemin avec bienveillance, patience et amour.

À mes chers parents, il n'y a pas de mots sur Terre pour exprimer toute la gratitude et l'amour que je ressens pour vous. Vos soutiens inébranlables, vos soins et vos sacrifices ont forgé ma personne et m'ont permis de devenir ce que je suis aujourd'hui. Votre amour constant m'aide à surmonter les hauts et les bas de la vie, et en votre présence, je trouve réconfort et compréhension. Aujourd'hui, je tiens à prendre un moment pour vous dire merci pour tout ce que vous avez fait pour moi : votre amour inébranlable, votre altruisme, vos sacrifices, ainsi que toutes les valeurs que vous m'avez transmises.

À mes frères Ali, Ferhat et Iahlou, ainsi qu'à ma belle-sœur Kahina, qui ont été mes complices, mes confidents et mes meilleurs soutiens. Votre présence a été un réconfort constant, et je vous aime profondément.

À ma famille élargie, mes tantes, oncles, cousins et cousines, dont le soutien et les encouragements ont été une véritable source de force et de courage.

À notre promoteur, M. BELBSSAI Rachid, pour son soutien précieux et son engagement à nos côtés. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

À mes âmes-sœurs, Baya et Sarah, mes cousines et amies, qui ont toujours été là pour me soutenir, m'écouter et m'aider. Je suis infiniment reconnaissante d'avoir des personnes aussi précieuses à mes côtés. Votre force, votre humour et votre bienveillance ont illuminé mes journées. Merci d'avoir été des piliers dans les moments difficiles. Je suis impatiente de voir où la vie nous mènera, mais je sais que notre lien résistera à tous les défis. Merci d'être vous, des personnes exceptionnelles. Que Dieu vous protège et vous accorde joie et bonheur, ainsi qu'à vos familles. Je vous aime énormément.

À ma binôme Chanez, À Ma copine,

Merci pour ton soutien, ta patience et ta présence tout au long de ce travail. Travailler avec toi a été un vrai plaisir, et partager ce projet avec toi a rendu l'aventure encore plus belle.

Merci pour tout. Aux sujets de recherche, car sans eux, notre travail n'aurait pas vu le jour.

Et enfin, à toutes les personnes qui nous ont aidées, de près ou de loin, dans ce travail. Merci du fond du cœur.

MERIEM

Dédicace

Du profond de mon cœur, je dédie ce travail à tous ceux qui me sont chers,

À mes chers parents, il n'y a pas de mots assez forts pour exprimer toute la gratitude et l'amour que je ressens pour vous. Votre soutien constant, vos sacrifices et votre bienveillance ont façonné la personne que je suis aujourd'hui. Votre amour m'accompagne dans les moments difficiles et me donne la force de poursuivre. Merci pour votre amour, vos sacrifices et pour les valeurs que vous m'avez transmises.

À mes frères Faouzi, Fares, et ma sœur unique Rosa, qui ont été mes compagnons de route, mes confidents et mes plus grands soutiens. Votre présence constante a été une source de réconfort, et je vous aime profondément.

À mon cher cousin Azzedine, bien que loin de nous, tu as toujours été là pour me soutenir. Ta générosité et ton aide précieuse m'ont énormément apporté. Merci pour ta présence, même à distance, et pour tout ce que tu fais pour moi.

À ma famille élargie, mes tantes, oncles, cousins et cousines, pour leur soutien sans faille et leurs encouragements, qui m'ont donné la force de poursuivre ce chemin.

À mon encadrant, M. BELBSSAI Rachid, pour son soutien précieux et son engagement à nos côtés. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

À mes copines Sarah, Dyhia, Thilelli, merci pour votre soutien et surtout votre écoute, Je vous remercie d'être des piliers dans les moments difficiles et je suis heureuse de pouvoir compter sur vous.

À ma binôme Meriem, ma sœurette, copine et confidente, merci pour ton soutien, ta patience et ta présence tout au long de ce travail. Travailler avec toi a été un plaisir, et partager ce projet a rendu cette expérience encore plus belle. Merci pour tout.

Et enfin, à toutes les personnes qui nous ont soutenues, de près ou de loin, tout au long de ce travail. Merci du fond du cœur.

Chanez

Sommaire

| | |
|--|---|
| Introduction | 1 |
| 1.Problématique et hypothèses de recherche | 4 |
| 2. Les hypothèses de recherche | 7 |
| 3. Les raison du choix de thème | 8 |
| 4. Les objectif de la recherche..... | 8 |
| 5. Opérationnalisation des concepts clé..... | 8 |

Partie Théorique

Chapitre 01 : L'imaginaire symbolique

| | |
|--|----|
| Préambule | 10 |
| 1. Historique de l'imaginaire symbolique | 10 |
| 2.Définition de l'imaginaire symbolique | 13 |
| 3. Les fondements théoriques de l'imaginaire symbolique | 14 |
| 4. L'approche psychanalytique de l'imaginaire et le symbolisme | 19 |
| 5. Les fonctions de l'imaginaire symbolique | 22 |
| 6. Le développement d'imaginaire chez les femmes | 23 |
| Synthèse | 23 |

Chapitre 02 :Aspect médical du diabète

| | |
|---|----|
| Préambule | 24 |
| 1. Définition des concepts | 24 |
| 1.1. Le diabète | 24 |
| 1.2. Le diabète sucré | 24 |
| 1.3.L'insuline | 24 |
| 1.4.L'hypoglycémie..... | 24 |
| 1.5. Hyperglycémie | 25 |
| 2. L'Histoire du diabète | 25 |
| 3. La prévalence du diabète dans le monde | 27 |
| 4. Les symptômes du diabète | 28 |
| 5. Les Types du diabète | 29 |
| 5.4.Les autres types du diabète | 30 |

| | |
|--|----|
| 6. Les Causes du diabète | 31 |
| 7. Les complication de diabète..... | 31 |
| 8. Prévention du diabète sucrée..... | 34 |
| 9. Traitement du diabète | 35 |
| 10. Vécu psychologique des diabétiques | 37 |
| Synthèse | 37 |

Partie Pratique .

CHAPITRE 03 : Méthodologie de recherche

| | |
|--|----|
| Préambule | 38 |
| 1. La pré-enquête..... | 38 |
| 2. La méthode de recherche | 38 |
| 2.1.Étude de cas..... | 39 |
| 3. Lieu de recherche | 40 |
| 4. Critères et présentation du groupe de recherche | 40 |
| 5. Les outils de recherche | 41 |
| 5.1. L'entretien clinique | 41 |
| 5.1.1.L'entretien semi-directif..... | 42 |
| 5.1.2.Le guide d'entretien: | 42 |
| 5.2. L'archétype test à 09 éléments (AT.9)..... | 42 |
| 5.2.1 Définition de test | 42 |
| 5.2.2. L'origine de test | 43 |
| 5.2.3. Description de test | 43 |
| 5.2.4. Le principe du test | 44 |
| 5.2.5 . Le choix des neuf archétypes | 45 |
| 5.2.6.Expérimentation du test | 47 |
| 5.2.7. L'analyse du test AT9 | 49 |
| 6. Le déroulement de la recherche | 61 |
| Synthèse | 62 |

Chapitre 4 : Présentation, analyse des résultatset discussion des hypothèses

| | |
|--|----|
| Préambule | 63 |
| 1.1 Présentation et analyse des résultats du 1ere cas | 63 |
| 1.1.1.Présentation et analyse des données de l'entretien | 63 |

| | |
|---|----|
| 1.1.2.Présentation et analyse du protocole AT9 de 1ere cas | 66 |
| 1.2.présentation et analyse des resultas du 2eme cas | 71 |
| 1.2.1 Présentation et analyse des données de l'entretien | 71 |
| 1.2.2.Présentation et analyse du protocole AT9 de 2eme cas | 73 |
| 1.3.1.2.présentation et analyse des resultas du 3eme cas | 77 |
| 1.3.1 Présentation et analyse des données de l'entretiens | 77 |
| 1.3.2.Présentations et analyse du protocole AT9 de 3eme cas | 79 |
| 5.Discussion des hypothèses | 83 |
| Synthèse du chapitre | 84 |
| Conclusion générale | 85 |
| Liste bibliographiques | 87 |
| Annexes. | |
| Abstract. | |

Liste des abréviations:

| | |
|---------------|--|
| AT9 : | Archétypal test a 9 éléments. |
| DID: | Diabète Insulino dépendent. |
| MODY: | Maturity Onset Diabetes of the Young. |
| HE: | Thème Héroïque. |
| MY : | Thème Mystique. |
| DUEX : | Double Univers existentiel de forme diachronique . |
| USS : | Univers Synthétique Symbolique. |
| PDS : | Pseudo-déstructuré . |
| SD : | Structuration défectueuses. |
| DS : | Divers Structurés. |
| USSD : | Univers Synthétique Symbolique (Forme cyclique). |

Liste des tableaux :

| | |
|--|----|
| Tableau 01: Illustre l'opposition entre les deux constellations d'images du régime diurne de l'imaginaire. | 19 |
| Tableau 02: Présentation du groupe de recherche. | 41 |
| Tableau 03: Tableau récapitulatif des catégories AT9. | 49 |
| Tableau 04: Critères d'analyse du dessin. | 51 |
| Tableau 05: Critères d'analyse du récit. | 52 |
| Tableau 06: Les critères d'analyse de l'implication. | 58 |
| Tableau 07: Grille d'analyse d'AT9. | 61 |
| Tableau 08 : Grille d'analyse du ^{Mme} (D). | 68 |
| Tableau 09 : Grille d'analyse du ^{Mlle} (L). | 75 |
| Tableau 10 : Grille d'analyse du ^{Mme} (K). | 81 |

Liste des figures :

| | |
|---|----|
| Figure N°01 : Schémas bilan de la régulation de la glycémie. | 25 |
| Figure N°02: Mécanisme d'absorption du glucose en condition normal de diabète type 01. | 29 |
| Figure N°03: Mécanisme d'absorption du glucose en condition normal de diabète type 02. | 30 |
| Figure N°04: Les principales complications de diabète. | 32 |
| Figure N°05: Illustration du dessin de ^{Mme} (D). | 66 |
| Figure N°06: Interprétation personnelle de dessin produit par ^{Mme} (D). | 67 |
| Figure N°07: Questionnaire d'exploration clinique proposé a ^{Mme} (D) | 67 |
| Figure N°08: Analyse symbolique des éléments figuratifs présents dans le dessin de ^{Mme} (D). | 69 |
| Figure N°09: Illustration du dessin de ^{Mlle} (L) | 73 |
| Figure N°10: Interprétation personnelle de dessin produit par ^{Mlle} (L). | 73 |
| Figure N°11: Questionnaire d'exploration clinique proposé a ^{Mlle} (L). | 74 |
| Figure N°12: Analyse symbolique des éléments figuratifs présents dans le dessin de ^{Mlle} (L). | 75 |
| Figure N°13: Illustration du dessin de ^{Mme} (K). | 79 |
| Figure N°14: Interprétation personnelle de dessin produit par ^{Mme} (K). | 79 |
| Figure N°15 : Questionnaire d'exploration clinique proposé a ^{Mme} (K). | 80 |
| Figure N°16: Analyse symbolique des éléments figuratifs présents dans le dessin de ^{Mme} (K). | 81 |



Introduction

Introduction :

Tout au long de la vie, l'individu est confronté à des événements qui viennent perturber son équilibre intérieur. Qu'ils soient d'ordre affectif, corporel ou social, ces bouleversements s'inscrivent dans le corps et la psyché, affectant profondément la perception de soi et du monde. Parmi ces expériences marquantes, la maladie chronique, telle que le diabète, occupe une place particulière par sa permanence, sa visibilité, et les ajustements qu'elle impose au quotidien

Le diabète, en tant que maladie chronique, dépasse largement les seules dimensions biologiques. Il s'inscrit dans une expérience de vie qui transforme le rapport au corps, à l'alimentation, au temps, et à soi-même. Chez la femme, cette expérience peut être encore plus complexe, car elle se mêle à des représentations sociales, culturelles et symboliques liées au féminin, au soin, à la maternité, et à la vulnérabilité.

Le diabète sucré est une affection chronique du soit à une insuffisance génétique ou acquise de la production d'insuline par le pancréas, soit au fait que cette insuline n'est pas assez active. Cette insuffisance provoque une augmentation de la glycémie (concentration de glucose dans le sang) qui conduit à son tour à des lésions affectant plusieurs appareils ou systèmes, en particulier les vaisseaux et les nerfs.

En particulier chez les femmes, cette maladie suscite une multitude de représentations conscientes et inconscientes, influencées par des constructions sociales, culturelles et psychiques spécifiques. Dès lors, la pathologie devient un foyer actif de sens : elle convoque un imaginaire symbolique fait d'images, de mythes, d'archétypes, qui réinterprètent l'expérience vécue de la maladie.

« L'imaginaire comme le carrefour d'échange de deux mondes que sont les pulsions du moi profond et les pressions du milieu matériel de environnement culturel et social ».(SAMAKÉ & BODO.2019,P25).

C'est là que l'imaginaire symbolique prend toute son importance. Inspirée par les travaux de Gilbert Durand et d'autres penseurs de l'imaginaire, cette approche permet de comprendre comment les femmes diabétiques donnent sens à leur maladie à travers des images, des récits, des symboles, parfois inconscients, qui structurent leur manière d'exister avec la maladie.

Le symbolique, dans cette perspective, ne peut être réduit à un simple système de signes ou à une grammaire universelle. Il est porté et façonné par les significations imaginaires sociales propres à chaque collectivité. Ces significations ne sont pas traduisibles dans des équivalences formelles; elles s'incarnent dans les pratiques, les rites, les représentations, les formes d'habitation du monde. En ce sens, le sens ne peut se réduire au langage : il est ce qui traverse et soutient l'ensemble du social-historique. Ainsi, le symbolique ne fonctionne que parce qu'il est soutenu par l'imaginaire, parce qu'il est investi par une force créatrice qui excède toute formalisation.

C'est donc dans cette articulation dynamique que se joue le rapport entre imaginaire symbolique chez Castoriadis : l'un (le symbolique) ne peut être pensé sans l'autre

(l'imaginaire), mais leur relation n'est pas d'équilibre ou de hiérarchie inversée : elle est d'engendrement. Le symbolique est une expression stabilisée, instituée, socialisée de l'imaginaire. À ce titre, toute forme symbolique – y compris dans ses expressions culturelles, religieuses ou artistiques – témoigne de cette puissance créatrice qui anime les sociétés humaines.

L'imaginaire symbolique, en tant que structure fondamentale de médiation entre le corps et la psyché, déterminant dans la manière dont la femme diabétique s'approprie, transforme ou résiste à sa condition. Il s'agit d'un espace intérieur où se tissent des images, souvent archaïques, porteuses de sens, qui viennent soutenir ou parfois alourdir le vécu de la maladie.

Chez les femmes, le diabète peut réactiver ou reconfigurer un imaginaire profondément inscrit dans les représentations du corps, de la maternité, de la cyclicité biologique et des normes socioculturelles associées au féminin. Le corps atteint par la maladie devient ainsi un espace de projection privilégié des conflits psychiques latents, mais également un support de symbolisation à travers lequel le sujet tente de restaurer une cohérence interne face à la rupture imposée par la pathologie. En tant que modalité d'expression de l'inconscient et du préverbal, l'imaginaire permet de figurer l'indicible – qu'il s'agisse de la douleur, de l'angoisse ou des processus de transformation identitaire. Il constitue dès lors un outil heuristique précieux pour appréhender la manière dont les femmes diabétiques s'approprient leur maladie, la mettent en récit, et en font parfois le vecteur d'un travail de subjectivation et de création de sens.

Dans notre étude, qui porte sur l'imaginaire symbolique chez les femmes diabétique plus précisément les femmes âgées entre 22 et 53 ans, nous avons choisi comme terrain d'étude l'hôpital Akloul Ali d'Akbou, qui répond aux objectifs de notre recherche.

Pour réaliser notre recherche, c'est l'approche clinique qualitative que nous avons adoptée comme cadre de référence, dans la mesure où elle se centre sur les processus inconscients, les conflits internes, les représentations symboliques, les productions projectives et imaginaires. Cette approche nous a permis de mieux comprendre les mécanismes psychiques sous-jacents, d'explorer les dimensions profondes du vécu subjectif de nos participantes, et d'interpréter l'imaginaire symbolique en lien avec leur rapport au corps, à la maladie et au féminin.

Dans le but de mener à bien notre recherche, nous avons opté pour la méthode clinique par étude de cas. Pour la récolte des données, nous avons utilisé l'entretien clinique semi-directif ainsi que le test projectif AT9, afin d'explorer en profondeur l'imaginaire symbolique chez les femmes diabétique

Notre recherche est structurée en deux grandes parties. Elle débute par une introduction exposant la problématique, la question générale, les hypothèses et l'opérationnalisation des concepts. La première partie, théorique, comprend deux chapitres :

- *Le premier chapitre* présente l'approche psychanalytique de l'imaginaire symbolique en définissant les concepts clés selon divers auteurs (Durand, Freud, Jung, Lacan, etc.). Il explore l'historique du concept, les fondements théoriques de l'imaginaire symbolique, puis les structures de cet imaginaire à travers les mythes, symboles et archétypes, il traite le

développement de l'imaginaire symbolique chez l'adolescent, pour enfin conclure avec une synthèse du chapitre.

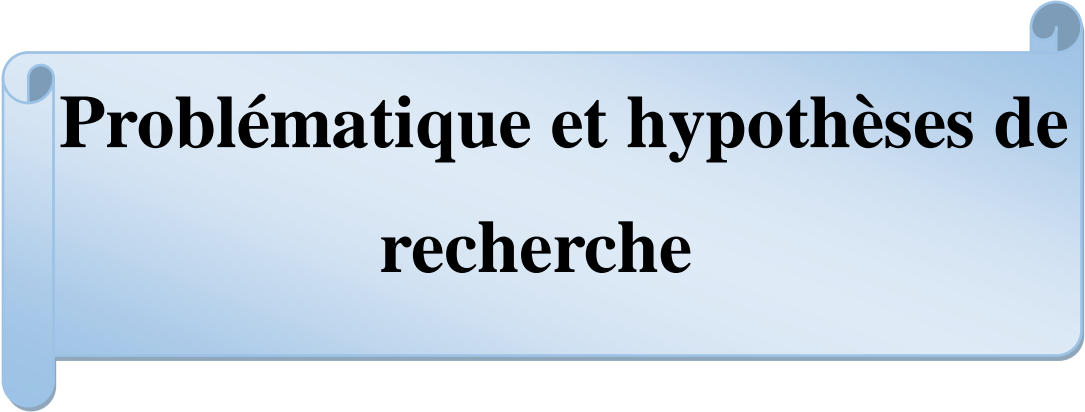
- *Le deuxième chapitre* est consacré à la présentation de l'aspect médical et psychologique du diabète. Dans un premier temps, il retrace l'historique du diabète, en définissant la maladie et en détaillant les symptômes caractéristiques. Nous explorerons également l'épidémiologie du diabète, les différents types de diabète, leurs complications possibles et les traitements qui y sont associés. Par la suite, le chapitre s'intéressera à l'aspect psychologique du diabète, en analysant l'état psychologique des patients diabétiques, notamment les différentes phases d'acceptation de la maladie. En conclusion, ce chapitre proposera une synthèse.

Ensuite vient une deuxième partie, qui se compose de la partie pratique et qui est constituée de deux chapitres.

- *Le premier chapitre* sera consacré à la méthodologie de la recherche, dans lequel nous présenterons la méthode, les outils de recherche adoptés ainsi que leurs analyses, le lieu de recherche, le groupe de recherche, le déroulement de la pratique, l'attitude du chercheur ainsi que les difficultés rencontrées.

- *Le deuxième chapitre* sera consacré à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus ainsi que sur la discussion des hypothèses dans le but de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

Enfin, nous conclurons notre recherche par une conclusion, une liste bibliographique et une liste des annexes



Problématique et hypothèses de recherche

1. Problématique :

Depuis toujours, la santé représente une préoccupation essentielle pour l'être humain. Afin de préserver son bien-être, il a constamment cherché des remèdes en puisant à la fois dans les ressources de son environnement naturel et dans son univers spirituel. Bien que la médecine ait connu des progrès considérables au fil des siècles, certains obstacles demeurent et continuent de causer des ravages, affectant non seulement le corps mais aussi le psychisme de la personne.

Parmi ces maladies chroniques, le diabète occupe une place importante. Le diabète est une maladie caractérisée par un problème de métabolisme du glucose et se traduisant par des taux très élevés de sucre dans le sang (hyperglycémie). Il est du soit à un arrêt de la production de l'insuline par le pancréas « diabète de type 1 », soit à une diminution de la capacité du pancréas à produire de l'insuline associée à une résistance de l'organisme à l'action de cette hormone « diabète de type 2 ».(MARILOU & BRUNO, 2001, P.95).

Dans la terminologie neurologique, Berube (1991), définit la maladie chronique comme : « une maladie de longue durée, caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois, par la récupération ou par le décès, par cachexie ou par une complication d'une maladie grave ». (BERUBE,1991, P.130).

Le diabète peut être défini comme un état de carence relative ou absolue de la sécrétion insulinaire endogène, couplé ou non à un état d'insulinorésistance.

Toutefois cette définition ne peut être utilisée en pratique clinique car les Généralités méthodes d'estimation de l'insulinosécrétion endogène et de l'insulinorésistance sont difficilement applicables en routine. Pour cette raison, au lieu de définir le diabète par sa cause, on le définit sur conséquences, c'est-à-dire sur les désordres glycémiques qui sont engendrés par les troubles de l'insulinosécrétion. (MONNIER & COLETTE, 2019,P.37-38).

Le diabète sucré est défini par l'OMS comme : « un groupe de maladies métaboliques, Caractérisé par une hyperglycémie chronique de degré variable résultant d'un défaut de la sécrétion de l'insuline ou de l'action de l'insuline ou des deux anomalies conjuguées ». Il est le résultat d'une interaction entre un terrain prédisposé génétiquement et un environnement incluant plusieurs facteurs souvent intriqués. Le diabète sucré est responsable d'une surmortalité (espérance de vie raccourcie d'une dizaine d'années en rapport avec les complications cardiovasculaires et métaboliques) et d'une morbidité lourde incluant les complications dégénératives, gravidiques, infectieuses ... L'amélioration du pronostic du diabète sucré est basée sur une stratégie basée sur les moyens hygiéno-diététiques, les médicaments et l'éducation thérapeutique permettant d'atteindre des objectifs métaboliques personnalisés.

Problématique et hypothèses de recherche

Selon les estimations de la Fédération internationale du diabète (FID) en(2025), le nombre de personnes atteintes de cette maladie dans le monde indique que 11,1 % -soit 1 personne sur 9- de la population adulte (20-79 ans) vit avec le diabète, et que plus de 4 personnes sur 10 ignorent qu'elles en sont atteintes.

D'ici 2050, les projections de FID montrent qu'un adulte sur huit, soit environ 853 millions de personnes, vivra avec le diabète, ce qui représente une augmentation de 46%. (<https://idf.org/fr/about-diabetes/>).

A cet effet, nous pouvons distingués principalement deux types de diabète : le diabète de type 1 qui touche environ 6% des diabétiques et le diabète de type 2 qui en touche 92 %. Les autres types de diabète concernent les 2% restants. (www.federationdesdiabetiques.org).

Le diabète de type 1, est une maladie auto-immune spécifique des cellules B-pancréatiques, est un concept qui a à peine 40 ans. Dans les années soixante-dix, la découverte de nouveaux marqueurs comme les anticorps anti-ilots de Langerhans détectés par immunofluorescence indirecte sur coupes de pancréas humain par Bottazzo et les molécules du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) associées au diabète par le groupe de Jens Nerup ont permis un classement nosographique de cette forme de diabète et son appellation actuelle de diabète de type 1. (MONNIER & COLETTE, 2019, P.27).

Le diabète de type 2 dans sa forme commune est une maladie multifactorielle, interface entre la résistance des tissus à l'action de l'insuline, conséquence délétère de la civilisation dite moderne, et de l'incapacité, génétiquement transmise ou acquise aux premiers âges de la vie. . (MONNIER & COLETTE, 2019, P.28).

L'Algérie fait partie des 21 pays et territoires de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA) définie par la Fédération Internationale du Diabète (IDF). Elle se classe au cinquième rang régional en nombre d'adultes (âgés de 20 à 79 ans) atteints de diabète. En 2011, on comptait environ 1,4 million de personnes diabétiques dans cette tranche d'âge. Ce chiffre a considérablement augmenté pour atteindre 4,8 millions en 2024, et les projections estiment qu'il s'élèvera à 7,9 millions d'ici 2050. Cette évolution met en lumière une progression préoccupante de la prévalence du diabète en Algérie, appelant à des mesures de santé publique urgentes pour enrayer cette tendance. (<https://www.diabetesatlas.org>).

Le nombre de diabétiques en Algérie, selon les données du ministère de la santé, est d'environ 15% de la population âgée de 18 ans et plus, soit près de 2,8 millions de patients. Si des mesures préventives ne sont pas prises, ce nombre pourrait atteindre 5 millions de diabétiques d'ici 2030.

En 2024, on estime que près de 5 millions de personnes en Algérie sont atteintes de diabète.

Cette prévalence est en augmentation, ce qui souligne l'importance croissante de la gestion et de la prévention de cette maladie dans le pays. (<https://www.aps.dz/sante-science-technologie/>).

Si la littérature médicale s'est abondamment penchée sur les complications somatiques du diabète, la dimension psychique et symbolique de cette maladie reste encore sous-explorée, notamment chez la femme. Or, le corps malade ne se vit pas seulement à travers les symptômes ; il est également porteur d'un imaginaire, nourri de représentations culturelles, personnelles et inconscientes.

Les acceptions du terme « imagination » sont variées, globalement et dans la tradition philosophique, l'imagination se définit comme « la faculté de former des images, c'est-à-dire des représentations d'objets ou de personnes réels ou fictifs, voire d'idées abstraites ».

Trois fonctions principales lui sont attribuées : Une fonction compensatrice qui évoque une réalité en son absence. Une fonction émancipatrice qui projette le possible et une fonction révélatrice qui permet l'accès aux dimensions invisibles du monde. (CHEIKHROUHOU, 2024, P. 24-25).

Étymologiquement, imagination est solidaire d'imgo, représentation, imitation, et d'imitator, "imiter, reproduire". Pour une fois, l'étymologie fait écho aussi bien aux réalités psychologiques qu'à la vérité spirituelle. L'imagination imite des modèles exemplaires — les Images —, les reproduit, les réactualise, les répète sans fin. Avoir de l'imagination, c'est voir le monde dans sa totalité ; car c'est le pouvoir et la mission des Images de montrer tout ce qui demeure réfractaire au concept. (FELS, 2009, P.88–89).

L'homme, dans son essence même, est « homme créatif », et l'homme créatif est fondamentalement « homme imaginant ». Sans cette dimension qui a permis à notre espèce de sortir de la répétition, pour inventer, adapter, questionner, nous n'existerions pas. Imaginer, cela signifie produire des images, les organiser et les transformer. Cela veut dire être capable de les remodeler, de les contester, de les choisir en fonction de valeurs individuelles ou collectives réfléchies par la raison. Mais où trouver des méthodes intégrant l'imaginaire à l'ensemble des autres ressources. (VERNEYRE, 2005).

Gilbert Durand nomme imaginaire : l'ensemble des images et des relations d'images qui constitue le capital de pensée de l'homo sapiens. L'imaginaire constitue ce carrefour anthropologique qui permet de souligner la nécessité d'une démarche pluridisciplinaire, parce que cela éclaire une science humaine par une autre science humaine. (XIBERRAS, 2002, p.30).

Selon Gilbert Durand, la conscience disposerait de deux façons pour se représenter le monde et ses différents aspects. La première serait directe, et selon laquelle la chose elle-même semble présente à l'esprit, par exemple dans la perception ou la simple sensation d'un

phénomène. La seconde serait indirecte lorsque, pour une raison ou pour une autre, la chose n'est pas en mesure de se présenter en chair et en os à la sensibilité, par exemple dans les différents souvenirs de notre enfance, ou bien dans l'imagination des paysages de la planète Mars, dans l'intelligence de la ronde des électrons autour du noyau atomique ou dans la représentation que nous pourrions nous faire d'un au-delà de la mort. Dans tous ces exemples de conscience directe, l'objet absent est représenté à la conscience par une image, au sens large de ce terme. (LAPRÉE & BELLEHUMEUR, 1876, P.184-185).

De nombreux travaux se sont penchés sur l'étude de l'imaginaire et de l'imagination, dans le but de mieux comprendre leurs mécanismes et leur place dans la pensée humaine. Parmi les auteurs majeurs, Gilbert Durand occupe une place centrale. Il conçoit l'imagination comme une énergie vitale qui se projette sur le monde extérieur et s'organise autour de trois grandes structures de l'imaginaire : la structure héroïque (ou schizomorphe), la structure mystique et la structure synthétique. Ces structures représentent des manières fondamentales de penser, chacune donnant naissance à un ensemble d'images symboliques qui condensent cette énergie projetée. (DURAND, 2005).

Yves Durand, psychologue et ami de Gilbert Durand, a élaboré un outil qui permet de diagnostiquer l'imaginaire des individus à partir du modèle Durandien des Structures anthropologiques de l'imaginaire. Cette procédure a pour but de recueillir des échantillons d'univers mythiques individuels, ou imaginaire collectif et imaginaire Individuelle ou des micro-univers mythiques, susceptibles de faire l'objet d'une classification selon les trois grandes structures de l'imaginaire. (XIBERRAS, 2002, P.146).

Dans le cadre de notre étude, nous cherchons à comprendre que l'imaginaire symbolique structure la pensée de la plupart des femmes atteintes de diabète. En effet, nous souhaitons explorer comment ces femmes investissent symboliquement leur maladie, et si les représentations qu'elles en ont – qu'elles soient liées à la fragilité, à la force intérieure, ou à une certaine posture de résilience – correspondent à une structure imaginaire cohérente. Pour ce faire, nous avons tenté d'appliquer l'entretien semi-directif et le test AT.9 afin de répondre aux interrogations suivantes :

Comment ces femmes diabétiques construisent-elles le sens autour de leurs conditions de vie et de santé liés à leurs maladies ? Quels sont les éléments symboliques récurrents dans leur discours ou leur perception d'elles-mêmes en tant que personnes diabétiques ?

2. Les hypothèses de la recherche :

2.1-Les femmes diabétiques construisent le sens autour de leurs conditions de vie et de santé vue leurs maladies d'une structure imaginaire de type synthétique .

2.2-Les récits révèlent un imaginaire riche en symboles exprimant le vécu psychique de la maladie. Le diabète chez ces femmes diabétiques est vécu comme une épreuve de

transformation dans l'image somatique et psychique féminine dotée d'une expression symbolique proche de factuelle et du quotidien.

3. Les raisons du choix de thème :

Le choix de notre thème "L'imaginaire symbolique chez les femmes diabétiques", a été éveillé notre curiosité car il permet d'explorer le vécu psychique d'une maladie chronique à travers ses expressions symboliques. Bien que l'approche n'ait pas été facile au début, nous avons progressivement appris à repérer et analyser l'imaginaire lié à la maladie chez les participantes. Ce thème nous a semblé pertinent pour mieux comprendre l'impact du diabète sur la dimension psychique et symbolique du vécu féminin.

4. Les objectifs de la recherche :

Les objectifs de notre recherche sont les suivants :

- ✓ Analyser les représentations symboliques associées au diabète chez les femmes, à travers leurs discours, leurs images mentales et leurs vécus corporels.
- ✓ Explorer la manière dont la maladie chronique influence l'imaginaire symbolique féminin, notamment en lien avec la féminité, le corps et la vulnérabilité
- ✓ Étudier les mécanismes psychiques de symbolisation mobilisés face à la maladie, en s'appuyant sur des outils projectifs comme le test AT9
- ✓ Mettre en évidence les fonctions de l'imaginaire symbolique dans la construction du sens de la maladie et dans les dynamiques identitaires des femmes diabétiques.

5. Opérationnalisation des concepts clé :

- ✧ **Imaginaire** : Gilbert Durand il appréhende l'imaginaire comme "un dynamisme organisateur qui est facteur d'homogénéité dans la représentation". (SAMAKÉ & BODO, 2019, p. 31).

Commentaires : Gilbert Durand définit l'imaginaire comme un « dynamisme organisateur » qui produit une homogénéité dans les représentations. Cela signifie qu'il s'agit d'une force interne qui structure et ordonne les images mentales. L'imaginaire, selon lui, agit donc comme un principe de cohérence dans la formation des représentations.

- ✧ **Symbolique**: C'est l'ensemble des symboles à significations constantes qui peuvent être retrouvés dans diverses productions de l'inconscient. (LAPLANCHE & PONTALIS, 1981. P.923).

Commentaires : Veut dire que la symbolique désigne le rapport entre une expression manifeste (comportement, parole, pensée) et un contenu latent, souvent inconscient. Elle constitue un outil fondamental d'interprétation dans les disciplines cliniques et herméneutiques, en révélant le sens caché derrière les formes apparentes.

- ✧ **Diabète sucré** : C'est une maladie du métabolisme ayant plusieurs facteurs, qui provoque

une augmentation des taux de sucre dans le sang.

- ✧ **Diabète de type 1:** Il s'agit d'une maladie auto-immune caractérisée par une insuffisance d'insuline".. (ALTMAN,2014, P.351).
- ✧ **Diabète de type 2:**C'est une maladie métabolique caractérisée par une régulation inadaptée de la glycémie".(ALTMAN, 2014, P.351).
- ✧ **Hyperglycémie:** est un taux de sucre dans le sang trop élevé .(ALTMAN,2014, P.355).
- ✧ **Hypoglycémie :** Veux dire, un taux de sucre dans le sang est trop bas, ou inférieur à la norme 0.60 g/l.(ALTMAN,2014, P.354).

Partie théorique

Chapitre 01 : L'imaginaire symbolique.

Préambule :

Gilbert Durand est l'un des précurseurs des recherches sur l'imaginaire. Il a forgé des outils pour étudier les configurations d'images propres à des créateurs individuels, des agents sociaux ou des catégories culturelles. Son œuvre sur les mythes et les symboles, qui convoquent de nombreuses disciplines, peut se lire comme une vaste entreprise de réhabilitation de l'imaginaire.

L'imaginaire symbolique, est donc une trame invisible qui façonne nos représentations du monde et nos liens avec autrui. En psychanalyse, il est souvent perçu comme un lieu de projections et d'identifications, mais aussi comme un outil fondamental dans la construction de la subjectivité.

1. Historique de l'imaginaire symbolique :**1.1. L'imaginaire dans la pensée philosophique :**

Le thème de l'imaginaire est alors dominé par les analyses sartriennes (*L'imagination*, 1936, *L'imaginaire*, 1940) et, dans une autre perspective, celles de Bachelard dont les principales études sur l'univers de l'imagination poétique sont publiées au cours des années 1940.

Et c'est avec Jean-Paul Sartre que l'acception de «l'imagination» a pris une tournure différente; en la considérant comme un état de la conscience et non plus une faculté indépendante de cette dernière, elle devient pensante et non seulement imitatrice du monde, participant ainsi au renouvellement de la définition de l'imaginaire en réattribuant à l'image une valeur nouvelle, du fait qu'elle dépasse la chose qu'elle représente. Bien qu'une «substantification» de l'imaginaire soit imposée, «l'ancrage de celui-ci dans l'irréel, son inféodation aux perceptions sensibles fût-ce pour s'en libérer et son traitement purement abstrait ne pouvaient suffire à une véritable réhabilitation philosophique de la « folle du logis ».(CHEIKHROUHOU, 2024, P.25).

La seule pensée, dont on puisse faire l'hypothèse qu'elle ait joué un rôle dans la genèse du concept castoriadien de l'imaginaire, est celle de Lacan. C'est au tout début des années soixante que Castoriadis se tourne vers la psychanalyse, entreprenant d'une part, en 1960, une psychanalyse qui le conduira, en 1973, à s'établir comme psychanalyste, et assistant d'autre part au séminaire de (Lacan, J) de 1964 au 1968.

Castoriadis, dans le moment même où il élabore le cœur de sa pensée philosophique, se situe donc, pour une part au moins, par rapport à Lacan, au demeurant régulièrement cité. Et, c'est probablement la critique de la conception lacanienne qui le conduit à formuler sa propre théorie de l'imaginaire et à faire valoir, a posteriori, que la question de l'imagination est, de manière masquée, au centre de l'œuvre de Freud qui, dit-il, en parle sans cesse sans en

employer jamais le terme. Bref, l'origine du développement original du thème de l'imaginaire chez Castoriadis n'est pas à chercher dans la discussion avec les philosophes mais dans la discussion avec la psychanalyse. Les considérations sur les linéaments d'une authentique pensée de l'imagination dans la tradition philosophique, en particulier chez Aristote, Kant et Heidegger, que Castoriadis passe systématiquement en revue dans un texte intitulé «La découverte de l'imagination» n'indiquent pas les jalons de la genèse de sa propre pensée mais procèdent d'un regard rétrospectif qui, bien plutôt, constitue l'occasion d'un développement et d'un approfondissement après-coup de ses thèses. (KLIMIS & EYNDE, 2006, p. 128).

1. 2. L'école structuraliste de l'imaginaire :

Claude Lévi-Strauss, considéré comme le chef de file de l'école structuraliste, a consacré la majeure partie de ses travaux à étudier des opérations de transformation sur des structures symboliques telles que : règles de parenté, mythes, rituels, formes esthétiques, formes sociales et autres. (LÉVY, 2011, P. 256).

C'est ce qui fait la différence fondamentale entre la réduction sémantique directe, du fonctionnalisme de (Dumézil, G) et la réduction translinguistique du « structuralisme » de (Lévi-Strauss, C). Ce n'est pas du tout sur une linguistique positiviste, au niveau du lexique et du sémantisme que Lévi-Strauss va aligner son anthropologie et spécialement son herméneutique, mais sur la phonologie structurale : l'ambition de Lévi-Strauss c'est de faire accomplir à la sociologie -et spécialement à l'herméneutique sociologique- un progrès analogue quant à la forme (sinon quant au contenu) à celui introduit par la phonologie. (DURAND, 1964, P. 55).

En effet, l'herméneutique structurelle, comme la phonologie, refuse de traiter les termes comme des entités indépendantes, prenant au contraire comme base de son analyse les relations entre les termes. (Durand, G) rejette que c'est ce qui constitue le ressort même du structuralisme : la possibilité de déchiffrer un ensemble symbolique, un mythe, en le réduisant à des relations signifiantes. Or, comment distinguer ces relations ? Comment établir des relations non arbitraires, c'est-à-dire constitutives, pouvant être données comme des lois ? De même que la phonologie dépasse et délaisse les petites unités sémantiques (phonèmes, morphèmes, sémantèmes) pour s'intéresser au dynamisme des relations entre les phonèmes, de même la mythologie structuraliste ne s'arrête jamais à un symbole séparé de son contexte : elle a pour objet la phrase complexe dans laquelle s'établissent des relations entre les sémantèmes et c'est cette phrase qui constitue le mytheme, « grosse unité constitutive » qui par sa complexité, « a la nature d'une relation ». (DURAND, 1964, P. 56).

Pour la psychanalyse, l'inconscient est une véritable faculté toujours «pleine», et simplement pleine du potentiel énergétique de la libido. L'ambiance sociale, les situations de la vie individuelle viennent modeler de façons multiples, viennent « métamorphoser » et

masquer plus ou moins cet unique courant de vie, cet élan spécifique dont la puissance vitale déborde de tous côtés la claire volonté individuelle, et teintent sans cesse sur le contenu de la représentation, colore toutes les images et les attitudes. Pour le sociologue au contraire, l'inconscient «est toujours vide», «aussi étranger aux images que l'estomac aux aliments qui le traversent», il se borne à «imposer les lois structurales» et la structuration -qui est étrangement la même faculté que l'intelligence, une sorte d'intelligence non consciente- intègre dans ses formes simples les images, les sémantiques véhiculées par le social.(DURAND, 1964, P. 60).

Mais pour la psychanalyse comme pour la sociologie de l'imaginaire, le symbole ne renvoie, en dernière analyse, qu'à un épisode régional. La transcendance du symbolisé est toujours niée au profit d'une réduction au symbolisant explicité. Finalement, psychanalyse ou structuralisme réduisent le symbole au signe ou, dans les meilleurs cas, à l'allégorie. «L'effet de transcendance» ne serait dû, dans l'une et l'autre doctrine qu'à l'opacité de l'inconscient. Un effort d'élucidation intellectualiste anime Lévi-Strauss comme Freud. Toute leur méthode s'efforce de réduire le symbole au signe.(DURAND, 1964, P. 61).

1.3. L'imaginaire Duradienne :

Les Structures anthropologiques de l'imaginaire de Gilbert Durand s'inscrivent dans un contexte intellectuel marqué par une double influence française et allemande. Son travail, issu d'une thèse soutenue dans les années 1960, s'inspire des courants philosophiques français, notamment l'héritage de Bergson et Bachelard, ainsi que de la phénoménologie de Merleau-Ponty et de l'existentialisme de Sartre. Parallèlement, sa réflexion est nourrie par la tradition allemande, depuis le romantisme jusqu'à la phénoménologie de Heidegger. (LAPRÉE & BELLEHUMEUR, 1876, P. 4).

Dans cette œuvre, (Durand, G) entreprend une revalorisation de l'imaginaire en sciences humaines, contestant l'hégémonie du positivisme et du scientisme, ainsi que les approches réductionnistes du marxisme et de la psychanalyse freudienne. Il rejette une vision strictement rationaliste et euro-centrée de l'homme et propose une anthropologie élargie intégrant la diversité des imaginaires culturels. (LAPRÉE & BELLEHUMEUR, 1876, P. 6).

Sa démarche repose sur trois principes fondamentaux : Une réintégration des savoirs symboliques ; il refuse l'exclusion des formes de connaissance rejetées par la rationalité occidentale et plaide pour une science de l'homme prenant en compte toutes ses dimensions, tant rationnelles que spirituelles. Une ouverture aux imaginaires non occidentaux ; il dépasse le modèle progressiste dominant en Occident et s'intéresse aux conceptions symboliques développées dans d'autres cultures. Une articulation entre sciences humaines et sciences naturelles ; il revendique une approche interdisciplinaire intégrant les découvertes récentes de

la neurobiologie et de la physique quantique pour mieux comprendre l'homme dans sa globalité. (LAPRÉE & BELLEHUMEUR, 1876, P. 7).

Sur le plan méthodologique, (Durand, G) cherche à dépasser l'opposition entre structuralisme et herméneutique. Il conserve du structuralisme de Lévi-Strauss l'idée que les mythes obéissent à des structures formelles, tout en intégrant la perspective herméneutique de Ricœur, qui insiste sur l'importance du contexte historique et existentiel dans leur interprétation. Cette synthèse conduit à l'élaboration de la mytho-critique et de la myth-analyse, qui offrent une lecture dynamique et signifiante des structures de l'imaginaire

L'a anthropologie Durandienne repose ainsi sur trois axes majeurs :

1. Une classification des structures de l'imaginaire en fonction des postures corporelles, des figures symboliques et des récits culturels, définissant un *homo-symbolicus* universel. (LAPRÉE & BELLEHUMEUR, 1876, P. 8).
2. Une prise en compte de la dimension historique, intégrant l'évolution et les cycles de transformation des mythes à travers le temps (mythodologie).
3. Une vision intégrative de l'imaginaire, qui ne se limite pas à une fonction cognitive mais s'inscrit dans une dynamique corporelle, affective et collective, reliant l'individu à son environnement culturel

Durand rejoint ainsi l'intuition de Bachelard selon laquelle les images premières sont chargées d'affects et de significations symboliques ambivalentes. L'étude de l'imaginaire nécessite donc une approche transdisciplinaire mobilisant la psychologie, la sociologie, l'histoire de l'art et les sciences du vivant, afin de restituer une vision complète et dynamique de la culture humaine. (LAPRÉE & BELLEHUMEUR, 1876, P. 9).

2. Définition de l'imaginaire symbolique :

L'imaginaire vient du latin «*imaginarius*» qui fait allusion à l'imagination. Il dérive du mot «*imago*» qui signifie représentation, imitation, copie, portrait, également fantôme, songe, etc. L'imaginaire englobe alors l'ensemble des images produites par la conscience. (SAMAKÉ & BODO, 2019, p. 32).

L'imaginaire est le champ d'application de la fonction symbolique, c'est donc un passage incontournable de la vie mentale. (VERNEYRE, 2005).

L'imaginaire soutient-il, doit utiliser le symbolique non seulement pour s'exprimer mais pour exister, pour passer du virtuel à quelque chose de plus. (XIBERRAS, 2002, P. 33).

3. Les fondements théoriques de l'imaginaire symbolique :

3.1. Définition du champ de l'imaginaire symbolique :

Avec l'Imaginaire, (Durand, G. 1969), propose de porter sur l'homme comme sur le monde un regard « pluriel », auquel le rationalisme des sciences dites « dures », jusqu'au XXème siècle, ne nous a pas invités. L'Imaginaire est à comprendre comme une réponse à l'angoisse existentielle de l'Homme devant le Temps qui, vécu de façon linéaire, le conduit inéluctablement à la Mort. Il naît du « trajet anthropologique » - va-et-vient entre les pulsions subjectives de l'individu et les intimations objectives du milieu - « résultant d'un accord entre les désirs et les objets de l'ambiance sociale et culturelle ». Il est universel et intemporel, « fond commun des civilisations ». (DURAND, 1969, P.36-38).

Les travaux de Gilbert Durand mènent à une théorie générale de l'imaginaire montrant les potentiels formateurs des images symboliques dans tous les domaines de la vie et menant à la convergence des herméneutiques. En effet, quel que soit le domaine étudié, l'imagination apparaît comme un facteur général d'équilibration psycho-sociale reposant sur la polarité naturelle des symboles. Cette polarité se retrouve dans les modèles de sociétés tels l'Orient et l'Occident, les cultures apolliniennes ou dionysiennes conduisant à un dualisme antagoniste et une dynamique qui anime, dynamise, vivifie, le symbolisme d'une culture donnée.

Ainsi, tant par l'analyse statique que nous procure la psychologie que par les résultats génétiques que nous propose l'anthropologie culturelle, l'on débouche toujours sur des données symboliques biopolaire, définissant à travers toute l'anthropologie, tant psychologique que culturelle et sociale, un vaste système d'équilibre antagoniste, dans lequel l'imagination symbolique apparaît comme système de « forces de cohésion » antagonistes. Les images symboliques s'équilibrent les unes les autres plus ou moins finement, plus ou moins globalement selon la cohésion des sociétés, selon également le degré d'intégration des individus dans les groupes. (DURAND, 1964, P.108-109).

Pour une vision globalisante de l'homme, (Durand, G) a établi une cartographie et une mise en relation des images, qui, outre les influences citées ci-dessus, s'appuient sur les données de la réflexologie de Betcherew.

3.1.2. Les structures anthropologiques de l'imaginaire :

Les structures anthropologiques de l'imaginaire, selon Gilbert Durand, reposent sur des schèmes universels qui organisent la pensée humaine à travers le temps et les cultures. L'imaginaire ne se limite pas aux images, mais suit des structures profondes influencées par des tendances diurnes et nocturnes. Il s'articule autour de cinq notions clés : les schèmes, les

archétypes, les mythes, les symboles et les structures. Ces éléments structurent notre rapport au monde et influencent nos représentations culturelles et psychiques.

3.2.1. Les schèmes :

Le terme générique de « schème » que nous avons emprunté à Sartre, Burloud et Revault d'Allonnes, ces derniers le tenant d'ailleurs de la terminologie kantienne. Le schème est une généralisation dynamique et affective de l'image, il constitue la factivité et la non-substantialité générale de l'imaginaire.

Le schème s'apparente à ce que Piaget, après Silberer, nomme le «symbole fonctionnel » et à ce que Bachelard appelle « symbole moteur ». Il fait la jonction, non plus comme le voulait Kant, entre l'image et le concept, mais entre les gestes inconscients de la sensori-motricité, entre les dominantes réflexes et les représentations.

Ce sont ces schèmes qui forment le squelette dynamique, le canevas fonctionnel de l'imagination. La différence qui existe entre les gestes réflexologiques que nous avons décrits et les schèmes, est que ces derniers ne sont plus seulement des engrammes théoriques, mais des trajets incarnés dans des représentations concrètes précises ; ainsi, au geste postural correspondent deux schèmes : celui de la verticalisation ascendante et celui de la division tant visuelle que manuelle, au geste de l'avalage correspond le schème de la descente et celui du blottissement dans l'intimité. Selon le mot de Sartre, le schème apparaît bien comme le «présentificateur » des gestes et des pulsions inconscientes.(DURAND, 1964, P. 40).

3.2.2. Les archétypes :

Les archétypes constituent les substantifications des schèmes. (Jung, C. G), emprunte cette notion à Jakob Burckhardt et en fait le synonyme d'«image primordiale», d'«engramme», d'«image originelle», de «prototype». (Jung, C. G), a fort bien mis en évidence le caractère de trajet anthropologique des archétypes lorsqu'il écrit : «L'image primordiale doit incontestablement être en rapport avec certains processus perceptibles de la nature qui se reproduisent sans cesse et sont toujours actifs, mais d'autre part il est également indubitable qu'elle se rapporte aussi à certaines conditions intérieures de la vie de l'esprit et de la vie en général. (DURAND,1964, P. 41).

3.2.3. Les symboles :

Il montre que les symboles sont surdéterminés, soit susceptibles de diverses actualisations de sens contextuelles, mais toujours subordonnés à un sens primitif, archétypal. (AIVRED'ARCIER et AL., 2005, P. 29).

Les symboles s'organisent en récits, constellations d'images en mouvement, qui sont les mythes.(DURAND, 1964, P. 29)

Les théories de l'imaginaire se proposent d'expliquer comment les symboles servent de vecteur à des échanges entre sujets, qui échappent à la prise du langage ordinaire ou du langage rationnel. Elles expliquent aussi que ces échanges soient rendus possibles par le fait que le vocabulaire symbolique renvoie à des expériences qui font partie de la mémoire de tout individu, ce qui expliquerait pourquoi les signes qui y font référence sont évoqués et si facilement captés. Ce sont des fondements symboliques inconscients communs qui assureraient la cohérence profonde de ce qu'on appelle une culture individuelle, en le constituant comme l'un de ses miroirs symboliques collectés, par le biais d'un jeu de donation, par un sujet. (DUFAYS, 2007, P.71).

3.2.4. Les mythes :

Le mythe procède par une prolifération d'images et d'éléments symboliques sur le même thème qui fonde le mythème. Une famille d'images essaime autour d'un mythème qui lui-même est l'élément fondateur du mythe. Il y a ainsi deux types d'analyses possibles du mythème. Pour les analyser, le spécialiste du mythe procède à des regroupements. (XIBERRAS, 2002, P. 19).

Il existe plusieurs méthodes pour analyser les mythes depuis la mythocritique, jusqu'à la mythanalyse, pour aboutir à la mythodologie.

Les méthodes de la mythocritique, laquelle est utilisée principalement par les littéraires, sont axées sur la dimension synchronique du texte étudié. Les méthodes de la mythanalyse, pour leur part, utilisent le trajet anthropologique pour aller jusqu'à l'étude des contextes sociaux. Le concept Durandien de « trajet anthropologique » définit justement « ce va-et-vient incessant qui existe entre le conscient individuel (qui énonce, sinon écrit son texte), et l'ensemble des intimations contextuelles de l'environnement et de la société ».

La particularité de la mythodologie consiste à opérer avec ces deux méthodes. La mythanalyse prolonge ainsi la mythocritique et permet de lire les résonances du mythe directement dans la société. Il faut alors glisser d'une mythocritique à une mythanalyse, c'est-à-dire appliquer les méthodes élaborées pour l'analyse des textes à un champ plus large, celui des pratiques sociales, des institutions, des monuments, etc. L'option épistémologique Durandienne est de ne pas faire de coupure entre le culturel et le social, entre l'œuvre et les contextes sociaux. (XIBERRAS, 2002, P. 20).

4. Les modèles structurales de l'imaginaire :

Yves Durand retient principalement la notion de structure et sa définition comme l'idée qu'il s'agit bien d'un mode de regroupement ou de constellation des images. Il existe bien trois structures propres aux deux régimes de l'imaginaire, telles que les a décrites Gilbert Durand.

La fonction imaginaire apparaît à travers l'agencement, le mode de groupement des symboles, qui agit par la méthode de convergence des images.

Les structures sont donc définies comme la répétition ou la redondance (l'exagération) de groupements isomorphes et comme la répétition thématique dans un récit, qui permet de rendre compte de l'axe ou de la polarité autour desquels constellent les symboles. (XIBERRAS, 2002, P. 147).

4.1 Les univers imaginaires : Il existe trois grands modèles structuraux de l'imagination qui organisent les représentations symboliques et mythiques : l'univers héroïque, l'univers mystique et l'univers synthétique.

4.1.1. L'univers imaginaire héroïque :

Dans ce premier pôle de l'imaginaire, qu'on nomme aussi « diurne », se rassemble tout ce qui « objective » les choses (pensée hétérogénéisante) ou, autrement dit, les dé-subjective. Ce travail fait par l'imaginaire autour de l'action primordiale (nommé schème, chez Durand) de distinguer constitue une mise à distance de soi pour mieux voir, il « installe entre tous les éléments des clivages et des oppositions tranchées », il construit « sur le mode de l'antithèse des images d'opposition, de lumière, de victoire et de héros salvateur ». Ce pôle imaginaire « est le lieu de la polémique, où les objets se campent en leur double inversé [...] Donc, tout ce qui va combattre, purifier, distinguer, vaincre, s'élever, alléger, libérer, illuminer ». (XIBERRAS, 2002, P. 154).

4.1.2. L'univers imaginaire mystique :

Dans la théorie Durandienne, la pensée antithétique n'est pas à l'œuvre seulement à l'intérieur des paramètres propres au pôle diurne, elle lutte tout aussi bien contre le pôle nocturne qui, dans la perspective du premier, engendre tout le mal que celui-là tend à éliminer. Plus régulièrement appelé « mystique » ou « intimiste » (selon une préférence indiquée plus tardivement par Durand, ce pôle « induit des configurations d'images obéissant à des relations fusionnelles. », qui renvoient au verbe primordial confondre (fondre dans). L'emploi privilégié de verbes rattacher, attacher, souder, lier, rapprocher, suspendre, accoler et des prépositions sur, entre, avec permet de refuser « detrancher, de séparer et de plier la pensée à l'implacable régime de l'antithèse ». (XIBERRAS, 2002, P. 156).

4.1.3. Structures synthétiques :

Que nous appellerons « synthétiques » pour mieux nous arrimer ultérieurement aux nuances développées par un fidèle collègue du maître, Yves Durand, ne constituent pas en tant que

telles un pôle, selon le vocabulaire utilisé jusqu'ici pour le diurne et le nocturne, mais plutôt un lieu imaginaire de rapprochement de ces deux premiers pôles.

Chez Gilbert Durand, la structuration « synthétiques », représentée par le verbe primordial relier, « permet de composer ensemble dans un tempo englobant les deux structures antagonistes extrêmes » (qui ne disparaissent jamais au profit d'un troisième terme) ; cet ensemble de structures « accentue une construction par cycles qui fait alterner les matériaux des deux structures précédentes (éternel retour, progrès) ». C'est là que « les contradictions les plus flagrantes trouvent leur cohérence ; elles éliminent tout choc, toute rébellion devant l'image, même néfaste et terrifiante ». (Durand, G), compare ce dynamisme à la musique où les sons diversifiés en tonalités s'harmonisent avec les silences dans un rythme où les notes ont également une durée souvent différente. Toute cette partition donne une œuvre cohérente qu'on prend plaisir à entendre. En présence d'éléments disparates (venant des pôles diurnes et nocturnes). (Xiberras, 2002, p. 157).

4.2. La structure des systèmes imaginaires :

Les deux régimes principaux de l'imaginaire ; « diurne » & « nocturne », permettent de conserver et de résumer les premières typologies élaborées en psychologie et en histoire des religions. Ces typologies, fondées sur la dichotomie « jour/nuit, lumière/ténèbres, masculin/féminin, ciel/terre, haut/bas », vont être contenues dans les deux catégories principales des régimes diurne et nocturne. Cependant, ces oppositions strictes vont être nuancées grâce à la subdivision des deux régimes en trois structures ou schèmes. En intégrant les trois schèmes fondamentaux de la verticalité, de l'intériorité et de la rythmicité, la classification nuance ses catégories principales. (XIBERRAS, 2002,P.47).

4.2.1.Le régime diurne de l'imaginaire :

Le régime diurne est décrit dans le livre premier de Structures anthropologiques de l'imaginaire. Il se compose de deux parties qui décrivent les deux grandes constellations d'images qui s'opposent terme à terme. La première partie, Les visages du temps, présente les figurations de la mort qui peuvent apparaître sous la forme de trois grandes familles de symboles : les monstres, la nuit, la chute. Dans la deuxième partie, Le sceptre et le glaive, trois thèmes homologues et antithétiques permettent de regrouper l'ensemble des symboles lumineux autour des schèmes des armes tranchantes et de l'ascension. Ainsi, aux trois grands thèmes de la mort et des visages du temps correspondent les trois grands thèmes de la lumière, des armes et de la purification. (XIBERRAS,2002, P.54).

| Première partie | Deuxième partie |
|--|--|
| Les visages de temps | Le spectre et le glaive |
| Les symboles thériomorphes (de forme animale) : <i>bestiaire, monstres, compromission animale et charnelle...</i> etc. | Schème diaïrétique (qui coupe et tranche) : <i>couper, trancher juger, vaincre...etc.</i> |
| Les symboles nyctomorphes (de forme nocturne) : <i>ténèbres, nuit...</i> etc. | Schème spectaculaire : la lumière ouranienne surdétermine le schème diaïrétique, les armes sont tranchantes et lumineuses |
| Les symboles catamorphes (attirés vers le bas) : <i>chute, compromission charnelle.</i> | Schème ascensionnel : <i>monter, s'élever.</i> |

Le tableau 01 : Illustre l'opposition entre les deux constellations d'images du régime diurne de l'imaginaire

4.2.2. Le régime nocturne de l'imaginaire :

Le passage au régime nocturne s'effectue dans une inversion des figures et du sens des images du régime diurne : « Face aux visages du temps, une autre attitude imaginative » reste possible. Il ne s'agit plus de rechercher le combat héroïque ou la transcendance par la conquête de « pureté des essences », comme dans le régime diurne, mais tout simplement d'invoquer « la chaude et rassurante intimité de la substance », ou encore d'incorporer « les constantes rythmiques » et cycliques des oppositions dans un récit dramatique. (XIBERRAS, 2002, P. 65).

4. L'approche psychanalytique de l'imaginaire et le symbolisme :

4.1. Imagination, imaginaire et représentation :

Le terme « « imagination » renvoie à cette faculté dont la fonction est de produire de « l'imaginaire », en formant des « images » et des représentations. (CHEIKHROUHOU, 2024, P. 24).

Plus qu'un simple registre d'images, l'imaginaire est un véritable moteur de sens, un passage essentiel pour comprendre les mécanismes profonds de la vie psychique.

Dans l'univers de la psychanalyse, la représentation renvoie en particulier au concept freudien de représentation comme représentation psychique. À ce titre, (Freud, S) lui prête deux sens bien différents dans la mesure où la représentation peut désigner à la fois « une seconde présentation » et « une évocation consciente ou préconsciente dans l'espace

psychique interne d'un objet ou d'une personne », mais aussi l'une des deux expressions de la pulsion au niveau des processus psychiques; l'autre étant l'affect. (DARGENVILLE, 2022, P. 18).

En psychologie, la représentation est associée à la représentation mentale intérieure du monde extérieur en associant des perceptions et des idées, des concepts et des faits, des symboles et des modèles explicatifs, du conscient et de l'inconscient. Cette même représentation mentale est aussi utilisée en psychologie cognitive et dans les neurosciences. Un des champs d'application est la psychologie sociale qui s'appuie sur la notion de représentation sociale pour désigner la perception individuelle de la réalité collective, l'image qu'a l'individu de sa place, de son rôle et de son positionnement dans la société. (DARGENVILLE, 2022, P. 18).

1.2. La symbolique dans le langage rêves :

Si le rêve a un sens, comme le prétend (Freud, S), comment expliquer alors que la plupart des rêveurs, au sortir du sommeil, n'en gardent nul souvenir, ou tout au mieux, qu'une vague intuition ? À cette question, il répond que le rêve est comparable à un cryptogramme, c'est-à-dire à un langage chiffré, langage qui, on le sait, demeure totalement incompréhensible tant que l'on ne dispose pas du code permettant de le décrypter.

Le langage du rêve est un langage chiffré parce qu'il est un assemblage de deux contenus, l'un manifeste c'est le rêve proprement dit, l'autre latent ce sont les idées ou sentiments qui ont donné naissance au rêve, mais que le rêveur ignore parce qu'une résistance s'oppose à leur retour à la conscience. Cette structure complexe, où ce qui est latent se trouve dissimulé et masqué dans ce qui est manifeste, est l'effet d'une censure, d'une défense, qui joue également un rôle de premier plan dans la formation des symptômes.

La fonction de cette censure, et celle d'autres mécanismes tels la condensation, le déplacement, la surdétermination, est de rendre méconnaissable l'idée ou le sentiment à l'origine du rêve. Le but ultime de la défense est d'épargner au rêveur les impressions désagréables qui naîtraient de la prise de conscience des véritables motifs du rêve. Freud généralise même à toutes productions d'images (fantasmes, rêveries diurnes, délires, obsessions, images qui surgissent pendant la libre-association) cette compréhension du symbolisme, à l'exception des symboles à signification constante que nous verrons dans un instant. (FERNET, 2001, P.43-44).

« *Le langage du rêve* », est donc un langage chiffré parce qu'il est un assemblage de deux contenus, l'un manifeste -c'est le rêve proprement dit -, l'autre latent ce sont les idées ou sentiments qui donnent naissance au rêve, mais que le rêveur ignore parce qu'une résistance s'oppose à leur retour à la conscience. (FERNAT, 2001, P. 43).

Pour (Cornélius Castoriadis), « le langage symbolique », est un système de communication qui utilise les symboles pour s'exprimer. Le langage symbolique permet de relier, de traduire l'imaginaire dans le réel, ou permet de concrétiser le réel inconscient dans le réel conscient. (XIBERRAS, 2002, P. 28).

1.3. La symbolisme chez Carl Gustav Jung :

Le rêve reste également pour Jung, un matériel privilégié pour explorer l'inconscient. Mais alors que chez Freud le rêve est considéré dans sa fonction de déguisement - un objet manifeste est substitué à un objet latent, chez Jung, le rêve n'est pas une façade qui cache ou voile, c'est une réalité jugée plus essentielle.

Jung se plaît à citer à cet égard un vieux texte de la Kabbale d'après lequel le rêve est ce qu'il est, contient en somme sa propre interprétation. Il n'y a donc pas lieu d'imaginer des interprétations ingénieuses ; il suffit d'apprendre à lire. Jung est très explicite à cet égard : « Le rêve est ce qu'il est, entièrement et seulement ce qu'il est ; il n'est pas une façade, il n'est pas quelque chose de fait ou d'apprêté, un quelconque trompe-l'œil, mais une construction parachevée. » (FERNET, 2001, P. 49).

1.4. L'imaginaire, le réel et symbolisme, approche Lacanienne :

Dans le premier texte publié de (Castoriadis, C) sur la psychanalyse, «Épilégomènes à une théorie de l'âme qu'on a pu présenter comme science», publié en 1968, la question du symbolisme est abordée à plusieurs reprises. Si cet écrit contient déjà des appréciations critiques de (Lacan, J), l'influence de ce dernier peut se lire, ici et là, en filigrane, notamment dans les hésitations de vocabulaire comme : L'imaginaire, le réel et symbolisme,

Ainsi (Castoriadis, C), préfère, présentant l'idée de «la causalité symbolique» à l'œuvre dans la plupart des symptômes, lui substituer, pour échapper à toute connotation déterministe, l'expression de « création symbolique » Surtout, (Castoriadis, C), lie encore fortement l'imaginaire à la problématique de l'aliénation. « La mise à raison de l'imaginaire » y est ainsi présentée comme une des fins de l'analyse.

Au plan du rapport entre la psyché et le social, il insiste sur « la différence radicale entre une sublimation qui conduit vers un objet imaginaire social et une sublimation qui le dépasse », et conçoit donc l'émancipation politique comme la substitution, à un état où « les relations sociales sont dominées par l'imaginaire », d'un état marqué par un autre rapport de la collectivité à elle-même.

Au moment précis, donc, où (Castoriadis, C) entre de plain-pied dans la psychanalyse, au plan théorique comme au plan pratique, apparaissent les premières formulations en termes

d'imaginaire de sa théorie du social-historique. Or, un aspect important de la conception lacanienne se présente sous la forme d'une théorie articulant la triade réelle, symbolique et imaginaire. Il y a bel et bien chez Castoriadis, pensons-nous, discussion des thèses de Lacan, si puissamment présentes alors dans l'agora des idées. Les premières formulations de sa théorie de la psyché en portent, comme on l'a vu, les traces. (KLIMIS & EYNDE, 2006, P.127).

L'imaginaire n'est pas pour autant identifié à l'aliénation, mais, plutôt, à de nécessaires représentations, inhérentes à la constitution de toute société, à l'égard desquelles il s'agit de préserver une distance et qui, dit-il, peuvent parfois être transcendées vers la vérité. Ainsi, Castoriadis parle de «l'étrange dialectique du réel et de l'imaginaire» qui fait que «l'organisation et la survie effectives d'une société ne sont possibles qu'en fonction d'un système de significations sociales imaginaires, à travers et par lesquelles a cependant lieu l'émergence lente, heurtée, contradictoire, d'une capacité de l'homme à la vérité». (KLIMIS & EYNDE, 2006, P. 126).

5. Les fonctions de l'imaginaire symbolique :

L'imaginaire symbolique remplit de plusieurs fonctions essentielles qui structurent l'expérience humaine et lui donnant de sens ses fonctions peuvent être abordé sous différentes angles : les fonctions biologiques et fonctions psychosociales

5.1. Fonctions biologique :

La « fonction fabulatrice ». La fabulation est en général une «réaction de la nature contre le pouvoir dissolvant de l'intelligence », mais plus précisément ce pouvoir négatif de l'intelligence se manifeste dans la conscience de la décrépitude et de la mort. Dès lors l'imagination se définit comme une « réaction défensive de la nature contre la représentation, par l'intelligence, de l'inévitabilité de la mort ». (DURAND, 1964, P. 117).

Sur le bilan anthropologique, parvenons à établir que la fonction d'imagination est avant tout une fonction d'euphémisation, mais non pas simple ment opium négatif, masque que la conscience dresse devant la hideuse figure de la mort, mais bien au contraire dynamisme prospectif qui, à travers toutes les structures du projet imaginaire, tente d'améliorer la situation de l'homme dans le monde. (DURAND, 1964, P.118).

5.2. Fonctions psychosociale :

En second lieu, l'imagination symbolique est un facteur d'équilibre psychosocial. La psychanalyse classique, dans la conception de la sublimation avait déjà constaté le rôle tampon que joue l'imagination entre la pulsion et sa répression. Toutefois, la psychanalyse freudienne, par la dévaluation qu'elle faisait subir à l'image, se contentait de constater la structure équilibrante de processus de sublimation, mais consistait à démystifier les aberrations imaginaires de la névrose en les réduisant à une cause temporelle et en les remplaçant par l'enchaînement positiviste des faits biographiques de la première enfance. Dans un tel système l'image, hormis le cas de sublimation, est plutôt un obstacle à l'équilibre qu'un adjuvant efficace. Certes, déjà dans la psychanalyse jungienne, grâce à la notion d'archétype, le symbole est bien conçu comme une synthèse équilibrante par laquelle l'âme individuelle se raccorde à la psyché de l'espèce, et donne des solutions apaisantes aux problèmes que pose l'intelligence de l'espèce. (DURAND, 1964, P. 119).

6. Le développement d'imaginaire chez la femme (la féminité) :

Le symbolon propose de parcourir différentes expressions des symboles et mythes du féminin pour dessiner la physionomie de l'Imago féminine, qui n'est pas le privilège d'un sexe et ne s'y réduit évidemment pas. On peut lire le dossier de plusieurs manières. D'un point de vue historique, les études remontent à l'antiquité grecque homérique, passent par l'imaginaire courtois médiéval et renaissant (d'Yseult à Béatrice) et s'arrêtent plus longuement sur le moment romantique européen, de Michelet à Wagner, de Proust à Joyce. D'un point de vue anthropologique ou comparatiste, les articles nous permettent des approches de l'imaginaire féminin dans les mythes coréens, berbères et mexicains précolombiens, ainsi que de la vision asiatique ou arabe. À mesure qu'à travers les différentes périodes et cultures, le féminin se donne à lire dans sa même structure de type universel, générateur de récits, d'héroïnes, de faits et gestes, sources de grandes ambivalences, négative et positive, mortifère ou régénératrice, diabolique ou angélique. (BACHLARD, 2015, p. 197)

Chapitre 02 : Aspect médical du diabète.

Préambule :

Le diabète est une maladie chronique qui perturbe l'équilibre physiologique et modifie profondément le rapport au corps et à l'environnement. Au-delà de ses implications métaboliques, il impose des ajustements dans le mode de vie et influence l'expérience subjective des patients, affectant leur perception d'eux-mêmes et leur bien-être psychologique.

Dans ce chapitre présent, nous définirons le diabète et son évolution historique, puis nous présenterons ses types, causes, symptômes, classification, et complications. Nous aborderons également son traitement, la prévention et les difficultés psychologiques vécues par les femmes diabétiques. Enfin, nous conclurons par une petite synthèse.

1. Définition des concepts :**1.1. Le diabète :**

Le diabète peut être défini comme « un état de carence relative ou absolue de la sécrétion insulinaire endogène (production d'insuline par les îlots de Langerhans pancréatiques), couplé ou non à un état d'insulino-résistance (diminution de la sensibilité des tissus et organes périphériques à l'insuline) ».(MONNIER & SCHLIENGER,2018, P.11).

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

1.2. Le diabète sucré :

Le diabète sucré est un groupe de maladies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de la sécrétion de l'insuline ou d'un défaut de l'action de l'insuline ou de ces deux anomalies associées. (BUFFET & VANIER,2010, P.221).

1.3. L'insuline:

L'insuline est une hormone sécrétée par le pancréas. Cette glande, située derrière l'estomac, fabrique deux éléments importants. Premièrement, les enzymes digestives qui sont déversées dans l'intestin pour digérer les aliments. Deuxièmement, une hormone qui est sécrétée dans le sang et va diffuser via la circulation dans tout l'organisme : l'insuline. Elle est indispensable à la vie, car elle seule sait faire baisser un taux de sucre trop élevé.(ALTMAN,2012,P. 132).

1.4. L'hypoglycémie:

"Il s'agit d'une glycémie trop basse, liée à une inadaptation momentanée entre les traitements du diabète et la situation du patient.

Le niveau de glycémie définissant l'hypoglycémie varie quelque peu selon les équipes diabétologiques : < 0,60 g/l pour la plupart, parfois < 0,70 g/l, rarement < 0,50 g/l. Il faut bien

comprendre que ce n'est pas le diabète qui crée l'hypoglycémie. C'est le traitement du diabète qui parfois fait trop bien son travail et fait baisser excessivement le taux de sucre.

Cette définition de l'hypoglycémie concerne uniquement les personnes diabétiques, car les glycémies d'une personne sans diabète peuvent être naturellement basses (il est normal d'avoir des glycémies à 0,50-0,60 g/l à jeun quand on n'est pas diabétique, généralement sans symptômes ; il n'y a pas besoin de prendre du sucre dans ce cas).(ALTMAN,2012, P. 169).

1.5. Hyperglycémie:

L'hyperglycémie fait référence à un pic de glycémie supérieur à 7 mmol/l à jeun et supérieur à 10 mmol/l deux heures après le repas. Généralement, l'hyperglycémie est due à une sécrétion réduite d'insuline, qui joue un rôle très important dans la régulation de l'homéostasie du glucose, ainsi qu'à une diminution de l'utilisation du glucose et à une augmentation de la production de glucose. (MOURI & BADIREDD,2022).

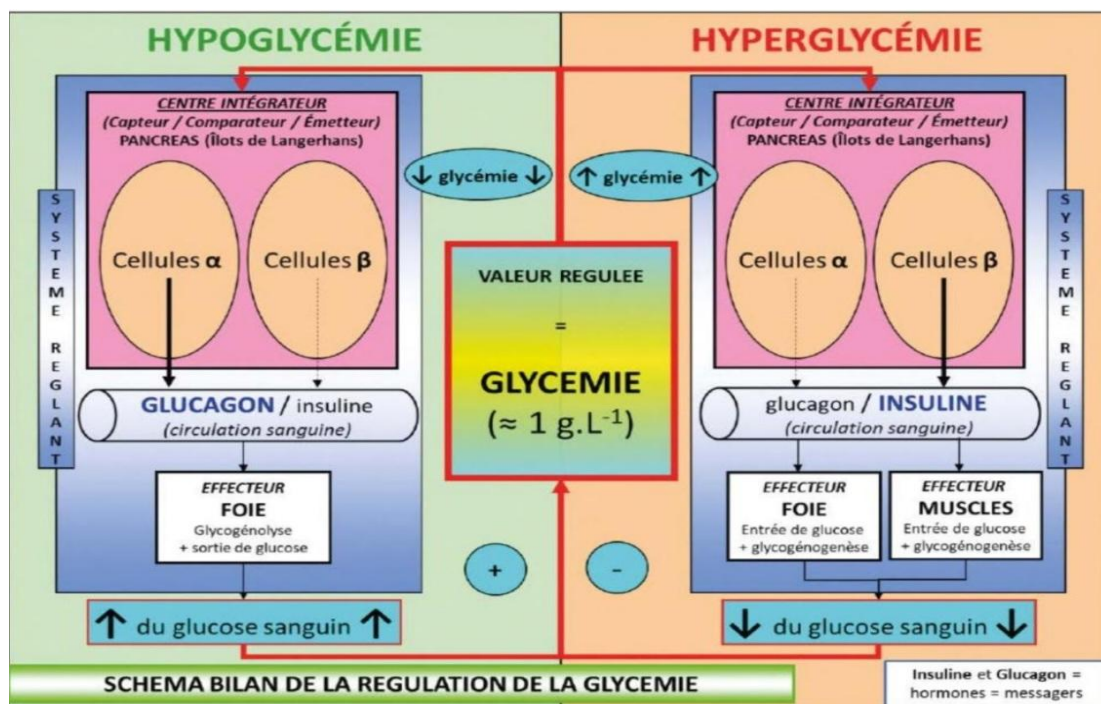


Figure 01 : Schémas bilan de la régulation de la glycémie.

2. L'Histoire du diabète :

Le diabète est une maladie qui a frappé l'homme depuis la plus haute antiquité. Au début de l'ère chrétienne, médecins grecs et latins commencent à parler de la maladie. Cornelius Celsus fut l'un des premiers à la décrire et préconise déjà l'exercice comme traitement de cette maladie où « l'urine s'évacue sans douleur en quantité supérieure aux boissons, fait maigrir et péril ». Arrêtée De Cappadoce (170 av. J.-C.), mentionnant aussi la maladie, va être le père du mot « diabète » qu'il utilise le premier, partant du mot grec « diabaino », signifiant « passage des boissons à travers le corps sans s'arrêter ». Le grand Hippocrate n'en parle pas, tandis que Galien va la mentionner en lui attribuant une origine « rénale ». (CHICOURI, 1983, P. 11).

Quelques siècles plus tard, la notion d'urine « douce » apparaît dans des documents chinois ethindous. On trouve mentionnée dans ces manuscrits de la maladie aux « urines de miel », la courte description suivante qui est assez évocatrice déjà, de ce qui caractérise le diabète : le « madu-mehé » est une maladie qui frappe les riches, produite par la grande consommation de riz, de farine et de sucre. Le malade maigrit, est fatigué, la soif est importante, les urines fréquentes. Les fourmis s'attirent autour de l'urine. Furoncles et phtisie sont fréquents. Pendant des siècles, la maladie semble oubliée ou ignorée et il faut attendre qu'auXVIIe siècle, l'Anglais Willis, d'Oxford, reconnaisse la présence de sucre dans les urines. Plus d'un siècle plus tard, l'Anglais John Rollo, en 1796, reconnaît la présence de sucre dans le sang et préconise le traitement de la maladie par un régime alimentaire.

La connaissance de la maladie s'affirme, son traitement commence à être perçu. Dès le milieu du XIXe siècle, des cliniciens, comme Lancereaux et Bouchardat en France, y contribuent largement. Bouchardat est le premier diabétologue de tous les temps. L'Américain Joslin, diabétologue de grande renommée, mort il y a une vingtaine d'années, disait de lui : Suite de l'histoire du diabète : "Que tout autre, il faut l'Apôtre de l'Espoir dans un monde sans espoir".

Des travaux d'un autre grand savant français, Claude Bernard, vont faire accomplir de grands progrès dans la connaissance de la maladie : c'est le début de la médecine « expérimentale ». Parallèlement, les progrès de la chimie vont permettre d'identifier et de doser avec précision le glucose dans l'urine et dans le sang. Le cheminement des connaissances progresse ; on commence à comprendre, mais on n'explique rien encore. (CHICOURI, 1983, P. 12).

Un tournant historique sera pris quand le rôle du pancréas se profilera à l'horizon. Si l'Anglais Cawley et le Français Lancereaux avaient parlé, en cliniciens précurseurs, de son rôle possible dans le diabète, les célèbres expériences sur le chien de Minkowski et Von Mering ont montré qu'un chien dont on avait enlevé le pancréas « urinait excessivement et les urines attiraient les mouches ».

C'était la première preuve expérimentale du rôle du pancréas dans le diabète. Dès lors, le pancréas va peu à peu livrer ses secrets.

À la fin du siècle dernier, un jeune anatomiste allemand, Langerhans, décrivait dans le pancréas les « îlots » qui portent son nom et dont Meyer, en 1905, avançait qu'ils sécrétaient « un produit nécessaire à l'utilisation des sucres ». Il l'appellera insuline (du latin insula, petite île). La connaissance se parfait peu à peu. Gley extrait du pancréas un produit qui « ferait disparaître le diabète d'un chien devenu diabétique après ablation du pancréas ».

L'année (1922) marque indiscutablement le début d'une ère nouvelle dans l'histoire du diabète. Deux jeunes médecins canadiens démontrent qu'on peut abaisser la glycémie en lui injectant de l'extrait pancréatique d'un animal. Quelques mois plus tard, Collip, autre médecin canadien, va injecter un extrait pancréatique de bœuf à un jeune enfant diabétique, Léonard Thompson, qui survivait péniblement, amaigri à l'extrême, avec un régime de seulement 450

calories par jour. Il sera sauvé, ne mourant qu'une quinzaine d'années plus tard d'une complication pulmonaire de son diabète.

Quelques mois plus tard encore, l'insuline est obtenue cristallisée. L'insulinothérapie était née. C'était une des plus grandes découvertes médicales du siècle ! Les espoirs de traitement efficace de la maladie étaient permis.

Les recherches se poursuivront inlassablement sur les causes du diabète, et on arrive à mettre en évidence l'importance des facteurs héréditaires, à vérifier l'hypothèse d'une origine virale et immunitaire possible de ses causes et de ses complications. Les possibilités de diagnostic sont de plus en plus performantes, la surveillance du diabète est améliorée, mises à la portée de tous les diabétiques.

Les efforts constants de recherche visent actuellement à substituer au pancréas incapable de fournir l'insuline nécessaire aux diabétiques pour survivre, une source commode de l'hormone, la distribuant en suivant exactement l'organe défaillant. (CHICOURI, 1983, P. 13).

3. La prévalence du diabète dans le monde:

Le diabète est une maladie chronique qui se déclare lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la glycémie. L'hyperglycémie (glycémie élevée) est un effet courant du diabète non maîtrisé qui, au fil du temps, provoque de graves lésions dans de nombreuses parties de l'organisme, en particulier les nerfs et les vaisseaux sanguins.

En 2022, 14 % des personnes âgées de 18 ans étaient atteintes de diabète, contre 7 % en 1990. Plus de la moitié (59 %) des diabétiques âgés de 30 ans ou plus ne prenaient aucun traitement en 2022. C'est dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que la couverture du traitement du diabète était la plus basse.

En 2021, le diabète était la cause directe de 1,6 million de décès et 47 % des décès dus au diabète sont survenus avant l'âge de 70 ans. De plus, 530 000 autres décès consécutifs à une néphropathie ont été causés par le diabète et l'hyperglycémie est à l'origine d'environ 11 % des décès imputables à des maladies cardiovasculaires.

3.1. La prévalence du diabète en Algérie:

Le nombre de diabétiques en Algérie a atteint environ 4 millions, y compris les enfants et les personnes âgées», a-t-elle précisé lundi lors de son passage sur les ondes de la Radio nationale. Selon elle, les chiffres officiels «sous-estiment» probablement la prévalence réelle de la maladie, car de «nombreux cas ne sont pas diagnostiqués». Les chiffres plus récents sur le diabète ont été communiqués en novembre 2022.

C'était à l'occasion de la célébration de la Journée mondiale du diabète, lors de laquelle le ministre de la Santé a estimé le nombre de diabétiques à environ 15% de la population âgée de 18 ans et plus, soit près de 2,8 millions de patients. Il s'agit-là des données officielles collectées et recoupées par les services du ministère de la Santé, qui n'incluent pas les pré-diabétiques présentant de sérieux risques et les cas non diagnostiqués. «Si des mesures préventives ne sont pas prises, ce nombre pourrait atteindre 5 millions de diabétiques d'ici 2030», avertit le ministère de la Santé.

4. les symptômes de diabète des deux types :

4.1. Symptômes de diabète type 01:

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

Quand le pancréas ne produit plus d'insuline, le taux de sucre n'est plus régulé et une hyperglycémie apparaît. Cette hyperglycémie entraîne une certaine fatigue, ainsi qu'une envie fréquente d'uriner car une partie de l'excès de sucre est éliminé dans les 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 4 à 5 litres par jour.

Par ailleurs, comme le corps ne peut plus stocker l'énergie par manque d'insuline, il va déstocker les protéines (les muscles « fondent ») et les graisses (on maigrit alors même que l'on mange plus que d'habitude). Cela constitue ce que l'on appelle le syndrome cardinal, car il y a quatre symptômes essentiels : **polyurie** (on urine beaucoup), **polydipsie** (on boit beaucoup), **polyphagie** (on mange beaucoup), amaigrissement.

Ces symptômes doivent alerter la personne ou son entourage et entraîner une consultation rapide chez le médecin, pour éviter que la situation ne s'aggrave. L'attention de l'entourage est essentielle pour le jeune enfant : une fatigue associée à un besoin fréquent de boire et d'uriner est à ne pas négliger. Il faut se méfier également si l'enfant fait à nouveau pipi au lit alors qu'il était « propre ».(ALTMAN, 2014, P. 10-11).

4.2. Symptômes de diabète type 02:

Pendant des années, le diabète de type 2 peut être présent sans qu'on le sache : il ne provoque aucun symptôme. Il s'agit donc d'une maladie insidieuse, qui peut être présente pendant dix à vingt ans sans être remarquée. Quand les symptômes apparaissent, c'est bien souvent quand le diabète a provoqué des complications.

Donc les symptômes de 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 récurrentes : infections urinaires, mycoses au niveau des organes génitaux ou de la peau, etc. 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 être fatigué sans être diabétique.(ALTMAN, 2014, P.19).

5. Les types de diabète : il existe plusieurs types des diabètes insulino-dépendants :

5.1. diabète de type 01:

Le diabète de type 01 également appelle (diabète insulino-dépendant, ou DID ou diabète juvénile ou diabète ceto-acidique).

Le diabète de type 1 est provoqué par une réaction auto-immune au cours de la quelle le système immunitaire de l'organisme attaque les cellules bêta du pancréas, qui produisent l'insuline, l'organisme produit alors très peu ou ne produit pas d'insuline.

La maladie peut se développer à tout âge, bien que le diabète de type 1 survienne plus fréquemment chez les enfants et les jeunes. Les personnes vivant avec le diabète de type 1 dépendent d'injections quotidiennes d'insuline pour maintenir leur glycémie à un niveau approprié. Sans insuline, elles ne pourraient pas survivre.(PORTHA,2022, P.13).

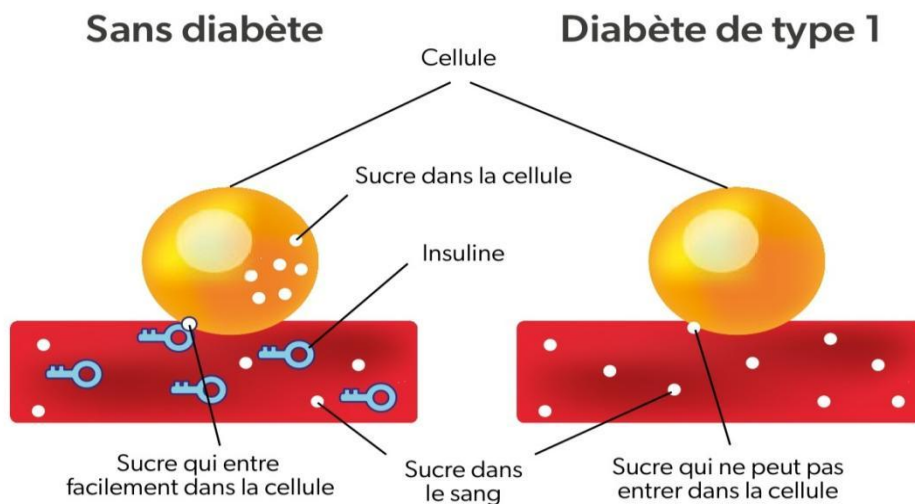


Figure 02: Mécanisme d'absorption du glucose en condition normale de diabète type 01

5.2. Diabète type 02:

Sous connu également "diabète gras a été celui de la maturité puis de l'insulino-indépendance". (PORTHA, 2022, P. 13).

L'insulinorésistance se caractérise par l'incapacité de l'insuline à obtenir une réponse maximale au niveau de ses organes cibles :

- au niveau du muscle lors de la charge en glucose, elle aboutit à un défaut de captation musculaire du glucose ;
- au niveau hépatique, on note un accroissement de la production hépatique de glucose, à l'origine de l'hyperglycémie à jeun;

● il existe également une insulino résistance adipocytaire, qui se traduit par une lipolyse accrue et une élévation des acides gras libres circulants.(YOUNG, 2016, P. 343).

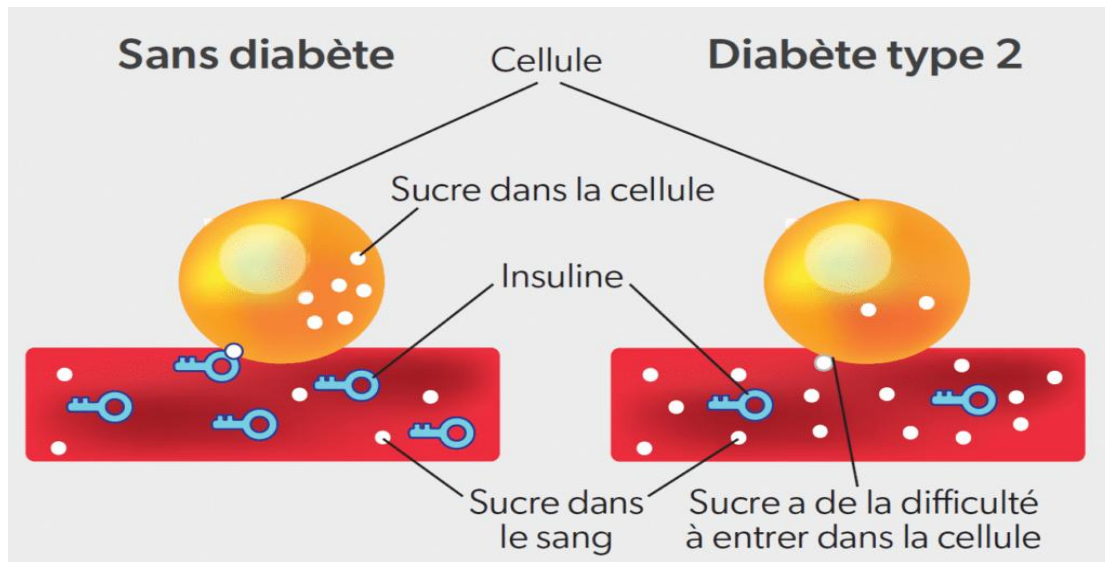


Figure 03: Mécanisme d'absorption du glucose en situation normale de diabète type 02.

5.3. Diabète gestationnel :

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

Le diabète gestationnel est une maladie fréquente, qui concerne entre 10 et 20 % des grossesses en France selon les régions. Elle est due au fait que les besoins naturels en insuline augmentent régulièrement et rapidement à partir du deuxième trimestre de la grossesse, jusqu'à être doublés en fin de grossesse. Chez certaines femmes, le pancréas n'arrive pas à produire suffisamment d'insuline pour couvrir ces besoins : le taux de sucre dans le sang n'est plus assez bien régulé : c'est l'hyperglycémie, qui a des conséquences négatives sur le fœtus. À l'accouchement, les besoins en insuline revenant rapidement à la normale, cela explique la disparition du diabète gestationnel dans quasiment tous les cas..(ALTMAN, 2014, P.26).

5.4. Autre type de diabète :

4.1. Le Diabète MODY :

Est un diabète dus à des anomalies génétiques qui altèrent la sécrétion de l'insuline. Il se définit par la découverte d'un diabète non insulino dépendant avant l'âge de 25 ans, survenant dans un contexte familial compatible avec une hérédité autosomale dominante sur au moins trois générations. (BRINK et AL., 2011, P.24).

4.2. Diabètes secondaires:

Peu fréquents, comprennent : les affections génétiques, les infections, les affections du pancréas exocrine, endocrinopathies, causes médicamenteuses. Ce type de diabète peut être à l'origine d'une destruction des îlots pancréatiques et donc d'une insulinopénie, d'une insulino-résistance ou d'une association des deux. (KLEIN,2009, P.17).

6. Les causes des deux types de diabète :

6.1. Les causes de type 01:

Le diabète de type 01 (anciennement diabète insulino-dépendant) est une maladie qui touche préférentiellement les enfants et les jeunes adultes, bien qu'elle puisse survenir parfois plus tard dans la vie. Il n'y a pas de facteur favorisant, ce diabète arrive souvent comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu chez une personne jusque-là en bonne santé.

On ne connaît pas exactement les causes de ce diabète, même si un lien avec des infections virales semble de plus en plus plausible. Dans des cas exceptionnels, les défenses du corps réagissent en effet avec excès à ces virus : l'organisme produit des anticorps contre les virus mais ces anticorps se trompent en quelque sorte de cible et vont attaquer également les cellules du pancréas qui produisent l'insuline.

Ces anticorps du diabète de type 1 peuvent d'ailleurs être dosés dans le sang s'il y a un doute sur le type de diabète. Suite à cette attaque par les anticorps (maladie auto-immune), il se produit une inflammation des petits îlots producteurs d'insuline au sein du pancréas, les îlots de Langerhans. Cette inflammation détruit les cellules en quelques semaines ou quelques mois, entraînant un arrêt de la production naturelle d'insuline. (ALTMAN, 2014, P. 8-9).

6.2. Les causes de type 02:

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

Ainsi, quand il y a du diabète dans la famille, il ne faut pas se décourager en pensant que l'on sera forcément diabétique. Au contraire, c'est une raison de plus de mener une vie saine afin d'éviter au maximum la maladie. (ALTMAN, 2014, P. 17).

7. les complications de diabète:

Les maladies non transmissibles, qui sont considérées comme des pathologies chroniques à long durée (ALD), sont responsables de 63% des décès dans le monde, dont 5% sont dus au diabète sucré. Cependant, selon les estimations de l'OMS et FID, le diabète serait à l'origine de 4,8 millions de décès dans le monde, en tenant compte des liens de causalité du diabète avec les autres maladies chroniques. (OMS, 2016)

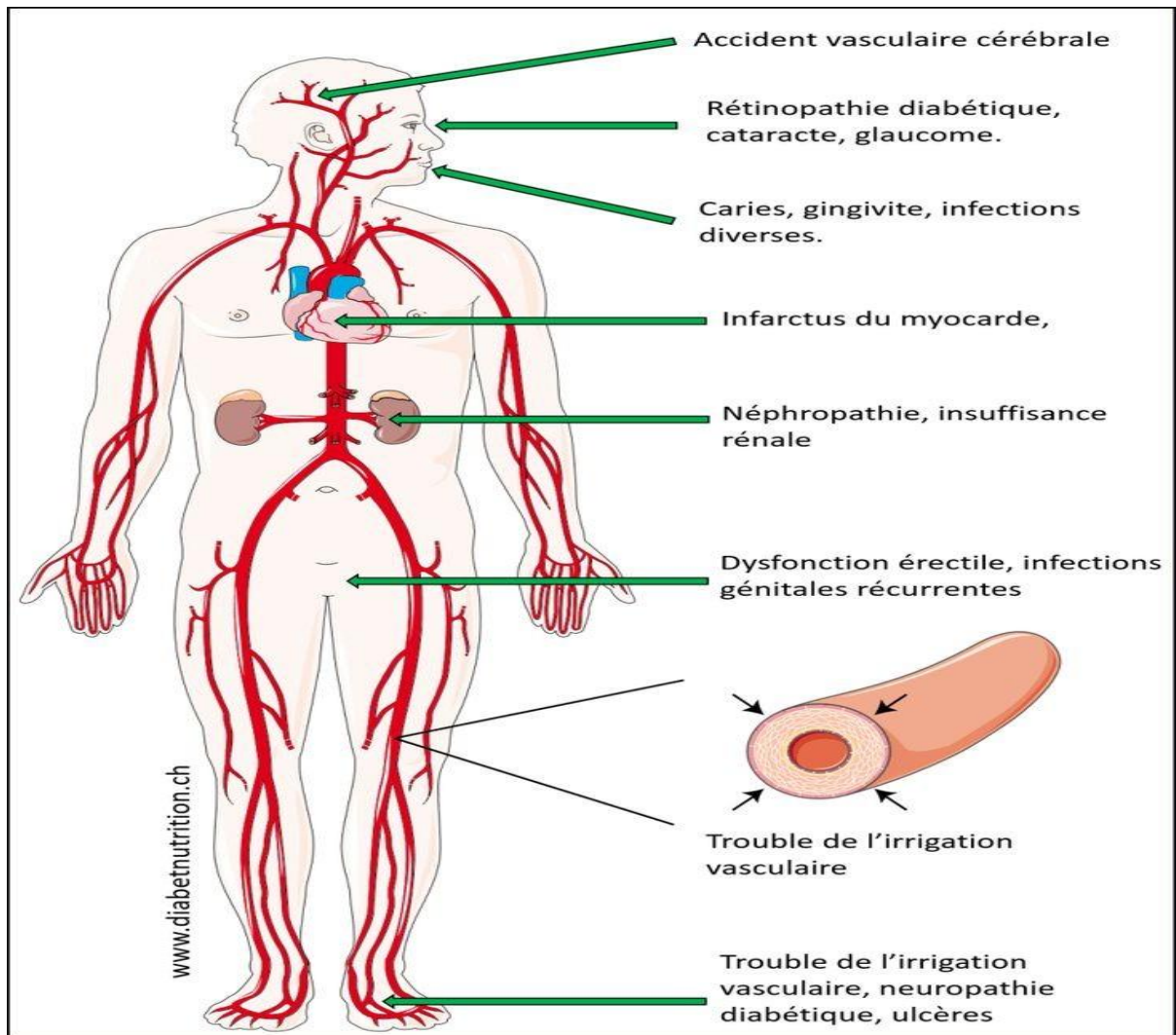


Figure N°04: Les principales complications de diabète.

En effet, le diabète n'est pas identifié comme la cause principale de mortalité en raison de son caractère asymptomatique. Les décès qui y sont liés sont généralement imputés à d'autres affections, lesquelles représentent en réalité des complications du diabète, telles que :

7.1. Les complications aiguës :

Des incidents ou des accidents peuvent être des complications immédiates survenant brutalement dans la vie du diabétique.

Dans la description des maladies diabétiques insulino-dépendantes, nous en avons évoqué deux : l'accident hypoglycémique et le coma hyper-glycémique. Chez le diabétique âgé, une forme grave : le coma hyperosmolaire.(CHICOURI,1983, P.61).

A. L'accident hypoglycémique:

La baisse importante et brutale de la glycémie peut conduire chez les diabétiques insulino-dépendants, surtout, mais aussi chez les diabétiques non insulino-dépendants traités par les

sulfamides hypoglycémiants, à un malaise, qui, s'il n'est pas corrigé très rapidement, peut aboutir à un stade plus grave de coma hypoglycémique.

Les causes en sont un apport alimentaire insuffisant, un effort physique inhabituel et important, associé à une dose médicamenteuse d'insuline ou sulfamide trop importante. Les analyses immédiatement pratiquées montrent une glycémie basse, une glycosurie et une cétonurie nulles.(CHICOURI, 1983, P.61).

B. Le coma hyper-glycémique :

C'est aussi le coma avec acidose, c'est un accident sérieux. Il peut être très grave sans un traitement rapide et parfait . Le coma hyperglycémique n'est pas d'apparition brutale comme le précédent. S'il n'y a pas de signes physiques évidents de sa venue, par contre les analyses d'urine montrent des quantités importantes d'acétone et de sucre. Les deux en même temps doivent éveiller les soupçons ! Surtout si le sujet présente une haleine à forte odeur d'acétone .

La cause d'apparition est un manque d'insuline injectée ou une insuffisance, parce qu'une infection, une grippe ou simplement un choc émotif, des soucis, sont venus perturber littéralement l'efficacité de l'insuline.(CHICOURI,1983, P.62).

C. Le coma hyperosmolaire :

Appelé aussi non acidocétosique, c'est un accident grave avec hyperglycémie. Le sujet se trouve en état de déshydratation parce que, malade (cardiaque ou atteint d'une infection avec fièvre) ou simplement négligent, il ne boit pas suffisamment.(CHICOURI,1983, P.62).

7.2. Les complications chroniques :

La prévention de ses complications néfastes, dégénératives et intensives pour la vie du diabétique, commence dès leurs apparitions avec un traitement vif et une éducation thérapeutique soit nécessaire.(ASPAR, 2004, P.102).

A. Rétinopathie diabétique (complications oculaires):

C'est la complication oculaire la plus grave du diabète .la rétinopathie diabétique est une microangiopathie avec atteinte privilégiée des vaisseaux capillaires rétiens. L'une des premières causes de cécité dans les pays industrialisés. (BUYSSCHAERT,2011, P.119).

B. Néphropathie diabétique (complications rénales):

Est une complication grave du diabète sucré, c'est une atteinte rénale. Annoncée par une élévation de la micro albuminurie, elle conduit à une détérioration progressive des fonctions rénales, l'insuffisance rénale est le terme ultime de la destruction des glomérules rénaux par le diabète. (QUEVAUVILLIERS et AL., 2009, P.309).

C. Neuropathie diabétique:

La « neuropathie diabétique », associée à plusieurs tableaux cliniques et de symptômes variés, elle se distingue des neuropathies périphériques, autonome, et des atteintes mono et multi névritiques. (BUYSSCHAERT,2011, P.135).

D. Le pied diabétique :

Le pied du diabétique, particulièrement vulnérable, peut poser des problèmes d'une extrême importance, et devenir une complication grave. On peut dire que le pied est un des « tendons d'Achille » du diabétique. Sa vulnérabilité s'explique pour plusieurs raisons. La circulation, même chez les personnes normales d'un certain âge, y est souvent insuffisante. Les artères aux parois épaissies, surtout après de nombreuses années d'atteinte diabétique, laissent parvenir moins de sang aux extrémités. L'irrigation risque d'être encore plus insuffisante. La sensibilité aux extrémités chez le diabétique peut être diminuée par l'atteinte nerveuse : c'est la neuropathie diabétique, ce qui explique malheureusement qu'un traumatisme pourra ne pas être ressenti, et passant inaperçu, évolué défavorablement. (CHICOURI,1983, P.70).

8. Prévention du diabète sucré :**8.1. Le diabète de type 1 :**

Appelé naguère diabète sucré insulino-dépendant, est beaucoup moins fréquent et est associé à une carence absolue en insuline, qui résulte généralement d'une destruction auto-immune des cellules β du pancréas. Il semble que des facteurs aussi bien environnementaux que génétiques jouent un rôle, mais on n'a aucun argument convaincant selon lequel des facteurs tenant au mode de vie pourraient être modifiés pour réduire le risque. (OMS, 2003, P. 87).

8.2. Le diabète de type 2:

Connu naguère sous le nom de diabète non insulino-dépendant (DNID), est responsable de la plupart des cas de diabète dans le monde. Ce type de diabète se développe lorsque la production d'insuline ne suffit pas pour vaincre l'anomalie sous-jacente qu'est la résistance croissante à son action. Les premiers stades de cette maladie se caractérisent par une surproduction d'insuline. A mesure que la maladie progresse, la production d'insuline peut tomber du fait de l'incapacité partielle des cellules β du pancréas qui la sécrètent. Les complications de ce diabète sont notamment la cécité, l'insuffisance rénale, l'ulcération du pied, qui peut provoquer la gangrène puis l'amputation, et des risques notablement élevés d'infection, de cardiopathie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral. Les coûts économiques et sociaux du diabète de type 2 qui, déjà impressionnants, ne cessent de s'élever sont une raison péremptoire de s'efforcer de réduire le risque que cette maladie se développe et de la prendre énergiquement en charge lorsqu'elle est déclarée. (OMS, 2003, P. 87).

9. Traitement de diabète :

L'objectif majeur du traitement du diabète de type 1 ou de type 2 est non seulement la prévention des complications métaboliques aiguës, mais surtout la prévention des complications chroniques. Ces complications sont soit spécifiques de l'hyperglycémie (microangiopathie : rétine, rein, nerfs, jambes), soit liées à l'association à d'autres facteurs de risque, notamment dans le diabète de type 2 (macroangiopathie : coronaires, artères cérébrales, artères des membres inférieurs). Le taux moyen de glycémie est évalué par le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c): un point d'HbA1c en moins, c'est 30% en moins de complications de microangiopathie et 15% en moins d'infarctus du myocarde.(FOUCAUD &AL., 2002, P.55).

9.1. Le traitement du diabète de type 1 :

Dans le diabète de type 1, le traitement repose sur l'insulinothérapie. Il s'agit de l'insulino-sécrétion physiologique à l'aide d'injections d'insuline. Les acquisitions à réaliser ne se limitent pas aux connaissances mais concernent aussi des compétences sur la gestion de l'insuline, de l'activité physique et de la composition des aliments. Grâce à cette maîtrise, le patient vivant avec un diabète de type 1 peut avoir une alimentation quasi-libre (en dehors des bois-sous sucrées), des horaires souples et des activités variables. Le patient doit apprendre également à prévenir et à gérer l'hypoglycémie, conséquence d'un excès relatif d'insuline. (FOUCAUD &All., 2002, p. 55).

9.2. Le traitement du diabète de type 2 :

Cette déficience insulino-sécrétoire secondaire à l'insulino-résistance provoquée par la surcharge pondérale et la sédentarité s'aggrave avec le temps. Le traitement repose d'une part sur l'amélioration de la sensibilité à l'action de l'insuline par l'activité physique régulière, les mesures nutritionnelles et les médicaments insulino-sensibilisateurs, d'autre part sur l'amélioration de la sécrétion d'insuline par les médicaments insulino-secréteurs. Au bout d'un temps plus ou moins long, le traitement peut comprendre une adjonction d'insuline. Des traitements hypolipémiants et anti-hypertenseurs à visée préventive cardio-vasculaire doivent être le plus souvent associés aux traitements anti-diabétiques.(FOUCAUD,&AL., 2002, P. 55).

10. Vécu psychologique des diabétiques:

Les maladies chroniques entraînent des bouleversements profonds dans la vie des individus qui en sont atteints. Le diabète, en particulier, génère des répercussions qui peuvent survenir dès l'annonce du diagnostic et s'intensifier au fil du temps. Au-delà des défis médicaux, cette condition impose des ajustements tant physiologiques que psychologiques, influençant la perception de soi, les interactions sociales et la qualité de vie des patients.

10.1.Les phases d'acceptations du diabète :

Accepter un incident et les répercussions négatives qu'il entraîne dans notre quotidien, générant anxiété et demande une prise de conscience complète de la personne. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique comme le diabète. Les phases d'acceptation du diabète sont souvent ardues et difficiles à approuver, rappelant le cycle de

deuil de Freud et nécessitant des capacités et des attitudes peu communes. Pour franchir ces étapes, la personne diabétique doit posséder une certaine estime de soi, tandis que les soignants doivent instaurer une relation de confiance avec eux. Ainsi, offrir un soutien et une assistance devient essentiel. (POPELIER, 2006,P.77).

10.2. La phase du choc:

La première étape, déclenchée par l'annonce de la maladie, confronte le patient à la surprise et à l'angoisse. Apprendre qu'on est atteint de la maladie est souvent difficile à accepter pour les patients.

10.3. La phase de dénégation:

Le patient tente ici de minimiser sa maladie en se persuadant qu'il existe des affections plus graves, imprévisibles et contraignantes que la sienne. Ainsi, il refuse de reconnaître la gravité de sa propre condition et les complications potentielles qu'elle peut entraîner.

10.4. La phase de révolte :

En générale, pendant cette phase, le patient ressent une intense irritabilité et colère, qui se manifestent parfois par un comportement agressif. Il se sent souvent attaqué et menacé, cherchant à attribuer la cause de sa condition et à trouver un objet sur lequel diriger sa révolte.

10.5. La phase de marchandage:

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

10.6. La phase de dépression:

Cette étape revêt une importance capitale car elle prépare le terrain pour celle qui suit, à savoir l'acceptation. A ce stade, le patient éprouve de la tristesse et de la méditation, manifestant deux attitudes distinctes. D'une part, il peut être confronté à une dépression réactionnelle résultant de la perte de la sacralité de son corps et d'une altération de la perception de soi d'autre part, comme mentionné précédemment, il peut passer par une période de deuil et de chagrin, pour la phase d'acceptation.

10.7. La phase d'acceptation :

D'un point de vue émotionnel neutre, le malade demeure serein et extrêmement disposé à collaborer, exprimant une forte détermination à vivre aussi normalement que possible malgré la présence du diabète.

10.8. La phase résignation:

Portant en lui une attitude de résilience et d'espoir, le patient adopte une attitude passive et docile, se conformant aux directives médicales et accordant sa confiance aux médecins.

10.9. La phase de pseudo-acceptation:

Souvent, les personnes atteintes, que ce soit de diabète ou d'autres maladies, perçoivent leur condition comme une menace ou un danger grave pour leur vie. Cela affecte notamment leur intégrité sociale et professionnelle. Les conduisant parfois à refuser consciemment de se considérer comme malades et à ne pas suivre les instructions médicales. En fait, selon environ de 25% diabétiques présentent ce trouble, qui relève essentiellement du domaine psychologique, consistant à refuser d'accepter leur état de diabète. (GRIMALDI,2005, p.129in PEDINIELLI, 2005, P.43).

Synthèse :

Dans tout ce que nous avons pu lire et exposé sur le diabète, nous pouvons conclure que le diabète est une maladie chronique dont la prise en charge est essentielle pour limiter ses répercussions, aussi bien physiques que psychologiques. Bien qu'il ne puisse être guéri, il peut être contrôlé grâce à une approche intégrée combinant traitement médical, accompagnement psychologique et soutien social. Caractérisé par une hyperglycémie persistante, il expose les patients à des complications graves, nécessitant une vigilance constante. Une prise en charge globale et adaptée permet non seulement d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes, mais aussi de favoriser un équilibre à long terme entre santé physique et bien-être mental.



CHAPITRE 03

Méthodologie de recherche

Préambule

La recherche scientifique est un processus dynamique qui repose sur une démarche méthodologique rigoureuse permettant d'examiner des phénomènes et de répondre à des problématiques spécifiques à travers une investigation structurée. Cette approche exige de suivre un cadre méthodologique précis afin d'assurer la validité et la fiabilité des résultats obtenus.

Dans cette partie, nous présenterons les étapes méthodologiques suivies dans notre recherche portant sur l'imaginaire symbolique chez les femmes diabétiques. Cette investigation suit un cheminement ordonné, débutant par la phase préliminaire d'enquête et le choix de la méthode utilisée. Nous détaillerons ensuite la présentation du lieu et du groupe d'étude, les techniques et outils de collecte de données mobilisés, ainsi que le déroulement de la recherche.

L'objectif de cette démarche est d'apporter un éclairage scientifique sur la manière dont les femmes diabétiques construisent et investissent symboliquement leur maladie, tout en mettant en évidence les dimensions psychologiques et culturelles qui influencent leur vécu.

1. La pré-enquête :

L'étape de pré-enquête est une phase cruciale dans le processus de recherche, la pré-enquête a pour but de recueillir des informations préliminaires sur le terrain.

Son principal objectif est d'aider à fourmiller une problématique plus précise et à élaborer des hypothèses solides et étayées. De plus elle permet de déterminer les objectifs spécifiques que le chercheur devra atteindre pour valider ses hypothèses. Cette section doit être révisée pour plus de clarté. (AKTOUF, 1987, P.120).

La pré-enquête a été réalisée au sein de l'établissement public hospitalier (EPH) d'Akbou, sur une période déterminée. Cette étape de terrain a été marquée par plusieurs difficultés, principalement liées à la rareté des participantes disposées à s'engager dans la démarche. En effet, un nombre significatif de femmes a manifesté une certaine réticence à partager leur vécu, que ce soit à travers le récit verbal ou par le biais de productions graphiques. Cette réserve a limité la richesse des données recueillies, bien que celles obtenues restent d'une grande valeur pour notre recherche portant sur « *L'imaginaire symbolique chez les femmes diabétiques* ».

2. La méthode de recherche :

Dans toute démarche de recherche scientifique, le chercheur doit sélectionner une méthode adaptée en fonction du sujet abordé, de problématiques étudiées et des objectifs visés. Selon Angers La méthode est l'ensemble des procédures, de démarches précises adoptées pour arriver à un résultat. Elle est primordiale, et les procédés utilisés lors d'une recherche en déterminent les résultats, donc c'est l'ensemble des étapes à suivre de façon systématique (ANGERS, 1997, P.58).

D. Lagache (1949) dit que la méthode clinique envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être, d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation qui cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits (CHAHRAOUI & BENONY, 2003, P.11).

Pour étudier l'imaginaire symbolique des femmes diabétiques, nous avons opté pour une approche clinique de l'imaginaire. Cette méthode se révèle particulièrement pertinente, car elle permet d'explorer en profondeur les dynamiques inconscientes sous-jacentes à leur rapport à la maladie. En analysant les représentations symboliques, l'organisation imaginaire individuelle à travers les « univers mythiques » et les discours des participantes, nous cherchons à comprendre comment le diabète s'inscrit dans leurs imaginaires symboliques et créatives et comment il influence leur identité féminine.

L'étude des manifestations de l'inconscient à travers les dessins, les récits, les questionnaires, les entretiens nous aidera à saisir les dimensions subjectives de leur expérience et à mettre en lumière les spécificités de leur vécu psychique.

Mettons en avant que la méthode clinique est largement utilisée, vise à comprendre les comportements humains en identifiant à la fois ce qui est typique et ce qui est individuel chez un sujet confronté à une situation spécifique. (SILLAMY, 2003, P, 57).

Les études de cas impliquent l'observation d'un individu ou d'un petit groupe, souvent utilisées pour comprendre des phénomènes complexes ou peu compris. Le clinicien cherche à décrire avec précision les problèmes d'un sujet en tenant compte de diverses circonstances, comme son histoire, sa personnalité et ses relations. Il recueille des données variées provenant d'entretiens, d'exams psychologiques et de témoignages pour formuler des hypothèses sur l'origine des comportements problématiques, en se concentrant sur les facteurs les plus influents. (ALBAELLO, 2011, P, 3).

2.1.Étude de cas:

L'étude de cas s'inscrit dans le domaine des méthodes d'analyse qualitatives et il se caractérise par l'examen approfondi d'un individu, d'une communauté, d'une organisation ou d'une société particulière. Elle s'appuie principalement sur des techniques qualitatives telles que les entretiens semi-dirigés, mais peut également intégrer des outils quantitatifs afin de recueillir des données. Ces données constituent la matière première indispensable à l'élaboration d'une représentation structurée et explicative, reflétant fidèlement l'histoire et la subjectivité du cas étudié, tout en respectant les principes de totalité et de singularité. (FERNANDZ, PEDINIELLI, 2006 P, 41-51).

3. Lieu de recherche:

Notre stage a été effectué au sein de l'EPH d'Akbou, pour une durée de 45 jours, du 9 février au 25 mars 2025, au sein du service des femmes. Ce service prend en charge plusieurs types de pathologies touchant la population féminine.

L'établissement hospitalier d'Akbou, quant à lui, existait bien avant l'indépendance ; son siège initial se trouvait dans l'ancien hôpital du centre-ville, 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 nouvel hôpital est baptisé au nom du « *Chahid lieutenant AKLOUL ALI* » en 1970.

Pendant notre stage à l'hôpital d'Akbou surnommée « *Akloul Ali* » ; qu'est un établissement public chargé de recevoir les personnes qui ont besoin de soins médicaux ou chirurgicaux, il constitue de: Consistance physique. La capacité technique de l'EPH d'Akbou est de 177 lits. De plus l'équipe médicale comprend : une psychologue clinicienne et des médecins généralistes, garantissant une prise en charge complète des patients.

4. Critères et présentation du groupe de recherche :

Notre population d'étude est composée de trois patients diabétiques, qui résident à l'hôpital d'Akbou, Wilaya de Bejaïa. Le choix de notre population d'étude a été déterminé selon certains critères que nous allons citer ci-dessous.

4.1. Les critères d'inclusion:

Les critères d'inclusion sur lesquels nous nous sommes basées pour la sélection des cas de notre groupe de recherche sont les suivants :

- Les sujets atteints de diabète, dont l'âge varié entre 22 et 53 ans. Nous avons choisi cette tranche d'âge, car notre étude se concentre sur les adultes femmes atteintes de diabète.
- Les sujets de notre recherche sont atteints de diabète de type 1 et de type 2. Plus précisément, notre échantillon comprend deux cas de diabète de type 1 et un cas de type 2. Cette diversité nous a permis d'explorer l'imaginaire symbolique en lien avec différentes formes de la maladie.

4.2. Les critères d'exclusion :

Quant aux critères d'exclusion, nous avons exclu de notre recherche :

- L'âge des participants : Nous avons choisi d'exclure les personnes âgées de moins de 18 ans.

4.3. Les caractéristiques du groupe de recherche:

Dans ce qui suit, nous allons illustrer dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche. Afin de préserver l'anonymat et la confidentialité des participantes, conformément aux règles d'éthique et de déontologie de la recherche en psychologie clinique, nous avons remplacé leurs prénoms par des lettres. Les informations présentées incluent l'âge, le sexe, Apparition de la maladie ainsi que la situation matrimoniale.

| Information sur le cas | Age | Sexe | Date d'Apparition de la maladie |
|------------------------|-------|----------|---------------------------------|
| M ^{me} .D | 53ans | Feminine | Depuis 2019 |
| M ^{me} . K | 47ans | Feminine | Depuis 2024 |
| M ^{lle} . L | 22ans | Feminine | Depuis 2014 |

Tableau N° 02: Présentation du groupe de recherche.

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques générales de notre groupe de recherche, composé de trois cas, tous de sexe féminin. La tranche d'âge des participantes varie entre 22 et 53 ans. Deux des participantes sont atteintes de diabète de type 1, tandis qu'une seule présente un diabète de type 2. Ce tableau résume les données générales inhérentes à ce groupe.

5. Les outils de recherche:

Cette partie, se consacrera à la présentation des instruments et outils que nous avons jugés les plus pertinents pour la bonne conduite de notre recherche. Le choix de ces outils repose sur plusieurs critères rigoureux, notamment leur adéquation à notre thématique, leur fiabilité et leur validité scientifique.

Pour la collecte de données ; deux outils principales ont été privilégiées : L'entretien clinique semi-directif et le test AT9 : (anthropologie test A 9 éléments).

5.1. L'entretien clinique :

La première action que nous avons menée après la prise de contact avec les patientes, est de nous entretenir avec elles, par le biais de l'entretien clinique. En psychologie clinique, l'entretien se définit par rapport aux trois niveaux d'investigations : en premier ; d'aide ou de soins psychologiques, correspond à apporter un soutien, changement et apaisement, soit psychologique. Le deuxième, de diagnostic ou d'évaluation psychologique, il concerne l'élaboration d'un diagnostic, soit en psychologie clinique ou en psychiatrie, des états et des souffrances qu'a le sujet. En dernier, de recherche clinique, il paraît qu'il se focalise sur l'étude de nouvelles problématiques, variables (BÉNONY & CHAHRAOUI,1999).

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet (FERNANDEZ & PEDINIELLI, 2006, P.41).

L'entretien clinique est de 3 type qui sont ; l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi directif ce dernier et celui est utilisé dans cette présente étude :

5.1.1.L'entretien semi-directif:

Dans ce type d'entretien, le clinicien-chercheur dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions soigneusement préparées qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Celles-ci ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais exprimées à un moment opportun de l'entretien, à la fin d'une association, par exemple.

De même, comme dans l'entretien clinique non directif, le clinicien énonce la question, puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé ici est avant tout une trame à partir de laquelle l'interviewé va pouvoir dérouler son récit (CHAHRAOUI, 2021, p28).

Le sujet est incité s'exprimer librement, ce qui représente une méthode d'investigation scientifique direct utilisée tant individuellement que parfois en groupe.

Cette approche semi-directive vise à obtenir des informations qualitatives approfondies en favorisant l'expression spontanée à partir de question ouvertes.

L'examineur peut également guider le sujet vers des questions spécifiques pour obtenir les réponses recherchées. (ANGERS, 1997, P.144).

5.1.2. Le guide d'entretien:

Pour que l'objectif de recherche soit atteint, nous avons établi un guide d'entretien qui comporte 5 axes.

- a) Axe N°1 : Informations personnelle concernant le sujet .
- b) Axe N°2 : Information sur la santé diabète .
- c) Axe N°3 : Information sur l'état psychologique du patient diabétique .
- d) Axe N°4 : Attitudes culturelles et spirituelles .
- e) Axe N°5 : Information sur l'avenir .

5.2. L'archétype test à 09 éléments (AT.9) :

5.2.1. Définition de test :

L'AT9 (Test Anthropologique de l'Imaginaire à 9 éléments) est un instrument de mesure de l'imaginaire ,ou une épreuve dessin récit,consiste à agencer librement en dessin neuf élément symbolique :une chute,une épée,un refuge,un monstre dévorant ,quelque chose cyclique (qui tourne ,qui se reproduit ou qui progresse), un personnage,de l'eau,un animal(oiseau,poisson,reptile ou mammifère)du feu.(LAPRÉE & BELLEHUMEUR,2013, P. 111).

Le test AT.9 concerne la dynamique profonde de l'imaginaire, qui s'enracine dans les schèmes, aux limites de l'inconscient. Il permet d'observer la structuration de l'imaginaire d'un individu à un moment donné, en révélant son univers mythique. (CHERBLANC & FAWER, 2024, P. 226).

Le test de l'AT9 se définit donc, par son créateur Yves Durand, comme posant « *le problème fondamental du temps et de la mort* », pour permettre la construction de solutions à ce problème.

5.2.2.L'origine de test :

L'AT9 en qualité de test a été théorisé par *Yves Durand* sur la base des travaux de son homonyme *Gilbert Durand*, afin d'explorer l'imaginaire. Il part du présupposé que le temps mortel, figure de la mort, constitue le processus originel de l'imaginaire.

Yves Durand, a mis au point le test appelé AT.9 (Test archétypal à 9 éléments), scientifiquement démontré dans le domaine de la psychologie. Ce test révèle chez un individu les grandes structures anthropologiques de l'imaginaire mises en évidence par Gilbert Durand à l'aide de d'autres outils culturels. (LAPRÉE, 2017, P. 8).

Le AT.9 donc, a été réellement créé par le professeur Yves Durand. Il fut l'élève de Gilbert Durand au lycée, puis son fidèle ami et son collègue d'université. Fasciné par l'œuvre que venait de publier par son maître en 1960. Le jeune psychologue Yves Durand s'est mis à vouloir transférer en un test pratique de psychologie la vaste théorie de l'imaginaire que Gilbert Durand avait démontrée principalement en étudiant une panoplie d'œuvres culturelles. En peu de temps et avec quelques essais et corrections, Yves Durand a fixé ce qu'on connaît depuis sa première publication de 1963 comme étant le test AT.9, révélant les univers mythiques de l'imaginaire individuel. Les univers mythiques correspondent exactement aux structures de l'imaginaire Durandien et en précisent la profondeur ainsi que la stratification. L'échelle catégorielle a donné une base scientifique à la théorie de l'imaginaire. Simultanément aussi, cette reconnaissance a eu pour effet d'accorder à la théorie de Gilbert Durand son statut de théorie de l'imaginaire validée par une démarche scientifique ». (LAPRÉE, 2017, P. 15).

5.2.3.Description de test :

Le test AT.9 repose sur les schèmes et des symboles archétypaux pouvant être potentialisés dans les différentes structures anthropologiques de l'imaginaire ou le (SAI). Il donne lieu à un classement possible entre 23 catégories d'univers mythiques. Il comprend d'abord 9 éléments à dessiner : une chute, une épée, un refuge, un monstre dévorant, quelque chose de cyclique, un personnage, de l'eau et un animal. Un récit de la production imaginative est aussi requis, de même que les réponses à deux questionnaires. Ils donnent des informations qui complètent l'analyse du test et qui permettent également à l'individu de commencer une prise de conscience de la signification de la dimension symbolique de son œuvre. (CHERBLANC & FAWER, 2024, P. 226).

Cette méthode consiste en un montage expérimental, de type « test papier-crayon », composé de neuf éléments : (archétypes, schèmes, qualifiés de substantifs ou « verbaux », images à symbolisation ouverte qualifiées de « symbolisables »), conçus comme stimuli symboliques destinés à servir de point de départ à l'élaboration d'un dessin et d'un récit. L'épreuve se présente de la façon suivante : Le sujet feuillette les dessins (au format 21 × 27 cm et sur un fond beige). (DURAND, 2005, P. 21).

3.1. Matériel de test :

La capacité de symbolisation des participants a été évaluée à l'aide de l'Anthropologique Test à 9 éléments (l'AT.9) d'Y. Durand. L'AT.9 s'effectue à l'aide d'un crayon de plomb, sans gomme à effacer, et le temps de passation est généralement de 50 minutes. Il est recommandé de ne pas administrer l'AT.9 aux enfants âgés de moins de 9 ans. (LAPRÉE & BELLEHUMEUR, 2013, P.138).

3.2. La consigne de test :

- La consigne telle que écrite et mentionnée sur la première page du test est :

« Composez un dessin avec une forme, une épée, un refuge, un monstre dévorant, quelque chose de cyclique (qui tourne, qui se reproduit ou qui progresse), un personnage, de l'eau, un animal (oiseau, poisson, reptile ou mammifère), du feu, et complétez verbalement, à pour but d'obtenir la réalisation d'un dessin organisé à partir des neuf mots-stimuli proposés ainsi que l'élaboration d'une explication et/ou d'un récit de l'action se déroulant dans le cadre du dessin. Le travail s'effectue sans gomme ni règle. (DURAND, 2005, P. 21-22).

1. Après 1/4 d'heure on donne cependant le complément de consigne suivant: « Lorsque votre dessin et votre récit seront terminés (et seulement après) je vous remettrai un questionnaire destiné à préciser certains points de votre travail. Mais alors vous ne pourrez plus rien ajouter ni sur votre dessin, ni dans votre récit ».

- Répondez avec précision aux questions suivantes:

➤ a) Autour de quelle idée centrale avez-vous construit votre composition? Avez-vous hésité entre 2 ou plusieurs solutions ? Si oui lesquelles ?

➤ b) Par quoi (lecture, film, etc.) avez-vous été éventuellement inspiré?

➤ c) Indiquez, parmi les 9 éléments du texte de votre composition:

➤ 1/ les éléments essentiels autour desquels vous avez bâti votre dessin

➤ 2/ les éléments que vous auriez aimé éliminer. Pourquoi ?

➤ d) Comment se termine la scène que vous avez imaginée ?

e) Si vous deviez, vous, participer à la scène que vous avez composée où seriez-vous? Que feriez-vous?

2. Dans le tableau il s'agit de préciser:

1°/ Par quoi vous avez représenté les 9 éléments du texte de votre dessin (colonne A)

2°/ Le rôle, la raison d'être de chacune de vos représentations (colonne B)

3°/ Ce que symbolise pour vous chacun des éléments du texte (colonne C). (DURAND,

2.1. La durée de test :

La durée d'exécution indiquée dans la consigne (30 minutes) reste formelle, mais utile au démarrage du travail, le temps nécessaire étant librement laissé au sujet. (DURAND, 2005, P. 21-22).

5.2.4. Le principe du test :

Selon G. Durand, le principe constitutif de l'imagination consiste à représenter, à figurer, à symboliser les visages de Temps vécu dont les représentations symboliques s'expriment par l'agressivité dévorante, la nuit terrifiante et la chute catastrophique. Le processus de créativité imaginaire se conçoit ainsi à partir de l'Objet néfaste que représentent la Mort et le Temps

mortel pour l'individu humain et d'une fonction d'élaboration d'images de vie contribuant à résoudre le « problème de l'angoisse lié à une temporalité fatale ».(CHERBLANC, & FAWER,2024, P. 226).

G. Durand établit une corrélation entre le mythe et la théorie jungienne de l'archétype afin de définir l'AT9 comme favorisant « la construction de l'anti destin ».

Il considère que l'archétype est intrinsèque et constitue une forme, une structure innée qui permet à un contenu de s'exprimer en image.

« L'homme naît avec un certain fonctionnement, un certain modèle de comportement qui s'est exprimé sous la forme d'images archétypique ou formes archétypiques c'est pour cela que les primitifs racontent des histoires, une grande partie de l'éducation se fait par la narration d'histoires. Cela m'a naturellement incité à étudier les archétypes images innées de l'instinct et non de l'intelligence. Elles sont toujours là et sont à l'origine de processus situés dans l'inconscient, à rapprocher des mythes. La mythologie est l'expression d'une série d'images qui manifestent la vie des archétypes... nous sommes un modèle...» (JUNG, 1946, Cité par DURAND, 1988, P.33).

C'est à partir de ce modèle théorique jungien que G. Durand bâtit une théorie interprétative de l'AT9 de type inductive. Les neuf éléments favorisent l'induction des figurations symboliques, car ils désignent des archétypes suscitant des images, un groupement d'archétypes. Les archétypes constituent les dominantes structurelles de la psyché. Afin de préciser les fondements de cette théorie, nous établissons le lexique suivant :

- le schème se substantifie en archétypes au contact des images de l'environnement,
- le symbole constitue l'expression d'un désir refoulé ou d'un conflit.

5.2.5. Le choix des neuf archétypes :

Yves Durand explique longuement les raisons méthodologiques de ces choix qui vont par trois. Un héros, sur lequel peut se greffer une histoire, et deux éléments porteurs d'images d'angoisse et de mort : la chute et un monstre dévorant. Puis trois éléments embrayeurs de structuration», c'est-à-dire qui vont permettre d'invoquer les régimes d'images diurne ou nocturne : l'épée, le refuge, et quelque chose de cyclique, qui tourne, qui se reproduit ou qui progresse. Enfin, trois éléments complémentaires -l'eau, l'animal et le feu -, dont les invocations d'images viennent renforcer les six éléments déjà choisis.

5.1. Élément de dramatisation :

➤ Le personnage :

Le personnage est un élément de dramatisation possible, car il peut jouer le rôle de l'héros principal, sujet ou centre de diverses actions ou activités, gestes et schèmes possibles. L'analyse du héros apportée par le regard de la critique littéraire a bien montré comment, en rapport avec ce personnage nucléaire, se masquent des données très en rapport avec la personnalité de l'auteur. Quel que soit la fiction inventée, il s'instaure entre le héros et son auteur, entre l'auteur et son double, une relation dialectique du créateur et de son masque. Pour construire des micro-univers mythiques, nos sujets-créeurs disposent ainsi d'un acteur-héros, à partir duquel ils pourront structurer une histoire. (XIBERRAS,2002, P. 150).

5.2. Élément posant "le problème" :

➤ La chute :

La chute, comprise « en tant que première expérience de la peur chez le nouveau-né, [...] peut être considérée comme le premier archétype d'un vécu angoissant expérimenté par l'être humain [et] désigne la totalité de l'écart existentiel de l'angoisse humaine ».

La chute, ce schème à l'inverse de la station debout, représente ainsi les expériences inquiétantes de l'être humain qui amènent la personne à y faire face de manière plus ou moins appropriée. Ce thème est très présent dans les mythologies. (CHERBLANC & FAWER, 2024, P. 226).

➤ Le monstre :

Le monstre dévorant évoque le symbolisme négatif de l'animalité, sa gueule dentée représentant une menace. Le dragon en est l'image la plus universelle. Le «monstre dévorant» place la personne devant son dilemme existentiel et l'invite à exprimer par les ressources de son imaginaire comment elle compose avec celui-ci. (CHERBLANC & FAWER, 2024, P. 226).

5.3. Les élément "embrayeurs":

➤ L'épée :

L'épée est un élément important au composant de la structure schizomorphe. L'épée nous disposons d'un stimulus destiné à entraîner des réponses actualisant la mythologie héroïque. (DURAND, 1988, P. 55).

➤ Le refuge :

Il est particulièrement utilisé dans les structures mystique, aide à produire des tendances rassurantes qui expriment le confort et la protection, et symbolise l'affection et la familiarité, la relation (contenant / contenu), la féminité et la maternité.

➤ Quelque chose de cyclique (qui tourne, qui se reproduit ou qui progresse) :

Soulève l'idée de reproduction, d'évolution ou de régression, une alarme qui parle de la vitalité et soulève les réponses qu'on appelle « autoritaires ». (DURAND, 1988, P. 62).

5.4. Les éléments complémentaires :

Ces archétypes sont choisis parce qu'ils permettent un renforcement sémantique de la structure symbolique qu'envisage de réaliser un sujet. Leur polyvalence sémantique leur permet de s'intégrer à n'importe quelle constellation d'images et, par là même, à révéler l'orientation de l'organisation.

➤ L'eau :

L'eau du régime diurne est schizomorphe. Elle est tout autant noire et hostile, d'aspect ténébreux et néfaste, substance de mort, que limpide et lustrale, substance de pureté pouvant

suffire à purifier. L'eau dans le régime nocturne prend encore d'autres représentations. L'eau mystique devient colorée et s'épaissit, elle devient le véhicule de la teinture. L'eau synthétique, c'est l'eau du cycle, fertilisante et promesse du cycle végétal de la vie, mais aussi retour au chaos primordial, à l'informe, par ses histoires diluviennes. (XIBERRAS,2002, P.153).

➤ **L'animal :**

L'image de l'animal est la plus fréquente et la plus banale, et se prête le plus facilement à la classification. Les structures schizomorphes préfèrent les oiseaux, comme accessoires de l'aile, véritablement ascensionnelle, et porteuse de qualités morales. Le poisson est l'animal des structures mystiques, symbole du contenant redoublé, contenant contenu, véritable animal gigogne. Il offre à l'imaginaire toute la gamme des processus d'inversion, d'emboîtement, de gulliverisation. Il substitue l'avalage, plus doux à la rêverie que la dévoration mordicante. Enfin, l'animal des structures synthétiques est le serpent, triple symbole de la transformation temporelle, de la fécondité et enfin de la pérennité ancestrale. À la fois animal qui mue tout en restant lui-même, il est le grand symbole du cycle temporel. (XIBERRAS,2002, P.153).

➤ **Le feu :**

Le feu est la métaphore même du danger non maîtrisable, évoquant encore les grandes catastrophes naturelles des incendies, volcans, guerres, sécheresses, isomorphe. Le feu de la structure mystique est un feu doux comme un feu ou un feu de cuisson. Enfin, le feu obtenu en soufflant est isomorphe au rythme, c'est un feu synthétique. (XIBERRAS,2002, P.154).

5.2.6.Expérimentation du test et type de réponse :

L'expérimentation de l'imagination avec AT.9 remonte à 1961 et implique des millions de protocoles basés sur des hiérarchies de population variant en termes d'âge, de sexe, de profession, de contexte socioculturel et même de structure mentale. La classification des protocoles de test est basée sur deux critères : La première concerne l'organisation dramatique, identifiée autour du sujet-personnage, figurée dans le dessin, développée dans l'entretien et précisée par le questionnaire. La deuxième critique porte sur l'analyse de la structure consistant en une intégration plus ou moins continue de la morphologie, de la fonction et du symbolisme attribués aux différents éléments représentés dans un produit de données.

2.1.Les thèmes héroïques (HE) :

Le scénario dramatique de ces thèmes caractérisé par l'affrontement d'un personnage (arme d'une épée) et d'un monstre (crachant du feu) représenter un danger, un rival ou encore, obstacle pour le personnage. (DURAND, 2005, P.23).

L'action héroïque est détaillée avec les trois éléments du personnage, la personne et le monstre. Face au danger d'un monstre, ça fait mal comme une grosse queue et un groupe proche, la personne qui envoie sa lettre pour un combat. (XIBERRAS, 2002, P.151).

2.2. Les thèmes mystiques (MY) :

Ces réalisation son caractériser par la représentation d'une « action » paisible. (DURAND, Y. 2005, P.24).

L'action de la personne se déroule dans une atmosphère de dépôt, d'équipement et d'harmonie. Il s'agit d'une action simple sur la vie quotidienne, aussi simple qu'elle reflète la nature du refuge du fils. (XIBERRAS, 2002, P.151).

2.3. Les thèmes synthétiques :

D'un point de vue thématique l'univers héroïque s'oppose à l'univers mystique comme le jour s'oppose à la nuit. Cela laisse supposer le fait de représenter l'un exclut la possibilité d'imaginer l'autre. Or, il n'en est rien. (DURAND, 2005, P.25).

L'univers synthétique, le personnage participe à un double univers, à la fois héroïque et mystique. Ou bien deux actions se déroulent en même temps (dans deux plans de réalité distincts), ou diachronique, ou successivement, soit synchronique. (XIBERRAS, 2002, P. 151).

2.4. Les univers mythique de type double univers existentiel (DUEX) :

2.4.1. Double univers existentiel de forme diachronique :

Dans la production de ce groupe le personnage est concerné par des épisodes existentiels successifs ; vie paisible du personnage (situation initiale) à quel succède une séquence héroïque (affrontement d'un monstre) ou combat et ensuite retour à la situation de départ (vie paisible). (DURAND, 2005, P.28).

2.4.2. Double univers existentiels de forme synchronique :

Les AT.9 de cette catégorie sont caractérisés par une actualisation simultanée d'une polarité héroïque et d'une polarité mystique. La cohérence dramatique de l'œuvre est assurée par le doublement du personnage. Dans ce but deux procédés sont utilisés :

- Le dédoublement consistant à figurer un couple de personnage ou deux groupes d'acteur permettant de mettre en scène deux actions distinctes (héroïque et mystique). Dans le cadre d'un scénario unifié, cette forme de production qualifie «synchronique dédouble ».
 - Le redoublement de la représentation du personnage par l'artifice du rêve figure par une «bulle » par cet artifice le rêveur appartient dans la «réalité» à l'ordre mystique et par son rêve imaginaire héroïque. Cette forme de production qualifie «synchronique redoublée ».
- (DURAND, 2005, P. 28).

| Univers Mythique | A | B | C | D |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------|
| Héroïque (HE) | Sur /HE | He/intégré | He /impur | He/détendu |
| Mystique (MY) | Sur /MY | MY/intégré | MY/impur | MY/ ludique |
| Double univers exистentiel(DUEX) | Diachr.1 (MY Vers HE) | Diachr.2 (HE vers MY) | Synchr.1 (redoublé) | Synchr2(dé double) |

| | | | | |
|---|------------------------------------|--|------------------------|-----------------------------|
| Univers synthétique symbolique (USS) | USSD (forme cyclique) | USSD (thème de progrès) | USSS (forme bipolaire) | USSS (forme interactive) |
| Pseudo-structuré (PDS) | PDS (forme a) | PDS (forme b) | | |
| Structuration Défectueuses (SD) Divers structures (DS) | Non structuré simple (fonctionnel) | non-structuré tendance formalisante (sommaire ou symbolisante) | Destructué | Sous ensemble non structuré |

Tableau 03: tableau récapitulatif des catégories AT9 (Durand, Y. 2005, p168).

5.2.7. L'analyse du test AT9 :

Le sujet est invité à expliquer quelle représentation il a donnée de chaque archétype, quel rôle il lui a conféré, et ce qu'il symbolise. Il révèle ainsi la manière dont il a transcrit les symboles sur le plan linguistique. Quant à l'analyse, elle vise à faire apparaître des groupements isomorphes de symboles, des micro-univers mythiques représentatifs du fonctionnement de l'imaginaire qui inclut les éléments suivants :

7.1. L'analyse de dessin :

L'analyse du dessin repose sur une démarche structurée en cinq étapes, permettant d'examiner en profondeur la manière dont un sujet construit et investit l'espace graphique. Ces cinq aspects sont les suivants :

● La structuration de l'espace :

Est-elle différenciée, c'est-à-dire impliquant l'utilisation des trois dimensions (verticale, horizontale et antéropostérieure). Inversement, n'observe-t-on aucune structuration (tous les éléments étant juxtaposés, sans tracés les reliant les uns aux autres) ou encore certains éléments sont-ils groupés sous forme de bandes superposées ou d'îlots autonomes selon deux dimensions.

● La spatialité :

Les divers éléments participent-ils au décor mythique ? Autrement dit : observe-t-on une intention décorative (marquée notamment par des ajouts d'éléments) ou, au contraire, le dessin est-il vide, limité à la figuration sommaire des divers éléments ?

● La dimension et la position des divers éléments :

Sont-elles adaptées à la cohérence de l'ensemble -cela impliquant que certains éléments soient réduits en dimension et d'autres au contraire agrandis le tout donnant une impression

d'ordre, Inversement, la dimension et la position des éléments sont-elles inadaptées à l'ensemble (dans une sorte de surimpression, de déboîtement, de désordre) Remarque-t-on encore la dimension excessive d'un élément (envahissant l'espace) et/ou sa position inadaptée contribuant à rompre l'unité de l'ensemble.

● **La figuration :**

Est-elle élaborée avec un souci esthétique affirmé (ombres, perspective) S'agit-il d'une représentation "simplement" réaliste ou observe-t-on une tendance à l'abstraction figurative (géométrisation par exemple).

● **Le graphisme :**

Est-il souple, redondant, adapté ou labile, impulsif, confus ou encore rigide, formel, linéaire ?

● **Les critères d'analyse du dessin :**

Sont résumés dans le tableau 2. Trois séries sont distinguées :

✓ **La série 1** : caractérise les dessins élaborés dont elle fait ressortir la qualité de l'organisation spatiale et de la figuration du dessin, la pertinence de l'adaptation dimensionnelle et positionnelle des divers éléments ainsi que la qualité de l'élaboration représentative et graphique.

✓ **La série 2** : caractérise les dessins réalistes dont l'organisation spatiale, la figuration, l'ordre ne sont pas traités de façon rigoureuse ou redondante. Enfin,

✓ **la série 3** : correspond aux dessins formels dont elle met en évidence la facture hétérogénéisante et schématisante. (DURAND, Y. 2005, P.159- 160).

| Structuration | | |
|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Trois dimensions utilisées(haut / bas / profondeur) | Lots ou bandes | Éléments juxtaposés |
| B. Spatialité | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Décoration mythiqueredondant (ajout, d'élément) | Ni redondant, ni restrictionfigurative | Restriction figurative(dessin sommaires) |
| C. ordre | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Dimension et position des éléments adaptées à la cohérence représentative de la scène figurée | Dimension inadaptée et/ ou position hétérogène d'un ou deux éléments source d'une discrète désorganisation | Surimpression et/ou déboîtement des éléments engendrant une hétérogénéité représentative |
| D. figuration | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Effets intentionnels | Élaboration Figurative | Abstraction figurative |

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| de perspective | réaliste | (schématisation, géométrisation) |
| E. graphisme | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Traces souples, redondants, adaptés | Traces labiles, impulsive, confus | Traces rigides, formels, linéaires |

Tableau 02 : Critères d'analyse du dessin. (Durand, Y. 2005, p161)

7.2. analyse du récit :

Cinq aspects principaux sont retenus pour cette analyse, chacun apportant un éclairage spécifique sur la manière dont le récit est construit, articulé et investi par le sujet.

● L'action :

Dans certains cas l'action est unifiée, l'auteur cherchant à faire ressortir une cohérence dramatique articulée autour du personnage. Inversement, le récit se ramène parfois à un simple inventaire de significations fonctionnelles ou symboliques). Entre ces deux types nous rencontrons les récits caractérisés par une ou deux actions mentionnées mais non-coordonnées dramatiquement.

● La nature du récit :

Celui-ci relate-t-il une fiction narrée en tant que telle (référence à un mythe, à une légende, essai d'anticipation à partir d'une réflexion sur la vie présente, description d'une séquence de vie imaginaire, etc.) ou une séquence d'existence effective (« réelle », appartenant en propre à l'auteur de l'œuvre) Dans une tout autre perspective, le récit consiste-t-il en une dramatisation hermétique d'un monde singulier (hors de toute référence légendaire).

● La fonction séquentielle attribuée aux divers éléments :

Dans les productions ordinaires chaque élément revêt un rôle participant et/ou s'intégrant à la fiction projetée. A l'opposé, dans d'autres occurrences, les éléments représentés ne comportent aucune valeur séquentielle intégrée à une dramatique d'ensemble. Enfin, dans certains récits, la fonction d'un ou de deux éléments ne s'intègre pas à la thématique développée impliquant ainsi un "blocage" sur une séquence sémantiquement divergente par rapport à la dramatique d'ensemble (séquence héroïque dans un univers mystique par exemple).

● La temporalité :

Trois types de récit seront distingués. Dans le premier cas le récit décrit une action créatrice d'un sens existentiel élaboré (temporalité « exemplaire » effectivement instaurée). A l'opposé, dans la deuxième occurrence, il s'agit de la description d'une action aléatoire n'induisant aucun sens existentiel définissable (temporalité extraordinaire). Enfin, dans une troisième perspective, on codera les récits évoquant un sens existentiel obsédant (temporalité-mémoire) ou insuffisamment défini et parfois confus (temporalité entravée).

● Style utilisé dans le récit :

Style adapté à la fiction, explicite, précis, engendrant une narration vivante ou, au contraire, style caractérisé par des effets inhabituels, des implications singulières voire des bizarreries.

On distinguera également le style « défensif » à tendance justificative (montrant que les éléments proposés sont bien utilisés) ou mettant en évidence des précautions verbales, des mises à distance diverses (récits « hachés », descriptions banales, etc.).

● **Les critères d'analyse du dessin :**

De la même façon que pour le dessin l'application de ces critères met en évidence une élaboration adaptée des récits :

✓ (Série 1) tels qu'on les rencontre dans la classification ordinaire.

✓ Les séries 2 et 3 caractérisent les récits affectés par un réalisme excessif ou par un formalisme mal adapté. (DURAND, 2005, P.162-164).

| | | |
|---|---|---|
| A. Action | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Action dramatique unifiées et définie | Une ou deux actions non-cordonnées au thème central évoquée | Pas de thème unificateur Simple énumération d'aspects fonctionnels ou symbolique liés aux éléments représentés |
| B. Nature du récit | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Récit= fiction narrée | Fiction = séquences existentielle d'une «réalité» vécue | Récit= dramatisation hermétique d'un univers singulier |
| C. Fonction séquentielle | | |
| 1 | 2 | 3 |
| convergence séquentielle des fonctions attribuées aux divers éléments | la fonction attribuée à un ou deux éléments n'a pas d'utilité séquentielle dans un récit unifié | Non cohérence séquentielle des fonctions attribuées aux divers éléments |
| D. D. Temporalité | | |
| 1 | 2 | 3 |
| L'action évoque s'inscrit dans une temporalité instaurée (créatrice, de sens existentiel) | L'action évoque relève d'une temporalité ancrée à «une réalité référence » | L'action évoque n'induit aucun sens existentiel définissable (temporalité extraordinaire) |
| E. Style | | |
| 1 | 2 | 3 |

| | | |
|--|--|---|
| Style précis, adapte à la fiction représentée Narration vivante | Style «défensif »: justification, banalisation, restriction du récit | Effets sémantique inhabituels et / ou trouble syntaxiques |
|--|--|---|

Tableau 05 :Critères d'analyse du récit.(Durand, Y. 2005, p163).

7.3.Concordance dessin-récit :

Dans les AT.9 ordinaires le récit est toujours en concordance sémantique avec le dessin. A sa lecture le destinataire de l'œuvre n'est pas « surpris » car il s'attend globalement au contenu évoqué après avoir pris connaissance du dessin. Le récit apporte toutefois des précisions permettant de mieux comprendre le motif de l'action, son origine, son déroulement et également son dénouement. Parfois (en particulier dans les univers synthétiques symboliques) l'auteur ne se limite pas à un récit « narratif » et complète son exposé par une réflexion ou une conception philosophique de portée générale. Ainsi, dans beaucoup de réalisations, non seulement on n'observe aucune distorsion sémantique entre la signification perceptible du dessin et le commentaire élaboré dans le récit mais l'œuvre-AT.9 constitue un tout ancré sur deux modalités expressives se complétant réciproquement.

Des remarques identiques peuvent être faites à propos des réalisations provenant de personnes présentant une symptomatologie névrotique ou relevant du groupe des « états-limites » : aucune distorsion n'est relevée entre dessin et récit. Autrement dit, le récit n'apparaît pas singulier ou surprenant : il complète de façon congruente la signification thématique que l'on peut établir à partir de l'observation du dessin. Par contre, concernant le récit des AT.9 de personnes dénotant des caractéristiques psychotiques, il en va tout autrement. Tout d'abord le dessin de ces AT.9 s'avère difficile à décoder. Quant au récit qui devrait normalement compléter ce dernier il se caractérise par une originalité, une portée symbolique outrée ou encore une référence à des faits inadaptés en vue d'une élucidation pertinente du dessin effectué. (DURAND, P165-166).

Lorsqu'une discordance est ainsi observée entre dessin et récit cela relève de l'instabilité de processus psychiques ne possédant plus le minimum de permanence associative que nécessite la cohérence du comportement créatif à l'AT.9. Il en va de même d'ailleurs entre dessin et récit d'une part et questionnaire d'autre part. Cependant, la distorsion la plus fréquemment observée se situe moins entre dessin et récit qu'entre l'interprétation qu'un tiers peut faire du dessin (en masquant le récit) et l'interprétation qu'en donne lui-même le sujet dans son récit. Le dessin, dans les productions de type psychotique, à cause généralement de son caractère hétérogène, singulier ou confus est peu "lisible" et l'ensemble dessin/récit constitue une production originale sinon énigmatique.

Le signe de l'existence d'une cohérence expressive et de l'aptitude à communiquer un message symbolique dans l'AT.9 réside dans la figuration d'un acteur central (le personnage ordinairement, quelquefois le monstre) effectuant un geste conforme au motif thématique indiqué dans le récit. Lorsque ce signe est présent cela veut dire en général que le récit confirme l'interprétation qu'un tiers peut faire du dessin exclusivement (celui-ci étant observé en ayant mis un cache sur le récit). Nous parlerons de bonne concordance dans ce cas.

Il sera possible de retenir l'existence d'une très bonne concordance lorsque non seulement le récit confirme la représentation effectuée dans le dessin mais qu'en plus il introduit une dimension temporelle et (ou) un apport d'information (idéologique par exemple) tout à fait adaptés à une réflexion sur le dessin et s'ajoutant à la simple perception de ce dernier. (DURAND, 2005, P.166).

Nous réserverons la qualification de concordance simple aux AT.9 dans lesquels le récit apporte des indications appliquées individuellement diverses aux figurations. Cependant, étant donné le caractère statique voire hétérogène du dessin de ce type de production, ces compléments ramènent à un constat énumératif des éléments (ou des sous-ensembles) d'éléments figurés ou bien encore consistent en un inventaire pertinent des caractéristiques fonctionnelles ou symboliques propres à chaque élément représenté.

Enfin, dans un ensemble dessin/récit singulier et thématiquement inclassable mais comportant son propre codage entre récit et dessin, nous parlerons de concordance originale et lorsqu' aucune relation n'est établie entre dessin et récit il s'agit alors de discordance. (DURAND, 2005, P.167).

7.4. Contenu existentiel :

Par contenu existentiel il faut entendre les caractéristiques de la tonalité affective liée aux idées et sentiments exprimés. Celle-ci s'inscrit-elle selon une tendance positive (vie) ou négative (mort). Son analyse s'effectuera à partir du dessin et du récit exclusivement.

On distinguera trois rubriques : **victoire/échec**, **sécurité/insécurité**, **sérénité/angoisse**. Celles-ci correspondent respectivement aux trois grandes orientations sémantiques des productions-AT.9 (univers héroïques, mystiques y compris les DUEX et USS). (DURAND, 2005, P.168).

Ces écarts existentiels <<vie/mort>> comportent des degrés répertoriés selon cinq catégories :

- ✓ VICTOIRE 1 2 3 4 5 ECHEC
- ✓ SECURITE 1 2 3 4 5 INSECURITE
- ✓ SERENITE 1 2 3 4 5 ANGOISSE

● Les rubriques de l'AT9 :

En principe, lorsqu'une structure est nettement actualisée, seule l'une de ces trois rubriques est concernée. Dans certains cas mixtes (DUEX) le contenu existentiel relève des deux premières rubriques. Cette procédure d'analyse est également applicable à la catégorie pseudo-déstructurée (PSD) mais reste par contre inopérante dans les structurations défectueuses (SD). (DURAND, 2005, P.169).

A/ Rubrique victoire/échec. On encercle (le chiffre concerné) :

1- Si la victoire du personnage est totale : le combat a (eu) lieu et le monstre est (a été) tué facilement.

- 2- Si la victoire du personnage est difficile : le combat a (eu) lieu et le héros vainc (a vaincu) le monstre avec difficulté.
- 3- S'il y a incertitude quant à l'issue du combat : il n'est pas possible de dire qui a été (ou sera) vainqueur.
- 4- Lorsque l'échec du personnage n'est pas total : victoire implicite du monstre mais le personnage n'est pas tué (cas de la fuite).
- 5- Lorsque l'échec du personnage est total : victoire du monstre et mort du personnage. (DURAND, 2005, P.169).

B/ Rubrique sécurité insécurité. On encercle :

- 1- Personnage paisible, vivant dans un environnement ne comportant aucun élément d'insécurité (même latent).
- 2- Personnage paisible, vivant dans un environnement comportant de discrets éléments d'insécurité mais ne remettant cependant pas en cause la quiétude du personnage.
- 3- Personnage paisible, vivant dans un environnement comportant des éléments directs d'insécurité nécessitant la mise à distance de ces éléments, suffisante en vue de la poursuite d'une vie tranquille.
- 4- Personnage qui doit se protéger contre les dangers mettant directement en cause sa sécurité. Cependant une vie paisible reste potentiellement possible
- 5- Personnage vivant dans un monde hostile de toute part ne lui permettant aucune esquisse de vie paisible. (DURAND, 2005, P.170).

C/ Rubrique sérénité / angoisse. On encercle :

- 1- L'angoisse (existentielle ou métaphysique) est contrôlée à travers un schème (cycle, progrès, dualisme, etc.) donnant un sens à la vie et à la mort, aboutissant à une réelle sérénité.
- 2- Idem à 1 mais sérénité incomplète.
- 3- Prise de conscience de l'angoisse liée à la nature, au monde actuel, à la condition humaine, etc. Solution(s) envisagée(s) et/ou mais l'option choisie reste un compromis selon lequel on ne sait pas si l'homme est ou n'est plus angoissé.
- 4- Expression de l'angoisse liée à la nature, au monde actuel, à la condition humaine, etc. Solution(s) envisagée(s) et/ou mises en œuvre mais ne contribuant pas à résoudre le problème posé et laissant l'homme face à son insécurité ontologique et existentielle ou à son destin fatal.
- 5- L'angoisse (existentielle, métaphysique) est exprimée (symboliquement représentée) pour elle-même, sans mise en œuvre de solution apte à la résoudre, l'individu humain étant dès le départ abandonné à son destin fatal. (DURAND, 2005, P.170).

7.5. L'implication :

L'analyse des particularités de l'identification mentionnée au Questionnaire AT.9 (question e/) montre une tendance marquée à l'identification au personnage (ce qui ne surprend pas) et cela de façon plus affirmée chez les sujets masculins que féminins et plus nette en structure héroïque qu'en structure mystique. Parfois cette identification est déplacée sur d'autres acteurs (monstre, animal, personnage ajouté, etc.). Enfin, certains récits laissent apparaître une projection directe du créateur de la fiction dans son œuvre (emploi du pronom personnel « je »).

Ainsi l'implication d'un auteur dans l'univers mythique élaboré par ses soins est-elle plus ou

moins marquée. L'élément « personnage » offre une possibilité projective en ce sens qu'il permet à la fois une identification comme double agissant par procuration et une distanciation comme acteur d'un univers mythique extérieur à l'auteur lui-même.

Ordinairement, le sujet n'a pas conscience qu'il est impliqué dans la représentation et l'action qu'il attribue initialement au personnage ... Peu à peu, il va cependant découvrir cette particularité, notamment en effectuant le Questionnaire AT.9 dont certaines questions l'invitent à s'expliquer sur l'élaboration de sa production. De ce fait il est amené à (accepter de) se reconnaître en tant que créateur et acteur de son œuvre. Dès lors plusieurs attitudes sont possibles. L'auteur de la fiction peut, par exemple, refuser certaines prises de conscience et faire preuve de réticence à accepter l'identification projective au personnage. La solution adoptée consiste alors fréquemment à choisir de jouer le rôle d'un autre élément (animal, monstre, etc.) de la scène imaginée, parfois même de s'inscrire dans son décor (eau, fleur, etc.). Inversement, d'autres auteurs accepteront « spontanément » de s'identifier au personnage de leur AT.9 et de tenir le même rôle. (DURAND, 2005, P.171).

L'ensemble de ces occurrences est explicité ci-après :

A-Projection dans le récit :

Dans les situations ordinaires la personne réalisant AT.9 ne se projette pas explicitement dans le récit (selon une référence à soi) car elle est apte à marquer la distanciation indispensable entre le réel et l'imaginaire impliquée par la consigne du test (proposant la réalisation d'un «travail d'imagination» selon des conditions matérielles précises). Par contre dans certaines occurrences (cas cliniques de personnes angoissées par leurs difficultés existentielles ou dont la pensée est envahie par des représentations délirantes) on observe une projection symptomatique.

Dans cette perspective deux modalités projectives peuvent être distinguées :

1. projection directe primaire :

Dans cette occurrence l'auteur parle de lui-même dans le récit en dehors de toute référence au dessin ou développe des associations idéatives abstraites qualifiables de singulières, c'est-à-dire sans rapport dramatique avec la représentation effectuée et en dehors de tout scénario articulé sur le personnage.

2. projection directe secondaire :

Dans ce cas l'auteur parle de lui-même dans le récit mais à partir de certaines représentations de son dessin. Autrement dit il utilise certes l'AT.9 pour exprimer des préoccupations personnelles mais cela s'effectue dans le cadre des représentations effectuées dans le dessin. (DURAND, 2005, P.172).

B- Participation au mythe créé :

Après l'étude des aspects projectifs d'ordre plus particulièrement affectif et propres au récit l'analyse de l'implication de l'auteur dans son œuvre peut s'envisager sur un mode plus intellectualisé à partir des réponses élaborées dans le cadre du Questionnaire-AT.9. (DURAND, 2005, P.172).

1/ Origine de l'inspiration (question b/) :

Les réponses habituelles à cette question font état de lectures, de films ou encore mentionnent que la représentation effectuée est entièrement un produit imaginaire personnel. Les personnes dont les symptômes appartiennent à la série névrotique font le plus souvent référence à leur existence propre, leur vie passée, leur enfance. Enfin, dans les protocoles relevant de la série psychotique on rencontre fréquemment des références abstraites au psychisme, à l'esprit, à la vie en général.

2/ Issue (question d/) :

L'issue s'inscrit dans un processus de rationalisation induit par la question elle-même. Pour que la réponse soit pertinente il est indispensable que l'auteur assume le monde imaginaire qu'il a créé et les conséquences dramatiques qui en découlent. Aussi, à côté de l'issue en tant que telle, on observera plus particulièrement ici l'aptitude de l'auteur d'une fiction à être impliqué par celle-ci ainsi que la cohérence dramatique qu'il confère à sa réponse. On notera plus spécialement :

➤ Chez les personnalités psychotiques : une issue ne prenant pas en compte de façon suffisamment réaliste le niveau existentiel du scénario évoqué pour s'épuiser dans une appréciation négativiste à travers des formulations telles

➤ que : scène statique, ne se termine pas, on ne connaît pas le futur, etc.

➤ Chez les personnalités névrotiques : l'issue est conforme à la diachronie et aux particularités dramatiques de l'action figurée. Cependant, très souvent, le problème posé n'est pas résolu pour autant : la solution indiquée élude ce problème ou le laisse en suspend. (Durand, 2005, p173).

✓c/ Identification projective (question e/) :

Ainsi que cela a été indiqué précédemment l'identification directe au personnage se rencontre le plus fréquemment dans les productions héroïques ainsi que chez les sujets masculins. Les féminins recourent plutôt à une identification indirecte comme double du personnage principal : personnage complémentaire, spectateur de la scène, acteur d'une autre action, etc. Dans toutes ces situations l'identification reste attribuée à un personnage effectuant un rôle précis et définissable dans la fiction construite.

Contrastant avec ces occurrences, on rencontre des identifications hésitantes et imprécises ou des choix se rapportant à des éléments autres que le personnage : monstre, animal le plus souvent, parfois un élément naturel (l'eau par exemple). A côté de ces groupes d'identification acceptée dans le rôle du personnage principal ou caractérisées par une certaine souplesse de la posture dramatique (plutôt que par un aspect pouvant être qualifié de « défensif » dans une autre perspective) on rencontre un autre ensemble de réponses centré sur une attitude de refus (ou implicitement de déni) de la situation de test elle-même :

✓ refus de reconnaître toute implication dans la production effectuée et/ou de répondre à la question e/. Exemple de réponse : je ne participe pas ;

✓ inaptitude à reconnaître le « jeu » de la question e/ (supposant une distinction entre réel et imaginaire) s'exprimant dans des réponses du type : je serais dans le désert parce qu'ici il n'y a pas de monstres pareils, je serais du côté de la lumière ;

✓ oubli du monde imaginaire créé et réponse à la question e/ en fonction de la réalité présentement « vécue ». Exemples : Je serais au pavillon X, je serais chez moi. (DURAND,

2005, p.174).

| A. Projection dans le récit | | |
|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Aucune projection directe | Projection directe secondaire | Projection directe primaire |
| B. Participation au mythe crée | | |
| a. origine d'inspiration | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Lectures, films, etc. aucune influence | Référence personnelle et (ou) au passé, à l'enfance | Référence abstraite au psychisme, à l'esprit, à la vie |
| b. issue | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Réponses en conformité avec le problème posé | Problème posé éludé ou restant en suspend | Réponses négative et/ ou sans lien avec le problème posé |
| C. Identification projective | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Identification directe comme sujet ou indirecte comme double | Identification imprécise ou dérivée sur : monstre, animal, élément naturel, etc. | Refus explicite d'identification ou inaptitude au jeu de cette question |

Tableau 06: Les critères d'analyse de l'implication. (Durand, Y. 2005, p175)

7.6 Particularités des réponses au questionnaire AT.9 :

La procédure d'analyse envisagée sous cette rubrique s'applique aux indications mentionnées dans le questionnaire AT.9 (question II) en particulier pour l'analyse de la fonction et du symbolisme (colonnes B et C). Concernant la morphologie les désignations portées (colonne A) ne servent ordinairement qu'à confirmer les observations effectuées à partir du dessin et des données du récit.

a/ Particularités morphologiques :

L'inventaire des particularités morphologiques des neuf éléments a fait l'objet d'études diverses. Par rapport aux figurations banales (les plus fréquentes) certaines images - de par leur faible pourcentage d'apparition et leur originalité morphologique suggèrent l'approfondissement de leur symbolisme.

b/ Particularités fonctionnelles :

Dans les productions ordinaires la mention fonctionnelle attribuée à chaque élément est différenciée. Il faut comprendre par cela, d'une part, que la fonction attribuée à l'élément dans l'univers mytho-dramatique représenté est bien dégagée de sa signification symbolique et, d'autre part, que cette fonction est individualisée, c'est-à-dire spécifique pour chaque élément représenté. Selon une procédure différente (qualifiée d'expression fonctionnelle hypertrophiée), un seul thème dont le poids sémantique est important (danger par exemple) concerne de façon redondante la plupart des indications données dans la colonne B du questionnaire.

● Trois cas sont alors à considérer :

✓ Le premier se rapporte à une difficulté verbale à désigner (désignation <0) la fonction

attribuée à des éléments pourtant représentés au niveau du dessin.

✓ Le deuxième cas implique un négativisme marqué (refus d'attribuer une utilité, un rôle aux représentations).

✓ Dans une troisième occurrence l'élément représenté dans le dessin est traité sur un plan strictement symbolique il ne comporte donc pas de rôle concret (c'est-à-dire fonctionnel) dans l'univers mythique élaboré.

De ce fait la colonne B du questionnaire est négligée alors que la colonne C, relative au symbolisme, est complétée. Selon une même procédure (qualifiée d'hypersymbolisation) les indications (d'ordre symbolique) qui devraient normalement figurer dans la colonne C sont mentionnées en B ou encore, dans les deux colonnes (B & C), sont mentionnés des termes relevant d'une formulation conceptuelle et/ou symbolique. (DURAND, 2005, P.176-177).

c/ Particularités symboliques :

Cette rubrique concerne les indications mentionnées dans la colonne C du questionnaire et ont trait, d'une part, aux processus de symbolisation et, d'autre part, aux contenus de cette dernière.

Les réponses adaptées impliquent d'une part une discrimination entre l'image représentée, sa fonction dans la scène figurée et le symbolisme rattaché à celles-ci et, d'autre part, une aptitude à formuler verbalement cette différenciation. Lorsque seule la symbolisation est mentionnée ou, d'une façon générale, lorsque la fonction est confondue avec le symbolisme dans une formulation tendant vers l'abstraction nous parlerons de formulation hyperconceptuelle définissant par là une tendance à délaissier (voire à nier) la réalité concrète et à lui substituer un attrait pour une conceptualisation symbolisante ou formalisante.

D'un point de vue psychopathologique cette procédure tend à accompagner les processus psychotiques mais celle-ci s'observe également dans le cadre de questionnaires rapidement complétés et cela dans des productions relevant de la classification ordinaire des univers mythiques (en particulier dans la série des USS). C'est pourquoi ce critère doit être utilisé avec circonspection.

A l'opposé, certaines personnes n'accèdent pas ou difficilement à l'élaboration symbolique (formulation incomplète) impliquée par la colonne C. Dans cette occurrence seule l'utilité fonctionnelle ou la valeur affective présente des choses et des êtres peuvent être exprimés ; l'emploi de termes génériques et/ou abstraits s'avère dans ce cas très difficile sinon impossible.

Ce déficit de mise en œuvre des processus verbo-conceptuels et de symbolisation se comprend dans une perspective psycho-affective d'élaboration symbolique des expériences vécues et également en fonction de la compétence linguistique permettant de désigner celles-ci de façon spontanée et pertinente. Ainsi la formulation verbale des termes permettant de remplir convenablement la colonne C du questionnaire (symbolisation élaborée) suppose une connaissance des mots (précédés de leur article) exprimant des idées générales (la vie, la mort, la peur, la défense, etc.). Celle-ci n'est guère acquise avant 11/12 ans et atteste toujours d'une bonne maîtrise verbo-conceptuelle.

D'un point de vue psychopathologique les difficultés d'élaboration verbale sur certains

éléments symboliques du test énumérés dans la colonne C du questionnaire sont à comprendre en référence théorique avec la notion de complexe dans son acception originelle (tant freudienne que jungienne) autrement dit selon l'existence d'un trouble affectif postulé comme cause du brouillage de l'élaboration verbale. (Durand, 2005, p178)

Enfin, les réponses indiquées dans la colonne C peuvent être ordonnées selon un couplage implicite - d'ordre existentiel (la Vie, la Mort) ou systématique de type manichéen (le Bien, le Mal) indicatif de l'appartenance sémantique des neuf symboles indiqués à une vision du monde plutôt « affective » dans le premier cas (dont le rapport Vie/Mort moyen est de 6 symboles/vie, 2 symboles/mort et 1 omission) ou plutôt « rationnelle » dans le second (existence conçue sur un mode manichéen). (DURAND, 2005, P.179).

7.7. Schéma d'utilisation :

Trois étapes peuvent être distinguées en vue de l'application clinique de l'AT.9. La première consiste à exploiter les données fournies par la grille d'analyse du tableau 5 (après avoir consciencieusement rempli celle-ci). Outre la connaissance détaillée de l'œuvre qu'implique la réalisation de cette tâche, plusieurs caractéristiques pourront être étudiées (liste non limitative) ; citons en particulier : être étudié (liste non limitative) : citons en particulier. (DURAND, 2005, P.179).

Dans la première étape : elle concerne l'exploitation des données de la grille en plusieurs aspects :

- ✓ Les aspects de l'activité créatrice développée dans le dessin, le récit et le questionnaire.
- ✓ L'implication personnelle de l'auteur dans l'organisation.
- ✓ Dramatique évoquée- la cohérence, la lisibilité de l'œuvre ;
- ✓ Le registre psychopathologique éventuellement concerné.

La deuxième étape : concerne l'approfondissement des aspects créatifs conformément à notre approche théorique. Il s'agit tout d'abord de définir la représentation de l'angoisse et d'analyser les processus de « défense » élaborés (compris en tant que caractéristiques « structurales » relevant du registre de l'imaginaire concerné). En second lieu on approfondira l'organisation systémique, dramatique et expressive de l'œuvre. Dans ce cadre on analysera les caractéristiques des différentes composantes élaboratives ainsi que les modalités de l'implication projective.

La troisième étape : se rapporte à la synthèse. Celle-ci vise à esquisser les caractéristiques de la représentation de soi émergente de l'œuvre dans le cadre mytho-dramatique de l'imaginaire observé. Les qualités ou défauts de cette mise en scène seront compris dans une perspective adaptative de l'imaginaire (en liaison avec l'anamnèse) selon laquelle, dans l'AT.9, les processus créatifs expriment le potentiel adaptatif d'une personne affirmant sa posture mythique dans son contexte socio-culturel et singulièrement dans la situation de passation de cette épreuve. (DURAND, 2005, P.180).

Enfin voilà donc le résumé d'analyse des protocoles d'AT.9, sous forme d'une grille.

| | |
|---|---|
| 1. DESSIN | 7. particularité morphologique |
| A. Structuration 1 - 2 - 3 B. Spatialité 1 - 2 - 3 C. Ordre 1 - 2 - 3 D. Figuration 1 - 2 - 3 E. Graphisme 1 - 2 - 3 Commentaire : | A. Couplage(s) symptomatique (s) B. Morphologie symptomatique (s) C. Processus iconologique (s) Contenue spécifique : |
| 2. Récit A. Action 1 - 2 - 3 B. Nature du récit 1 - 2 - 3 C. fonction séquentielle 1 - 2 - 3 D. Temporalité 1 - 2 - 3 E. Style 1 - 2 - 3 Commentaire | 8. particularité fonctionnelles 1. Expression fonctionnelle différenciée (rôle, fonction de l'élément bien dégagé de sa valeur symbolique et nettement définie) 2. Expression fonctionnelle hypertrophiée (une fonction contamine l'ensemble : plusieurs éléments comportent la même fonction) |
| 3. Concordance dessin/récit 1. T. Bonne concordance 2. Bonne concordance 3. Concordance simple 4. Concordance originale 5. Discordance | 3. Expression fonctionnelle restreinte ; cela par : a/ hétérogénéité b/néguvisme c/ hyper-symbolisation |
| 4. Régime de l'imaginaire HE, MY, DUEX, USSD, USSS, PDS, SD, DS. | 9. Particularité symboliques A. Niveau de symbolisation 1. Formulation élaborée 2. Formulation incomplète 3. Formulation hyper-conceptuelle B. Contenus symbolique 1. Symbolisation varié 2. Dominante symbolique 3. Couplage systématique C. Rapport : vie/ mort |
| 5. Contenue existentiel Victoire 1 2 3 4 5 échec Sécurité 1 2 3 4 5 insécurités Sérénité 1 2 3 4 5 angoisses Contenue spécifique éventuel : | |
| 6. Implication A. Projection dans le récit 1 - 2 - 3 B. Participation au mythe : a/origine de l'inspiration 1 - 2 - 3 b/ issue 1 - 2 - 3 C. Identification projective 1 - 2 - 3 | 10. Observation diverses Comportement pendant la passation, etc |

Tableau 07: Grille d'analyse d'AT.9. (Durand, Y. 2005, p181).

6.Le déroulement de la recherche :

L'étude a été conduite sur une période de six semaines, du 9 février 2025 au 25 mars 2025. Elle s'est déroulée sous la supervision de Madame SAADI, psychologue à l'hôpital d'Akloul Ali, dans le service des femmes.

Lors de notre première journée au sein de l'établissement, nous avons été accueillies par la conseillère d'orientation principale, Madame SAADI, qui nous a présenté le règlement du

service des femmes. Elle nous a ensuite orientées vers les patientes diabétiques, notre principal sujet d'étude.

Le premier entretien avec les femmes diabétiques a été consacré à une présentation de notre démarche et à la prise de contact. Nous avons pris soin de leur expliquer la nature de notre projet, ainsi que les raisons de notre présence à l'hôpital. Lors de la deuxième séance, nous avons effectué une visite auprès des patientes, suivie d'un entretien préliminaire durant lequel nous avons recueilli des informations essentielles concernant l'application du test AT9. Ce test a été utilisé non seulement pour collecter des données, mais aussi pour expliquer les modalités de passation aux participantes.

Chaque patiente a ensuite été reçue individuellement dans le bureau de la psychologue principale pour passer le test. Ce dernier se déroule en cinq étapes, chacune visant à explorer différents aspects symboliques et psychologiques.

Dans la première étape, après avoir rempli ses informations sur la première page du document, la femme prend connaissance du texte de présentation de l'épreuve en langue arabe «في الاختبار التالي ستقوم بتركيب رسم، عليك خاصة أنتظهر قدرة على التخيل. يعتبر تنظيم الرسم أهم من التنفيذ في حد ذاته» (Annexes 00)

Dans un second temps, la femme prend connaissance des neuf éléments archétypaux, supports de sa composition graphique, qui figurent au verso de la première page.

La consigne qui lui est donnée est de dessiner une image à partir des éléments suivant : «سقوط، سيف، وحش مفترس، شيء، دوري، شخص، ماء، حيوان طائر، سمك، (زاحفة من الزواحف أو ثدي من الثدييات، نار)»

Dès qu'elle termine le dessin, on passe à la troisième étape : on invite la femme à raconter une histoire basée sur son dessin (Annexe): « اشرح رسمك ». Ensuite, lors de la quatrième étape, on lui remet le questionnaire AT9 qui permettra de compléter les informations recueillies. Enfin, la femme est invitée à remplir un tableau en classant les images, les rôles et les symbolismes des neuf éléments.

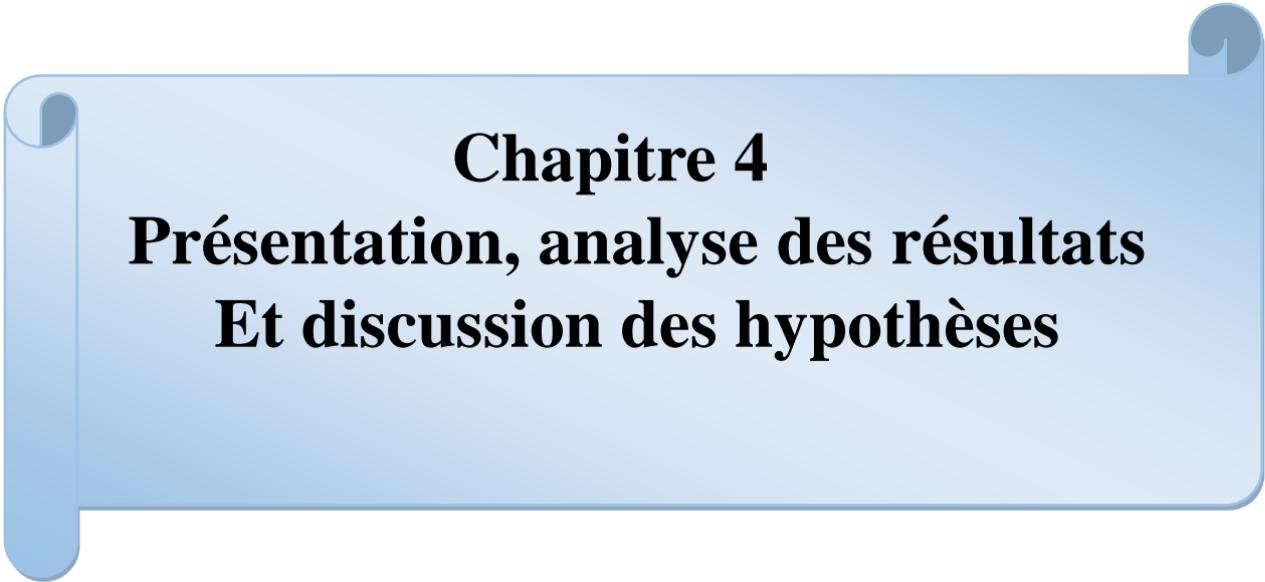
Une fois le dessin réalisé, la deuxième étape consiste à inviter la patiente à élaborer une histoire en lien avec son dessin (Annexe). La troisième étape consiste à remettre à la patiente le questionnaire AT9, destiné à compléter les informations recueillies lors des étapes précédentes. Enfin, la quatrième étape consiste en l'invitation de la patiente à remplir un tableau dans lequel elle doit classer les images, les rôles et les symbolismes associés aux neuf éléments.

Au cours de cette démarche, plusieurs patientes ont exprimé des difficultés à remplir le tableau, notamment en ce qui concerne l'attribution des rôles et des significations symboliques. Pour les aider, nous leur avons fourni un exemple concret : nous avons présenté un sérum et leur avons demandé, en arabe, de préciser son rôle (colonne ب) ainsi que sa signification symbolique (colonne ج). La majorité des réponses ont fait le lien entre le sérum et la femme diabétique hospitalisée, évoquant des notions telles que la réhydratation, le soutien vital et le réconfort face à la maladie. Une réponse typique a été formulée comme suit : «.أجابت معظمهن بأن السيروم مرتبط بالمرأة المصابة بالسكري في المستشفى علاج المرضى وتخفيف الأعراض»

Finalement, chaque patiente a été invitée à suivre cette même procédure pour les neuf éléments du test.

Synthèse :

L'AT.9 se caractérise par sa double fonction constituée à la fois d'un outil d'exploration de l'imaginaire, d'approfondissement de la créativité symbolique, et d'une méthode de connaissance de la personnalité. Il s'agit, à travers des capacités de représentation, d'une tentative d'organisation rationnelle au cours d'un dessin, puis d'une histoire racontée, afin d'approcher la structure de personnalité.



Chapitre 4
Présentation, analyse des résultats
Et discussion des hypothèses

Préambule :

Cette partie de notre travail est consacrée à la présentation et à l'analyse de l'entretien clinique ainsi que du test de l'Archétype de Neuf Éléments (AT.9). L'objectif est d'examiner les données recueillies afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses formulées au début de notre recherche. Ces outils permettent d'explorer les dimensions symboliques et subjectives du vécu des patientes, en lien avec notre problématique.

1. Présentation et analyse des résultats du 1^{er} cas :

1.1.1. Présentation et analyse des données de l'entretien :

Axe 01 : Présentations personnelles :

M^{me} D, âgée de 53 ans, est une femme au foyer et mère de trois enfants (une fille et deux garçons). Elle a arrêté ses études scolaires au niveau du baccalauréat, et elle a vécu durant son enfance et sa jeunesse une situation familiale relativement stable, malgré une faible ressource financière jugée « non suffisantes » de la part de **M^{me} D**.

En cours et au long de l'entretien, elle s'est montrée souriante, motivée, suggérant une disposition positive et facile à l'échange, son discours est parfois constitué de courtes phrases, mais cohérent et varié entre la langue maternelle qui est le kabyle et la langue française.

Axe02 : Informations sur l'état de santé diabète :

M^{me} D, présente un diabète de type 2, diagnostiqué à la suite d'un bilan médical réalisé avant le décès de son père en 2019. Lors de son discours, elle a exprimé en langue kabyle : **“uqval adimath vava”**; « *avant la mort de mon père* », suggérant une possible identification au défunt. Malgré la prise de conscience du diagnostic, elle manifeste un comportement alimentaire paradoxal, marqué par une consommation excessive de sucres, déclarant : **“hemmlagh mlih chocolat”**; « *j'aime beaucoup le chocolat* », ce qui peut traduire un mécanisme de compensation ou de régulation émotionnelle.

Elle présente également une hypertension associée. Son rapport à la maladie oscille entre la reconnaissance du diagnostic et son évitement, comme en témoigne son affirmation : **“le diabète normal je l'oublie carrément”**; ce qui peut refléter un processus de déni partiel ou une défense psychique face à l'angoisse liée à la condition chronique.

Axe03 : Informations sur l'état psychologique du patient diabétique :

Lorsqu'elle a appris son diagnostic de diabète, **M^{me}D**, n'a pas manifesté de réaction particulière. Pour elle, cette maladie était déjà familière, plusieurs membres de sa famille en étant atteints. Elle a exprimé cela en disant : **“déjà yella héréditaire, genre yella s vava puis tas3at yemma après yas3at agmma après chghel uyugadagh ara j'étais prédisposée”**, « *C'était déjà héréditaire, mon père en était atteint, puis ma mère a été diagnostiquée, ensuite mon frère... je n'en avais pas peur, comme si j'y étais prédisposée* » ; Ce qui traduit une intégration du caractère héréditaire de la maladie. Cependant, la maladie de sa mère a profondément modifié son vécu du diabète. Depuis cet événement, elle éprouve un stress constant ainsi qu'une angoisse marquée par la peur de la perdre. Elle a déclaré : **“à part**

Chapitre 04 Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

l'hlak n yemma, je suis bien, mais s l'hlak n yemma, je suis vraiment stressée, avec plus de perturbations, et aussi j'ai peur de perdre ma mère” ; « *En dehors de l'état de santé de ma mère, je vais bien. Mais lorsqu'elle ne va pas bien, je suis vraiment stressée, je ressens davantage de perturbations, et j'ai peur de la perdre.* » ce qui révèle une vulnérabilité émotionnelle accrue et un impact psychique important lié à l'état de santé maternel.

M^{me} D, ressent physiquement les effets du diabète, notamment des tremblements et une fatigue persistante, comme elle l'exprime : **“targigigh thussugh mlih s 3agu”**; « *Je tremble et je me sens très fatiguée* ». Cependant, cette épreuve lui a permis de mieux se comprendre et d'adopter un comportement plus affirmé. Elle se perçoit désormais comme plus responsable et capable de se défendre face aux injustices, affirmant : **“ur tawdagh ara l3ibed ma yella win iy diwdhen susumegh ara ut samhagh ara g lahqiwi toujours chui responsable”** ; « *Je ne crains plus les gens ; lorsqu'ils me provoquent, je leur réponds et je ne me tais plus. Quoi qu'il arrive, je suis toujours responsable* ».

Elle ne pense pas que sa famille influence directement sa manière de vivre avec la maladie, bien qu'elle traverse des périodes de doute et d'angoisse, comme elle l'exprime : **“non lahlak agi uydhur ara ar wakham iw”** ; « *Cette maladie ne m'affecte pas dans ma vie familiale* ». Malgré ces moments de vulnérabilité, elle s'efforce de ne pas laisser la peur la submerger et tente de la surmonter à travers diverses stratégies d'adaptation, déclarant : **“des fois sa3ugh des perturbations mais des fois je sais comment gérer ma peur s tadsa s unachrah muhim j'essaye d'oublier ma peur”** ; « *Parfois, je ressens des perturbations, mais à d'autres moments, je parviens à gérer ma peur, en souriant ou en riant. J'essaie simplement de l'oublier* ».

Dans son quotidien, elle adopte une attitude d'évitement vis-à-vis de sa maladie, au point d'en oublier son diabète, répétant : **“tatugh ak lahlak agi ”** ; « *J'oublie que j'ai cette maladie* ». Son adhésion aux recommandations médicales est irrégulière, notamment en raison de contraintes financières, comme elle le souligne : **“non utaba3agh ara les conseils n teviv acku zmmred adennidh que khusagh chuiya”**; « *Je ne suis pas toujours les conseils du médecin, car je n'ai pas assez de moyens.* ». La prise du traitement entraîne parfois des effets secondaires désagréables, tels que des douleurs abdominales et des diarrhées, qu'elle décrit par : **“ma swagh dwa tatssrih t3abut'iw”**; « *Quand je prends le médicament, cela me provoque des douleurs au ventre* ».

Face au stress, elle manifeste un repli sur soi et une tendance à l'isolement, comme en témoigne son affirmation : **“tettrugh tighiimigh wahdi uhdragh ara attas”**; « *Je pleure, je préfère m'isoler et je communique très peu avec autrui* ».

Lorsqu'elle se sent en détresse, elle extériorise sa souffrance par les pleurs mais trouve du réconfort en pensant à ses enfants. La réussite scolaire de sa fille lui procure une grande fierté et constitue une source de motivation pour avancer, exprimant : **“tatrugh ma diligh chuiya ken mais ma admaktigh arraw iw farhagh s yassen acku yelli tamchtuht tahrech di laqraya tawid 16 di le bem”**; « *Je pleure lorsque je ne vais pas bien, mais lorsque je pense à mes enfants, cela me rend heureuse d'ailleurs, ma petite fille est très intelligente dans ses études ; elle a obtenu une note de 16 au BEM* »

Axe 04 : Attitudes culturelles et spirituelles :

M^{me} D, entretient une forte dimension spirituelle et accorde une grande importance à sa religion, qu'elle pratique avec rigueur. Elle exprime cette connexion en affirmant : **“oui tab3Agh avrid rebbi ukhdmegh ara ayen n diri”**; « *Je suis sur le chemin de Dieu et je m'abstiens de toute action illicite* ». La prière représente pour elle un moment essentiel de connexion intérieure et de bien-être spirituel, comme elle le souligne : **“oui tazlagh mi ligh deg ukhem toujours g lwqthis”**; « *Je prie à tout moment lorsque je suis à la maison.* » Cependant, depuis la maladie de sa mère, elle éprouve des difficultés à maintenir cette pratique avec la même assiduité, ce qui engendre un sentiment de déséquilibre, comme elle l'exprime : **“d'après la maladie de ma mère, ut zalagh ara akhter ulech anda zalagh dagi g svitar”**; « *Depuis la maladie de ma mère, je ne prie plus, car ici à l'hôpital, il n'y a pas de lieu où je puisse prier* ».

Sa perception du monde est teintée d'une forme de résignation et d'un sentiment d'accomplissement total, lui donnant l'impression d'avoir déjà tout vécu et de ne plus entrevoir d'avenir personnel prometteur. Toutefois, ses enfants constituent une source de joie et de motivation, lui permettant de retrouver un sens à son existence. Elle exprime cette dualité en déclarant : **“dunith iw ghuri tfuk us3Igh ara dunith nidhen mais après ma admakthigh arraw iw ubghigh ara atnjagh prsk hmmlghten mlih mlih tawligh kulchi dgsen isfrah”** ; « *Ma vie pour moi est terminée, je n'entrevois pas d'autre monde. Cependant, lorsqu'il m'arrive de penser à mes enfants, je ne souhaite pas les laisser, car je les aime profondément. Je le vois dans leurs yeux, tout leur bonheur, et cela me remplit de joie* ».

Elle rejette catégoriquement la sorcellerie et les pratiques non médicales, ayant vécu une expérience douloureuse liée au décès de sa sœur. Elle témoigne de son rejet en disant : **“nk utmmnagh ara s lahchawach agi akith akhtar déjà watma themuth af dra ganchtagi netat tahlek le cancer après nanazed af tahchichin agi usnfi3ent ara durent kther”** ; « *Je n'ai pas confiance dans les remèdes à base de plantes, car ma sœur est décédée après en avoir utilisé. Elle était atteinte d'un cancer, et après son diagnostic, on lui a conseillé ces traitements. Non seulement ils n'ont pas été efficaces, mais ils ont aggravé son état* ». Convaincue de la primauté des avancées scientifiques, elle privilégie les traitements médicaux validés, affirmant : **“je préfère la science mieux que d'autre”**.

Les traditions et les coutumes sociales jouent un rôle fondamental dans son quotidien, lui offrant des repères et renforçant son identité culturelle. Elles constituent pour elle un lien avec ses racines et son héritage, mais sans être vécues comme une contrainte. Elle exprime cette attache identitaire en déclarant : **“oui twaligh la3wayed d lhaja la3ali tajadith negh natta f dgsent smakhtynted riha n zik d lajdud negh”**; « *Je trouve que nos traditions ont une grande importance. Elles demeurent bien ancrées dans notre quotidien et nous renvoient à l'atmosphère du passé ainsi qu'à l'héritage de nos ancêtres* ».

Axe 05 : Informations sur l'avenir :

M^{me} D, ne se projette pas dans son propre avenir, mais dans celui de ses enfants, qui restent sa priorité absolue. Elle exprime cette dévotion en affirmant : **“je ne pense pas à mon âme**

mais je pense seulement à mes enfants”, traduisant un effacement de soi au profit de son rôle maternel.

Son souhait principal est d’avoir la santé et de vivre en paix avec sa famille. Elle accorde une grande importance à l’harmonie familiale et au bien-être de ses proches, comme elle le souligne : **“saramagh saha d lahna akith i twachult iw d waraw iw”** ; *«Je souhaite la santé et le bonheur à toute ma famille ainsi qu’à mes enfants»*.

Elle aspire à protéger ses enfants et à leur garantir un avenir stable. Son objectif est de les accompagner dans la réalisation de leurs projets et de répondre à leurs besoins. Elle exprime cette détermination en déclarant : **“les projets inu ar zdath d arraw iw asnkhdmegh ak ayen mu zmregh aken dawdhen ar wayen vghann”** ; *«Mes projets d’avenir sont pour mes enfants. Je ferai tout ce que je peux pour qu’ils réalisent leurs rêves et leurs aspirations»*. Son rôle de mère est au cœur de son existence. Son engagement total dans l’éducation et l’épanouissement de ses enfants structure son identité et lui donne un sens profond à sa vie

1.1.2. Présentation et analyse du protocole AT9 de M^{me} D :

2. 1.Présentation du protocole AT9 de M^{me} D :



Figure N°05 : Illustration du dessin de M^{me} D.

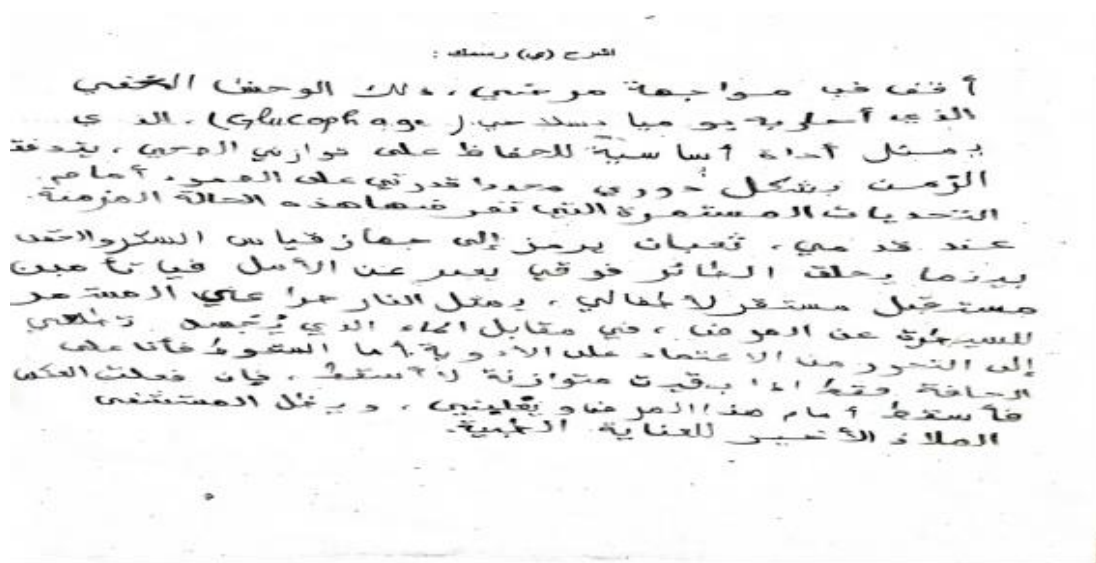


Figure N°06: Interprétation personnelle de dessin produit par M^{me} D.

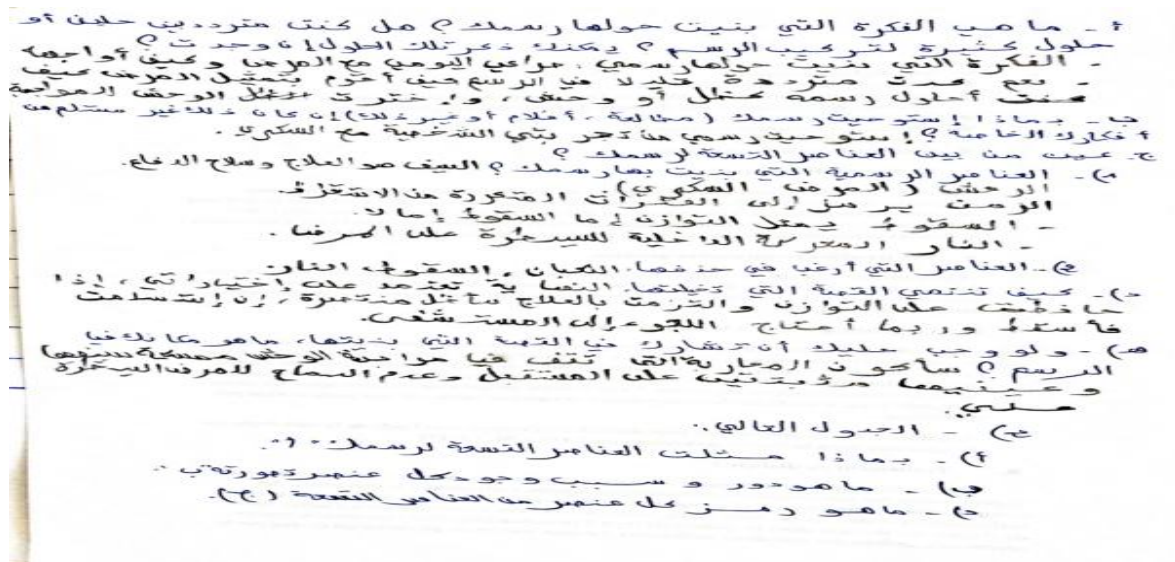


Figure N°07: Questionnaire d'exploration clinique proposé a M^{me} D

| | | | |
|-----------|--------------------|----------------------------|-------------------------|
| العنصر | أ- ممثل "ب" | ب- دورة "ب" | ج- ذئب "ج" |
| سنة 4 | تناول الدواء | الدواء عند تناول السكر | فقدان السيطرة |
| سيف | glucophage | السلاح عند المرض | الملاح |
| ملجأ | المستشفى | مكان الرعاية والدعم | الأمان الطبي |
| وحش مفترس | السكر | العدو الرئيسي | المرض |
| شيء - وري | الوقت | الاستمرار | مراح مختلفة |
| شخص | أنا | دمل الدم | القوة الداخلية |
| ماء | الحرية من الأدوية | الأهل | الحياة بدون قيود طبيعية |
| حيوان | التعبان و الخنازير | التيود الجينية مستقبل أنفك | أدوات العلاج المصحح |
| نار | المرض | معرفة عند المرض | الارادة و القوة |

Figure N°08: Analyse symbolique des éléments figuratifs présents dans le dessin de Mme D.

2. 2. Grille d'analyse du protocole AT9 de Mme D :

| | |
|--|--|
| 1.DESSIN Structuration code: 3 Spatialité code: 3 Ordre code: 3 Figuration code: 2 Graphisme code: 1 | 7. Particularité morphologique La taille du monstre est plus grande de taille que celle de l'homme (Morphologie symptomatique « B ») |
| 2.Récit Action code: 1 Nature du récit code: 2 Fonction séquentielle code: 1 Temporalité code: 2 Style code: 1 | 8. Particularité fonctionnelles 1. Expression fonctionnelle différenciée (rôle, fonction de l'élément bien dégagé de sa valeur symbolique et nettement définie) |
| 3.Concordance dessin/récit Simple concordance | |
| 4.Régime de l'imaginaire USSD, Univers mythique synthétique symbolique, forme cyclique. | 9. Particularité symboliques A). Niveau de symbolisation 1. Formulation élaborée B). Contenus symbolique 2. Dominante Symbolique Rapport : Vie/ Mort 6/ 2. |
| 5.Contenue existentiel : Sérénité/angoisse: Code 4 | |

| | |
|--|--|
| <p>6. Implication</p> <p>A) Projection dans le récit code:3 Participation au mythe:</p> <p>a/origine de l'inspiration code:3</p> <p>b/ issue code: 1 Identification projective code: 1</p> | <p>10. Observation diverse</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ La patiente manifeste dès le début de l'entretien une attitude marquée par l'anxiété et la peur . ✧ Agitation motrice est observée notamment pas des mouvements répétitifs des pieds . ✧ Discours est parfois haché parfois interrompu par des blocages entravant la fluidité de la parole . ✧ L'entretien est ponctué de silences significatifs témoignant d'une difficulté à verbaliser. ✧ La patiente se met pleurer en cours d'entretien révélant une forte charge |
|--|--|

Tableau 08 : Grille d'analyse du Mme D.

Commentaire : Les indications fournies par la grille d'analyse témoignent d'une qualité de l'élaboration *symbolique défensive* mise en œuvre dans les trois domaines concernés par le test : le dessin, récit et le questionnaire. On n'observe par implication personnelle directement exprimé dans les éléments projectifs et la production, dans l'ensemble s'avère parfaitement cohérente et lisible. Ces éléments donnent à penser que nous sommes face à une structure névrotique de forme névrose d'angoisse avec recours à une symbolisation plus au moins élaborée comme défense contre la maladie du diabète. En autre partie le registre imaginaire de M^{me} D, s'inscrit **d'un univers synthétique symbolique, forme cyclique (USSD).**

2.3. Analyse des processus créatifs et symboliques

A. Analyse du dessin :

Tout d'abord, M^{me}D a représenté les neuf éléments du test, structurant son dessin autour de la confrontation entre elle et le monstre, *symbolisant le diabète*. L'image est centrée sur cette lutte, avec des éléments clés qui renforcent son récit, notamment l'épée (Glucophage), le feu (combat contre la maladie) et l'eau (espoir de guérison).

➤ Le récit en langue arabe :

أقف في مواجهة مرضي، ذاك الوحش الخفي الذي أحاربه يوميا بسلاحي جلوكوفاجيمثل أداة أساسية للحفاظ على توازن الصحي، يتدفق الزمن بشكل دوري محدد قدرتي على الصمود أمام التحديات المستمرة التي تفرضها هذه الحالة الزمنية. عند قدمي، ثعبان يرمز إلى جهاز قياس السكر، و الحقن بينما يخلق الطائر فوق يعبّر عن الأمل في بناء مستقبل مستقر لاطفالي، يمثل النار صراعي المستمر للسيطرة عن المرض في مقابل الماء الذي يجسد تطلعي إلى التحرر من الاعتماد على الأدوية أما السقوط فأنا على الحافة فقط إذا بقيت متوازنة لا أسقط فإن فعلت العكس فأسقط أمام هذا المرض الذي يغلبني و يضل المستشفى الملاذ الأخير للعناية الطبية.

➤ *Adaptation du récit en langue française :*

Je fais face à ma maladie, ce monstre invisible que je combats quotidiennement avec pour seule arme le GLUCOPHAGE, outil essentiel au maintien de mon équilibre sanitaire. Le temps s'écoule de manière cyclique, rythmé par ma capacité à résister aux défis constants imposés par cette condition chronique. À mes pieds, un serpent symbolise l'appareil de mesure de la glycémie ainsi que les injections, tandis qu'un oiseau planant au-dessus de moi incarne l'espoir d'un avenir stable pour mes enfants. Le feu représente mon combat incessant pour maîtriser la maladie, en opposition à l'eau qui exprime mon aspiration à me libérer de la dépendance aux traitements médicamenteux. Quant à la chute, je me tiens au bord du précipice : tant que je garde mon équilibre, je ne sombre pas. Mais si je fléchis, je succombe à cette maladie qui me dépasse, laissant l'hôpital comme dernier refuge pour des soins médicaux appropriés.

B. Analyse du récit:

Son récit donne une explication détaillée du dessin, où chaque élément trouve une correspondance symbolique avec son vécu quotidien. La concordance entre dessin et récit est bien marquée, simple, renforçant l'expression de son combat intérieur.

C. L'analyse du questionnaire :

Concernant le questionnaire, pour l'idée principale, **M^{me} D**, met en avant la résistance quotidienne face à la maladie et la nécessité de faire des choix pour maintenir son équilibre.

Elle exprime une certaine hésitation dans la recherche de solutions, oscillant entre l'acceptation et la volonté de combattre. Son inspiration provient de son vécu personnel et non d'influences extérieures comme les films ou la littérature. Parmi les éléments essentiels à ses yeux, elle cite les personnages (elle-même et le monstre), l'animal (serpent représentant les injections), le feu (lutte) et l'eau (espoir de liberté).

Pour les deux dernières questions, elle évoque la possibilité de supprimer le serpent, car il incarne la contrainte médicale qu'elle souhaiterait dépasser. Quant à la fin de l'histoire, elle espère parvenir à une stabilité où elle pourrait vivre sans dépendance aux médicaments.

➤ *Explication sur le tableau :*

Le tableau AT9 de **M^{me}D** révèle un imaginaire marqué par une lutte intérieure contre la maladie, symbolisée par un monstre, où les traitements deviennent des armes de survie. Elle se représente activement engagée dans ce combat, oscillant entre contrainte (serpent, hôpital) et espoir (oiseau, eau). L'ensemble traduit une forte symbolisation de son vécu corporel et psychique, où le diabète prend une dimension à la fois destructrice et transformatrice.

2.4. Synthèse de cas :

M^{me} D, a dessiné une femme en pleine confrontation avec un monstre, symbolisant son diabète. Son épée, représentant le Glucophage, est son arme pour maintenir son équilibre de santé. Autour d'elle, divers éléments traduisent son combat quotidien : le serpent, représentant l'appareil de mesure et la seringue, témoigne de la contrainte médicale permanente, tandis que l'oiseau symbolise son espoir de préserver l'avenir de ses enfants. L'eau et le feu marquent la dualité entre l'espoir de vivre sans médicaments et la nécessité de lutter contre la maladie. L'hôpital, son refuge, reste une présence incontournable, rappelant la réalité de sa condition. **M^{me} D**, se projette ainsi dans une lutte intérieure où chaque décision alimentaire peut mener soit à la stabilité, soit à la rechute, illustrant une dynamique psychique de tension entre maîtrise et vulnérabilité.

Ainsi, le régime imaginaire qui caractérise **M^{me} D**, s'inscrit dans *un univers synthétique symbolique, forme cyclique (USSD)*. Son récit débute par une situation paisible, mais rapidement, le diabète apparaît comme une menace qui exige une lutte acharnée. Elle oscille entre la contrainte et l'espoir, entre le combat et la résignation, traduisant ainsi une dynamique de résistance constante.

1.2.1. Présentation et analyse des données de l'entretien de 2^{ème} cas :

Axe 01 : Informations personnelles

Mademoiselle **L.**, âgée de 22 ans, est une étudiante qu'est actuellement en Master 2. Elle décrit sa situation familiale comme harmonieuse et sécurisante, mettant en avant la bienveillance et le soutien constants de sa famille.

Au cours de l'entretien, elle s'est principalement exprimée en français, avec quelques passages en kabyle, sa langue maternelle. Son discours été clair, structuré et témoigne d'une bonne capacité à verbaliser son vécu. Elle s'est montrée ouverte, disponible et impliquée dans l'échange, adoptant une attitude respectueuse et sereine.

Axe 02 : Informations sur l'état de santé – Diabète :

Mademoiselle **L** ; est atteinte d'un diabète de type 1, diagnostiqué déjà à l'âge de 11 ans, cinq mois après un épisode marquant le suicide de son cousin. Ce choc émotionnel semble avoir été un facteur déclencheur du diabète. Elle était alors en deuxième année de CEM.

Elle se souvient avoir constaté plusieurs symptômes avant le diagnostic, qu'elle énonce en kabyle : « waraghagh » (*j'étais très pâle*), « da3fagh mlih » (*j'ai beaucoup maigri*), « tefadagh mlih » (*j'avais très soif*), « truhugh toilette souvent » (*j'allais souvent aux toilettes*), tout en ajoutant qu'elle consommait aussi beaucoup de sucreries à cette période.

Actuellement, elle indique ne pas souffrir de complications : « mazel » (*pas encore*). Elle qualifie le diabète de « *maladie dangereuse* » qui nécessite une hygiène de vie et une discipline strictes. Elle signale également un « *déséquilibre d'oreille* » en dehors du diabète.

Concernant le régime alimentaire, elle affirme ne pas le suivre, ajoutant : « *je ne respecte pas le régime, et je me sens très mal à l'aise avec* ». Ce malaise s'exprime aussi dans son rapport

Chapitre 04 Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

au traitement, notamment les injections : *« je me sens très dérangée avec les piqûres toutes les 4 heures »*, soit cinq injections par jour.

Axe 03 : Informations sur l'état psychologique du patient diabétique

Lors de l'annonce de la maladie, Mademoiselle L. n'a pas eu de réaction particulière, expliquant que cela tenait à son jeune âge. Ce n'est qu'en grandissant qu'elle a réellement pris conscience de la maladie : *« j'étais trop petite pour être choquée ou pour comprendre ce qu'était le diabète. Mais avec l'âge, c'est très difficile à accepter, une maladie chronique à cet âge-là. Je me sens toujours mal à l'aise malgré toutes ces années »*.

Elle affirme toutefois bien gérer les épisodes d'hyperglycémie et d'hypoglycémie : *« j'arrive à contrôler ma situation dans les deux cas »*.

Sur le plan familial, elle entretient des liens forts et se sent soutenue : *« j'ai une bonne relation avec ma famille, ils prennent soin de moi. »* Cependant, elle s'inquiète des potentielles complications liées à un manque d'auto-soins : *« parfois je m'inquiète, surtout que je ne prends pas toujours soin de moi »*.

Face aux difficultés quotidiennes, elle montre une forme de résilience : *« je me force à aller de l'avant malgré tout. »* Elle aspire à adopter une meilleure hygiène de vie et se responsabiliser davantage.

Toutefois, son adhésion au traitement reste faible : *« je ne suis pas vraiment les recommandations de mon médecin, chaque malade est médecin de sa maladie. »* Elle vit la prise du traitement comme une contrainte : *« je me sens obligée »*.

Elle évoque un effort constant d'adaptation : *« j'essaie de l'accepter, même si au fond, je ne l'ai jamais vraiment acceptée. »*

Lorsqu'elle est confrontée à des situations stressantes, elle tente de se changer les idées pour éviter les complications, mais avoue également : *« je ne me contrôle pas, je pleure »*.

Axe 04 : Attitudes culturelles et spirituelles

La dimension spirituelle occupe une place importante dans la vie de Mademoiselle L. Elle affirme : *« je suis croyante »* (tamenagh), et elle pratique assidûment la prière (*« tezalagh »*). Elle ajoute : *« je trouve que c'est la seule religion raisonnable, en tout. »* Cette foi semble être un repère structurant dans sa vie.

Elle est également très attachée à ses traditions et coutumes sociales, soulignant : *« je respecte beaucoup nos traditions et je fête l'Aïd, Yennayer. »*

Axe 05 : Informations sur l'avenir

Mademoiselle L. se projette dans un avenir marqué par l'accomplissement personnel et professionnel. Elle souhaite poursuivre ses études, décrocher un emploi stable et mener une vie simple, exprimant : *« je me vois sortir de ce pays tôt ou tard, continuer mes études, avoir un poste de travail simple, et une vie simple »*. Son ambition est teintée d'une volonté d'émancipation et de construction d'un avenir apaisé.

1.2.2. Présentation et analyse du protocole AT9 de Mlle L :

2.1. Présentation du protocole AT9 de Mlle L :

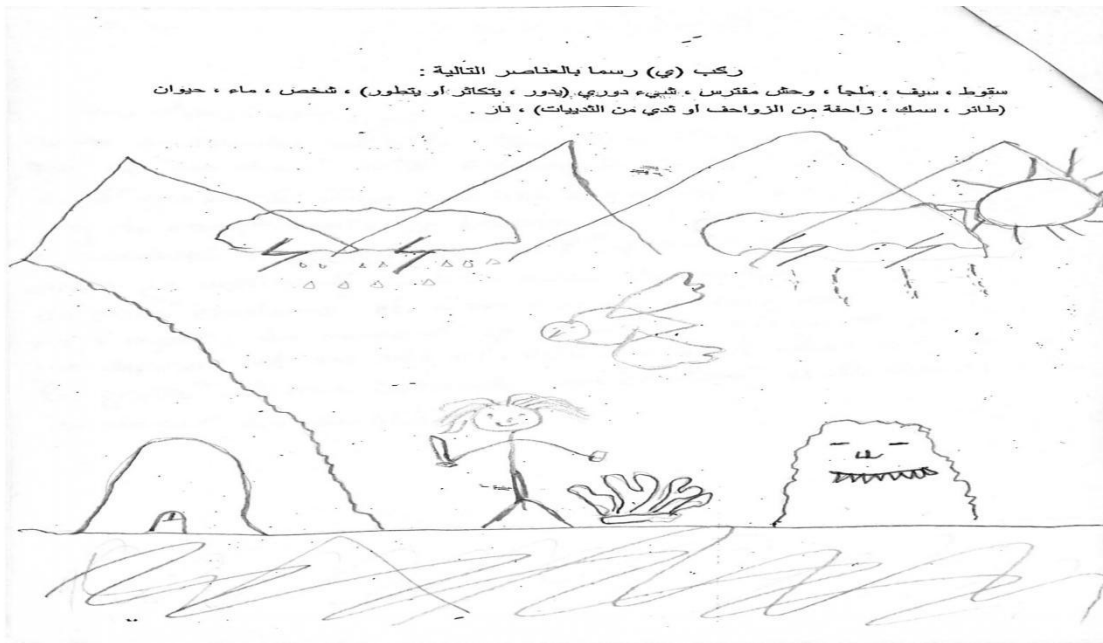


Figure N°09 : Illustration du dessin de Mlle L.

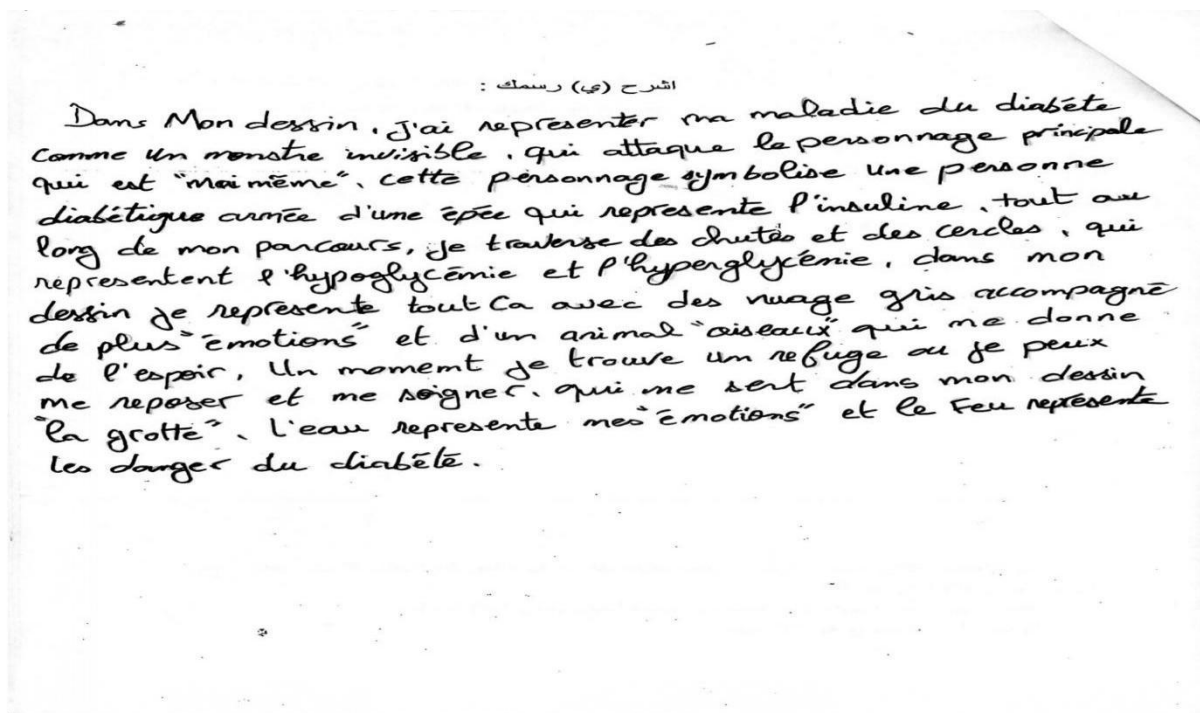


Figure N°10 : Interprétation personnelle de dessin produit par Mlle L.

2 - Dans le tableau suivant il s'agit de préciser :

- 1) - Pourquoi vous avez représenté les éléments du texte de votre dessin (Colonne A)
- 2) - Le rôle, la raison d'être de chacune de vos représentations (Colonne B)
- 3) - Le que symbolise pour vous chacun des éléments du texte (Colonne C)

Remplissez chacune des cases ci-dessous, éventuellement par "rien" pour la colonne A. Par "aucun" pour la colonne B et par "?" pour la colonne C.

| | A | B | C |
|--------------|-------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Elément | représenté par | rôle | symbolisant |
| Chute | un hypoglycémie soudain | moment de crise | Perte de contrôle |
| Epée | stylo d'insuline | arme de défense | combat quotidien |
| Refuge | maison | Endroit de se reposer | sécurité |
| Monstre | Le Diabète | Ennemi invisible | Maladie |
| El. Cyclique | Soleil nuage | Bonne humeur mauvaise humeur | Quotidien des diabétiques |
| Personnage | Femme | Héros du seul | résilience |
| Eau | La pluie | Elément vital | Emotions |
| Animal | Oiseau | Courage | Espoir |
| Feu | sensation de brûlure | manifestations | Douleurs |

Figure N°11 : Questionnaire d'exploration clinique proposé à M^{lle} L.

1 - Répondez avec précision aux questions suivantes :

- a) - Autour de quelle idée centrale avez-vous construit votre composition ?
Avez-vous hésité entre 2 ou plusieurs solutions ? Si oui lesquelles ?
- Sur la lutte quotidienne d'une personne atteinte de diabète pour vivre normalement, j'ai hésité entre deux angles : la difficulté de l'acceptation personnelle et l'impact du regard des autres.
- b) - Par quoi (lecture - film, etc...) avez-vous été éventuellement inspiré ?
Je me suis inspiré de témoignages vus dans des documentaires de santé, ainsi que d'un épisode de la série Grey's Anatomy où un enfant apprend qu'il est diabétique.
- c) - Indiquez, parmi les 9 éléments du texte de votre composition :
1) - les éléments essentiels autour desquels vous avez bâti votre dessin ?
- Personnage, Epée, Refuge, Elément cyclique.
2) - Les éléments que vous auriez aimé éliminer. Pourquoi ?
- Monstre : Je trouve qu'il peut caricaturer la maladie.
- d) - Comment se termine la scène que vous avez imaginée ?
La scène se termine par l'acceptation de la maladie par le personnage, qui réussit à prendre le contrôle de sa santé avec l'aide de son entourage et des soins adaptés.
- e) - Si Vous deviez-vous, participer à la scène que vous avez composée en seriez-vous ?
Que feriez-vous ?
- Je serais un ami du personnage principal, pour lui rappeler qu'il n'est pas seul et qu'on peut vivre normalement avec le diabète grâce à un bon suivi médical.

Figure N°12 : Analyse symbolique des éléments figuratifs présents dans le dessin de M^{lle} L.

2.2. Grille d'analyse du protocole AT9 de M^{lle} L :

| | |
|---|--|
| 1. DESSIN Structuration code:3 Spatialité code: 3 Ordre code: 1 Figuration code: 2 Graphisme code: 1 | 7. Particularité morphologique Le monstre et certains éléments comme le oiseau 'sont représentées de façon atypique ou expressive (Morphologie symptomatique « B ») |
| 2. Récit Actioncode: 1 Naturedurécit code: 2 Fonctionséquentielle code:1 Temporalité code: 2 Style code:1 | 8. Particularité fonctionnelles 1. Expression fonctionnelle différenciée (rôle, fonction de l'élément bien dégagé de sa valeur symbolique et nettement définie) |
| 3. Concordance dessin/récit Simple concordance | |
| 4. Régime de l'imaginaire USSD, univers mythique synthétique symbolique, forme cyclique. | 9. Particularité symboliques A). Niveau de symbolisation 1. Formulation élaborée B). Contenus symbolique : Symbolisation varié Rapport : vie/ mort 6/ 2 |
| 5. Contenu existentiel Sérénité/angoisse: Code 4 | |
| 6. Implication A) Projection dans le récit code:2 Participation au mythe: a/ origine de l'inspiration code:2 b/ issue code: 2 Identification projective code: 2 | 10. Observation diverse ✧ Verbal : Discours Rapide parfois précipité et parle fort par moments ✧ Non verbal : Tape régulièrement ses mains sur la table ✧ Relationnel : cherche à convaincre mais reste sur la défensive |

Tableau 09 : Grille d'analyse du Mlle L.

Commentaire :

Les indications fournies par la grille d'analyse du protocole de Mlle L témoignent d'une qualité de l'élaboration **symbolique défensive** mise en œuvre dans les trois domaines du test : le dessin, le récit et le questionnaire. On n'observe pas d'implication personnelle directe dans les éléments projectifs, et la production reste globalement **cohérente et lisible**. Dans une lecture détaillée du protocole on suggère qu'il s'agit une **structure névrotique avec une émergence importante d'une angoisse très mal élaborée**, en mobilisant par la suite les formes symboliques et imaginaires variées comme **défense contre la maladie du diabète**. Par ailleurs, le registre imaginaire de M^{lle} L ; s'inscrit dans **un univers synthétique symbolique, à forme cyclique (USSD)**.

2.3. Analyse des processus créatifs et symboliques :

A. Analyse de dessin :

Le dessin représente bien les neuf éléments du test, organisés autour d'une scène de confrontation entre le personnage principal et un monstre. L'enfant se place au centre, armé d'une épée et d'un bouclier, prêt à faire face à la menace. L'ambiance orageuse (nuages, éclairs) exprime une tension intérieure, tandis que la présence de l'oiseau apporte une note d'espoir ou de protection. Le monstre incarne une peur ou une difficulté à affronter, et l'eau en bas de la scène peut symboliser un fond émotionnel présent mais contenu.

➤ *Adaptation du récit langue française :*

Dans mon dessin, j'ai représenté ma maladie de diabète comme un monstre invisible qui attaque le personnage principal qui est "moi-même". Ce personnage symbolise une personne diabétique armée d'une épée qui représente l'insuline. Tout au long de mon parcours, j'ai traversé des chutes et des cercles qui représentaient l'hypoglycémie et l'hyperglycémie. Dans mon dessin, je représente tout ça avec des nuages gris accompagnés de plus d'émotions et d'un animal oiseau qui me donne de l'espoir. À un moment, je trouve un refuge où je peux me reposer et me soigner qui me sert dans mon dessin, "la grotte". L'eau représentait mes émotions et le feu représentait les dangers de diabète.

A. Analyse de récit :

Le récit complète bien le dessin en exprimant un combat intérieur clair. Chaque élément prend une valeur symbolique cohérente avec un vécu subjectif : lutte, protection, espoir, peur. L'ensemble traduit un besoin de maîtrise face à une menace perçue, dans un équilibre entre tension et volonté d'action.

B. L'analyse du questionnaire :

M^{lle} L exprime dans son questionnaire un combat intérieur contre sa maladie, représentée de façon symbolique à travers une figure féminine affrontant un monstre. Inspirée par des récits héroïques et mythologiques, elle choisit une représentation imagée plutôt que réaliste. Les éléments essentiels pour elle sont le personnage, l'épée, le monstre et la chute, tandis que l'animal, d'abord jugé secondaire, est finalement gardé comme symbole d'espoir. Elle affirme vouloir affronter la peur avec courage, en refusant la fuite, et aspire à une vie sans dépendance médicale.

C. L'analyse de tableau :

Le tableau AT9 de M^{lle} L met en scène une lutte intérieure contre la maladie, représentée par un monstre (le diabète), face auquel une femme armée (elle-même) choisit de résister. Ce combat symbolise son effort pour rester en contrôle malgré la peur et le risque de déséquilibre (falaise, hypoglycémie). Autour de cette scène, des éléments protecteurs (cabane, épée) et porteurs d'espoir (oiseau, lumière) traduisent sa capacité à symboliser ses émotions et à mobiliser ses ressources. Le récit exprime une forte implication psychique où la maladie devient un enjeu de transformation personnelle.

2.4. Synthèse de cas :

M^{lle} L. a dessiné une scène dans laquelle un personnage, armé d'une épée, se confronte à un monstre situé en arrière-plan, au sein d'un environnement naturel structuré (montagne, eau, soleil, nuages). L'épée, tenue fermement, traduit une posture de défense mais aussi d'appropriation de la lutte. L'absence de sang ou d'agressivité frontale indique une confrontation contrôlée, presque ritualisée. Le monstre, bien que menaçant, reste distant : il figure la maladie, une altérité inquiétante mais symbolisée. L'oiseau et le soleil, en position haute, évoquent des idéaux de paix et de continuité. L'eau fluide et la grotte suggèrent un espace psychique de repli ou d'introspection. La grotte, associée à un feu contenu, marque la possibilité de transformation interne.

Ainsi, le régime imaginaire qui caractérise M^{elle} L. s'inscrit dans un univers synthétique symbolique, de forme cyclique (USSD). Le récit, bien qu'imprégné de tensions internes, témoigne d'une organisation narrative et spatiale cohérente, où la maladie est représentée de manière symbolique et l'expression affective demeure modulée. L'oscillation entre un mouvement de retrait défensif et une posture de lutte, traduisant l'émergence d'un soi affirmatif, suggère une dynamique de régulation psychique stable. Ce fonctionnement témoigne d'un processus de subjectivation de la maladie déjà amorcé, sans débordement émotionnel manifeste, révélant une élaboration interne en cours.

1.3.1. Présentation et analyse des données de l'entretien :

Axe 01 : Informations Personnelles

M^{me} K., âgée de 47 ans, est une femme au foyer, mère de quatre enfants (une fille et trois garçons). Elle a fait sa scolarité jusqu'au niveau (bac +2). Elle décrit sa situation familiale comme étant globalement « normale ».

Durant l'entretien, elle s'est montrée ouverte à la discussion, bien qu'elle soit peu inquiète. Son discours est ponctué par sa langue maternelle d'expressions kabyle, alternant parfois avec le français.

Axe 02 : Informations sur l'état de santé diabète

M^{me} K. est atteinte d'un diabète de type 1, elle a été diagnostiquée récemment. Elle relie l'apparition de sa maladie à un choc émotionnel causé par un conflit familial, impliquant son fils et son épouse.

Elle a commencé à remarquer certains symptômes tels qu'une polyurie : « truhugh toujours g toilette » (je vais toujours aux toilettes), et une polydipsie : « setagh aman din kan » (*je bois de l'eau tout le temps*). Ces signes s'accompagnaient de maux de tête et des nausées.

Prenant conscience de l'importance de son état, elle a rapidement adopté un régime alimentaire adapté : « ughalegh setagh ara aken beghigh » (*je ne mange plus ce que j'aimais avant*).

En plus du diabète, Mme K. est suivie pour d'autres pathologies chroniques, notamment l'hypertension artérielle traitée par (Aradox), un taux de cholestérol élevé et des troubles

thyroïdiens, pour lesquels elle prend du (Levothyrox).

Elle exprime un fort sentiment d'impuissance face à la gestion de sa maladie : « tura ur 3elimgh achu khedmgh hacha ma istabilisi » (*je ne sais pas quoi faire maintenant, j'attends juste qu'il se stabilise*), révélant une difficulté d'adaptation et un manque de repères thérapeutiques clairs.

Axe 03 : Informations sur l'état psychologique du patient diabétique

M^{me} K. a vécu l'annonce de sa maladie comme un choc. Elle ne savait pas comment réagir ni comment faire face à cette nouvelle réalité.

Elle confie être traversée par des pensées sombres et une peur intense de la mort : « ad methagh » (*je vais mourir*), nourries par les tensions familiales persistantes et l'inquiétude qu'elle ressent pour l'avenir de sa fille, notamment son mariage : « ugadegh ad metagh us hesregh ara » (*j'ai peur de mourir sans voir ma fille marier*).

Les variations glycémiques accentuent son anxiété : « teqliqagh ma isube sekar » (*je suis très perturbée quand ma glycémie diminue*), perturbant son comportement alimentaire. Elle dit cesser de manger en cas d'hyperglycémie, souffrant alors de céphalées et de nausées, tandis que les épisodes d'hypoglycémie sont marqués par des tremblements. Malgré sa peur initiale de l'insuline, elle a accepté de suivre le traitement sans résistance apparente.

Axe 04 : Attitudes culturelles et spirituelles

M^{me} K. entretient une spiritualité forte, qui joue un rôle central dans son rapport à la maladie. Elle affirme : « tezalagh et du3agh rebbi hamdoulah » (*oui, je fais mes prières et je crois en Dieu, Dieu merci*), traduisant une foi vivante et résiliente. La prière représente pour elle un acte essentiel d'apaisement et de recentrage intérieur : « tezalagh toujours ma qimgh uzulgh ara tiligh cava pas » (*je prie toujours, et quand je ne le fais pas, je ne me sens pas bien*).

Sa vision du monde est portée par une volonté de guérison et un espoir de rétablissement. Elle reste également très attachée aux traditions, qu'elle continue de pratiquer avec ferveur : « oui khedmagh yennayer, khedmagh ak la3wayed ngh » (*oui, je fête Yennayer et je pratique toutes nos traditions*), qu'elle perçoit comme des repères identitaires et culturels importants.

Axe 05 : Informations sur l'avenir

M^{me} K. ne projette pas d'objectifs personnels spécifiques pour l'avenir, mais exprime un désir profond de paix et de santé au sein de sa famille. Elle déclare : « vghigh kan ad waligh arraw-iw bien, yeli at zewdj ataf imanis daya kan » (*je veux seulement voir mes enfants heureux et que ma fille se marie avec un bon homme, c'est tout*), mettant en avant une posture d'effacement de soi au profit de ses proches.

Sa priorité est centrée sur le bien-être de ses enfants, notamment leur avenir, leur bonheur et leur stabilité. Elle puise dans cette responsabilité maternelle la motivation de continuer à vivre malgré les épreuves.

1.3.2. Présentations et analyse du protocole AT9 de M^{me}K :

2.1. Présentations du protocole AT9 de M^{me} K :



Figure N°13 : Illustration du dessin de M^{me} K.

اشرح (ي) رسمك :

Face à ce monstre Noire, qui symbolise ma maladie du diabète, je suis debout au bord d'une falaise, un endroit où la chute est possible, mais je ne recule pas, je tiens une épée dans la main, prête à me défendre. À côté de moi, il y a une cabane dans un arbre, c'est mon refuge, un lieu où je me sens en sécurité. La lune, en haut du dessin, change de forme, me rappelant que tout peut changer, comme les jours qui passent avec ma maladie. Un Oiseau vole dans le Ciel, il est pour moi un espoir et de liberté. La rivière qui traverse mon dessin représente le temps qui passe et mes émotions. Et un Feu éclaire la scène, comme une énergie intérieure qui me guide.

Ce dessin exprime ce que je ressens face à ma maladie. C'est difficile, parfois effrayant, mais je veux rester forte et assurée.

Figure N°14 : Interprétation personnelle de dessin produit par M^{me} K.

A) - Autour de quelle idée centrale avez-vous construit votre composition ? Avez-vous hésité entre 2 ou plusieurs solutions ? Si oui lesquelles ?
 J'ai construit mon dessin autour de l'idée de la lutte entre le diabète, vécu comme un combat intérieur contre une force sombre. J'ai hésité avec une représentation plus réaliste du quotidien, mais j'ai préféré une symbolisation plus imagée.

B) - Pourquoi (lecture, film, etc.) avez-vous été éventuellement inspiré ? Je me suis inspirée de contes héroïques et de récits mythologiques.

C) - Indiquez, Parmi les 9 éléments du texte de votre composition :
 1) - Les éléments essentiels autour desquels vous avez bâti votre dessin : Le monstre, le personnage, l'épée, la chute.
 2) - Les éléments que vous auriez aimé éliminer. Pourquoi ? L'animal, car il me semblait moins central à mon idée au départ, mais je l'ai finalement inclus comme un symbole d'espoir.

D) - Comment se termine la scène que vous avez imaginée ? La femme ne fuit pas. Elle affronte la créature avec courage et l'ombre du monstre semble se dissiper au contact de sa force intérieure.

E) - Si vous deviez, vous participer à la scène que vous avez composée où seriez-vous ? que feriez-vous ? Je serais la femme avec l'épée. Je ferais face à la peur, même si elle est immense, et je choiserais de continuer à avancer malgré elle.

Figure15 : Questionnaire d'exploration clinique proposé à Mme K.

2) - Dans le tableau suivant il s'agit de préciser :
 1. Pourquoi vous avez représenté les 9 éléments du texte de votre dessin (A).
 2. le rôle, la raison d'être de chacune de vos représentations (B).
 3. Ce que symbolise pour vous chacun des éléments du texte (C).

Remplissez chacune des cases ci-dessous, éventuellement par rien pour la colonne (A), par aucun pour la colonne (B) et par ? pour la colonne (C).

| | A | B | C |
|--------------|---------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Élément | représenté | rôle | symbolisant |
| Chute | Une falaise | Risque de déséquilibre | Hypoglycémie Perturbé l'équilibre |
| Épée | La femme | Arme de défense | traitement |
| Refuge | Cabane dans l'arbre | Lieu de sécurité | Famille |
| Monstre | Insuline | Ennemi | le diabète |
| El. Cyclique | La lune | Le temps | les variations émotionnelles |
| Personnage | La femme | Protagoniste | la force |
| Eau | Rivière | Élément fluide | Émotions |
| Animal | Oiseau | Observateur | Espoir |
| Feu | Lumière | Énergie vitale | la vigilance |

Figure N°16: Analyse symbolique des éléments figuratifs présents dans le dessin de Mme K

2.2. Grille d'analyse du protocole AT9 de M^{me} K:

| | |
|---|--|
| 1. DESSIN Structuration code:3 Spatialité code: 3 Ordre code: 3 Figuration code: 2 Graphisme code: 1 | 7. Particularité morphologique Le monstre est plus grand que la femme, accentuant la menace Morphologie symptomatique «B» |
| 2. Récit Actioncode:1 Nature du récit code:2 •Fonction séquentielle code:1 Temporalité code:2 Style code:1 | 8. Particularité fonctionnelles 1. Les fonctions des éléments (épée, cabane, feu, oiseau, rivière) sont différenciées et bien définies. |
| 3. Concordance dessin/récit Simple concordance | |
| 4. Régime de l'imaginaire USSD , univers mythique synthétique symbolique, forme cyclique. | 9. Particularité symboliques A) Niveau de symbolisation 1. Formulation élaborée B) Contenus symbolique 1. Dominante symbolique Rapport : vie /mort 6/2. |
| 5. Contenu existentiel Sérénité/angoisse: Code 4 | |
| 6. Implication A) Projection dans le récit code:3 Participation au mythe: a/origine de l'inspiration code:3 b/ issue code: 1 •Identification projective code: 1 | 10. Observation diverse ✧ Comportement pendant la passation Investissement personnel important, attitude concentrée et silencieuse, quelques pauses émotionnelles au moment de parler du monstre et de la cabane. |

Tableau 09 : Grille d'analyse du M^{me} K.

Commentaire :

Les indications fournies par la grille témoignent d'une symbolisation défensive élaborée dans les trois domaines du test : dessin, récit et questionnaire. **M^{me} K** exprime un combat intérieur clair, dans lequel les éléments projectifs sont chargés d'une forte portée émotionnelle et spirituelle. L'ensemble du protocole s'inscrit dans un registre imaginaire symbolique de type synthétique, de forme cyclique USSD, traduisant la lutte constante contre une maladie perçue comme mouvante et menaçante. L'utilisation de symboles forts (falaise, épée, feu, lune changeante) montre une élaboration symbolique défensive face à l'angoisse, témoignant d'un fonctionnement névrotique avec maintien d'une cohérence psychique.

2. 3. L'analyse des processus créatifs et symbolique du protocole AT9:

A. Analyse du dessin :

M^{me} K a représenté les neuf éléments du test avec une cohérence d'ensemble centrée sur la confrontation avec la maladie. Elle se dessine debout, sur le bord d'une falaise, face à un monstre noir représentant le diabète. Le dessin traduit un sentiment de danger permanent (falaise), mais aussi de résistance (épée brandie). Autour d'elle, les éléments du refuge (cabane dans l'arbre), de l'énergie (feu), du temps et des émotions (rivière), de l'espoir (oiseau) et de la transformation (lune changeante) sont articulés de façon lisible. Ces éléments reflètent une symbolisation forte et personnalisée de son apport au diabète.

➤ Le récit en langue française :

Face à ce monstre Noire, qui symbolise ma maladie du diabète. Je suis debout au bord d'une falaise, un endroit où la chute est possible, mais je ne recule pas, je tiens une épée dans la main, prête à me défendre. A Côté de moi, il Ya une cabane dans un arbre, c'est mon refuge, un lieu on je me sens en sécurité, La lune, en haut du dessin, change de forme, me rappelle que tout peut changer, comme les Jours qui passent avec ma maladie, Un Oiseau Vole dans le Ciel, il est pour moi un espoir et de la liberté. La rivière qui traverse mon dessin représente le temps qui passe et mes émotions Et Un feu éclaire la scène, Comme une énergie intérieure qui me guide.

Le dessin exprime ce que je ressens face à ma maladie. "C'est difficile, parfois effrayant, mais je veux rester forte et avancer."

B. Analyse du récit :

Le récit de M^{me} K est clair et structuré. Elle donne à chaque élément une valeur symbolique correspondant à son vécu. La maladie est nommée et située dans l'espace (monstre), et la narratrice insiste sur la volonté de tenir bon, de ne pas reculer. La lune, changeante, et l'oiseau, porteur d'espoir, traduisent une conscience de la fluctuation de la maladie et du besoin d'espérance. Le feu, comme énergie intérieure, témoigne de ressources psychiques mobilisées pour survivre. La concordance entre le récit et le dessin est simple et directe, renforçant la lisibilité du message projectif.

C. Analyse du questionnaire :

Dans ses réponses au questionnaire, M^{me} K insiste sur la force intérieure nécessaire pour affronter sa maladie. Elle évoque un combat quotidien, marqué par l'angoisse mais aussi la foi. L'idée principale exprimée est celle de la résistance et de la recherche de sécurité. Elle ne fait pas référence à des sources extérieures d'inspiration, mais à ses ressentis, sa foi, et ses émotions. Les éléments essentiels pour elle sont : le personnage (elle-même face au monstre), la cabane (lieu de repos intérieur), l'oiseau (espoir), et la rivière (flux des émotions). Elle ne souhaite pas supprimer d'élément, car tous ont un sens. Quant à la fin de l'histoire, elle espère maintenir un équilibre dans lequel elle restera forte malgré la maladie.

➤ **Explication sur le tableau :**

Le tableau AT9 de **M^{me} K** révèle une structure imaginaire marquée par la lutte et la spiritualité. Le monstre incarne la maladie, tandis que les autres éléments symbolisent les ressources internes, la foi, l'espoir et la capacité à se protéger. **L'univers mythique USSD, cyclique**, souligne un vécu récurrent de combat et d'apaisement. L'ensemble montre une élaboration symbolique défensive, où la patiente transforme la peur de la maladie en récit de résistance.

2.4 Synthèse de cas :

M^{me} K. met en scène une femme confrontée à un monstre personnifiant son diabète. L'épée représente le traitement et l'acte de se défendre activement. La falaise symbolise le risque permanent, mais aussi la force de rester debout. La cabane incarne un lieu de paix intérieur, inspiré de ses croyances spirituelles, tandis que l'oiseau exprime un désir de légèreté et d'avenir meilleur pour ses enfants. Le feu indique l'intensité du combat intérieur, et la lune traduit l'irrégularité de son état de santé. L'eau souligne la profondeur émotionnelle de son vécu. À travers ces images, **M^{me} K.** donne à voir un imaginaire structuré autour d'une dynamique oscillant entre angoisse, responsabilité maternelle, spiritualité et résistance.

Son régime imaginaire s'inscrit dans un univers mythique synthétique symbolique, de forme cyclique (USSD). Le récit et le dessin révèlent une alternance constante entre déséquilibre et tentative de réorganisation psychique, avec des allers-retours entre phases d'angoisse et moments de calme. Cette élaboration montre une capacité de **M^{me} K.** à mettre en sens son vécu de la maladie par un recours élaboré aux symboles, traduisant une structure névrotique avec recours à la symbolisation pour gérer l'angoisse.

5. Discussion des hypothèses :

Dans le cadre de cette recherche, et d'après les résultats des entretiens et de tests AT9, nous avons formulé deux hypothèses concernant l'imaginaire symbolique des femmes diabétiques et leur rapport à la maladie. Ces hypothèses ont été analysées à travers les données recueillies, principalement à partir des entretiens semi-directifs et des tests, afin de vérifier leur pertinence et leur applicabilité. Nous examinerons ici la confirmation ou l'infirmité de ces hypothèses en lien avec les éléments symboliques récurrents dans les récits des patientes.

L'objectif principal de cette recherche consistait à interroger la validité de notre hypothèse selon laquelle le vécu du diabète chez la femme mobilise un imaginaire symbolique singulier, influençant simultanément la représentation de soi, le rapport au corps et les modalités d'appropriation de la maladie chronique. Cette hypothèse a été examinée à travers l'analyse des matériaux issus des entretiens cliniques et du test projectif AT.9, permettant d'en évaluer la pertinence à la lumière des dynamiques psychiques révélées.

D'après les résultats obtenus auprès des trois participantes âgées de 22 à 53 ans, il apparaît clairement que la maladie du diabète ne se vit pas uniquement sur un plan médical. Les résultats issus des entretiens cliniques et du test AT.9 indiquent que le diabète mobilise un imaginaire symbolique structuré autour de figures récurrentes telles que le monstre, la personne, le refuge et l'eau. Ces symboles traduisent une représentation fragmentée du corps et une charge émotionnelle importante. La maladie se révèle ainsi être un vecteur central dans l'élaboration symbolique et psychique des participantes.

Ces éléments montrent que chez ces femmes, la maladie est souvent investie d'un sens symbolique : le diabète devient le langage d'un mal-être plus profond, souvent en lien avec des conflits intérieurs non résolus, des deuils, ou des blessures narcissiques. Cela confirme que le corps devient un lieu de symbolisation où se rejoue un imaginaire du féminin parfois meurtri.

En particulier, la femme la plus jeune de l'échantillon (22 ans) a exprimé, à travers ses réponses et images du test, l'imaginaire symbolique révèle une conflictualité interne marquée, articulée autour de l'angoisse, de la spiritualité et du rôle maternel. En revanche, les productions de M^{me} D(53 ans) et M^{lle} L témoignent d'une élaboration symbolique plus structurée, où la maladie est représentée de manière ritualisée et maîtrisée. Ces configurations traduisent une dynamique de subjectivation plus avancée. L'analyse suggère une corrélation entre maturité psychique, âge et capacité de symbolisation du vécu pathologique.

Ces résultats nous ont permis de confirmer notre hypothèse, en ce sens que l'imaginaire symbolique joue un rôle déterminant dans la manière dont la femme diabétique s'approprie ou subit sa maladie. Ils révèlent également l'importance du contexte psychologique, familial et culturel dans la construction de cet imaginaire, et soulignent le rôle essentiel de l'accompagnement psychologique dans le travail de symbolisation.

Synthèse :

En concluant ce chapitre, En analysant les récits, dessins et symboles utilisés par ces trois femmes diabétiques, il apparaît clairement que leur perception de la maladie dépasse largement la dimension biologique. Leur expérience du diabète est un processus de transformation psychique et corporelle, où l'imaginaire synthétique-symbolique joue un rôle central dans la construction du sens. À travers des symboles concrets et familiers, comme le monstre, l'épée, et la cabane, elles intègrent les opposés (lutte/protection, peur/force), créant ainsi un récit de transformation initiatique. Le diabète devient une épreuve qui les pousse à redéfinir leur identité et leur rapport au corps, dans une quête de sens profondément ancrée dans leur vécu quotidien.



Conclusion:

Conclusion :

En conclusion, notre recherche a permis d'explorer la dimension psychologique du diabète et son impact sur le ressenti et le vécu subjectif des femmes, comme le suggère le titre de notre mémoire : « **L'imaginaire symbolique chez les femmes diabétiques** ». Cette étude met en lumière comment la maladie mobilise des processus de symbolisation révélateurs de dynamiques identitaires et affectives.

Cependant, l'individu se trouve confronté à de multiples facteurs de vulnérabilité susceptibles d'altérer son équilibre psychique et somatique, tels que les maladies chroniques, les événements traumatiques, le stress prolongé ou encore les comportements délétères pour la santé.

Le diabète, en tant que maladie chronique, engage bien plus que le seul déséquilibre biologique : il transforme en profondeur le rapport au corps, au temps, aux autres et à soi-même. Chez les femmes, cette transformation s'inscrit dans une trame psychique et symbolique singulière, où se tissent des imaginaires complexes mêlant peur, culpabilité, espoir et résistance.

L'analyse des productions symboliques, notamment à travers les dessins et les récits recueillis, révèle un monde intérieur riche, souvent silencieux, que la parole seule ne suffit pas à exprimer.

L'imaginaire, dans cette étude, nous apparaît comme un vecteur fondamental pour comprendre le vécu des femmes atteintes de diabète. En effet, à travers les structures symboliques identifiées, nous avons observé que ces femmes investissent leurs maladies avec des images et des significations profondes, parfois contradictoires, mais toujours structurantes. Ces images ne sont pas seulement des représentations internes, elles sont aussi porteuses de sens, qui influencent leur comportement, leur gestion de la maladie et, in fine, leur perception de soi. Qu'il s'agisse d'une dimension héroïque, mystique ou synthétique, chaque structure imaginaire permet à l'individu de s'ajuster, de s'adapter et de trouver un équilibre entre l'acceptation de la maladie et la quête de résilience.

Ainsi, nous avons adopté une approche descriptive visant à analyser et comprendre les mécanismes sous-jacents ainsi que les expériences vécues par les femmes dans le cadre de leurs gestions du diabète et de ses impacts sur leur santé physique et mentale.

Cette approche a permis une exploration complète des variables étudiées, tout en encourageant une participation active des sujets, ce qui a significativement enrichi notre analyse.

L'utilisation d'outils d'évaluation standardisés, tels que le test AT9 et l'entretien clinique, a assuré la collecte de données objectives et facilité l'obtention d'une large variété de résultats.

Ainsi, notre étude s'est déroulée à l'EPH d'Akbou, plus précisément au cours du service des femmes. Notre groupe de recherche est composé de trois patientes, toutes des femmes adultes diabétiques de type 1 et 2.

D'après les résultats analysés on peut distinguer que nos hypothèses : **"Les femmes diabétiques construisent le sens autour de leurs conditions de vie et de santé vue leurs maladies d'une structure imaginaire de type synthétique symbolique de forme cyclique"**, et **"Les récits révèlent un imaginaire riche en symboles exprimant le vécu psychique de la maladie. Le diabète chez ces femmes diabétiques est vécu comme une épreuve de transformation dans l'image somatique et psychique féminine dotée d'une expression symbolique défensive contre l'émergence de l'angoisse; nos hypothèses** sont alors confirmées, intégrant la maladie dans leur histoire personnelle. Leurs récits révèlent un imaginaire riche en symboles exprimant le vécu psychique de la maladie, illustrant une transformation de l'image somatique et psychique féminine. Le diabète est perçu comme une épreuve de transformation, influençant leur identité et leur quotidien. Cette étude met en lumière l'importance de l'imaginaire dans la construction du sens du diabète chez les femmes.

Par ailleurs, notre étude a été confrontée à plusieurs défis significatifs. Sur le terrain, certaines patientes se sont montrées en colère, refusant tout échange verbal, tandis que d'autres nous ont perçus avec méfiance, voire comme des intrus. Le climat sonore, marqué par les cris de douleur et les plaintes des patients, a également perturbé les conditions d'observation et de recueil de données. À cela s'ajoutent des problématiques structurelles, telles qu'un manque d'aération, des conditions d'hygiène parfois précaires, et un environnement peu propice à l'intimité et à la concentration. Ces éléments ont inévitablement influé sur la qualité des interactions et la conduite de l'enquête.

En conclusion, nous espérons que notre recherche a contribué à une meilleure

compréhension de l'imaginaire symbolique chez les femmes atteintes de diabète, en soulignant la manière dont la maladie mobilise des représentations profondes liées au corps, à la féminité et à l'identité. À travers cette approche, nous avons tenté de montrer que le vécu du diabète ne se limite pas à ses dimensions médicales, mais engage également des processus symboliques et inconscients, spécifiques à chaque patiente. Enfin, nous proposons quelques axes pouvant servir de point de départ à de futures recherches : « *L'imaginaire symbolique et l'image du corps chez la femme diabétique* », « *Féminité, maternité et maladie chronique* », ou encore « *Les représentations inconscientes de la maladie chez les femmes diabétiques* ».



Liste bibliographiques

1. Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université.
2. Albarello, L. (2011). *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. Paris : De Boeck.
3. Altman, J.-J., et al. (2014). *Le grand livre du diabète*. France : Éditions Eyrolles.
4. Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthode de la science humaine*. Alger Casbah, Algérie.
5. Aspar, J. (2004). *Pédiatrie*. France : De Boeck.
6. Bénony, H., & Chahraoui, K. H. (1999). *L'entretien clinique à la psychologie clinique* (2^e éd.). Paris, France.
7. Bénony, H., & Chahraoui, K. H. (2003). *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
8. Berube, L. (1991). *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*. Chenelière.
9. Brink, S.-J., Wareen-Lee, W., Pillay, K., & Kleinebreil, L. (2011). *Le diabète de l'enfant et de l'adolescent*. Novo Nordisk.
10. Buffet, C., & Vanier, C. (2010). *Endocrinologie nutrition*. Paris, France : Masson.
11. Buysschaert, M. (2011). *Diabétologie clinique* (4^e éd.). France : De Boeck.
12. Capron-Puozzu, I. (2016). *La créativité en éducation et formation*. Belgique : De Boeck
13. Cahiers Gaston Bachelard. (2015). Symbolon n° 9 : L'imaginaire féminin : la femme et la féminité. Dans *Imaginaire et interprétation : Hommage à Gilbert Durand* (No 13, p. 197). Persée. https://www.persee.fr/doc/cgbac_2268-3780_2015_num_13_1_1666.
14. Cheikhrouhou, M. (2024a). *Lumière divine illumination philosophique autour de livre islam* (Vol. 02). France : L'Harmattan.
15. Cherblanc, J., & Fawer Caputo, C. (2024). *Pédagogie de la finitude : 30 vies*. Québec, Canada : PUL.
16. Chicouri, M. J. (1983). *Le diabète*. Paris, France : Masson.
17. D'arcier, A. (2005). *Mythe et création : théorie et figure*. Bruxelles, Belgique : Presses Universitaires Saint-Louis.
18. Daron, R., & Parot, F. (2007). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : PUF.
19. Delamare, J., Delamare, F., & Gélis-Malville, E. (2009). *Dictionnaire illustré des termes en médecine* (30^e éd.). France : Maloine.
20. Dufays, J.-L. (2007). *Enseigner et apprendre la littérature aujourd'hui : Pourquoi faire* ?Belgique : PUL.
21. Durand, G. (1964). *L'imagination symbolique*. Paris, France : PUF.
22. Durand, G. (1969). *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*. Paris, France : Dunod.
23. Durand, G. (1986). *Les Structures anthropologiques de l'Imaginaire*. Paris, France, Dunod.
24. Durand, G. (2020). *Les structures anthropologiques de l'imaginaire* (12^e éd.). France : Armand Colin.
25. Durand, Y. (2005). *Une technique d'étude de l'imaginaire : AT9*. Paris, France : L'Harmattan.
26. Durand, Y. (2005). *L'exploration de l'imaginaire : Introduction à la mondialisation des univers mythiques*. Paris, France : L'Harmattan.

27. El Watan. (1990, 8 octobre). *Journal quotidien El Watan*.
28. Fels, L. (2009). *Quête ésotérique et création poétique dans « Anabase » de Saint-John Perse*. Bruxelles, Belgique : P.I.E. Peter Lang.
29. Fernet, R. (2001). *Le symbole un messenger*. Paris, France : Médiapsul.
30. Foucaud, J., & Bury, M. B.-D. (2002). *Éducation thérapeutique du patient : Modèle, pratique et évaluation*. France : INPES Édition.
31. Grauitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (11^e éd.). Paris, France : Dollaz.
32. Grimaldi, A. (2005). *Le guide gourmand du diabétique de type 2*. Paris, France : Elsevier Masson.
33. Jean, L., & Pedinelli, J. (2006). *Introduction à la psychologie clinique* (2^e éd.). Paris, France.
34. Klein, M. (2009). *Relations entre le diabète sucré de type 2 et l'amyloïdose*. Thèse d'État, Univ. de Toulouse, France.
35. Klimis, S., & Eynde, L. V. (2006). *L'imaginaire selon Castoriadis : Thème et enjeux*. Bruxelles, Belgique : PUL.
36. Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France: 7^e éd., PUF
37. Laprée, R. (2017). *La sagesse des 9 à 12 ans*. Québec, Canada : PUL.
38. Laprée, R., & Bellehumeur, C. (1876). *L'imaginaire Durandien*. Québec, Canada : PUL.
39. Laprée, R., & Bellehumeur, C. (2013). *L'imaginaire Durandien*. Québec, Canada : PUL.
40. Lévy, P. (2011). *La sphère sémantique*. France : Lavoisier.
41. Monnier, L., & Colette, C. (2019). *Définitions et classifications des états diabétiques* (3^e éd.). Paris, France : Elsevier Masson.
42. Monnier, L., & Schlienger, J.-L. (2018). *Manuel de nutrition pour le patient diabétique*. Paris, France : Elsevier Masson.
43. Mouri, M., & Badireddy, M. (2022, April 28). *Hyperglycemia*. In StatPearls [Internet].
44. OMS, Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le diabète*.
45. Pedinelli, J. (2005). *Cours psychothérapie d'inspiration psychanalytique*. Paris, France : IED.
46. Popielier, M. (2006). *Le diabète*. Paris, France : Clavier Bleu.
47. Portha, B. (2022). *Physiopathologie du diabète*. Paris, France : Elsevier Masson.
48. Quevanvillers, J., Perlemuter, L., & Perlemuter, G. (2009). *Dictionnaire médical de l'infirmerie* (8^e éd.). Paris, France : Elsevier Masson.
49. Samaké, A., & Bodo, B. C. (2019). "L'imaginaire social : itinéraire sémantique, formes, actualité". Paris, France: De Connaissances et Savoirs.
50. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
51. Thong, T. (1992). *Stades et concepts de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine*. Paris, France : PUF.
52. Verneyre, M. (2005, juin). *Dynamiques et interactions des pensées symboliques et logiques*. *La Feuille d'IF* (10).
53. Xiberras, M. (2002a). *Le livre pratique de l'imaginaire*. Québec, Canada : La Presse de l'Université de Laval.

Les Sites Internet :

54. Fédération Française des Diabétiques. (n.d.). Site officiel. <https://www.federationdesdiabetiques.org>
55. International Diabetes Federation. (n.d.-a). *Diabetes facts & figures*. <https://idf.org/fr/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
56. International Diabetes Federation. (n.d.-b). *Diabetes prevalence and projections for Algeria*. Consulté le 15 avril 2025 à 11:31. <https://idf.org/our-network/regions-and-members/middle-east-and-north-africa/members/algeria/>
57. Sahi, A. (2024). *Sahi appelle à l'élargissement des campagnes de sensibilisation pour limiter la propagation du diabète*. APS. <https://www.aps.dz/sante-science-technologie/147565-saihi-appelle-a-l-elargissement-des-campagnes-de-sensibilisation-pour-limiter-la-propagation-du-diabete>
58. Verneyre, M. (n.d.). *Dynamiques et interactions des pensées symboliques et logiques*. [PDF en ligne]. <http://www.ifbelgique.be/images/boite-a-outils/a-lire/articles/archives/mverneyre-imaginaire.pdf>



ANNEXES

Premier axe : Informations personnelles

Nom et prénom :

Âge :

Niveau d'éducation :

Situation sociale et économique :

Deuxième axe : Informations sur l'état de santé – Diabète

Depuis quand êtes-vous atteint de diabète ?

Comment avez-vous découvert que vous étiez diabétique ?

Avez-vous présenté des symptômes et des signes au début de la maladie ? Si oui, lesquels ?

Avez-vous des complications ? Si oui, lesquelles ?

Que savez-vous de cette maladie ?

Quel était votre état de santé avant le diagnostic du diabète ?

Quels autres problèmes de santé avez-vous rencontrés en dehors du diabète ?

Comment gérez-vous votre maladie ? Et comment vous sentez-vous avec ce traitement ?

Troisième axe : Informations sur l'état psychologique du patient diabétique

Quelle a été votre réaction lorsque vous avez appris votre maladie ?

Que ressentez-vous actuellement ?

Comment vous sentez-vous pendant et après des épisodes d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie ?

Quels changements avez-vous remarqués en vous ?

Quel est l'impact de votre maladie sur vos relations familiales ?

Pouvez-vous parler de vos inquiétudes concernant cette maladie ?

Comment faites-vous face aux difficultés quotidiennes liées au diabète ?

Comment envisagez-vous la gestion de votre maladie ?

Suivez-vous les recommandations de votre médecin concernant le traitement ?

Comment vous sentez-vous lorsque vous prenez votre traitement ?

Que faites-vous pour vous adapter à votre maladie ?

Lorsque vous êtes confronté à une situation stressante, quelles solutions adoptez-vous pour la surmonter ?

Comment contrôlez-vous vos émotions en cas de détresse ?

Quatrième axe : Attitudes culturelles et spirituelles

Que pensez-vous des croyances religieuses ?

Êtes-vous pratiquant ? Pourquoi ? Comment ?

Quelle est votre vision du monde ?

Quelle est votre position par rapport aux traditions et aux coutumes sociales ?

Cinquième axe : Informations sur l'avenir

Comment voyez-vous votre avenir ?

Qu'espérez-vous pour l'avenir ?

Quels sont vos projets futurs ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'avons pas abordé lors de cet entretien ?

المحور الأول: المعلومات الشخصية

الاسم واللقب
العمر
المستوى التعليمي
الوضع الاجتماعي والاقتصادي

المحور الثاني: المعلومات الصحية لمرض السكري

منذ متى وأنت مريض بالسكري؟
كيف اكتشفت أنك مصاب بالمرض؟
هل ظهرت عليك أعراض وعلامات في بداية المرض؟ إذا نعم، ما هي؟
هل لديك مضاعفات؟ إذا نعم، ما هي؟
ماذا تعرف عن هذا المرض؟
كيف كانت حالتك الصحية قبل تشخيص مرض السكري؟
ما هي المشاكل الصحية التي واجهتها بخلاف مرض السكري؟
كيف تتعامل مع مرضك؟ وكيف تشعر حيال هذا العلاج؟

المحور الثالث: المعلومات عن الحالة النفسية للمصاب بالسكري

كيف كانت ردة فعلك عند إبلاغك بهذا المرض؟
ماذا تشعر الآن؟
كيف تشعر أثناء وبعد نوبات فرط/نقص السكر في الدم؟
ما هي التغييرات التي لاحظتها؟
ما هو تأثير مرضك على علاقاتك العائلية؟
هل يمكنك التحدث عن مخاوفك تجاه هذا المرض؟
كيف تواجه صعوباتك اليومية الناتجة عن مرضك؟
كيف تفكر في التعامل مع مرضك؟
هل تلتزم بنصائح طبيبك بخصوص العلاج؟
كيف تشعر عند تناول العلاج؟
ماذا تفعل للتكيف مع مرضك؟
عندما تكون في موقف يسبب التوتر، ما هي حلولك لتجاوز هذا الموقف؟
كيف تتحكم في عواطفك التي تسبب الضيق؟

المحور الرابع: معلومات عن المستقبل

كيف ترى مستقبلك؟
ما الذي تأمله في المستقبل؟
ما هي مشاريعك المستقبلية؟
هل ترغب في إضافة أي شيء لم نتطرق إليه خلال هذه المقابلة؟

Ahric amezwaru: Isalan n umdan :

Isem amezwaru d uneggaru :

Leɛmer:

Aswir n ussegmi:

Liḥala tanmettit d tdamsant:

Ahric wis sin: Isalan yef tagnit n tezmert – Ssker :

Aḥal aya segmi tseɛd aṭṭan n ssker?

Amek i d-tufid belli tseɛd aṭṭan n ssker?

Tseɛd kra n tmiḍrant d tmiḍrant deg tazwara n waṭṭan-a? Ma yella akka, anwi-ten?

Tseɛd kra n wuguren? Ma yella akka, anwi-ten?

D acu i tessned yef waṭṭan-a?

Amek tella tezmert-ik uqbel ad k-id-afen ssker?

Anwi uguren nniḍen n tezmert i d-temlalḍ s lmendad n ssker?

Amek i tettḥadarḍ aṭṭan-ik? Yerna amek i ṭḥulfaḍ s udawi-agi?

Ahric wis krad: Isalan yef tagnit n tmusni n umudin n ssker :

D acu i d lḥal-ik mi tesliḍ yef waṭṭan-ik?

Amek tettḥulfuḍ tura kan?

Amek i ṭḥulfaḍ deg tallit n ṭhemliwin n ssker deg idamen yugar ney yugar d deffir-s?

Anwi ibeddalen i d-tger tamawt deg yiman-ik?

Amek i t-yettaḍsa waṭṭan-ik deg wassayen n twacult-ik?

Tzemreḍ ad d-temmeslayeḍ yef wuguren-ik yef waṭṭan-a?

Amek i tqabelḍ uguren n yal ass n tudert s waṭṭan n ssker?

Amek i tettḫemmimeḍ ad ṭhekmeḍ aṭṭan-ik?

Tḍefreḍ lewṣayat n umejjay-ik deg wayen yerzan adawi?

Amek i ṭḥulfaḍ mi ara tettḥfeḍ adawi-inek?

D acu i txeddmeḍ akken ad tqadreḍ aṭṭan-ik?

Mi ara tqableḍ yiwet n liḥala n lḥir, d acu n tifat i tettḥaṭṭafeḍ akken aṭ- ṭeyleḍ?

Amek ara ṭhekmeḍ lḥir- ik m'ara teṭṭheqriḍ?

Ahric wis ukkuz : Tiktiwin tidelsanin d tiruhaniyin :

D acu i teṭḫemmimeḍ yef l'iman n ddin?

Telliḍ d amejjay? I wacu ? Amek ?

D acu i d tamuyli-inek yef umaḍal?

D acu i d amkan-ik deg wayen yerzan ansay d tgemmi tanmettit?

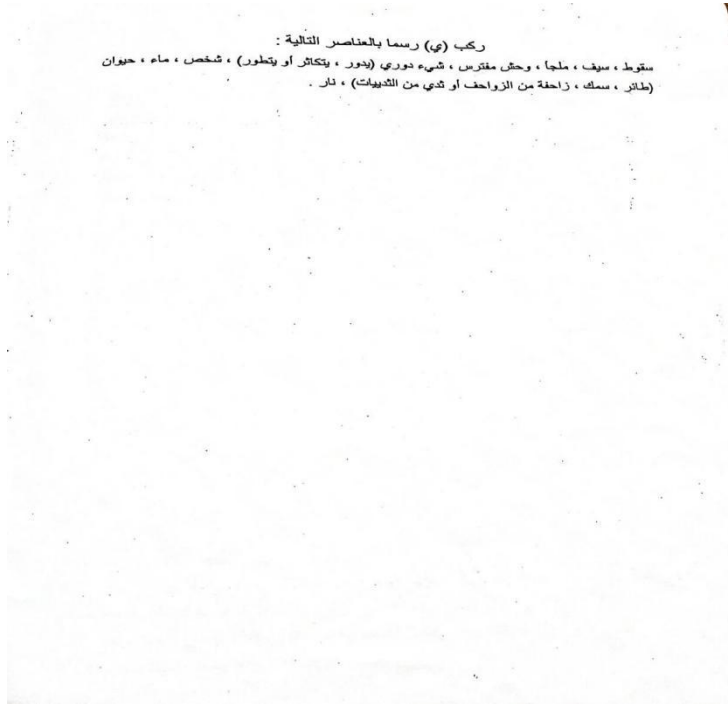
Ahric wis xemsa: Isallen yef uzekka :

Amek i tettwaliḍ iman-ik?

D acu i tessaramed i uzekka?Dacu-ten iyawasen-ik yer zdat?

Yella kra i tebyiḍ ad t-ternuḍ ur t-id-nebder ara deg udiwenni-agi?

Annexes 00 :



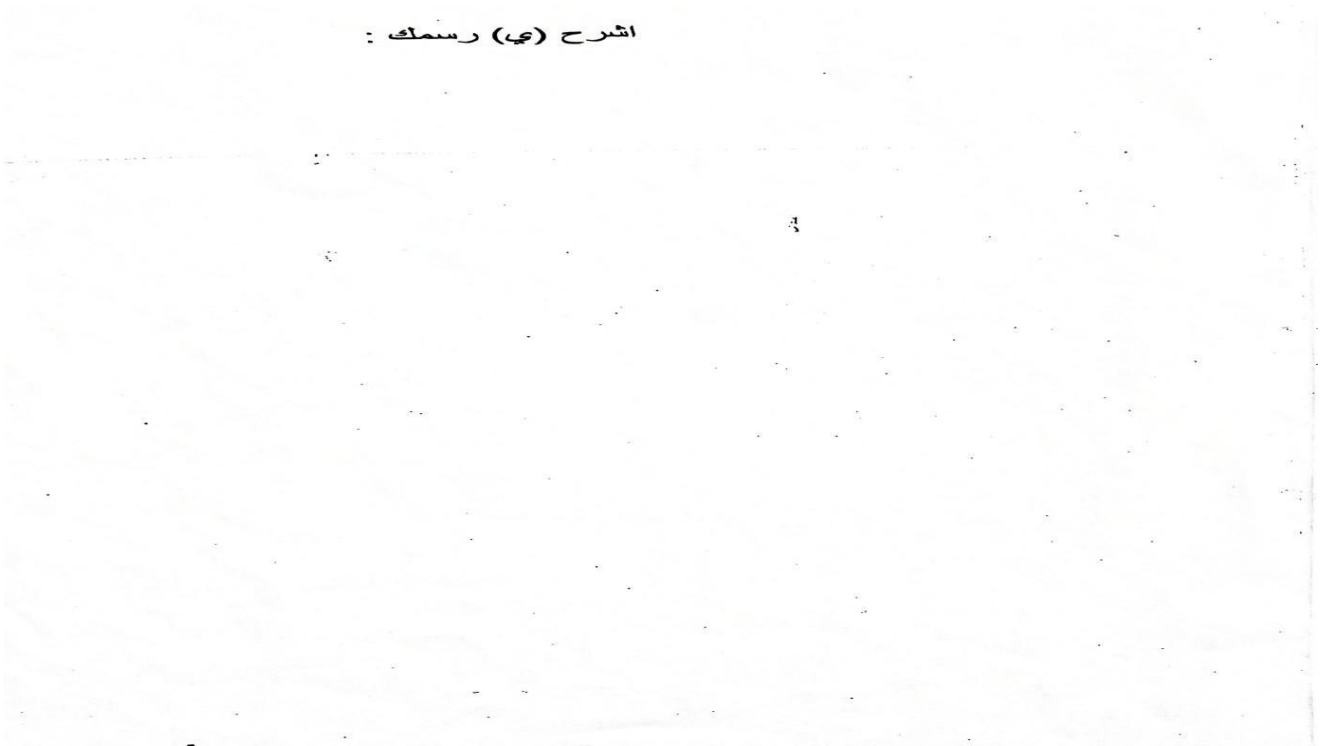
التاريخ

AT.9 (Anthropologique Test à 9 éléments), الاختبار الأنثروبي للعناصر التسعة

الاسم :
 اللقب :
 الجلس :
 السن :
 المهنة :
 المستوى الدراسي :

في الاختبار الآتي منقوم بتركيب رسم، عليك خاصة أن تظهر قدرة على التخيل. يختبر تنظيم
 الرسم أهم من التنفيذ في حد ذاته.
 عندما تكمل رسماً عليك أن تلخصه في بضعة أسطر (على شكل قصص).
 الوقت الكامل الممنوح هو 30 دقيقة.

اشرح (ي) رسماً :



Annexes 01 :

Cas No01:



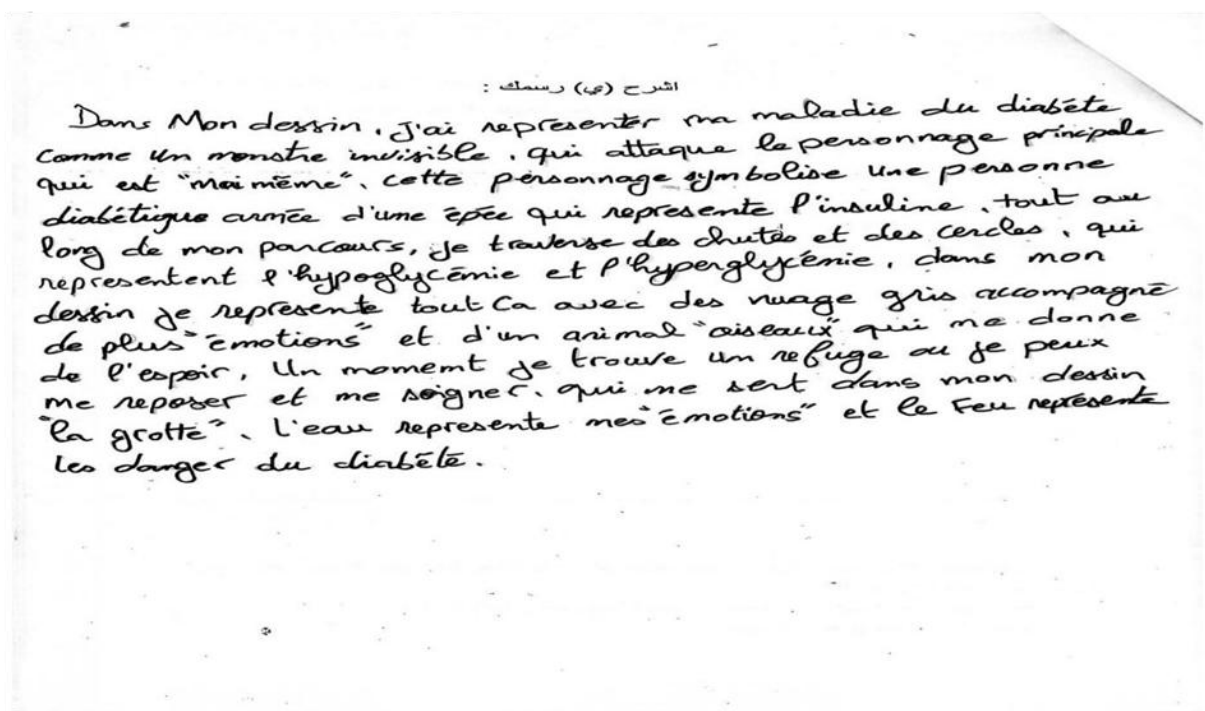
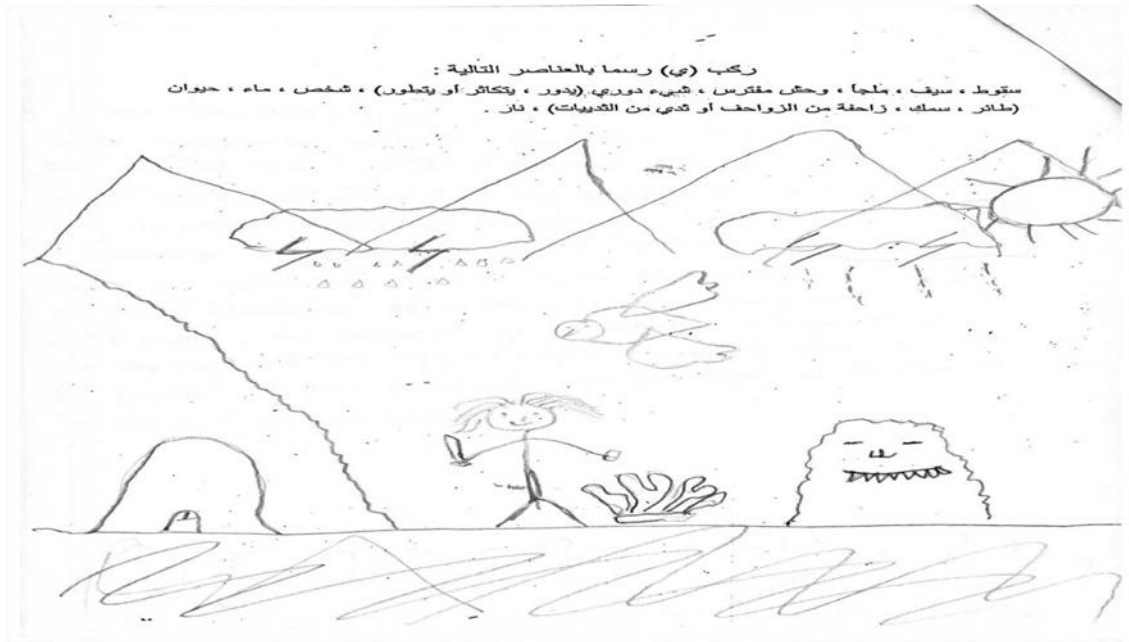
الشرح (ي) رسمًا :
أقف في مواجهة مرعبي ، ذلك الوحش الخفي
الذي أحلوه يومًا مسدح (Glucoph) ، الذي
يمثل أداة أساسية للحفاظ على توازن المحيط ، يتدفق
الزمن بشكل دوري محدود قدرتي على المرور ، أمام
التحديات المستمرة التي تفرقها هذه الحالة المزمنة .
عند قد مي ، تعبنا يرمز إلى جهاز قياس السكر والحد
بيزما يحلق الطائر فوق يعبس عن الأمل فينا معين
مستحيل مستقر لا لمالي ، يمثل النار على المستعر
للسيطرة عن المرفق ، في مقابل الماء الذي يتجسد في ملجأ
إلى التحور من الاعتماد على الأدوية ، أما السقوط فأنما على
الوحشة فتق الأما بقدرة متوازنة لا تستط ، فإن فعلت العكس
فأستط أمام هذا المرض أو يقليني ، ويثل المستثنى
الملاء الأثير للعناية الطبية .

- ٤ - ما هي الفكرة التي بنيت حولها رسمك ؟ هل كنت متردد بين حلين أو حلول كثيرة لترتيب الرسم ؟ وكيف اخترت تلك الحلول ؟ وجدت ؟
- الفكرة التي بنيت حولها رسمك : مراعي الوجود مع المرحل وحقق توازن بين
- نعم كنت متردداً قبل أن أرى الرسم حيث أحترم يتمثل المرحل مع
- محتف أحلول رسمه محتفل أو وحيد ، وأخترت محتفل المرحل المرحل
- ج - بماذا استوحيت رسمك (مطالعة - أعلام أو غير ذلك) إن كان ذلك غير مستلزم
- ٤ فكارك الخاصة ؟ استوحيت رسمك هذا من حجر بيتي الشخصية مع السكك
- ج - عمت من بين العناصر التسمية لرسمك ؟
- ج - العناصر الرئيسية التي بنيت بها رسمك ؟ العيف صوالج وسلاح الدلع
- الرحيل (الموقف الفكري) المتغيرة من الاستقل
- الرحيل - ير من إلى الفكري لما المستقل إحسان
- المستقل جعل التوازن لما المستقل إحسان
- النار المتغيرة الداخلية للسيرة على المرحل
- ج - العناصر التي أرغب في صنعها : السكك ، النار
- ج - كيف تنتمي التسمية التي كتبتها ، التسمية التي كتبتها ، إذا
- جاءت على التوازن والشماتة بالعلاج ما مثل متغيرة ، إن لم تستطعت
- فأستدرك وربما أحتاج اللجوء إلى المستقل
- ج - ولو وحيد عليك أن تشارك في التسمية التي بنيتها ، ما هو ما كان
- الرسم ؟ سأكون المرحل التي تنفخ في مواجعة المرحل معصية مستوحاة
- وعينتهما مذكورتين على المستقل وعدم السماح للمرحل بالسيطرة
- حلي
- ج - الجدول التالي :
- ٤ - بماذا مثلت العناصر التسمية لرسمك ؟
- ج - ما هو دور وسبب وجود كل عنصر من عناصر التسمية ؟
- ج - ما هو رمز كل عنصر من العناصر التسمية ؟

| العنصر | أ - | ب - | ج - |
|-----------|-------------------|-------------------------|-------------------------|
| سكو ٤ | ممثل "ب" | دور "ب" | دور "ب" |
| سيف | تناول الشهوات | التعاسة عند تناول السكر | فقدان السيطرة |
| ملجأ | glucophage | السلاح ضد الموقف | العلاج |
| وحش مفترس | المصنفات | مكان الرعاية و الدعم | الأمان الطبي |
| شيء - وري | السكري | العدو الرئيسي | المرض |
| تشخيص | الوقت | الاستمرار | مراع حسنة |
| ماء | أنا | جعل الدقة | القوة الداخلية |
| حيوان | الحرية من الأدوية | الأمل | الحياء بدون قيود طبيعية |
| نار | التعبان و الحائر | التعبان و الحائر | أدوات العلاج المصحح |
| | الامراع | معرفة هند الموقف | الارادة و القوة |

Annexes 02:

Cas N°02 ;



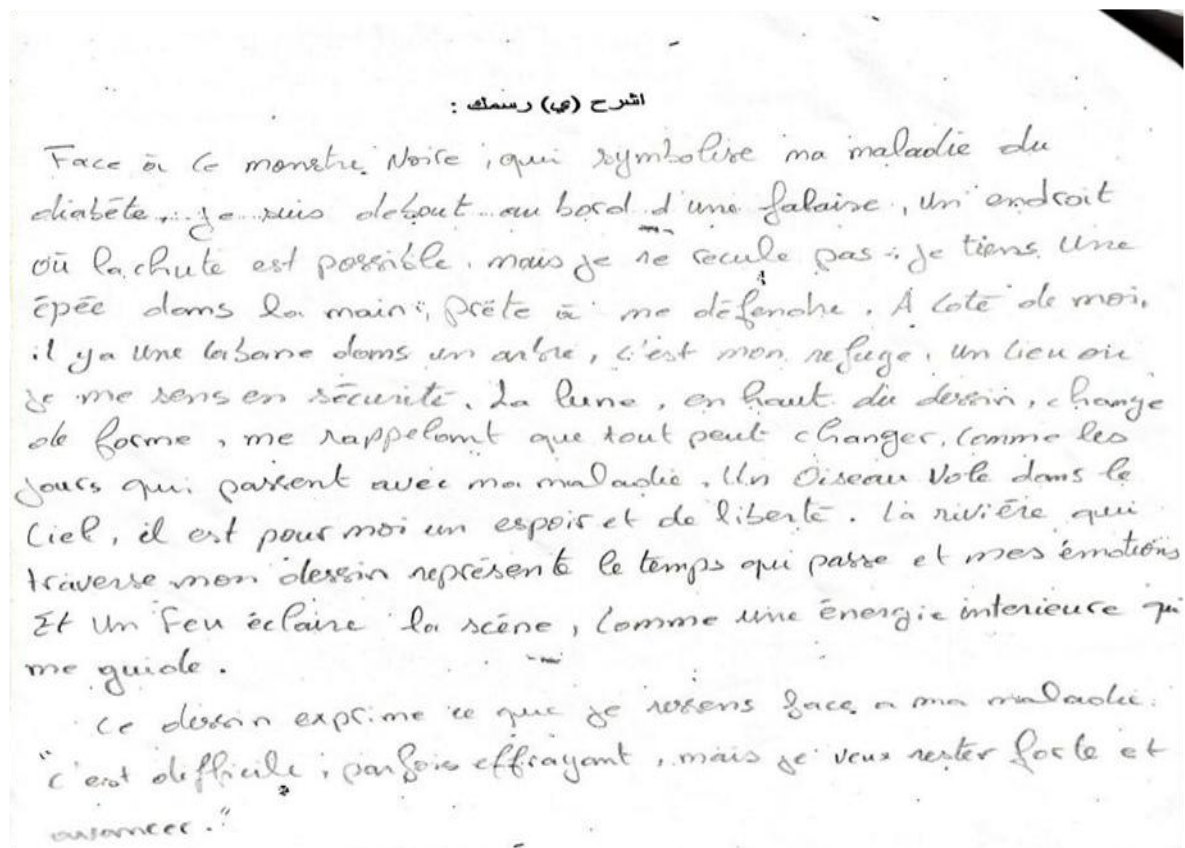
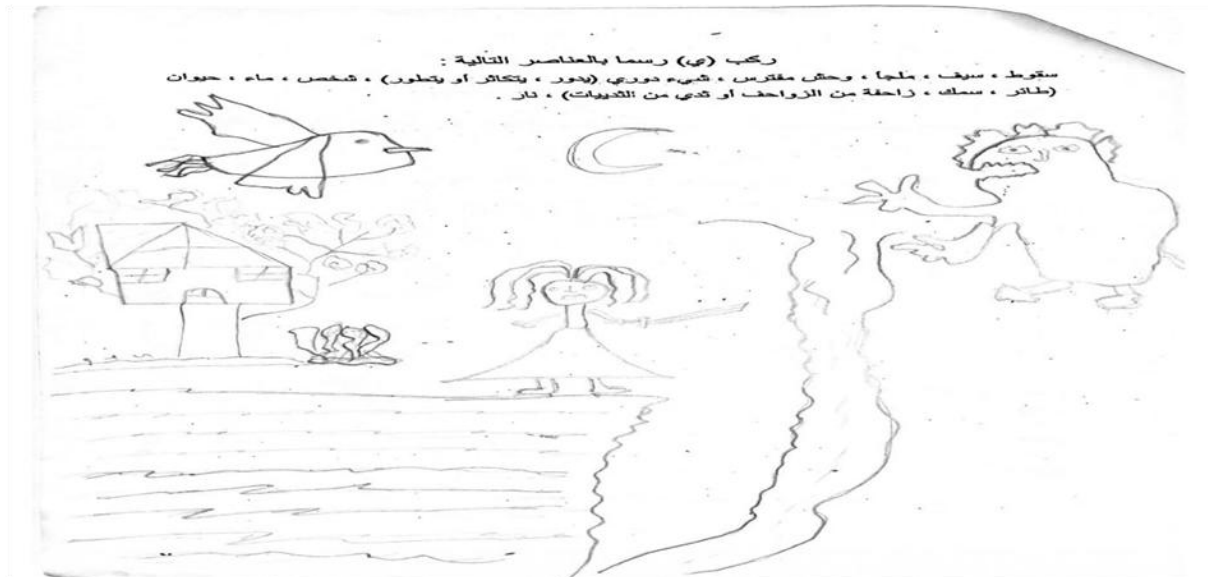
- 1 - Répondez avec précision aux questions suivantes :
- a) - Autour de quelle idée centrale avez-vous construit votre composition ?
Avez-vous hésité entre 2 ou plusieurs solutions ? Si oui lesquelles ?
- Sur la lutte quotidienne d'une personne atteinte de diabète pour vivre normalement, j'ai hésité entre deux angles : la difficulté de l'acceptation personnelle et l'impact du regard des autres.
- b) - Par quoi (lecture - film . etc ..) avez-vous été éventuellement inspiré ?
Je me suis inspiré de témoignages lus dans des documentaires où un enfant s'occupe, ainsi que d'un épisode de la série Grey's Anatomy où un enfant apprend qu'il est diabétique.
- c) - Indiquez Parmi les 9 éléments du texte de votre composition :
- 1) - les éléments essentiels autour desquels vous avez bâti votre dessin ?
- Personnage , Épée , Refuge , Élément cyclique.
- 2) - Les éléments que vous auriez aimé éliminer. Pourquoi ?
- Monstre : Je trouve qu'il peut caricaturer la maladie.
- d) - Comment se termine la scène que vous avez imaginée ?
La scène se termine par l'acceptation de la maladie par le personnage, qui réussit à prendre le contrôle de sa santé avec l'aide de son entourage et des soins adaptés.
- e) - Si, Vous deviez-vous, participer à la scène que vous avez composée en seriez-vous ?
- Je serais un ami du personnage principal, pour lui rappeler qu'il n'est pas seul et qu'on peut vivre normalement avec le diabète grâce à un bon suivi médical.

- 2 - Dans le tableau suivant il s'agit de préciser :
- 1) - Par quoi vous avez représenté les 9 éléments du texte de votre dessin (c. ligne A)
2) - le rôle, la raison d'être de chacune de vos représentations (c. ligne B)
3) - le que symbolise pour vous chacun des éléments du texte (colonne C)
- Remplissez chacune des cases ci-dessous, éventuellement par "rien" pour la colonne A, par "aucun" pour la colonne B et par "?" pour la colonne C.

| Élément | A | B | C |
|--------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Chute | un hypoglycémie soudain | moment de crise | Perte de contrôle |
| Épée | stylo d'insuline | arme de défense | combat quotidien |
| Refuge | maison | Endroit de se reposer | sécurité |
| Monstre | Le Diabète | Ennemi invisible | Maladie |
| El. Cyclique | Soleil / nuage | Bonne / mauvaise humeur | Quotidien des diabétiques |
| Personnage | Femme | Héros du fait | résilience |
| Eau | La pluie | Élément vital | Émotions |
| Animal | Oiseau | Courage | Espoir |
| Feu | sensation de brûlure | manifestations | Douleurs |

Annexes 03:

Cas N°03 :



- A) - Autour de quelle idée centrale avez-vous construit votre composition ? Avez-vous hésité entre 2 ou plusieurs solutions ? Si oui lesquelles ?
 J'ai construit mon dessin autour de l'idée de la lutte entre le diabète, vécu comme un combat intérieur contre une force sombre. J'ai hésité avec une représentation plus réaliste du quotidien, mais j'ai préféré une symbolisation plus imagée.
- B) - Pourquoi (lecture, film, etc.) avez-vous été éventuellement inspiré ? Je me suis inspirée de contes héroïques et de récits mythologiques.
- C) - Indiquez, parmi les 3 éléments du texte de votre composition :
 1) - Les éléments essentiels autour desquels vous avez bâti votre dessin : le monstre, le personnage, l'épée, la chute.
 2) - Les éléments que vous auriez aimé éliminer. Pourquoi ? L'animal, car il me semblait moins central à mon idée au départ, mais je l'ai finalement inclus comme un symbole d'espoir.
- D) - Comment se termine la scène que vous avez imaginée ? La femme ne fuit pas. Elle affronte la créature avec courage et l'ombre du monstre semble se dissiper au contact de sa force intérieure.
- E) - Si vous deviez, vous participer à la scène que vous avez composée où seriez-vous ? que feriez-vous ? Je serais la femme avec l'épée. Je ferais face à la peur, même si elle est immense, et je choiserais de continuer à avancer malgré elle.

- 2) - Dans le tableau suivant, il s'agit de préciser :
- 1) Pourquoi vous avez représenté les 3 éléments du texte de votre dessin (A).
 - 2) Le rôle, la raison d'être de chacune de vos représentations (B).
 - 3) Ce que symbolise pour vous chacun des éléments du texte (C).

Remplissez chacune des cases ci-dessous, éventuellement par "rien" pour la colonne (A), par "aucun" pour la colonne (B) et par "?" pour la colonne (C).

| | A | B | C |
|------------|----------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Élément | représente | rôle | symbolisant |
| chute | Une faiblesse | risque de déséquilibre | Hypoglycémie perte de contrôle |
| Épée | la femme | Arme de défense | traitement |
| Refuge | Cabaner dans l'arbre | Lieu de sécurité | Famille |
| Monstre | Insuline | Ennemi | le diabète |
| 21. Cycle | la lune | le temps | les variations émotionnelles |
| Personnage | la femme | Protagoniste | la force |
| Eau | Rivière | Élément fluide | Émotions |
| Animal | Oiseau | Observateur | Espoir |
| Feu | Lumière | Énergie vitale | la vigilance |

Annexes 04: Grille d'analyse d'AT.9.

| | |
|---|---|
| 1. DESSIN | 7. particularité morphologique |
| A. Structuration 1 - 2 - 3 B. Spatialité 1 - 2 - 3 C. Ordre 1 - 2 - 3 D. Figuration 1 - 2 - 3 E. Graphisme 1 - 2 - 3 Commentaire : | A. Couplage(s) symptomatique (s) B. Morphologie symptomatique (s) C. Processus iconologique (s) Contenue spécifique : |
| 2. Récit A. Action 1 - 2 - 3 B. Nature du récit 1 - 2 - 3 C. fonction séquentielle 1 - 2 - 3 D. Temporalité 1 - 2 - 3 E. Style 1 - 2 - 3 Commentaire | 8. particularité fonctionnelles 1. Expression fonctionnelle différenciée (rôle, fonction de l'élément bien dégagé de sa valeur symbolique et nettement définie) 2. Expression fonctionnelle hypertrophiée (une fonction contamine l'ensemble : plusieurs éléments comportent la même fonction) |
| 3. Concordance dessin/récit 1. T. Bonne concordance 2. Bonne concordance 3. Concordance simple 4. Concordance originale 5. Discordance | 3. Expression fonctionnelle restreinte ; cela par : a/ hétérogénéité b/négativisme c/ hyper-symbolisation |
| 4. Régime de l'imaginaire HE, MY, DUEX, USSD, USSS, PDS, SD, DS. | 9. Particularité symboliques A. Niveau de symbolisation 1. Formulation élaborée 2. Formulation incomplète 3. Formulation hyper-conceptuelle B. Contenus symbolique 1. Symbolisation varié 2. Dominante symbolique 3. Couplage systématique C. Rapport : vie/ mort |
| 5. Contenue existentiel Victoire 1 2 3 4 5 échec Sécurité 1 2 3 4 5 insécurités Sérénité 1 2 3 4 5 angoisses Contenue spécifique éventuel : | |
| 6. Implication A. Projection dans le récit 1 - 2 - 3 B. Participation au mythe : a/origine de l'inspiration 1 - 2 - 3 b/ issue 1 - 2 - 3 C. Identification projective 1 - 2 - 3 | 10. Observation diverses Comportement pendant la passation, etc |

Abstract

This study explores the symbolic imaginary in diabetic women through a clinical qualitative approach. Conducted at the Akloul Ali Hospital in Akbou, the research involved three female participants aged between 22 and 53. Using semi-structured clinical interviews and the AT9 projective test, the study aims to understand how these women symbolically represent and give meaning to their chronic illness. The theoretical framework draws on psychoanalytic and anthropological perspectives, particularly the works of Gilbert Durand, Jung, Freud, and Castoriadis. Results reveal that diabetes activates deep symbolic structures, linking body, femininity, and psychic transformation. The symbolic imaginary emerges as a vital process of subjectivation, enabling women to reconfigure their identity and lived experience through symbolic expression.

Keywords: symbolic imaginary, diabetes, AT9 test, chronic illness.

Résumé

Cette étude explore l'imaginaire symbolique chez les femmes diabétiques à travers une approche clinique qualitative. Menée à l'hôpital Akloul Ali d'Akbou, la recherche a impliqué trois participantes âgées de 22 à 53 ans. À l'aide d'entretiens cliniques semi-directifs et du test projectif AT9, l'étude vise à comprendre comment ces femmes représentent symboliquement et donnent sens à leur maladie chronique. Le cadre théorique s'appuie sur des perspectives psychanalytiques et anthropologiques, notamment les travaux de Gilbert Durand, Jung, Freud et Castoriadis. Les résultats révèlent que le diabète mobilise des structures symboliques profondes, en lien avec le corps, la féminité et la transformation psychique. L'imaginaire symbolique apparaît ainsi comme un processus essentiel de subjectivation, permettant aux femmes de reconfigurer leur identité et leur vécu à travers l'expression symbolique.

Mots-clés : imaginaire symbolique, diabète, test AT9, maladie chronique.