

*Université Abderrahmane mira de Bejaia*  
*Faculté des Sciences Humaines et Sociales*  
*Département des Sciences Sociales*

## *Mémoire de fin cycle*

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique

*Thème*

# **La vie sexuelle chez les femmes hémodialysées**

**Etude de 04 cas réalisée au CHU de Bejaia**

*Réalisé par :*

BERABEZ Zakia

BENYAHIA Hakima

*Encadré par :*

Pr SAHRAOUI. I

**Année universitaire 2018/2019**

## **Remerciements**

*Au terme de notre travail, nous tenons à remercier le bon Dieu le tout puissant, qui nous a donné du courage, patience et volonté pour achever ce travail.*

*En deuxième lieu, on tient à remercier avec grande gratitude notre honorable encadreur en l'occurrence professeur Sahraoui pour tous ses efforts, soutien, conseils, orientations, ainsi que pour le temps qu'elle nous a consacré à la réalisation de ce mémoire, et surtout ses conseils ont été d'une très grande richesse scientifique durant toute la période de travail.*

*Aussi on tient à remercier vivement les membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont apporté à ce modeste travail en acceptant de l'examiner et de l'enrichir par leurs Propositions*

*Nous remercions aussi tous le personnel du service d'hémodialyse de l'hôpital Frantz Fanon du CHU de Bejaia et tous les malades.*

*En fin nos remerciements vont également à tous ceux qui ont contribué de loin ou de près pour achever ce travail.*

## **Dédicaces**

*Je dédie ce modeste travail*

A mes parents, en témoignage de ma reconnaissance pour leurs patiences, leurs sacrifices ainsi que leurs soutiens tout au long de mon cursus universitaire. Que dieu, leur accorde la santé et la miséricorde.

Je remercie également mes chères sœurs : Samra, Katia, Sassa, ainsi que leurs époux pour leurs soutiens.

Pour terminer un énorme merci à toi particulier, ma sœur Kenza pour tous les moyens que tu as pu me mettre à disposition pour le bon déroulement de mes études. Ainsi à une personne très chère à mon cœur pour son soutien et sa patience.

À ma famille, et mes amis , avec toute mon affection.

**Zakia**

## Dédicaces

Que je dédie

À mes chers parents en témoignage de ma reconnaissance pour leur patience, leur sacrifice et leur soutien tout au long de ma vie, et je n'oublie j'aimais mes beaux-parents qui m'ont aidée durant tout le cycle et qui je trouve tout le soutien que Dieu les protège.

À mes regrettées, ma grande mère et ma tante qui m'ont laissée un immense vide que Dieu les accueille dans son vaste paradis.

À mon chère Sofiane source de mon énergie à qui je dois une reconnaissance pour son soutien et son aide très précieuse.

À mes très chers frères, Tarik et Omar

À mes très chers beaux frères, Amar et Ali

À mes très chères sœurs, Dalila, Linda, Hassiba, Warda

À mes chère Zakia et ses enfants

À toute la famille, mes cousines, mes amis (es)

À mon binôme Zakia et toute sa famille

Et tous ceux qui m'ont aidée de près ou de loin.

**Hakima**

## **SOMMAIRE**

<b>Introduction générale</b> .....	<b>02</b>
------------------------------------	-----------

### **PARTIE THEORIQUE**

#### **Chapitre 1 : Côté médical de l'insuffisance rénale chronique**

<b>Introduction</b> .....	<b>07</b>
---------------------------	-----------

<b>I- Le rein</b> .....	<b>07</b>
-------------------------	-----------

<b>II-Différents types de l'insuffisance rénale</b> .....	<b>09</b>
---	-----------

<b>III-Les différents traitements de l'insuffisance rénale</b> .....	<b>12</b>
--	-----------

<b>IV-Hémodialyse en Algérie</b> .....	<b>15</b>
--	-----------

<b>Synthèse</b> .....	<b>16</b>
-----------------------	-----------

#### **Chapitre 2: Le vécu psychologique chez les insuffisantes rénales chroniques**

<b>Introduction</b> .....	<b>18</b>
---------------------------	-----------

<b>I- L'annonce de la maladie</b> .....	<b>18</b>
---	-----------

<b>II- Les bouleversements face à la maladie</b> .....	<b>20</b>
--	-----------

<b>III-Les répercussions psychologique</b> .....	<b>22</b>
--	-----------

<b>IV- La prise en charge</b> .....	<b>25</b>
-------------------------------------	-----------

<b>Synthèse</b> .....	<b>27</b>
-----------------------	-----------

#### **Chapitre 3 : La sexualité féminine et psychanalyse**

<b>Introduction</b> .....	<b>29</b>
---------------------------	-----------

<b>I-Sexualité</b> .....	<b>29</b>
--------------------------	-----------

<b>II- Le dysfonctionnement sexuelle chez les femmes hémodialysées et la psychanalyse</b> .....	<b>33</b>
---	-----------

<b>III- La dysfonction sexuelle</b> .....	<b>38</b>
---	-----------

<b>IV-Sexualité et maladie chronique</b> .....	<b>41</b>
--	-----------

<b>V-Prise en charge du dysfonctionnement sexuel</b> .....	<b>44</b>
--	-----------

<b>Synthèse</b> .....	<b>45</b>
<b>Chapitre 4 : Problématique et hypothèse</b> .....	<b>47</b>

## **PARTIE METHODOLOGIQUE**

### **Chapitre 5 : Méthodologie de la recherche**

<b>Introduction</b> .....	<b>55</b>
<b>I- Le déroulement de la recherche</b> .....	<b>55</b>
1-Pré enquête et enquête .....	<b>55</b>
2-Méthode clinique.....	<b>56</b>
3-Lieu de la recherche .....	<b>58</b>
4-Population d'étude .....	<b>59</b>
<b>II. Analyse et techniques utilisées</b> .....	<b>59</b>
1- Entretien clinique.....	<b>59</b>
2-L' entretien semi –directif .....	<b>60</b>
<b>III-Le TAT</b> .....	<b>64</b>
<b>IV- Analyse des techniques utilisées</b> .....	<b>66</b>
<b>Synthèse</b> .....	<b>72</b>

## **PARTIE PRATIQUE**

<b>Chapitre 6 : Présentation et analyse des résultats</b> .....	<b>74</b>
<b>Chapitre 7 : Discussion des hypothèses</b> .....	<b>119</b>
<b>Conclusion générale</b> .....	<b>123</b>
<b>Bibliographie</b>	
<b>Annexes</b>	

## Liste des tableaux

<b>N° du Tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>Tableau N°1</b>	Les statistiques au niveau de l'hôpital de Bejaia	<b>16</b>
<b>Tableau N°2</b>	Récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude	<b>59</b>
<b>Tableau N°3</b>	Récapitulatif des planches par ordre de présentation en fonction du sexe et de l'âge de sujet.	<b>65</b>
<b>Tableau N°4</b>	Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas de Lynda 44 ans	<b>84</b>
<b>Tableau N°5</b>	Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas Fouzia 50 ans	<b>95</b>
<b>Tableau N°6</b>	Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas Nadia 50 ans	<b>107</b>
<b>Tableau N°7</b>	Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas Karima 49 ans	<b>117</b>

# **Introduction générale**

La santé n'est pas l'absence de la maladie, c'est un sentiment plus profond que le bien-être qui ne dépend pas seulement des services de santé, mais du travail, du revenu, de l'éducation, de la culture, des droits et des libertés.

L'être humain est une entité complexe, il vit toujours en interaction avec ses pairs. Il est destiné à faire face aux bons et aux mauvais événements de la vie quotidienne, ces derniers sont sources de différentes perturbations psychologiques et physiques, qui peuvent être parfois passagères, réactionnelles, ou irréversibles telle que les maladies chroniques.

En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été parmi les premiers organismes à alerter les autorités publiques d'un phénomène en pleine expansion dans tous les pays, les maladies chroniques. Ces maladies recouvrent différents problèmes de santé qui peuvent paraître à première vue disparates.

Les maladies chroniques se caractérisent « au-delà de leur durée par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne non seulement pour les patients mais aussi pour leur entourage. Cette situation bouleverse tout, de l'état de santé à la qualité de vie, des amitiés à la vie familiale, des loisirs à la vie professionnelle. Leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade» (OMS, 2005, p.15).

Parmi ces maladies chroniques, il y a l'insuffisance rénale chronique (IRC), c'est une maladie grave qui est due à une détérioration graduelle et irréversible de la capacité des reins à filtrer le sang et à excréter certaines hormones. Les produits du métabolisme et l'eau en excès passent de moins en moins dans l'urine et s'accumulent dans l'organisme.

Selon Dr Philippe Brunet, (néphrologue), "La première complication concerne un point essentiel de l'hémodialyse : c'est ce qui relie le sang du patient à la machine à savoir la fistule. Il faut faire très attention à cette fistule parce que le nombre de complications est très important. Cela permet de brancher le patient sur une veine et de faire passer ensuite le sang sur la machine et de pouvoir l'épurer. Ensuite, les autres complications de l'hémodialyse sont l'hypertension, l'accumulation d'eau et de sel..."

Ainsi, les femmes dialysées subissent beaucoup de changements dans leur vie. Ces bouleversements entament quelque fois gravement la qualité de vie. Il y a souvent des répercussions au niveau des relations affectives, sur le rôle social du patient, perte du travail

quelque fois même une perte d'autonomie. Ces perturbations entraînent une modification sur l'image du corps et l'estime de soi, et aussi des perturbations de la sexualité qui sont considérées comme une conséquence mineure des pathologies chroniques. En trouve chez ces femmes des perturbations physiologique et psychologique qui deviennent un obstacle dans la vie des conjoints.

Actuellement, cette maladie a pris une ampleur considérable et reste toujours insidieuse et méconnue par le grand public.

En Algérie, la quasi-totalité (97%) de l'insuffisance rénale chronique terminale est traitée par l'hémodialyse. Ainsi, la prévalence de cette maladie est en constante progression. En effet, en décembre 2005, le nombre de patients hémodialysés étaient de 9633 contre 17416 en 31 juin 2011, soit une augmentation de 80% en 5 ans. Ceci correspond à un accroissement annuel moyen des patients pris en charge en hémodialyse de plus de 13 %.(T.Cheurfa, N.Kaid.2018.P.118).

Parmi les dialysés au niveau du CHU de Bejaïa, 34,82% de ces patients sont âgés de 20 à 44 ans, 31,85% de 45 à 64 ans et 17,78 % de 65 à 74 ans. Il convient toutefois de remarquer que le pourcentage des dialysés de moins de 19 ans est seulement de 1,48% et que celui de ceux qui ont 75 ans et plus est de 14,07%.(L.Kutchaw.2014.P.125)

En outre que la moitié des patients atteints d'insuffisance rénale chronique vivent des problèmes sexuels. Cela peut aller du simple manque du désir à l'incapacité totale d'atteindre l'orgasme. Vécus par plusieurs comme une atteinte à leur amour-propre, ces problèmes peuvent avoir un effet dévastateur et constituer une source supplémentaire de tension dans une relation intime déjà tendue.

Le présent travail porte sur la fonction sexuelle chez les femmes atteintes d'une maladie chronique de type une insuffisance rénale chronique, dans l'objectif est de déterminer la fonction sexuelle de ces femmes. Nous avons choisi comme terrain d'étude hôpital Frantz fanon de Bejaia. L'approche psychanalytique avait servi le cadre référentiel de notre étude portée sur 4 cas.

Pour élaborer cette recherche nous avons tracé un plan de trois parties comme suit :

- Partie théorique : constituée de trois chapitres : le premier chapitre est consacré à l'étude médicale de l'insuffisance rénale chronique où nous avons présenté sa définition, la symptomatologie, puis l'étiologie, les types, et enfin le traitement. Le deuxième chapitre

est consacré à l'étude du vécu psychologique, dans lequel on a parlé sur l'annonce de la maladie, les bouleversements de la maladie, les troubles psychiques dus à une insuffisance rénale chronique. Le troisième chapitre sur la sexualité féminine et la théorie psychanalytique qui traite ce thème dès la petite enfance de la fille jusqu'à l'âge adulte, puis les troubles sexuels féminines et la sexualité et maladie chronique. et le dernier chapitre théorique réservé à la problématique et les hypothèses.

- Partie méthodologique : elle est consacrée au cadre méthodologique à travers lequel on a traité les points suivants : le déroulement de la recherche, l'échantillon de la recherche, présentation de lieu de la recherche, les outils de la recherche, le déroulement de la pratique et la méthode suivie dans la présentation et analyse des cas.
- Partie pratique : porte sur présentation et analyse des résultats.

Enfin, une conclusion générale, dans laquelle d'autres questions de perspectives en relation avec le sujet sont proposées, dans un but d'ouvrir le champ à d'autres recherches plus approfondies.

# **Partie théorique**

**Chapitre I**

**Côté médicale de l'insuffisance  
rénale chronique**

**Introduction**

Les reins sont des organes les plus sensibles dans le corps humain, ils sécrètent l'urine, Malheureusement le rein est un sujet à beaucoup de maladies, parmi ces dernières on trouve l'insuffisance rénale chronique (IRC). Cette pathologie est devenue aujourd'hui un problème de santé publique par fréquence de plus en plus élevée.

Dans ce chapitre on va essayer d'aborder certains éléments de L'insuffisance rénale chronique, telle que le rôle des reins, les types, les causes, les complications de (IRC), aussi les différentes modalités de la prise en charge particulièrement l'hémodialyse.

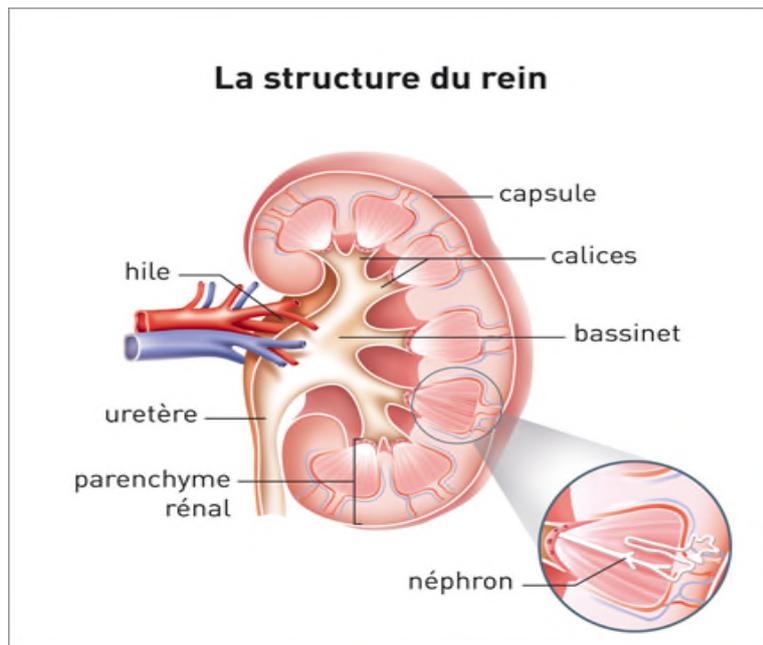
**I- Le rein****1-Définition des reins**

Selon le dictionnaire médical (angle .kidney) : Le rein est un organe paire qui secrète l'urine, situe dans chaque cote de la colonne vertébrale dans la région lombaire, en arrière de péritoine, elle a une forme ovale aplatie caractéristique. Le rein secrète l'urine selon trois mécanismes (filtrations glomérulaire de plasma sanguin ; réabsorptions tubulaire partielle de filtrat ; sécrétion tubulaire de certain constituant) ; Le rein exerce une élaboration de la substance vasopressine comme la rénine (J.Quevauvilliers., 2001, p846).

**2- L'appareil urinaire et anatomie des reins**

L'appareil urinaire a pour fonction d'assurer l'épuration du sang : il extrait les déchets du sang circulant qui résultent du métabolisme et assure le rejet à l'extérieur sous forme d'urine. L'appareil urinaire comprend :

- Deux organes glandulaires : les reins
- Deux conduits excréteurs : les uretères
- Un réservoir : la vessie
- Un conduit reliant la vessie l'extérieure. (A, Ramé.s.thérond, 2007, p 244)



**La structure du rein** (L.Kutchaw, 2014.P.8)

### 3-Le rôle des reins

Le rein est un organe vital remplissant de multiple rôle :

1-L'élimination des toxines

2-l'équilibre du bilan hydro sodé

3-Le rein à une Fonction endocrinée avec la production d'erythropeitu et de transformation de la vitamine D en sa forme active « hydroxylation en 1 a » .

4-Le rein secrète aussi les hormones comme la rénine qui règle la pression artérielle.

5-Indispensable à la production des globules rouges.

6- Le rein est la fonction épuratrice du sang par l'élimination des différents déchets produit par l'organisme. (J.loitier, C.marlet, 2012, p.255).

### 4- Les symptômes de l'insuffisance rénale

Quand la destruction rénale est importante ; les reins ne sont plus capable d'assurer la fonction de filtration et de la fonction hormonale .Alors on peut décrire quelques symptômes ci-dessus

- **L'atteinte de la fonction de filtration** : elle conduit à ;
  - Accumulation des déchets : (urémie avec perte de l'appétit, nausée, confusion).
  - Une rétention d'eau et de sel : (œdème « pris de poids » et HTA).
  - Une accumulation des ions : hyperkaliémie avec risque de trouble de rythme cardiaque.
- **L'atteinte de la fonction hormonale** : elle conduit à ;
  - Un déficit de la vitamine (D) active : trouble osseux.
  - Un déficit de l'érythropoïétine (EPD) : anémie.
  - Une perturbation de la rénine : l'évaluation de la tension artérielle (HTA) (J.Loitier, C.mariet, 2012, p.256).

## II-Différents types de l'insuffisance rénale

- **Généralités**

Les reins ont pour mission quotidienne de pomper quelques 189 litres de sang à travers 225 km de canaux et du million de filtres néphrons.

L'insuffisance rénale chronique est définie par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnelles (ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aiguë).

En raison de la très grande dispersion des valeurs physiologiques de la FG, l'IRC est définie arbitrairement par le choix d'une valeur limite inférieure à la normale compte tenu de la dispersion des valeurs de FG. 16 % des sujets normaux ont une FG  $\geq 110$  ml /mn/1.73m<sup>2</sup> et 2.5 % ont une FG  $\leq 90$  ml /mn/1.73 m<sup>2</sup>. En pratique l'IRC regroupe l'ensemble des manifestations cliniques, biologiques et radiologiques secondaires à la destruction du capital néphrotique.

Tout individu peut rester en bonne santé avec un seul rein fonctionnant de 10 à 20 % de sa capacité normale, mais l'insuffisance rénale quand elle arrive au stade terminal va affecter l'organisme de plusieurs manières, certains symptômes sont le reflet de la maladie qui cause l'insuffisance rénale (néphropathie initiale), d'autres sont au dysfonctionnement des reins eux-mêmes.

## 1-Définition de l'insuffisance rénale chronique

C'est une réduction néphrotique plus au moins lentement progressive à laquelle le fait suit une adaptation jusque à une certaine limite par les néphrons restants à fin de sauvegarde l'homéostasie.

C'est une altération progressive des fonctions excrétrice et endocrines du parenchyme rénal, conséquence de lésion automatique irréversibles.

## 2 - Les différents types d'IRC

- IRC avec anomalies morphologique macroscopiques rénales.
- IRC avec anomalies de transport.
- IRC avec anomalie métabolique ou inflammatoire générales.
- IRC et affection congénitale.

### 2-1-L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

Quand les lésions sont devenues très importantes et que la perte des fonctions des reins devient menaçante sur le plan vital, il s'agit «d'insuffisance rénale chronique terminale».

L'IRCT est le stade ultime de l'insuffisance rénale chronique. En effet, le rein n'est plus capable d'éliminer les toxines.

C'est une complication de maladies chroniques qui représente à elle seule 50% des atteintes rénales. Elle constitue le 5ème stade de la maladie rénale chronique. La cause principale de l'IRCT est le diabète de type 2 (Asseraji & al, 2015)

Pour survivre, les personnes doivent alors bénéficier d'un traitement de suppléance par la transplantation d'un rein ou la dialyse.

### 2-2-L'insuffisance rénale aiguë (IRA)

L'insuffisance rénale aiguë est définie par la baisse brutale et l'importance de la filtration glomérulaire, elle est habituellement réversible après traitement, la diurèse peut être conservée au cours de l'IRA, l'oligoamurie est définie par une diurèse inférieure à 500 ml/42 heures ou 20ml/heure.

**3- Les causes de l'insuffisance rénale****3-1-Maladies vasculaires rénales**

Néphropathie ischémique (sténose bilatérale des artères rénales).

Nephroangiosclérose hypertension maladie rénale athéromatolique. (S.quérim ; L.valiquette .2004 ; p202).

**3-2-Cause rénale ou parenchymateuses glomerulopathies :****- Primaire**

- Hyaline glomérulaire segmentaire et focale.

-Glomerulopathie membranaire.

**- Secondaire**

- Néphropathie diabétique.

-Néphropathie associées à la maladie auto-immune.

**3-4-Néphropathie tubulo-interstitielles**

-néphropathie de reflux(ou pyélonéphrite chronique)

-polykystose rénale autosomique dominante

-rein myélomateux

-néphropathie secondaire aux analgésiques

**3-5-Cause post -rénal**

- Cancer envahissante de la prostate

-Cancer digestif métastatique

-Fibrose rétroperitoneale

-Hypertrophie bénigne de la prostate (S.quérim ; L.valiquette .2004 ; p202) .

#### 4-Les complications de l'insuffisance rénale chronique

- Une hypertension artérielle et des troubles cardio-vasculaires.
- Des troubles de métabolisme phosphocalcique.
- Une acidose métabolique.
- Une dénutrition.
- Une anémie.
- Une hyperkaliémie (B.moulin ,M.noëlle .2012;p210) .

### III-Les différents traitements de l'insuffisance rénale

- **Généralités**

La dialyse place à la fonction rénale pour éliminer les toxines et les l'excès d'eau ; elle est une technique de la purification de sang, l'utilisation de la membrane semi-perméable, convection, rendre l'excès des déchets métabolique nocif et l'électrolyte en excès élimine de l'organisme pour atteindre le but du purifier le sang et atteindre l'équilibre des électrolytes des acides –bases.

« Hémo » et « dialyse » viennent de mot grec qui signifient respectivement « sang » et « séparer » ainsi hémodialyse (HD) consiste éliminer les déchets toxique et la surcharge hydrique de l'organisme et filtrant le sang .l' HD se pratique en trois lieux : au centre d'auto dialyse, au service d'hémodialyse et à domicile (M, A, Boubchir, 2004p. 192) Hémodialyse est un traitement discontinu et périodique, elle se déroule trois fois ou plus par semaine.

Il existe deux type de dialyse : l'hémodialyse (HD) et la dialyse péritonéale(DP) de manière similaire elles nettoient le sang en le faisant passe à travers une membrane. En HD, épuration de sang grâce à un appareil qui sert de rein artificiel qui est la technique la plus répandue. Le DP ou l'épuration est réalise a travers une membrane interne : le péritoine. Les deux type est efficace, lorsque un patient reçoit un dialyse efficace, il retrouve un état clinique satisfaisant. (M, A, Boubchir,2004, p .192)

#### 1-Hémodialyse

Hémodialyse est une technique d'épurations extra-rénal qui met en contacte le sang du malade, par l'intermédiaire d'une membrane sème –perméable avec une solution courant. La plupart des patients hémodialyse reçoivent leur traitements au sien d'un service de

néphrologie spécialement conçu .le service de dialyse peut se situer dans un hôpital ou un établissement distinct de soins ambulatoire .A leur arrivée dans le centre ils sont pris en charge par un infirmier qui s'occupera d'eux pendant toute la séance.

Durant un traitement par dialyse, les patients sont installés dans un lit ou sur un fauteuil inclinable, ils ne peuvent pas se déplacer dans le service, ils peuvent discuter, lire, faire des travaux manuels ou regarder la télévision. Les infirmiers du service préparent l'équipement, (débranchent) les patients .ils assurent également le nettoyage et la désinfection des générateurs.



**La dialyse** ([www.fondation –du-rien .org](http://www.fondation-du-rien.org))

### **1-2-Les complications**

-Changement rapide de la pression artérielle

-Virus transmis par le sang, tel que l'hépatite B ou C ou le VIH

-Amylose : après plusieurs années de dialyse, des douleurs osseuses peuvent apparaître  
FAV/saignement : toutes les fistules ne fonctionnent pas à la perfection Certaines ne se développent jamais dans une veine suffisamment large. Cet état est provoqué par l'accumulation d'une protéine sous forme de fibrilles amyloïdes, qui est difficile à éliminer par dialyse.

- Certaines fonctionnent correctement pendant des années et s'arrêtent soudainement .Dans un cas comme dans l'autre ; une nouvelle fistule (ou parfois une prothèse vasculaire) doit être créée dans une autre région du corps, Certains patients ont des problèmes de saignements de la fistule pendant et après la dialyse. Les infections peuvent généralement être traitées par des antibiotiques.

-Il existe aujourd'hui des pansements hémostatiques pouvant aider à stopper plus rapidement les saignements.

- Le Cathéter /Infection : Les cathéters d'HD peuvent s'arrêter de fonctionner en raison d'une obstruction par un caillot sanguin .ils doivent alors être remplacés .seul un nombre limité de veines sont adaptées à l'insertion d'un cathéter, Il existe un risque d'infection lors d'une séance

de dialyse. a l'extérieur .les cathéters d'HD peuvent être temporaires ou permanents .les cathéters temporaires sont souvent utilisés lorsque les patients sont en attente de création d'une fistule. (M.Hoarau, 2011, p.8-9).

### **1-3-La dialyse péritonéale**

La dialyse péritonéale (HP) est une méthode d'épurations du sang qui se fait grâce à une membrane naturelle tapisant l'intérieur de l'abdomen appelée péritoine, grâce à sa vascularisation riche, le péritoine sert de filtre naturel à travers le péritoine, s'effectuent des échanges qui permettent une épuration des déchets et une élimination de l'eau en excès.(J.loitier,C.marie,2012,p262).

- **Avantage**

-Possible plus facilement à domicile et moins coûteuse que l'hémodialyse.

-Meilleure tolérance hémodialyse.

- **Inconvénients**

-Limite dans le temps (5ans car altération des propriétés du péritoine).

-Performance d'épuration plus faible.

-Fréquence des complications type péritonite ; dénutrition par perte protéidique ; hernie le régime alimentaire est le même que chez l'hémodialyse mais la restriction hydrique moins sévère.

### **2-la greffe rénale (transplantation)**

Lorsqu'elle est possible, il s'agit de la meilleure méthode de suppléance de la fonction rénale par rapport à l'hémodialyse et à la dialyse péritonéale du fait :

Une meilleure qualité de vie, une morbidité cardio-vasculaire moindre d'une espérance de vie supérieure, d'un coût de traitement inférieur après la première année. Dans la plupart des cas où elle est possible, elle peut être envisagée au stade 5, avant qu'un traitement par dialyse ne soit institué.

#### **2-1-Les types de la greffe rénale**

a- Donneur vivant

b-donneur décédés d'arrêt cardiaque

c-donneur de mort cérébrale ( L.Lebon,P.Schwartz, 2013,p28)

#### IV-Hémodialyse en Algérie

En 1960 Evian (France), lors du première congrès mondiale de néphrologie, que la communauté médicale va découvrir et prendre conscience que la transplantation l'DP Sont devenue possible.

Les médecins Algériens n'étaient pas en reste, ni a l'écart des progrès en cours, en matière de dialyse .c'est a l'hôpital des maladies infectieuses Elkettar d'Alger que des première séances de rein artificiel ont début dès 1974.L'équipe médical Algérienne avait appris la technique de dialyse en France .le rein artificiel venait tout droit des USA, le consommable venait des USA, de France et des pays –Bas .ces faits nous ont été transmis par les collègues présentes. Contrairement aux premières greffe rénale de 1986, les débuts de hémodialyse n'ont pas été médiatisés .l'information s'est vite propage : le rein artificiel et maintenant disponible a Alger. En 1978 deux centre d'HD ont vu le jour l'un a Alger au CHU Mustapha en réanimation polyvalente (premier centre en Algérie) et la second Constantine au CHU Ben Badis .Au fait et a mesure que les premiers néphrologues Algériens formés revenaient, de nouveaux voient le jour. Ainsi de 1978 à 1983, dix autres centres vont naitre tout autour d'Alger, à l'est puis à l'ouest.

En Algérie 1.5million atteint des maladies rénales chronique qui y est une affection fréquente.

Selon Nisan Hammadi chaque année entre 800 et 1000 patients débutant un traitement de suppléance. En 2015 le nombre total des patients est de 1351 depuis 1987.En 2016 ,2000 personnes ont été traitées pas extra-rénale et la greffe rénal dont 91.8/ par dialyse et 2.5 / par dialyse péritonéal et 5.6/ par transplantation rénal.

Selon H. Hanafi dans son article en Algérie ont été plus de 135000 cas de patients en l'insuffisance rénal chronique traite pas hémodialyse chronique et 400 patients traites par dialyse péritonéale chronique chaque année ou enregistre entre 1500 et 300 nouveaux cas.

Hypertension (HTA) est constamment associes a IRC sa prévalence 80 / a 90. / Selon le type de la maladie rénal et le degré de l'insuffisance rénale.

Dans l'étude d'A. Georgi la néphrologie diabétique est la cause d'IRC dans 59. /' de cas .Dans le journal de soir d'Algérie en 2018 environ 25000 maladies souffrant d'IRC 300 greffes.

**Tableau N°1 :** Les statistiques au niveau de l'hôpital de Bejaia (2018/2019)

Sexe	Nombre des maladies Programmées dialyse en 2018	Nombre des malades dialysés en cadre d'urgence en 2018	Malades programmés dialysée actuellement
Femme	31	216	26
Homme	40	28 1	40
Enfants	02	01	02
Totale	73	498	68

### Conclusion

Dans ce chapitre nous avons étudié les caractéristiques du rein, qui est un organe situé à la partie inférieure du dos au niveau des vertèbres lombaires et joue un rôle essentiel dans l'homéostasie du corps humain .L'être humain est exposé à des maladies telles que l'insuffisance rénale qui est une maladie chronique et très sensible et silencieuse, elle peut être le révélateur ou la cause de souffrance psychique et des difficultés sociales chez les patients et leurs entourage. Cependant, l'évolution de la médecine grâce au progrès scientifique, la dialyse permet la survie de ce malade, par contre la greffe est une renaissance d'où le malade reprend une vie quasi normale.

## **Chapitre II**

# **Le vécu psychologique chez les l'insuffisantes rénales chroniques**

**Introduction**

L'insuffisance rénale chronique désigne la diminution progressive, prolongée, et irréversible des fonctions des reins. En cas d'IRC majeure, la fonction rénale peut être suppléante par dialyse ou greffe des reins. L'annonce de cette maladie comporte en elle-même une part d'un important traumatisme psychologique pour le patient, elle est délicate et parfois angoissante, et cause de réactions imprévisibles.

La dialyse maintient le patient en vie mais elle génère des contraintes telles que les bouleversements temporels qui affectent quelque fois gravement à la vie quotidienne. En effet, le traitement prend énormément de temps nécessitant de réorganiser la vie du patient en fonction de la dialyse et des soins suivis. Il existe souvent des répercussions au niveau des relations affectives, des perturbations entrant des modifications de l'image de corps, une angoisse ressentie comme émotion pénible, désagréable et une baisse de libido qui entrave la vie sexuelle.

Ainsi, les patients doivent respecter les recommandations (alimentaire, médicamenteuse, d'hygiène), et suivre une thérapie psychologique pour une acceptation de la maladie et du traitement.

**I-L'annonce de la maladie**

Les chercheurs ont constaté que l'annonce de la maladie de « l'insuffisance rénale » est un choc traumatique pour les patients et leur entourage surtout lorsqu'ils apprennent que la dialyse est inévitable. Pour cela le déni de ce qui arrive et la colère sont des réactions et des sentiments normaux et fréquents où la vie des patients va être chamboulée. Chaque malade réagit différemment à cette maladie chronique, aussi singulièrement, il s'inquiète, s'effondre, s'isole et sa vie personnelle et professionnelle se dégradent.

En effet, l'état psychologique du patient passe par plusieurs phases citées par R.Kubler comme suit :

- **Phase de refus ou d'isolement**

Cette phase doit être respectée, car elle sert «d'amortisseur» à la perception ou à la connaissance de l'aspect fatale ou gravissime de la maladie. (R.Kubler, 2005, p. 43).

- **Phase de colère (irritation)**

Elle est liée à la question «pourquoi moi?», et peut amener à des projections agressives, et pouvant aussi amener à la rupture du lien médecin-malade.

- **Phase de marchandage**

Il se retrouve avec le soignant, et très souvent avec dieu, mais parfois avec les soignants dans l'espoir de repousser le moment de sa mort.

- **Phase de dépression**

Elle contient deux aspects : la dépression réactionnelle due aux pertes (de sa perception de soi et des autres) et « le chagrin préparatoire » d'acceptation de son destin.

- **Phase d'anxiété**

Elle est omniprésente, un peu comme la névrose d'angoisse sur un fond continu d'incertitude. Ce qui provoque des accès dus aux incidents intercurrents, ou par la crainte de ceux-ci (post-traumatique stress désordre du DSM III-R). Parfois, l'anxiété traduit un épisode somatique, hypertension, infections, troubles hydro électrolytique...

- **Phase d'acceptation**

C'est la phase pendant laquelle la personne est vide de sentiment.

- **Phase d'espoir**

L'espoir se présente dans toutes les phases de la maladie et demeure jusqu'au dernier instants.

L'annonce de la maladie, et le passage à la dialyse sont des moments clés qui se déroulent dans une relation humaine où le patient a toujours espéré pouvoir repousser cette échéance.

Dans cette période le patient doit réinventer une manière de vivre, d'une part construire ses propres normes tout en restant ouvert à la relation de soin auquel le sujet fait face. D'autre part surmonter ses propres barrières, la barrière de refus et de l'ignorance de la maladie ; prendre en considération les exigences pratiques, la relation thérapeutique et enfin le dialogue avec les acteurs médicaux. (R.Kubler, 2005, p. 43).

## **II- Les bouleversements face à la maladie**

### **1- Le Bouleversement de la dimension temporelle**

Le traitement par dialyse vient aussi bouleverser la dimension temporelle, la maladie impose un rythme de dialyse régulier fixe. En hémodialyse trois séances par semaine plus le temps de transport. À cela s'ajoute la condition d'un branchement dans de bonnes conditions, la fatigue présente, les examens complémentaires, etc. Le temps passé en dialyse est considéré comme «une perte de temps». La contrainte est sensible et la répétition bloque le désir. Ce temps ne peut être réinvesti librement et les possibilités de satisfaction sont difficiles. Cette nécessité de soins répétitifs s'oppose à un fonctionnement normal de la mémoire qui se souvenant d'une situation ne la répétera pas, à priori, par la même attitude. Ceci rend difficile l'expression d'une recherche d'apprentissage et d'une évolution dans le comportement. La notion du temps sera également modifiée par l'aspect chronique de la maladie. Au fur et à mesure de la prise en charge, le patient prend conscience que ce traitement est à vie, mettant un terme à ce qui fut « l'avant dialyse ». Le malade peut être alors envahi par le sentiment qu'il n'a pas assez profité de sa vie et en réaction il se lance dans « une course contre la montre ». (M .Olmer, 2007, p. 59).

### **2-Le régime et les contraintes alimentaires**

Les contraintes alimentaires sont aussi importantes que les contraintes en termes de temps que nous venons d'évoquer. Les restrictions sur les prises de nourriture et d'eau sont difficiles, surtout chez les personnes âgées. Car manger et boire représentent des sources de plaisir immédiat : c'est le principe de plaisir versus le principe de réalité. Les personnes dialysées ont peu de sources de plaisir immédiat car les séances de dialyse tous les deux jours les rappellent sans cesse à la réalité, c'est-à-dire le potentiel mortel que représente leur maladie s'ils ne se rendent pas en dialyse.

Les transgressions alimentaires, hydriques et l'insuffisance de compliance au traitement médicamenteux sont des façons de (re)trouver une certaine autonomie, une certaine identité et de récupérer un pouvoir sur les choses. (G. Lefebvre, 2005, P.2).

Le seul désir du patient est d'être dans la vie active et vivre « comme tout le monde », « être normal », comme les gens « bien portants », qui n'ont pas à subir les contraintes de la dialyse. On retrouve surtout ce discours chez les jeunes dialysés, et c'est probablement ce dont ils souffrent le plus, le sentiment d'être différents des jeunes de leur âge.

### **3- Problématique du corps**

- **Le corps morcelé**

En hémodialyse, voir son sang à l'extérieur du corps ainsi que la machine, considérée comme le « bon rein », pose le problème de l'intégrité corporelle, de la nouvelle dimension morcelée du corps ; c'est à dire qu'il y a un renversement du dehors et du dedans : le rein artificiel est hors du corps. Le « mauvais rein » ou « rein mort » est à l'intérieur. Cette vision, au début est souvent traumatisante et occasionne une modification du vécu corporel. L'introduction du cathéter dans la peau est vécue comme une répétition du « trou » occasionné par le rein défaillant. Il en va de même pour le péritoine percé qui soulève des inquiétudes au sujet de l'intégrité du corps.

- **Fantasmes d'effraction**

En outre, la fistule ou le cathéter de dialyse péritonéale peut constituer des fantasmes d'effraction. Certains patients évoquent le souffle de la fistule qui est une « porte ouverte » sur l'intérieur du corps.

- **Corps déformé, mutilé**

La honte est, par ailleurs, très souvent présente : bras déformé, parfois de manière très impressionnante, par la fistule, marques de piqûres qui peuvent évoquer « le drogué » etc.

Le cathéter de dialyse péritonéale peut être vécu comme une véritable mutilation, certaines femmes craignant de provoquer un dégoût chez leur conjoint. En outre, il est source de possibles infections. Il est vécu par les patients comme un objet étranger à eux-mêmes, objet fragile, précieux, qui a besoin de protection, qu'on n'ose pas toucher par crainte de l'abîmer.

Le patient dialysé (HD ou DP) a un profond désir d'apparaître comme tout le monde. De ce fait, la préoccupation de l'apparence peut viser à maintenir l'intégrité de soi, c'est un moyen de lutter contre les modifications de l'image du corps liées à la maladie. (S.Tribolet, M. Shahidi, 2005. p.373).

## **II-Les répercussions psychologiques**

### **1 - Double dilemme : peur de mourir et peur de vivre**

Les insuffisances rénales chroniques parvenues au stade terminal, ayant actuellement la double possibilité de survivre, soit par l'épuration extra rénale soit par la transplantation d'organe, posent de façon prégnante ce que BEARD définit comme un dilemme «la peur de mourir et la peur de vivre».

Si le malade refuse l'hémodialyse, l'évolution naturelle de sa maladie le mènera à la mort. La machine le sauve d'une mort imminente. Mais très vite, il se rend compte que la vie permise par la machine sera difficile et totalement différente de celle qu'il a pu mener jusqu'à présent. Les malades expriment la crainte, même s'ils vivent cette vie leur semble inacceptable. De plus qu'ils appréhendent la survenue d'un accident au cours d'une séance d'hémodialyse. (H.Harouna, 2007, p.27)

### **2- Les troubles psychiques d'une insuffisance rénale chronique**

#### **2-1-La dépression**

Inhérente aux phases de l'acceptation de la maladie rénale et de la dialyse, la dépression peut se prolonger et devenir pathologique. Elle est alors très souvent favorisée par d'autres problèmes médicaux, familiaux et financiers. (L.Radermacher, 2004, P. 113)

#### **2-2-Les symptômes dépressifs**

L'évolution de la maladie est évidente et il est difficile de fuir la réalité. La dépression devient une réaction normale, diffuse et non nécessairement liée à un événement particulier. Elle sert d'instrument pour faciliter le passage à l'acceptation.

La dépression se manifeste par une perturbation négative de l'humeur, humeur dépressive ou tristesse pathologique, qui, par son intensité et par sa durée, va retentir sur la vie affective, sur la vie intellectuelle et sur la vie somatique du sujet.

Les personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique sont plus susceptibles de souffrir de dépression que le reste de la population, et cette incidence à plusieurs raisons. Parfois le choc du diagnostic et la découverte de la maladie, la sensation d'être toujours fatigué, de ne jamais se sentir bien ou, l'isolement qui permettent à la dépression de s'installer.

L'insuffisance rénale chronique peut affecter la capacité de travailler, de prendre soins de sa famille et de participer aux activités sociales et aux loisirs. Le stress généré par n'importe laquelle de ces situations peut déclencher la dépression chez les personnes ayant une prédisposition, soit par l'hérédité ou par d'autres facteurs.

Certains des symptômes de l'insuffisance rénale chronique, comme les douleurs, la fatigue, troubles du sommeil, favorisent souvent de la dépression et rendent plus difficile à diagnostiquer pour le médecin ou le psychologue. Parmi les autres symptômes de la dépression qu'il nous faut détecter chez une personne atteinte de l'insuffisance rénale chronique, la perte de l'appétit, la diminution de la libido, le sentiment négatif ou pessimiste, un faible estime de soi, la difficulté de concentration, la perte d'intérêt pour des activités qui pourtant nous plaisaient bien, et des pensées suicidaires.

Pour quelqu'un atteint d'une insuffisance rénale chronique ou de maladie chronique, la dépression peut exacerber la douleur. La combinaison de ses deux maladies augmente le niveau de l'incapacité de la vie. Par conséquent, il est important de traiter les deux affections l'insuffisance rénale chronique (IRC) et la dépression lors du diagnostic. L'IRC peut augmenter les risques de souffrir de dépression, la dépression peut empirer les symptômes de l'IRC, entraînant une incapacité et une activité plus importante de la maladie qui à leur tour peuvent mener à la dépression.

Une dépression non traitée peut porter à négliger les soins, à démotiver à respecter le plan de traitement, à s'isoler plus facilement des amis et de la famille et à éviter les activités que pourtant on aimait. Pour toutes ces raisons la dépression peut affecter défavorablement sur le traitement de l'insuffisance rénale chronique. (A. Lacroix, 2003, P.35).

### 2-3-L'anxiété

« État émotionnel désagréable ou une condition de l'organisme humain qui inclut des composantes vécues physiologiques et comportementales ». (C-D .Spielberger. 1993, P. 7).

Parmi les complications psychologiques qui peuvent apparaître pendant une maladie chronique on peut citer l'anxiété ; qui est le symptôme le plus observé pendant l'insuffisance rénale chronique (IRC). Ce facteur psychologique est susceptible d'être étroitement associé à l'activité de la maladie et considéré comme un facteur psychologique capable d'affecter le système immunitaire, endocrinien et le système nerveux central (SNC).

On peut ainsi imaginer que certains facteurs psychologiques participent à l'augmentation de l'activité de la maladie sera elle-même susceptible de générer ou de majorer les facteurs psychologiques comme l'anxiété.

Solon R, Ladouceur en 1999 ,« L'anxiété est le plus répandu des problèmes psychologiques chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique, puisqu'elle tient lieu de signal d'alarme devant l'existence d'une maladie chronique, d'un danger de l'incapacité et traitement lourd .Pour cette raison apparente, l'anxiété persiste chez ces sujets et entravent leur fonctionnement. C'est surtout dans ces situations que les individus qui en souffrent sont amené à consulter des médecins ou d'autres professionnels et souvent viennent suivre une psychothérapie. »

### 3- Le dysfonctionnement sexuel

La femme présente souvent des perturbations du cycle menstruel et une infertilité (cycles sans ovulation). L'aménorrhée (3 à 7 mois d'absence de cycle menstruel) est habituelle au stade de la dialyse. Ces anomalies découlent d'une production inadéquate des hormones sécrétées par la glande hypophyse, la libido est aussi diminuée, voire absente, en raison de causes diverses incluant les troubles psychologiques. De plus le moment de la ménopause apparaît plus précocement au cours de l'insuffisance rénale chronique.

### 4-L'estime de soi

L'estime de soi est le produit du jugement que nous portant sur nous-mêmes et suppose l'existence d'un concept de soi : une idée de qui je suis et d'un idéal de moi : une représentation de qui je veux être. De ce fait l'estime de soi est parfois altérée, avec des idées

totale­ment irrationnelles comme la sensation de « corps pourri », « d'accumulation de déchets ». Le partenaire hémodialysé peut être confronté à une baisse de son estime de soi, quelqu'un qui a le sentiment d'être bon à rien, ce dernier provoque en lui un déséquilibre et une angoisse le résultat en une sensation de manque, face au sentiment d'être dépassé devant des situations. (www://nephrologie.fr).

### **III- La prise en charge**

#### **1-Les relations avec l'équipe soignante**

Les soignants vont prendre une place plus importante dans la vie du patient, et par conséquent dans celle de votre famille. Cela peut parfois être perçu comme envahissant ou au contraire comme sécurisant. Une connivence, voire une relation d'amitié entre les malades et les soignants pourra voir le jour (La Fnair.1972, p. 25)

#### **2-La prise en charge thérapeutique**

##### **2-1-La thérapie cognitivo-comportementale pour la prise en charge de la douleur**

La thérapie cognitivo-comportementale présente actuellement le traitement psychologique le plus utilisé contre la douleur d'une insuffisance rénale chronique terminale. Elle implique plusieurs étapes :

La première est l'éducation à propos de cette douleur. La douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle complexe, influencée par les pensées, les sentiments et comportements du patient. En discutant du sujet, les patients comprennent quel point leurs propres réactions face à la douleur influencent leur perception de celle –ci et ils commencent à reconnaître le rôle joué par leurs propres efforts d'adaptations dans le contrôle de la douleur. La deuxième étape est la formation ayant pour objet une ou plusieurs techniques d'adaptation visant la prise en charge de la douleur (par ex., relaxation ou résolution des problèmes). (E.Boccard, V.Deymier, 2006, p.88-89)

Pour chaque technique, un thérapeute livre les fondements et instructions de base, puis procède à une mise en pratique guidée avec rétroaction.

La troisième étape est la mise en pratique à la maison des notions apprises. Les patients sont à priori encouragés à s'exercer pendant les moments moins éprouvants (par ex., s'installer dans un fauteuil inclinable dans une pièce tranquille) et mettre en pratique leurs aptitudes lors des tâches plus éprouvantes (ex., maîtriser la douleur durant une promenade).

L'étape finale de la formation implique une aide aux patients afin qu'ils développent un programme destiné à préserver leurs capacités une fois la formation terminée et à surmonter les échecs et les rechutes dans leurs efforts d'adaptation. C'est un examen systématique récent d'études visant à mettre à l'essai l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale contre la douleur provoquée par une insuffisance rénale.

L'insuffisance rénale chronique terminale a démontré que, dans l'ensemble, ce traitement réduit la douleur de façon significative. Les études passées en revue ont testé toute une gamme de type de thérapies cognitivo – comportementales, qui sont :

- La TCC par hypnose et représentation mentale ;
- L'éducation sur la douleur et brève thérapies cognitivo- comportementale ;
- Une thérapie cognitivo-comportementale complète citée si dessous :

### **2-3-Thérapie cognitivo- comportementale complète**

Les interventions prenant la forme d'une thérapie cognitivo- comportementale complète font ressortir l'importance de l'apprentissage d'un certain nombre de technique d'adaptation visant à faire face à la douleur (par ex., relaxation, régulation des activités, représentation mentale, résolution des problèmes, répétition de phases apaisantes et aptitudes à communiquer). Les patients apprennent et maîtrisent systématiquement chaque technique de façon à disposer d'une panoplie de techniques d'adaptation sur lesquelles s'appuyer pour contrôler la douleur.

Les patients sont encouragés à agencer ces techniques de manière créative pour affronter les défis quotidiens (par ex., faire face aux accès de douleur inattendue). (E.Boccard, V.Deymier, 2006, p.88-89)

### **3-Le rôle de la famille et le soutien de l'entourage**

Une bonne partie des difficultés rencontrées par les patients dialysés s'avère être liée à des problèmes d'emploi où une absence d'aide à une maladie chronique dont ils sont atteints. Être seule à porter le poids lourd, partager ce fardeau avec la famille, d'autres personnes ayant les mêmes problèmes, peut-être d'une aide considérable. La prise en charge familiale est essentielle dans l'IRC. Elle touche le malade au quotidien.

Le conjoint, les descendants, les ascendants ou les voisins interviennent au niveau financier, psychologique, moral, physique affectif et spirituel. Mais il y a aussi des proches,

d'autres associations, des anonymes et des membres de la communauté sans lien de parenté qui participent par des dons financiers et en nature pour la prise en charge des hémodialysés.

Leur présence est quasi quotidienne, sans rémunération, ni formation, leur apport est non négligeable. Ceci corrobore avec le modèle des soins novateurs pour les affections de l'OMS qui précise que la communauté est un acteur important dans la trajectoire des soins du malade chronique. Aussi les proches doivent accompagner les malades à travers les différentes étapes de sa maladie. Ils sont donc appelés à vivre de grands stress, de fatigue ainsi que les problèmes financiers et médicaux. (J.Herrin, 2003, p.80-81).

### **Synthèse**

Le vécu psychologique chez les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique est très dur à surmonter. Il est difficile d'accepter et de s'adapter au premier moment de découverte de leur maladie. Ils reçoivent cet événement comme un choc, ils sont confrontés directement à leur propre mort, cela les met généralement dans un état dépressif.

En effet, Les patients atteints par cette maladie sont dépendant à la machine, il en est même pour le suivi de régime et les contraintes alimentaires, tous ses éléments affectent leur autonomie, et développe leur souffrance, ajoute à cela le dysfonctionnement sexuel chez eux et l'impact sur la relation intime .Toutes ces conditions de vie exigent une prise en charge psychologique et médicamenteuse, un soutien de l'équipe soignante , le soutien familial et des proches.

## **Chapitre III**

### **La sexualité féminine et la psychanalyse**

## **Introduction**

Dans ce chapitre nous allons d'abord, définir et expliquer les concepts de base de la sexualité féminine d'un point de vue psychanalytique, tout en respectant les stades du développement préœdipien et œdipien de la fille, et le dysfonctionnement des pulsions partielles, les effets du complexe de castrations féminines. Puis nous aborderons la perte de libido chez les femmes hémodialysées, ses causes, et son traitement.

### **I-Sexualité**

Le sexe est le premier déterminant de la vie, avant toute chose, nous sommes biologiquement mâle ou femelle. La sexualité est nécessaire à la pérennisation des espèces vivantes, animales comme végétales, à travers les mécanismes de la reproduction sexuée.

Pour l'humain, le sens du mot sexualité a évolué depuis son apparition au XIX<sup>ème</sup> siècle vers sa définition moderne. Selon le Littré, elle est « ce qui forme le sexe, la qualité, la manière d'être ce qui est sexuel. Biologiquement, la sexualité est l'union par le contact et la pénétration des parties sexuelles de l'homme et de la femme, ainsi que les états d'approche, de désir et de plaisir partiel et que les états subséquents de la satisfaction ou de l'insatisfaction, de gestation et de procréation». (F. Julien, 2008, p.8.)

- **Selon l'OMS Europe**

La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est une étape de bien-être physique émotionnel mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnement ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits de tous les individus doivent être respectés et protégés. (V. Benoit, 2017, P.7)

### **1-Définition de la sexualité féminine**

La sexualité féminine est une thématique de la sexualité humaine qui étudie la sexualité des femmes, dans une distinction classique de sexe et de genre, qui distingue une sexualité proprement féminine. L'étude de la sexualité féminine regroupe de nombreux domaines, aspects physiologiques, psychologiques, sociaux, culturels, politiques et religieux.

Selon Munier, la sexualité féminine est une sexualité légère, joyeuse, sensuelle, ludique, folle, sauvage créative, douce, lente, profonde, subtile, relationnelle, amoureuse, extatique, multi-orgasmique, secrète, discrète, mystérieuse, inattendue, imprévisible, puissante, émouvante. (C.Munier, 2015, P.15).

## **2-Le désir sexuel**

Le désir sexuel correspond à l'envie à tous les degrés, d'obtenir, de posséder un autre être. Il peut aller du plus simple automatisme inconscient jusqu'à l'intégration la plus consciente. Il s'exprime normalement entre deux êtres de sexe différent, mais il peut se manifester entre deux êtres du même sexe. Le désir sexuel dans certains cas et chez certains individus peut être consciemment ou inconsciemment refoulé et peut prendre une forme symbolique. Il naît avec chacun de nous et subit, tout au long de notre évolution (enfance, adolescence, âge adulte) de multiples transformations et vicissitudes. Il ne s'affirme vraiment dans son véritable objectif qu'après la puberté.

Il est variable dans son intensité suivant les individus et l'objet désiré. Il est bien souvent limité dans ses modes d'expression par la morale, la société, les lois. Il est l'un des grands moteurs de l'acte sexuel et doit être constamment entretenu pour survivre. Dans certains cas où il n'est pas satisfait, à l'objet désiré peut se substituer l'image ou la représentation plus ou moins déformée de la réalité pouvant aller jusqu'au fantasme. (P.Vellay,1965 .p .42) .

## **3-La libido**

La libido est en perpétuel devenir chez l'homme comme chez la femme au cours de leur développement. Elle est exprimée de façon populaire par la notion de « tempérament » qui indique sa force de pulsion variable qualitativement et quantitativement. Nous pouvons dire que la libido correspond à la recherche quasi constante du plaisir à tous les âges de la vie. Elle est variable en qualité et en intensité suivant chaque individu.

Le rapport sexuel s'accomplit chaque fois que deux êtres attirés physiquement l'un vers l'autre, se trouvent en présence et parcourent ensemble tout le cycle de la réponse sexuelle.

#### **4-Les phases biologiques de l'acte sexuel**

##### **1-Phase d'excitation**

Indispensable, sa durée et son intensité sont variables suivant les sujets. Elle est marquée par une hypertonie de la musculature involontaire, accompagnée de contractions musculaires volontaires des deux partenaires. Elle répond, d'une façon générale, à un phénomène congestif intéressant l'organisme dans sa totalité. L'érection de la verge et des mamelons, la lubrification vaginale, la tumescence des petites lèvres, des aréoles et du gland clitoridien, la coloration de certaines zones muqueuses et cutanées n'en sont que les manifestations les plus spectaculaires. Les stimulations responsables de l'excitation peuvent indifféremment être d'ordre psychologique ou sensoriel.

Les prémices, ou « mise en condition » peuvent coïncider avec la phase d'excitation où la débordent largement. Ils représentent l'utilisation de tous les moyens sensitifs ou sensoriels qui permettent à chacun des partenaires de faire naître puis d'accroître une tension maximum chez l'autre.

Les prémices peuvent être variables et variés pour réaliser les conditions optimales à la réussite de l'acte lui-même. Leur chronologie est indispensable de même que leur progression dans l'intensité pour une réalisation parfaite de l'acte sexuel. Même si leur durée supprimée sans porter atteinte à l'acte sexuel lui-même. C'est une des notions les moins connues et les moins mises en pratique par les jeunes. C'est dans ce domaine que l'imagination peut être la plus féconde. Elle ne devrait pas être unilatérale mais bilatérale.

Les prémices, partie intégrante de l'acte sexuel, cesseront au moment où la tension, atteignant son maximum d'intensité, deviendrait insupportable et risquerait de compromettre l'orgasme des deux partenaires.

Les modalités en sont à découvrir par chacun des partenaires et leur gamme sera utilisée selon les affinités de chacun. Le respect de ces quelques principes pourrait être le moyen le plus sûr d'éviter la routine et la monotonie qui sont des éléments détériorant. (P.Vellay, 1965.p.43-48).

##### **2-Les zones érogènes**

Les zones érogènes de la femme sont plus importantes et plus nombreuses que chez l'homme. Le clitoris, les petites lèvres, la partie intérieure des cuisses, le creux poplité

(derrière le genou), la région lombaire, les seins, les aisselles, la nuque, les oreilles, les yeux, la bouche, la langue, les mains, certaines vertèbres, la paroi abdominale, la peau elle-même. Ces zones érogènes répondent à des excitants variables : effleurements, caresses, pressions, égratignures, etc.

Toutes ces recherches et manœuvres mettent en tension chez la femme son système parasympathique particulièrement excitable.

### **3-Phase de plateau**

Elle est caractérisée par une augmentation des manifestations précédentes toujours entretenues par des stimulations de tous ordres, y compris la copulation. Les téguments (la peau) se colorent, de nombreux muscles se contractent (face, abdomen), la respiration et le pouls s'accélèrent. La femme peut ressentir des modifications au niveau de l'utérus (contractions) et une élévation de ce dernier entraînant le col. Parfois même, elle peut déjà atteindre l'orgasme.

### **4-L'orgasme**

L'orgasme est une réponse qui met en jeu l'organisme dans sa totalité. Il est en fait différent chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme il correspond au moment précis de l'éjaculation par saccades du liquide spermatique alors que chez la femme il n'y a aucun phénomène semblable. Par contre il se retrouve dans les manifestations : sensations voluptueuses, abandon total, réactions spasmodiques incontrôlées. Les deux partenaires peuvent atteindre cette réaction simultanément, ou pour la femme avec un certain décalage. Tout fois, pour un couple parvenu à une entente physique parfaite, l'un des partenaires peut retarder sa propre réaction pour la faire coïncider avec celle de l'autre. Ceci nécessite une très grande maîtrise de soi et une bonne connaissance réciproque. L'orgasme peut varier en intensité, dans le temps et suivant les conditions dans lesquelles il se produit. Les réactions multiples et les sensations sont en rapport direct avec son intensité physiologique. (P.Vellay, 1965.p.43-48).

### **4-Phase résolutive**

La détente générale du corps fait suite à cette tension exceptionnelle, le calme revient en même temps que la lucidité et le contrôle. Une euphorie accompagnée d'une impression de bien-être envahit le couple satisfait. Une somnolence peut même se faire sentir chez

l'homme plus souvent que chez la femme. Cette période est en quelque sorte une période de récupération. Le pouls et la respiration reprennent leur rythme normal et la peau sa coloration habituelle. Il y a une différence qui mérite d'être soulignée entre l'homme et la femme.

L'acte ne peut se reproduire avant un temps plus ou moins long. Chez la femme par contre, la détumescence est plus progressive et l'orgasme peut se reproduire plusieurs fois avec des intensités différentes.

Il nous paraît utile de préciser que ces quatre phases que nous venons de schématiser sont plus ou moins imbriquées. Elles peuvent se produire à un rythme plus ou moins rapide suivant les sujets et leur état de tension. La femme peut atteindre l'orgasme et même le renouveler à des degrés divers avant même la pénétration. (P.Vellay, 1965.p.43-48) .

## **II- Le dysfonctionnement sexuelle chez les femmes hémodialysées et la psychanalyse**

On pourrait commencer par tracer la ligne de force (on peut également parler de certitude) qui traverse le freudisme du début à la fin : il s'agit de la sexualité. En effet, citons Freud de 1895 dans l'esquisse : « il existe dit-il un caractère de la représentation sexuelle qui explique que seules les représentations sexuelles soient soumises au refoulement ». Ce primat de la sexualité, plus de 40 ans plus tard, en 1938 on le retrouve quand Freud signale par exemple que « le point faible de l'organisation du moi gît dans son comportement à l'égard de la fonction sexuelle ». Comme le note Gérard Pommier, même si ce sont les femmes qui ont guidé ces premières recherches (la théorie freudienne est élaborée à partir d'analyse de femmes, en l'occurrence les hystériques), le propre du féminin, sa sexualité semble déroger aux généralisations que Freud élabore pendant les premières décennies de son œuvre. On peut ajouter que dans les textes de la dernière partie de sa vie que nous étudions aujourd'hui, il existe différents destins quant au « devenir femme » que l'on ne rencontre pas quand il s'agit du sujet masculin. Il y a donc une exception féminine, ces textes de 1931 et 1932 qu'il a été pour Freud difficile de dissocier reconnaissent un destin féminin supplémentaire et contingent au destin masculin. Ce sont des articles plutôt brefs qui marquent un temps du développement sexuel et qui n'ont pas une visée générale.

La référence « généraliste » se trouve dans les Trois essais sur la théorie de la sexualité parue en 1905 qui constitue la trame temporelle du développement sexuel (permettant de

repérer les effets d'anticipations et de retard par rapport à ce développement et le mécanisme après coup du refoulement.)(B.Chivet, 1931.p .1)

### **1- Organisation libidinale des stades pré-œdipiens**

Les individus des deux sexes semblent traverser de la même manière les premiers stades de la libido contre toute attente. La petite fille au stade sadique-anal, ne témoigne pas de moins d'agressivité dans les débuts de la phase phallique, Les similitudes sont infiniment plus marquées que les divergences.

Nous devons admettre que la petite fille est alors un petit homme parvenu à ce stade on le sait ; le garçonnet apprend à se procurer grâce à son petit pénis de voluptueuses sensations de cette excitation est en rapport avec certaines représentations de rapports sexuels. La petite fille se sert dans le même but de se clitoris plus petit encours, il semble que chez elle tous les actes masturbatoire intéressent cet équivalent de pénis et que pour les deux sexes, le vagin spécifiquement féminin, ne soit pas encore découvert.

Pour Freud les premières phases du développement sexuel se déroulent de façon identique chez les garçons et la fille, ce qui se justifier par le fait que les zones érogènes sont les même et jouent un rôle semblable : sources d'excitation et de satisfaction des pulsions dites partielles. Ces zones érogènes sont la bouche et l'anous, mais encours les organes génitaux qui s'ils n'ont pas encore subordonné toutes les pulsions partielles à la fonction reproductrice interviennent eux-mêmes à titre de zone érogène notamment dans la masturbation. (L.Irigray, 1974, p.51)

### **2- Pathologie des pulsions partielles**

L'analyse des pulsions partielles s'élabore pour Freud à partir des désirs de transgressions anatomiques dont il constate le refoulement traumatique dans la névrose et la réalisation dans leur cas de perversion. Les muqueuses orales et anales sont alors surinvesties. Si Freud infère la sexualité infantile des névroses et des pervers à partir de leur symptomatologie, il nous signifie en même temps que ces symptômes sont l'effet soit d'une disposition congénitale (on retrouve là l'ancrage anatomique de sa théorie). Soit d'un arrêt dans l'évaluation sexuelle donc la sexualité de la femme pourra être perturbée soit par erreur anatomique : ( des ovaires hermaphrodites, déterminant une homosexualité par exemple ), soit par suspens à un temps de son devenir femme : ainsi la prévalence des muqueuses orales que

l'on retrouve aussi dans l'homosexualité quant aux pulsions scopophiliques et sado - masochistes, elles paraissent si prégnantes que Freud ne les exclura pas de l'économie génitale qu'il reprendra en les différenciant sexuellement rappelons l'opposition voir / être vue , faire souffrir / souffrir . Ce que ne veut pas dire qu'un rapport sexuel qui s'y résoudrait ne serait pas. À ses yeux pathologiques.

La pathologie sexuelle féminine aurait donc à s'interpréter en termes préœdipiens comme fixation à l'investissement de la muqueuse orale. Mais encore à l'exhibitionnisme et au masochisme bien sur d'autres événements pourront déterminer une régression qualifiée de morbide aux stades prégénitaux selon des modalités diverses pour les envisager, il faut reprendre l'histoire du devenir une femme normale selon Freud et de façon plus spécifique le rapport de la fillette au complexe de castration. (L.Irigray, 1974, p.52)

### **3-Les observations Freudiennes sur les développements sexuels de la fille**

Il observe que des femmes très liées à leur père avait auparavant connu dans leur «préhistoire» pourrait on dire un lien aussi intense et passionné avec leur mère. Une deuxième observation que fait Freud et qui touche la période préœdipienne de la fille tient à la durée de cet attachement, quatre, voire cinq ans pour certaines. L'interrogation freudienne porte sur la période préœdipienne de la petite fille. Il établit des liens entre cette phase et l'étiologie de l'hystérie et aussi une paranoïa adulte qui prendrait germe à cette période. Freud s'appuie également sur des analystes femmes comme Jeanne Lampl De Groot, Hélène Deutsch, Ruth Mac Brunswick. Un autre fait clinique questionne Freud : il établit une corrélation chez certains de ces patients entre un lien fort au père chez la femme et la nature du lien, également fort de la petite fille au stade préœdipien avec sa mère. Ces faits, Freud pense les relier au développement sexuel féminin. Il élabore alors sa théorie.

D'abord, il affirme une bisexualité constitutive des êtres humains, une bisexualité plus prononcée chez la femme : l'homme n'a qu'une seule zone génitale prédominante, un organe sexuel, tandis que la femme en possède deux ; le vagin qui est proprement féminin et le clitoris analogue au membre viril de l'homme.

Le développement sexuel féminin démarre avec le clitoris, cette première phase pour Freud est essentiellement masculine. La seconde, féminine met en œuvre le vagin et ne commencerait à produire de sensations qu'à la puberté. Il y a donc dans le développement

sexuel de la fille un passage d'une zone érogène à une autre, sans pour autant que la seconde ne vienne éteindre la première. Il y a un changement de sexe, il y a une bisexualité. Les hypothèses freudiennes ont été confirmées par l'embryogenèse (homme et femme ont un petit pénis qui subit une régression chez la femme). Quoiqu'il en soit, à partir de ces constats, un certain nombre de psychanalystes post-freudiens interrogeront la jouissance de la femme. Le mythe de Tirésias cultivant l'idée que la jouissance de la femme est infiniment supérieure à celle de l'homme. Le mythe de Tirésias : métamorphosé en femme durant sept années. Tirésias peut comparer la jouissance féminine à celle de l'homme. Cette expérience lui procure un savoir plus grand que celui des dieux. Consulté par Zeus et Héra, il révélera que : « la femme trouve en amour un plaisir dix fois plus grand que celui de l'homme ». Sa réponse lui vaudra d'être frappé de cécité par Héra, furieuse de voir révélé le secret de son sexe. Il est par contre, gratifié du don de prophétie par Zeus. Plus tard, devin à Thèbes et connaissant le secret de la jouissance féminine, il pourra prédire le sort qui est réservé à Œdipe. (B.chivet, 1931.p.2).

#### **4-La période précœdipienne de la fille**

Décrite par Freud dans ces deux textes, quelques développements de la part des psychanalystes. D'abord Lacan dans son séminaire «La Relation d'objet» de : «cette mère inassouvie, insatisfaite, autour de laquelle se construit toute la montée de l'enfant dans le chemin du narcissisme, c'est quelqu'un de réel, elle est là, et comme tous les êtres inassouvis, elle cherche ce qu'elle va dévorer, quaerens quem decorde. Ce que l'enfant lui-même a trouvé autrefois pour écraser son inassouvissement symbolique. Il le retrouve possiblement devant lui comme une gueule ouverte voilà le grand danger que nous révèle le fantasme d'être dévoré» Ensuite Geneviève Morel dans son ouvrage la loi de la mère : «avant la dure loi du père», l'enfant a vécu dans un monde dont il a une nostalgie lancinante : celui de «ancienne loi» qui est comparée à celui de «l'humanité jusque là écrasée, le règne de la mère». La loi de la mère est faite de mots noués au plaisir et à la souffrance, bref à la jouissance maternelle qui sont transmises à l'enfant dès son plus jeune âge et s'impriment à jamais dans son inconscient modelant fantasmes et symptômes.». La loi de la mère comme la langue maternelle (la langue pour Lacan) est constitué d'équivoques qui font le lit d'une certaine ambiguïté sexuelle. Lacan a terminé par un passage de La bâtarde de Violette Leduc tiré de l'ouvrage de G Morel et d'une situation clinique liée à son expérience :

1/ V Leduc parle de sa relation ravageant à sa mère : «elle m'offrait chaque matin un terrible cadeau : celui de la méfiance et de la suspicion. Tous les hommes étaient des salauds, tous les hommes étaient des sans-cœur. Elle me fixait avec tant d'intensités pendant sa déclaration que je me demandais si j'étais un homme ou non.». Voilà l'énonciation d'une loi de la mère qui semble sans appel. Prisonnière du discours maternel.

2/ Nommer le sexe de la petite fille : C'est un dialogue que je rapporte dans un groupe de supervision de professionnels de la petite enfance.

D- Je suis très embêtée quand il s'agit de nommer le sexe de la petite fille que j'emmène aux toilettes. A- Pour le garçon, c'est facile, c'est «zizi». D- Chaque famille à son propre nom. A- Essuie ton pipi, je dis ça souvent ou essuie ton petit «zizi», même aux filles je dis cela. D- Je préfère essuyer les garçons puisque la j'ai un nom. A- Pour les filles moi je dis «cacanne» D- Parfois, je dis essuyé- toi sans nommer A- Ma petite cacane, souvent on dit ça au petit, c'est affectueux. B- Ça m'embête. (B, chivet.1931.p.6)

### **5-Les trois voies de développement de la fille**

- Une première direction est de se détourner de la sexualité, effrayée de la comparaison avec le garçon, insatisfaite de son clitoris ; elle renonce à son activité phallique ;
- La seconde consiste à ne pas céder. Maintenir sa position masculine avec l'espoir d'être pourvu un jour d'un pénis. Maintient donc du fantasme d'être un jour un homme. C'est le complexe de masculinité qui veut s'achever par un choix d'objet homosexuel ;
- La troisième voie débouche pour Freud sur l'attitude féminine normale. La fille choisit son père comme objet et trouve ainsi la forme féminine du complexe œdipien.

Ce qu'il faut retenir : c'est à la fois le double changement propre au féminin : du sexe et de l'objet et c'est d'autre part le long processus que constitue le complexe œdipien au féminin et l'influence qu'exerce la castration ni plus ni moins que le point de départ d'un processus qui commence à partir de la perception de la différence anatomique des sexes. (B.chivet, 1931.p.4).

### **6-Les motions passives de la phase phallique**

Freud note particulièrement celle de la fille qui accuse sa mère de séduction parce qu'elle a ressenti ses premières ou en tout cas ses plus fortes sensations génitales lors de la toilette ou des soins corporels entrepris par la mère. Il dit de la mère qu'elle ne peut éviter d'ouvrir la phase phallique de l'enfant (mère initiatrice) bien que les fantasmes qui suivront seront mis sur le compte du père. Ce qu'il faut sans doute retenir dans cette partie c'est qu'au-delà du changement d'objet de la petite fille, il y a aussi chez la petite fille une bascule au profit des motions sexuelles passives (par rapport aux motions actives). Une première explication : les motions actives provoquées par les frustrations mais irréalisables seraient plus facilement abandonnées par la libido. Une deuxième explication : le passage à l'objet père s'accompagne des tendances passives. Les liens précœdipiens étaient accompagnés d'une masturbation clitoridienne témoignage de sa masculinité (phase phallique). Le refoulement éloigne ses tendances sexuelles (tendances sexuelles en général endommagées de façon permanente). La voie est libre dit Freud pour la fille qui s'est en quelque sorte débarrassée des restes du lien précœdipien. (B.chivet, 1931.p.5)

### **7-Les effets du complexe de castration féminine**

Ne sont pas les mêmes selon le sexe, si le garçon à la vue de l'organe sexuel féminin découvre la possibilité de castration mettant fin à son complexe œdipien et amenant la création du surmoi (intérieurisation de l'instance paternelle en surmoi), les effets du complexe de castration sont différents chez la fille. La femme reconnaît le fait de sa castration et avec cela reconnaît aussi la supériorité de l'homme et sa propre infériorité, elle se révolte aussi contre cela. (B.Chivet, 1931.p.3).

### **III- La dysfonction sexuelle**

- **Définition**

Il importe d'abord de distinguer la dysfonction sexuelle des autres problèmes sexuels que nous définirons par la même occasion. En premier lieu, précisons que les dysfonctions sexuelles diffèrent des paraphilies, lesquelles portent sur l'objet plutôt que sur le comportement lui-même.

Au lieu de réagir à un objet sexuel habituel, la personne présentant une paraphilie est attirée par des objets inhabituels comme les enfants (pédophilie), les vêtements (fétichisme),

les animaux (zoophilie), etc. Toutefois, en matière de vasocongestion et de réaction orgasmique, cette personne peut avoir un comportement des plus habituels. En revanche, la personne présentant une dysfonction sexuelle est généralement attirée par un objet sexuel habituel, mais réagit sexuellement de façon inadéquate en présence de cet objet.

La dysfonction sexuelle consiste donc en un trouble de la réponse sexuelle, soit sur le plan du désir, soit sur le plan de la vasocongestion, soit sur le plan de la réponse orgasmique, ou encore dans plus d'une phase de cette réponse. (B.Laurier, 2000.P.30).

## **1- Les troubles sexuelles chez les femmes**

### **1-1-Le dysfonctionnement sexuelle chez les femmes (la frigidité)**

Il s'agit d'un problème sexuel grave chez la femme, puisqu'il signifie que celle-ci ressent très peu ou pas de sensations au cours de la stimulation sexuelle. Physiologiquement, ces femmes ne semblent manifester aucun signe de vasocongestion génitale et elles présentent parfois une légère lubrification lors de la stimulation coïtale. Cette dysfonction concerne donc la phase d'excitation.

Selon Masters et Johnson (1970), certaines femmes continuent à avoir des rapports sexuels pour maintenir leur vie matrimoniale ; d'autres sont tellement effrayées ou dégoûtées par les rapports sexuels qu'elles font tout pour les éviter (on parlerait de nos jours d'un trouble du désir) ; d'autres encore, tout en ne ressentant aucune sensation lorsqu'elles sont stimulées sexuellement, apprécient quand même quelques aspects non érotiques des contacts physiques, comme la proximité ou certains contacts tactiles, et l'affection inhérente à cette situation. Quoique dans la presque totalité des cas ces femmes ne manifestent pas de réponse orgasmique, Kaplan (1974) souligne que, parfois, certaines d'entre elles parviennent quand même à l'orgasme relativement rapide lorsque commence la stimulation clitoridienne ou coïtale. Ces cas plus exceptionnels illustrent encore une fois la difficulté de parvenir à un système de classification universel des dysfonctions sexuelles, mais aussi une certaine indépendance entre les phases de l'activité sexuelle.

Si l'on examine les écrits récents sur ces deux problèmes sexuels, on constate d'abord que les troubles de l'excitation et de l'orgasme forment une large part des troubles sexuels pour lesquels les femmes consultent. Selon le DSM-IV, le trouble de l'excitation chez la femme renvoie à l'inhabileté persistante et récurrente à atteindre ou à maintenir une réponse

d'excitation caractérisée par une lubrification adéquate. Cette difficulté cause une détresse ou des problèmes interpersonnels. Cette définition met donc l'accent essentiellement sur l'aspect physiologique de la réponse d'excitation, c'est-à-dire la lubrification. De son côté, l'anorgasmie est considérée comme un délai ou une absence persistante ou récurrente d'orgasme à la suite d'une phase d'excitation sexuelle normale. (B.Laurier, 2000.P.46)

### **1- 2-Sexualité et troubles du désir**

Un des troubles sexuels le plus souvent rencontré actuellement est la perte de désir sexuel que l'on retrouve autant chez l'homme que chez la femme, et aussi bien chez les gens avec ou sans maladie chronique.

On peut considérer notre désir sexuel comme une entité vivante, qui peut somnoler, s'éveiller, soumise naturellement à des variations au cours du temps, qui réagit au contexte extérieur, mais également à l'image que nous avons de nous-mêmes. Ce n'est pas une entité auto-suffisante, car pour sa survie elle a besoin de se nourrir de notre environnement et requiert des capacités d'adaptation aux autres et aux situations diverses. Il existe des moments de la vie où le désir peut se modifier, comme lors de la grossesse ou en cas de vieillissement. Mais la perte de désir peut être également secondaire à un conflit de couple, à une usure de la relation ou à des problèmes psychologiques individuels. On retrouve cette modification du désir également dans les maladies chroniques dont l'évolution touche la vitalité globale d'un individu ; on sait également que de nombreux médicaments peuvent altérer (généralement diminuer). (P.Ruedin, 2003. p.6)

### **1-3-La sexualité et Troubles de l'orgasme**

Les troubles de l'orgasme chez la femme peuvent susciter de nombreux doutes chez la personne qui en souffre et son partenaire. En plus d'une nette perte de confiance et d'estime de soi, ces troubles entraînent souvent un sentiment de culpabilité face au partenaire, de honte de ne pas être «à la hauteur», l'impression de ne pas être normale ou encore la peur de perdre celui qu'on aime.

Le partenaire, quant à lui, peut être amené à douter également de lui-même, de sa virilité, perdre son estime de soi et se demander s'il est encore aimé. Lorsqu'il tient sa partenaire pour seule responsable, considérant par exemple qu'elle fait preuve de mauvaise volonté, cela peut

se traduire par de l'agressivité, des critiques, voire des conflits ouverts pouvant mener à la séparation.

Les scénarios possibles sont aussi multiples que les couples, mais tous nécessitent de réagir et le cas échéant de demander de l'aide au plus vite, pour mettre fin à une souffrance qu'on peut souvent soigner avant qu'il ne soit trop tard.

On distingue principalement deux types de troubles de l'orgasme. Tout d'abord le trouble primaire, lorsque l'orgasme a toujours été faible ou absent, que la femme ne l'a jamais connu, même en se masturbant et quelles que soient les zones de stimulation. Le trouble secondaire, quant à lui, concerne les situations où le plaisir diminue ou disparaît progressivement ou subitement. (E. Weigand, 2013, p. 1).

- **Troubles sexuelles avec douleur**

Dyspareunie : douleur génitale persistante ou répétée associée aux rapports sexuels chez la femme. Maladie de la peyronie : anomalie congénitale ou acquise de la courbure de la verge.

Lésions ou affections médicales : plus fréquent chez la femme à cause des grossesses  
Psychologique : diagnostic d'élimination. (M. Roupret, T. Seisen, 2013, p. 133).

#### **IV-Sexualité et maladie chronique**

Les maladies physiques aiguës ou chroniques sont souvent associées en comorbidité avec une diminution temporaire ou permanente du fonctionnement sexuel. En plus de la détresse psychologique associée à la présence de la maladie, une des principales sources de plaisir, la sexualité, peut être amoindrie. Toutes les phases de l'activité sexuelle allant du désir à l'orgasme peuvent être perturbées à la fois par la maladie et par les effets iatrogéniques des traitements de la maladie.

Nous allons dans un premier temps relater très brièvement quelques exemples courants de problèmes de santé physiques associés à des problèmes de fonctionnement sexuel. Dans un deuxième temps, nous nous attarderons de façon plus détaillée à un problème de santé physique dont l'impact sur la sexualité a été largement documenté.

### **1-Dysfonction sexuelle et insuffisance rénale**

Les troubles de la sexualité sont fréquents au cours de l'insuffisance rénale et vont encore s'aggraver avec la progression de la maladie. En effet, près de 50 % des hommes en insuffisance rénale chronique se plaignent de dysfonction érectile alors qu'une plus grande proportion de femmes et d'hommes urémiques présentent une baisse notable de la libido et de la fréquence des rapports sexuels. Les causes de la dysfonction érectile sont multiples et sont souvent d'origine organique bien anomalies du système endocrinien, l'anémie, les perturbations métaboliques liées à l'accumulation de toxines urémiques, les maladies vasculaires qui entraînent une baisse d'irrigation des organes sexuels ainsi que la prise de certains médicaments que des facteurs psychologiques inhérents à la maladie chronique et à la dialyse puissent prendre une place prépondérante selon les cas. (P.Ruedin, 2003.p.6)

### **2- Les causes des troubles sexuels de la personne dialysée**

Les patients insuffisants rénaux dialysés présentent les facteurs de dysfonction sexuelle communs à tout patient atteint de maladie chronique, cependant le fait d'être dialysé rajoute certaines causes spécifiques.

- **Les problèmes sexuels liés à des facteurs organique**

Les problèmes sexuels les plus fréquents sont : le manque d'intérêt pour le sexe avec une baisse de désir, les dysfonctions érectiles et difficultés à atteindre l'orgasme. L'insuffisance rénale et ses conséquences sur la santé physique ont des conséquences physiques.

#### **- La fatigue**

La fatigue est l'un des facteurs essentiels ; toutes les maladies chroniques engendrent de la fatigue. L'insuffisance rénale terminale, qui est souvent accompagnée d'anémie et qui demande un traitement exigeant, n'échappe pas à la règle.

#### **-Les troubles hormonaux**

Les hormones régulent de nombreuses fonctions physiologiques certaines d'entre elles contrôlent le désir sexuel. En cas d'insuffisance rénale le taux de ces hormones est perturbé, ainsi un déficit en hormones sexuelles dont la cause n'est pas connue est observé chez 30% des dialysés. Ce déficit hormonal peut expliquer partiellement une baisse du désir.

**-L'hyperprolactinémie**

Les patients présentant une hyperprolactinémie ont signalé une baisse de la fréquence des rapports sexuels et une diminution de la fréquence d'orgasme comparés aux patients à prolactinémie normale. Le taux d'hormones étant rarement la seule cause des problèmes sexuels, les injections d'hormones seules ont peu de chance d'être la solution au problème.

**-L'hyperparathyroïdie**

Autres perturbations biologiques un déficit en vitamine E, déficit en oligoéléments.

**-La mauvaise irrigation sanguine**

Celle-ci peut être due à une artérite secondaire à une hypertension et être responsable d'un défaut de lubrification chez la femme par insuffisance de congestion des muqueuses mal vascularisées.

**-Les troubles neurologiques dus à l'urémie**

L'insuffisance rénale peut entraîner des lésions nerveuses qui peuvent avoir une incidence sur la capacité de certains patients à connaître une excitation sexuelle.

**-Les médicaments**

Les médicaments peuvent souvent interférer avec l'activité ou le désir sexuel. Le patient peut demander une prescription d'autres médicaments tout aussi efficaces et qui n'ont pas d'effets secondaires sur, l'activité ou le désir sexuel. (O .Biotech, 2008.p3)

- **Les problèmes sexuels liés à des facteurs psychologiques**

Les causes psychologiques sont nombreuses et retentissent plutôt sur la libido.

**-La dépression**

La dépression est un autre facteur qui entre souvent en jeu. Nous avons tous des moments de dépression et l'un des symptômes de la dépression est la perte d'intérêt pour la sexualité.

**-L'image corporelle**

Le port d'un cathéter péritonéal, la fistule artérioveineuse, une prothèse interne peuvent faire craindre au patient une atteinte de leur image corporelle et les amener à éviter les contacts physiques. L'altération de l'image du corps s'exprime aussi chez l'homme par la confusion

des fonctions urinaires et sexuelles : «c'est normal que cela ne marche plus puisque je n'urine plus».

### **-L'estime de soi**

Enfin, l'estime de soi est parfois altérée, avec des idées totalement irrationnelles comme la sensation de « corps pourri», «d'accumulation de déchets». Le partenaire insuffisant rénal peut être confronté à une baisse de son estime de soi. Quelqu'un qui a le sentiment d'être bon à rien, d'être un fardeau peu séduisant, fera difficilement le premier pas sur le plan sexuel.

( B .Gombert,2014.p1)

### **V-Prise en charge du dysfonctionnement sexuel**

- **Psychothérapies**

#### **-Individuelles**

En règle peu adaptées à la demande des consultants qui est celle de traitements de dysfonctionnements sexuels.

- **Sexothérapie individuelle**

Inspiration essentiellement cognitivo–comportementale (moins effaces que les traitements de couple).

- **Sexothérapie de couple**

Elles peuvent être décrites en termes cognitivo –comportementale. Elles s'adressent principalement à la composante anxiété de performance du dysfonctionnement sexuel.

- **Ces sexothérapies comportent des :**

- Exercices sexuels à domicile ;

- Discussions dans les séances de thérapie ;

- Principe : décentrer la préoccupation des sujets de la performance sexuelle pour la recentrer sur les sensations, la communication détendue et le plaisir corporel.

- Les 1<sup>er</sup> consignes comportent en général l'interdiction des rapports et des stimulations sexuelles directes et la prescription de travailler les sensations corporelles générales, non sexuelles. (M.roupret, T.bitker, 2013.p.32).

### **Synthèse**

La sexualité féminine fait partie intégrante de la vie. Elle comprend de nombreux aspects, dont l'image de soi et la conception de l'intimité et les relations avec les autres. Mais la sexualité n'implique pas nécessairement et seulement l'acte sexuel plus de la moitié des femmes atteintes d'insuffisance rénale chronique vivent des problèmes sexuels. Cela peut aller du simple manque d'intérêt pour la sexualité à l'incapacité totale d'atteindre l'orgasme. Vécus par plusieurs comme une atteinte à leur amour-propre, ces problèmes peuvent avoir un effet dévastateur et constituer une source supplémentaire de tension dans une relation intime déjà tendue.

## **Chapitre IV**

### **Problématique et hypothèse**

**Problématique et hypothèses**

L'être humain est un tout indissociable. Il est à la fois un être physique avec des organes et des fonctions qui font et perpétuent son existence, notamment, son système urinaire et d'épuration du sang par l'élimination des déchets.... etc. Ainsi un être psychologique doté d'intelligence, de mémoire, d'émotions de toute nature. C'est aussi et avant tout un être sexué, il naît avec un organe sexuel, grandit avec, et durant toute sa vie il est motivé, par le plaisir et le désir.

Durant sa vie, l'être humain octroie une importance cruciale à sa santé physique et morale. Cet état est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme suit : « un état de bien-être physique, mental, et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (Actes officiels de l'organisation mondiale de la sante .1946.p.100).

Par ailleurs, une maladie désigne un ensemble d'altération qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme dont le médecin doit faire le diagnostic, trouvé l'étiologie, et pour lequel il proposera un traitement.

On distingue deux formes de maladies : la forme aiguë et la forme chronique. La définition exacte de la maladie chronique est encore aujourd'hui sujet à controverse, ne serait-ce que pour en définir des critères universels. En effets les maladies chroniques recouvrent un ensemble hétéroclite d'affections. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maladie chronique est « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies».

Pour compléter cette définition, on peut dire aussi qu'on parle de maladie chronique par opposition à la maladie aiguë, que l'on peut circonscrire dans le temps et avec une symptomatologie importante. Dans une maladie chronique, les symptômes s'expriment depuis plusieurs mois, de façon intercurrente, et aucune thérapeutique ne permet d'éradiquer définitivement la pathologie. Le plus souvent ce sont des traitements symptomatiques ou préventifs. (F. V. Raspail, 1846, P .347).

En France, près de 20 % de la population, soit 15 millions de personnes, souffrent d'une maladie chronique [Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007], nombre qui, du fait du vieillissement de la population et de l'évolution des modes de vie, devrait augmenter dans les prochaines années. (A. Laporte, N.Beltzer, 2008.p.509).

La maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et a la menace de complication grave. Cette maladie touche un patient de façon permanente, tout au long de sa vie ou une grande partie de sa vie.

Dans les affections chroniques, on trouve principalement des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, désigne la diminution des fonctions des reins, jusqu'à le non fonctionnement. Ils perdent leurs capacités à filtrer les déchets dans le sang.

L'insuffisance rénale chronique terminale correspond au stade ultime de la maladie nécessitant, pour assurer la survie et l'autonomie du patient, un traitement de suppléance soit par différentes méthodes d'épuration extrarénale, soit par une transplantation rénale. (I. Ingrand, A. Barbail, V. Migeot et P. Ingrand, 2002 .p.4)

L'hémodialyse est une technique permettant d'épurer le sang avec un filtre (rein artificiel), éliminant des déchets toxique chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique. Elle consiste à faire passer le sang du sujet à travers des membranes d'un circuit d'épuration extracorporelle. Elle se déroule en plusieurs séances hebdomadaires « de deux à plusieurs fois par semaine, d'une durée de 4 heures dans un centre d'hémodialyse».

Selon le Pr. Boukhari (le président de la Société algérienne de néphrologie), entre 1500 et 3000 nouveaux cas d'insuffisance rénale sont enregistrés chaque année en Algérie dont 10000 patients sont traités par l'hémodialyse dans 230 centres. Néanmoins ce traitement est lourd pour le patient et il coûte très cher (la prise en charge de l'insuffisance rénale représente 2.5% à 3% du budget du ministère de la santé). Il faut donc s'orienter vers la transplantation rénale qui permet aux malades de retrouver une vie quasi normale. 1351 greffes ont été réalisées en Algérie depuis 1986 à nos jours et 400 greffes à l'étranger. Ce chiffre est considéré comme trop bas par rapport aux normes de l'OMS. Cela revient à l'absence de sensibilisation et à la méconnaissance en matière de dons d'organes.(A.Ouledali,2017,p.13).

L'annonce de la maladie est souvent un véritable choc pour le malade et sa famille. Sachant qu'il est malade, le patient va mettre en œuvre différents mécanismes de défense... Progressivement, il va déployer des stratégies d'adaptation qui peuvent avoir des conséquences sur l'entourage et sur la vie de couple. Souvent, la maladie aura des incidences sur la vie sexuelle.

Chez les hommes, les troubles sexuelles regroupent l'ensemble des dysfonctionnements susceptibles d'altérer la qualité de l'érection, l'incapacité totale à obtenir une érection, difficulté d'éjaculation malgré la situation sexuelle adéquate et l'incapacité à contrôler le moment de l'éjaculation ou encore l'intensité du désir sexuel. Ces troubles peuvent avoir un impact négatif sur la vie de couple.

Plusieurs femmes en hémodialyse déclarent vivre des difficultés sexuelles en étant hémodialysées qui ne reconnaissent pas auparavant. Ces déclarations nécessitent une écoute formée pour meilleure prise en charge. Les femmes atteintes de cette maladie (IRC) sont plus touchées par les problèmes d'ordre sexuel à cause d'un processus d'épuration (circulation de sang après la filtration).

Les femmes dialysées présentent des perturbations sexuelles physiologiques telles que : une sécheresse vaginale «le manque de lubrification vaginale peut rendre la pénétration douloureuse »; le vaginisme « la contraction incontrôlée des muscles périnéaux et vaginaux rend la pénétration impossible »; la dyspareunie «la pénétration provoque des douleurs vaginales plus ou moins intenses»; l'anorgasmie « il s'agit d'une absence d'orgasme vaginal »; la frigidité « il s'agit d'une absence totale de plaisir » ; interruption du cycle menstruel ; la perte de sensations : «il s'agit d'un manque de réactions face à la stimulation sexuelle». Ces modifications de l'image ou des capacités du corps retentissent sur le psychisme, à travers notamment l'anxiété ou encore la perte d'estime de soi, et sont ainsi source d'un mal-être psychologique qui peut affecter l'exercice de la sexualité. , cette interprétation est présente chez les femmes. Pour ces raisons nous jugeons très impératif d'aborder ou d'appréhender cet espace particulier de la vie des hémodialysés qui est la fonction sexuelle chez les femmes.

Pour aborder la fonction sexuelle, il est impératif d'effectuer un bref passage sur les travaux apportés par la psychanalyse.

En 1931 S, Freud s'attache au développement sexuel féminin où il analyse la phase qu'il nomme préœdipienne et qui précède le complexe œdipien chez la fille. Ainsi il a dégagé la nature de la libido chez la petite fille à l'entrée du complexe d'Œdipe en quelque sorte motion passive et/ou active.(C.Bernand ,1931.p1)

Il avait construit une théorie « peu réjouissante » de la sexualité féminine qui donnait selon lui, un caractère particulier à la femme. Essentiellement narcissique et masochiste, celle-

ci vivait sous le régime de l'envie et du ressentiment. D'où, son désir d'enfant, mâle de préférence, pour pallier un manque phallique.

Selon, Lacan, considère la privation à partir de la phase phallique chez la fille. Cela concerne la sexualité féminine dans son rapport au phallus, et, au-delà, tout sujet. Le registre phallique de la sexualité féminine ne recouvre pas pour autant celui de la signification phallique produite par la métaphore paternelle. Il a abordé la relation d'objet à partir du manque et du réel enjeu en insistant sur le caractère central d'une des trois formes du manque d'objet. (S. Freud, 1969, p.127).

En 1968, W. Masters gynécologue, et V. Johnson, psychologue, ont publié une étude anatomophysiologique des réactions sexuelles humaines, après observation clinique des comportements et enregistrement des variations anatomiques et physiologiques du déroulement des rapports sexuels. Ils ont décrit une réponse sexuelle féminine en quatre phases : excitation, plateau, orgasme et résolution.

En 1974, Hélène Singer Kaplan a plus tard insisté sur l'acteur principal de la réponse sexuelle féminine, le désir, et a proposé trois phases, couramment reprises actuellement en médecine sexuelle : le désir, l'excitation et l'orgasme. (F. Cour, S. Droupy, A. Faix, C. Methorst, F. Giuliano, 2013, p.9).

La théorie psychanalytique constitue la référence de notre recherche parce qu'elle s'intéresse à la sexualité et à la relation d'objet qui caractérise les relations interpersonnelles, et voir même en relation avec le social et la culture, dans notre thème concernant la vie sexuelle chez les femmes hémodialysées.

Dans notre recherche, nous avons entamé notre pré-enquête en tant qu'une étape très importante et quelques entretiens menés avec les femmes hémodialysées à l'hôpital Frantz Fanon CHU de Bejaia, au niveau du service d'hémodialyse. Cette phase nous a permis d'avoir plusieurs informations sur notre population d'étude et d'apporter des modifications à notre guide d'entretien, ainsi que l'entraînement de l'utilisation des tests.

Donc à partir de la revue de littérature et la pré-enquête en pose les questions suivantes :

- ✓ Quel est l'impact de la dialyse sur le fonctionnement sexuel de la femme dialysée ?

- ✓ A partir du test de TAT quelles sont les caractéristiques de la vie sexuelle chez la femme dialysée ?

### **Hypothèses**

#### **Hypothèse générale**

Dans notre recherche, nous nous sommes intéressés aux femmes hémodialysées, cette atteinte présente notre variable indépendante et qui influence à son tour sur notre variable dépendante, qui est la sexualité féminine.

#### **Les hypothèses partielles**

- ✓ **La première hypothèse**

La dialyse influe négativement sur la fonction sexuelle féminine. Ces femmes souffrent de baisse de désir, insatisfaction de plaisir, frigidité sexuelle, des anomalies du cycle menstruel, en outre, les femmes ne peuvent pas mener une grossesse à terme, elles ne peuvent pas enfanter.

- ✓ **La deuxième hypothèse**

Selon le test du TAT, la vie sexuelle féminine se caractérise par des conflits interpersonnelle en utilisant des mécanismes labiles qui sont : Expressions verbalisées d'affects nuancés modulés par le stimulus, représentations contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés, instabilité dans les identifications, hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages. Ces mécanismes différents en quantité et intensité d'une malade à une autre.

#### **Opérationnalisation du concept**

- **Insuffisance rénale chronique**

- Les reins ne fonctionnent plus ;

- Une augmentation du taux sanguin de créatine et d'urée ;

- Une sensation de mal-être : vomissements, des maux de tête, fatigue générale, un manque de sommeil.

- **Hémodialyse**

- Une technique d'épuration extra-rénale ;

- Éliminer tous les déchets du sang.
- Des séances d'hémodialyse de deux à trois fois par semaine.
- **Troubles sexuels chez les femmes hémodialysées**
  - Manque de relations sexuelles ;
  - Diminution de la fréquence sexuelle ;
  - Frigidité sexuelle ;
  - Baisse de désir et insatisfaction de plaisir ;
  - Des anomalies du cycle menstruel ;
  - les femmes ne peuvent pas mener une grossesse à terme.

# **Partie méthodologique**

# **Chapitre V**

## **Méthodologie de la recherche**

---

*Méthodologie de la recherche***Introduction**

La recherche en psychologie clinique ne se limite pas à la théorie, mais elle doit être fondée sur une méthodologie, qui présente un fil conducteur entre la théorie et la pratique. Dans ce chapitre, on va présenter l'ensemble des étapes de la réalisation de notre thème intitulé « la vie sexuelle chez les femmes dialysées ». Notre choix est porté sur l'utilisation de l'entretien clinique semi-directif pour collecter des informations sur la vie des patientes notamment leur vie sexuelle, ainsi qu'un test projectif complémentaire, le TAT afin de cerner leurs côté relationnel.

**I- Le déroulement de la recherche****I-1-La pré-enquête**

D'après Madeleine Grawitz la pré-enquête « consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (guide d'entretien, analyse des documents) prévu pour effectuer l'enquête ».

Elle est la première étape de notre recherche réalisée au niveau du CHU, service d'hémodialyse de l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia. Ce service réalise, tout au long de l'année, des programmes de dialyse (deux à trois fois par semaine pour chaque patient), ainsi que des suivies médicaux et psychologiques. Pendant cette période (Du 03/03/2019 Au 02/05/2019) le stage nous a permis de déterminer l'objet de notre étude et de reformuler notre problématique et d'émettre nos hypothèses.

**I-2-L'enquête**

Cette étape consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leurs comportements ou de leurs opinions (par exemple, consommation d'alcool, attitudes vis-à-vis de la sexualité, etc).

En utilisant des questionnaires ou des interviews. Les questions sont formulées de manière décisive dans la mesure où elle peut induire les réponses des sujets (singly, 1992). (K.Chahraoui ,H.Bénony, 2003.p.131-132)

Le chercheur doit veiller à l'effet de « faux consensus » qui risque d'apparaître si l'échantillonnage est biaisé. Se faire une opinion sur une question en interrogeant les gens que nous rencontrons régulièrement sera peu fiable car nous risquons de surévaluer leurs accords. En effet, nous côtoyons généralement ceux qui partagent les mêmes conduites. (K.Chahraoui ,H.Bénony, 2003.p.131-132) .

## **2. La méthode clinique**

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. (L.Fernandez, J.Pedinielli, 2006.p43).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte), et le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation. Le premier niveau de la méthode clinique (recueil des informations) suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite, du moins pour certaines techniques (tests projectifs,..). Ces techniques sont : l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, les informations pouvant faire l'objet de différentes analyses. (J.L.Pedineilli, 1999, p.9).

- **L'étude de cas**

Dans notre travail de recherche on s'est basé sur l'étude de cas qui permet d'étudier et d'analyser et surtout d'observer notre population de recherche. Cette méthode a occupé et occupe une place centrale dans l'évaluation des psychothérapies. Leyens (1983) souligne la force persuasive de l'étude de cas et démontre qu'elle est plus convaincante qu'une foule de statistique. Le caractère concret de l'étude de cas fait qu'elle s'impose face au phénomène de dépersonnalisation caractéristique aux statistiques abstraites. Un cas précis, habilement présenté, qui parle à notre imagination, aurait davantage qu'un tableau rempli de chiffre le pouvoir de nous faire penser à d'autre personne ou situation plus au moins semblables.

Après une période où la réputation de l'étude de cas « classique » avait été remise en cause en raison du développement de nouvelles méthodes d'évaluation, nous assistons à un regain évident d'intérêt pour l'étude de cas individuels. Pour Jones (1993), ce regain d'intérêt aurait trois explications :

A) Le fait que la méthode des essais contrôlés randomisés , ne peut expliquer entièrement le changement déterminé par l'intervention psychologique , tout comme le fait que la compréhension des processus impliqués dans ce changement réclame une analyse minutieuse de la relation thérapeutique entre le patient et son thérapeute .

B) Le fait que le besoin de tester des modèles théoriques en clinique ne peut être satisfait que partiellement et indirectement par l'intermédiaire d'études effectuées sur des groupes, en comparant les résultats des thérapies étudiées.

C) Le fait qu'une bonne partie de la recherche effectuée sur des groupes a eu peu d'influence autant sur la pratique clinique que sur l'élaboration de théories. Dans la pratique courante, le principal moyen de recherche, d'enseignement et de formation en psychothérapie est restée l'étude de cas. (S.Lonescu, 2009, p.16).

### 3. Le lieu de recherche

Nous avons effectué un stage pratique au CHU de Bejaia à l'hôpital Frantz Fanon, au niveau du service d'hémodialyse après l'accord et la décision du professeur chef de service de cet établissement.

Le service d'hémodialyse de cet hôpital possède : 3 médecins spécialistes, 15 infirmiers, 2 techniciens de maintenances, 1 ingénieur de maintenance, 1 psychologue, 3 agents de service.

### 4. La population d'étude

- **Sélection notre population d'étude**

Notre population d'étude qui est constituée des femmes hémodialysées, se trouvant au sein du service d'hémodialyse de Bejaia, a été choisi selon quelques critères que nous allons citer ci-dessous :

- **critères d'homogénéité retenus**

- Toutes les femmes atteintes par une insuffisance rénale chronique, sont traitées par la dialyse.
- Tous les sujets sont de sexe féminin.
- Tous les femmes sont mariées.
- Tous les sujets n'ont pas été greffés auparavant.

- **Critères non pertinents de sélection**

- Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération à partir du moment où l'insuffisance rénale chronique touche toutes les classes sociales et toutes les cultures sans distinctions.

- Le début et la cause de la maladie qui est différent d'une patiente à un autre

- **Tableau N°2** : Récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude

<b>Cas</b>	<b>Age</b>	<b>Niveau scolaire</b>	<b>Profession</b>	<b>Début de la Dialyse</b>	<b>La durée mariage</b>
<b>Fouzia</b>	50	Analphabète	Femme au foyer	2003	26 ans
<b>Lynda</b>	44	4° moyen	Femme au foyer	2008	4 ans
<b>Karima</b>	49	Analphabète	Femme au foyer	2009	23 ans
<b>Nadia</b>	50	Analphabète	Femme au foyer	2005	32 ans

**Remarque** : Le tableau ci-dessus représente un récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude : l'âge, niveau scolaire, profession, début de la maladie. Les prénoms des patientes sont modifiés dans le respect de l'anonymat (secret médical),

- Toutes les femmes sont des femmes au foyer, ce statut n'est pas un critère d'homogénéité par contre il est un critère non retenu dans la sélection de notre population d'étude.

## **II. Analyse et techniques utilisées**

### **1. L'entretien clinique**

L'entretien clinique met en scène deux personnes qui échangent des paroles dans un rapport asymétrique au niveau des attitudes et de la demande. Il s'agit de la deuxième étape en psychologie clinique après l'observation, l'entretien mené par le psychologue est avant tout une écoute active comprendre une personne le patient ne peut se faire qu'avec son aide.

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (H. Bénony, K. Chahraoui, 1999, P.11-12).

On ne peut pas dissocier l'entretien clinique de l'observation concernant tout les aspects non verbaux.

Selon Chahraoui et Bénony l'observation clinique consiste, à relever les phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels, et cognitifs significatifs, afin de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé. Le champ de l'observation clinique concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions, dans leur référence à la subjectivité. L'accent est mis sur la singularité de la personne et l'analyse de l'influence de l'observateur sur l'observation. Les conduites sont des productions significatives d'un sujet, elles expriment sa vie psychique telle que l'observateur la voit et l'entend. Toutefois, la référence à la subjectivité, à la relation entre observateur et observé remet en cause la stricte opposition entre sujet percevant et objet perçu. (J.L. Pedinielli, L. Fernandez, 2015, p, 11).

### **2-L'entretien semi-directif**

La méthode des entretiens semi-directifs convient pour effectuer des études d'approfondissement (Ghiglione et Matalon, 1998). Dans ce type d'enquête, le chargé d'étude prend appui sur des travaux antérieurs portant sur des sujets similaires, mais l'objet de sa recherche n'est pas tout à fait identique et la population à laquelle il s'intéresse est particulière ; il doit compléter et approfondir ses connaissances.

L'entretien semi-directif constitue l'un des moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet, pour Blanchet « l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal, ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (K. Chahraoui, H. Benony, 2003, P. 31).

### **3-Les attitudes cliniques de clinicien**

#### **3-1-Non-directivité**

Attitude envers le sujet/le client par laquelle le thérapeute refuse à orienter le client, à penser ce que le client doit penser, agir, sentir d'une manière déterminée. Attitude où la centration est essentielle. Cette attitude est prônée par Carl Rogers dans la relation d'aide. Elle implique que le thérapeute ait confiance en son patient et dans ses capacités d'auto direction, de changement et dans ses possibilités personnelles. Il s'agit

d'une attitude respectueuse, empathique, compréhensive, congruente et confiante à l'égard du patient, seule manière de changer le sujet selon lui.

### **3-2-Le respect**

Premier principe du code de déontologie des psychologues : le respect de la personne dans sa dimension, psychique est un droit indéniable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection, du secret professionnel le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Au niveau de l'entretien, cette position éthique peut se traduire par le respect de la personnalité du sujet, de ses appartenances sociales, culturelles, professionnelles, de certains de ses aménagements défensifs. (H.Bèny, k.chahraoui, 2013, P.17-19).

### **3-3-Neutralité bienveillante**

La neutralité bienveillante est le complément indispensable à l'acceptation inconditionnelle de l'autre. Le clinicien ne doit pas formuler de jugements, de critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet. Elle n'est pas fondée sur une neutralité passive fondée sur un refus de s'engager. Elle n'est pas de la froideur ou de la distance mais doit s'associer à la bienveillance. Elle est un engagement positif reposant sur l'intérêt porté à l'autre, et sur une considération positive pour lui permettre de s'exprimer librement en toute confiance.

### **3-4-Empathie**

Il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. Il s'agit selon Rogers « non pas de se mettre à la place de l'autre mais d'essayer de savoir comment on se sent si l'on est l'autre, afin de ressentir non seulement les choses superficiellement mais aussi accéder à des significations plus profondes. L'empathie serait d'ailleurs déterminée par 2 composantes :

- La réceptivité aux sentiments vécus par l'autre ;
- La capacité verbale de communiquer cette compréhension.

Si ce climat est créé, alors pourra se mettre en œuvre la capacité que tout individu à se comprendre lui-même et de résoudre ses propres problèmes.

L'empathie du clinicien apparaît comme un principe clé de la psychothérapie et de son efficacité. (H.Bènony, k.chahraoui, 2013, P.17-19)

### **Guide d'entretien**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré. Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. (chahraoui, KH. Bénony, H. 1999. P 68).

#### **1-Guide d'entretien**

Notre guide d'entretien est basé sur des questions sous forme d'axes, suivants :

##### **Les informations personnelles**

- ✓ Quel est votre nom ?
- ✓ Quel est votre âge ?
- ✓ Quel est votre niveau d'études ?
- ✓ Combien d'enfants avez-vous ?

##### **Axe N°1 : Les informations sur l'état de santé actuelle**

Cet axe nous permet d'explorer les causes internes et externes avancées par le malade pour expliquer sa maladie, ses complications, ainsi que l'observance thérapeutique.

- ✓ Quand avez-vous reçu l'annonce de votre maladie ?
- ✓ Comment avez-vous reçu cette annonce ?
- ✓ À votre avis quelle est la cause de votre état actuel de santé ?
- ✓ Avez-vous des informations sur votre maladie ?
- ✓ Combien de séances d'hémodialyse effectuez-vous par semaine ?
- ✓ Comment vous sentez-vous avant et après une séance de dialyse ?
- ✓ Respectez-vous le régime alimentaire ?
- ✓ Quel est l'impact de la dialyse sur votre vie quotidienne ?
- ✓ Avez-vous d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches ?
- ✓ À votre avis l'hémodialyse est une bonne solution pour vous ?

**Axe N°2 : Les informations sur l'état de santé antérieure**

Cet axe aborde la santé antérieure à la maladie, nous permet de connaître les autres maladies déjà vécues pendant leur enfance et s'il y a une transmission héréditaire.

- ✓ Étiez-vous malade durant votre enfance ?
- ✓ Étiez-vous déjà hospitalisée ? Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
- ✓ Comment était votre prise en charge ?
- ✓ Au sein de votre famille, y a-t-il ceux qui ont déjà la même maladie que vous ?

**Axe N°3 : Les informations concernant le vécu psychologique**

Cet axe nous permet de cerner le vécu psychologique du patient, et dégager sa gestion des excitations externes et voir les traumatismes.

- ✓ Qu'avez-vous ressenti quand on vous a dit que vous devez être dialysée ?
- ✓ En étant hémodialysée, comment est votre sommeil ?
- ✓ Existe-t-il des choses qui vous dérangent et vous rendent tendue ?
- ✓ À qui parlez-vous dans les moments où vous vous sentez stressée ?
- ✓ Quel sont vos mauvais souvenirs ?
- ✓ Vos meilleurs souvenirs ?
- ✓ Que représente pour vous la greffe rénale ?
- ✓ Parlez-nous de ce que vous voulez en ce moment ?

**Axe N° 4 : Les informations concernant la vie de couple**

Cet axe nous permet d'explorer la relation de patiente avec leur entourage et particulièrement avec leur conjoint.

- ✓ En ce qui concerne le côté familial, comment ont-ils reçu cette nouvelle ?
- ✓ Vous sentez-vous soutenue par votre famille ?
- ✓ Comme est votre relation sexuelle avec votre mari ? Elle était comment avant la maladie ?
- ✓ En étant hémodialysée, éprouvez-vous un désir ou une envie sexuelle envers votre mari ?
- ✓ Est-ce que vous arrivez à satisfaire votre mari ?

- ✓ La relation sexuelle est-elle un devoir conjugal uniquement ou un plaisir pour vous aussi ?
- ✓ Avez-vous des périodes de désir, après les séances de dialyse ?
- ✓ Dit tout ce que vous pensez de la sexualité (votre sexualité) avant et après la maladie ?

**Remarque :** L'entretien a été traduit à la langue de patient (kabyle), qui se trouve dans les annexes.

### **III-Le TAT**

#### **1-La situation de TAT**

La situation TAT est déterminée par les paramètres habituels de toute situation de test projectif ou les trois termes : sujet, test et clinicien, sont en interaction tout ou long du déroulement de l'épreuve. Le sujet investit le psychologue clinicien et la situation de test, parfois même avant qu'ait eu lieu la rencontre en face à face .Le matériel et la consigne du test favorisent le jeu entre la raison et la déraison, le laisser aller et le contrôle.

Contrairement au Rorschach non figuratif, le matériel- TAT présente cette particularité - commune aux tests thématiques - d'être à la fois figuratif et ambigu. En ce sens il se prête à une analyse objective de type perceptif (qui conduit à la mise en place d'une description du matériel manifeste) et à une interprétation subjective, entraînant des associations d'ordre projectif (ce qui traduit les significations latentes attribuées au stimulus).

Brelet (1986) a montré l'impact séducteur (au sens psychanalytique du terme) de la situation TAT. Le clinicien propose en effet au sujet de « voir» des scènes relationnelles, découvrant. Sollicitant des réseaux associatifs fantasmatiques et pulsionnels excitants, ce qui peut, en effet, être ressenti par le sujet comme la répétition d'une séduction ravivant des fantasmes originaires. (F.B.Foulard, C.Chabert, 2003, p, 33).

#### **2-Le matériel**

L'édition originale comprenant 31 planches, nous ne retiendrons que les planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives.

Ce sont les planches 1, 2, 3BM, 4, 5, proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et femmes; 6BM, 7BM et 8BM proposées aux garçons et aux hommes- ; 6GF, 7GF et 9GF, proposées aux filles et aux' femmes ; 10, 11, 12BG, 13B, 19 et 16, proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et aux femmes et 13MF proposée uniquement aux

sujets adultes, hommes et femmes. L'ordre de présentation des planches doit être respecté, la planche 16 devant être proposée à la fin de la passation. Le déroulement de l'épreuve du TAT confronte le sujet à une modification du stimulus, les planches allant des situations les plus structurées aux moins structurées: les dix premières planches, plus figuratives, représentent des personnages sexués, alors que les planches 11, 19 et 16 ne renvoient pas à des objets concrets bien définis. . (F.Brelet-Foulard, C.Chabert, 2003, p ,34).

**3- Récapitulatif des planches par ordre de présentation en fonction du sexe et de l'âge du sujet**

**Tableau N°3 :** Récapitulatif des planches par ordre de présentation en fonction du sexe et de l'âge de sujet.

Les Planches	1	2	3BM	4	5	6BM/7BM	6GF/7GF	8BM	9BM	10	11	12BG	13B	13MF	19	16
<b>F</b>	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*	*	*

**4-La consigne**

La consigne Selon V. Shentoub, la consigne« Imaginez une histoire à partir de la planche » est donnée au départ et n'est pas répétée. Elle constitue l'un des trois paramètres de la situation TAT (matériel, consigne, présence de l'examineur). Elle pose une contradiction plus ou moins difficile à accepter et à surmonter. Il s'agit en effet «d'imaginer », ce qui suppose une baisse du contrôle, et en même temps de prendre en compte les éléments de réalité (le matériel), ce qui suppose le maintien d'une certaine vigilance, en bref, cette consigne appelle simultanément la mobilisation des capacités de secondarisation (l'histoire doit être cohérente, compréhensible) et une régression suffisante pour que l'accès aux fantasmes et au processus primaires soit ouvert. Dans la planche 16, selon V. Shentoub, on propose une autre consigne disant « dans cette planche vous me racontez ce que vous voulez ». (D.Anzieu et C.Chabert, 2004, P.136-137).

### 5-Le temps

Classiquement, on tient compte des caractéristiques temporelles de la passation. ; on mesure en effet le temps de latence, c'est-à-dire le temps écoulé entre la présentation de la planche et le moment où le sujet commence à parler ; on mesure également le temps total par planche, c'est-à-dire le temps écoulé depuis la présentation de la planche jusqu'à la fin du récit raconté par le sujet.

Les caractéristiques temporelles ne sont jamais interprétées en termes d'efficience ou de performance, comme dans les épreuves d'intelligence mais uniquement en tant que repères cliniques, montrant la plus ou moins forte réactivité du sujet ou au contraire sa tendance à l'inhibition.

Les temps de latence et les temps totaux doivent donc toujours être pris en considération mais leur interprétation dépend des éléments cliniques apportés par l'analyse de l'ensemble du ou des récits. Sur le plan pratique, il est déconseillé d'utiliser un chronomètre, celui-ci risquant d'introduire une connotation psychométrique à la passation. Il vaut mieux se servir d'une montre (munie d'une trotteuse) plus discrète, sans pour autant la cacher. (F.B.Foulard, C.Chabert, 2003, p, 35-36).

## IV. Analyse des techniques utilisées

### 1. Les données de l'entretien clinique

- **La santé physique actuelle**
  - La santé actuelle de patient.
  - Les causes de la maladie et ces complications.
  - L'influence de cette maladie sur la vie quotidienne de patient
- **La santé antérieure**
  - Complications, autres maladies et facteurs héréditaires ;
  - La relation entre les événements traumatiques et la maladie.
- **La santé psychologique**
  - L'annonce de la maladie.

- Les caractéristiques de la vie onirique du patient.
- Les bons et les mauvais souvenirs (traumatisme).
- Les projets de l'avenir.
- **Les caractéristiques de la relation d'objet et de vie sexuelle**
- La relation avec la famille et l'entourage.
- La relation sexuelle et ses caractéristiques avec le conjoint.

## **2. L'analyse du TAT**

Une fois la passation et le protocole recueilli, le psychologue s'attache au dépouillement, c'est la phase de l'analyse et d'interprétation du protocole.

- **Les mécanismes de défense**

### **A- Les procédés de la série «A» intrapsychique et «B» interpersonnelle**

Pour les séries A et B, les procédés ont été regroupés selon trois catégories, permettant de distinguer les modalités d'expression en lien avec la névrose de celles susceptibles d'être retrouvées dans d'autres modes de fonctionnement.

- La première catégorie (A1 et B1) concerne des procédés du discours particulièrement prégnants dans les protocoles rigides ou labiles, mais qui ne préjugent pas, en tant que tels, de la dimension névrotique du fonctionnement psychique.
- La deuxième catégorie (A2 et B2) concerne les procédés qui rendent compte de l'existence d'un conflit intrapsychique, dont les modalités s'expriment sur un mode intra personnel pour les A et interpersonnel pour les B.
- La troisième catégorie (A3 et B3) regroupe des procédés traduisant la présence de mécanismes de défense typiquement obsessionnels ou hystériques.

**B- Les procédés de série «C» évitement de conflit**

- **Les procédés de la série « C/F»**

Conflit lié à la sexualité et l'agressivité dans le couple, la réalité quotidienne et les événements externes qui influencent sur le monde interne.

- **Les procédés de la série « C/I»**

Ce procédé renvoie au mécanisme de refoulement.

- **Les procédés de la série « C/N»**

Ce procédé renvoie aux modalités narcissiques du fonctionnement psychique qui est très fragile et plus particulièrement au surinvestissement de la polarité narcissique.

- **Les procédés de la série « C/M»**

Ces procédés regroupent des modalités défensives mobilisées pour éviter la construction de scénarios de perte et l'évocation d'affects dépressifs fondamentalement déterminés par l'angoisse de perdre l'amour de la part de l'objet., ainsi il renvoi aux mécanismes de type maniaques.

- **Les procédés de la série « C/L»**

Ce procédé renvoi aux témoignages, et la défrancisation entre interne et externe. L'idéalisation positive et négative de l'objet féminin rend compte du clivage entre bon et mauvais objet dont la perception entraîne une désorganisation du discours et un vacillement des limites identitaires (confession entre espaces).

**C/Les procédés de la série « E» émergence de processus primaire :**

Ces procédés, regroupés à présent sous quatre catégories, permettent de distinguer des registres de fonctionnement différents au sein d'un même processus psychique :

- Série E1 : «Altération de la perception» souligne les troubles des conduites perceptives et du rapport à la réalité.

- Série E2 : «Massivité de la projection» renvoie aux troubles liés à 'il l'envahissement par le fantasme.
- Série E3 : « Désorganisation des repères identitaires et objectaux» met il T accent sur les difficultés majeures dans la représentation de la relation à l'objet et/ou dans la représentation de soi.
- Série E4 : «Altération du discours» témoigne des troubles en rapport j avec la désorganisation de la pensée et du discours.

- **Procèdes défensifs**

La feuille dépouillent est divisée en quatre procèdes défensifs qui sont sous forme des séries suivantes :

- La série(A) concerne la rigidité et le contrôle.
- La série(B) concerne la labilité.
- La série(C) concerne l'évitement de conflit.
- La série(E) concerne l'émergence des processus primaires.

- **Lisibilités**

- Lisibilités type 1 (+)
- Lisibilités type 2(-)
- Lisibilités type ( $\pm$ )

### **3-Les problématiques**

#### **3-1- La problématique œdipienne**

La problématique œdipienne est conçue comme un conflit d'ambivalence dans ses racines pulsionnelles et dans cette perspective, les symptômes sont compris comme autant-de tentatives pour y apporter une solution.

- **Planche 1** : renvoie préférentiellement à l'identification à un individu jeune en situation d'immaturité fonctionnelle. Dans le meilleur de cas, cela implique la reconnaissance de l'angoisse de castration, problématique essentielle posée par cette planche, à savoir la reconnaissance de l'immaturité actuelle de l'enfant et la possibilité de s'en dégager dans un projet d'identification. La problématique de castration ne doit

pas seulement s'entendre en termes de puissance/et d'impuissance, mais également comme la position d'accéder à la jouissance et au plaisir. (V. Shentoub et coll, 1990, P.45).

- **Planche 2** : la relation triangulaire figurée est susceptible de réactiver le conflit œdipien. Quand l'identité est stable il existe une différenciation d'effective entre les trois personnages. Dans un certain nombre de cas, le conflit ne se noue pas en termes triangulaires mai se joue dans une relation duelle. Quand les processus identitaires sont peu stables il apparaît une pseudo-triangulation soit par télescopage des rôles, soit par clivage entre un bon et un mauvais objet qui vient se substituer à la différenciation des sexes.

- **Planches 4,6GF** : structurées avec évidence par la différence des sexes et /ou des générations se prêtent moins aisément à des associations agressives. Cependant leur caractéristique relationnelle qui privilégie un approché duel, donne lieu à des manifestations d'angoisse parfois intenses quand le sujet a du mal à se situer par rapport à une image parentale ressentie comme dangereuse par sa puissance et sa proximité : on observe des débordements pulsionnels, des émergences des processus primaires ou encore une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits. (D. Anzieu et coll, 2004, P153-154).

- **Planche 10** est exemplaire pour montrer la diversité des registres conflictuels qu'elle est susceptible de réactiver : au niveau le plus évolué elle permet d'évoquer la liaison entre tendresse et libido, soulignant par là même l'élaboration et le déclin du conflit œdipien celui-ci apparaît dans l'évocation de la curiosité sexuelle, de scénarios sous-tendus par des fantasmes de scène primitive, ou par le désir de séparer le couple parental. à des défenses massives (planche 13B, abondons, dénuement extrême ou déni de l'angoisse et de la dépression). (D. Anzieu et coll, 2004, P154, 155).

### 3-2-La problématique dépressive

L'expression de la problématique de l'histoire ouvre au sujet dans les moments de fonctionnement névrotique, mais aussi dans la lutte de l'émergence dépressive.

- **Planches 3BM, 13BG , 12BG**, renvoient d'emblée à une problématique de perte d'objet, quand l'accès à l'ambivalence n'a pas été possible, les sujets régressent vers une position schizo-paranoïde au sens de M. Klein (planche 3BM : thèmes d'empoisonnement, de persécution) ou bien se défendent contre l'angoisse sur un monde maniaque planche 13B, non reconnaissance dénuement de l'enfant ou de la précarité de l'environnement) les deux planches teste la possibilité du sujet à se maintenir dans sa continuité d'être, alors que l'objet est perdu (planche 3BM) ou absent (planche 13B), quand ces conditions ne sont pas remplies, ces planches donnent lieu à des thèmes de destruction (planche 3BM), à des représentations et/ou à des défenses massives (planche 13B, abondons, dénuement extrême ou déni de l'angoisse et de la dépression). (D. Anzieu et coll, 2004, P.154, 155).

### **3-3-La problématique prégénitale (archaïque)**

La problématique prégénitale généralement référées à une imago maternelle dépressive, persécutive et archaïque ainsi qu'à la manière dont le sujet structure ses objets internes et externes.

- **Planche 11** cette planche met à l'épreuve la capacité du sujet à élaborer l'angoisse prégénitale. Le sujet est-il capable de plonger dans ce matériel dont la sollicitation régressive est particulièrement importante et stressante, dans quelle mesure peut-il aménager cette « plongée régressive », remonter et reconstruire un passage relativement organisé à partir d'un matériel chaotique en se raccrochant aux éléments du matériel manifeste plus structurants. (V. Shentoub et coll, 1990, P58).

- **Planche 19** la mer comme la neige sont des références à la nature qui renvoient implicitement et symboliquement à l'imago maternelle. Le stimulus réactive une problématique prégénitale dans l'évocation d'un contenant et d'un environnement permettant la projection du bon et du mauvais objet. La planche pousse également à la régression et à l'évocation de fantasmes phobogènes.

-**Planche 16** renvoie à la manière dont le sujet structure ses objets privilégiés et aux relations qu'il établit avec eux. Par ailleurs la dimension transférentielle de la situation

est intensifiée dans la mesure où le matériel n'est pas figuratif, et où il s'agit de la dernière planche proposée.

#### **4-La méthode suivie dans la présentation des cas**

Après avoir recueilli toutes les informations sur notre population de recherche, et après l'application des outils de la recherche, on a suivi les étapes suivantes :

1. Présenter les données de l'entretien pour chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche
2. L'analyse des protocoles TAT des femmes hémodialysées cas par cas et donner l'hypothèse concernant les relations notamment le traitement de la sexualité de chacune.
3. Enfin, on a donné une conclusion sur les résultats à partir des données de l'entretien et du protocole TAT, on procède la discussion des hypothèses de notre recherche.

#### **Synthèse**

Le chapitre méthodologique est très important dans tout un travail scientifique, il est la base pour atteindre l'objectif essentiel de notre recherche et cela à travers le suivi des étapes et l'enchaînement et le déroulement de notre recherche.

**Chapitre VI**  
**Présentation et l'analyse des**  
**résultats**

## Présentation des données de l'entretien

### Introduction

Dans ce chapitre nous allons aborder l'analyse des résultats de notre étude à partir du guide d'entretien et le test projectif TAT qu'on a effectué auprès de notre population d'étude.

### Cas de Lynda

Lynda âgée de 44 ans, mariée depuis 4 ans, elle n'a pas d'enfants, et ayant un niveau d'instruction de 4<sup>ème</sup> année primaire, femme au foyer, soignée par l'hémodialyse depuis 6 mois.

### 1-Les données de l'entretien

#### 1-La santé physique antérieure et actuelle

- **Santé antérieure et actuelle**

Durant l'entretien Lynda était calme, elle était prête à nous parler et de s'exprimer sur son état de santé en toute franchise, le contact avec elle était facile.

Lynda était en très bonne santé physique, mais avec la découverte d'un « cancer du sang » son état s'est dégradé et de nouvelles complications sont apparues comme l'insuffisance rénale chronique (IRC) avec la nécessité d'hémodialyse. Elle a été hospitalisée plusieurs fois. Elle s'exprime : « cette maladie qui m'a conduit à cette machine »<sup>1</sup>.

- **Complications, autres maladies et facteurs héréditaires**

Sa maladie n'est pas héréditaire, son insuffisance rénale chronique (IRC) est la complication de son cancer du sang. Parmi les signes cliniques fréquents qu'elle présente une : fatigue chronique, des vertiges et une anémie.

- **La relation entre les événements traumatiques et la maladie**

Pour ce point, elle a exprimé le choc reçu à la découverte du cancer de sang qui est difficile à digérer. Elle a déclaré : « l'annonce de cette maladie est le plus mauvais souvenir pour moi »<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Lahak ayi iydisawten ghatmachintayi

<sup>2</sup> Asmi iydenan tehalket ,tayi ilhadja ndiri ghor

## 2- La santé psychologique

- **Les événements importants dans la vie du patient**

Lynda n'avait pas d'événements importants à raconter à part les jours de son mariage.

- **Les caractéristiques de la vie onirique du patient**

Avant cette maladie, elle dormait bien, elle avait un sommeil réparateur. Depuis sa mise en hémodialyse Lynda souffre des perturbations du sommeil, elle révèle « à part le jour de la dialyse, je dors très mal avec des perturbations de sommeil »<sup>3</sup>. Lynda ne fait pas de rêves en dormant mais des cauchemars, ce qui est expliqué par P. Marty, « on peut penser que le malade ne se souvient pas de ses rêves, soit par manque d'intérêt soit par une résistance à en révéler les contenus. Autrement dit, cette notion d'absence des rêves correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles créant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration onirique ». Lynda utilise le refoulement de ses sentiments comme un moyen de défense.

- **Les projets d'avenir de la patiente**

Lynda s'exprime avec émotions en utilisant un langage très simple et direct. Pour les futur projets, elle est optimiste et souhaite faire la greffe rénale et d'avoir des enfants, elle déclare : « je veux avoir des enfants mais ça ne se réalisera qu'après la greffe rénale »<sup>4</sup> elle ajoute « la greffe présente pour moi le grand bonheur »<sup>5</sup>, sa sœur a proposé de lui donner un rein, mais à cause de son cancer du sang, cette greffe n'est pas possible.

## 3-Les caractéristiques de la relation d'objet

- **Relation avec la famille et le personnel hospitalier**

La relation avec les proches et même avec ceux de l'équipe soignante est bonne. Elle reçoit des visites chez elle.

---

<sup>3</sup>As la dialyse ganegh , madhosan nayet khati

<sup>4</sup> Vghigh edarya ,mais alma khemagh la greffe

<sup>5</sup> La greffe ghorî ,dhelfarh

- **Nature de la relation affective avec le conjoint**

La relation affective avec son mari est très bonne, il évoque son grand soutien dans ces moments difficiles. Elle déclare « il a fait tous ce qu'il faut pour moi, je le trouve toujours à mes côtés »<sup>6</sup>.

#### **4-Nature et caractéristiques de la relation sexuelle avec le conjoint**

Elle a évoqué une différence par rapport à son état antérieur de sa maladie en soulignant «ah, bien sûr, il y a une différence par rapport à l'année passée»<sup>7</sup>, elle a une perte de désir, une frigidity sexuelle et un manque d'orgasme, mais l'essentiel pour elle c'est de satisfaire le besoin de son mari. Elle a dit : « je fais tous ce que je peux pour lui, même si avec des difficultés »<sup>8</sup>. Ses rapports sexuels avec son conjoint ne sont pas très fréquents. De son coté, son mari est compréhensif et il ne réclame pas de faire ces rapports.

### **Résumé de l'entretien**

D'après les donnée de l'entretien ; Lynda s'exprime avec effroi, elle est calme. Concernant le coté sexuel on a constaté que la dialyse influence négativement sur cette fonction .Elle s'exprime d'un ton de gravité extrême de la chose, elle présente un manque dans la relation sexuelle , elle dit « ses rapports ne sont pas fréquents»<sup>9</sup>, elle a une perte de désir suite à un manque d'orgasme ainsi qu'une frigidity, et des complications notamment la perturbation de son cycle menstruel et cela depuis son début en hémodialyse.

### **2-Analyse du test TAT (cas Lydia)**

- **Planche1**

17" ....Akchiche etaf akaroyis ,weyi dhitodhanis , athan itkhamime dhaya isnagh .54"

**Procédés** : Silences importants intra-récit CP(1) ; Description avec attachement A2(1) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17) ; Motif de conflit non

<sup>6</sup> Ikhedhem lwajvis ghor ,tafaghth ghthamaw

<sup>7</sup> Ih machi kif kif amisegasen iaadan

<sup>8</sup> Ekhedmagh ayen igalan feli ,même ci ozmirghara

<sup>9</sup> Onetilara amzik lwahi

précisé CP(4) ; Critique de soi CN(9).Fausses perceptions E(1) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2 (-)

**Problématique :** La problématique de la situation d'imaturité fonctionna été perçue mais et elle n'a pas été traitée, par le recours de la patiente au procédés de contrôle description avec attachement, et le conflit, et les procédés narcissiques, critique de soi et l'évitement de conflit, tendance à la constriction et refus de traitement.

- **Planche 2**

20"...Tamatouth thataf thikthoubine, mayela dhewayi dhargaz ekhedam lka3aynes afelah tayi idhelkhedhmas 1 '41"

**Procédé :** Silence important intra-récit CP(1) ; Description avec attachement A2(1) ; Scotomes d'objets manifestes E(1); Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** la problématique de triangulation œdipienne est perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente aux procédés d'évitement de conflit, silence intra –récit, ainsi au procédé de contrôle description avec attachement.

- **Planche 3BM**

3"... wayi dargaz awah khati dakchich damezyan ,ehzan akhater dhatelav ,meskin 41"

**Procédés :** Annulation A2(9) ; Expression verbalisée d'affects nuancés, modulés par le stimulus B1(4) ; Idéalisation d'objet, négative CM(2) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique dépressive a été perçue et traitée, par le recours de la patiente aux procédés labiles, expression verbalisée d'affecte modulée par le stimulus, et les procédés antidépressifs, idéalisation d'objet à valence négative, ainsi les procédés de conflit tendance à la restriction.

- **Planche 4**

10"....Tameth dorgazis ,mais argazayi evan ifka3 mlih fethmetothis migaklev akaroyis ,etvan netath thetehibith neta khati 1'24"

**Procédés** : Silence important intra - récit ; CP(1) ; Description avec attachement A2(1) ; Expression verbalisée d'affects forts au exagérés B2(4) ; Représentations contrastées B2(6).

**Lisibilité** : type 1(+)

**Problématique** : La problématique conflictuel été perçue et traitée par la patiente, par son recours aux procédés contrôle, description avec attachement et procédés labiles, expression verbalisée d'affect exagéré, représentation contrastée.

- **Planche 5**

20".... Tameth theldi thaworth ,thetalay mayelahed ,thetalay ghalvazeni nagh khati ? .dhaya ezemragh 41"

**Procédés** : Silences importants intra - récit CP (1) ; Description avec attachement A2 (1) ; Demandes faites au clinicien CC (2) ; Critique de soi CN (9) ; Tendance générale à la restriction CP (2).

**Lisibilité** : type 1(+)

**Problématique** : Problématique de l'image maternelle est perçue et traitée par le recours de la patiente aux procédés de contrôle, description avec attachement, ainsi les procédés d'évitement de conflit, critique de soi, tendance générale à la restriction.

- **Planche 6 GF**

16"... Ah argaz tmetothis wakila ....tnaghen, dhaya ezemragh adinigh 1'24"

**Procédés** : Silences importants intra-récit CP (1) ; Description avec attachement A2(1) ; Précaution verbale A2(3) ; Expression 'crués' liée à une thématique sexuelle ou agressive E(8) tendance générale à la restriction ; CP(2).

**Lisibilité** : type 3 (±)

**Problématique :** La problématique hétéro sexuelle n'a pas été perçue et traitée dans sa version agressive par le recours de la patiente aux procédés de contrôle à la description avec attachement, et aux procédés de l'émergence processus primaire expression « crue » liée à la thématique agressive.

- **Planche 7GF**

21" ...Tametoth dilis ,(mimique ) ah yazman emas tehadrased,tehadrased fesalas elis teklev akaroyis ,awah othetehibara imas aken isthevgha salha 1'11 "

**Procédés :** Description avec attachement A2(1) ; Mimique CC(1) ; Élément de type formation réactionnelle A2(10) ; Présentation contrastée, alternance entre des états émotionnels opposés B2(6).

**Lisibilité :** type 1 (+)

**Problématique :** La problématique de la relation mère fille et perçue et traitée par le recours de la patiente aux procédés de contrôle, description avec attachement et élément de formation réactionnelle, ainsi les procédés labiles représentation contrastée.

- **Planche 9GF**

14 " ... Sourit, tamatouth thataf yer ifasnith thiktoubine, atan thetzazal dafir ntamatouth natnine akan atawthit (sourire) iban tamyassamant.1 '29 "

**Procédés :** Silences importants intra-récit CP(1) ; Mimique CC(1) ; Description avec attachement A2(1) ; Accent porté sur le faire CF(3) ; Mimique CC(1) ; Indication du thème au stimulus abstraction, symbolisme E(7).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique de la rivalité féminine a été perçue et traitée par le recours de la patiente aux procédés de contrôle, avec attachement et l'accent porté sur le faire, ainsi le processus d'émergence de processus primaire, indication de thème au stimulus abstraction symbolisme.

- **Planche 10**

10"...Deux couples temreba3en, (sourire) tvanen temhibine 52 "

**Procédés :** Description avec attachement A2(1) ; Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle, symbolisme transparent B2(9) ; Mimique CC(1) ; Expression verbalisée d'affacts B1(4) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique de la relation libidinale est perçue et traitée par le recours de la patiente aux procédés de contrôle avec attachement, les procédés labiles érotisation des relations thématiques sexuelles, symbolisme transparent, expression verbalisée d'affect exagéré.

- **Planche 11**

11"...ah wayi o3limghara dachoth , ofhimagh kra ozmirghara akemdesfahmegh dachoth .50"

**Procédés :** Silences importants intra-récit CP(1) ; Critiques de soi CN(9) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 3(±)

**Problématique :** La problématique génitale n'a pas été perçue ni traitée par le recours de la patiente aux procédés narcissiques et procédé d'évitement de conflit, tendance refus.

- **Planche 12BG**

...5 ".sourire thayi dhelghava ,thechor dadhfel , ah khati dhlevhar akhater thela taflokth dhayi . 1'10 "

**Procédés :** Mimique CC(1) ; Description avec attachement A2(1) ; Accent porté sur la qualité sensorielle CN(5) ; Annulation A2(9) ; Description avec attachement A2(1).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** la Problématique dépressive a été perçue et elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente aux procédés d'urgence au processus primaire fausse perception, annulation procédé des contrôles description avec attachement.

- **Planche 13 BG**

14" ...wayi dakchich damezyan evad , khati khati ikim gh theworth et3asa had 53 "

**Procédés :** Description avec attachement A2(1) ; Annulation A2(9) ; L'idéalisation de l'objet CM(2) ; Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet CM(1) ; Motif de conflit non précisés CP(4).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique dépressive a été perçue et traitée par le recours de la patiente aux procédés de contrôle description avec attachement, et les procédés antidépresseurs sur investissement de la fonction détaille et les procédés motifs de conflit non précisés.

- **Planche 13MF**

5" ... tayi tametho thetlak gosso ... ozmirghara amdinigh mayenghate....themoth dargaziss ityenghan 1'6"

**Procédés :** Description avec attachement A2(1) ; Silences importants intra-récit CP(1) ; Critiques de soi CN(9) ; Silences importants intra-récit CP(1) ; Représentations massives liées à toute problématique (la mort) E(9).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique de la sexualité a été perçue et traitée dans son pôle agressif par le recours de la patiente aux procédés de contrôle description avec attachement et aux procédés d'urgence au processus primaire et représentation massive liée à la problématique.

- **Planche 19**

20" .....ofhimghara oaalimghara, oaalimghara dachoth wayi dhaya 50"

**Procédés** : silences importants intra-récit CP(1) ; Critique de soi CN(9) ; Romachage A2(8) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité** : type 3(±)

**Problématique** : La Problématique prégénitale n'a pas été perçue ni traitée par la patiente le fait de recours de la patiente aux procédés narcissiques critique de soi ainsi procédés de l'évitement de conflit, tendance du refus.

- **Planche 16**

15" ...dhayi olch dacho adinigh ...tawarkate tachevhante, dhelhadja laali 1'5"

**Procédés** : Silences importants intra-récit CP(1) ; Critique de soi CN(9) ; Silences importants intra-récit CP(1) ; Indication du thème au stimulus abstraction, symbolisme E(7).

**Lisibilité** : type 2(-)

**Problématique** : Problématique prégénitale a été perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente aux procédés d'évitement de conflit, ainsi procédés narcissiques critique de soi.

### 3-L'analyse du protocole du TAT cas de Lynda 44 ans

- ✓ **La première impression de l'ensemble du protocole**

La patiente a traité toutes les planches du TAT. Le récit était pauvre dans le contenu par le recours de la patiente aux procédés d'évitement du conflit, à la dernière planche (16) Lynda a perçu la planche comme une feuille qui est un objet positif son récit était limité suite à l'intervention des procédés d'évitement du conflit, silence important intra-récit et la tendance à la restriction

- ✓ **Les procédés d'élaboration du discours dans l'ensemble du protocole**

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes, on observe la prédominance des procédés d'évitement de conflit (C) avec un pourcentage C %26 ,22 les procédés phobiques prédominent suivi par les procédés narcissiques, en deuxième

position les procédés de la série du contrôle (A) avec un pourcentage de A % 13,11. Les procédés de labilité (B) avec un pourcentage B% 4,14, le même pourcentage pour les procédés d'émergence en presseuse primaire (E) E %4,14.

- ✓ **La lisibilité** : type 1(+)
- ✓ **Les problématiques globales**

#### **a- La problématique œdipienne**

La majorité des planches œdipiennes sont traitée par Lynda la planche 4,5 ,7 GF, 10,13 MF .Par contre la planche 1 de la problématique de la situation immaturité fonctionnelle devant l'objet d'adulte n'a pas été traitée , par l'introduction des procédés du conflit , temps de latence important suivi par un procédés d'émergence en processus primaire , scotome d'objet manifeste suivi par les procédés d'évitement du conflit non précise. La planche 2 de la ambulation œdipienne perçue mais pas traitée à cause de recours au procédés d'évitement de conflit , temps de latence important , et les procédés d'émergence en processus primaire , scotome d'objet manifeste , quant à la planche 6 GF la planche hétérosexuelle n'a pas été perçue ni traitée par le recours au procédés d'évitement du conflit temps de latence important et intra-récit , les procédés d'émergence en processus primaire , expression « crue » liées a une thématique agressif .

#### **b-La problématique dépressive**

La planche 3BM a été traitée par la patiente dans sont contexte dépressif, en faisant recours au procédés antidépressifs, idéalisation d'objet à valence négative, quant à la planche 12 BG perçue mais n'a pas été traitée, par le recours au procédé de comportement, et les procédés narcissiques, accent porté sur la qualité sensorielle, la planche 13 B perçue et traitée par le recours de la patiente au procédés antidépressifs sur investissement de la fonction d'objet négatif.

#### **c-La problématique prégénitale (archaïque)**

Les planches 11 et 19 non pas perçues ni traitées par Lynda, par le recours aux procédés narcissiques, critique de soi, et la tendance de la restriction. Par contre la planche 16 concernent la manière dont Lynda structure ses objets privilèges et au

relation qu'elle établit avec eux, car elle a décrit la planche comme une feuille blanche, son récit a été l'émit, suite à une intervention des procédés d'évitement du conflit, silence intra-récit et la tendance à la restriction.

**Résumé du TAT**

Donc à partir du protocole TAT, la vie relationnelle de Lynda est gérée par les mécanismes suivants ; représentations contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés, l'expression verbalisée d'affects avec l'évitement de conflit .Ces mécanismes sont utilisés dans sa vie sexuelle puisqu'il s'agit d'une relation.

**Tableau N°4 :** Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas de Lynda 44 ans

A	B	C					E
A2-1=12	B2-6=2	P	N	M	C	F	E1=2
A2-9=3	B1-4=2						E7=2
A2-3=1	B2-4=1	CP1=13	CN9=6	CM2=2	CC1=5	CF3=1	E8=1
A2-8=1	B2-2=1	CP2=6	CN5=1	CM1=1	CC2=1		E9=1
A2-10=1		CP4=2					
A2-17=1							
Σ A= 19	Σ B= 6	21	7	3	6	1	
A%=13.11	B %=4.14	Σ C=38					Σ E=6
		C%=26.22					
		Σ=69					E%=4.14
		100%					

## Cas de Fouzia

Fouzia est une patiente âgée de 50 ans, mariée à l'âge d'adolescence, mère de 2 filles et 02 garçons, elle a arrêté ses études en 6<sup>ème</sup> année primaire, femme au foyer

### 1-Les données de l'entretien

#### 1-La santé physique antérieure et actuelle

- **Santé antérieure et actuelle**

Durant l'entretien Fouzia était à l'aise, elle a répondu à toutes les questions sans retenu.

D'après les données de l'entretien, Fouzia a découvert sa maladie depuis 16 ans. Ça a commencé par hypertension artérielle (HTA). Puis traitée par l'hémodialyse pour son insuffisance rénale chronique (IRC), et pour son Suite à cette dernière, Fouzia a eu des complications oculaires et une baisse importante d'acuité visuelle. Son bilan montre une augmentation de l'urémie et la créatinémie ce qui nécessite une épuration extrarénale (l'hémodialyse). Le non-respect du régime alimentaire a aggravé les signes cliniques et elle présente une augmentation de la phosphorémie.

- **Complications, autres maladies et facteurs héréditaires**

La maladie de Fouzia n'est pas héréditaire, c'est une complication de son hypertension artérielle (HTA), elle présente aussi des signes cliniques de difficulté de respiration, une fatigue chronique et parfois des éruptions cutanées. Elle déclare : « je me sens fatiguée et malade au quotidien »<sup>10</sup>.

- **La relation entre les événements traumatiques et la maladie**

L'annonce de la maladie était un choc traumatisant pour elle, elle pense souvent à ses enfants et à la mort elle déclare : « j'ai peur de mourir et laisser mes enfants »<sup>11</sup>.

### 2-La santé psychologique

- **Les événements importants dans la vie du patient**

Fouzia déclare : « j'ai aucun événement important dans ma vie, elle refuse de nous partager ses souvenirs »<sup>12</sup> elle insiste : « non non je n'ai pas de souvenir »<sup>13</sup>, qui est un mécanisme de déni, qui fait partie des mécanismes de contrôle .

<sup>10</sup> Tehossogh iymaniw aayigh kolas

<sup>11</sup> Tegadhegh adhemthagh adedjagh daryaw

- **Les caractéristiques de la vie onirique de la patiente**

Depuis qu'elle est malade, le sommeil de Fouzia est perturbé. Elle déclare : « je ne dors pas, surtout les dernier temps je ne dors plus »<sup>14</sup>.

- **Projets d'avenir de la patiente**

La patiente n'a pas de souvenirs à raconter, et pour les projets d'avenir, elle est pessimiste, même pour une greffe rénale. Elle déclare «il n'y a aucun espoir, personne ne me propose cette démarche et il y a un manque de donneurs malheureusement ici en Algérie »<sup>15</sup>.

### **3- Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle**

- **Relation avec la famille, milieu hospitalier et professionnel**

La relation de Fouzia avec sa famille est réticente caractérisée par un manque de communication, elle n'est pas bien entourée. Sa petite et grande famille la délaissent. Elle s'isole et évite de communiquer avec les autre, elle déclare : «Je me retire un peu, ça je me fatigue»<sup>16</sup>.

### **4-Nature de la relation affective avec le conjoint**

Sur le plan sexuel, elle s'exprime avec effroi, Le désir sexuel de Fouzia est diminuée. Elle ne sent pas un désir sexuel envers son conjoint. En lui demandant est-ce qu'elle a un désir sexuel envers son mari, sa réponse est « non, ce n'ai pas comme avant »<sup>17</sup>. Fouzia présente une frigidity sexuelle.

### **Résumé de l'entretien**

D'après l'entretien on a constaté que Fouzia souffre de troubles de sommeil et d'une carence affective. En ce qui concerne sa vie sexuelle elle présente une frigidity sexuelle par la baisse de désir qui a commencé dès le début de sa maladie. Aussi son cycle menstruel est perturbé suite à son atteinte. Sa relation avec son conjoint est perturbée plein de problèmes à cause de ce sujet.

## **2-Analyse du test TAT (cas Fouzia)**

<sup>12</sup> Odesaadaghara gadenithiw lahwayen igaaazizan

<sup>13</sup> Khati khati osaaighara asmkekthi

<sup>14</sup> Oganghara surtout osanayi

<sup>15</sup> Olch asirem ,oydini had ,olch dhayi menho aydifken tiyzalte

<sup>16</sup> Aywak iaayigh ,jebdhegh imaniw

<sup>17</sup> Khati machi amayen iaadan

- **Planche 1**

13 "...wakila dakchich ihadar wakil g telephone ..... o3limghara dacho igkhedam awah khati machi dh teliphon dhakhemam igatkhemim 1 '38"

**Procédés :** Précautions verbales A2(3) ; Perception sensorielle E(5) ; Fausses perceptions E (4) ; Silences importants intra-récit CP(1) ; Critique de soi CN(9) ; Annulation A2(9) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17) ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP(4).

**Lisibilité :** type 2(±)

**Problématique :** La problématique de la situation d'immaturation fonctionnelle devant l'objet d'adulte, elle n'a pas été perçue par la patiente, le fait de son recours aux précédés de la série E d'émergence en processus primaire (fausse perception), et la perception sensorielle et son recours aux précédés narcissique (la critique de soi) ainsi elle clôture son histoire par les précédés de l'évitement du conflit (motif des conflits non précisés) qui a empêché son traitement.

- **Planche 2**

5 "...Tametoth g lavhar ,argaz edem tassenarth itseyidh lhoth dhelkothis, thametoth ayi nayet ozrighara dacho ithkhedam 1 '2"

**Procédés :** Fausses perceptions E (4) ; Critique de soi CN(9) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique de triangulation œdipienne, perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours aux précédés de processus primaire, fausse perception « lavhar idem tassenarthe » critique de soi, chose qui n'a pas permis son traitement.

- **Planche 3BM**

11"...Akchiche athan iketav ,khati iresam dhaya ifahmegh zyes 55"

**Procédés :** Fausses perceptions E(4) ; Silences importants intra-récit CP(1) ; Annulation A2(9) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 3(-)

**Problématique :** La problématique dépressive n'a pas été perçue par la patiente par le recours aux procédés d'émergence au processus primaire / fausse perception, et au procédé de d'évitement de conflit, tendance générale a la restriction, la chose qui a entravé son traitement.

- **Planche 4**

18 "... argaz tmetothis, neta iyen nagh ivgha adhiroh netath thetfithid c tout 57"

**Procédés :** Silences importants intra-récit CP(1) ; Description avec attachement A2(1) ; représentation contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés B2(6) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2 (+)

**Problématique :** La problématique conflictuelle de couple et perçue et traitée par le recours de la patiente aux procédés de contrôle, description avec attachement, ainsi les procédés de la série labile, alternance entre les états émotionnel opposé.

- **Planche 5**

18" ... La chambre nodam ,thela la vayoze ,thametoth theldi thaworth dekra ithetehawis 1'10"

**Procédé :** Évocation d'éléments anxiogènes suivis aux précédés d'arrêts dans le discours CP(6) ; Description avec attachement A2(1) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17) ; Motifs de conflit non précisés CP(4).

**Lisibilité :** type 2 (+)

**Problématique :** La problématique de l'image maternelle perçue et traitée, le recours de la patiente aux procédés de la série A du contrôle, la description avec attachement ainsi l'accent porte sur les conflits intra- personnels, ainsi le procédé de l'évitement de conflit, motif de conflit non précis.

- **Planche 6GF**

14"...Tametoth, thetmagéni ,wisen dacho ithetmajinin aka , O3limghara dacho ithekhedam dhaya 58"

**Procédés :** Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17) ; Motifs de conflit non précisés CP(4) ; Critique de soi CN(9) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 3(±)

**Problématique :** La problématique hétérosexuelle n'a pas été perçue ni traitée par le recours de la patiente, au procédés de l'évitement des conflits motifs des non précise et les procédés narcissiques la critique de soi.

- **Planche 7GF**

16"...O3limghara dhayi...takchichth wahi dhimas ,imas tehadrased netath iroh lbalis thetmagéni 44"

**Procédés :** Critique de soi CN(9) ; Silences importants intra-récit CP(1) ; Description avec attachement A2(1) ; Représentation contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés B2(6) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17).

**Lisibilité :** type 2 (-)

**Problématique :** La problématique de la relation mère fille est perçue par l'utilisation des procédés de contrôle de description avec attachement aux détails, l'accent sur les conflits et les procédés labiles, représentation contrastée qui a empêché son traitement.

- **Planche 9 GF**

14 "...Takchichthe wahi deymas ,matayi dhimas tesad asendahdher fekra ,ozrighara facho exact 49"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; Motifs de conflit non précisés CP(4) ; Accent porté sur les conflits intre- personnel A2(17) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique** : elle est perçue, la problématique de la rivalité féminine, des procédés de contrôle, description avec attachement aux détails, tendance générale à la restriction et son recours au procédés de conflit qui a empêché son traitement.

- **Planche10**

15" ...Ossinghara dachothé wayi ! ,etchavah ghalvaz ....Non khati dargaz ....dhargaz nagh dhelvaz ? 1'3"

**Procédés** : Silences importants intra-récit CP(1) Critique de soi CN(9) ; Fausses perceptions E(4) ; Silences importants intra-récit CP(1) ; Annulation A2(9) ; Annulation CP(1) ; Représentation contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés B2(6) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité** : type 3(±)

**Problématique** : La problématique de la relation libidinale, elle n'a pas été perçue ni traitée par le recours de la patiente, aux procédés d'évitement de conflit silence intra récité et les procédés narcissiques, critique de soi, les procédés labiles représentation contrastée.

- **Planche 11**

20 "...Imagine .....,thayi ozrighara dachote 55"

**Procédés** : Demandes faites au clinicien CC (2); Silences importants intra-récit CP (1) ; critique de soi CN(9) ; Tendance refus. CP(5) ;

**Lisibilité** : type 3(±)

**Problématique** : La problématique archaïque n'a pas été perçue ni traitée par le recours de la patiente aux procédés d'évitement conflit, critique de soi, tendance de refus.

- **Planche 12BG**

10" ...Chghal nelghava ,argaz itehofo adikas kra gachajra wathisras gwayi galkaaa 51"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; Silences importants intra-récit CP(1) ; Introduction de personnage non figurant dans sur l'image B1(2) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique dépressive suggérée par cette planche elle a été perçue, mais n'a pas été traitée par le recours des procédés labiles, introduction des personnages non figurés dans la planche et les procédés de l'évitement de conflit, silence important intra-récit et la tendance générale à la restriction.

- **Planche 13B**

9"...Akchich ifghad ghthevorth nvara ,itkhemim kan olach dacho adhikhedham 37"

**Procédés :** Description avec attachement A2(1) ; Accent porté sur le conflit intra-personnels A2(17) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique dépressive est perçue par la patiente aux procédés de contrôle, description avec attachement, et elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente, aux procédés de l'évitement de conflit, tendance générale à la restriction.

- **Planche 13MF**

15"...Argaz itaf akaroyis , ahnan ifasnins ,matayi thametothis atan tyen ,theklev ,theyan 1 '6"

**Procédés :** Description avec attachement A2(1) ; Erotisation des relations, Symbolisme transparent B2(9) ; Romachage A2(8) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique de la sexualité a été perçue et traitée par le recours de patiente aux procédés de contrôle, description avec attachement et le procédés labiles symbolique transparence.

- **Planche 19**

5 "...3elmegham dachoth ! ..... akhite 40 "

**Procédés :** Critique de soi CN(9) Silence importants intra-récit CP(1) ; Tendance générale à la restriction CP(2) ; Tendance refus CP(5).

**Lisibilité :** type 3(±)

**Problématique :** La problématique archaïque n'a pas été perçue ni traitée par le recours de la patiente aux procédés de conflit, tendance de refus.

- **Planche 16**

5" ..Mimique odyosi kra ghokaroyiw, dhelfaregh 1'6"

**Procédés :** Silence importants intra-récit CP(1) ; Critique de soi CN(9) ; Silence importants intra-récit CP(1) ; Indication du thème au stimulus abstraction, symbolique hermétique E(7).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique archaïque a été perçue mais elle n'a pas été traitée au recours aux procédés de l'évitement de conflit, tendance de refus.

### 3-L'analyse du protocole du TAT cas de Fouzia 50ans

- ✓ **La première impression de l'ensemble du protocole**

La patiente a perçue et traitée la planche conflictuelle de couple par l'introduction des représentations contrasté et la description avec attachement , par introduction des procédés d'évitement de conflit , la planche 5 de l'image maternelle et perçue par l'introduction des procédés phobiques par évocations des éléments anxigènes , et le recoure aux procédés de control , description avec attachement , la planche 13 MF perçue et traitée par le procède labile érotisation des relations , symbolisme transparent , quant la planche 16 elle a été perçue mais Fouzia elle n'a développée par l'introduction des procédés phobique , silence important et les procédés narcissiques , critique de soi et les procédés de processus primaire , abstraction .

✓ **Les procédés d'élaboration du discours dans l'ensemble du protocole**

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présents , on observe la prédominance des procédés d'évitement du conflit , avec un pourcentage de C % 25,46 , dans les procédés les plus dominant sont les procédés de phobique , puis les procédés narcissique ( CN) , en deuxième position les procédés de contrôle avec un pourcentage de A % 12,06 , les procédés d'émergence en processus primaire viennent à la troisième position avec un pourcentage de E % 4,35 , en fin les procédés de la série labiles (B) % 3,35 .

✓ **Lisibilité** : type 3(±)

✓ **les problématiques globales**

**a- La problématique œdipienne**

Les planches perçue et traitée , la planche conflictuelle de couple 4 , par l'introduction des personnages non figurantes dans la planche , la planche de l'image matinale par l'introduction des procédés de control , accent porté sur le conflit et la planche 13 MF de la sexualité , par le recoure de Fouzia au procédé labile , érotisation des relations symbolisme transparent , les planches perçue mais n'a pas traitée il s'agit de la planche tribulation œdipienne par l'introduction des procédés d'émergence en processus primaire , fausses perception , la planche de la relation mère fille et perçue mais pas traitée par l'introduction des procédés phobique , et les silence intra-récit , et procédés de contrôle , accent porté sur le conflit intra-personnelle , les planche non perçue non traitée , la planche d'immaturité fonctionnelle et longions de castration , par le recoure de la patiente aux procédés de contrôle percutions verbale et les procédés d'émergence en processus primaire fausses perception , la planche 6GF hétérosexuelle n'a pas traitée par le recoure aux procédés d'évitement du conflit et les procédés narcissique critique de soi , quant a la planche 10 la relation libidinal n'a pas été traitée par Fouzia , par le recoure aux procédés d'émergence au processus primaire , fausses perception et le procédé narcissique critique de soi .

**b– La problématique dépressive**

Fouzia n'a pas perçue ni traitée la problématique dépressive 3BM parle recours aux procédés d'émergence en processus primaire, fausse perception, et au procédés de d'évitement du conflit tendance à la restriction. La 12BG perçue et non traitée par l'introduction aux procédés labiles, introduction des personnages, non figurant sur l'image et les procédés de l'vitement de conflit tendance à la restriction. la PL13B, la problématique dépressive perçue mais n'est pas traitée par la tendance à la restriction.

**c– la problématique pré-génitale (archaïque)**

Dans la planche 16 qui concerne la manière dont Fouzia structure ses objet privilégie et les relation qu'elle établit avec eux , n'a pas été traitée par l'introduction des procédés phobique , temps de la tance important , suivie par les procédés narcissique critique de soi , quant a la planche 11 ni pas perçue ni traitée au recoure aux procédés du conflit temps de latence important et les procédés narcissique critique de soi , dans la planche 19 Fouzia introduire les procédés narcissique et les procédés d'évitement du conflit , tendance refus .

**Résumé du TAT**

Donc a partir de Protocol du TAT, la vie relationnelle est traitée par les mécanismes suivants ; représentations contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés, érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. Ces mécanismes montrent l'intérêt que porte Fouzia à ce coté de sa vie sexuelle qui est perturbée.

**Tableau N°5 :** Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas Fouzia 50 ans

A	B	C					E
A2-1=7	B2-6=3	CP	CN	CM	CC	CF	E4=4
A2-17=6	B1-2=1						E5=1
A2-9=3	B2-9=1	CP1=12	CN9=8		CC1=1		E7=1
A2-3=1		CP2=10	CN6=1				
A2-8=1		CP4=4					
		CP5=2					
$\Sigma A = 18$	$\Sigma B = 5$	18	9		1		
A%=12.06	B %=3.35	$\Sigma C=55$					$\Sigma E=7$
		C%=25.46					
		$\Sigma=67$					E%=4.02
		100%					

### Cas de Nadia

Nadia âgée de 50 ans mariée à l'âge de 16 ans, mère de 3 enfants (fille et deux garçons). Femme au foyer sans niveau d'instruction. Soignée par l'hémodialyse depuis 14 ans.

#### 1- Les données de l'entretien

##### 1- La santé physique

- **La santé physique antérieure et actuelle**

Durant l'entretien Nadia était calme, le contact avec elle était facile. À partir de données de l'entretien relève que Nadia était en bonne santé physique. Le début de la maladie était par une hémorragie au niveau de l'utérus accompagnée par une hypertension artérielle. Son cas s'est aggravé par un problème rénal suite à des piqués hypertensifs mal traités. Suite à ce problème, son cas nécessitait l'hémodialyse elle suit la même conduite thérapeutique depuis déjà 14 ans.

- **Complications, autres maladies et facteurs héréditaires**

La notion d'hérédité est présente dans la famille de Nadia. Sa mère a été dialysée suite à une insuffisance rénale chronique (IRC).

Nadia a eu des complications à cause d'une hypertension artérielle non traitée, parmi ces complications on note : une insuffisance rénale chronique (IRC) et une hypertension intraoculaire qui a générée une baisse importante d'acuité visuelle, des douleurs chroniques au niveau des jambes et un manque de sommeil causé par ses douleurs.

- **La relation entre les événements traumatiques et la maladie**

À l'annonce de la maladie, Nadia sentait une tristesse, un choc, elle pleurait. Ensuite, elle a accepté progressivement sa maladie. En ce moment, elle vit une vie quasi normale.

##### 2- La santé psychologique

- **Les meilleures et le mauvais souvenir dans la vie de la patiente**

Nadia refusait de parler beaucoup sur sa vie. Elle a utilisé le mécanisme de répression de quelques événements. C'est une forme de résistance, mais en ce

moment, elle se contente de voir ses enfants : «je suis contente quand je vois toute la famille à côté de moi et même ma petite fille, elle est presque toute la journée avec moi. J'ai vécu de mauvaises situations telle que la violence conjugale, avant je vivais avec la belle famille, ça me touche quand je pense à ses années d'esclavage et de travail dur »<sup>18</sup>.

- **Les caractéristiques de la vie onirique de la patiente**

Depuis sa mise en hémodialyse, Nadia souffre des perturbations du sommeil. Elle fait des cauchemars. Selon P. Marty :« on peut penser que le malade ne se souvient pas de ses rêves, soit par manque d'intérêt soit par une résistance à en révéler les contenus. Autrement dit, cette notion d'absence des rêves correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles créant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration onirique ». (P. Marty, 1984, P.1147).

- **Projets d'avenir du patient**

Pour l'avenir, Nadia souhaite de vivre encore. Elle a un espoir : « je souhaite vivre longtemps et assister aux mariages de mes enfants. Et je souhaite voir mes enfants toujours contents »<sup>19</sup>.

### 3-Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

- **Relation avec la famille, l'entourage et hôpital**

Nadia a une bonne relation avec son entourage notamment sa famille et les proches. Elle est bien respectée dans le milieu hospitalier. Elle s'exprime : « mais moi depuis la rechute de mon état de santé, je ne veux pas parler beaucoup, je veux juste rester au salon, et voir la télévision »<sup>20</sup>. Elle déteste de communiquer avec l'extérieur « je veux rester à la maison, je n'ai pas trouvé quelqu'un à mes côtés sauf mes enfants et mon mari, aucune personne de la belle famille »<sup>21</sup>. Ce sentiment d'abandon reste gravé dans sa mémoire.

<sup>18</sup> Farhagh madhezragh akhamiw vedand ghthamaw ,ilis nemi ithetghama ,naatavegh mlih ghimgharniw mademakthigh ikarheyi woliw

<sup>19</sup> Saramagh adhaaichagh ,adhehadhreggh ilfarh lwacholiw ,mahnezragh farhagh

<sup>20</sup> Gmi ihalkegh otehibighara adhehadhreggh ,tehibigh adhfargh la télé

<sup>21</sup> Vghigh adhekimagh gokham ,oyofigh had siwa daryaw dorgaziw ,akhamiw oyofigh had

- **Nature de la relation affective avec le conjoint**

Nadia dit « La relation très bonne d'ailleurs, puisque mon mari est de ma famille et je le connais déjà "hamdollah" je vis une belle vie avec mon amour, j'ai aucun problème avec mon mari jusque à ce jour »<sup>22</sup>. La patiente exprime sa joie d'être soutenue par son conjoint et d'avoir une bonne relation affective.

#### **4-Les caractéristiques de la relation sexuelle avec le conjoint**

Nadia avait une relation sexuelle normale avec son mari, mais malheureusement cette maladie l'empêche de la vivre pleinement, elle s'exprime : « en ce moment j'ai aucun désir, une froideur, même je ne sens pas l'amour. Mais je fais le rapport sexuel juste pour satisfaire le besoin de mon mari »<sup>23</sup>.

### **Résumé de l'entretien**

D'après les données de l'entretien Nadia noue une bonne relation avec son mari sur tous les plans. Au sujet de ses relations intimes, elle révèle qu'elle fait des efforts pour satisfaire son mari, elle n'a aucun désir elle souffre d'une perte de plaisir et une frigidité sexuelle depuis 14 ans.

### **2-L'analyse du test TAT (cas Nadia)**

- **Planche 1**

2" zerreg akchich, i9im fokarci ,itaf téléphone , ..... ,irouh itkhamim 31"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails, A2(1), fausses perceptions E(4), silences importants intra-récit CP(1), accent porté sur les conflits intra personnels A2(17) ; motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP(4).

**Lisibilité :** type 2(-)

<sup>22</sup>Neki wahi dorgaziw netaaichi akeb ilak ,akval madhyili dhargaziw n la famille yno

<sup>23</sup> Galmahel oseaighara nefha ,tassemate ,yarna otehossoghara ithayri yidhes ,besah khedmeghas levghi

**Problématique :** La problématique de la situation d'imaturité fonctionnelle a été perçue mais n'a pas été traitée par le recours de la patiente au procédés de l'émergence au processus primaire « fausses perceptions », et la procédés d'évitement de conflit « motifs des conflits non précisés ».

- **Planche 2**

4 " zerregh tamoutouth ,tawid taktoubth g fosis ,tamatouth ,talay atmatouch nitan ,.....wayi wa9ila dargaz ikharaz so3idiw ikhadam tafalahth , irna thadartayi dadhrar .....tasma khadam tafalahth ,tamrarthayi thtalay argazayi ikharzan 6 '25"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2 (1), Accent porté sur le faire CF(3), silences importants intra-récit CP(1), Affect-titre CN (3), Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) CM(2) ; hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages B2(11).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique de triangulation œdipienne a été perçue et traitée par le recours de la patiente au procédés de contrôle « description avec attachement aux détails » ; et recours au procédé narcissique.

- **Planche 3BM**

1 " tayi tamoutothe ta9im gal9a3a,tasras akarouyis f al kanapie , afosis daw alcanapie, dachou dwahi tamatouth nagh dargaz nagh dakchich ,mais atbiniyid tamathouth ..... 1'4"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1),demandes faites au clinicien CC(2), hésitations entre interprétations différentes B2(6), importants intra-récit CP(1), instabilité dans les identifications B2(11), silences importants intra-récit CP (1), tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique dépressive a été perçue, elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente au procédés de contrôle description avec attachement et les

procédés labiles « instabilité dans les identifications » ; ainsi les procédés de l'évènement de conflit ; « tendance générale à la restriction ».

- **Planche 4**

4".. wayi dargaz tmatouth ,t halilith nata aklab akarouyis ogavrara.....nata ikaras ba3diyi 30"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2 (1), Représentations contrastées B2 (6), silences importants intra-récit CP (1), remâchage A2 (8), tendance générale à la restriction CP (2).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique de la relation conflictuelle de couple a été perçue et traitée par le recours de la patiente au procédés de contrôle « Description avec attachement aux détails » ; et le procédé labile contrasté.

- **Planche 5**

4"....zereghe tamatouth g le cadar .....ah.....khati .....zerregh tamatouth tchajbawazd a altoufani mayala yagan , alvase ,abou9al nalward ,mais a3limarara mayala datoufan nagh khati 43"

**Procédés :** Mise en tableau CN(9), silences importants intra-récit CP (1), annulation A2 (9), introduction de personnages non figurant sur l'image B1 (2), description avec attachement aux détails A2(1), critiques de soi CN (9), hésitations entre interprétations différentes A2(6).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique de ligne nature été perçue et traitée par le recours de patient aux procédés contrôle, description avec attachement et les procédés labiles par l'introduction des personnages non figurés hésitation entre interprétations différentes.

- **Planche 6GF**

4 " tayi ta9im fofotay takhateb takhazagh argazayi 25"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1), Scotomes d'objets manifestes E (1), Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique hétérosexuelle a été perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente ou procédés de contrôle description avec attachements, et les procédés d'évitement du conflit tendance à la restriction.

- **Planche 7GF**

7 " takchicht tamazyant ta9im zath nimas , tala3iyasad imas mais natath odat hichisara iyamas ,ta9lab akarouyis ,wis dacho iyalan gfos n takchichtani 57 "

**Procédés :** Idéalisation de l'objet CM(2), Représentations contrastées B2(6), Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP(4), Tendance générale à la restriction CP (2).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** Relation mère /fille est perçue et traite par le recours de la patiente aux procédés antidépressifs, idéalisation de l'objet (valence positive et négative) ; et les procédés labiles «Représentations contrastées ».

- **Planche 9GF**

27 "..... walah mafahmagh, ola3limagh tabourth ithaldi nagh gvara itala ,tadmat taktouth,tkhazar athmatouthani itazalan akan 1"

**Procédés :** Silences importants intra-récit CP(1), critiques de soi B1(4), Représentations contrastées B2(6) ; insistance sur le repérage des limites et des contours CN(6) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique de la rivalité féminine a été perçue et traitée au recours de la patiente aux procédés d'événements de conflit et procédé labile, les représentations contrastées aussi les procédés narcissiques « insistance sur le repérage des limites et des contours ».

- **Planche10**

12" tagras igras iralan owargazith ,w isodnis g twanzas .....tahibith.....daya ifahmagh 55"

**Procédés :** Érotisation des relations ou symbolisme transparent B2 (9), silences importants intra-récit CP(1), Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus B1(4), Tendance générale à la restriction CP (2).

**Problématique :** La problématique libidinale a été perçue et traitée dans ces procédés libidinaux par le recours de la patiente aux procédés labiles, thématique de symbolisme transparent, expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus.

**Lisibilité :** type 1(+)

- **Planche 11**

15"... labhar zathis dirzer ,alan hawla n tafloukin daya afahmagh 30"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1), Fausses perceptions E(4), Critiques de soi CN(9), tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique génitale a été perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente au procédé d'émergence au processus primaire « Fausses perceptions ».

- **Planche 12BG**

2" tebhirth ,zathis chajra ,alant tafloukin ,asif ,abran achkachman albabour azdakhal 24"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1), introduction de personnages non figurants sur l'image B1(2), tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique dépressive a été perçue mais n'a pas été traitée au recours de la patiente aux procédés de contrôle « Description avec attachement aux détails » ; et des procédés labiles « introduction de personnages non figurants sur l'image ».

- **Planche 13B**

2"... akchich dabestouh ,azath n tabourth ,italay a wavridhe , itaf itoudanis ,.....yatkhaimim 50"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1), idéalisation de l'objet (valence négative) CM(2), silences importants intra-récit CP(1), accent porté sur les conflits intra personnel A2(17) Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP(4).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique dépressive a été perçue mais elle n'a pas été traitée au recours de la patiente aux procédés de contrôle « Description avec attachement aux détails » ; « accent porté sur les conflits intra personnel », et les procédés de conflit non précisés.

- **Planche 13MF**

8 " tamatouth tagan ,argazani itgami aditil arouras ,itkhaimim,igavrara atizar ,wayi dalcader f alhit 54"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1), Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés B2 (6), Accent porté sur les conflits intra personnels A2 (17).érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent B2(9).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique de la sexualité a été perçue et traitée par le recours de la patiente au procédés de contrôle « description avec attachement aux détails » ; et le procédé labile B2(9).

- **Planche 19**

1'....afhemakh akhra, o3limarara 15"

**Procédés :** Silences importants intra-récit CP (1), critiques de soi CN (9), silences importants intra-récit CP(1), tendance générale à la restriction CP(2) ; tendance refus CP(5). Motifs des conflits non précisés CP(5).

**Lisibilité :** type 3 (±)

**Problématique :** La problématique prés –génitale n'a pas été perçue ni traitée par le recours de la patiente aux procédés de conflit, le temps de latence importante, le procédé narcissique « critiques de soi » puis tendance générale de la restriction.

- **Planche 16**

7 "...azmarerara admaginigh 2 "

**Procédés :** Critiques de soi CN(9), Accent mis sur les qualités sensorielles CN(5), Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 3(±)

**Problématique :** La problématique ni perçue, ni traitée par le recours de la patiente aux procédés d'évènement de conflit, temps de latence important, tendance de refus aussi les procédés narcissiques, critique de soi.

### 3-L'analyse du protocole du TAT cas de Nadia 50 ans

#### ✓ La première impression de l'ensemble du protocole

La patiente n'a pas traitée toutes les planches du TAT. On note que le récit des planches. La patiente n'a pas traitée toutes les planches du TAT. On note que le récit des planches a été pauvre, de recours de la patiente aux procédés d'évitement de conflit qui ont entravés la perception et le traitement des planches archaïques (prégénitale) telles que planches 11,19 et 16.

#### ✓ Les procédés d'élaboration du discours dans l'ensemble du protocole

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes, on observe la prédominance des procédés d'évitement du conflit avec un pourcentage de C 24% , dont les procédés les plus dominantes sont les procédés phobiques, puis les procédés narcissiques (CN), en deuxième position les procédés de contrôle avec un pourcentage de A% 10,27% les procédés de la série labilités (B) à la troisième position avec un pourcentage B% 8,04%, en fin les procédés de la série de l'émergence en processus primaire avec un pourcentage de E 2,07% .

#### ✓ Lisibilité : type 2(-)

#### ✓ Les problématiques globales

##### a- La problématique œdipienne

La patiente a perçue mais n'a pas traitée la problématique d'immaturité fonctionnelle dans la planche 1. Dans la planche (2) la patiente a perçue et été traitée de triangulation œdipienne par son recours aux procédés narcissiques. À la planche (4) Nadia a perçue et traité la problématique conflictuelle de couple par son recours aux procédés de contrôle, description avec attachement aux détails, et le procédé labile contrasté. La planche (5) elle a perçue et traitée la problématique de limage maternelle par le recours aux procédés labiles par l'introduction des personnages non figurés dans la planche. La planche (6GF) a été perçue mais n'a pas été traitée à cause du recours de la patiente aux procédés de contrôle, et les procédés d'évitement du conflit, tendance générale à la restriction. Dans planche (7) elle a perçue et traitée la relation

mère/fille avec le recours au procédé labile représentations contrastées. La planche (9 GF) est perçue et traitée à cause de recours de la patiente aux procédés labile. Thématique de symbolise transparent, expression verbalisée, modulée par le stimulus. Dans la planche (13 MF) elle a perçu et traité la problématique de la sexualité par le recours de la patiente aux procédé de contrôle, description avec attachement aux détails, et les procédés labiles, érotisation des relations prégnance de la thématique sexuelle.

### **b-La problématique dépressive**

La patiente a perçue mais n'a traitée la problématique dépressive dans les planches 3MB a cause de son recours aux procédés labilités, instabilité dans les identifications, et le procédé d'évènement de conflit ; dans la planche 12 BG elle a perçue mais n'a traitée la problématique dépressive à cause de son recours à la description avec attachement, et les procédés labiles, introduction du personnage non figurant sur l'image. La planche 13B, la problématique dépressive a été perçue mais n'a pas été traitée par le recours aux procédés de contrôle, accent porté sur les conflits intra personnelle, et les procédés de conflit non précisés.

### **c-La problématique pré-génitale (archaïque)**

La planche 11 a été perçue mais n'a pas été traitée à cause des procédés d'émergence aux processus primaire, fausse perceptions E(4), la planche dans laquelle la patiente n'a pas perçu ni traité le contenu latent de la planche aux procédés d'évènement de conflit, le temps de latence importante, tendance refus ainsi le procédé narcissique. La même chose dans la planche 16, elle n'a pas perçue ni traitée la problématique archaïque à cause de la recours aux procédés d'évitement de conflit, temps de latence important, tendance de refus aussi le procédé narcissique, critique de soi.

### **Résumé du TAT**

Donc a partir de Protocol du TAT, la vie relationnelle de Nadia se caractérise par l'utilisation des mécanismes suivants; représentations contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés, instabilité dans les identifications, hésitation sur le

sexe et/ou l'âge des personnages, expression verbalisée d'affects .Aussi on souligne l'évitement de conflit .Ces mécanismes révèlent l'intérêt de ce sujet pour Nadia qui fait des effort pour son partenaire sans éprouver du plaisir.Cette situation est contradictoire accentuée par l'utilisation du procédés B2 (6).

**Tableau N°6 :** Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas de Nadia 50 ans

A	B	C					E
A2-1=10 A2-17=3 A2-6=1 A2-8=1 A2-9=1	B2-6=4 B1-2=2 B1-4=2 B2-11=2 B2-1=1 B2-9=1	P CP1=11 CP2=10 CP4=2	N CN9=5 CN3=1 CN5=1 CN6=1	M CM2=3	C CC2=1	F CF3=1	E4=2 E1=1
Σ A= 16 A%=10.72	Σ B= 12 B %=8.04	23	8	3	1	1	
		Σ C=36 C%=24.12					Σ E=3
		Σ=67 100%					E%=2.01

## Cas de Karima

Karima âgée de 49 ans, mère de 3 enfants (trois garçon), elle vit avec sa belle famille, sans niveau d'instruction, femme au foyer, elle est atteinte d'une insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 10 ans, plus précisément à l'âge de 39 ans.

### 1-Les donnes de l'entretien

#### 1-La santé physique antérieure et actuelle

- **Santé antérieure et actuelle**

Durant les séances de l'entretien la patiente a bien participé au dialogue, le contact était facile. D'après l'analyse de l'état de santé antérieure, Karima se portait bien. Ensuite, elle a eu une hypertension artérielle (HTA) qui s'est aggravée vers l'insuffisance rénale chronique (IRC).

Elle déclare : « Je gère très bien ma maladie et en ce qui concerne mon régime alimentaire je n'ai pas du mal à le suivre »<sup>24</sup>.

- **Complications, autres maladies et facteurs héréditaires**

La maladie de Karima est héréditaire, sa sœur et même son frère souffrent de l'insuffisance rénale chronique (IRC).

Parmi les complications que Karima a eu : une allergie et des douleurs chroniques au niveau des jambes.

- **La relation entre les événements traumatiques et la maladie**

L'annonce de cette maladie était un choc traumatique pour elle.

#### 2-La santé psychologique

- **Les événements importants dans la vie de la patiente**

Karima déclare : « j'ai des événements importants dans ma vie comme la naissance de mon petit enfant »<sup>25</sup>, mais durant les premières années de cette maladie elle a subi un le choc, elle déclare : « c'est un cauchemar pour moi »<sup>26</sup>, elle refusait de faire la dialyse au début.

---

<sup>24</sup> Kevlagh lahlakiw, yarna khedmegh regme iw aken iglak

<sup>25</sup> Lante lahwayedj iaachegh selfarh , asmi iglol emi amezyan

<sup>26</sup> Ghorî ,dhyar tharguith

- **Les caractéristiques de la vie onirique de la patiente**

Karima a une qualité de sommeil normale même après la séance d'hémodialyse, mais elle déclare que parfois son sommeil est perturbé « quand je me sente pas bien, et quand je pense à ma santé je ne dors pas »<sup>27</sup>.

- **Les projets d'avenir de la patiente**

Karima vit une vie normale, simple, elle souhaite toujours vivre plus longtemps. Elle exprime son souhait de recevoir une greffe rénale : « je veux faire la greffe mais malheureusement je ne peux pas puisque il n'y a pas de donneur »<sup>28</sup>. Elle ajoute : « mon mari souhaite me donner un rein mais on n'est pas compatibles »<sup>29</sup>.

### 3-Les caractéristiques de la relation d'objet

- **Relation avec la famille et le personnel hospitalier**

Karima a de bonnes relations avec tous le monde (les proches, l'entourage et même avec l'équipe soignante). Elle est dynamique. Elle a trouvé le soutien de ses frères et même ses sœurs, ils sont toujours à ses côtés.

- **Nature de la relation affective avec le conjoint**

La relation avec son mari est bonne, relation amoureuse. Elle trouve un grand soutien de sa part, elle déclare : « quand je pleure, il pleure aussi »<sup>30</sup>

### 4-Nature et caractéristiques de la relation sexuelle avec le conjoint

- **Pour ce problème de sexualité**

Karima avait une bonne relation sexuelle avant la maladie, et même au début de la période d'hémodialyse. Après une année, sa relation sexuelle a commencé à se détériorer. Elle déclare : « je n'ai pas le désir de faire un rapport sexuel »<sup>31</sup>, « je n'ai aucun sentiment d'amour »<sup>32</sup>, aussi « je fais des rapports sexuels juste pour satisfaire mon mari et ne pas penser à autres choses »<sup>33</sup>.

<sup>27</sup> Mademakthi lahlakiw ,nagh madhehosagh iymaniw cv pas oganghara

<sup>28</sup> Vghigh adhkhemagh la greffe ,besah olch menho aydifken

<sup>29</sup> Argaziw ivgha aydife ,mais odnemzgara

<sup>30</sup> Madhtroughe itro yidhi

<sup>31</sup> Osaaighara nefha bach adhiligh dhorgaziw

<sup>32</sup> Otehosoghara thayri didhes

<sup>33</sup> Khedmeghas kan , levghis khater dargaziw

### Résumé de l'entretien

A partir de l'entretien on a constaté que ; le désir sexuel de Karima est diminué après une année de son atteinte par cette maladie. Elle ne présente aucun désir sexuel envers son mari, même dans les rapports intime elle est frigide et n'a aucune participation, elle vit cette incapacité comme une blessure narcissique dans sa féminité.

### 3-Analyse du test TAT (cas Karima)

- **Planche 1**

18 " zerregh akchich, asras afousis fodmis , mimique ,dachou igasars soufal i9ajarnis o3limarara dashou..... ,isras atarchon,daya idfahmagh 3'

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; mimiques CC(1) ; critiques de soi CN(9) ; motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP(4) ; silences importants intra-récit CP(1) ; fausses perceptions E(4).

**Lisibilité :** type 2(-)

**La problématique :** Problématique d'immaturation fonctionnelle est perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente aux possédés narcissiques (critique de soi), les possédés de conflit « Motifs des conflits non précisés » et les silences importants intra-récit, aussi le processus d'immaturation d'émergence primaire « fausses perceptions ».

- **Planche 2**

3 " ...itbanit amakan argaz ikheraz , o3limarara mayala dalhayawan athataf nagh khati ,zeregh itarfan .....daya idfahmagh , 2'

**Procédés :** Précautions verbales A2(3) ; description avec attachement aux détails A2(1) ; Scotomes d'objets manifestes E(1) ; hésitations entre interprétations différentes A2(6) ; silences importants intra-récit CP(1) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique de la triangulation œdipienne est perçue, mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente aux procédés d'émergence de processus primaire « Scotomes d'objets manifestes » (deux femmes), et les procédés d'évitement de conflit « silence intra-récit, Tendance générale à la restriction.

- **Planche 3BM**

1 " wayi dargaz nagh tamatouth ,i9im gal9a3a ,asras afousis f foteille , 43"

**Procédés :** Instabilité dans les identifications B2 (11) ; description avec attachement aux détails A2(1) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique dépressive a été perçue mais n'a pas été traitée par le recours de la patiente au possédé labile instabilité dans les identifications, hésitation dans le sexe et aussi les possèdes d'évènement tendance à la restriction générale.

- **Planche 4**

4" dargaz tاتفith tamatouth balak ihlakh nagh ....30"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; précautions verbales A2(3) ; perception d'objets détériorés ou de personnages malades E(6) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Problématique :** La problématique conflictuelle du couple a été perçue et traitée dans son coté libidinal par le recours de la patiente aux procédés de contrôle description avec attachement aux détails, aussi les procédés de l'émergence au processus primaire.

- **Planche 5**

3".tayi d la photo , tayi d la bibiotheque ,tayi tavayoust ila alvase ,la vayouze .....wayi dalcadare azyas tamatouth 50"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; remâchage A2(8) ; mise en tableau CN (8); anonymat des personnages CP(2).

**Lisibilité :** type 2 (-)

**Problématique :** La problématique de l'image maternelle, a été perçue, mais n'a pas été traitée au recours de la patiente au procédés de contrôles description avec attachement aussi le procédé narcissique mis en tableau.

- **Planche 6GF**

8" ... zarar argaz ,wayi dargaz nagh tamatouth ,.....wa9il tamatouth ,ih tamatouth , azgazani etalayit , itaf agarou g focice 2'

**Procédés :** Instabilité dans les identifications B2(11) ; silences importants intra-récit CP(1) ; précautions verbales A2(3) ; description avec attachement aux détails A2(1), fausses perceptions E 4.

**Lisibilité :** type 2 (-)

**Problématique :** La problématique hétérosexuelle a été perçue, et traitée par le recours de la patiente aux procédés de contrôle description avec attachement aux détails et les procédés labiles instabilité dans les identifications dans le sexe.

- **Planche 7GF**

9" zeregh tamatouth ta9im fofotay tadam alhaja g fosis , takhnad arour ta9chichtani wis dachou istahadar 30 "

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; motifs des conflits non précisés CP(4) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La relation mère fille est perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente aux procédés de conflit « motifs des conflits non précisés » et « tendance générale à la restriction ».

- **Planche 9GF**

11" zerghe yawath amakan tadm ad akhra ,mayala tayat tadm atarchon ..... tamatouthani astaba3it azdafir ,dayakan azaregh 1'

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; motifs des conflits non précisés CP(4) ; Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages B2(11) ; silences importants intra-récit CP(1) ; Accent porté sur une

thématique du style : aller, courir, dire, fuir B2(12) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** La problématique de la rivalité féminine a été perçue et traitée par le recours de la patiente aux procédés de contrôle « description avec attachement » et les procédés de l'évitement de contrôle ; « Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir ».

- **Planche10**

7" zerregh akchiche damazyan irafad afousisi bach asigar iralane ewargazani w athisudan gakaroyis 32"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; expressions verbalisées d'affects nuancés B1(4) ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) CM(2) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 1(+)

**Problématique :** Problématique libidinale et de la relation a été perçue et traite par le recours de la patiente au procédés de labilité, expressions verbalisées d'affects exagérer et les procédés antidépresseurs, idéalisation de l'objet (valence positive ou négative).

- **Planche 11**

4" izaregh akhra , o3limarara machi dasif ,zerregh alghaba ,aljisre amakan dabridhe ...55"

**Procédés :** Critiques de soi CN(9) ; hésitations entre interprétations différentes A2(6) ; description avec attachement aux détails A2(1).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique prés –génitale a été perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente au procédé narcissique « critique de soi ».

- **Planche 12BG**

3" atbiniyid dasondouk izyas lahwayaj ,zerregh chejra .....dayakan 1'50"

**Procédés :** Fausses perceptions E(4) ; description avec attachement aux détails A2(1) ; silences importants intra-récit CP(1) ; Tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2 (-)

**Problématique :** La problématique dépressive a été perçue mais n'a pas été traitée par le recours de la patiente au procédé d'émergence au processus primaire « Fausses perceptions ».

- **Planche 13B**

2" akchich dabestouh , dahafyan, ataf atadis g 9amouchis 51"

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet CM(1) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique dépressive a été perçue mais n'a pas été traitée par le recours de la patiente au procédé de contrôle « Description avec attachement aux détails ».

- **Planche 13MF**

8 " argaz ibad , tamatouyh tatlak f alcanapi tagan ,tayi tabla ,le cadre , tacanapite wahi tasumta, .....daya izeregh 1'

**Procédés :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; silences importants intra-récit CP(1) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 2(-)

**Problématique :** La problématique de la sexualité a été perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente au procédé de contrôle « Description avec attachement aux détails ».

- **Planche 19**

30" wayi le tounelle akayini o3limrara,mimiqu, dayakan .....o3limerara 1'10"

**Procédés défensifs :** Description avec attachement aux détails A2(1) ; critiques de soi CN(9) ; mimiques CC(1) ; silences importants intra-récit CP(1) ; critiques de soi CN(9) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 3(±)

**Problématique :** La problématique prégénitale n'a pas été perçue ni traitée, par le recours aux procédés narcissiques « critique de soi », ainsi les procédés de conflit intra-récit.

- **Planche 16**

2" atmaginigh akhra ..... ozmererara 1'

**Procédés :** Critiques de soi CN(9) ; silences importants intra-récit CP(1) ; critiques de soi CN(9) ; tendance générale à la restriction CP(2).

**Lisibilité :** type 3(±)

**Problématique :** La planche prégénitale n'a pas été perçue ni développée, procédés narcissiques « Critique de soi », ainsi les procédés des conflits intra-récit «silences importants intra-récit ».

### 3-L'analyse de protocole du TAT cas de Karima 49 ans

- ✓ **La première impression de l'ensemble du protocole**

Karima a traité toutes les planches de TAT. On note que certaines planches étaient riches et d'autres pauvres, recours de Karima au mécanisme d'évitement du conflit et les procédés de contrôle, et la planche 16 n'a pas été développée ni la traitée par le recours aux procédés narcissiques, critique de soi, tendance refus. Donc, Karima nous a pas parmi de connaitre les objets privilégiés.

✓ **du protocole**

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes, on observe la prédominance des procédés d'évitement de conflit (C) avec un pourcentage de C% 20,79, dont des procédés les plus dominants sont les procédés phobiques .En deuxième position les procédés de série de contrôle (A) avec un pourcentage de A % 19.63, et en dernière position les procédés d'émergence labiles (B) % 3.78, et en dernière position les procédés d'émergence en processus primaire (E) E%3.15.

✓ **La lisibilité** : type 2(-)

✓ **Les problématiques globales**

**a- La problématique œdipienne**

La majorité des planche ont été perçues et traitées , planche (1 ;2 ;5 ;7GF ;13MF),par contre les planche 4,6GF et 9GF ,10,sont perçues et traitées, dans la planche 9GF a été dans son contexte duel dans le couple a été perçue dans un contexte homosexuelle ,dans un contexte d'idéalisation d'object (valence négative ).

**b-La problématique dépressive**

La planche 3BM perçue mais elle n'a pas été traitée par Karima par le recours aux procédés de control, description avec attachement, et les procédés labiles ; instabilité dans les identifications. La planche 12 BG a été perçue mais n'a pas traitée par le recours aux procédés de control, discrétion avec attachement et au recours aux procédés de contrôle, discrétion avec attachement et recours aux procédés d'émergence en processuel primaire, fausses perceptions ,la planche 13 B perçue mais elle n' a pas traité la problématique dépressive par le recours aux procédés de control, discrétion avec attachement et les procédés d'évitement de conflits ,tendance à la restriction .

**c-La problématique pré-génitale (archaïque)**

La problématique de la planche 11 a été perçue mais n'a pas été traitée par Karima au recours aux procédés de control, discrétion avec attachement et hésitation entre les interprétations déferentes et les procédés narcissiques ; critique de soi. Quant à la planche 19, elle n'a pas été perçue ni traitée par Karima par le recours aux procédés narcissiques ,critique de soi ,et le recours au comportement ; la planche 16 n'a pas été

perçue ni traitée par le recours de la patiente aux procédés narcissiques ,critique de soi, et les procédés d'évitement de conflit ,silence intra-récit ,tendance à la restriction.

**Résumé du TAT**

Donc à partir du protocole du TAT Karima a investi le côté relationnel par l'utilisation des procédés suivants : instabilité dans les identifications, hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages, expression verbalise d'affect. Aussi, Karima a utilisé les mécanismes d'évitements de conflit par l'utilisation silence important intra récit et la tendance générale à la restriction. Ces mêmes mécanismes sont présents dans le traitement de sa problématique sexuelle.

**Tableau N°7 :** Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas Karima 49 ans

A	B	C					E
A21=13	B2-11=4	CP	CN	CM	CC	CF	E4=3
A2-3=2	B1-4=1						E1=1
A2-6=2	B2-12=1	CP2=12	CN9=6	CM2=1	CC1=2		E6=1
A2-8=1		CP1=8	CN8=1				
A2-2=1		CP4=3					
Σ A= 19	Σ B= 6	23	7	1	2		
A%=19.63	B %=3.78	Σ C=33					Σ E=5
		C%=20.79					
		Σ=63					E%=3.15
		100%					

# **Chapitre VII**

## **Discussion des hypothèses**

## Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

### ✓ La première hypothèse

**La dialyse influence négativement sur la fonction sexuelle féminine. Ces femmes souffrent de baisse de désir, insatisfaction de plaisir, frigidité sexuelle, des anomalies du cycle menstruel, en outre, les femmes ne peuvent pas mener une grossesse à terme, elles ne peuvent pas enfanter.**

Effectivement nos quatre cas ont confirmé nos hypothèses, elles souffrent toutes de troubles sexuels à des degrés différents, du désintérêt total à savoir la frigidité à des efforts pour satisfaire leur conjoint.

- **Lynda** ; d'après les données de l'entretien ; Lynda s'exprime avec effroi, elle est calme. Concernant le côté sexuel on a constaté que la dialyse influence négativement sur cette fonction. Elle s'exprime d'un ton de gravité extrême de la chose, elle présente un manque dans la relation sexuelle, elle dit « ses rapports ne sont pas fréquents », elle a une perte de désir suite à un manque d'orgasme ainsi qu'une frigidité, et des complications notamment la perturbation de son cycle menstruel et cela depuis son début en hémodialyse.

- **Fouzia** ; d'après l'entretien on a constaté que Fouzia souffre de troubles de sommeil et d'une carence affective. En ce qui concerne sa vie sexuelle elle présente une frigidité sexuelle par la baisse de désir qui a commencé dès le début de sa maladie. Aussi son cycle menstruel est perturbé suite à son atteinte. Sa relation avec son conjoint est perturbée plein de problèmes à cause de ce sujet.

- **Nadia** ; d'après les données de l'entretien Nadia noue une bonne relation avec son mari sur tout les plans. Au sujet de ses relations intimes, elle révèle qu'elle fait des efforts pour satisfaire son mari, elle n'a aucun désir elle souffre d'une perte de plaisir et une frigidité sexuelle depuis 14 ans.

- **Karima** ; A partir de l'entretien on a constaté que ; le désir sexuel de Karima est diminué après une année de son atteinte par cette maladie. Elle ne présente aucun désir sexuel envers son mari, même dans les rapports intime elle est frigide et n'a aucune participation, elle vit cette incapacité comme une blessure narcissique dans sa féminité.

✓ **La deuxième hypothèse**

**Selon le test du TAT, la vie sexuelle féminine se caractérise par des conflits interpersonnels en utilisant des mécanismes labiles qui sont : Expressions verbalisées d'affects nuancés modulés par le stimulus, représentations contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés, instabilité dans les identifications, hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages. Ces mécanismes différents en quantité et intensité d'une malade à une autre.**

Effectivement nos quatre cas ont confirmé notre deuxième hypothèse, à savoir la concordance entre les données de l'entretien et l'analyse du TAT par les procédés utilisés.

- **Lynda** ; L'analyse de protocole TAT, nous montre que la vie relationnelle de Lynda est gérée par les mécanismes suivants ; représentations contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés, l'expression verbalisée d'affects avec l'évitement de conflit .Ces mécanismes sont utilisés dans sa vie sexuelle puisqu'il s'agit d'une relation.

- **Fouzia** ; L'analyse de protocole TAT, nous montre que la vie relationnelle est traitée par les mécanismes suivants ; représentations contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés, érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. Ces mécanismes montrent l'intérêt que porte Fouzia à ce côté de sa vie sexuelle qui est perturbée.

- **Nadia** ; L'analyse de protocole TAT, nous montre que la vie relationnelle de Nadia se caractérise par l'utilisation des mécanismes suivants; représentations contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés, instabilité dans les identifications, hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages, expression verbalisée d'affects .Aussi on souligne l'évitement de conflit .Ces mécanismes révèlent l'intérêt de ce sujet pour Nadia qui fait des effort pour son partenaire sans éprouver du plaisir .Cette situation est contradictoire accentuée par l'utilisation du procédés B2 (6).

- **Karima** ; L'analyse de protocole TAT, nous montre que Karima a investi le côté relationnel par l'utilisation des procédés suivants : instabilité dans les identifications, hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages, expression verbalise d'affect. Aussi, Karima a utilisé les mécanismes d'évitements de conflit par l'utilisation silence important intra récit et la tendance générale à la restriction. Ces mêmes mécanismes sont présents dans le traitement de sa problématique sexuelle.

Les résultats de l'entretien ne se contredisent pas avec les données de l'analyse du TAT, puisqu'on constate que l'activité sexuelle se caractérise par un dysfonctionnement par rapport aux quatre cas.

Nos hypothèses concernant la vie sexuelle chez les femmes hémodialysées sont réfutables et non absolus, car les résultats de notre population d'étude, ne représente pas la population mère, de tous les malades atteints par cette maladie.

# **Conclusion générale**

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question de l'hémodialyse et son effet sur la vie sexuelle féminine des patientes hémodialysées. On se basant sur la revue de littérature et les observations constatées lors de la pré-enquête.

D'après les données de l'entretien de cette recherche, nous avons constaté que les femmes dialysées sont traumatisées au moment de l'annonce de la maladie, et cet événement conduit ces sujets à rentrer dans un état de choc psychologique. De même elles souffrent de perturbations sexuelles comme complication de la maladie. Cette perte symbolique de la féminité incite ces femmes à utiliser des mécanismes de défense pour faire face à leurs souffrances.

Comme notre sujet d'étude se focalise sur le volet relationnel, nous avons choisi comme référence théorique la théorie psychanalytique, qui aborde et traite cet aspect de réalisation l'objet dans toutes ses dimensions et de façon profonde.

Dans notre travail intitulé « la vie sexuelle chez les femmes hémodialysées », nous avons réalisé notre recherche dans l'établissement public hospitalo-universitaire de Bejaia (CHU), nous avons constaté que les troubles sexuels sont présents chez toutes femmes hémodialysées.

À partir des données de l'entretien et l'analyse de test du TAT, nous avons pu confirmer nos hypothèses de recherche,

Pour terminer, on doit signaler que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche, qu'il va rester une bonne expérience d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert beaucoup de choses aussi elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de santé.

En conclusion, nous avons pensé à des questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, et qui sont comme suit :

- Quelle est la qualité de vie sexuelle chez les femmes célibataires hémodialysées ?

- Quelle est la nature de la relation entre l'équipe soignante et les personnes hémodialysés ?

# **La liste bibliographie**

1. Anzieu,D,et chebert.c.(2004).*La méthode projective* ,paris ,France :Puf
2. Benoît, V.(2017) .*stratégie nationale de la sante sexuelle* ,paris .France
3. Bènyon,H,et Chahroui.KH ,(2013).*L'entretien clinique* ,paris, France :Dunod
4. Biotech .O, (2008).*Sexualité et l'insuffisance rénal chronique* ,Canada :FCR,(N° BR-SEXUALITY–FRE-08),4-5.
5. Boubchir,A .(2004), *Monographie sur l'insuffisance rénale chronique*. Ben aknoun, Alger : office de publications universitaire.
6. Brelet, F., et Chabert., Et Coll. (2003). *Nouveau manuel du TAT, approche*
- 7.
8. *psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
9. Chahraoui, K., Bènyon,H. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod
10. Chahraoui, Kh., Benony,H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
11. Fernandez, L. et Pedenielli, J.L. (2006). *La recherche en psychologie clinique*, Dans la recherche en soin infirmières, (N °84) ,5-6.
12. Frédéric,J.L (2008).*Sexualité et maladie chronique* :Verbaillès
13. Freud,S ,(1931).*Sur la sexualité féminine*, in la vie sexuelle, op.cit .p152 (<https://docplayer.fr/amp/6321805-La-sexualite-feminine-textes-de-freud-1931-1932.html>)
14. -Gomber.B,(2014).*Sexualité de la personne dialysée*, paris France :HUG
15. Herrin, J. (2003). *La prise en charge familiale des hémodialysés*. (Www. Researchgate. Net/publication/ 2577296286 prise en charge familiale des hémodialysés. (Consulté le 04/04/2015à 15h30).
16. Hoarau, M. (2011). *Traitement de l'insuffisance rénale, cours de formation*. In rein écho, France. Repéré à [http://www. Rein-echos.fr/ancienne version/WPcontent/.../02/cours-formation-texte.pdf](http://www.Rein-echos.fr/ancienne version/WPcontent/.../02/cours-formation-texte.pdf)
17. Hoarau, M. (2011). *Traitement de l'insuffisance rénale, cours de formation*. In rein écho, France. Repéré à ([http://www. Rein-echos.fr/ancienne version/WP-content/.../02/cours-formation-texte.pdf](http://www.Rein-echos.fr/ancienne version/WP-content/.../02/cours-formation-texte.pdf))

18. Irigaray .L. (1974), *Psychanalyse et sexualité féminine*. Les Cahiers du GRIF, (n°3), 51- 52
19. Lacroix. (2001). *Apprivoiser l'insuffisance rénale* .Canada.
20. Laurier.B,(2000). *les dysfonctionnement sexuelle* ,Québec, canada :Presses de l'universitaire Québec.
21. Lebon,L.et schawartz .(2013). *Néphrologie maladie rénale* .Paris ,France :vermazobres –Grego.
22. Lefebvre, G. (2005). «*Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplantés*».Rouen, France : In échanges de l'afidnt
23. Loitier ,J.Mariat ,C.(2012). *Epuration extrarénale aigue et chronique*. Paris France : malione
24. Lonescu,S ; et Belenchet,A.(2009). *méthodologie de la recherche en psychologie clinique* ,paris, France :Presses l'universitaire de France .
25. Moulin .B,et Noëlle ,P,M. *Néphrologie* .(2012),paris ,France :ellipses.
26. Olmer,M. (2007). *Vivre avec une maladie des reins*, dialyse et transplantation rénale.Lion : Marseille
27. Pardinielle, J.L.(2015). *L'observation clinique et l'étude de cas* ,paris ,France :Armand colin.
28. Pardinielli, J.L. (1999), *Approche de la recherche clinique en psychologie*, Recherche en soin infirmiers, (N°59) ,9.
29. Pierre .V, (1965). *La vie sexuelle de la femme*, paris .France : SPES
30. Quavauvillier, J. (2001). *Dictionnaire médicale*, paris, France : Masson
31. Quéirin .S,Valiquette ,L (2004). *la néphrologie et l'urologie* ,Québec. Canada :Malione
32. Radermacher, L. (2004). *Guide pratique de l'hémodialyse*. Liège :Chundb
33. Repère [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie\\_national\\_sante\\_sexuelle\\_pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie_national_sante_sexuelle_pdf) )
34. Roupret, M, Seisen,T.(2013). *urologie*. Paris, France : Vermazobres –Grego.
35. Ruedin,P.(2008). *sexualité et maladie chronique*. France : Janssen-cilag à Baar

## Liste Bibliographique

---

36. Shentoub, V., Et Coll. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
37. Spielberger, C. (1993). *Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y)*, Paris : ECPA 23- La Fnair. (1972), *Accompagner une personne atteinte d'insuffisance rénale chronique*, Toulouse : Novartis
38. Tribolet, S, et Shahidi M. (2005). *Nouveaux précis de sémiologie des troubles psychiques*. Paris, France : HDF

# **Annexes**

## **Annexes N°1 : Guide d'entretien en kabyle**

### **El maaloumat ig anane amoutine**

- ✓ Amek ismik ?
- ✓ Achhal g laamrik ?
- ✓ Almi danda tekrate ?
- ✓ achhal n darya itas3it ?

### **El maloumat ig anane tazmart n toura n oumoutine**

- ✓ Aywak ikamdaskhavran s lahlakhim ?
- ✓ Amek it setkevlet l khvar n lehlakhayi ?
- ✓ Lehsav im dachoutse essebba n lehlak im ?
- ✓ Tes iit el maaloumat iye anan lhlak im ?
- ✓ Achhal iverdane ith khedmet l'hemodialyse g semana ?
- ✓ Amek it ts houssout s y manikm oukvel d membaed m koul la dialyse ?
- ✓ T ttavaet aken ilak le regime n lmakla y nem ?
- ✓ Dacho imtakhdam la dialyse g hayatim ?
- ✓ Ila had go kham akmit ewanan bach atkhadmat chaghlim ?
- ✓ Sghoram l'hemodialyse dal3alit ?

### **Ayen y anane tazmart n zik n tmoutinte**

- ✓ T hellket atas di temzi ynek ?
- ✓ E ttfenk yakane gue svitar ? T khedmet aparatione ?
- ✓ Amek is koumen s y essek ?
- ✓ T essiit gue l familiak widane ihelken lehlak ynek?

### **Ayen yanane el hala net nefsit n dakhel iss**

- ✓ Amakhithosat mi mdanan atkhadmat la dialyse ?
- ✓ D gue mi t khedmet l'hemodialyse amek i guella ittess ynem ?
- ✓ Alan lahwayidj ikmaskalakan ?

## Annexes

---

- ✓ Imanho ithokout matilit tafakeàt ?
- ✓ Dachou dalhaja andiri athas3adat ?
- ✓ Dashou alhadja yelhan ?
- ✓ T e ssaramet ats khedmet la greffe rénale ?
- ✓ H edriyid e ffachou i tevghit toura ?

### **Ayen yaanane elaalaka d mettout wahi d argaz iss**

- ✓ D gue mi i t kheddemet l'hémodialyse. Amek i tella elalaka ynek d l familiake ?
- ✓ Amak atala elaalaka wahi dorgazim ? amakh igala didam akbal lahlakhayi ?
- ✓ Gue mi athalkat ,tas3it anafha bach atkhamat achghalani wahi dorgazim ?
- ✓ Madili tekamat chaghlani atsa9na3at argazim?
- ✓ Amak athazaret chaghlayi dalwajab nagh dhanefha ?
- ✓ Madili takhamat la dialyse ,tebrit atkhamat achghalayi ?
- ✓ Iniyid dachou ak atkhamimet f chralayi akbal wahi d toura ?

Annexes N°2 : Feuille de dépouillement TAT

Feuille de dépouillement du TAT (V. Shentoub et al., 1990)

Shentoub V. et al. *Manuel d'utilisation du TAT (Approche psychanalytique)*, Paris Dunod, 1990.

PROCÉDÉS DE LA SÉRIE A (Contrôle)	PROCÉDÉS DE LA SÉRIE B (Labilité)	PROCÉDÉS DE LA SÉRIE C (Évitement du conflit)	PROCÉDÉS DE LA SÉRIE E (Émergence en processus primaire)
<p>A0 Conflictualisation intra-personnelle</p> <p>A1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Histoire construite proche du thème banal</li> <li>2- Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve</li> <li>3- Intégration des références sociales et du sens commun</li> </ol> <p>A2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures</li> <li>2- Justification des interprétations par ces détails</li> <li>3- Précautions verbales</li> <li>4- Éloignement temporo-spatial</li> <li>5- Précisions éhiffées</li> <li>6- Hésitations entre interprétations différentes</li> <li>7- Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense</li> <li>8- Remâchage, rumination</li> <li>9- Annulation</li> <li>10- Élément de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.)</li> <li>11- Dénégation</li> <li>12- Insistance sur le licite</li> <li>13- Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste)</li> <li>14- Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours)</li> <li>15- Isolement des éléments ou des personnages</li> <li>16- Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré</li> <li>17- Accent porté sur les conflits intra-personnels</li> <li>18- Affects exprimés a minima</li> </ol>	<p>B0 Conflictualisation interpersonnelle</p> <p>B1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle</li> <li>2- Introduction de personnages non figurant sur l'image</li> <li>3- Identifications souples et diffusées</li> <li>4- Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus</li> </ol> <p>B2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Entrée directe dans l'expression</li> <li>2- Histoire à rebondissement, fabulation loin de l'image</li> <li>3- Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue</li> <li>4- Expressions verbalisées d'affects forts ou exagérés</li> <li>5- Dramatisation</li> <li>6- Représentations contrastées.</li> </ol> <p>Alternance entre des états émotionnels opposés</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7- Aller/retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir</li> <li>8- Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles</li> <li>9- Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent</li> <li>10- Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle</li> <li>11- Instabilité dans les identifications.</li> </ol> <p>Idéatisation sur le sexe et/ou l'âge des personnages</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12- Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, lire, fuir, etc.</li> <li>13- Présence de thème de peur, de catastrophe, de vertige, etc. dans un contexte dramatisé</li> </ol>	<p>C/P</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Tli long et/ou silences importants intra-récit</li> <li>2- Tendance générale à la restriction</li> <li>3- Anonymat des personnages</li> <li>4- Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages</li> <li>5- Nécessité de poser des questions. Tendance refus.</li> </ol> <p>Refus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6- Évocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours</li> </ol> <p>C/N</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel)</li> <li>2- Références personnelles ou autobiographiques</li> <li>3- Affect-titre</li> <li>4- Posture significative d'affects</li> <li>5- Accent mis sur les qualités sensorielles</li> <li>6- Insistance sur le repérage des limites et des contours</li> <li>7- Relations spéculaires</li> <li>8- Mise en tableau</li> <li>9- Critiques de soi</li> <li>10- Détails narcissiques. Idéalisation de soi</li> </ol> <p>C/M</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Surinvestissement de la fonction d'éclayage de l'objet</li> <li>2- Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative)</li> <li>3- Pirouettes, virevoltes</li> </ol> <p>C/C</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles</li> <li>2- Demandes faites au clinicien</li> <li>3- Critiques du matériel et/ou de la situation</li> <li>4- Ironie, dérision</li> <li>5- Clin d'œil au clinicien</li> </ol> <p>C/F</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Accrochage au contenu manifeste</li> <li>2- Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret</li> <li>3- Accent porté sur le faire</li> <li>4- Appel à des normes extérieures</li> <li>5- Affects de circonstance</li> </ol>	<p>L</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Scotomes d'objets manifestes</li> <li>2- Perception de détails rares et/ou bizarres</li> <li>3- Justifications arbitraires à partir de ces détails</li> <li>4- Fausses perceptions</li> <li>5- Perception sensorielle</li> <li>6- Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, mal formés) – l'abulation hors image</li> <li>7- Inadéquation du thème au stimulus – Abstraction, symbolisme hermétique</li> <li>8- Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou aggressive</li> <li>9- Expressions d'adfects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniacale, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.)</li> <li>10- Persévération</li> <li>11- Confusion des identités (téléscopage des rôles)</li> <li>12- Instabilité des objets</li> <li>13- Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales</li> <li>14- Perception du mauvais objet, thèmes de persécution</li> <li>15- Clivage de l'objet</li> <li>16- Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiognomies ou attitudes</li> <li>17- Craquées verbales (troubles de la syntaxe)</li> <li>18- Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'âne</li> <li>19- Associations courtes</li> <li>20- Vague, indétermination, flou du discours</li> </ol>

# Annexes

---

**Annexes N°3 : Planches TAT**



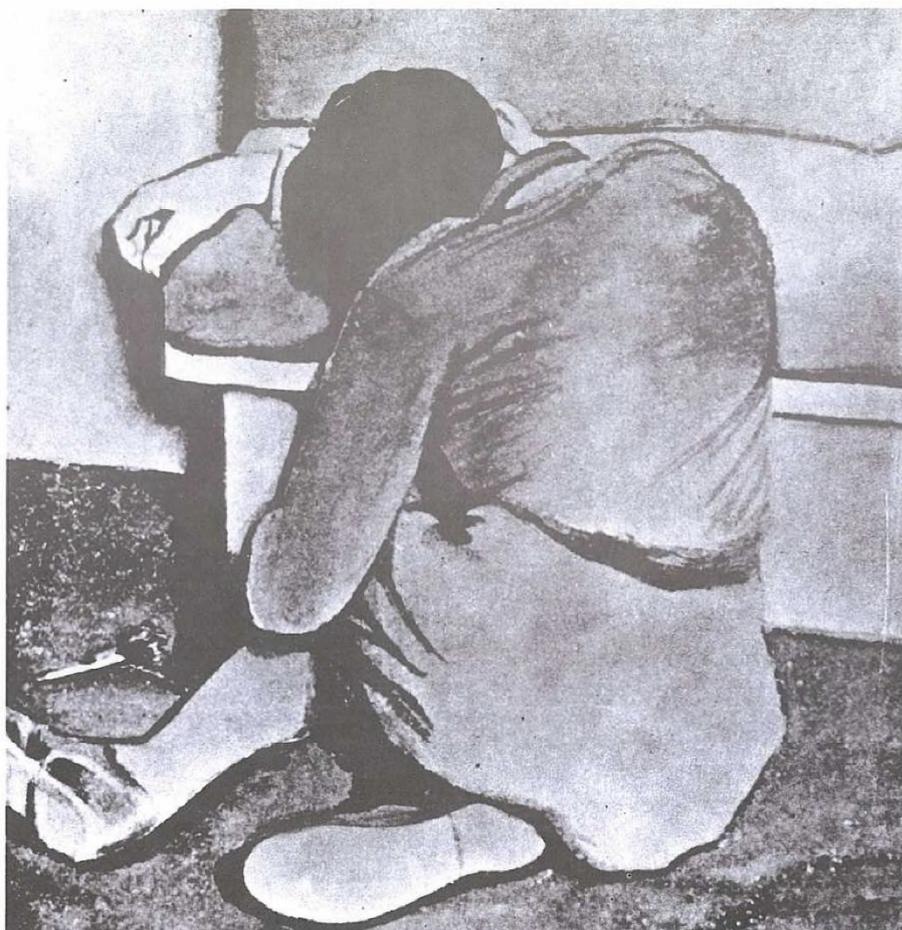
# Annexes

---



## Annexes

---



## Annexes

---



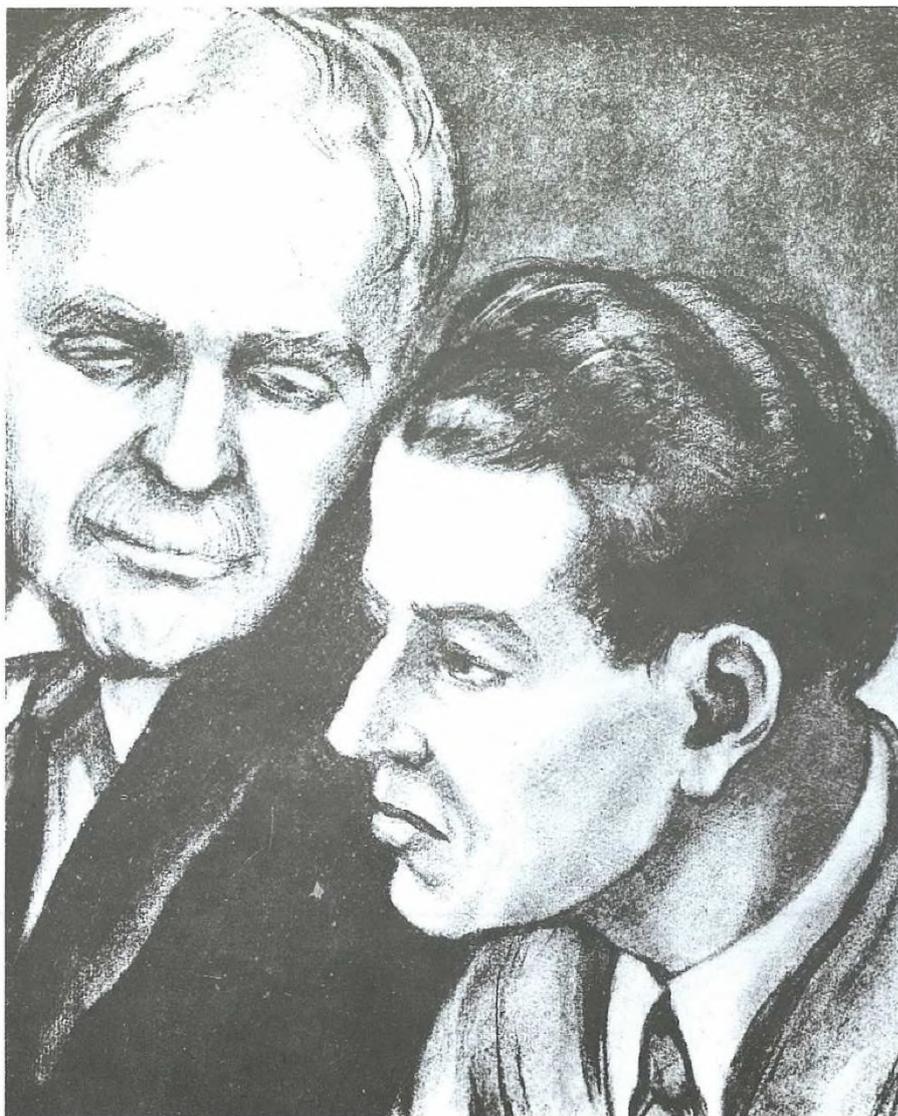
# Annexes

---









## Annexes

---









# Annexes

---



# Annexes

---

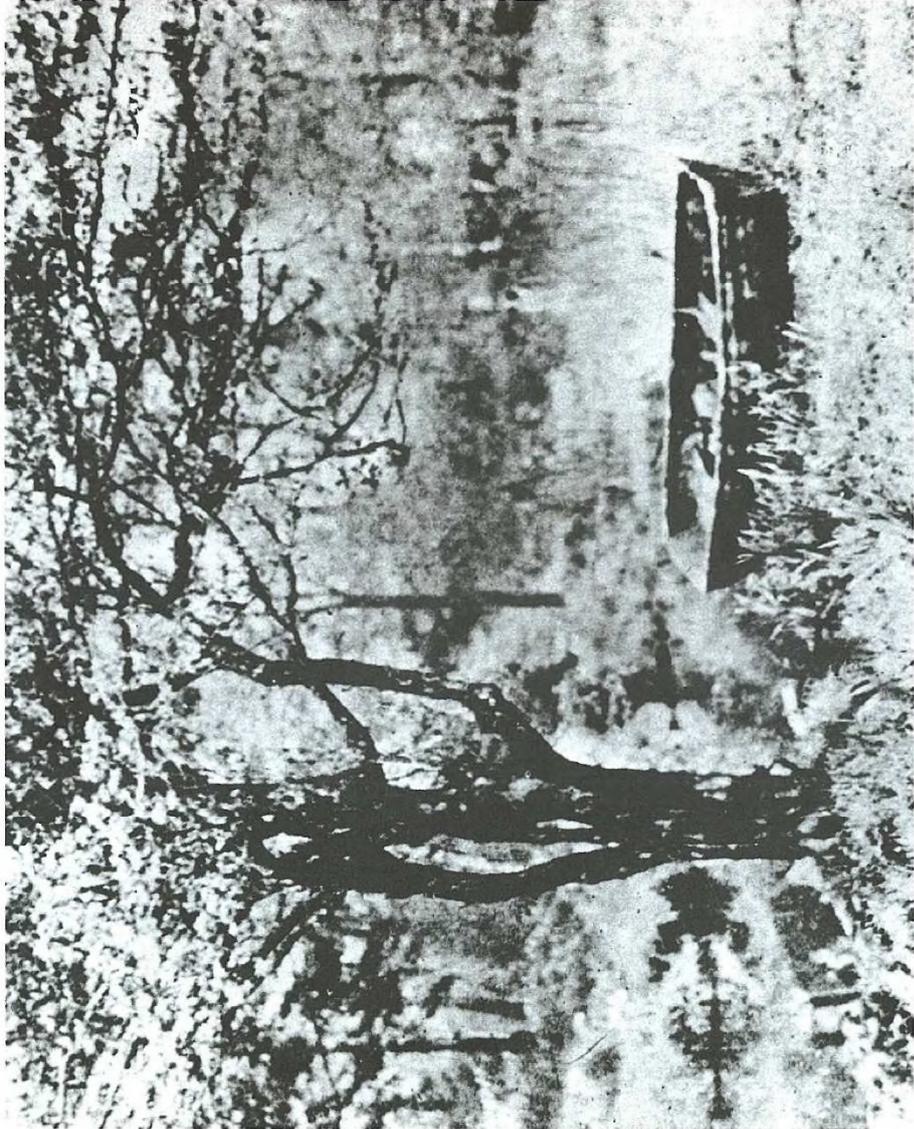
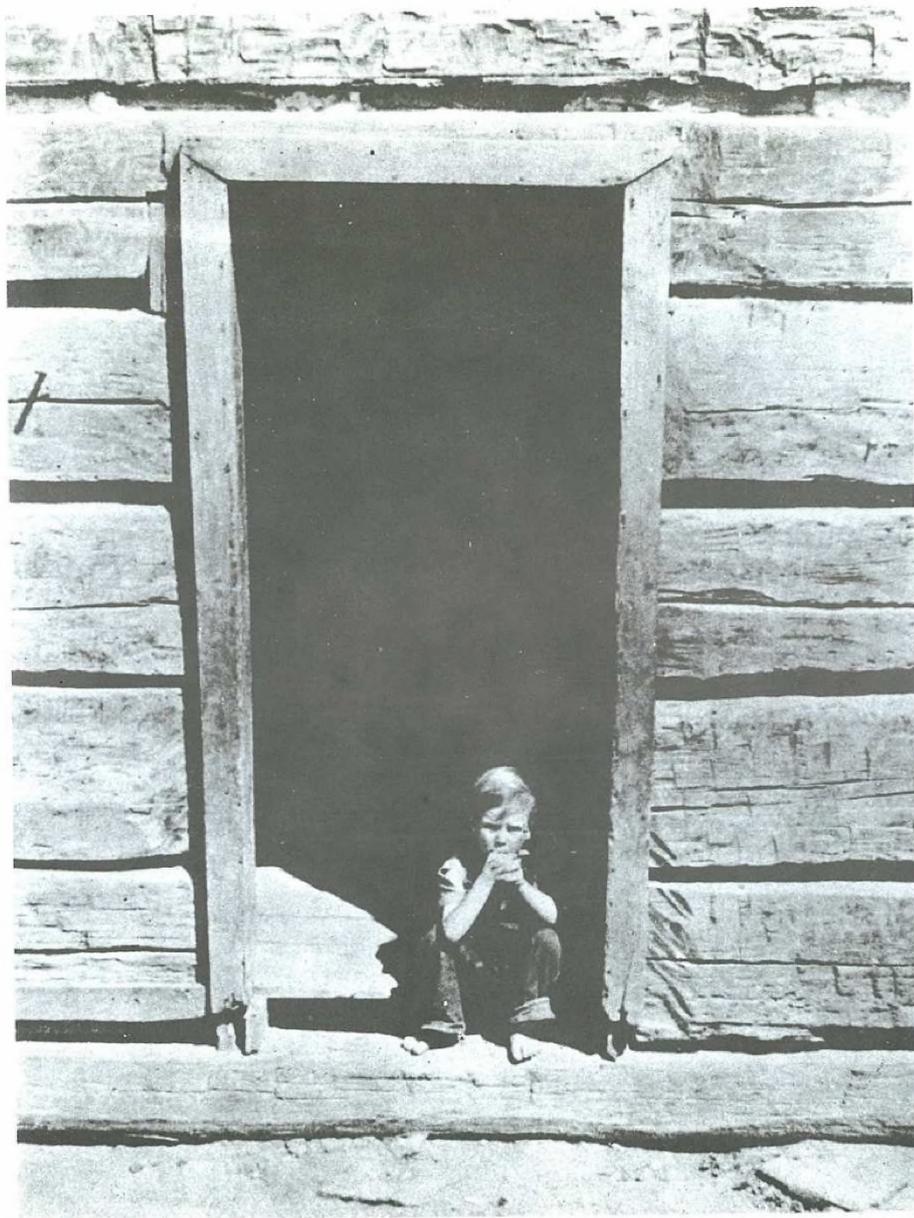


Figure 1: A tree trunk in a forest.

The image shows a tree trunk in a forest. The trunk is dark and textured, with several smaller branches extending from it. The background is a dense, light-colored forest with many small trees and foliage. The lighting is bright, creating high contrast between the dark trunk and the lighter background.

## Annexes

---



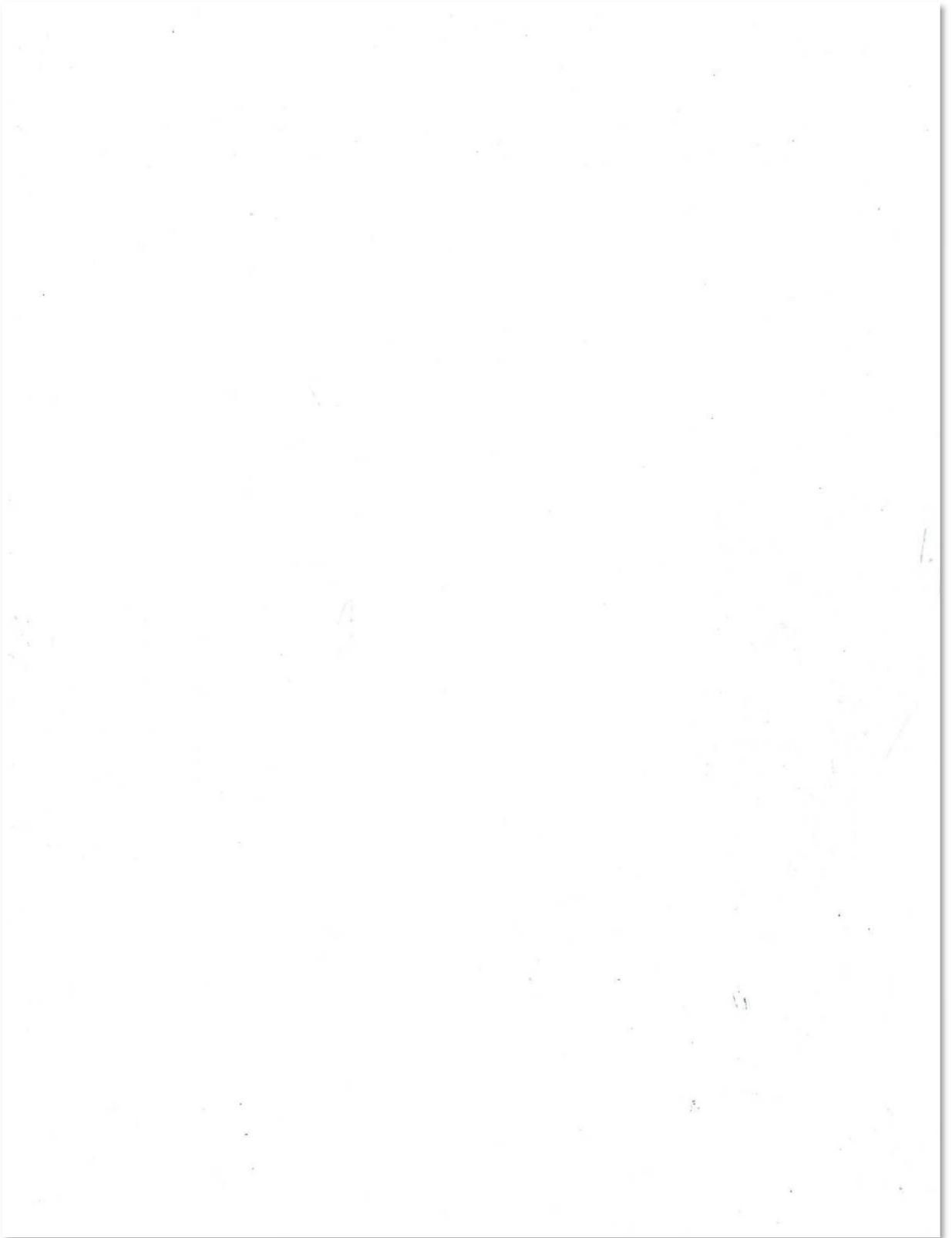
# Annexes

---



## Annexes

---



# Annexes

---

