



*Université Abderrahmane mira de Bejaia  
Faculté des sciences Humaines et Sociales  
Département des psychologies et d'orthophonie*

## *Mémoire de fin de cycle*

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER ENPSYCHOLOGIE

*Option : Psychologie clinique*

Thème

# **L'observance thérapeutique chez les hémodialysés**

*Etude de quatre (04) cas au niveau de l'EPH Kheratta*

Réalisé par

KASMI Zoubida

DJOUDEK Nawal

Encadré par :

Pr .SAHRAOUI Antissar

2021-2022

# Remerciement

*Tout d'abord, on aimerait remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.*

*Nous remercions également notre encadreur **Mme SAHRAOUI ANTISSAR**, pour sa disponibilité, son orientation et ses bénéfiques conseils tout au long de la réalisation de ce travail.*

*Nous remercions tous les membres de jury qui nous feront l'honneur de juger ce modeste travail.*

*Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du département des sciences sociales qui ont contribué à notre formation.*

*On tient également à exprimé un grand remerciement pour les patients qui nous ont fait part de leurs vécus.*

*Nous remercions aussi tout le personnel médical de l'Hôpital de Kherrata pour leur soutien et leur sympathie, ainsi que le psychologue **Mr OUAZEN MOHEND**.*

*Au terme de cette étude, il nous est agréable de remercier vivement tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette recherche.*

# *Dédicaces*

*Je dédier ce modeste travail*

*Aux personnes les plus chères, tous les mots de l'univers sont incapables  
d'exprimer mon amour et mon affection à mes parents, d'une part ;*

*A ma mère, qui a œuvré pour ma réussite, tous les sacrifices consentis et pour  
toute son assistance et sa présence de ma vie ;*

*Mon père, merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutiens permanent  
venu de toi, j'espère qu'ils trouvent dans ce travail toute ma reconnaissance ;*

*A mon frère ; Faysel et mes deux sœurs Rafife et Ibtissam et son mari ;*

*A mes deux familles ; paternelle et maternelle sans exception ;*

*A ma binôme Nawal ; mes amies Samia, Samira, Naima, Hayat, et Tinhinane*

*Zoubida*

# *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*Aux personnes les plus chères, tous les mots de l'univers sont incapables d'exprimer mon amour et mon affection à mes parents, d'une part*

*A ma mère qui a œuvré pour ma réussite, tous les sacrifices consentis et pour toute son assistance et sa présence de ma vie.*

*Mon père merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutien permanent venu de toi, j'espère qu'ils trouvent toute dans ce travail ma reconnaissance.*

*A mon chers fiancé sifax, qui ma donné l'amour, l'aide, et la tendresse, merci pour tes précieux conseils, et a sa famille mes beaux parents et ma belle sœur lyna.*

*A mes chères sœurs Fahima, Sabrina, Wahiba, qui n'ont cessé d'être pour moi un exemple de persévérance.*

*A mes chers frères, Malek, Mokhtar, Toufik, et bien sur leurs femmes qui sont toujours à mes cotés.*

*A ma binôme Zoubida qui a partagé avec moi du bien et du mal de ce travail.*

*A mes meilleurs amis plus précisément Chahinez, mes proches, et tous ceux qui m'aiment.*

*Naval*

## *Liste des abréviations*

**DP** Dialyse Péritonéale

**HD** Hémodialyse

**IRA** Insuffisance Rénale Aigue

**IRCT** Insuffisance rénale Chronique Terminale

L'**EPH** Etablissement Public Hospitalier

L'**OMS** L'Organisation Mondiale de la Santé

**NOT** Non Observance Thérapeutique

**OT** Observance Thérapeutique

**TAT** Test Aperception Thématique

# *Sommaire*

<b>Introduction générale</b> .....	<b>1</b>
------------------------------------	----------

## ***Partie théorique***

### **Chapitre I : L'aspect médical de l'insuffisance rénale chronique**

Préambule .....	6
1- Le rein.....	6
2- L'insuffisance rénale.....	7
2-3 Types de l'insuffisance rénale .....	8
3- L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT).....	8
4- Le traitement de l'IRCT .....	11
5- La prévalence de l'insuffisance rénale chronique selon l'âge et le sexe .....	17
Synthèse .....	18

### **Chapitre II : L'aspect psychologique de l'insuffisance rénale chronique**

Préambule .....	20
1- L'annonce de la maladie .....	20
2- Les contraintes liées à la dialyse.....	21
3- Les mécanismes de défense.....	25
4- Les répercussions psychologiques .....	27
5- La prise en charge .....	30
Synthèse .....	32

### **Chapitre III : L'observance thérapeutique**

Préambule .....	34
1- L'observance thérapeutique et l'inobservance thérapeutique.....	34
2- Les types de l'inobservance.....	36
3- Les facteurs influant l'observance thérapeutique .....	37
4- Les conséquences de l'inobservance thérapeutique .....	49

5- Evaluation de l'observance thérapeutique à la prise médicamenteuse -----	51
6-L'éducation thérapeutique -----	53
7- Observance thérapeutique et hémodialyse-----	54
Synthèse -----	56

#### **Chapitre IV : Quelque principe de la théorie psychosomatique**

Préambule -----	58
I- Les principes de base de la théorie psychosomatique -----	58
II- Le fonctionnement mentale -----	63
Synthèse -----	71

#### **Chapitre V : Problématique et hypothèses.....73**

### **Partie méthodologique**

#### **Chapitre VI : La méthodologie de la recherche**

Préambule -----	88
I- La présentation du lieu de recherche, le déroulement de la recherche et la population d'étude.	
1- La présentation du lieu de recherche-----	84
2- Le déroulement de la recherche -----	84
3- La population d'étude-----	86
II- Les techniques utilisées dans la recherche -----	88
1- L'entretien clinique-----	88
2- Le thématique apperception test (TAT -----	93
III- La méthode d'analyse des données-----	98
1- Les données de l'entretien-----	98
2- L'analyse de TAT -----	99
3- La présentation des cas -----	107
Synthèse -----	108

*Partie pratique*

**Chapitre VII : Présentation et analyse des données** ----- 111

**Chapitre VIII : Discussion des hypothèses** ----- 177

**Conclusion générale** ----- 183

**Références bibliographiques**

**Annexes**

## *Liste des tableaux*

<b>N°</b>	<b>Titre du tableau</b>	<b>page</b>
1	Les stades évolutifs d'une maladie rénale chronique	11
2	Représentation les mots utilisés et type de relation médicale.	35
3	Les4 modèles de la relation soignant-soigné	42
4	Les différentes méthodes utilisées pour évaluer l'observance à la prise médicamenteuse	51
5	Représentation les indices des variables et les techniques d'évaluation	87
6	Les caractéristiques de la population d'étude	88
7	Démonstration les axes et les objectifs de chaque axe	94
8	Ordre de présentation des planches en fonction du sexe	96

### Introduction générale

La santé et la maladie font partie de la vie de tout être humain, quel que soit son âge, son statut, et ses appartenances socio-économiques. Elles sont liées aux processus biologiques et aux interactions avec le milieu social et environnemental. Généralement, la santé est un état de bien-être, d'harmonie caractérisée par l'intégrité anatomique, physiologique et psychologique. La santé n'est pas un état idéal, malheureusement la maladie survient pour interrompre ce bien-être et cette harmonie, en causant des conséquences parfois néfastes sur la vie de l'être humain.

Parmi les perturbations qui marquent l'homme durant son existence, les maladies chroniques. Selon l'OMS, ces dernières sont définies comme « un problème de santé, qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs décennies ». Comme les maladies rénales qui évoluent silencieusement, cette caractéristique contribue à retarder le diagnostic jusqu'à un stade avancé, qui est le stade chronique.

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), est une pathologie largement méconnue du grand public. Cette atteinte détruit d'une manière progressive et irréversible les parenchymes rénaux et altère définitivement les fonctions rénales, à savoir la détoxification du corps. Cette diminution progressive, et parfois rapide aboutit au dernier stade nécessitant la dialyse ou la greffe rénale. Ainsi la prise en charge de cette maladie constitue une priorité de santé publique indéniable.

On constate, de nos jours, une augmentation du nombre de personnes atteintes par l'insuffisance rénale chronique, qui reste toujours quasiment inconnue du grand public. L'Algérie est également touchée par cette maladie. Ainsi le nombre total de malades souffrant est de 23 ,527 dialysés, dont 22, 667 hémodialysés, recensés à la fin de 2018 dans près de 380 centres publics et privés de dialyse en Algérie. Autres les 22,667 hémodialysées, l'Algérie compte 860 insuffisants rénaux chroniques, traités par la dialyse péritonéale. Tout en notant que le nombre des insuffisants rénaux suivis en dialyse a doublé, passant de 1,500 à 3,000 nouveaux cas chaque année.

Afin de prendre en charge l'être humain, plusieurs approches ont été élaborées, dans le cadre de notre recherche, on a choisi l'approche psychosomatique Martienne de P.Marty, l'école de Paris, qui est la fille de la psychanalyse.

Cette théorie, considéré l'être humain dans sa globalité et souligne l'importance de l'accompagnement psychologique dans la contribution à la guérison et au soulagement du malade. Selon P. Marty, le principe essentiel du processus de somatisation réside dans l'accumulation des excitations qui se décharge sur le plan organique, lors de l'incapacité de l'appareil mental de la personne à traiter ces excitations. Ainsi, la gravité de l'atteinte est reliée particulièrement à la qualité de la mentalisation qui intervient dans le traitement de différentes excitations, et qui est une condition principale pour déterminer le type de la prise en charge adéquat.

Actuellement, l'inobservance des médicaments reste un problème de santé publique, car l'observance thérapeutique par le malade reste un facteur essentiel contribuant à la guérison. Ainsi, celle-ci représente le respect des traitements médicamenteux, les rendez-vous, les analyses, les radios, les dosages et suivre le régime alimentaire...

La répercussion de la maladie rénale diffère d'un cas à un autre : Ils ya ceux qui arrivent à vivre et accepter leur maladie, et à être observant en respectant la quasi-totalité des recommandations, alors que d'autres ne parviennent pas à contrôler de la leurs et l'accepter comme état qui va les accompagner tout au long de leur vie. Dès lors, ils sont dans l'incapacité à suivre toutes les recommandations. Les deux cas de figures sont à souligner, soit les patients arrivent à se réconcilier avec leur maladie et continuer à profiter de la vie tout en respectant les exigences de leur situation malade, soit, ils chavirent et s'enfoncent dans leurs traumatisme et par conséquent, alimentent encore plus leur refus d'admettre qu'ils doivent vivre avec et pour toujours.

Parmi les raisons qui ont motivé notre Choix de ce thème sur « l'observance thérapeutique chez les hémodialysés » on relève :

- L'importance des deux variables « hémodialyse et observance thérapeutique » dans l'actualité sanitaire et quotidienne ;
- Le manque d'étude et des recherches sur ce thème ;
- La mise en exergue les facteurs contribuant à l'inobservance thérapeutique ;
- La mise du lien entre l'apport de l'environnement, la mentalisation, et l'observance thérapeutique chez les hémodialysés.

Donc, cette recherche tente de démontrer le rapport entre la qualité de la mentalisation, ainsi que l'apport de l'environnement et l'observance thérapeutique chez les hémodialysés, en se référant à l'approche psychosomatique de P. Marty.

Notre étude est composée de huit chapitres, répartis en trois parties : le premier est théorique, la seconde est méthodologique, quant à la troisième, elle représente la partie pratique de notre recherche, comme suit :

**Partie théorique** : subdivisée en cinq chapitres qui sont comme suit ;

- Chapitre I : L'aspect médical de l'insuffisance rénale chronique
- Chapitre II : L'aspect psychologique de l'insuffisance rénale chronique
- Chapitre III : L'observance thérapeutique
- Chapitre IV : Quelques principes de la théorie psychosomatique
- Chapitre V : Problématique et hypothèses

**Partie méthodologique** : composée d'un seul chapitre ;

- Chapitre VI : La méthodologie de la recherche

**Partie pratique** : subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit ;

- Chapitre VII : Présentation et analyses des données
- Chapitres VIII : Discussion des hypothèses

Enfin, on va clore notre recherche par une conclusion générale, dans laquelle on pose d'autres questions de perspectives concernant l'insuffisance rénale chronique (IRC), qui permettant d'ouvrir le champ à d'autres travaux de recherches.

## *Partie théorique*

*Chapitre I : Aspect médical de  
l'Insuffisance Rénale Chronique*

**Préambule**

Les maladies du rein sont devenues des problèmes de santé publique, elles sont souvent identifiées trop tardivement. Un tiers des insuffisants rénaux ne sont diagnostiqués qu'au stade terminal. La maladie rénale est le plus souvent silencieuse et il est ainsi difficile de connaître avec exactitude la date de son apparition. Malheureusement quelques traitements s'avèrent efficace qu'un ralentissement de la maladie. Dans ce chapitre, on va aborder le côté médical de l'hémodialyse qui est notre thème de recherche.

**1- Le rein****1-1 Définition du rein**

Les reins en latin (Rein) et en grec (Néphros), les reins occupent les parties supérieures des fosses lombaires, l'un à droite, l'autre à gauche de la colonne vertébrale. Le poids du rein est environ 0,4% du poids corps, chez l'homme 140g, chez la femme 125g, signalant bien que : Le poids varie en fonction de l'âge à la naissance 5 à 10g, à l'âge de 5 ans 60g, à l'âge de 10 ans 70g, au-delà de 50 ans il tend à diminuer progressivement de 10 à 20g (Boubchir, 2002, p.41).

Selon le dictionnaire médical Larousse ; Le rein est un « Organe pair qui sécrète l'urine, situé de chaque côté de la colonne vertébrale, dans la région lombaire, en arrière du péritoine. Il a une forme ovale aplatie caractéristique, entouré d'un tissu cellulo-adipeux, constitué de deux zones distinctes : une partie centrale (médullaire) qui comprend les pyramides rénales et une partie périphérique (le cortex) qui comprend les tubules disposés irrégulièrement (tubules rénaux) entourées d'un grand nombre de capsules rénales formées de capillaires issues de l'artère rénales » (Quavauvillier, 2009, p. 805).

**1-2 La fonction du rein dans le corps**

- Filtration glomérulaire ;
- Contrôle tensionnel ;
- Métabolisme phosphocalique ;
- Epuration des déchets azotés ;

\* Urée ; est réabsorbée et sécrétée tout au long du voyage tubulaire pour finalement être excrétée en grande quantité dans les urines.

\* Créatinine ; est en revanche presque entièrement réabsorbé.

\*Acide urique ; dépend de la masse musculaire, elle est complètement filtrée par le glomérule et n'est pas réabsorbé (Lebon, 2013, p.6-9).

## **2- L'insuffisance rénale**

### **2-1 Généralités**

La maladie rénale est le plus souvent silencieuse et il est ainsi difficile de connaître exactitude la date de son apparition.(Simon,2007,p.05).

En France, on compte entre 1,74 et 2,5 million de personnes en IRCT avant le stade terminal. Comme dans l'ensemble des pays développés, l'incidence et la prévalence de l'IRCT sont en progression constante. Cela est du au vieillissement de la population et a l'augmentation des pathologies vasculaires et métaboliques (HTA et Diabète) ayant un retentissement rénale ( Boubchir, 2004, p. 23).

### **2-2 Définitions**

L'insuffisance rénale c'est la réduction de la capacité des reins a assurer la filtration et l'élimination des impuretés de sang a contrôler l'équilibre du corps en eau et sels et a régulariser la pression sanguine. C'est une baisse progressive et irréversible de la filtration glomérulaire (Somogyi et coll, 2007, p.104).

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définit par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphron fonctionnels (ce qui différencier de l'IRA).

C'est une réduction néphrotique plus au moins lentement progressive a laquelle fait suite une adaptation jusqu'au une certaine limite par les néphrons restant afin de sauvegarder l'homéostasie.

En pratique, l'IRC regroupe l'ensemble des manifestations cliniques, biologiques et radiologiques secondaire à la destruction du capital néphronique (Boubchir, 2004, p.22).

## 2-3 Les types de l'insuffisance rénale chronique

- **Insuffisance rénale aigue (IRA)**

Une insuffisance rénale aigue est une élévation brutale du taux de créatinine associés à des reins de taille normale, une absence d'hypocalcémie, et des chiffres de créatine antérieure normaux. Habituellement réversible après traitement (Lebon, 2013, p. 93-94).

- **Insuffisance rénale chronique (IRC)**

Quand les reins ne peuvent plus assurer ces différentes fonctions indispensable à la vie, le sujet et alors atteint d'insuffisance rénale.

L'insuffisance rénale est dite « chronique » lorsque la perte des fonctions rénales est progressive et irréversible. Quand les lésions sont devenues très importantes et que la perte des fonctions des reins devient menaçante sur le plans vitale, il s'agit d'insuffisance rénale chronique terminale ». Pour survivre, les personnes doivent alors bénéficier d'une thérapie rénale le remplacement telle que la transplantation d'un rein ou la dialyse (Lebon, 2013, p.94).

## 3- L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

### 3-1 Définition

C'est la diminution irréversible du débit de filtration glomérulaire. Elle est le plus souvent liée à une maladie rénale chronique. La maladie rénale chronique :

- \* Anomalie rénale fonctionnelle ou structurelle évoluant depuis plus de trois mois.
- \* Et/ ou un débit de filtration de glomérulaire inférieur à 60 ml /min/ 1,73<sup>2</sup> depuis plus de trois mois (Lebon, 2013, p.107).

### 3-2 Les causes de l'IRCT

Parmi les causes les plus importantes de l'IRCT :

- **Le diabète et l'hypertension artérielle**

Le diabète et l'hypertension sont les principales causes de cas insuffisance rénale chronique terminale (50à60%). Selon le registre du rein pour l'année 2012, la néphrologie

hypertensive et vasculaire (25,1%) et la néphrologie diabétique (27,7%) représentant 48% des cas de la maladie rénale initiale.

D'une autre part, l'hypertension artérielle est une conséquence fréquente de l'insuffisance rénale chronique ; environ 80% des patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique présentant une hypertension artérielle à un moment ou à un autre de l'évolution de leur maladie rénale (Simon, 2007, p.6).

- **Glomérulopathies primitive**

Elle demeure une des premières causes d'IRCT chez l'adulte jeune, mais comme cause d'IRCT à également diminué au cours des dernières années, peut être a cause de l'efficacité de certains traitement « néphroprotecteurs »(Simon, 2007, p. 6-7).

- **Néphrites interstitielles**

Les néphrites interstitielles aiguë ou chronique, sont souvent méconnues, c'est la raison pour laquelle leur fréquence est difficile a préciser, nombre d'atteinte aiguës passent inaperçues.

Les néphropathies interstitielles médicamenteuses et toxiques représentent aujourd'hui les causes les plus fréquentes de néphropathie interstitielle chronique évoluent vers l'insuffisance rénale (Simon, 2007, p. 8).

- **Néphropathies vasculaires**

Aujourd'hui, l'ischémie rénale par athérome des artères rénales représente 14% des nouveaux patients âgés développant une IRC. Au delà de 60 ans, l'athérome des artères rénales est en cause chez 1 patient sur 4 qui ont une IRC. La prédominance masculine est nette (3 hommes et 1 femme), et l'âge de survenue de l'IRT est élevé ( $\geq 70$  ans). 50% des sténoses athéromateuses de l'artère rénale évoluent vers la thrombose dans un délai de 5 ans après leur diagnostic (Simon, 2007, p. 10).

- **La polykystose rénale**

La polykystose rénale, maladie génétique héréditaire caractérisée par de nombreuses kystes au niveau des reins est responsable de 6% des cas d'IRCT ; La polykystose rénale autosomique dominante est la maladie héréditaire la plus fréquente avec une prévalence de

1/1000 dans la population générale. C'est la plus fréquente des néphropathies héréditaire. L'atteinte rénale est secondaire au développement progressif de multiples kystes dans les deux reins. La formation du kyste est due à une protéine impliquée dans la différenciation des cellules de l'épithélium tubulaire (Simon, 2007, p. 11).

#### •La pyélonéphrite

Les pyélonéphrites récidivantes (une cause infectieuse de néphropathie interstitielle chronique) sont à l'origine d'environ 4,2% des IRCT surtout chez la femme. La pyélonéphrite se manifeste souvent par des poussées fébriles à répétition dès l'enfance. La répétitions dans le temps de ces accès infectieux entraîne au fil des années la destruction des reins et peut évoluer vers une insuffisance rénale chronique (Simon, 2007, p.11).

### **3-3- Les symptômes de l'IRCT**

Aujourd'hui, nous repérons mieux les signes cliniques d'une maladie rénale, encore faut-il penser à l'évoquer devant une hypertension artérielle précoce chez un sujet jeune, des infections urinaires récidivantes chez l'enfant, la survenue d'une toxémie gravidique en fin de grossesse, la découverte d'une albuminurie à la bandelette lors d'une visite de médecine du travail ou d'un bilan de santé.

Les signes se manifestent quand il y a environ 70% de la perte de la fonction glomérulaire.

- Fatigue asthénique,
- Troubles digestifs ; nausée, vomissements,
- Manque d'appétit, Troubles de sommeil,
- Maux de tête,
- Démangeaisons,
- Crampes musculaires, impatiences,
- Douleurs abdominales.( Simon, 2007, p 21).

### **3-4- Les stades de l'IRCT**

Un classement en 5 stades permet au clinicien d'évaluer l'évolution d'une maladie rénale chronique. Le stade de la maladie se définit à partir de DFG et de la présence de marqueurs d'atteinte rénale.

Tableau N°5 : Les stades évolutifs d'une maladie rénale chronique.

Stades de la maladie rénale chronique	DFG ml/min estimée par la clairance de la créatinine*	Protéinurie	NKF/KDOQI
Stade 1	>90 ml/min	Microalbuminurie	Atteinte rénale avec DFG normale
Stade 2	60 à 90ml /min	Microalbuminurie	Atteinte rénale avec DFG légère
Stade 3	30 à 59 ml/min**		Diminution modérée de DFG
Stade 4	15 à 29 ml/min		Diminution sévère du DFG
Stade 5	< 15 ml/min***		Défaillance rénale

#### 4- Traitement d'une IRCT

En cas de l'insuffisance rénale chronique, comme traitement on a l'hémodialyse et la dialyse péritonéale, et la greffe rénale.

##### 4-1 Hémodialyse

"Hemo" et "dialyse" viennent de mots grecs qui signifient respectivement "sang" et "séparer". Ainsi l'hémodialyse (HD) consiste à éliminer les déchets toxiques et la surcharge hydrique de l'organisme, en filtrant le sang. L'HD se pratique en trois lieux : Au centre d'autodialyse, au service d'hémodialyse et à domicile.

Selon Larousse médical l'hémodialyse est une méthode d'épuration du sang au moyen d'un rein artificiel. Il est utilisé parfois dans certains cas d'intoxication graves. Mais c'est surtout le traitement majeur de l'insuffisance rénale aiguë et chronique. Afin qu'une greffe rénale soit pratiquer (Science médical. 1997, p.466)

Ainsi, l'hémodialyse c'est une technique d'épuration extra-rénale qui met en contact le sang du malade, par l'intermédiaire d'une membrane semi-perméable, avec une solution de dialyse, circulant à contre courant. (Boubchir, 2004, p .192).

C'est un traitement discontinu et périodique. Elle se déroule 3 fois ou plus par semaine.

Environ 85% personnes atteint de l'insuffisance rénale chronique est sous l'hémodialyse.

\* 3 Séances de 4 h par semaine, en centre spécialisé ;

\* Épuration par un circuit extracorporel ;

\* Sur fistule artérioveineuse créée sur un bras quelques mois auparavant ;

\* Résultat :

- Normalisation des volumes liquidiens (retour au « poids sec »).
- Extraction des molécules à élimination urinaire.
- Correction des troubles électrolytiques et acido-basiques (Somogyi et coll, 2007, p .111)

On va s'étaler sur cette technique, puisque dans notre recherche, on va examiner des cas hémodialysés.

### **a- Les modalités d'hémodialyse**

Plusieurs modes de traitement par hémodialyse sont offerts aux patients en insuffisance rénale chronique terminale.

#### **• En centre**

Il s'agit d'un centre de traitement installé dans l'environnement proche d'un plateau technique comportant un service de réanimation afin que des soins intensifs appropriés puissent être délivrés immédiatement si un problème cardio vasculaire survenait en cours de séance. Dans un centre, les séances d'hémodialyse s'effectuent toujours sous surveillance médicale.

**• Unité de dialyse médicalisée**

Il s'agit d'un centre installé dans un établissement de santé. Il accueille des patients stabilisés dans leurs traitements, c'est à dire doté d'un abord vasculaire permettant des débits sanguins supérieurs à 300 ml/min et dont l'état cardio-vasculaire est contrôlé, notamment au plan tensionnel. Ces patients doivent bénéficier d'une présence médicale proche pouvant intervenir à tout moment.

**• Unité d'autodialyse**

Ces alternatives visent à traiter des patients qui n'ont pas de problèmes médicaux majeurs ou les sujets âgés qui n'ont pas de comorbidité sévère.

Dans une unité d'autodialyse simple, le malade participe au traitement. Il prépare le générateur de dialysat après avoir suivi un apprentissage à la dialyse autonome pendant 2 à 3 mois. La séance est surveillée par une infirmière formée. La surveillance médicale est assurée tous les deux à trois mois.

Dans une unité d'autodialyse assistée le malade ne participe pas à son traitement. C'est l'infirmier qui prépare le générateur de dialysat.

Les locaux des unités d'autodialyse sont situés le plus proche possible du domicile des patients qui y sont traités.

**• L'hémodialyse à domicile**

Elle s'adresse aux malades qui ne posent aucun problème tant médicaux que psychologique. Ils apprennent la méthode de traitement dans une unité compétente pour la formation à la dialyse autonome. Un membre de la famille ou le conjoint est présent pendant la séance. L'installation technique à domicile réalisée le plus souvent par une association. L'avantage de l'hémodialyse à domicile réside dans la possibilité de faire le traitement à des heures choisies. Depuis dix ans, le nombre d'hémodialysés à domicile baisse régulièrement, ceci traduisant une évolution des mentalités et de la société (l'autodialyse est devenue un substitut de l'hémodialyse à domicile). Elle est la conséquence également d'une progression des indications de la transplantation rénale puisque la plupart des patients qui acceptaient ce mode de traitement pouvaient également bénéficier d'une transplantation (Simon, 2007, p. 113-114).

**b- Le déroulement des séances d'hémodialyse**

Les premières séances d'hémodialyse nécessitent des précautions particulières. Elles doivent donc être effectuées au centre.

La première séance doit être courte, d'une durée limitée à 2 à 3 heures, avec un débit de dialysat réduit, de manière à éviter une diminution trop brutale de la concentration de l'urée plasmatique, qui pourrait entraîner un déséquilibre osmotique entre le secteur intra et extracellulaire du cerveau. En dépit de ces précautions, il peut se produire des céphalées et des nausées, surtout lorsque le taux initial de l'urée est élevé, supérieur à 40 mmol/Litre. Laquelle séance est toujours génératrice de stress et d'angoisse pour les patients, même les mieux préparés : un soutien psychologique doit toujours l'accompagner (Jungers et coll, 2004, p.88).

**• Déroulement de séances ultérieures**

Une fois atteint le poids de base « poids sec » du patient, c'est-à-dire le poids pour lequel n'existe ni hypertension artérielle ni œdème périphérique, et une fois l'adaptation du traitement antihypertenseur et des apports nutritionnels réalisée. Le déroulement des séances ultérieures est plus souvent simple, sans autre inconvénient que la contrainte de la réalisation des séances elles-mêmes.

Le traitement par hémodialyse comporte habituellement trois séances par semaine, régulièrement espacées, selon un cycle lundi / mercredi / vendredi ou bien mardi/ jeudi/ samedi, comportant des tranches horaires de quatre heures (Jungers et coll, 2004, p. 88).

**c- Les principaux techniques de l'hémodialyse**

\* **La dialyse** ; purification du sang fondée sur un même principe. Elle épure le sang à travers d'une membrane semi-perméable.

\* **Le dialysat** ; est un liquide constitué d'eau et d'électrolytes (potassium, calcium, magnésium, chlore, glucose et bicarbonate).

\* **Le dialyseur** ; est une structure qui comporte deux compartiments, dont le sang traverse un compartiment le dialysat l'autre compartiment, et qui sont séparés par une membrane semi-perméable.

\* **L'eau pour l'hémodialyse** ; ou il faut que les paramètres chimiques de l'eau soit adapter pour permettre une protection de l'installation située en aval et l'eau va se filtrer (les filtres doivent être changé régulièrement), en suite, l'eau poursuivras son chemin afin de passer dans une boucle de distribution pour être amener jusqu'aux appareils d'hémodialyse.

\* **Les membranes** ; sont formés de plusieurs milliers de fibres creuses dans les quelles circule le sang, tandis que le dialysat circule entre elles. On distingue deux types de membranes: les membranes cellulose (dériver de la cellulose naturelle et elles sont peu biocompatibles) et les membranes synthétiques (permettant une épuration de solutés de plus grand PM et présentent une meilleur biocompatibilité).

\* **L'abord vasculaire** ; généralement c'est une fistule artério-veineuse (Boubchir, 2004, p.195-196).

#### **4-2 La dialyse péritonéale (DP)**

C'est une technique d'épuration plasmatique qui, comme l'hémodialyse, est fondée sur le principe des échanges entre le sang et un liquide d'épuration séparés par une membrane semi-perméable.

La dialyse péritonéale n'exige pas l'emploi d'équipements importants. La cavité péritonéale peut contenir jusqu'à trois litres, cependant, en utilisation clinique, les volumes les plus fréquents sont de 1,5 à 2,5 L . Il s'agit d'une épuration de sang extracorporelle puisque le sang ne quitte jamais le corps du patient donc ne nécessite pas d'anticoagulants (Boubchir, 2004, p. 159).

Est plus particulièrement indiquée chez l'adulte jeune en attente d'une greffe rénale et concerne plus de 5% des patients. Cette méthode repose sur l'injection d'un dialysat dans la cavité abdominale grâce à un cathéter implanté chirurgicalement. Les échanges de solutés s'effectuent à travers la membrane péritonéale. Le dialysat, une fois saturé en urée, créatine et autres molécules, est éliminé. Ces manipulations sont renouvelées manuellement en moyenne quatre fois par jour (dialyse péritonéale continue ambulatoire ou DPCA) ou réalisées par un appareil automatisée nommé « cycleur », le traitement s'effectuant alors durant la nuit (dialyse péritonéale automatisée DPA). La dialyse péritonéale est réalisée à domicile soit par lui-même, par un proche ou par une cabine d'infirmiers libéraux après une période d'apprentissage (Daniel, 1987, p. 70).

\* 1 à 5 séances par semaine, à domicile.

\* Épuration transpéritonéale par une ascite artificielle injectée dans un cathéter péritonéal posé quelque jour auparavant ;

\* Comparaison à l'hémodialyse :

- Avantages : possible à domicile, meilleure tolérance hémodynamique.
- Inconvénients : moins bonne épuration, durée d'emploi limitée à environ 5 ans.
- Contre-indication : antécédent de péritonite ou de chirurgie abdominale lourde, insuffisance respiratoire, obésité (Somogyi et coll, 2007, p.111).

### **4-3 La transplantation rénale ou la greffe rénale**

Elle vise à remplacer le rein malade par un seul rein sain. Le rein à greffer peut provenir d'un donneur décédé ou vivant, de la même famille ou non. La première étape est le bilan pré-greffe, qui permet de s'assurer que le receveur ne présente pas de contre-indication à l'intervention. Sa situation est discutée par l'équipe médicale qui réunit les médecins du Service de Néphrologie, du Centre de transplantation d'organes et d'autres consultants (psychiatre, anesthésiste, chirurgienne, ...). Il est alors décidé si que le receveur peut être inscrit sur la liste d'attente nationale, gérée par Swiss Transplant. Le délai d'attente pour recevoir un rein d'un donneur décédé varie entre deux à cinq ans. En cas de greffe à partir d'un donneur vivant, ce dernier bénéficiera aussi d'un bilan extensif qui s'assurera de sa bonne santé et de sa capacité à donner un rein sans risque pour lui. En attendant une greffe, ou si celle-ci n'est pas envisageable, la dialyse peut être nécessaire.

(Service de Néphrologie du CHUV : [www.chuv.ch/Néphrologie](http://www.chuv.ch/Néphrologie)).

\* Meilleure méthode de suppléance ;

- Meilleur confort, moindre comorbidité ;
- Moindre cout dès la 2<sup>ème</sup> année.

\*Inscription sur la liste d'attente dès l'IRC sévère.

\* Le plus souvent, dialyse en attendant la transplantation (Somogyi, 2007, p.111).

Enfin, lorsqu'une indication de traitement de l'insuffisance rénale chronique par transplantation rénale est envisagée, une triple démarche est entreprise : d'une part

l'information du patient sur les risques et les avantages de la suppléance rénale par transplantation rénale ; d'autre part, l'évaluation de chacune des grandes fonctions de l'organisme ; en effet, il convient de corriger ou de préciser les différentes anomalies susceptibles de s'aggraver après la greffe rénale. Enfin, il faut effectuer l'exploration immunitaire qui permettra d'assurer le meilleur appariement du greffon rénal disponible avec le patient en attente de transplantation (Simon, 2007, p .165)

### **5- Prévalence de l'insuffisance rénale chronique selon l'âge et le sexe**

Nous connaissons mieux aujourd'hui la prévalence de l'IRCT dans la population générale depuis que les autorités sanitaires ont incité fortement au dépistage précoce, notamment chez les sujets âgés de plus de 60 ans. Le niveau d'IRC nécessitant une surveillance étroite correspond au stade 3 d'IRCT. De façon pratique pour le médecin traitant, ce stade correspond à un taux sérique de créatinine égale ou supérieure à 15mg/L ou 135umol/L.

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique croît avec l'âge. L'IRC et l'IRCT sont aujourd'hui 40 fois plus fréquentes après 60 ans que dans la période de 0 à 20 ans. L'IRCT est 5 fois plus fréquente chez le sujet noir que chez le sujet caucasien et une fois et demi plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Cette différence pourrait être due à une influence des hormones mâles (Simon, 2007, p. 6).

**Synthèse**

Le rein représente un organe primordiale vu son importance dans l'organisme humain, cependant le dysfonctionnement de ce dernier provoque une désorganisation de la vie de la personne et l'un des plus dangereux dysfonctionnements de ce dernier est l'insuffisance rénale chronique terminale ( IRCT), qui puisse être causée par des maladies rares et imprévisibles, elle est la plus souvent la conséquence d'affections fréquentes comme le diabète type 1 et 2 et l'hypertension artérielle. Sachant que cette maladie se traite par deux types thérapeutiques ; l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Concernant le traitement par excellence selon l'approche médicale est la transplantation rénale.

*Chapitre II : Aspect psychologique de  
l'Insuffisance Rénale Chronique*

## Préambule

L'insuffisance rénale chronique est l'une des affections qui bouleverse le côté psychologique du patient. En cas d'IRC majeure, la fonction rénale peut être suppléante par hémodialyse ou dialyse péritonéale et ou transplantation rénale. L'annonce de cette dernière est souvent vécue comme un traumatisme effrayant et une situation difficile à accepter. Alors on va aborder ici le vécu psychique du patient sous l'hémodialyse.

### 1- L'annonce de la maladie : la dialyse, la mort, l'angoisse

L'annonce de l'insuffisance rénale et la possibilité d'avoir à terme besoin d'un traitement de suppléance génère beaucoup d'émotion douloureuse.

Comme le dit D.Cupa « je commence par une perte réelle d'un organe vitale et en ce sens, que se soit brutale ou préparé, toute personne qui va apprendre, d'une part qu'elle est malade, d'autre part, que c'est une maladie mortelle sans soins, va être plus ou moins traumatisé ».

Les difficultés psychologique des dialysés sont liée au fait que leurs maladies soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologique des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir, d'où un repli sur soi, accentué parfois par l'isolement social. (Lefebvre, 2005, p.1).

D'un point de vue psychopathologique, l'entrée dans la dialyse constitue une perte traumatique, « une blessure narcissique », le patient perdant une fonction vitale, ce qui le confronte à sa propre mort. Cette mort, finalement évitée, le renvoi à une nouvelle position existentielle de dépendance psychique et temporo-spatiale (à la machine, aux soignants, aux proches, etc...) et ce d'autant plus que le patient est vulnérable.

Comme le dit D. Cupa « le patient vit l'annonce de la mise en dialyse et son entrée en dialyse comme un choc, c'est un passage dans une autre vie, celle de la survie, car dès lors, sans la dialyse il ne peut vivre, c'est la dialyse ou la mort » (Cupa, 2002, p.88).

## 2- Les contraintes liées à la dialyse

Une caractéristique importante de l'hémodialyse est son aspect répétitif et durable. Supporter une souffrance physique, une épreuve morale, une séparation momentanée, ne pose pas de problème insurmontable à la majeure partie des individus. Ici la répétition et la durée ont une dimension inhabituelle. (Haynal, 1997, p.121).

Donc ici on va présenter quelque concept sur les contraintes liées à la dialyse:

### 2.1- La notion du temps

La dialyse est souvent considérée par les patients comme un temps mort, perdu, d'où l'importance de parfois réexpliquer l'intérêt de la dialyse, ce à quoi il sert. C'est le rôle du psychologue aussi bien que des soignants : on peut par exemple rappeler qu'avant d'être en dialyse, le patient était beaucoup plus fatigué, et donc que la dialyse leur apporte un mieux-être. Certains patients le reconnaissent d'eux-mêmes, surtout s'ils ne sont en dialyse que depuis quelques semaines.

En psychologie, le traumatisme se définit comme un événement qui implique un avant et un après, de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende passé, présent et avenir, s'en trouve totalement bouleversée. Le traumatisme confronte surtout le sujet à la perspective de la mort, la sienne ou celle d'un proche.

La survenue de la maladie, comme événement traumatique, peut entraîner un profond remaniement de la perception du temps. En effet le temps qui passe est ce qui nous rapproche tous de l'échéance qu'est la mort. Or les insuffisants rénaux sont, plus que toute autre personne, confronté à cette perspective d'autant plus inéluctable que la dialyse n'est qu'un soin palliatif, c'est-à-dire un soin uniquement destiné à reculer les limites entre vie et mort (Lefebvre,2005,p.1).

Mme N. dit : « la dialyse change la vie », cette phrase en apparence anodine en dit long sur les réalignements induits par la maladie et la mise en dialyse. L'insuffisance rénale en tant que maladie chronique nécessite de prendre en compte la dimension de la durée du traitement, c'est-à-dire son caractère définitif. De plus, il convient de considérer l'enjeu vital de ce traitement pour le moins pénible dans la mesure où il met le sujet en situation de dépendance absolue, identique à celle du nouveau-né qu'on appelle néoténie, donc d'impuissance. Ce sentiment de dépendance sera plus au moins bien vécu en fonction de

l'histoire personnelle du sujet. C'est justement parce que la dialyse est une nécessité vitale qu'elle est vécue comme une contrainte absolue. C'est là où l'on peut dire que le traitement fait symptôme. Lefebvre dit : « j'estime pour ma part que l'insuffisance rénale a ceci de particulier que la maladie fait autant symptôme que son traitement la dialyse. L'annonce de la maladie est donc vécue comme un traumatisme ».

Ce remaniement de la perception du temps transparait clairement dans le discours tenu par les patients : « profitez tant que vous-êtes jeune » me disent t'il souvent. Beaucoup de gens, notamment des gens âgés disent cela, mais chez le dialysé, cela prend un sens très différent car eux-mêmes expriment souvent le sentiment de n'avoir pas suffisamment profité de leur vie avant la survenue de la maladie.

Tous ces facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique entre le sujet et le temps, faisant que sa vie se transforme parfois en une course contre la montre. (Lefebvre, 2005, p .1-2).

La perception de ces deux notions : gagné ou perdre du temps est très différent chez le sujet dialysé et chez le sujet bien portant. D'un point de vue objectif, la dialyse fait gagner du temps de vie sur la mort. Or du point de vue subjective, le patient peut avoir le sentiment que la dialyse constitue une perte de temps, et qu'il pourrait faire autre chose pendant ce temps, comme par exemple être avec sa famille, le temps est le premier critère contraignant cité par des dialysés : c'est long, répètent-ils souvent.

En étant branchés en premier, ils ont sans doute l'impression de gagner du temps alors qu'au contraire, l'en perdent en arrivant très tôt ...tous ce passe comme si le dialysé vivait avec un sentiment d'urgence à vivre considèrent qu'après, il sera trop tard...L'agressivité manifestée par certains patients vient probablement du fait que inconsciemment le temps que leur prend la dialyse est vécu comme une injustice, au même titre que la maladie elle-même. S'en prendre aux soignants reviendrait à exprimer son sentiment d'être agressé par la situation de dialyse. A travers cette agressivité envers les soignants, se cache aussi quelque fois une demande de réconfort et d'attention (Lefebvre, 2005, p.1-2).

## **2.2- La dépendance**

Une autre contrainte très importante liée à la dialyse il s'agit d'une situation de dépendance absolue par rapport :

- A un lieu ;
- A une machine ;
- A une équipe soignante ;

Cette dépendance est aussi inconditionnelle. La constater en ne se pliant pas à une discipline stricte suffit pour s'attirer des complications organiques plus ou moins sérieuses ; la refuser représente un arrêt de mort ; cette situation de dépendance totale pendant la dialyse alterne périodiquement avec une indépendance que l'on souhaite aussi complète que possible pour le malade.

Cela s'ajoute d'importantes frustrations d'ordre orale (régime sans sel, restriction hydrique), sexuel (la sexualité des dialysés est très souvent atteinte, avec une baisse plus ou moins prononcée de la libido, une impuissance plus ou moins complète pour les hommes, une frigidité et une stérilité pour les femmes), professionnel (mise en échec des ambitions personnelles, éventuellement relégation à un poste subalterne, etc...) et social (Haynal, 1997, p.120-121).

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

Les contraintes alimentaires sont tout 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 représente des sources de plaisir immédiat : c'est le principe de plaisir versus le principe de réalité. Les personnes dialysées ont peu de source 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 et une certaine identité, de récupérer un pouvoir sur les choses. Donc c'est comme, être dans la vie active, en un mot, vivre « comme tous le monde », « être normal » comme les gens, « bien portant », qui n'ont pas à subir les contraintes de dialyse. On retrouve surtout ce discours chez

les jeunes dialysés, et ce probablement ce dont ils souffrent le plus, le sentiment d'être différent des jeunes de leur âge. (Lefebvre, 2005, p.2).

#### **2.4- Problème d'effraction**

Chaque nouvelle ponction représente une effraction corporelle. Le branchement en hémodialyse, la pose de cathéter de DP ou la transplantation rénale consistent à introduire un objet étranger dans le corps. Chacune de ces effractions constituent un véritable traumatisme. Toute ces intervention modifient le corps, y créent des ouvertures, des brèches qui peuvent être sources d'angoisse. La encore le sujet à un gros travail d'adaptation et d'acceptation à faire de son nouveau schéma corporel.

En hémodialyse la vision du sang peut faire resurgir des fantasmes très angoissants relatifs au fait d'être vidé de son sang, en même temps qu'il est contrôlé et nettoyé par la machine.

Habituellement, nous n'avons pas accès à la vision de notre propre sang, tout au moins pas en aussi grande quantité. Nous n'avons pas non plus accès au bruit de notre propre circulation sanguine, ce qui est le cas lorsqu'on a une fistule laquelle constitue une porte ouverte sur l'intérieure du corps ce qui n'a rien d'anodin ou de banale. Pour certaines personnes, le Thrill de la fistule, semblable au tic-tac d'une montre, représente le temps qui passe, ainsi que le signe du maintien de leur propre vie.

Cas de monsieur C .Qui dit se réveiller souvent la nuit pour écouter le tic-tac de sa fistule...assimilé aux battements de cœur synonyme de maintien de la vie. Ces effractions sont surtout difficiles à vivre pour patient dont la personnalité est structurée sur un mode psychotique, car ces personnes sont déjà aux prises avec des angoisses dites de morcellement mais aussi pour les patients normalonévrotiques, car ces brèches posent le problème de la différenciation entre dedans et dehors. Cela peut générer une très grande anxiété au moment du branchement par exemple, perturber le sommeil et l'appétit.

Dans le cas L, comme chez un certains nombre de dialysés, l'angoisse atteint probablement son paroxysme juste avant le branchement. Le problème est que cette angoisse empêche justement la personne de pouvoir verbaliser ce qu'il ressent. C'est la que le psychologue peut être utile pour encourager la verbalisation (Lefebvre, 2005, p. 03).

### 3- Les mécanismes de défenses

#### 3-1 Le déni

Le déni se met en place face à une angoisse massive que le patient est incapable de traiter et il est généralement partiel et transitoire. C'est un mécanisme très archaïque et souvent rencontré chez les fonctionnements limites, pervers et parfois psychotique. L'origine de ce mécanisme est toute à fait au début du processus primaire. Si la personne refuse d'admettre une certaine réalité. Cela veut dire qu'elle n'a pas de moyens psychiques qui lui permettent d'admettre.

Le déni est un mécanisme de défense qui met à distance l'angoisse en évacuant la réalité du diagnostic. C'est en quittant ce court stade de deuil que l'individu prend conscience de la réalité de diagnostic.

#### 3-2 Le deuil

La réaction de deuil constitue un état dépressif d'intensité et de durée variable, que l'on observe parfois après les premières séances de rein artificielle, au cours du retour chez les vivants il correspond à une prise de conscience plus élaborée de la réalité, les malades faisant le deuil de la santé et de l'indépendance qu'ils ont plus, réalisant mieux la précarité de leur état et de leur avenir (Haynal, 1997, p.122).

Ainsi comment oublier, c'est-à-dire faire un travail de deuil quand, régulièrement, la perte est redite, réactiver par la dialyse ou réactivée, d'une certaine façon, par la greffe quand le patient craint que ses résultats, par exemple soient mauvais (Cupa, 2002, p.03).

#### 3-3 L'acceptation

Donner une réalité à la maladie et envisager sans dramatiser l'évolution de la maladie et ses conséquences.

La dernière étape de deuil ou le patient se sent mieux. Il à aussi réorganiser sa vie en fonction de la perte. La maladie devient une source de réorganisation de vie, de restructuration de la personne qui va pouvoir refaire des projets (Hrrin, 2003, p.75).

### 3-4 La régression

La régression est donc une conséquence inévitable pour certain patient, régresser en psychologie est le fait de retourner à un état antérieur de développement, souvent un état infantile, au cours de moment particulièrement anxiogène ou frustrant. Il s'agit d'un mouvement psychique défensif. Elle permet au patient de concentrer ces forces sur lui-même, mais ce faisant il va désinvestir l'autre, c'est pour cela que ces patients peuvent être catalogués d'égoïstes. D'évacuer la culpabilité et l'angoisse puisqu'elle invite à retrouver une relation fusionnelle avec la mère, et même si la mère n'est pas présente dans la réalité, c'est « l'autre » (soignant ou entourage) qui va en être le substitut et un mode de pensée magique : les fantasmes prennent le pas sur la réalité.

L'état de régression permet au patient d'être « un bon patient » qui s'en remet entièrement au soignant dans l'excès, le patient demande au soignant de le porter au sens du holding maternel de Winnicott.

Il existe une régression normale : le jeu et la rêverie qui sont des phénomènes transitionnels (Winnicott) et permettent à l'individu d'expérimenter sa créativité et sont un rempart contre l'angoisse dépressive. Michael Balint (psychiatre et psychanalyste), traitant de la régression parle d'un de ses patients qui dans un moment de régression lui demande de ne pas parler de rester tranquille et de bouger de temps en temps pour lui manifester sa présence : « mais il ne m'était pas permis d'utiliser des mots parce qu'ils demandaient à être compris, compréhension qui impliquait la nécessité d'émerger de l'état de régression pour entrer dans le monde adulte des mots » donc parfois la régression soustrait l'individu à la compréhension des mots et l'invite au silence et au repli sur soi, c'est le cas de ses patients qui en salle de dialyse se prolongent le plus rapidement dans le sommeil (Montet-Aubrée, 2015, p.53-54).

Dans le cas du dialysé, la régression est d'autant plus franche que le malade doit assumer sa maladie et le thérapeutique particulière qu'est l'hémodialyse, qui comme J. P Sichel et E. Roueff ont schématisés, le situe dans une répétition de la dépendance infantile. (Sichel, et Roueff, 1975, p.930).

## 4- Les répercussions psychologiques

### 4.1 La dépression

La dépression est définie par un sentiment d'impuissance, de désespoir, d'inadaptation, et de tristesse. Elle est composée par des symptômes émotionnels (perte d'intérêt, perte de plaisir sexuel, etc), par des symptômes somatiques (asthénie, hyperpagie, etc), et cognitifs (trouble de la concentration, de la mémoire, etc).

La dépression est identifiée comme le trouble psychiatrique le plus fréquent chez les patients en dialyse (Hrrin, 2003, p.73).

En hémodialyse, les patients sont totalement dépendants de la machine et des soignants. Non seulement ils manquent souvent de confiance en eux-mêmes pour monter seuls leur machine, (d'où les difficultés à mettre en place de variables antennes d'auto dialyse), mais également la maladie diminue les capacités d'apprentissage. L'état dépressif empêche aussi d'apprendre et perturbe les capacités cognitives, de plus la vision du sang dans la tubulure est parfois insupportable.

L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque le sujet doit s'y rendre trois fois par semaine, ou plus, l'exemple de ce patient de 42 ans qui avait de suivre une quatrième séance cette semaine-là du fait de sa prise de poids excessive. « Ca m'a mis un coup au morale dit-il, de faire cette séance supplémentaire (Lefebvre, 2005, p.3).

Le problème est que cet état dépressif est un facteur qui contribue à la mauvaise observance du traitement médicamenteux, du régime et des soins.

Selon Dominique Cupa, une dépression plus au moins importante existe chez tous dialysés. Et même selon Becker cité par Cupa, le dialysé est un dépressif chronique. En effet chaque nouvelle dialyse rappelle la perte de l'organe, est donc que le corps est immédiatement abimé. Du fait de cet état dépressif, on observe fréquemment chez les personnes dialysées une chute de libido, des problèmes d'impuissance, ou de perte de désir sexuels de par le traumatisme de la confrontation à la maladie, à la mort, et au traitement (Lefèvre, 2005, p.1).

**4-2 L'anxiété**

L'anxiété est normale, elle nous permet de mobiliser nos ressources physiques et psychiques pour faire face à des situations perçues comme dangereuses...

L'anxiété est une peur. Elle se manifeste de manière plus diffuse que l'angoisse. Mais les deux sont des émotions dirigées vers le futur à la différence de la colère qui est une émotion dirigée vers le passé. L'anxiété est intimement liée à notre histoire personnelle et infantile.

L'anxiété est également due à la façon dont l'individu interprète la situation dans laquelle il se trouve (Montet-Aubrée, 2015, p.50).

Les patients hémodialysés souffrent de trouble anxieux, qui se manifestent sur le plan psychologique par le sentiment d'instabilité, malaise, agitation, ou incapacité à se relaxer, repenses excessives à des situations inattendues...etc, et le degré de cette anxiété chez ces patients est modéré et potentiel. L'anxiété considérée comme un trouble fréquent chez les personnes présentant une insuffisance rénale chronique terminale, en effet le patient se trouve confronté aux remaniements voire aux agressions, parfois brutaux et difficilement acceptés, que subissent son corps et sa vie.

**4-3 Les remaniement de l'image du corps**

Les aspects pénibles de traitement par l'hémodialyse sont multiples : outre les ponctions de la fistule artérioveineuse confectionnée pour la dialyse, il faut relever que les malades souffrent souvent de crampes musculaires, de céphalées, de vomissement, d'hypotension, variable en intensité et en fréquence, et qu'il doivent absorber journalièrement des médicaments particulièrement désagréables destinés à corriger l'épuration insuffisante en potassium et en phosphore, un état d'asthénies fluctuant est la règle, le simple bien-être n'existe plus.

La maladie interrompt le silence des organes en fait découvrir au malade un corps méconnaissable, bruyant, fragile, affaibli, usé, impur...tout en étant agressé le corps devient agresseur et menace constamment la personne de diverses complications. Dans l'insuffisance rénale le corps est incapable d'évacuer les urines et certains produits toxiques, la survie est sévèrement menacée. Cette pathologie se traduit dans l'imaginaire par des fantasmes d'impureté.

Les changements corporels posent la question de la pérennité de la perception de son image. Celle-ci reste souvent fixe alors que le temps passe et emprime sur le corps ses marques. Toute maladie grave à savoir le patient décède s'il n'a pas de traitement, va donc entraîner un remaniement brutal de cette image du corps sinon invulnérable, en tous cas fixe, c'est la rencontre avec cette vulnérabilité que provoque le sentiment d'un temps « chronique », c'est-à-dire « à vie » en dialyse. L'image de corps ne sera plus jamais comme celle devant la maladie (Lefebvre, 2005, p.2).

#### **4-4 Les dysfonctionnements sexuels**

Tous les hémodialysés présentent des dysfonctionnements sexuels à des degrés divers. Ces troubles semblent plus fréquents chez les hommes. Chez eux la diminution ou la disparition de la fonction rénale, et donc de la fonction urinaire, entraîne une perte de la libido car ces deux fonctions sont symboliquement très liées chez l'homme.

Selon Jean François est source de gratification alors que la perte de la fonction urinaire représente une frustration. De plus, il faut tenir compte de l'état anxieux, ou dépressif ainsi que de bouleversement de la vie de couple induite par la dialyse (Lefebvre, 2005, p.2-3).

#### **4-5 L'impact d'un parent insuffisant rénal chronique sur son enfant**

Toute maladie chronique telle que l'IRC entraîne des répercussions sur l'environnement immédiat du malade, particulièrement les membres de sa famille dont son enfant, lequel ayant une structure psychologique vulnérable, non encore complète, comme le souligne D. Cupa « travaillant depuis longtemps avec des hémodialysés chroniques, j'ai souvent eu l'occasion de constater que les enfants de ces patients pouvaient être très perturbés par l'état du parent malade... » (Cupa, 2002, p.97).

G.Lefebvre, présente les répercussions suivantes :

- Hyper maturité précoce
- Dépression masquée par des troubles scolaire et instabilité psychomotrice
- Agressivité car rancune d'où un sentiment de culpabilité face au parent défaillant
- Faible capacité d'attention
- Fuite dans l'imaginaire importante
- Hyperactivité

- Anxiété
  - Préoccupation concernant le corps et la maladie
- Vives angoisse de séparation
- Parentification de l'enfant, menant à une confusion des générations et un possible attachement anxieux au parent défaillant se sentant coupable de la maladie de son parent, l'enfant peut rechercher une place réparatrice, ce qui le maintient dans un attachement anxieux à son égard.
- Inquiétude de l'enfant par rapport à la maladie du parent d'où possibilité de demandez un rendez-vous avec un néphrologue pour expliquer la maladie (Lefebvre, 2005, p.04).

## **5- La prise en charge**

### **5.1 La prise en charge psychologique des hémodialysés**

Les progrès techniques et médicaux sont la condition nécessaire de l'amélioration des résultats de la dialyse. Toute fois malgré les améliorations apportées au traitement, l'insuffisance rénale reste une maladie invalidante, responsable d'un handicap difficile a surmonté pour parvenir a mener une vie normale.

L'aspiration légitime de tous les patients hémodialysé et de pouvoir mener une vie professionnelle et familiale aussi normale que possible en dépit du handicap de la maladie et du traitement. Dans la mesure où cette aspiration est incomplètement satisfaite dans un grand nombre de cas, des améliorations sont nécessaire dans la prise en est l'aide apportée aux hémodialysé. Ces améliorations doivent porter sur l'information des patients et la relation avec les soignants, le soutien psychologique est un meilleur accès aux dispositions sociales. De ce fait le psychologue peut induire un lien entre : le patient et ses proches, le patient et les soignant, il doit accomplir la tache d'écoute et d'entendre c'est aller au-delà du discours.

Il s'avère donc le rôle du psychologue est indispensable dans l'accompagnement des personnes hémodialysés et cela a pour but de promouvoir leur autonomie et d'apporter des services et des solutions qui permettent de ce gérer par eux même, dans la recherche de leur bien être physique, morale, psychologique (Yungers,et Legendre,2004 ,p.208).

### **5.2 La prise en charge familiale et le rôle de soutien de l'entourage**

Une bonne partie des difficultés rencontrées par les patients dialysés s'avèrent être liées à des problèmes d'emploi ou d'une absence d'aide à l'handicap dont ils sont atteints. Être seul à porter le poids lourd. Partager ce fardeau avec la famille, d'autre personne ayant les mêmes problèmes, peut être d'une aide considérable.

La prise en charge familiale est essentielle dans L'IRCT, elle touche le malade au quotidien, le conjoint, les descendants, ou les voisins interviennent au niveau financier, psychologique, morale, physique et affectif et spirituel. Mais il ya aussi de proches, d'autres associations, des anonymes et des membres de la communauté sans liens de parenté qui participent des dons financier 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 de 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 (Hrrin, 2003, p.80-81) .

### **5.3 Le rôle des soignants**

Malgré toute leur compétence, les soignants ne peuvent pas offrir la guérison totale. De plus assister à la souffrance et à la dégradation des malades, à leur angoisses et à leurs lassitude, induit également une souffrance, et peut être parfois un sentiment d'impuissance. Certain soignant peuvent avoir quelque fois l'impression de ne pas savoir comment répondre à la souffrance des malades.

Dans ces situations, il importe d'essayer d'accepter son impuissance car cela diminue la culpabilité. Dans le même temps, il faut éviter d'ignorer son sentiment d'impuissance pour tenir compte des attentes du malade.

Cela ne veut pas dire qu'il faut exécuter toute les volontés du patient, il existe des situations conflictuelles, un peu comme dans toute famille. Concernant les difficultés inhérentes aux relations soignant/soigné, le psychologue joue un rôle de tiers d'interface.

Il peut arriver que la distance nécessaire entre le soignant et le soigné se trouve gommée : tutoiement, relations amicales. Cela crée des relations très impliquant, surtout dans

les cas de DP à domicile, lorsque le soignant se trouve en contact direct avec l'environnement familial. Le problème d'une trop grande proximité réside notamment dans le fait qu'en cas de décès, les réactions émotionnelles risquent d'être trop fortes, on outre en cas de problème médical ou autre, le soignant risque de ne plus avoir la neutralité nécessaire pour faire preuve de sang froid.

Par ailleurs, certains patients se montrent très exigeants par rapports aux heures de branchement et de débranchement. Par exemple le patient qui veut absolument être branché le premier de sa série, et quelqu'un qui cherche à occuper une place privilégiée au près du soignant. Autrement dit, il veut être investi de façon particulière par le soignant. Faire l'objet d'un investissement narcissique (Lefebvre, 2005, p.03).

Dominique Cupa qui illustre parfaitement le cas de monsieur A : « le patient qui se sent contraint par la dialyse et insuffisamment reconnu par l'équipe soignante va faire pression sur l'équipe, d'une part pour se soulager de celle qui est exercée sur lui, d'autre part pour attirer l'attention ».

Les patients qui appellent l'infirmière pendant les dialyses pour des raisons futiles exercent une contrainte qui est à comprendre comme un appel à un soin qui est autre qu'un soin infirmier. Cela peut être interprété comme ; « venez plus avec moi car je m'ennuie / j'ai peur »(Lefebvre, 2005, p.03).

## **Synthèse**

Le vécu psychologique des insuffisants rénaux chroniques est très pénible et se caractérise par de nombreux bouleversements radicaux dans leurs vies. Commencant par de la découverte de la maladie le malade est sous le choc, il est confronté directement à sa propre mort, cela le met dans un état dépressif. La dialyse est nécessaire pour la survie, en le pénalisant à vie. Il en est de même pour le régime et les contraintes alimentaires, ainsi que le traitement médical, tous ces éléments affectent son autonomie et augmentent ses souffrances.

*Chapitre III :*  
*L'observance Thérapeutique*

**Préambule**

L'atteinte d'une maladie chronique quelconque, exige la prise d'un traitement prescrit par un médecin à son malade. L'usage d'un produit par un sujet, dans un contexte, est attaché, en particulier, à son mode de vie, la manière d'être et de pensée de la personne dans un groupe, et son environnement. Dans ce contexte, l'observance désigne l'attitude d'adhésion et s'associe à l'idée de coopération, participation, suppose un comportement actif du patient dans la démarche thérapeutique.

**1- L'observance thérapeutique et l'inobservance thérapeutique****- L'observance thérapeutique**

L'OMS donne la définition suivante ; «la mesure avec laquelle les comportements d'une personne devant prendre un médicament, suivre un régime alimentaire et/ou changer de mode de vie correspondent aux recommandations convenues avec un professionnel de santé ».

L'observance thérapeutique se définit, comme la capacité à suivre correctement un traitement a long court du au caractère chronique de la maladie tel qu'il est prescrit par le médecin. Elle concerne la prise du traitement médicamenteux en lui-même mais aussi les recommandations alimentaires, l'exercice physique, la consommation de tabac, les rendez-vous chez le médecin, les analyses aux laboratoires, etc. Elle est visible, objectivable, mesurable(Alvin, 2004, p .46).

Et dans certains recherches, le terme « observance » est utilisé lorsque le patient est « acteur » face à son traitement et à sa maladie, et le terme de « compliance » lorsque le patient est « soumis » au corps médical (Gauchet, 2008, p. 20)

Quant à l'adhésion thérapeutique désigne le degré d'acceptation et d'accord qui définit la position d'un sujet vis à vis de l'exécution d'une thérapeutique, il s'agit ici d'une conduite intentionnelle qui s'appuie sur une prise de position, l'individu est vu comme quelqu'un de responsable et d'autonome (Gauchet, 2008,p. 23)

Tableau N°1 : Mots utilisés et types de relation médicale

Les mots	Les significations	Evocation
Compliance	Se soigner comme on lui demande.	Le patient soumis.
Observance	La capacité à suivre la prescription du médecin.	Le patient est acteur face à son traitement.
Adhésion	Une conduite intentionnelle s'appuie sur une prise de position responsable.	Rendre plus actif le patient, coopération entre patient médecin et patient sur un objectif.

Ces définitions présentées sur l'observance médicamenteuse se basent en général sur le respect des recommandations du soignant envers son malade. Ces recommandations restent insuffisantes devant ce processus complexe de l'observance, en occurrence la non observance déterminé par l'intervention de plusieurs facteurs à savoir l'hygiène de vie du patient, les régimes alimentaires. Ces facteurs rendent le champ d'évaluation de l'observance vaste et suscite un effort de recherches des méthodes d'évaluations qui vont cerner la problématique en question (Alvin, 2004, p.45-51).

### - l'inobservance thérapeutique

La non-observance se traduit alors par le non-respect de la posologie, des horaires, de la durée de traitement prescrit chose qui peut accepter par les prescripteurs, la non-observance est souvent associée à la faiblesse, de l'irresponsabilité ( Baumann, et Trincard, 2002 , p.389-396).

On appelle l'inobservance thérapeutique « l'absence ce de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales, elle concerne tous les gestes du traitement : se livrer à un dépistage, venir aux consultations, prendre les traitements tels qu'ils sont prescrits, surveiller leur efficacité, accepter des modifications du style de vie renoncer à des comportements à risque comme par exemple un tabagisme. Elle intéresse toutes les pathologies chroniques, symptomatique, dont le traitement est contraignant et complexe et un but plus préventif que curatif. Il s'agit d'un phénomène fréquent : on admet que schématiquement, moins d'un patient sur deux suit globalement les recommandations qui

lui ont été données. Il s'agit aussi d'un problème grave qui concerne à la fois l'efficacité de la médecine et son coût. Face à cette gravité, l'OMS récemment un document qui donne le tout, comme une profession de foi : elle déclare que résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait plus efficace que l'avènement de n'importe quel progrès biomédicales

( Reach, 2006, p. 18).

## 2- Les types de l'observance thérapeutique

Reach décrit la non-observance thérapeutique comme un phénomène complexe qui dépasse le simple cadre du médicament. Elle peut être globale ou focalise sur un des aspects du traitement. Elle peut fluctuer dans le temps. Elle peut enfin s'étendre à la ponctualité aux rendez-vous, aux recommandations hygiéno-diététiques ou aux modifications de mode de vie demandées au patient.

- **Non-observance médicamenteuse**

C'est le type de non-observance le plus « classique », le plus étudié, et le premier qui vient à l'esprit.

Breen et Salzman incluent cependant, dans les comportements de non-observance, la surconsommation médicamenteuse, rarement étudiée ni envisagée, dans ce domaine mais qui a selon eux, d'importantes conséquences en terme de morbidité (surdosages, interactions médicamenteuses) et de consultation en urgences, au domicile ou à l'hôpital.

- **Non-observance aux mesures hygiéno-diététiques**

La non-observance aux mesures hygiéno-diététiques est tout aussi importante que la non-observance médicamenteuse. Elle a des conséquences tout aussi graves. Ce type de non-observance est d'autant plus d'actualité que le monde médical, tout comme les pouvoirs publics, mettent depuis quelques années l'accent sur la médecine préventive et prophylactique.

Par ailleurs, le traitement de nombreuses maladies chroniques nécessite souvent de suivre des mesures hygiéno-diététiques parfois lourdes ou difficiles. C'est le cas des régimes alimentaires diabétiques ou des régimes hyposodés de l'insuffisant rénal. Rappelons que seulement 50% des patients arrivent à modifier leur mode de vie après un infarctus du myocarde.

- **Non-observance au suivi**

La non-observance au suivi est beaucoup moins étudiée que les précédentes. Ainsi, peu d'études recherchent les liens entre adhérence médicamenteuse et adhérence au suivi.

Ce concept regroupe ;

- L'assiduité et la ponctualité aux rendez-vous de consultation.
- L'écart entre la date prévue de la consommation et sa date effective.
- La réalisation des contrôles sanguins ou de tout autre examen prescrit.

Deyo et Inui, dans un article de 1980, s'intéressent à une dimension particulière de la non-observance au suivi. Il s'agit de la rupture thérapeutique. Ils insistent sur ses conséquences en termes de morbidité et de ré-hospitalisation d'urgence, surtout dans la prise en charge des maladies chroniques.

Les auteurs nous invitent à ne pas confondre la « rupture thérapeutique », c'est-à-dire l'arrêt définitif des soins, demeurant relativement rare en pratique, et les « rendez-vous manqués », même répétitifs, situation plus fréquente et permettant bien souvent le maintien du lien thérapeutique. Certains parlent de rupture à partir de trois rendez-vous manqués, d'autres attendent huit rendez-vous manqués, d'autres enfin, ne parlent de rupture qu'après une période de quatre mois voire un an sans nouvelle du patient. Le pourcentage moyen des rendez-vous manqués fluctue entre 10 et 30 (Dahan et coll, 1985, p. 140).

### **3- Les facteurs influant l'observance thérapeutique**

#### **3-1 Facteurs liés aux patients**

Dire que la non-observance du patient est causée par l'ignorance ou la méconnaissance est une théorie aujourd'hui dépassée. Du déni de la maladie au simple oubli entraînant la non-observance du traitement, de nombreux facteurs liés au patient et à sa relation avec les soignants rentrent en jeu pour expliquer et comprendre le comportement du patient en termes d'observance.

**a- L'intérêt que porte le patient à sa santé**

L'intérêt que porte le patient à sa propre santé varie en fonction des facteurs psychosociologiques du patient. Cet intérêt est dynamique, c'est-à-dire qu'il se construit et se déconstruit au cours du temps, le patient pouvant porter un nouvel intérêt envers le traitement de sa ou ses maladies chroniques en fonction des événements de vie.

La perception de ses besoins de santé est le résultat de négociations intra et interpersonnelles, et répondent à des objectifs de santé physiques, biologiques, psychiques ou sociaux, des priorités de vie, des images de soi, des besoins d'auto-détermination, et d'auto-efficacité.

**b - Age**

L'âge en soi ne serait pas un facteur de mauvaise observance, les études ne s'accordent pas sur les résultats statistiques. En revanche, les âges extrêmes sont documentés dans la littérature comme étant à plus forts risques de non-observance. La population jeune avec le contexte psychologique de l'enfant ou de l'adolescent qui peut impacter l'observance et la population âgée avec la polymédication entraînant des oublis, le développement de maladies neurologiques, la perte de masse musculaire pouvant causer un problème fonctionnel de déglutition à l'origine d'une baisse observance. L'un des enjeux avec ces populations à risque est le bon usage du médicament dans son ensemble, et de limiter le risque d'erreur thérapeutique.

**c- Le genre**

Plusieurs résultats attestent que le genre est un facteur épidémiologique associé à l'observance. Et ce sont les femmes qui seraient moins que les hommes. La polymédication plus prononcée chez les femmes peut être à l'origine de la différence d'observance entre les genres.

**d- L'origine sociale et ethnique**

Les disparités ethniques seraient d'avantage en lien avec la situation socio-économique et le prix restant à charge pour le patient. En France, il n'existe pas d'étude ethnique pouvant renseigner sur les comportements d'adhérence.

Le statut socio-professionnel est lui aussi un indicateur de variation de l'observance. Une personne en situation de précarité (moyens financiers, condition de logement, environnement social ou familial...) ou ayant peur de discrimination (patient séropositifs au VIH) serait alors moins observant.

#### e- Situation sociale et familiale

La précarité sociale est un facteur de mauvaise observance, mais peu d'études permettent de l'affirmer. Le chômage et la sous-alimentation ont été identifiés comme facteurs de non observance pour les patients sous antirétroviraux.

Le statut marital également, puisque les patients célibataires ont significativement une plus mauvaise observance. On observe aussi des tendances à une meilleure observance en cas de soutien familial. Par un soutien moral, le maintien d'une vie sociale ou par une aide physique, l'entourage, qui joue le rôle d'aidant du patient va influencer positivement l'observance. De plus, les expériences personnelles ou familiales du patient vont influencer ses propres représentations sur le traitement, la maladie, et ainsi avoir un impact, positif ou négatif, sur l'observance.

#### f- Cognition

\* **Déficit cognitifs** : (du ou non à un âge avancé) est un facteur significatif de mauvaise observance.\* **Un bas niveau d'alphabetisation** : fait apparaître des causes de non-observance différentes (liées à la méfiance et à la peur, plus fréquentes) sans en impacter sa gravité.\* **Niveau d'études** : a été mis en évidence comme étant un facteur significatif de l'observance chez Le patient insuffisant rénale. Un niveau d'études élevé peut être un déterminant de l'inobservance par interruption du traitement.

\* **La relation statistique** : entre quotient intellectuel et observance d'un traitement hypolipémiant soutient également ces théories de corrélation entre cognition et observance.\* **La perception** : de l'individu concernant les avantages et les inconvénients de l'initiation et du suivi du traitement va lui permettre une décision de traitement. Un mélange d'états mentaux, d'émotions et d'événements peuvent amener le patient à être non observant.

\* **La notion de temporalité** : et la force des désirs inhérents de l'homme expliquent que le patient préfère une récompense concrète et immédiate (une entorse au régime par exemple) à une autre qui serait lointaine, abstraite et soumise à l'incertitude .

**\* Les croyances religieuses :** peuvent impacter l'observance. Le travail d'anthropologie du médicament du pharmacien Sylvie Fainzang de 2001 a établi un rapport entre groupes d'appartenance à des groupes religieux peuvent être résumées ainsi :

- Les protestants, évoquant une peur de dépendance au médicament.
- Les catholiques, un inconfort corporel et la somnolence.
- Les musulmans, une relation cardiaque, vécue comme la dégradation du cœur, lieu de vie moral et spirituel dans le corps humain (Nordt, 2019, p.37-44).

### **g- Facteurs psychologiques**

L'expérience réelle du patient à travers son parcours de soins de maladie chronique révèle une intensité émotionnelle variable.

La psychologie dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques est souvent négligée en clinique, réservée à des pathologies lourdes et à terme proche. Portant, la survenue d'une maladie est un événement qui annonce pour la future prise en charge. Cette maladie chronique peut être ressentie comme une épreuve mobilisant des ressources psychiques. Les psychologues parlent alors de « travail de deuil » ou le patient passe par un bouleversement émotionnel et consent à vivre dans cette nouvelle réalité.

**\*L'état de stress :** post-traumatique et les troubles psychiatriques ont été décrits comme des facteurs d'inobservance.

**\* Un défaut d'attention :** ou un sommeil diurne excessif était également un des facteurs de non observance chez le patient post infarctus

**\*Dépression :** le risque d'être inobservant est multiplié par 3 . Les besoins intrinsèques du patient et sa personnalité peuvent aussi expliquer des défauts d'observance.

**\*La personnalité :** d'un patient et sa tendance à être optimiste, avoir de l'espoir ou au contraire à être névrosé impactera d'autant son observance.

### **h- La consommation de substance addictive**

\* Une corrélation entre consommation d'alcool et l'observance a été démontrée après 1 an de suivi sur une cohorte de 22670 vétérans américains concernant les traitements

antihypertenseurs et les hypolipémiants. Chez les patients sous traitement antirétroviraux et qui consomment 3 verres d'alcool ou plus par jour, l'étude SUN a conclu à un impact négatif sur l'observance.

\* La consommation de cannabis chez le jeune alcoolique a démontré une aggravation de l'inobservance.

\* Le tabac a été mis en exergue comme facteur d'inobservance chez les femmes sous substitution vitamino-calcique (Nordt, 2019, pp. 37-44)

### **3-2 Facteurs liés aux professionnels de santé**

#### **a- La qualité de la relation professionnelle de santé-patient**

Cette relation est très importante pour permettre une adhésion optimale. Informer et impliquer le patient sont 2 pré requis pour assurer cette relation de qualité, et faire naître une notion de confiance dans cette relation.

- **évolution de la relation patient-médecin**

Dans les années 60, la relation patient-médecin est conçue sur le modèle paternel. Le médecin, en qualité d'expert détenant le savoir et le pouvoir, contrôle, dicte et fait respecter la décision thérapeutique. Ce modèle est mis à mal par le patient, exclu des décisions concernant, et par la révolution technologique mettant à disposition les informations. Il existe 4 modèles de relation patient-soignant ;

Tableau N°2 : Les 4 modèles de la relation soignant-soigné

Modèle de relation patient-soignant	Définition
Paternaliste	Le médecin décide et fait imposer son autorité sur les patients qui n'a pas d'autre alternative que la soumission.
Informatif	Le médecin informe mais le patient décide seul
Délibératif	Le médecin informe et annonce ses préférences sans pour aider le patient à préciser les siennes et décider
Interprétatif	Le médecin informe, décrit les faits, et un consensus est évoqué avec le patient pour choisir le traitement. Il s'agit d'une relation d'égal à égal, entre bienveillance du rôle de médecin et autonomie du patient

L'arrivée d'internet et des nouvelles technologies a bouleversé cette relation. Un nouveau modèle « collaboratif » est apparu, basé sur :

- l'évolution de la participation du patient au processus de soins.
- l'intégration d'internet dans la pratique clinique.
- les transformations des interactions et de la relation médecin-patient.

Cette relation est essentielle à l'adhérence du patient à son traitement.

- **Le pharmacien et le patient**

Le pharmacien est un acteur incontrôlable dans la prise en charge des maladies chroniques. Il est le dernier acteur de chaîne visant à mettre en place le traitement, et l'acteur du suivi avec le renouvellement d'ordonnance. En qualité d'interlocuteur de proximité, c'est un acteur partenaire de l'alliance thérapeutique.

Les attitudes du pharmacien d'officine favorisant l'observance ont été publiées en 2005 :

- Niveau d'information

- Respect des patients
- Capacité à motiver
- Écoute
- Compétences professionnelles
- Relation de confiance

**b-Attitude de partenariat**

- Il s'agit de constituer un partenariat entre le médecin et le patient, basé sur la confiance.
  - Le patient a le droit d'être non observant, et il convient à l'équipe de trouver une solution.
- La confiance sera également le fondement de la croyance que construira le patient comme raison à l'observance.

Pour certains auteurs, la non observance pourrait être liée à la volonté indirecte du patient de s'opposer au médecin, détenteur de l'autorité, pour exprimer sa liberté. C'est la théorie de la réactance.

**c-Facteur temps**

Le temps, à l'heure des objectifs de rentabilité, est une problématique bien réelle. En 2004, Epstein mettait en lumière la maigre part du temps de consultation dédiée à la discussion du traitement : moins d'une minute en moyenne pour une consultation de 20 minutes.

- Le patient nouvellement confronté à une maladie a un besoin accru de temps pour accepter le diagnostic, accepter le nouveau traitement...
- Le temps d'attente en dispensaire ou pour la délivrance des traitements est également un facteur d'inobservance.

**d- La durée de la relation avec le médecin**

La durée du suivi par un même médecin influence l'observance. Les patients étant suivis depuis 1 an par le même médecin sont plus observants. Cette observation émane du concept de confiance entre soigner et soignant, une relation qui, prend du temps pour se construire.

**e- Concordance des avis**

La perception de la maladie par le patient n'est pas la même que celle du soignant. Plus leurs interprétations sont proches, plus l'interaction sera équilibrée et le besoin en négociation thérapeutique faible. Plus l'interprétation est éloignée, plus le besoin d'information du patient devra être adapté et personnalisé afin de pouvoir comprendre ses besoins et négocier l'attitude thérapeutique. Il peut paraître déroutant pour un patient de devoir traiter une maladie qu'il perçoit comme ni compliquée, ni invalidante, ni symptomatique.

**f- Barrière linguistique**

Utiliser un jargon trop médical peut décourager le patient dans sa motivation à comprendre et agir pour sa santé. Une vulgarisation des termes médicaux lors des échanges avec le patient permettra de l'impliquer plus durablement.

Si les termes utilisés sont trop vagues ou qu'il y a des non-dits, le patient ne sera pas en mesure de comprendre ce qu'on attend de lui. Par exemple, pour 36% des patients, la posologie de 1cp/jour ne nécessite pas forcément une prise à la même heure.

**g- Diplôme du professionnel de santé**

La formation et le diplôme du professionnel de santé vont impacter la confiance qu'a le patient envers lui, et ainsi soutenir la relation construite entre eux (Nordt, 2019, pp.44-47).

**• Facteurs liés à la maladie****a- La perception du malade envers sa maladie**

Déjà abordée précédemment, la perception du malade envers sa maladie mais aussi son traitement est multifactorielle et il n'existe pas de modèle faisant état de la complexité de ces relations

- Ne pas être conscient de la maladie est un facteur de non observance.
- La perception de l'indication pour laquelle le patient prend le traitement sera évidemment subjective et si plusieurs maladies coexistent chez le même patient, il va hiérarchiser les priorités de traitement en fonction de sa propre perception.

**b- Sévérité de la maladie**

Étonnement, les méta-analyses n'ont pas construit de relation de causalité entre la sévérité de la maladie et le traitement par Cardesartan, tout comme le risque élevé d'ostéoporose n'entraîne pas une meilleure observance.

**c- Expression des symptômes**

En revanche, le caractère silencieux ou bruyant des maladies va conditionner l'observance. - Un patient qui ne ressent pas de symptômes n'aura pas de réelle volonté à traiter une maladie asymptomatique.

**d- Risques et type de complication**

L'évaluation des risques de complications et de l'aggravation de l'état de santé sur le long terme doit être expliquée par le prescripteur pour inciter le patient à adopter un comportement de préservation (Nordt, 2019, p.48).

**3-3 Les facteurs en lien avec le traitement**

C'est aussi le bénéfice à court et long terme du médicament qui va renforcer l'observance, tandis que les effets secondaires et indésirables la modifient de manière négative.

**a- Le type de médicament****a-1 Organe cible et effets attendus**

Le patient va consciemment ou inconsciemment privilégier les prises en charge selon le type de médicament ou selon « l'organe qu'il traite ». De ce fait, une étude a mis en évidence que les antihypertenseurs associés « au cœur », qui est un organe de grande importance, bénéficient d'une meilleure observance que les antidiabétiques ou les normolipémiants.

**a-2 Les effets indésirables**

Les effets indésirables (EI) qui ont un impact sur la qualité de vie du patient (nausées, vomissements, diarrhées, fatigue, crampes musculaires, œdèmes...) ont une influence négative sur l'observance. La majorité des auteurs s'accordent pour dire qu'il existe un lien majeur entre présence d'effets indésirables et diminution de l'observance. Il est important de

signaler au patient les effets indésirables fréquents lors d'une initiation de traitement afin d'éviter toute inobservance ou arrêt de traitement.

#### **b- Interaction médicamenteuse**

Peu d'études démontrent le rôle des interactions médicamenteuses dans l'inobservance des traitements de maladies chroniques. Dans le cas des anticancéreux oraux, une étude a montré l'importance d'éviter ces interactions qui diminuent l'observance des inhibiteurs de tyrosine Kinase.

- Les interactions avec l'alimentation peuvent aussi favoriser la non observance, le patient choisissant d'arrêter ou de suspendre son traitement de peur de mal faire ou de se mettre en danger.

#### **c- Le nombre de médicaments**

Il existe sur cette question de polymédication une variée distorsion dans la littérature. Une prescription de 3 médicaments ou plus est associée à un risque plus élevé de non observance. La complexité de la prise influe également sur l'observance, et même si la polymédication semble freiner l'observance, les études rapportent des résultats quelque fois contradictoires. Gardons en tête que la complexification du protocole augmente d'autant l'apparition d'effets secondaires et d'évènements iatrogéniques chez les populations les plus fragiles.

#### **d- La forme galénique et la voie d'administration**

Différentes problématiques de galénique ou de conditionnement sont référencées comme des barrières à l'observance.

Les personnes âgées privilégieraient les formes solides aux formes liquides, qui ont le désavantage de posséder un mauvais goût. Cependant, les formes solides peuvent être difficiles à avaler de part leur taille, la difficulté de sociabilité ou leur couleur blanche (comprimés difficilement identifiables). La petite taille de certains comprimés peut également être problématique pour les patients atteints de troubles de la vue.

**e- Le schéma thérapeutique**

Une méta-analyse incluant 11 485 patients hypertendus montre que les patients ayant une prise unique quotidienne ont une observance significativement meilleure que ceux qui ont une prise double voir multiple.

L'horaire et les contraintes de prise sont également des facteurs de non observance. En cas d'activité, le patient devra avoir son traitement sur soi. Si la prise doit s'effectuer devant les collègues par exemple, elle peut être vécue comme un aveu d'impuissance de calin.

Enfin, la durée de prise en charge est également un facteur de non observance, la prise en charge à long terme augmentant le risque de non observance. L'observance des médicaments de prévention cv diminue en moyenne de 0,15% par mois pour chaque patient.

**f- Le prix**

Il a été démontré que l'augmentation du prix à charge était corrélée de manière négative avec l'observance. Deux méta-analyses ont permis la mise en lumière de résultats concordants :

- Quantitativement : il existe une relation négative dans 85% des études entre le reste à charge et l'observance.
- Qualitativement : en relation avec le reste à charge pour le patient, l'augmentation de l'inobservance est de 11% .

Le prix influe grandement la valeur, la croyance et la confiance que l'on accorde à un produit de consommation.

**g- La confiance**

La renommée d'un médicament, d'une classe thérapeutique ou d'un laboratoire peut agir sur l'observance. Une tendance à la méfiance est massivement reportée dans la littérature envers les génériques (conditions de fabrication, équivalence supposée, confusion liée à la forme et à l'emballage).

Les facteurs liés aux différences physiques et organoleptiques entre génériques et principes, c'est-à-dire taille du comprimé, couleur, texture d'une crème, emballage, changement de « nom » ...peut porter une confusion lors de la prise, voir altérer la confiance du patient envers son traitement (Nordt, 2019, pp. 48-54).

**3-4 Facteurs environnementaux****a- Système de santé et la politique de santé**

En France, la politique de santé est basée sur l'assurance maladie universelle pour tous. C'est une des 4 composantes fondamentales de la sécurité sociale et un devoir de l'état d'après la Déclaration des droits de l'Homme de 1948. L'accès à une assurance santé privée est aussi un facteur pouvant agir sur les composants de santé et donc d'observance, car l'accès à une complémentaire santé est inversement proportionnel aux besoins de santé.

Une politique de santé favorisant les bons comportements de santé devrait permettre d'agir sur l'observance du patient, tout comme les déterminants organisationnels liés.

**b- Difficultés d'approvisionnement**

Certaines barrières à l'observance sont « organisationnelles ment » induites. Sont décrits dans cette catégorie :

- La barrière du renouvellement chez le médecin, considéré comme contraignant.
- Les boites de 28 comprimés pour un mois de 30 ou 31 jours.
- La gestion des patients à s'approvisionner ailleurs que dans « leur » pharmacie de quartier.
- La qualité rédactionnelle de la prescription (lisibilité, manque de précisions, conduite à tenir en cas d'oubli).
- La substitution générique qui change l'usage du médicament.
- Les produits en rupture, en arrêt de production ou manquants dans le stock de l'officine.
- La difficulté logistique du patient, notamment âgé, à se procurer les médicaments.

**c- Le droit de patient à être inobservant**

Le fait de contraindre un patient pour s'assurer de l'observance se confronter à la liberté individuellement de chacun. Le consentement du patient est une liberté réaffirmée dans le code de la santé publique à travers l'article L 111-4. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient, faisant de l'inobservance un fait parfaitement légal, le patient pouvant retirer à tout moment son consentement.

#### **d- Renoncement aux soins**

Le renoncement aux soins peut être choisi ou subi et il découle des moyens financiers, sociaux, organisationnels...On classe les causes en fonction de l'acceptabilité (renoncement choisi de manière personnelle, sans lien avec le système de santé), disponibilité (absence d'infrastructure ou lié aux temps d'attente pour y avoir accès) et accessibilité (cause de transport ou de cout). Le renoncement de soins par acceptabilité est une des causes de l'inobservance au traitement (Nordt, 2019, pp .54-56).

### **4- Les conséquences de l'inobservance thérapeutique**

Le non observance pose un problème tant individuel que social et économique. Ses répercussions sont importantes sur les prises en charge. L'importance de ses conséquences fait de l'observance thérapeutique un thème majeur de santé publique.

#### **4-1 Conséquences individuelles**

Les études cherchant à établir des liens entre observance thérapeutique et résultats cliniques sont la plupart du temps, très contradictoires, certaines montrent l'absence de lien entre observance et évolution clinique à moyen terme (épilepsie, asthme de l'adolescent, voir même diabète insulino-requérant de l'adolescent) ; d'autres au contraire, insistent sur le caractère grave, mettant en jeu le pronostic vital, d'une telle attitude (greffes d'organe, hémopathies).

Parmi les conséquences individuelles de la non-observance, la majorité des auteurs décrivent cependant :

- **Les rechutes :**

Pour la plupart des auteurs, la durée de l'hospitalisation lors d'une rechute, serait plus courte quand le patient est observant. La fréquence ainsi que l'intensité des rechutes serait augmentées lorsqu'il existe de rechute sous place contre 46% sous neuroleptique à deux ans.

- **L'inefficacité thérapeutique**

Selon Murphy et Coster, la non-observance est une cause majeure de non réponse médicamenteuse.

La non-observance thérapeutique peut avoir des conséquences létales pour les patients. Par ailleurs, la non-observance peut entraîner une dangereuse accumulation de médicaments psychotropes au domicile des patients, accroissant ainsi le risque d'intoxication médicamenteuse volontaire grave. Enfin, l'accumulation parfois dans des pharmacies domestiques, peut entraîner un risque d'empoisonnement.

- **Le surdage ou le sevrage brutal**

Le surdosage est rarement cité comme conséquences d'une observance médicamenteuse de mauvaise qualité. Il est, le plus souvent, le fait de personnes âgées qui commettent des erreurs dans leur traitement. Il a des conséquences d'autant plus graves qu'il intervient chez ce type de patients, au métabolisme souvent déjà perturbé (insuffisance rénale ou hépatique).

- **Les hospitalisations**

Leur fréquence et leur durée sont liées aux rechutes, dont nous avons déjà montré le lien avec l'observation.

- **Des altérations de la qualité de vie du sujet**

La non-observance thérapeutique entraîne, comme nous l'avons déjà montré, une inefficacité thérapeutique et des rechutes. Le patient est donc plus souvent malade, plus souvent hospitalisé, sans parler des risques de complications à long termes (rétinopathie ou artériopathie diabétique, insuffisance respiratoire du fumeur). Tous ces facteurs contribuent à détériorer la qualité de vie du patient (Raphel, 2017, pp.45-57).

#### **4-2 Conséquences collectives sur la société**

- **Le surcout économique**

Selon Breen, plusieurs paramètres sont pris en considération pour voir le cout de la non-observance tels que ; l'augmentation de la durée d'hospitalisation, le nombre de ré-

hospitalisations, la multiplication des traitements, la nécessité de soins infirmiers à domicile pour vérifier les prises...

La principale justification de l'intérêt croissant qui se manifeste pour l'observance provient de la réduction du gaspillage de temps et d'argent que son amélioration pourrait entraîner (Raphel, 2017, p48).

### 5- Evaluation de l'observance thérapeutique à la prise médicamenteuse

Dans cette partie nous exposerons les différentes méthodes de l'évaluation de l'observance thérapeutique à la prise médicamenteuse.

#### Tableau N° 3 : Différentes méthodes utilisés pour évaluer l'observance à la prise médicamenteuse.

- Auto-questionnaire
- Avis des soignants
- Décompte des comprimés
- Analyse du renouvellement des ordonnances
- Dosage des principes actifs dans le sang ou l'urine
- Evaluation de l'effet du traitement
- Système électroniques

La mesure de l'observance thérapeutique est difficile et les méthodes utilisées sont nombreuses, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients. D'après A. Gauchet, La définition de M. Morin (2001) illustre la difficulté et le flou qui tournent autour de la mesure de l'observance : «L'observance thérapeutique est phénomène mesurable dont la variation oscille entre une polarité d'observance et une polarité d'inoobservance » (Gauchet, 2008, p.45). (D'après la revue de littérature l'ensemble des auteurs s'accordent à distinguer entre les méthodes dites directes et les secondes dites indirectes. Les méthodes directes ; procèdent, par l'évaluation de la concentration du médicament dans le sang mais sa valeur est limitée. Par exemple une prise régulière juste avant la consultation peut masquer la non-observance habituelle.

Et les méthodes indirectes ; à travers des questionnaires remplis par le patient ou des interviews, une appréciation par le médecin ou l'infirmier (e). L'interview confidentielle semble être la meilleure méthode pour détecter à la fois des doses non prises et le caractère irrégulier des prises. Le suivi des renouvellements d'ordonnance peut être réalisé en partenariat avec les pharmaciens est entrain d'évaluer dans les sens d'une plus grande implication des pharmaciens dans la prise en charge des maladies chroniques.

- Des systèmes électroniques ont été développés : ils utilisent des puces électroniques miniaturisées incorporées dans le couvercle du flacon contenant le médicament qui enregistrent la date et l'heure ou le flacon a été ouvert et refermé ou des piluliers intelligents Bien que semblant supérieur aux méthodes traditionnelles ces systèmes ont des limites car le fait d'avoir ouvert le flacon n'est pas synonyme d'ingestion et seule l'utilisation combinée de plusieurs méthodes augmente la précision du diagnostic.

- Il est préférable d'intégrer les deux méthodes quantitatives et qualitatives. Comme l'échelle peut nous évaluer seulement le « diagnostic » d'observance ou de non observance thérapeutique du patient mais elle reste étroite à nous donner les réponses sur ses attitudes de suivi ou non suivi du traitement chose qui nécessite de faire intervenir d'autres méthodes qui vont s'approfondir dans cette problématique. Dans la revue de publication de Fogarty, Roter, Larson, Burke, Gillepsie et Levy (2002) on peut constater que 18 articles répertoriés il y en à 15 qui font référence à une mesure directe de l'observance. Il s'agit d'une étude qui visait à évaluer les effets d'une consultation d'observance pour les patients séropositifs en échec sous multi-thérapie. Pour ce faire les chercheurs se sont basés sur des données immunologiques.

- Les six autres études font référence quand à elle, à une méthodologie plus qualitative. Certains se sont basées sur des entretiens semi-directifs avec des questions très précises comme faire la liste de leur prescription médicale ou encore « comment êtes-vous traité? »

- Les quatre autres dernières se sont basées sur des questionnaires mais seuls Tarquinio, Fischer et al (2003) décrivent leur matériel. Il est constitué d'une série de douze items associés à une échelle de type Likert en 5 points (de j'amaï à systématiquement). Les questions ont un versant comportemental (prise de médicament) comme « prend l'ensemble de mes médicaments » et un versant attitudinal (position générale par rapport à l'hygiène de vie) comme « j'ai une alimentation saine et équilibrée ». De plus, ils ont corrélé les résultats obtenus à cette échelle avec le taux de CD4 pour confirmer la validité de l'échelle. Ils ont donc, déduit que les techniques de mesure se font à base des buts, des hypothèses ainsi les conditions pratiques de l'étude, les méthodologies utilisées diffèrent même s'il y a, une large

préférence pour les mesures indirectes. En ce qui concerne cette recherche, nous choisirons également de multiplier les méthodes, en se basant sur l'échelle d'observance, ainsi que sur les données médicales ( Gauchet, 2008, p. 45).

### **6- L'éducation thérapeutique**

Il s'agissait en fait de la prise de conscience d'une évidence : le traitement des maladies, en particulier des maladies chroniques, doit impliquer la participation active des patients; ceci implique qu'ils aient une pleine conscience de l'enjeu. La réponse a été la mise en ouvre d'un transfert de responsabilité ; des médecins vers les patients, grâce au plein développement d'une nouvelle stratégie médicale : L'éducation thérapeutique, cette dernière comprend des activités organisées, incluant un support psychosocial, dont le but est de faire prendre conscience aux patients de leur maladie, de les informer au sujet de leur maladie, de l'organisation des soins, des comportements face à la santé et à la maladie. Le but de l'éducation est que les patients (et leurs familles) comprennent leur maladie et leur traitement, collaborent avec l'équipe soignante et prennent la responsabilité de leur traitement comme un moyen de maintenir et d'améliorer leur qualité de vie, donc l'éducation thérapeutique ne se limite pas à la transmission des connaissances, mais aussi d'assurer une modification réelle des comportements des patients ( Reach, 2007,p. 71).

Modifier les recommandations médicales ou les traitements pour aller dans le sens des préférences du patient quand cela est possible peut aussi améliorer l'observance.

Le processus de l'éducation à l'observance passe par trois étapes : la personnalisation du traitement, le transfert de compétences, l'aide aux changements de comportements. L'opération exige d'adapter les recommandations à chaque patient afin d'identifier les objectifs et les modalités du traitement, il convient de prendre en compte les comorbidités et l'espérance de vie, l'évolutivité de la maladie, la réponse au traitement et, surtout, les possibilités du patient de mettre en œuvre dans sa vie quotidienne les prescriptions médicales. Grâce à l'éducation thérapeutique, le malade apprend à être son propre médecin. (Grimaldi, 2012, p 24)

L'éducation thérapeutique doit être intégrée aux soins. Elle est le résultat d'un partenariat entre le patient et les professionnels de santé, médecins et paramédicaux travaillant en équipe(Grimaldi, 2012, p. 28) .

## 7- L'observance thérapeutique et l'hémodialyse

La mauvaise observance thérapeutique est fréquemment rencontrée dans la plupart des maladies chroniques. Elle accroît la morbi-mortalité et les dépenses de santé. Ou il se crée souvent un lien intime entre le médicament et son consommateur. En effet, la décision de patient d'adhère ou non au traitement prescrit peut être inconsciente ou intentionnelle. La mauvaise compliance involontaire est souvent due aux limites et contraintes propres au patient à type d'oubli, manque d'information et/ou d'assimilation. A l'inverse, la mauvaise observance intentionnelle exprime généralement un rejet voir un refus des recommandations des soignants. Les patients hémodialysés chroniques ont souvent une observance thérapeutique peu satisfaisante.

Les facteurs de risque d'une mauvaise observance thérapeutique sont l'âge jeune des patients, le niveau d'instruction bas, le nombre moyen de médicament, l'ancienneté en hémodialyse et présence de comorbidité.

Une enquête menée en Afrique Sub-saharienne, analysant le taux de l'observance thérapeutique chez les patients atteints de pathologies rénales chronique a trouvé comme facteurs de mauvaise observance : l'oubli, défaut de l'information médicale, complexité de la posologie, l'inaccessibilité du système de soins, prise de phytothérapie, les effets indésirables des médicaments et leur cout coordination entre le patient, son médecin traitant, le personnel soignant et l'entourage. La meilleure connaissance des facteurs du non observance permettra de les éviter.

Des études récentes incriminent d'autres facteurs épidémiologiques dans la mauvaise observance thérapeutique à titre d'exemple : la race noire reste la moins adhérente aux traitements. Deux autres facteurs impactant l'observance thérapeutique et jouent un rôle important dans la qualité de l'observance chez le patient hémodialysé, premièrement l'apport de l'environnement qui peut être favorable ou défavorable ainsi peut aider ou aggraver l'observance chez ce dernier, et deuxièmes le type de la mentalisation de patient et son fonctionnement mentale.

Une bonne observance est observée chez les hommes que chez les femmes. L'état psychique du patient constitue un facteur déterminant de l'observance au traitement. La dépression, les troubles de comportement et l'anxiété sont des handicaps pour la bonne observance. Différentes études ont montrées la présence d'une relation intime entre le bas niveau

d'instruction et la mauvaise observance thérapeutique, en effet, les patients ayant un niveau culturel bas, sont dans l'incapacité de comprendre l'importance des traitements surtout que ces bénéfices pour les maladies chroniques sont des bénéfices à long terme. Le taux de l'observance thérapeutique reste inversement proportionnel au nombre de prise médicamenteuses par jour dans les différentes séries.

L'observance diminue progressivement avec la durée d'évolution de la maladie ce qui pose un problème majeur dans les prises en charges des pathologies chroniques, car le sujet atteint de pathologie rénale chronique pose un défi. La majorité des facteurs de mauvaise observance recensés peuvent être évités par une bonne coordination entre le patient, son médecin traitant, le personnel soignant et l'entourage. La meilleure connaissance des facteurs de la non observance permettra de les éviter, donc le patient n'est pas le seul en cause, l'observance est une responsabilité collective. 50% des patients ne prennent pas leur traitement, avec des conséquences d'aggravation de symptômes, d'évolution des pathologies et de mort prématurée. Les patients ne disent pas à leur médecin prescripteur qu'ils ne prennent pas leurs traitements, parce qu'ils ne veulent pas décevoir, ni être jugés comme des mauvais patients ou réprimandés. Certains patients sont très attachés à leurs médecins, surtout dans le cas des maladies graves, et dans ces cas-là, traite la non observance c'est s'assurer du maintien de l'estime de leur médecin, et protéger la relation de soin.

Enfin, de nombreuses interventions ont démontré leur efficacité sur l'observance, sous formes de programmes thérapeutiques entretien dédiés, médecine narrative préparation de doses à administrer ou encore d'accompagnement personnalisé, jeux éducatifs et programmes de suivi mobiles, ces interventions permettent d'améliorer la prise en charge globale du patient toute au long de son parcours (Tourette-Turgis et coll, 2008, p.55).

(<http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/33/28/Full>)

**Synthèse**

D'après la revue de la littérature, on a constaté que la majorité des auteurs s'accordent en partie sur certains facteurs plus que sur d'autres. Ceci en favorisant ou pénalisant ce comportement de santé en (observance ou inobservance) est le produit de plusieurs facteurs en interaction. Il ne s'agit d'un comportement linéaire de cause à effet vu la complexité de l'être humain, à savoir les contextes psychologiques du malade, les conflits familiaux, les aléas de la vie sociale et professionnelle, la nature de la maladie, le traitement médicamenteux, le système de soins. En général, tous ces facteurs influencent et interviennent simultanément dans la conduite d'observance et d'inobservance thérapeutique.

*Chapitre IV : Quelques principes de la  
théorie psychosomatique*

**Préambule**

La psychosomatique prend en considération les données de la psychanalyse dont elle est par ailleurs issue, englobe aussi les connaissances de la médecine, de la biologie, elle met néanmoins préalablement l'accent sur les particularités individuelles de structuration évolutive, d'organisation, désorganisation économique, et dynamiques fonctionnelles. Donc, on peut souligner que cette approche ouvre des voies devant le clinicien (notamment le psychosomaticien) et le médecin qui peuvent travailler en collaboration.

**I - Les principes de base de la théorie psychosomatique :****1- Le monisme**

L'abandon du dualisme psyché-soma accompagne cette conception de l'économie psychosomatique mais cet abandon n'implique nullement l'abandon de la notion vitale du conflit. Celle-ci est en effet présente à de très nombreux titres dans la théorie dualiste des instincts, telle qu'on va exposer. C'est le poids historique du dualisme psyché-soma dans notre langage qui rend compte de l'utilisation du néologisme paradoxal que constitue le mot « psychosomatique ». Quoiqu'il en soit renoncé à la dichotomie psyché-soma nécessite une plus grande tolérance à la complexité : l'individu psychosomatique doit être en effet appréhendé dans sa totalité en le réinsérant dans le déroulement même de sa vie. Ce n'est qu'à ce prix que les mouvements d'organisations peuvent tenter d'être compris. (Marty, et Debray, 1998, p.32).

**2- L'évolutionnisme**

Constitue un guide permanent de l'organisation du monde vivant et de sa hiérarchie fonctionnelle. Selon ce principe, la complication secondaire des situations que nous vivons résulte des combinaisons des éléments premiers ou dynamismes élémentaire. La trace de dynamismes élémentaire doit ainsi se retrouver à tous les niveaux des combinaisons secondaires, d'une multiplicité infinie, que l'on peut rencontrer. (Marty, et Debray, 1998, p.29-30).

**3- Les chaînes évolutives**

Les axes évolutifs de l'individu ne sont pas linéaires, une représentation dans l'espace de ses axes permettrait de mieux saisir la complexité de développement humain. P. Marty propose

un schéma des lignes de l'évolution individuelle, marquées par les points de fixation – régression :

**3.1- les chaînes évolutive centrale :** comportant les fixations – régressions libidinales, voire somatique s'achève dans la chaîne évolutive centrale mentale (ou pointe évolutive mentale) .

**3.2- les chaînes évolutives latérales :** plus au moins importantes selon les individus, rejoignent la plupart du temps la chaîne évolutive centrale. Elles sont marquées par plusieurs points de fixation - régression qui peuvent intervenir lors d'une désorganisation post-traumatique, sous formes de symptomatologie variées, inhabituelles dans le fonctionnement des sujets.

**3.3- les dynamismes parallèles :** restent souvent indépendants de la chaîne évolutive centrale. Leur marquage s'exprime sous des formes variées : activités sublimatoires artistiques ou non, perverses, traits de caractère névrotique et psychotique, processus somatiques divers, chroniques, aigus. L'ensemble des activités ou symptomatologies décrites à propos des trois lignes évolutives participe à la régulation de l'économie psychosomatique (Seron, 1998, p.74-75).

#### **4- Instincts de vie et instincts de mort**

L'organisation qui se fait à travers l'hierarchisation successive des fonctions est animée « par une qualité mystérieuse quant à son origine, comme quant à son état, il est convenu d'appeler « instinct de vie », formule pleine de sens et d'espoirs ». « Les facultés d'organisation et de hierarchisation, aspects des instincts de vie, inspirent l'évolution dans tous ces domaines, des plus généraux au plus particuliers ». « Les instincts de vie soutiennent ainsi, dans l'évolution générale comme dans l'évolution individuelle, l'organisation du système fonctionnel successifs de plus en plus larges et complexes » (Debray, 1998, p.30).

#### **5- Fixation /régression**

De l'embryon jusqu'à l'organisation finale de l'adulte, autant au niveau somatique qu'au niveau psychique, le développement individuel se réalisait avec l'apparition de systèmes fonctionnels nouveaux à partir de fonctions déjà-en place. Cela dans des séries de

regroupements et de hiérarchisations successives de fonctions conformes à un programme à la fois général et cependant particulier à chacun.

Or lorsqu'à un moment donné du développement, une fonction déjà en place n'est pas prête ( pour des raisons d'excès ou de manques d'excitations portant sur elle) à participer au systèmes fonctionnels nouveaux, plus évolués, elle se marque dans la répétitions des tentatives de participation aux systèmes fonctionnels, plus évolués et dans les échecs renouvelés à cette participation. Ce sont ses allers et retours qui donnent lieu aux marquages qu'on appelle les fixations.

Les fixations apportent une double valeur aux fonctions qu'elles marquent :

**5 .1- Une valeur de vulnérabilité :** parce que, lorsque des excitations excessives à un haut niveau évolutif provoqueront un mouvement de désorganisation, ces fonctions donneront lieu, plus facilement que d'autre, à des manifestations pathologiques, lesquelles évidemment produiront toujours les mêmes symptômes.

**5.2- Une valeur de défense :** parce que les manifestations pathologiques en cause constitueront électivement des systèmes des résistances vitales qui mettons un terme au mouvement de désorganisation (Marty, 1991, p .3-5).

## **6- L'organisation et désorganisation**

Cet ensemble est constitué par le principe de l'organisation fonctionnelle qui s'effectue pendant le développement individuel. Il se complète par le principe des désorganisations fonctionnelles qui, tôt ou tard, nous conduisent à la mort.

L'organisation individuelle s'effectue selon un programme particulier avec ses notations héréditaires et génétiques. Elle dépend ensuite des conditions de la vie intra-utérine, plus des rencontres après la naissance avec la mère d'abord ensuite avec un certain nombre d'autre personnage. Ou on ne doit pas négliger les conditions matérielles de l'existence.

Particulièrement l'organisation individuelle se fait à partir d'un certain nombre de fonctions éparpillées, sans grandes relations entre elles que P. Marty à nommé l'ensemble la mosaïque première.

Le développement individuel est un mélange d'auto-organisation et d'organisation en rapport avec l'extérieur. Comme le rôle organisateur de la mère, le plus important sans doute.

Bien qu'un certain programme mentale général semble exister dès le début chose confirmé par Freud et qualifier de fantasme originaire, le développement individuel part globalement du somatique pour aller progressivement vers le psychique. L'organisation psychique occupe donc finalement le sommet de la hiérarchie fonctionnelle (Marty, 1991, p.1-3) .

Le processus de désorganisation résulte de la préséance des instincts de morts s'effectue dans une direction contre évolutive, après avoir atteint les organisations les plus évoluées du moment, la désorganisation progresse graduellement, se manifeste au niveau de groupes fonctionnels de plus en plus archaïque, pour n'être arrêté éventuellement que par les mécanismes régressifs de défense.

Au moment de l'organisation évolutive tardive, se sont ses instincts de mort qui priment d'où une discontinuité fonctionnelle, et une désorganisation fonctionnelle(Marty, 1976,p .124).

### **7- Le traumatisme**

P. Marty reprend la signification économique que S. Freud a attribuée a cette notion, à savoir que : « le terme traumatique n'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles dans l'utilisation de l'énergie ».Ainsi il insistera sur la relativité de la force de l'événement pour la mettre en rapport avec les capacités individuelles disponibles pour lui faire face en soulignant que l'origine extérieure d'un événement, aussi important soit-il, n'a pas une valeurs absolue. « La qualité d'un traumatisme est en relation direct avec la désorganisation qu'elle provoque et se confond presque avec elle l'origine extérieure du traumatisme ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable .La perte d'un être proche peut ne pas être plus traumatisante, chez un individu adulte, qu'un jour, chez un autre par exemple, le sentiment provoqué par le passage d'une poussière dans un rayon de soleil. »(Marty, 1976,p .102) .

### **8- Dépression essentielle et maladies graves**

C'est en introduction en VIIIème séminaire de perfectionnement de l'institut de psychanalyse, le 30 janvier 1966, que P. Marty fait une brève communication intitulée « la dépression essentielle ».Celle-ci nommé jusque-là dépression sans objet « constitue l'essence

même de la dépression à savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal, sans contrepartie économique positive quelconque ». Elle se présente « comme une disparition de la libido tant narcissique qu'objectale, et cela sans compensation économique autre que le morcellement fonctionnel ». Ces deux termes : disparition de la libido l'une des manifestations clinique majeures de la présence de l'instinct de mort ».

Cette dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration. La désorganisation la plus large des principes vivants dans lieu à la pensée opératoire dont la dépression essentielle constitue l'un des éléments.

L'aspect commun de la dépression essentielle et des maladies graves est représenté par l'absence d'organisations régressives, tant psychique que somatiques, lesquelles nous le savons, auraient mis fin à la désorganisation (Marty, 1988, p. 59).

#### **9- Pensée opératoire et la vie opératoire**

C'est en 1962 que Marty et M'Uzan définissent le concept de « pensée opératoire » comme illustrant les carences du préconscient, de la vie fantasmatique, et les affects dans les cas des affections psychosomatiques. La pensée opératoire témoigne d'une pensée hyperconsciente. Les conduites opératoires ne sont soutenues ni par des investissements ni par des contre-investissements. Les représentations sont pauvres, répétitives et marquées du sceau de l'actuel et de factuel. Le patient est taciturne et présente l'actualité de sa symptomatologie litée et de contexte vécu. Il ne prend pas en compte l'aspect dépressif (Doucet, 2000, p. 62).

P.Marty au début nous à parler de la pensée opératoire en (1963), il a écrit un livre dans un groupe intitulé l'investigation psychosomatique après il a changé le concept en (1980), la vie opératoire. Et pour P.Marty, qui en a posé les bases conceptuelles, la pensée opératoire est une modalité du fonctionnement mentale qui repose sur l'absence de symbolisation (mentalisation) et qui peut se traduire par des symptômes.

Concernant, la vie opératoire constitue une étape de relative chronicité, de relative stabilité, qui s'installe au cours d'une désorganisation lente ayant affecté un caractère progressif, et pendant laquelle aucune réorganisation spontanée ne se produit (Marty, 1980, p.93).

## II- Le fonctionnement mental

### 1- Définitions

D'après E.S Kitsikis, le concept de mentale renvoie à une signification plus large dans la mesure où elle engage : le type de relation d'objet ; le caractère processuel (synchronique et diachronique) de l'activité cérébrale et pulsionnelle aboutissant à des formes de représentations, de symbolisation et des conceptualisations » (Kitsikis, 1985, p .43).

R. Perron souligne que ; « comprendre le développement de la personnalité c'est retracer l'histoire des structures qui, à des moments successifs, ont défini le fonctionnement de la personne (Perron, 1985, P.12) .

On peut en effet comprendre vraiment le fonctionnement d'un système complexe que si l'on sait comment il a été construit (ou pour mieux dire dans le cas présent, comment il s'est construit).

La théorie psychosomatique de P. Marty a pu mettre en évidence le rôle de l'activité mentale dans l'écoulement des excitations. Cependant ce rôle lui est apparu variable d'un sujet à un autre, et chez le même sujet à des moments différents de son existence.

L'observation de la variabilité interindividuelle de la capacité de l'appareil psychique à écouler les excitations a mis P. Marty devant la nécessité d'établir une classification psychosomatique, d'essence économique. C'est en cherchant un principe sur lequel il pouvait fonder une telle classification que le concept de mentalisation s'est imposé à lui.

Ainsi, pour répondre à une question sur l'histoire de ce concept dans laquelle N. Nicoladis relevait le caractère scandaleux de l'aide d'une bonne mentalisation qui se traduirait par des symptômes psychopathologique ou P. Marty rappellera que le concept de « mentalisation » date des premières années 70, relativement récent, il résulte donc d'autres conceptions. Considérant la qualité, la quantité, le dynamisme et la permanence des représentations mentales normales ou pathologique. Ce concept est venu de la nécessité d'établir une classification psychosomatique. (Marty, 1996, p.19-20).

#### **A/ La quantité des représentations**

Renvoie à l'accumulation des couches de représentation dans le temps, à travers les différentes périodes de développement, durant lesquelles elles seront continuellement

enrichies de multiples connotations affectives et symboliques. De même quelle seront continuellement objet de remaniements sous les effets des mouvements pulsionnels et des conflits psychique ; ce qui fera dire à P. Marty qu'elles ne constitueront, de ce fait, que des « témoignages discutables des réalités passées » (Marty, 1991,p .44-45) .

### **B/ La qualité des représentations**

Renvoie à leur disponibilité à l'évocation, à la fluidité de la circulation des liaisons entre ces représentations et à la permanence de cette disponibilité à l'évocation de cette fluidité associative au niveau du préconscient.

Leur quantité est en rapport avec l'accumulation des couches de représentation pendant les différents temps du développement individuel, ceux de la petite enfance et de l'enfance, d'abord.

Dans la disponibilité, lors de leur évocation, de leur liaison à d'autres représentations de la même époque ou d'époques différentes, l'ensemble fournissant les plus riches associations. Dans la permanence des disponibilités précédente, cette permanence pouvant se trouver provisoirement compromise par des évitements ou des répressions de représentations cependant acquises, par la désorganisation du système préconscient aussi (Marty, 1991, p.18-19).

## **2- Les types de la mentalisation**

P. Marty distingue trois types de mentalisations. Il s'agit des mentalisations dites bonnes, mauvaise et incertaines. Et à côté de ces trois formes de mentalisations on trouve un autre type du fonctionnement appeler névrose de comportement.

### **\* La bonne mentalisation**

Caractérise les individus qui « ont en permanence à leur disposition une grande quantité de représentations psychique liées entre elles (sujette à association d'idées) et enrichie pendant le développement de multiple valeurs affectives et symboliques ». (Marty, 1990, p .30).

De sa part R. Debray, définit la mentalisation comme la capacité à gérer, le conflit, l'angoisse et la dépression. Ou les bonnes mentalisations renvoient à la disponibilité et à la puissance des mécanismes psychique qui permettent de contenir, de gérer et d'élaborer les

excitations sur la scène mentale, c'est-à-dire elles renvoient aux différents mécanismes de défense qui sont eux- même sous-jacents à la formation des symptômes, des rêves et de l'activité fantasmatique (Debray, 1996, p.35).

#### **\* La mauvaise mentalisation**

Ce type de mentalisation est caractérisé par une réduction aussi bien de la quantité que de la qualité des représentations.

Au niveau de leur quantité, c'est ici que l'idée d'une pauvreté du préconscient prend son sens ; l'épaisseur de préconscient – qui renvoie à l'accumulation de leurs couches transversales à travers les différentes périodes, particulièrement de la petite enfance et de l'enfance – est très réduite. Cette réduction renvoie à la pauvreté des paliers de fixation qui se sont constitués à travers ces différentes périodes.

Au niveau de leur qualité les liaisons entre les représentations disponibles sont mal assurées, qu'il s'agisse de liaisons transversales (entre les représentations d'une même époque) ou de liaisons longitudinales (entre les représentations d'époque différentes). De ce fait, elles ne se prêtent pas aux associations d'idées et de s'enrichissent pas de valeurs affectives et symboliques à travers le temps (Marty, 1990, p.29).

Cette pauvreté de représentation en quantité et en qualité ne laisse pas d'autre choix, à ces sujets, que l'activité motrice et les comportements pour écouler leurs excitations d'origine internes et externes (Marty, 1991, p. 30).

#### **\* La mentalisation incertaine**

Entre l'ensemble formé par les « névroses mal mentalisés » d'une part et celui formé par les « névroses bien mentalisés » d'autre part, figure un troisième groupe d'individus qui, par son importance numérique, mérite la plus grande attention. C'est le groupe formé que P. Marty qualifié de « névrose à mentalisation incertaines ». « Tantôt bien mentalisé », les individus riches de représentations tantôt « mal mentalisé », et de pensées de leurs représentations et leurs pensées présentent une pauvreté désolante. Les variations de la quantité et de la qualité de leurs est parfois frappante. Dans ce groupe les sujets soumis, à des indisponibilités des représentations acquises, par évitements ou répressions de ces représentations. L'incertitude portant sur la mentalisation provient aussi bien de la variation qualitative et quantitative des représentations du sujet qu'observe directement le consultant

pendant son investigation, que son sentiment de telles variations, qui peuvent être extrême, pendant la vie antérieure du sujet (période de dépression signalées des représentations et des comportements) (Marty, 1991, p.31-32).

### **\* Les névroses de comportement**

Issues de fixations peu solide, consacrent en particulier la faillite de l'organisation génétique anale et renvoient à des systèmes archaïques ou l'on rencontre peu d'organisation mentales, même a peine élaborées, le fonctionnement de la première topique est inconsistant, le surmoi œdipien ne s'ait pas constitué. Les comportements et conduites difficilement aménageable, semble directement issus des instincts par les intermédiaires sensori-moteur sans représentation accessibles à la conscience parce que une pauvreté quantitative et qualitative de ces représentations. Les névroses de comportement expriment leur pathologie dans leurs conduites relationnelles ou non. L'inaptitude à maintenir une relation avec des objets intérieurs, l'incapacité même d'intériorisationobjectales, et la nécessité de recourir à des objets extérieurs rendent les névroses de comportement ouverts aux traumatismes et particulièrement fragiles dans les désorganisations post-trauma, alors face à ce dernier on trouve l'absence de l'organisation mentale régressive ouvre la porte d'emblée, à la dépression et à la vie opératoire (Marty, 1976, p .106-110).

### **3- Les rêves**

La définition première des malades somatiques s'est fait en fonction de leurs quantités mentales et de la dynamique de celles-ci, nous plonge en tout cas directement dans la problématique de la vie onirique des sujets.

Certains malades somatiques rêvent et témoignent de leurs rêves, d'autre semble-t-il, ne rêve pas ou tout au moins ne rendent pas compte de leur vie onirique.

P. Marty distingue entre quatre type de rêves appartiennent aux malades somatiques, justement ces rêves se caractérisent par l'insuffisance du fonctionnement psychique qui correspond à un onirisme marqué :

- Soit par son absence.
- Soit par sa pauvreté.
- -Soit par son aspect relativement rare.

Cet onirisme est connoté dans tous ces cas par manque d'associations (Marty, 1984, p.1145).

Marty à souligner pour les malades psychosomatique quatre types de rêve qui sont comme suit ;

**\* L'absence de rêve**

On peut penser que le dormeur à refoulé l'existence même ou le contenu se ces rêves, et on peut penser qu'il ne se souvient pas de ces rêves par manque d'intérêt ou d'effort, ou que se présente pour lui une défense à les laisser apparaitre, ou comme en analyse , une résistance en révéler les contenus mais l'expérience clinique à retenu la notion d'une absence des rêves correspondait théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnels se frayant d'autres voies que celle de la représentation et de l'élaboration onirique (Marty, 1984, p.1147).

**\* Les rêves opératoires**

Il s'agit de reproduire des actes de la journée ou du lendemain ou qui précèdent des actes au programme de la journée suivante. Ils sont exclusifs et révèlent des scénarios d'accident, d'écrasement, étouffement, incendies.

**\* Les rêves répétitifs**

Qui à se différencier des rêves qu'on trouve chez les névrosés signalant un lieu de fixation ou la mise en scène est chaque fois différente, par contre ici la cause c'est la stagnation habituelle du système onirique, du fait de l'échec persistant de la programmation de ce système.

Ces rêves répétitifs, souvent intégrés aux névroses traumatiques lesquelles ne conduisent pas forcément à des symptomatologies somatiques :

- Parce qu'ils témoignent d'une pensée fixée, dont l'absence de mobilité rejoint celle des inhibitions des représentations, qui entraîne pour risques :

1- D'atteintes de fonctions d'expression, sensorio – motrices en particulier ;

2- L'atteinte de fonctions somatiques fondamentales, d'ordre immunologique.

- Parce qu'ils surviennent fréquemment après des accidents corporels accompagnés de lésions plus ou moins graves. (Marty, 1984, p.1149-1150).

**\* Rêves crus**

Dans lesquels ils figurent en des scènes directes la réalisation de buts pulsionnels :

« Emprise, puissance agressive orale ou anale, puissance génitale ».

Pour Marty ces rêves sont si peut déformés qu'ils semblent exposer une pathologie « pathologie de l'inconscient » refoulé du sujet.

Les rêves crus se rencontrent surtout chez les névroses de comportement dont l'appareil mental, écarté des possibilités de contre investissement, ne s'est jamais organisé hautement. On comprend alors l'absence d'associations à des propos de rêves qui ne portent pas trace de conflits et qui ne sont l'objet de censures à aucun moment de leur destin.

Selon Marty .P, les rêves crus ne sont pas rares chez les malades somatiques mal mentalisé, ils se rencontrent aussi rarement, moins nettement, et pendant des temps plus courts, chez d'autre sujets. Leur apparition peut alors représenter seulement une valeur régressive partielle, soit que l'érotisme sadomasochisme se donne libre cours, soit qu'ait un mécanisme d'isolation des affects par rapport aux contenus (Doucet, 2000, p .61).

**4- L'économie psychosomatique**

L'économie psychosomatique peu se comprendre la résultante de l'intrication des éléments psyché-soma tout au long de la vie d'un individu.

C'est un état d'équilibre réalisé à partir d'un ensemble de régulations de tous niveau (physico-chimique, humoraux, biologiques, psychiques, etc...).

A tous les moments de la vie, différentes fonctions des plus physico-chimiques aux plus sociales s'intègrent, se régulent par des voies diverses et singulières. Ainsi, l'individu reste vivant et s'adaptent aux données de son environnement interne comme externe.

L'économie psychosomatique concerne donc tous les êtres humains de la naissance jusqu'à la mort, dans la mesure où à chaque instant de la vie, l'individu se trouve dans un certain état correspondant au « compromis » actuellement observable.

L'économie psychosomatique ainsi appréhendée ne peut être que tout à fait unique, spécifique pour chacun, à un moment donné.

La conception dynamique de l'économie psychosomatique fait intervenir la dialectique des instincts ou pulsion de vie et de mort, saisis respectivement à travers les mouvements d'organisation, de désorganisations (Seron, 1987, p.68).

### **5-La nosographie psychosomatique**

L'évaluation des formes cliniques de la mentalisation paraît insuffisante pour l'exploration de l'unité individuelle chose qui a poussé P. Marty à faire une distinction entre quatre systèmes économique fondamentaux qui nous permet le repérage des mouvements évolutifs et contre – évolutives chez l'individu.

Reste que ces systèmes économiques fondamentaux sont incompatibles avec la classification nosographique psychosomatique qui se présente comme suit :

- 1- Les apparentes inorganisations
- 2- Les désorganisations progressives
- 3- Les régressions globales
- 4- Les régressions partielles(Marty, 1976, p .155).

D'autre part, face à ces différents types de classement des maladies P. Marty à complété la nosographie psychanalytique classique puisque devant un traumatisme on constate la variabilité des réactions ou réponses chez les différentes sujets. Donc la nosographie psychanalytique comprend les psychoses et névroses dites : « bien mentalisé » ajoutant deux catégories sont les névroses de caractère et les névroses de comportement (Debray, 1983, p .23).

Donc on va aborder ces trois groupes fondamentaux de structures, qui sont classé comme suit ;

- Les névroses mentales
- Les névroses de comportement
- Les névroses de caractère

### **6- La classification nosographique psychosomatique de P. Marty**

La classification psychosomatique présente plusieurs qualités qui se trouveraient supplantée par un nouveau système de classement des maladies mieux adapté : la concision, la maniabilité garante de l'efficacité, l'esprit dynamique évitant de fixer le sujet dans la

description d'un seul moment de sa vie et l'adaptabilité permanente dans le souci d'une clarté progressive. Par ailleurs P. Marty résume la manière dont se présente la classification actuelle couramment utilisée. Car la psychosomatique remarque chez un sujet, en un moment déterminé :

#### **A- Les structures fondamentales**

Considéré comme partie foncière, inamovible à l'âge adulte, de son organisation psychosomatique. Répertoire présente 10 items parmi les quels figurent les divers systèmes névrotiques ou psychotique.

#### **B- Les particularités habituelles majeures**

Symptomatiques, des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie habituel, des données anamnestiques anciennes. Afin de faciliter le dépouillement statistique, car le répertoire présente trois ordres :

- D'ordre symptomatique.
- D'ordre de l'interprétation par l'examineur.
- D'ordre de l'anamnèse.

#### **C- Caractéristiques actuelles majeures**

Qui réunissent les données symptomatique immédiates, les données anamnestiques récentes et les données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie actuels. Néanmoins la confrontation des caractéristiques actuelles majeures et des particularités habituelles majeures signale les changements actuels du sujet vis-à-vis de son habitus, changements éventuellement en relation avec l'arrivée d'une affection somatique.

#### **D- Les caractéristiques nouvelles résultant de la psychothérapie**

Elles réunissent trois ordre de données, celles qui concernent la disparition des « caractéristiques actuelles majeures » ;celles qui concernent la transformation des « particularités habituelles majeures » spécialement défavorables à l'équilibre psychosomatique des sujets ou la reprise de « particularités habituelles majeures »particulièrement favorable à l'équilibre psychosomatique de ceux-ci, car toutes notifications de « caractéristiques actuelles » ou de « particularités habituelles ».Faites en leur temps ;enfin celles qui concernant l'acquisition de nouveaux types de fonctionnement

psychosomatique (dans les domaines mental, des expressions sublimatoires ou de l'organisation sociale) (Marty,1990 ,p .61).

**Synthèse**

La psychosomatique permet de mieux comprendre le malade dans sa globalité à la fois organique et psychologique, et la maladie organique si elle est d'une connotation positive, d'ordre réorganisateur. Cette démarche oriente les soignants vers une conception pronostic et une meilleure prise en charge qui est parfois d'ordre préventif.

## *Chapitre V: Problématique et hypothèses*

Vivre en bonne santé est l'une des principales préoccupations des êtres humains, la santé est un état de bien être physique, mental et social. Bien entendu, l'absence de la maladie n'est guère un indice, une preuve de bonne santé.

Le bien être physique fait référence à la conception biomédicale. Tandis que le bien être social et mental fait référence à la notion de bonheur. Des caractéristiques doivent cependant être prises en compte, pour définir un état de santé. Ce dernier varie d'un individu à l'autre, chacun doit constamment réagir efficacement aux agressions dont son organisme est victime.

L'organisation mondiale de la santé (OMS), la définit comme étant un état de bien être complet physique, mental et social et ne se constituant pas seulement en une absence de maladie ou infirmité (Sillamy, 2003, p.132).

Fréquemment, la maladie est la perte de la santé. Or, elle n'est en elle-même qu'un signe, qu'un symptôme dont le poids, éventuellement bénin ou au contraire grave, ne peut être appréciée qu'en fonction de ce qu'est l'individu dans son ensemble, tel qu'il s'est constitué progressivement à travers les aléas de son développement et le déroulement de son histoire. On souligne ainsi que l'individu peut-être atteint d'une maladie réversible ou irréversible (Debray, 1996,p.17). Parallèlement, R, Debray, a souligné que « l'individu n'est pas toujours en équilibre, il est en état d'alternance entre la santé et la maladie, cette dernière se définit par des atteintes somatiques réversibles ou irréversibles qui sont plus fréquentes chez les nourrissons et les personnes âgées » (Debray, 1996, p.37).

Parmi les maladies irréversibles, on souligne l'insuffisance rénale chronique. Cette maladie peut se développer sans symptômes pendant des années, suite à la destruction progressive du rein. Ainsi,chaque atteinte du rein produit un déséquilibre du corps. Parmi ces atteintes graves, nous retrouvons ; l'Insuffisance Rénal Chronique Terminale (IRCT), qui se définit comme « une altération progressive des fonctions excrétrices et également endocrines du parenchyme rénale » (Boubchir, 2004, p.10). Cette maladie est non seulement une maladie qui s'installe définitivement, mais qui tend à s'aggraver avec le temps. Le recours aux thérapeutiques substitutives ; qui sont l'hémodialyse et / ou la transplantation rénale, permet encore une vie de longue durée. Autrement dit si le malade ne se soigne pas, c'est le coma et la mort assurée en quelque jour. Le traitement par la greffe représente le traitement par excellence, il est souvent qualifié par les greffés comme une renaissance.

L'hémodialyse, est une méthode d'épuration sanguine extra-rénale, d'une fréquence de deux à trois fois par semaine et d'une durée de trois à quatre heures par séance. Son objectif est donc de suppléer la fonction rénale défaillante et de maintenir l'homéostasie interne.

De nos jours en Algérie, on compte plus de six million d'individu qui souffrent de maladie rénale dont un million et demi qui souffrent d'une IRCT, trois autres millions représentent un risque rénale. Le nombre de greffés nationaux n'étant pas loin de mille dont plus de sept cent ayant subi une intervention en Algérie, plus de vingt mille nécessitent une prise en charge par hémodialyse, plus de six mille en liste d'attente pour une greffe, or que nos capacités actuelles ne dépassent pas les cent greffes par année. L'objectif étant d'atteindre les cinq cent greffes par année demeurent toujours loin d'attente.

Parallèlement, les hémodialysés souffrent de plusieurs répercussions telles que l'anxiété la dépression, modification de l'image du corps, les problèmes sexuels, ainsi que l'inobservance. Donc dans notre recherche on va s'intéresser à ce dernier.

L'observance thérapeutique est définie comme « le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en terme de prise médicamenteuse, suivie de régime ou de changement de style de vie), et la prescription médicale »(Alvin, 2000, p, 226).

Tandis que, l'inobservance thérapeutique, représente " le non respect des traitements médicamenteux, des rendez-vous, des analyses, des radios ... et même la non application du malade aux recommandation liées à l'hygiènes de vie comme ne pas suivre un régime alimentaire, fumer, et consommer de l'alcool,... En outre, S, Pucheu, souligne que lorsqu'il y a l'inobservance, elle concerne plutôt le rythme des consultations et des examens nécessaires. Mais parfois les dosages ou les horaires de prise du médicament (Pucheu, 2005, p.10).

Pour l'organisation mondiale de la santé (OMS), la mauvaise observance touche toutes les maladies chroniques comme l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). En effet, l'aggravation de la pathologie voir la mort du patient peuvent être une des conséquences de la non-observance. Il existe aussi des conséquences économiques, ce phénomène peut voir des effets sur le prolongement de la durée de la maladie, l'augmentation des arrêts de travail, l'augmentation des rendez-vous avec les professionnels de la santé (OMS, siteweb,<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/p54/fr>).

En effet, en pratique clinique pour le médecin, l'inobservance thérapeutique constitue un problème de santé publique mondial, face à laquelle les professionnels se déclarent souvent

dépourvus et non préparés. La question de l'observance reste complexe et devrait être considéré comme posant problème pour toutes les catégories des patients.

Plusieurs facteurs impactant l'observance thérapeutique chez les malades, tels que l'âge, le genre, la relation soignant-soigné, l'ancienneté en maladie, l'oubli, la qualité de la mentalisation et l'apport de l'environnement.

A cet effet, nous avons voulu découvrir à partir de notre recherche les facteurs influant sur l'observance thérapeutique chez les insuffisants rénaux ou les hémodialysés.

Ainsi, pour parler et aborder l'observance thérapeutique, il est impératif d'effectuer un bref passage sur les travaux apportés par la théorie psychosomatique de Pierre Marty, et ses collaborateurs (David, De M'uzan, Fain), ont développé une nouvelle théorie qui s'est inspirée de la théorie psychanalytique, résumée dans leur livre « L'investigation psychosomatique » en 1963, qui unit le corps et le psychisme des patients qui en interaction continue, il résulte un dynamisme unique. De ce fait, il est impossible de comprendre un des composants de l'individu sans se référer à l'autre. P. Marty, insiste sur le fait que quelle que soit l'atteinte organique, il est impossible de la comprendre et de la traiter si on ne se réfère pas à l'économie psychosomatique générale du sujet.

P. Marty et ses collègues s'intéressent au fonctionnement psychique des patients atteints de maladie somatique. Ce concept qui est la partie la plus essentielle chez l'individu. Ce fonctionnement psychique qui différent de l'un à l'autre tout dépend de la personnalité et la mentalisation de l'individu. Sachant que la psychosomatique cherche à expliquer le maximum possible la relation entre la tenue du corps (atteinte somatique et leurs complications), et le fonctionnement mental, (structure et fonctionnement de l'appareil psychique) les auteurs mettent en évidence chez ses sujets (contrairement aux sujets névrotiques) un déficit des fonctions mentales et des défenses psychiques (en particulier une absence d'élaboration psychique et une absence de refoulement et de conflits intrapsychique (Marty et coll, 1963, p.79).

Un rajout concernant le fonctionnement psychiques des malades, avancé par J.B. Stora « les patients qui n'acceptent pas leur maladie, qui sont dans le déni de celle-ci, se développent psychiquement avec un clivage de leur personnalité. Dans une partie de leur moi réside la maladie, et dans le reste de leur moi le développement se poursuit plus ou moins harmonieusement puisqu'une partie importante échappe à l'intégration des fonctions

psychiques et somatiques. C'est le sentiment de toute puissance narcissique qui semble prédominer dans leurs traits de caractères, ils se réfugient dans un monde clivé où ils peuvent s'imaginer qu'ils ne sont pas atteints par la maladie qui leur cause des blessures importantes et qui les menace. C'est l'écart entre désir de sauvegarde d'une complétude narcissique et la réalité pulsionnelle va créer une personnalité fragile dans ses composantes psychique et somatiques » (Stora, 2005, p.104).

Suite à ces recherches et ses constatations, on été amené à poser la question suivante :

**- La qualité de la mentalisation des hémodialysés a-t-elle une influence sur l'observance thérapeutique ?**

Actuellement, toutes les recherches en psychologie notamment en psychosomatiques insistent sur l'apport de l'environnement qu'il soit favorable ou défavorable. Un environnement suffisant, bon et adapté est indispensable au développement d'un individu, qui correspond à une unité pour l'ensemble « environnement-individu », que ce dernier n'existe que s'il est en relation avec le monde extérieur. C'est à partir des interactions avec son entourage qui va être confronté à de nombreuses situations, qui peuvent bouleverser sa vie sur le plan physique et psychique, d'où vient l'importance du monde extérieur. P. Marty appelle « l'environnement favorable » ce qui vient combler les déficits fonctionnels fonciers décelés chez le sujet », car c'est grâce à cet environnement favorable qui répond aux besoins du sujet comme la tendresse et la chaleur familiale dépourvue de toute surcharge et pression, de plus les soins sanitaires conduisent le sujet à une amélioration de sa santé, en arrivant à gérer sa vie. En fait, sa maladie sera assumée, donc il y aura réversibilité de la désorganisation. Tandis que lorsqu'il y a défaillance de l'environnement, là où il y a des problèmes angoissants empêchent le sujet de se rétablir en le conduisant à une désorganisation somatique irréversible, alors on dira qu'il est influencé par un environnement défavorable (Marty, 1976, p.61-65).

Selon les études déjà réalisées, l'apport de l'environnement favorable joue le rôle de pare-excitations, parfois jusqu'à substituer et remplacer l'appareil psychique défaillant, des personnes fragiles. Donc, pour maintenir une homéostasie générale de ces personnes, il est important de leur procurer un cadre de vie approprié. C'est ainsi que J-B Stora a insisté sur « l'apport de l'environnement affectif et familial qui agit comme un contenant des excitations induites par l'opération renforçant la capacité d'adaptation du patient et l'aidant à la reprise mentale et vitale » (Stora, 2005 , p.52).

Dans notre recherche, nous souhaitons étudier le facteur de l'apport de l'environnement et sa contribution dans l'observance thérapeutique chez les hémodialysés. La question que nous nous posant est la suivante :

**- La nature de l'apport de l'environnement influe-t-elle sur l'observance thérapeutique chez les hémodialysés ?**

Concernant le terrain la pré-enquête représente une étape, importante voire indispensable dans tout travail de recherche. Notre rencontre avec les hémodialysés s'est organisé par le biais d'une pré-enquête menée au sein du service de néphrologie. Cette étape à été pour nous une étape qui nous a permis d'avoir plus d'informations sur les caractéristiques de notre population d'étude, et d'apporter des modifications en enrichissant notre guide d'entretien et de se perfectionner à l'application de notre outil (TAT). De ce fait, et à partir de la revue de la littérature et de notre pré-enquête, nous avons pu formuler des réponses à ces interrogations en guises d'hypothèses vraisemblables, qui sont les suivantes :

**Hypothèses générales :** les variables indépendants ; la qualité de mentalisation (bonne mentalisation, mauvaise mentalisation, et mentalisation incertaine), et la nature de l'apport de l'environnement (apport favorable, et défavorable) influent sur la variable dépendante l'observance ou l'inobservance thérapeutique. Par conséquent, l'observance thérapeutique est liée au fonctionnement mental et à l'apport de l'environnement.

Le but de cette recherche est de démontré l'implication et l'influence de la qualité de la mentalisation, ainsi que la nature de l'apport de l'environnement chez les insuffisants rénaux chroniques sur l'inobservance thérapeutique, afin de prendre en compte ces dimensions pour dépassé se problème.

**Les hypothèses opérationnelles**

**Première hypothèse**

- Les hémodialysés qui se caractérisent par une bonne mentalisation ; résistent mieux aux différents moments de crise, traitent et élaborent les excitations au niveau mental, vivent de façon épanouie les contraintes hospitalières et médicales en raison des croyances qui sont déterminantes. Comme le soulignait B.M. Boga (2009), il s'agit des représentations positives que les patients se font de leur maladie, de leur traitement, de leur vulnérabilité, de leur

capacité à se soigner. Dans cette situation, les patients vont observer régulièrement leurs traitements.

- Les hémodialysés qui se caractérisent par une mauvaise mentalisation ; s'accroche à l'observance des prescriptions médicales d'une façon opératoire, mécanique. Si l'environnement a été favorable, ils observent leur traitement. Par contre, s'ils sont dans un environnement défavorable, en subissant des crises ou traumatismes dans leur vie, et du fait de la défaillance de leur appareils psychiques pour affronter, ils risquent des conséquences néfastes, ainsi l'observance se retrouve dans un contenu fragile qui menace l'hémodialysé.

- Les hémodialysés qui se caractérisent par une mentalisation incertaine ; ils oscillent entre la bonne et la mauvaise mentalisation, dont l'irrégularité du fonctionnement mental est patente. Chez eux, l'observance thérapeutique est liée à l'état de leurs fonctionnements.

### **Deuxième hypothèse**

Un environnement favorable, qui joue le rôle d'un stimulus positif qui représente le rôle de pare-excitation et qui est réorganisant, contribue notamment chez les personnes dotées d'une mauvaise mentalisation ou d'une mentalisation incertaine à la bonne observance thérapeutique. Toutefois les hémodialysés investissent le côté relationnel, l'expérience traumatisante de l'annonce de la maladie, la dialyse, est surmontaient assez facilement, grâce aux relations satisfaisante avec le personnel soignant, les membres de la famille. Ils évoluent pour reprendre un état d'hémodialyse accompagné d'une bonne observance thérapeutique.

Les hémodialysés dotés d'une mauvaise mentalisation, s'appliquent pour suivre les recommandations thérapeutiques et observent leurs médicaments et se présentent aux consultations médicales, si l'environnement est favorable. Par contre, si les hémodialyses fonctionnent dans le cas échéant par la mauvaise mentalisation, et l'environnement est défavorable et qu'il ne joue plus le rôle de protecteur, les hémodialysés risquent d'être inobservés.

Ainsi, un environnement défavorable, contribue dans la mauvaise mentalisation et la mentalisation incertaine à soutenir les instincts de mort d'un patient, et par conséquent l'inobservance.

Afin de vérifier nos hypothèses, on va adopter la méthode clinique qui permet l'étude profonde des cas. Concernant les techniques, on va utiliser dans cette recherche ; l'entretien clinique semi directif, et le test de TAT ; (Thématique Apperception Test).

### **- L'opérationnalisation des concepts de nos hypothèses**

On va opérationnaliser les variables de notre recherche: la mentalisation, l'apport de l'environnement, l'observance thérapeutique.

### **- L'opérationnalisation de la mentalisation**

#### **√ La bonne mentalisation**

- La présence d'un espace psychique investi sous forme d'un champ mental pour le traitement des contenus fantasmatiques ou imaginaires ;
- Un mouvement dynamique, continu et labile entre la réalité et la vie fantasmatique et imaginaire ;
- Richesse fantasmatique, présence des mécanismes de décence ;
- La souplesse dans l'utilisation des mécanismes de défense appartenant aux différents registres de fonctionnement ;
- La capacité de traiter des situations conflictuelles intrapsychiques et interpersonnelles ;
- La possibilité de mobiliser une activité pulsionnelle (libidinale, agressive) ;
- Présence des rêves ;
- Une bonne réflexion de projet d'avenir.

#### **√ La mauvaise mentalisation**

- Absence d'un espace psychique pour traitement des conflits ;
- Attachement à la réalité concrète et matérielle ;
- Expression affective pauvre ;
- Vivre dans un mouvement actuel permanent sous forme de vie mécanique ;
- Prédominance de la vie opératoire ;
- Pauvreté de la vie onirique ;
- Une mauvaise réflexion de projet d'avenir.

**√ La mentalisation incertaine**

Dans ce type de mentalisation, le psychologue lui-même hésite et trouve de difficulté de supposer et définir le type de mentalisation chez le sujet, ce type se caractérise par :

- Le traitement instable des excitations ;
- L'irrégularité patente du fonctionnement mental.
- La variation entre la bonne et la mauvaise mentalisation, donc leur fonctionnement se situe entre les névroses à bonne mentalisation et les névroses mal mentalisées.

**-L'opérationnalisation de l'apport de l'environnement**

La qualité de l'apport de l'environnement diffère d'un cas à un autre. Généralement, on constate deux types : soit favorable ; encouragement, positif, contenant,... Soit défavorable ; démotivant, négatif, ... On a essayé de les opérationnaliser en les rapprochant de la réalité, de cette façon, on aura :

**√L'apport favorable de l'environnement**

- Nouer des relations satisfaisantes avec les membres de la famille ; le conjoint, les enfants,...
- Nouer de bonnes relations avec l'équipe soignante ; les médecins, infirmiers,...
- Créer des relations agréables avec les collègues de travail.
- Avoir un soutien financier.
- Vivre dans un milieu dépourvu de problèmes et de conflits.
- En cas de problème, le patient est soutenu et aidé par son environnement qui le protège ; qu'il soit un soutien moral et / ou matériel.

**√L'apport défavorable de l'environnement**

- Le patient est en mésentente avec les membres de sa famille ; le conjoint, les enfants,...
- Négligence de la part des membres de la famille.
- Réclamations répétées et agressivité envers l'équipe soignante ; les médecins, infirmiers,...
- Discorde avec les collègues de travail, différentiels,...
- Vie précaire.

- Existence de problèmes et de conflits dans son milieu qui ne joue plus le rôle de protecteur, que se soit sur le plan matériel ou moral.

### **- L'opérationnalisation de l'observance thérapeutique**

La qualité d'observance thérapeutique diffère d'un cas à un autre, on a essayé de dégager deux catégories, selon les conduites du patient envers la prise de médicaments, le régime, les analyses,... On les a opérationnalisés en les rapprochant de la réalité, nous avons donc :

#### **√L'observance thérapeutique**

- S'accommoder aux recommandations du médecin traitant.
- La prise des médicaments ; d'une façon régulière.
- Aller au R.D.V de consultation chez le médecin traitant.
- Faire les examens nécessaires (Analyse, Radio...etc).
- Suivre le régime alimentaire (restriction alimentaire).
- Le respect de l'hygiène de vie (arrêter de fumer, la boisson).

#### **√L'inobservance thérapeutique**

- Ne pas suivre les recommandations du médecin.
- La prise des médicaments ; diminuer ou augmenter les doses.
- Prise de médicaments en retard par rapport à l'heure habituelle, prise groupées.
- Des oublis concernant la prise de médicaments.
- Vivre des conflits, entre prendre et ne pas prendre ses médicaments.
- Ne pas se rendre en consultation au R .D .V du médecin.
- Ne pas faire les examens nécessaires (Analyse, Radio...etc).
- Ne pas suivre le régime alimentaire (restriction alimentaire).
- La non application du malade aux recommandations liées à l'hygiène de vie (fumer, chiquer, consommer de l'alcool...).

# *Partie méthodologique*

*Chapitre VI : La méthodologie de la  
recherche*

## Préambule

La méthodologie est une étape cruciale dans toute recherche scientifique, elle nous oriente, organise notre travail.

Ce chapitre de la méthodologie de la recherche est réparti en trois axes, le premier est réservé à la présentation du terrain ; les caractéristiques de la population d'étude et la méthode clinique. Le second est réservé à la présentation des techniques utilisées : l'entretien clinique, et test projectif TAT. Quant au troisième nous l'avons consacré à l'exposé de la méthode d'analyse des données recueillies par les différents outils utilisés.

## I- La présentation du lieu de recherche, le déroulement de la recherche et population d'étude

### 1- La présentation du lieu de recherche

Cette recherche concernant la pré-enquête et l'enquête, s'est déroulée au sein d'Etablissement Public Hospitalier (l'EPH) de « Kherrata ». Situé au sud-est de la wilaya de Bejaia, il s'étend sur deux daïras (Darguina et Tamricht), et couvre une population de 131000 habitants pour une superficie de 485,54 km<sup>2</sup> et une capacité d'accueil de 136 lits.

Cet établissement est le seul dans la région ; il reçoit des patients locaux ainsi que ceux de villages limitrophes (Souk el tnine, Melbou, Aokas). L'hôpital dispose dans chaque service d'une équipe médicale (un médecin), et à une équipe paramédicale (infirmiers, psychologue, ...). En ce qui concerne l'administration, elle est composée d'un directeur, et une secrétaire chargée de la ressource humaine.

### 2- Le déroulement de la recherche

#### 2-1 La pré-enquête

Notre partie pratique de la recherche, s'est déroulée au sein du service d'hémodialyse, durant deux mois (Mois de Janvier 2022 au Mois de Mars 2022), en raison de deux fois par semaine, où on a été encadrées par un médecin et un psychologue du service.

Tout d'abord, nous avons débuté notre stage en faisant une visite guidée de l'hôpital avec le psychologue qui nous a accompagnés durant la phase pratique, pour sélectionner la population d'étude. Avant d'entamer cette étape, nous avons demandé le consentement éclairé

de nos cas, à qui on a expliqué notre thème de recherche, son but, ainsi que la démarche que nous allons suivre.

Ainsi, la pré-enquête est une étape indispensable pour toute recherche scientifique, elle est l'étape préparatoire pour l'enquête. Elle nous permet d'avoir des informations sur les caractéristiques de notre population d'étude. A cet effet, elle vise aussi à enrichir et à modifier le guide d'entretien et à préciser la question de la recherche, en plus, à s'entraîner à utiliser nos outils d'investigation.

On a effectué quelques entretiens avec les insuffisants rénaux chroniques, chose qui nous a permis de constater la différence entre les hémodialysés. Certains caractérisés par la richesse fantasmatique, exprimaient leurs difficultés, parlaient de leurs affects et leurs conflits via l'utilisation de différents mécanismes de défense, de leurs relations avec l'environnement, et de leurs projets d'avenir. Par contre, d'autres se caractérisent par la carence fantasmatique et l'accrochage à la réalité des soins. Ces observations sur terrain nous ont permis d'énoncer nos hypothèses liées à notre étude. Grâce à cette pré-enquête et à la consultation de la revue de la littérature, dont on a bénéficié de différents travaux des chercheurs qui ont traité déjà l'athématique des hémodialysés, notamment ceux qui ont tenté d'élucider les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique chez ces malades, on a pu formuler nos hypothèses.

Nous avons veillé à recevoir chaque cas dans un bureau, afin de garantir des conditions de pratiques similaires à chaque cas. Nous avons expliqué le but de notre étude et les séances attendues, la possibilité d'enregistrer les séances en respectant l'anonymat, afin de pouvoir rédiger intégralement leurs dires pour une bonne analyse, où on a eu un accord général de tous les participants à l'unanimité. A propos du consentement, le consentement éclairé, nous avons laissé délibérément le choix aux cas d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche et que même s'ils acceptent, ils sont libres de quitter la recherche et de se retirer à tout moment.

## **2-2 L'enquête**

Après avoir obtenu les autorisations nécessaires de l'administration et le consentement des cas, nous avons entamé notre enquête auprès des malades dialysés, on les a rencontrés, pour constituer notre population d'étude. Nous avons choisi quatre patients d'une catégorie d'âge moyenne et de différents sexes.

Cette enquête avait pour objectif l'évaluation de l'influence de la mentalisation et l'apport de l'environnement sur l'observance thérapeutique chez les hémodialysés. Deux séances et parfois plusieurs séances ont été programmées avec chacun des patients de notre population d'étude selon le contenu et la richesse de ses réponses ; au cours des premières séances, un guide d'entretien clinique a été effectué pour obtenir les informations personnelles, "les informations sur l'état de santé antérieure et actuelle, quelques éléments pour cerner la relation d'objet, le fonctionnement mental, et l'observance thérapeutique". Lors de la dernière séance consacrée à l'application du Test Thématique Apperception Test (TAT) a été proposée à nos patients. Afin d'arriver aux buts soulignés dans notre recherche, répondre aux questions posées et vérifier nos hypothèses, on a opté pour la méthode clinique.

**Tableau N°1 : Les indices des variables et les techniques d'évaluation**

La variable	Les indices	Technique d'évaluation
La qualité du fonctionnement	Bonne mentalisation Mauvaise mentalisation Mentalisation incertaine	L'entretien clinique, le test (TAT)
La qualité de l'apport de l'environnement	Favorable /défavorable	L'entretien clinique
L'observance thérapeutique	Observant /non-observant	L'entretien clinique, Dossier médical et l'avis du médecin traitant.

### 3- La population d'étude

Dès le début, nous avons informé les cas choisis qu'ils allaient participer à une recherche sur l'observance thérapeutique, chez les insuffisants rénaux chronique terminale. Après avoir eu leur consentement, notre population d'étude a été sélectionnée sur la base de quelques critères qu'on va citer ci-dessous.

De ce fait la population de notre étude porte sur quatre cas en insuffisance rénale chronique. On les a choisis selon des critères.

#### 3-1 Sélection de notre population d'étude

##### √ Critères d'homogénéité retenus

\*Tous les malades sont traités par l'hémodialyse.

\* Tout les cas sont des adultes âgés entre 25 et 60 ans, car à cet âge il s'agit d'une organisation psychosomatique individuelle, partie foncière (innée) inamovible à l'âge adulte (Debray, 1998, p.60).

#### √Critères non pertinents pour la sélection

- \* Le niveau socioculturel car cette maladie peut toucher toutes les classes sociales.
- \* Le sexe car notre population est varié, on n'étudie pas indépendamment la variable sexe.
- \* L'âge d'apparition de cette maladie est différent d'un cas à un autre.
- \* La situation matrimoniale n'est pas prise en considération puisque la maladie peut toucher les mariés ainsi que les célibataires.

### 3-2 Présentation et description de la population d'étude

Dans le tableau récapitulatif ci-dessous, on va présenter les cas de notre population d'étude, voire leur âge, leur profession, leur état civil, l'apparition de leur maladie, la durée de la dialyse. Notons que nous leur avons attribué d'autres prénoms dans le but de garder l'anonymat.

**Tableau N°2 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude**

Nom	Âge	Profession	Etat civil	Apparition de la maladie	Durée de la dialyse
Wahid	47 ans	Gendarme	Marie	2002	11 ans
Saida	42	Femme au foyer	Marie	2017	6 ans
Hamid	49	Agent de sécurité	Marie	2013	10 ans
Djamila	32 ans	Secrétaire	Célibataire	2020	1 an et demi

## II- Les techniques utilisées dans la recherche

La méthode clinique impose le recours à plusieurs outils, qui vont nous permettre le recueil des données afin de traiter nos hypothèses. Dans cette partie, on va présenter la description succincte des instruments utilisés dans notre recherche. Nous citons :

- L'entretien clinique <sup>1</sup> et ses caractéristiques, en illustrant l'attitude du clinicien lors de son application.
- Présentation du test Thématic Appréciation Test (TAT), sa situation et son objectif.

### 1- L'entretien clinique

La méthode clinique est avant tout une pratique. Le terme « méthode clinique », regroupe un ensemble de techniques qui ont en commun de produire des informations concrètes sur la personne ou la situation posant un problème et/ ou révélant une souffrance. En médecine « clinique » du grec "cliné" désigne "lit", donc elle est issue de la démarche médicale, s'est édifiée de manière autonome en tentant de sauvegarder à la fois la rigueur de l'approche et la restitution de l'individu, du malade. Ainsi, considéré comme clinique, la méthode qui vise à recueillir des informations fiables dans le domaine clinique (évaluation, diagnostic, traitement de la souffrance psychique) et qui réfère un lieu, ce que l'on retrouve aussi dans la définition de la psychologie clinique.

La démarche clinique impose l'étude de cas qui vise selon C.R, D'allonnes (1989) , « à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés » ( Pardinielli, et Fernandez, 2015, p.58).

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus ou moins prolongée de cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence ( Bénony, et Chahraoui,1999,p.12). Elle vise à créer une situation de rencontre, avec un degré faible de contrainte, en vue d'un recueil d'informations qu'elle souhaite le plus large et le moins artificiel possible en donnant au sujet des possibilités d'expressions. Sa spécificité repose sur son refus d'isoler ces informations et sa tentative de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. Et l'objectif de cette étude est la compréhension du fonctionnement mental de chaque cas, ceci en observant les caractéristiques fondamentales

---

<sup>1</sup>Le guide de l'entretien intégral est au niveau des annexes, par contre les axes sont présentés ci-dessous

de ce fonctionnement, l'influence de l'apport de l'environnement et l'observance thérapeutique. Ces trois variables ne seront évaluées qu'à partir de l'entretien clinique et le test projectif (TAT).

### **1-1 Définitions de l'entretien clinique**

L'entretien clinique est l'un des outils privilégiés de la méthode clinique, il permet de nouer une relation avec le patient dans la mesure où la subjectivité s'actualise à travers (sentiments, représentation ...). Afin de préparer le patient à d'autres tests, chose qui assure le bon déroulement et la poursuite de la recherche.

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose " Le petit robert, comme « l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes ». Il est le synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Clinique est à l'origine un terme médical issu du grec "klinè" qui signifie « lit ».

L'entretien clinique, fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique.

Cette notion est très liée aux travaux de C. Rogers (1966), ses conceptions essentielles portent sur les notions d'acceptation de l'autre, de contraction sur le sujet, d'empathie, de non-directivité et de compréhension. Son idée générale est que, dans le domaine clinique, il faut aborder le sujet sans a priori théorique : « seul le patient sait où et comment il souffre » il faut donc lui faire confiance, l'écouter pleinement dans une attitude compréhensive et respectueuse qui va lui permettre de développer toutes ses possibilités (Bénony, et Chahraoui, 1999, p.11-12).

D'après C. Chiland (1983), l'entretien clinique est une relation intersubjective, c'est-à-dire qui se produit entre deux sujets humains. Cette situation de communication entre deux personnes est un croisement de deux subjectivités. Il s'agit de subjectivité car nul n'est totalement objectif et que chacun secrète son identité par rapport à sa vie. Selon elle le clinicien doit savoir écouter et faciliter la parole de l'autre avant de parler lui-même. Ce qui le différencie d'un entretien ordinaire, c'est qu'il prend en compte l'inconscient.

Sachant bien que dans la recherche clinique, l'étude décasés le noyau de toute recherche en psychopathologie qui débute souvent par la technique de l'entretien d'autres outils si y'a lieu (Chiland, 1983, p.1-25).

En effet, la structure de l'entretien est réduite au minimum; l'enquêteur s'efface pour être à l'écoute de l'autre. Toutefois, une différence notable est à signaler entre cet entretien clinique de recherche et ceux à visée diagnostique et thérapeutique ; c'est l'enquêteur, le chercheur le « psy » qui est ici demandeur (Chiland, 1983, p.122). Ce type d'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les évènements 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 irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité (Bénony, et Chahraoui, 1999, p.12).

L'entretien se présente sous trois formes: le directif, le semi-directif et le non directif. Chaque type est choisi par le chercheur à raison de l'objectif de sa recherche. Dans le nôtre, on a opté pour l'entretien semi-directif qui est le plus adéquat pour répondre à nos questions de recherche et vérifier nos hypothèses.

### **1-2 L'entretien semi-directif**

L'entretien semi-directif est défini comme « la situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple » (Chiland, 1983, p.11).

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais ici le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours (Bénony, et Chahraoui, 1983, p.16). Ce type a pour but d'obtenir, dans un temps relativement court, des renseignements précis et déterminés sur l'histoire et la vie actuelle du sujet. Cette démarche est déjà qualitative et tout en laissant une liberté relative à l'expression personnelle, elle met en jeu un certain nombre de questions incontrôlables, qui devront permettre un recueil de

données psychiques et psychologiques suffisantes en lien avec des exigences sociales contraignantes (Attigui, et Chouvier, 2016, p.46).

Effectivement, on a élaboré un guide d'entretien qui comprend des axes importants traitant notre problématique qui est l'observance thérapeutique, qui ont été enrichis et modifiés par de nouvelles questions durant la pré-enquête.

Cet entretien nous a permis de retracer les différents moments de la vie du malade comme les maladies antérieures et actuelles. Pour cela, on a pris en considération les pathologies qui nécessitent des soins chimiothérapeutiques ou des interventions chirurgicales, ainsi que les atteintes réversibles qui n'exigent pas de soins médicaux, (les gripes, les angines...etc), qui représentent une légère perturbation fonctionnelle de l'organisme, indicateur d'une réorganisation somatique.

Enfin, à partir de l'entretien, on a essayé de faire ressortir quelques éléments de son fonctionnement mental et la qualité de sa tenue du corps, c'est-à-dire les maladies qui ont affecté le patient depuis son existence et pouvoir faire un rapport avec la qualité du fonctionnement mental à partir du test du TAT.

Après avoir obtenu le consentement des cas, les rendez-vous des entretiens sont programmés selon la disponibilité de chaque patient. Concernant le nombre des séances des entretiens, il diffère d'un cas à un autre selon la productivité car il y'a des cas où l'entretien prend parfois plusieurs séances, et d'autres une seule séance. L'objectif est donc de pouvoir repérer les mécanismes de défense utilisés et les caractéristiques essentielles de leur fonctionnement mental. Ainsi que, la qualité de la tenue du corps et l'apport de l'environnement.

### **1-3 Attitude clinique du clinicien**

Les aspects techniques de l'entretien clinique (semi-directif) sont indissociables de l'attitude clinique de clinicien ;

- **Non-directivité**

La non-directivité, c'est d'abord une attitude envers le client. C'est une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imprimer au client une direction quelconque, sur un plan quelconque, se refuse à penser ce que le client doit penser, sentir ou agir d'une manière

déterminée. Il s'agit donc d'une attitude où la centration sur le sujet est l'élément essentiel (Bénony, et Chahraoui, 1999, p.17).

**•Respect**

L'attitude de clinicien relève d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect du sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code de déontologie des psychologues. Il concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection, du secret professionnel et implique le consentement libre et éclairé des personnes concernées (Bénony, et Chahraoui, 1999, p.18).

**• Neutralité bienveillante**

La notion de respect implique un autre élément de l'attitude de clinicien ; la neutralité bienveillante. Le clinicien ne doit pas formuler de jugements, de critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais doit s'associer à la bienveillance ; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement ( Bénony, et Chahraoui, 1999,p.19) .

**• Empathie**

Une dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique, il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. L'empathie du clinicien apparaît comme un principe clé de la psychothérapie et de son efficacité. En résumé, nous pouvons dire que l'attitude clinique relève tant d'un dispositif technique que l'une véritable approche déontologique ( Bénony, et Chahraoui, 1999, p.19)

**1-4 Guide d'entretien**

Après avoir réservé une partie aux données personnelles de chaque sujet, voici les axes de notre guide d'entretien ;

Tableau N° 03 : Récapitulatif démontrant les axes et les objectifs de chaque axe

Les axes	Leurs objectifs
Axe 01 : Les informations sur l'état de santé antérieur et actuel	Pour savoir si le sujet a eu déjà des maladies, comment confronte-t-il la maladie, et sa capacité à se stabiliser. Actuellement en hémodialyse.
Axe 02 : Elément pour cerner le fonctionnement mental	Nous informe sur la présence et/ou l'absence du coté imaginaire, la réaction face à une désorganisation somatique.
Axe 03 : La relation d'objet et l'apport de l'environnement	Nous informe sur la spécificité de la vie relationnelle notamment avec autrui, ainsi que, l'apport de l'environnement favorable et défavorable.
Axe 04 : L'observance thérapeutique	Nous informe sur la place que donne le sujet aux recommandations du médecin traitant, son regard, ainsi que sa position face à la maladie.

## 2- Le Thématique Apperception Test (TAT)

### 2-1 Situation du TAT et son objectif

En 1935, Morgan et Murray publient une première ébauche du TAT, et Murray, trois ans plus tard, se sert des résultats obtenus pour écrire son livre "Explorations de la personnalité". Mais ce n'est qu'en 1943 que sera publiée la forme définitive de l'épreuve, un jeu de 31 planches et un manuel d'application. Médecin et biochimiste de formation, analysé par Jung, puis par Alexander, Murray se donne pour projet de proposer une base « scientifique » à son « test », en validant un inventaire qu'il souhaite exhaustif des « variables de la personnalité » (Chabert, et Brelet-Foulard, 2003,p.3).

Ce test peut être proposé dans toute situation impliquant ou nécessitant un examen psychologique se donnant pour objectif l'investigation approfondie du fonctionnement psychique d'un individu. V. Shentoub (1990), définit le procédé TAT comme « l'ensemble de mécanismes mentaux engagés dans cette situation singulière où il est demandé au sujet d'imaginer une histoire à partir de la planche, autrement dit de forger une fantaisie à partir d'une certaine réalité », ce test est véhiculer d'une consigne au départ : « Imaginer une histoire à partir de la planche » (Shentoub et coll, 1990, p.26-35). A l'exception de la planche 16 où on reformule la consigne qui est complètement différente de la première : « Jusqu'à présent, je vous ai montré des images qui représentaient des personnages ou des paysages,

maintenant je vous propose cette planche qui est la dernière : vous pourrez me raconter l'histoire que vous voudrez » (Shentoub et coll, 1990, p.62).

La situation TAT est déterminée par les paramètres habituels de toute situation de test projectif où les trois termes : sujet, test et clinicien, sont en interaction tout au long du déroulement de l'épreuve (Chabert, et Foulard, 2003,p.33).V. Shentoub souligne trois autres paramètres majeurs : le matériel, la consigne, la présence du psychologue clinicien (Shentoub,1990,p.26).Ces paramètres définissent la situation de TAT, et qui peuvent être assimilés à une situation de conflit, au sein de laquelle s'affrontent des principes ou des positions contradictoires : « ...Comme c'est le cas ici: le principe de réalité, la représentation de chose et la représentation de mot, l'identité de perception et l'identité de pensée, le désir et la défense, autrement dit les impératifs conscients et inconscients » (Anzieu, et Chabert, 1987,p.147).

Dans ce qui suit-on va présenter les trois paramètres majeurs cités par V.Shentoub qui englobent la situation du TAT :

### √ **Le matériel**

Le matériel TAT représente une série d'images plus structurées que celles du test de Rorschach, l'édition originale comprenant 31 planches, par la suite, et d'après V.Shentoub (1990), à base d'une sélection effectuée, à partir de ces 31 planches, actuellement le test de TAT comprend en tout 18 planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives. 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 de 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.

Le tableau ci-dessous illustre l'ordre de présentation des planches en fonction du sexe du sujet que nous avons emprunté à V.Shentoub (Shentoub et coll,1990,p. 39).

Tableau N°4 : l'ordre de présentation des planches en fonction du sexe

N° planche / Sexe et âge	1	2	3 BM	4	5	6BM/ 7 BM	6GF/ 7 GF	8BM	9 GF	10	11	12 BG	13 B	13MF	19	16
<b>Homme</b>	*	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*	*
<b>Femme</b>	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*	*	*

#### √ La Consigne

La consigne de TAT est la suivante : « Imaginez une histoire à partir de la planche », est donnée au départ et n'est pas répétée. A l'inverse de la méthode de H.Murray, il n'y a pas d'enquête sur chaque planche à la fin de la passation mais, au cours de la passation, face à un sujet très inhibé et/ou chez qui le malaise est grand, des questions peuvent être posées (Chabert,et Brelet- Foulard, 2003,p.35).

Cette consigne elle pose au sujet une contradiction plus au 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 (Anzieu, et Chabert, 1987, p.137).

#### √ La présence du psychologue

Dés 1970, V.Shentoub et R. Debray, ont complété la théorie du processus TAT en proposant une analyse du matériel en terme de contenu manifeste et de contenu latent, réalisant la première démarche de ce genre, puisque jusqu'ici les recherches s'étaient davantage attachées aux récit fournis par les sujets.

Presque toutes les planches de TAT, se réfèrent à la différence des organisations et/ou à la différence des sexes. Pour chaque planche sont dégagés un contenu manifeste décrivant l'essentiel des éléments présentés et un contenu latent susceptible de réactiver telle ou telle problématique (Anzieu, et Chabert, 1987, p.147).

Ce test non seulement distingue le fonctionnement mental de la personne, mais encore toute l'organisation mentale de l'individu dans différentes situations ainsi les réactions face aux traumatismes (Debray, 1987, p.127-130).

Dans le même sens C.Chabert, insiste sur l'hypothèse qui fonde la démarche d'analyse du TAT est que les modalités de fonctionnement psychique qui président à la création et à la production des récits sont celles même qui caractérisent l'ensemble de l'organisation mentale du sujet (Chabert, 1998, p.84).

### **2-2 la feuille de dépouillement**

La méthode d'analyse repose sur l'étude des procédés mis en œuvre dans l'élaboration des récits. Celles-ci est facilitée par l'utilisation de la fiche de dépouillement du TAT, selon lui cette dernière doit être avant tout considérée comme un instrument de travail qui peut être régulièrement modifié, compte tenu de l'évolution de ses imperfections mais aussi et surtout compte tenu de l'évolution de la clinique et de ses interrogations.

Cette feuille de dépouillement sera présenté succinctement en détail sert de grille de référence pour apprécier et coter les particularités de construction de chacune des histoires. Divisée en quatre grandes catégories ou séries de procédés, elle n'est remplie qu'au terme de l'analyse du protocole tout entier (Chabert, et Brelet-Foulard, 2003, p.54).

L'utilisation de la feuille de dépouillement pourvue de 87 procédés pouvait s'avérer fastidieuse et le recensement long et difficile, tant au plan pédagogique qu'au plan de la pratique clinique. C'est pourquoi C.Chabert, avec une partie de son équipe, a proposé un regroupement des procédés du discours destiné à simplifier l'utilisation de la feuille et à en clarifier la lecture clinique. Ainsi, les procédés des séries auparavant dites « névrotique », A (Rigidité) et B (Labilité), sont recomposés en trois parties distinctes et les procédés sous-entendus par les mêmes conduites psychiques sont regroupés :

- Les procédés A1 « Référence à la réalité externe » et B1 « I investissement de la relation ».
- Les procédés A2 « Investissement de la réalité interne » et B2 « Dramatisation ».
- Les procédés A3 « Procédés de type obsessionnel » et B2 « Procédés de type hystérique ».

Ces trois sous-séries permettent de mieux différencier les modalités d'expression en lien avec la névrose de celles inscrites dans d'autres modes de fonctionnement (Chabert, et Brelet-Foulard, 2003, p.58).

Dans notre étude, on va adopter la feuille de dépouillement de (1990), car la nouvelle feuille, condense les procédés et élimine les lisibilités, qui portent des significations importantes, or, V.Shentoub, confirme que « la lisibilité permet d'apprécier la qualité et les effets des procédés du discours utilisés dans la construction des histoires, ceux-ci autorisant l'aménagement et l'expression des représentations et des affects mobilisées par le matériel » (Shentoub et coll, 1990, p.131). Ainsi, notre choix à l'utilisation de cette feuille, est relié à sa clarté, du fait qu'elle contient 87 procédés ; et vu son utilisation de la lisibilité dans l'analyse des protocoles, qui est capable d'atteindre l'objectif tracer de notre recherche et apprécier la qualité du fonctionnement psychique.

### **2-3 Le processus d'élaboration du récit TAT**

La manière avec laquelle réagit la personne en situation du TAT, ne défère ni dans sa fonction, ni dans sa structure de la manière que réagit avec lors de sa confrontation aux situations traumatiques ou conflictuelles dans sa propre vie. C'est le principe sur laquelle insiste V. Shentoub, à travers ses théories à propos du processus d'élaboration du récit dans le TAT. Selon C. Chabert, le processus d'élaboration TAT passe par les étapes suivantes :

- Perception du contenu manifeste de l'image ;
- Sollicitations inconscientes par le contenu latent de l'image traduite en termes d'affects et de représentations ;
- Prise en charge plus au moins organisée de ces représentations-affects inconscients par le préconscient dont les fonctions permettront de trouver les mots propres à ces représentations-affects.
- Compromis dans la production du récit, histoire racontée prenant en compte à la fois les pressions internes, fantasmatiques et affectives et les pressions externes portées par les impératifs conscients de cohérence et de mesure (Chabert et coll.,1998,p.84).

Ainsi, construire une histoire au TAT est un acte d'organisation et non seulement d'imagination dans une situation qui sollicite la désorganisation et la réorganisation. Analyser ces mouvements régrédients et progrédients revient à « tester » l'autonomie relative du moi impliquant d'après D. Lagache, (1964) « la communication entre les instances psychiques inconscientes et les activités adaptatives et de la pensée » (Shentoub et coll, 1990, p.31-32).

En se référant à la théorie psychosomatique, on a utilisé ce test projectif (TAT), qui vise l'appréciation de la qualité de la mentalisation qui représente le concept fondamental de la théorie psychosomatique.

### **III- La méthode d'analyse des données**

On va aborder en détail la méthode du traitement des données recueillies après avoir appliqué les outils de la recherche cités précédemment. On va, d'un côté, tenter d'apprécier la qualité du fonctionnement mental à travers le test projectif TAT, dont l'objectif fondamental est de pouvoir en dégager une hypothèse diagnostic du fonctionnement mental de chaque sujet de la population de notre recherche.

#### **1- Les données de l'entretien**

Dans les données de l'entretien on va se concentrer sur quelques principes essentiels de la théorie psychosomatiques, qui concordent avec notre thème de recherche afin de répondre à nos hypothèses, qui comprennent la santé physique englobant état de santé actuelle et état de santé précédente du patient, la qualité du fonctionnement mental et l'observance thérapeutique.

##### **1-1 La santé physique**

On s'est basé sur l'entretien qu'on a présenté précédemment :

- Les maladies organiques antérieures et actuelles (Complications, hérédité).
- La relation entre les événements traumatiques et quelques maladies et/ou complications.

##### **1-2 La mentalisation à partir de l'entretien**

En se basant sur le guide d'entretien dans l'objectif d'explorer :

- La qualité de la relation lors de l'entretien.
- La vie relationnelle et la nature des investissements objectaux.
- La qualité de la vie fantasmatique et vie onirique ; (riche ou pauvre), à renseigner si le malade fait des rêves et la qualité de ses rêves.
- La qualité de l'apport de l'environnement (favorable-défavorable).
- Les caractéristiques du fonctionnement mental.

**1-3 La qualité de l'observance thérapeutique**

Nous allons nous baser dans l'analyse de la qualité d'observance thérapeutique sur quatre éléments essentiels qui peuvent nous donner des indices approximatifs en se basant sur des réponses évoquées par les patients interviewés lors de l'entretien et l'avis du médecin.

**2- L'analyse du TAT**

Le produit des travaux de V.Shentoub, était la feuille de dépouillement qui est considéré comme l'outil de l'analyse du protocole du TAT. Où V.Shentoub, souligne que s'est « la théorie psychanalytique qui a contribué dans la mise en forme de cette feuille de dépouillement, nous nous sommes référés aux grands registres de la psychopathologie psychanalytiques » (Shentoub et coll, 1998p.60).

L'hypothèse défendue par V.Shentoub et R.Debray est que le récit TAT traduit, à travers l'organisation du discours, les opérations psychiques mobilisées dans le processus associatif déclenché par la présentation des images. Les caractéristiques manifestes des récits seront sous tendues par les mécanismes de défense qui permettent le traitement des problématiques sollicitées (Chabert et coll, 1998, p.83). L'analyse d'un protocole TAT c'est déroulé suivant les indications du manuel de V.Shentoub, (1990) une fois le protocole est côté, on suit les étapes suivantes :

**A/ Le regroupement des procédés défensives présents**

Ces procédés défensifs, décident l'analyse du protocole, car l'appréciation des procédés du discours utilisés par le sujet pour la construction des histoires successives, les procédés correspondant aux différents modes de fonctionnement correspondant aux registres réputés normaux, névrotiques et psychotiques d'après F.Brelet (1986).

C'est pour cela qu'on juge important de présenter une grille visant l'évaluation quantitative des procédés utilisés pour chaque cas, cette grille va nous permettre d'observer le poids des procédés utilisés dans l'ensemble du protocole, où on va compter la somme des procédés du contrôle (A), labile (B), l'inhibition (C), les procédés d'émergence en processus primaires (E), comme on va présenter le pourcentage de chaque groupe, et la relation entre les registres du fonctionnement. Ce travail quantitatif n'a aucune signification si on ne procède à l'analyse qualitative, n'appartient pas au même fonctionnement. C'est quasiment impossible de juger la qualité de fonctionnement mental à partir de ces chiffres.

Donc, il s'agit de présenter l'attitude défensive du sujet en se référant à la feuille de dépouillement, qui permet dans limite, de démontrer la variété d'élaboration du discours et leur prédominance (Shentoub et coll, 1990, p.131).

**B/ Le repérage de la lisibilité**

On procède à l'estimation de chaque planche, et ce par la concentration sur les procédés utilisés et la qualité de la résonance fantasmatique de l'histoire, par la qualité des procédés utilisés dans l'élaboration du discours, afin de classer la lisibilité en trois types :

- Le premier type (Lisibilité+) les procédés labiles et la variation.
  - Présence des facteurs (A1-B1)
  - Présence d'affects
  - Des histoires structurées
  - La résonance fantasmatique
- Le deuxième type (Lisibilité±)
  - Prédominance des facteurs A2
  - Et/ou B2
  - Et/ou C
  - Et/ou C/C
  - Production altérée par les mécanismes mis en œuvre, permettant un dégagement partiel.
- Le troisième type (Lisibilité – ou±)
  - Prédominance des facteurs E
  - Et C
  - Et C/C
  - Défensives massives, affects massifs (envahissement par les fantasmes sous-jacents).

**C/ Les problématiques****• La problématique œdipienne**

La problématique œdipienne est conçue comme un conflit d'ambivalence dans ces racines pulsionnelles et dans cette perspective, les symptômes sont compris comme autant-de tentative pour y apporter une solution. Les planches concernées sont : 1, 2,4 ,6GF ,10 .

**• 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.

**Planche 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 schzo-paranoïde au sens de M. Klein ( planche3BM :thèmes d'empoisonnement, de persécution) ou bien se défendent contre l'angoisse sur un monde maniaque 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 (planche13B), quand ces conditions ne sont remplies ,ces planches donnent lieu à des thèmes de destruction (planche 3B), à des représentations et ou à des défenses massives (planche13B, abondons,dénuement,extreme ou déni de l'angoisse) (Anzieu et coll.,2004,p .154-155).

**• La problématique pré-génitale (archaïque)**

La problématique pré-génitale généralement référées à une imago maternelle dépressive, perspective et archaïque ainsi qu'à la manière dont le sujet structure ses objets internes et externes dont les planches concernées sont :11, 19 ,16.

**D/ Hypothèses concernant l'organisation psychique**

La dernière phase s'intéresse à l'élaboration de l'hypothèse à propos de l'attitude psychique et les différentes modalités du fonctionnement du sujet. V.Shenntoub s'est intéressé au classement de l'hypothèse du fonctionnement structural obsessionnel, hystérique, phobique ou psychotique...etc., qui n'a pas introduit le concept d'irrégularité du fonctionnement selon la théorie martinienne, on était devant l'obligation dans cette phase d'effectuer une modification, dont on dégage l'hypothèse de la qualité de la mentalisation.

L'hypothèse concernant V.Shentoub, provient de l'analyse cotée à partir de la feuille de dépouillement en intégrant dans l'estimation les contenus accompagnant le discours, et les éléments suivants :

- Qualité des processus d'association ;
- Distribution des investissements narcissiques et objectaux ;
- Capacité à élaborer les conflits ;
- Manière du traitement du contenu latent et les différentes problématiques.

### **\* La mentalisation à travers le TAT**

#### **√ La bonne mentalisation**

##### **1- Les mécanismes de défense**

Lorsque la mentalisation est de bonnes qualités, trois types de groupes défensifs peuvent se rencontrer :

**Dans le premier cas :** nous serons face à des procédés multiples et variés de la série du contrôle (A) et labile (B), avec prédominance de l'une ou l'autre, en présence de facteurs de dégageant (A1/B1). L'utilisation de ces procédés est discrète, sans surcharge et leur mixage qui permet l'avancement de la construction du récit avec un plaisir à fonctionner qui peut étonner l'observateur. Selon les procédés de contrôle (A) ou labile (B) prédominent, nous serons en présence soit d'histoires proches du thème banal A1 (1), soit d'histoires autour d'une fantasme personnelle B1(1).

**Dans le deuxième cas :** la prédominance des procédés du contrôle (A2) , ou labile (B2), avec le recours aux procédés d'évitement du conflit (C) pour faire face à l'émergence en processus primaire est fréquent, notamment l'évitement de type phobique pour faire face à l'émergence en processus primaires est fréquent. Mais la reprise est tentée par la mobilisation massive des procédés dominants (A2) ou (B2), qui dévoilent l'existence d'une modalité défensive repérable et stable (Arar, 2007, p.125).

**Dans le troisième cas :** les procédés de la série (E) (Emergence en processus primaire) est lourde, en signalant les procédés de type rigide (A) ou (B) labile ont du mal à contenir

l'expression d'une activité fantasmatique, qui débordent les capacités de secondarisations du sujet (Arar, 2007, p.125-126).

## **2- La capacité à élaborer les conflits psychiques**

La présence permanente de conflit, qui est sous-jacent à tous moments du récit. Le récit constitue un compromis entre les contenus des problématiques suscité par la planche chez le patient. Ce qui nous intéresse c'est l'expression de l'activité libidinale ou agressive au niveau de la scène mental.

L'évitement du conflit ne se traite pas par les procédés (CF, CM, CN, CP), ces derniers témoignent la présence du conflit qui interprète la difficulté à orienter l'activité pulsionnel au plan mental. La présence de la série (A) et labile (B), confirme que les problématiques sollicité par le matériel notamment les situations conflictuelles sont perçus et traiter, lors de présence de situations conflictuelles.

Lorsque les mécanismes de défense sous-jacents aux procédés de contrôle et labiles sont bien mis en place, quelle que soit la nature des problématiques abordées et des conflits qui en découlent, les récits produits garderont un niveau de secondarisations appréciable, l'émergence en processus primaires, sera discrète et les reprises sont souvent possible après d'éventuels dérapages (Arar, 2007, p. 132).

## **3- Résonance fantasmatique et la capacité à associer**

Le contenu manifeste du matériel et ses sollicitations latentes ouvrent la voie à l'émergence d'une activité associative importante porteuse de désirs et d'affects. Face à cette matière ainsi réactivée le travail de transformation s'opère à l'aide de mécanismes de défense de niveaux évolutifs différents, pour répondre à l'objet, but conscient véhiculé par la consigne.

- Dans un cas les procédés de contrôle (A) et/ou (B) seront prédominants, avec une émergence en processus primaires relativement contenue.
- Dans une autre variante, c'est l'émergence en processus primaire (E) qui pourra imprimer son cachet à la production, les procédés renvoyant au contrôle et à la labilité insuffisants pour contenir la pression fantasmatique (Arar, 2007, p.137).

#### 4- Nature de l'angoisse signal d'alarme et angoisse automatique

L'angoisse signal d'alarme est un appel à la mobilisation des défenses pour faire face à un danger pulsionnel, elle est donc inséparable du conflit psychique. Dans la situation TAT à chaque fois que le contenu latent des planches réactive une position conflictuelle insuffisamment élaborée, le moi mobilise un effort défensif supplémentaire en actionnant le signal d'angoisse qui n'est rien d'autre que la réactivation d'une expérience antérieure, de même nature qui s'est soldée par le déplaisir (Arar, 2007, p .139).

On peut résumer le fonctionnement à bonne mentalisation comme suit ;

- Compatibilité entre le principe de plaisir et le principe de réalité, c'est-à-dire l'aller et le Retour entre le désir et la défense ;
- Intégration des sensations et la vie pulsionnelle dont les sensations sont liées aux représentations internes ;
- Compromis défensifs envers les conflits réactivés par les planches, qui mènent à leur traitement ;
- le récit est bien structuré (l'efficacité des processus secondaires) ;
- Présence de résonance fantasmatique en relation avec le contenu latent de la planche ;
- Traitement de toutes les planches, c'est-à-dire de toutes les situations ;
- La possibilité d'identifier les personnes, et la reconnaissance de leur identité ;
- Présence de relations entre les personnes et présence des identifications.

#### √La mauvaise mentalisation

##### 1- Les mécanismes de défense

La constellation défensive se caractérise au TAT par la prédominance des procédés d'élaboration du discours du registre évitement du conflit (C), mais les procédés de type CN (narcissiques) et CM (maniaques) y sont presque toujours absents. C'est donc les procédés de type évitement phobique (CP) et surtout le surinvestissement de la réalité extérieur (CF) auxquels il est fait le plus souvent appel. Il faut relever que l'étayage apporté par l'examineur (nécessité de poser des questions). L'expression du recours au comportement peut aussi être très présente sous la forme d'instabilité psychomotrice, tremblements et sudation. Si les procédés de type labile (B) ne se rencontrent que très rarement (Arar, 2007,p. 142).

## **2- La capacité à élaborer les conflits psychiques**

Lorsque la mentalisation est de mauvaise qualité, la capacité à élaborer des conflits s'exprime au niveau du récit par la prédominance des procédés d'évitement du conflit (série C) et plus particulièrement par le surinvestissement de la réalité extérieure (CF), accompagnés par les procédés de la série comportement (C). En fait, l'espace psychique qui peut contenir le conflit et dans lequel il peut se mouvoir, se réduit considérablement. Le sujet est envahi par la réalité extérieure, dans ce cas le contenu manifeste du matériel, il reste sujet en quelque sorte sourd à ses sollicitations latentes (Arar, 2007, p.143).

## **3- Résonance fantasmatique et la capacité à s'associer**

Lorsque la mentalisation est de mauvaise qualité, les récits de sujet se réduisent souvent à l'énumération des éléments du contenu manifeste, se trouvant en quelque sorte en panne de représentations. Les procédés d'élaboration du discours qui traduisent ce désert des représentations se réduisent souvent à ceux traduisant les différentes formes d'inhibition de type phobique (CP) et surinvestissement de la réalité extérieure (CF). Signifie que le contenu latent des planches sollicite peu de traces mnésiques, et les conflits inconscients, les défenses chez les sujets dans ce genre de situations, se manifeste par l'accrochage aux éléments du monde concret, qui représente dans ce cas le contenu manifeste de la planche, sans aucun défaut ou empreinte personnelles qui élucide l'apparition des fantasmes inconscients, qui construisent le récit élaboré au TAT (Arar, 2007, p.146).

## **4- Nature de l'angoisse : angoisse signal d'alarme et angoisse automatique**

La manifestation d'une angoisse automatique s'exprime par la sidération, paralysies plus au moins importante du Moi. Au niveau du récit l'altération s'exprime moins par l'émergence en processus primaires, que par le recours à l'inhibition, aux défenses de caractère et à la décharge dans le comportement.

On peut résumer le fonctionnement de la mauvaise mentalisation à travers le TAT comme suit ;

- Réduction des procédés défensifs rigides et labiles ;
- Prédominance des procédés d'inhibition ;
- Prédominance des procédés qui concernent le côté concret des planches ;
- Accent porté sur le faire et le quotidien ;

- Refus de quelques planches ;
- Anonymat des personnages ;
- Absence de conflit et leur traitement ;
- Difficultés de traiter la situation dépressive ; la capacité et l'incapacité de rester seul ou le refus des planches (3 BM, 13B) ;
- La résonance fantasmatique est presque absente dans la construction du récit (Arar, 2007, p. 150).

### √ La mentalisation incertaine

#### 1- Les mécanismes de défense

Lorsque la mentalisation est incertaine, la caractéristique principale de l'élaboration défensive s'exprime par son instabilité et son polymorphisme, soit au sein d'un même récit, soit au sein du protocole.

Au sein d'un même récit, cette instabilité peut s'exprimer par la rupture imprévisible, d'une élaboration défensive qui semblait s'engager pourtant de manière appréciable, en prenant appui aussi bien sur des procédés de la série (A) ou labile (B).

Au sein d'un protocole, nous serons en présence de récits dont le style des défenses sont variables. Il n'est pas rare d'avoir l'impression qu'il ne s'agit pas de récits appartenant à un même protocole. Là, on se trouve devant l'hésitation d'énoncer une hypothèse du fonctionnement suite à la distinction des procédés utilisés d'une situation à une autre (Arar, 2007, p. 157).

#### 2- La capacité à élaborer les conflits psychiques

Lorsque la mentalisation est incertaine, l'importance de l'activité conflictuelle est régulière au sein d'un même protocole. Si l'on peut avoir alors des récits dans laquelle l'expression du conflit est présente, voir soutenue, et d'autres dans lesquels cette expression est presque totalement évacuée, il est tout aussi fréquent de rencontrer des récits dans lesquels le conflit s'exprime dans un premier mouvement, puis s'appuie pour attester de la frigidité des mécanismes mentaux qui lui sont sous-jacents. Ainsi, la construction des récits peut s'engager à l'aide d'un étayage sur les procédés de la série contrôle (A) ou labile (B), pour céder la place à l'inhibition à chaque fois que l'élaboration d'un compromis s'avère difficile (Arar, 2007, p.159).

**3- Résonance fantasmatique et la capacité à s'associer**

Dans la mentalisation incertaine, les protocoles oscilleront souvent entre deux positions précédentes, c'est-à-dire que la disponibilité des représentations et la sensibilité au matériel de test qui lui est sous-jacente, seront variables. Cependant, si l'on peut observer, dans le même protocole, des récits qui attestent de capacités associatives de niveaux très différentes, il n'est pas rare, non plus d'assister à une rupture soudaine de l'enchaînement associatif au sein du même récit (Arar, 2007, p.159).

**4- Nature de l'angoisse : angoisse signal d'alarme et angoisse automatique**

Dans ce type de mentalisation, les deux types d'angoisse peuvent se côtoyer dans un même protocole. Dans les récits qui font preuve d'une activité associative appréciable et où l'affrontement entre le désir et la défense tisse le récit à travers les compromis qui en résultent, c'est bien l'angoisse signal d'alarme qui aura tendance à se manifester. Dans les récits frappés par l'inhibition, sans résonance fantasmatique, c'est l'angoisse automatique, synonyme de paralysie du travail d'élaboration mentale, qui peut se donner le plus souvent (Arar, 2007, p.160).

**3- La présentation des cas**

A partir des techniques de recherche déjà citées, notamment l'entretien notre objectif est de repérer la qualité de l'apport de l'environnement et l'observance thérapeutique chez les hémodialysés. Par contre, concernant l'hypothèse du fonctionnement mental, on s'est basé sur les données de l'entretien et en particulier les données de test TAT.

La méthode d'analyse et de traitement des données recueillies selon la succession des étapes suivantes :

- Les données de l'entretien clinique.
- Analyse des protocoles du TAT de chaque cas de notre population d'étude.
- Formulation d'une hypothèse du fonctionnement mental de chaque cas, ainsi que ses attitudes d'observances.

**Synthèse**

Dans ce chapitre méthodologique, on a présenté le lieu et la population de notre recherche, la démarche suivie, ainsi la description des outils utilisés tels que l'entretien, le test Projectif TAT. On a également présenté la façon d'analyser ces techniques qui nous ont permis de recueillir des informations utiles à notre recherche en particulier, la nature de la mentalisation ainsi que la qualité de l'apport de l'environnement et leur influence sur l'observance thérapeutique de chaque malade.

*Partie pratique*

*Chapitre VII : Présentation et  
Analyses des données*

## Préambule

Dans ce chapitre, nous allons faire la présentation des données, et leurs analyses, ainsi on note que cette partie pratique englobe les résultats de notre recherche. C'est une étape très importante dans l'étude scientifique, elle nous apporte des informations afin de répondre à nos questions de départ et pouvoir discuter nos hypothèses formulées.

A cet effet, il est à signaler que notre population d'étude reste restreinte "quatre cas". En conséquence, dans ce chapitre, nous allons présenter seulement quatre cas comme prototype illustratif des différents fonctionnements mentaux de notre population d'étude. En se basant dans cette présentation sur les données de l'entretien, dont on se focalise sur l'axe de l'observance thérapeutique, puis l'analyse de protocole du TAT.

Les quatre cas illustratifs de notre population d'étude sont :

- **Cas Wahid** ; cette nomination est choisie selon les caractéristiques de ce cas, qui est solitaire puisque en langue arabe le mot "Wahid" signifie "tout seul". Toutefois, Wahid est caractérisé par une mentalisation incertaine.
- **Cas Saïda** ; Cette nomination est choisie selon les caractéristiques de ce cas, puisque en langue arabe le mot "Saïda" signifie "la joie" heureuse,.... Toutefois, Saïda est caractérisée par une mentalisation incertaine.
- **Cas Hamid** ; Cette nomination est choisie selon les caractéristiques de ce cas, puisque en langue arabe le mot "Hamid" signifie "la dignité". Toutefois Hamid est caractérisé par une mentalisation incertaine.
- **Cas Djamila** ; Cette nomination est choisie selon les caractéristiques de ce cas puisque en langue arabe le mot "Djamila" signifie "la beauté". Toutefois Djamila est caractérisé par une mauvaise mentalisation.

## Cas Wahid 47ans

### Les données de l'entretien

Wahid est un homme ordinaire, brun, yeux bleus, de taille moyenne, respectueux et propre.

Wahid, est un homme marié à une femme au foyer. Agé de 47ans, issu d'une famille financièrement moyenne. Père d'un seul enfant, il est le premier d'une fratrie de cinq. Il était gendarme avant l'IRCT, après l'atteinte par la maladie, il a arrêté de travailler. C'est un homme instruit, vu qu'il a eu son baccalauréat, mais n'a pas continué ses études universitaires.

Durant l'entretien, il s'est montré réservé, et il a un peu parlé de sa vie.

### 1- La santé physique

#### • Les maladies organiques antérieures et actuelles

Durant l'entretien, notre patient s'est montré inquiet et gêné, même après l'avoir rassuré en lui expliquant notre objectif, il a gardé son état d'inquiétude.

Les antécédents médicaux du sujet révèlent qu'il a eu un kyste au niveau du rein en (2001), depuis 12 ans, pour lequel il a été hospitalisé durant quatre jours dans un hôpital militaire, vu sa fonction. Quelques jours après, les analyses montrent que le patient a eu un pic d'hypertension artérielle. En (2002), depuis 11 ans, notre patient raconte que pendant qu'il était au travail, d'un coup il est tombé par terre puis, évacué d'urgence vers l'hôpital militaire, où il a été hospitalisé durant 15 jours, et durant lesquels, le médecin lui a annoncé la maladie, disait-il : « c'était juste cinq minutes où j'étais dans un autre monde noir, le médecin m'a dit , voilà monsieur, vos reins ne fonctionnent plus, il vous faut la dialyse ou c'est la mort, j'étais vraiment désespéré ». Pendant quelques jours, Wahid a été hospitalisé pour installer la fistule, et trois jours après, a commencé la première séance d'hémodialyse à l'EPH de kherrata.

Depuis sa maladie, ses capacités physiques ont diminué par rapport au passé, il souffre d'une sensation de fatigue, et un sentiment d'impuissance et de dégoût prédominant en lui.

Selon le malade, il y a l'absence de facteur héréditaire, c'est le seul membre de sa famille qui en est atteint.

- **La relation entre les événements traumatiques et /ou quelques maladies**

Au début de l'entretien, avant d'être en IRCT, le patient ne souligne pas d'évènements traumatisants, mais grâce à notre insistance, nous avons pu comprendre que son insuffisance rénale chronique était due à une succession de ce genre d'évènements aux quels il n'a pas pu faire face et qui l'ont énormément affecté et fragilisé : on peut citer son engagement au service militaire en (1997) , à l'âge de 20 ans, ainsi la mort de son amie devant lui au sommet de la montagne en (1999) . Quelques années plus tard, s'ajoute le décès de son père en (2000) qui le traumatise encore davantage.

## **2- La mentalisation à partir de l'entretien**

- **La qualité de la relation lors de l'entretien**

L'entretien avec Wahid s'est déroulé en une séance. Ce dernier n'était pas à l'aise au début, il s'est montré calme, un peu gêné et même réservé.

Avant la première partie de la séance, on lui a expliqué l'utilité de notre recherche pour avoir son consentement (libre et éclairé), mais Wahid a campé sur sa position liée à son inquiétude. Il s'est montré de façon mal à l'aise, non coopératif en répondant aux questions posées avec une certaine froideur, très restreinte.

- **La vie relationnelle et la nature des investissements objectaux**

Le patient n'a pas investi le côté relationnel avec les membres de sa famille, les collègues de travail, et l'équipe soignante en période d'hémodialyse, car il dit: « je préfère rester seul pour éviter tous les problèmes et les pressions de la vie ».

Depuis que Wahid souffre de l'insuffisance rénale chronique, sa libido et son envie ont notamment diminué. Il disait « depuis 2002, ma maladie a causé un déséquilibre dans ma vie personnelle, et une perte de plaisir dans tous les domaines ». Ce qui souligne l'impuissance sexuelle chez Wahid.

**• La qualité de la vie fantasmatique et vie onirique**

Quelques questions qui donnent une certaine liberté au patient, attestent de l'existence d'une certaine pauvreté de la vie fantasmatique de Wahid. A travers les mécanismes utilisés dans son discours, produit à travers certaines réponses aux questions posées dans l'entretien clinique, on a pu détecter (l'évitement qui signifie son recours au comportement comme réponse aux situations conflictuelles).

Parmi les projets d'avenir de Wahid, la réussite de son fils dans la construction de sa vie demeure son souhait primordial, car il n'a pas arrêté de parler de lui.

La vie onirique de Wahid est riche depuis son IRCT, il nous a révélé qu'il rêve beaucoup de mauvaises choses, disait-il « je ne vois que le sang, des guerres tous les jours, je n'aime pas la couleur rouge ». Quand à la qualité du contenu des rêves ,il est classé dans le type des rêves crus selon P, Marty qui souligne ; "que ces rêves crus prennent en général l'allure de cauchemars, rêves qui ne suffisent jamais à maintenir le sommeil, ces rêves sont souvent intégrés aux névroses traumatiques "( Marty, 1984,pp.1149-1150).

**• La qualité de l'apport de l'environnement**

Wahid, exprime sa reconnaissance à sa famille, mais il n'est pas content du soutien qu'elle lui apporte, car il s'agit d'un soutien pragmatique. A cet effet, il évite tout attachement avec elle. Durant l'entretien, Wahid a avoué qu'il n'a pas beaucoup d'amis surtout ces dernières années, qu'il aime rester tout seul, « je voudrais rester tout seul dans un jardin vide, seulement moi et mon fils unique » disait-il. Notre patient n'a pas arrêté de parler de son fils, et que c'est lui la source de son désir de vivre encore. Wahid déclare que la relation avec ses frères n'est pas bonne à cause de l'héritage, alors ils ont une mauvaise vision de lui. Il n'a pas voulu s'attarder sur ses relations avec sa famille, et soudainement a arrêté la discussion sur celle-ci de près ou de loin. A l'heure de la prise médicamenteuse, Wahid déclare qu'il n'a pas besoin d'aide pour prendre son médicament et suivre son traitement, « je suis capable de prendre mon traitement à l'heure sans aucun soutien », disait-il. A la fin de l'entretien, le psychologue de service a avoué que le patient évite toute relation avec lui, disant qu'il évite tout soutien psychologique. Par contre, les infirmiers et les néphrologues déclarent qu'ils ont de bons rapports avec lui, Donc l'apport de l'environnement de Wahid est défavorable selon ses dires.

A partir de toutes ces caractéristiques on peut déduire qu'il est doté d'une carence fantasmatique.

#### • Les caractéristiques de fonctionnement mental

L'entretien ne nous a pas permis de repérer la nature de la mentalisation de Wahid, c'est le test projectif de TAT, qui va nous permettre de déterminer la qualité de sa mentalisation.

### 3- La qualité de l'observance thérapeutique

Durant l'entretien, Wahid a avoué qu'il prenait les médicaments prescrits par son médecin traitant, et respectait toutes les recommandations de ce dernier (horaires, dosages et modalité de prise en charge).

Pour lui les médicaments occupent une place importante, « pour moi, les médicaments c'est un soulagement, même si que le destin ne m'a pas épargné, mais le Dieu est avec nous, les médicaments diminuent un peu la souffrance et les douleurs » disait-il. Selon Wahid, la valeur des médicaments est positive, et représentent quelque chose de bien. Wahid a déclaré que pour lui le générateur de dialyse est sa camarade car il passe la plupart de temps avec la machine, et cette dernière connaît tout son corps, on souligne l'idéalisation de l'objet à valeur positive. Il ajoute que « sans elle je serais mort sans aucun doute ». Wahid déclare que 80% est dans l'observance thérapeutique.

### Résumé de l'entretien

Wahid a été victime de deux maladies ; un kyste au niveau du rein, et la maladie d'insuffisance rénale chronique. En (2002), il a commencé sa première séance de dialyse, depuis, son état s'est stabilisé. En parallèle, on note que Wahid évolue dans un environnement défavorable, car d'une part il rencontre des problèmes avec ses frères à cause de l'héritage, et d'autre part, il a quitté ses amis du service militaire. Du coup il s'est retrouvé seul, coupé de tout contact. A propos de l'évaluation de l'observance thérapeutique à travers l'entretien, nous avons constaté que Wahid respecte toutes les prescriptions de son médecin traitant ; les modalités de la prise en charge médicamenteuse, avant et après les horaires, en se présentant aux rendez-vous, consultations recommandées par son médecin. A cet effet le médecin traitant affirme que Wahid s'accommode aux recommandations demandées. Wahid prend tout seul ses médicaments, sans aucune aide.

## L'analyse du protocole du TAT cas Wahid 47 ans

### Analyse planche par planche

#### Planche 1

2''aqcic ihzan, tamas agitar, idmandiw amk ala diyani tayanayth agi igu3ran.1'5''

**Procédés :** après un temps de latence initial court, le récit se développe au plus près du contenu manifeste (B1) avec une expression verbalisée d'affect nuancés (B1-4) , procédé d'une description avec attachement au détails (A2-1), Accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17).

**La lisibilité:** Type un lisibilité +

**Problématique :** l'identification de la tristesse de l'enfant confronte le sujet à sa propre angoisse de castration.

#### Planche 2

12''taqcict en bac, y lis n tmurth, babas ixeman tabhirth iwakan adi3ayac tawacultis, ixaman n zik aldefir, y mas la tessaram athentasufay seg la misère .2'5''

**Procédés :** le temps de latence est plus long que la planche précédente, le récit se développe avec une description avec attachement aux détails (A2-1), procédé d'un accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), le recours au sens commun (A1-3), le româchage (A2-8), suivie d'insistance sur les limites (C/N-6), et un accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la triangulation œdipienne est reconnue, et la relation entre la fille et les parents est évitée, n'est pas traitée. On remarque que la présentation des personnages séparément chose qui a entravé l'élaboration de la relation entre eux dans le registre de la triangulation œdipienne, par le recours aux procédé de contrôle par l'isolement des personnages.

#### Planche 3

5''abarkan agi d laqvar, taqcict tarru deg laqvar yemas, yatbin felas lahzan, désespérée.1'55''

**Procédés :** après un temps de latence initial court, appui sur les qualités sensorielles (C/N5), description avec attachement aux détails (A2-1), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3) , introduction des personnages non figurant sur l'image (B1-2), expressions d'affects(E9).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique dépressive est perçue comme une fille qui pleure sur la tombe de sa mère, ce qui signale que Wahid a essayé d'élaborer la problématique dépressive dont la perte d'objet liée à une fausse perception.

#### Planche 4

4''sin yamdanan, argaz akked tmmtuthis, argaz ni itadu adyinaγ akked yiwan, nettath thatfithid .1'15''

**Procédés :** après un temps de latence initiale court, précisions chiffrées (A2-5), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), aller/ retour entre désir contradictoires (B2-7).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** le passage très rapide d'une identification masculine à une identification féminine est inversement entraîne une instabilité des relations.

#### Planche 5

6''taxamt n uqcic, imas thxadzar mayla iγar naγ yetas, imas thatvin meqar, ta3ya.1'58'

**Procédés :** le contenu manifeste est immédiatement saisi, entrée direct dans l'expression (B2-1), description avec attachement aux détails (A2-1), éloignement spatial (A2-4), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), introduction de personnage non figurant sur l'image (B1-2), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** cette planche sollicite fortement des fantasmes liés à la curiosité sexuelle de la mère. L'image maternelle est perçue entre la mère qui regarde son fils s'il lit ou dort. Wahid a pu se situer par rapport à l'instance surmoïque.

**Planche 6BM**

9''argaz akked y imas, waqila tafqa3 fellas, yabya adyatlab smah ma3na nettath uthxazar aranetta la yatrajo, argazayi yas3a un poste l3ali khter yalsa un costum yalsa bien. 3'12''

**Procédés :** après un temps de latence initial moyen, accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), précautions verbales (A2-3), aller/ retour entre désirs contradictoires (B2-7), détail narcissique (B2-10).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la marque de la relation mère-fils est présente. L'idéalisation de l'image maternelle dans ce contexte n'est pas porteuse d'interdit et laisse le champ ouvert au désir et à la culpabilité.

**Planche 7BM**

5''sin imdanan, babas akked mis, ifkayas des conseils f l'avenir, aqcic mi yethasis mlih. 1'7''

**Procédés :** précisions chiffrées (A2-5), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet "valence +" (C/M-1), intégration des références du sens commun (A1-3).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique du lien père-fils est perçue, mais pas traitée dans sa dimension des deux pôles : tendance-agressivité. La problématique a été traitée par Wahid par un seul pôle, puisque le père conseille son fils sur son avenir.

**Planche 8BM**

3''deg la chambre yiwen deg yirgazan iblisé, sin agi vyan asdaksan tarsast, khatar ulash l'hopital igqarvan, amajtoh agi dms itqalaq felas, iteru .2'15''

**Procédés :** après un temps de latence court, éloignement spatial (A2-4), perception de personnages malades (E6), description avec attachement aux détails (A2-1), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), expression d'affects (E9).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** l'accent est mis sur la force des mouvements pulsionnels, la mise à distance importante de l'agressivité dirigée contre l'image paternelle, permet sans doute d'éviter la culpabilité et la réactivation de l'angoisse de castration.

**Planche 10**

7''sin imdanan , argaz akked tmatuthis, ifkayas une bisous deg mal'iyis, g sin s'embrassent, d lamhiba gar le couple.2'29''

**Procédés :** précisions chiffrées (A2-5), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), relation spéculaire (C/N4), intellectualisation (A2-13).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la relation hétérosexuelle se transforme en relation spéculaire.

**Planche 11**

12''tihmilt d wasif, acuraq ayi d la cascade, dayi dibladan, yer dihina yela ç'al tamdith.1'49''

**Procédés :** après un temps de latence moyen, description avec attachement aux détails (A2-1), accent mis sur les qualités sensorielles (C/N5), remâchage (A2-8), insistance sur le repérage des limites (C/N6), accent mis sur les qualités sensorielles (C/N5).

**Lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la qualité des premières relations prégénitales ne sont pas présente dans son court discours, ce qui marque l'évitement chez Wahid.

**Planche 12BG**

2''twaliy cjar, adfal tela une barque tecur dadfal, atan wuhdas.59''

**Procédés :** après un temps de latence très court, description avec attachement aux détails (A2-1), accent mis sur les qualités sensorielles ( C/N5), remâchage (A2-8), histoire construite proche du thème banal (A1-1).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** l'accent est mis sur la capacité de la barque d'être seul, ce qui renvoie à l'angoisse de la séparation.

**Planche 13B**

3''daxam damazyran n louh, axamn lqarn n 50, aqcic damajtoh iqim alqa3a, ulyas3ara, idarnis hafi, athan wahdas ulyas3ara imawlan, athan deg la misère.2'13''

**Procédés :** description avec attachement aux détails (A2-1), éloignement temporel (A2-4), remâchage (A2-8), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** l'accent est mis sur l'insuffisance des ressources internes face à l'objet, et le conflit intra personnel « misère » renvoie à la problématique dépressive et de séparation.

**Planche 13MF**

7''deg taxamt n yidas, lan sin imdanan, argaz akked tmatuthis,tamtuth tgan, argazayi y bad, ilsa adiroh alxadma, ulyarwara idas, ikemaz alnis .3'16''

**Procédés :** éloignement spatial (A2-4), description avec attachement aux détails (A2-1), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), aller/retour entre l'expression pulsionnelle et la défense (A2-7).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** le conflit lié à la sexualité et à l'agressivité dans le couple est évincé, quasiment dénié. Celui-ci s'avère contre-investi par le quotidien, le factuel, dans un contexte où domine toujours l'inhibition.

**Planche 19**

12''adrar icur d adfal, lan atas g bladan γalnad seg lahwa, l'image agi floue.2'15''

**Procédés :** description avec attachement aux détails (A2-1), remâchage (A2-8), commentaires (B2-8).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** le surinvestissement des qualités sensorielles va favoriser cette différenciation et le refuge dans un contenant protecteur.

**Planche 16**

16''twaliγ une salle maqrit, aqcicinu akked imdukalis, c'est la date de sa soutenance, iwksar c'set notre famille win iqarvan win igva3dan, deg tlamast lant les tables, les boissons, deg le côté les jury, au fond d mi amajtoh s la tenu n la soutenance.4'55''

Temps total : 34'5''

**Procédés :** après un temps de latence moyen, le récit commence par un éloignement spatial (A2-4), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), description avec attachement aux détails (A2-1), insistance sur le repérage des limites (C/N6), accent mis sur les relations sensorielles (C/N5), introduction de personnages non figurant sur l'image (B1-2).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** un support significatif très riche, Wahid à élaborer l'histoire sur son fils qui peut être souligné comme un facteur protecteur.

- **Impression générale du protocole**

Wahid a traité toutes les planches du TAT, on note que le récit de quelques planches était riche par contre d'autres récits étaient pauvres dans le contenu, à cause du recours de patient aux procédés de la série de contrôle et d'évitement de conflit. A la dernière planche 16, Wahid a souhaité l'avenir de son enfant.

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

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes à savoir la prégnance de procédés de contrôle de la série (A) avec A% 49%, en première position dont les procédés les plus dominants sont les descriptions avec attachement aux détails, et parfois le remâchage. En deuxième position, on trouve les procédés de la série labile. En ce qui concerne cette série (B) avec B% 32% , les procédés les plus prégnants, il s'agit d'un accent porté sur les relations interpersonnelles. En troisième position, on trouve les procédés d'évitement de conflit (C) avec C% 16% dont les procédés narcissique étaient les plus prégnants, dont il s'agit d'un accent mis sur les qualités sensorielles. A la dernière position, on trouve la série de l'émergence en processus primaires (E) E% 3%.

- **La lisibilité** : Types deuxlisibilités±

- **Les problématiques globales**

- a- La problématique œdipienne**

Au niveau de la planche 1, la problématique de l'identification très proche à l'enfant confronte Wahid à sa propre angoisse de castration. Pour la planche 2, la triangulation œdipienne est reconnue par Wahid. Mais on souligne l'absence de relation entre les personnages qui sont vus séparément. A la planche 4, le passage très rapide d'une identification masculine à une identification féminine est inversement entraîne une instabilité des relations. A la planche 5, la problématique des fantasmes liés à la curiosité sexuelle. Ceux-ci sont contre-investis par des défenses coûteuses dans la mesure où elles tendent à abréger les émotions pulsionnelles. A la planche 6BM, la marque de la relation mère-fils est présente, l'idéalisation de l'image maternelle dans ce contexte n'est pas porteuse d'interdit et laisse le champ ouvert au désir et à la culpabilité. A la planche 7BM, le maniement de l'agressivité dans la relation à l'image paternelle est particulièrement difficile, il apparaît la position de soumission à une image idéalisée. A la planche 8BM, l'accent est mis sur la force pulsionnelle, la mise à distance importante de l'agressivité dirigée contre l'image paternelle permet sans doute d'éviter la culpabilité et la réactivation de l'angoisse de castration. A la planche 10, la relation hétérosexuelle se transforme en relation spéculaire. A la planche 13MF, le conflit lié à la sexualité et à l'agressivité dans le couple est évincé, quasiment dénié. Celui-ci s'avère contre-investi par le quotidien, le factuel, dans un contexte où domine toujours l'inhibition.

**b- La problématique dépressive**

La problématique dépressive se dit en terme de manque narcissique phallique plutôt qu'en termes de perte d'objet. Par contre à la planche 12BG, l'accent est mis sur la capacité du braque d'être seul, ce qui renvoie à l'angoisse de castration. A la planche 13B, l'accent est mis sur l'insuffisance des ressources internes face à la l'objet, et le conflit intra personnel « misère » renvoie à la problématique dépressive et de séparation.

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

Dans la planche 11, la qualité des relations prégénitales ne sont pas présente dans son court discours, ce qui marque l'évitement chez Wahid. A laplanche 19, la surinvestissement des qualités sensorielles va favoriser cette différenciation et le refuge dans un contenant protecteur. Dans la dernière planche 16, on trouve un support significatif très riche, Wahid à élaborer l'histoire sur son fils qui est un facteur protecteur.

**◆ La mentalisation à travers le TAT****1- Les mécanismes de défense**

La constellation défensive se caractérise au TAT, par la prédominance des procédés d'élaboration de la série de contrôle (A) qui sont à 49%, il s'agit surtout de description avec attachement aux détails et de remâchage. Ainsi on note une prédominance des procédés de type labile (B) qui sont à 32%, il s'agit d'un accent porté sur les relations interpersonnelles.

On souligne aussi que les procédés d'évitement du conflit (C) sont présents à 16%, dont les procédés (CP), (CC), (CF), ne sont pas élaborer par Wahid. Tandis que les procédés d'émergence en processus primaire (E) sont rencontrés que très rarement à 3%, dont il s'agit d'une expression d'affects.

Au sein de protocole, on a souligné la présence de récits dont le style et la solitude des défenses sont variables.

## **2- La capacité à élaborer les conflits psychiques**

L'importance de l'activité conflictuelle est irrégulière au sein de protocole du Wahid. On souligne des récits dans lesquelles l'expression du conflit est présente, dont on a rencontré des récits dans lesquels le conflit s'exprime dans un premier mouvement, puis s'épuise pour attester de la fragilité des mécanismes mentaux qui lui sont sous-jacents, tels que les planches 7BM, 8BM, 13B. Tandis que d'autres dans lesquels l'activité conflictuelle est presque évacuée telles que la planche 13MF. Ainsi la construction des récits s'est engagée à l'aide d'un étayage sur les procédés de la série de contrôle (A) ou labile (B).

## **3- Résonance fantasmatique et la capacité à associer**

Les récits du protocole varient entre la richesse et la pauvreté. Les défenses chez Wahid se manifestent par l'accrochage aux éléments du monde concret, qui représente dans ce cas le contenu manifeste de la planche, sans aucun défaut ou empreinte personnelle qui élucide l'apparition des fantasmes inconscients, qui construisent le récit élaboré au TAT.

## **4- Nature de l'angoisse: angoisse signal d'alarme**

Dans le protocole de Wahid, les deux types d'angoisse se sont côtoyés dans ce même protocole. Il ya des récits qui font preuve d'une activité associative appréciable et où l'affrontement entre le désir et la défense tisse le récit à travers les compromis qui en résultant, c'est bien l'angoisse signal d'alarme qui aura tendance à se manifester tels que la planche 8BM .

## **Résumé du test du TAT**

D'après l'analyse du protocole du TAT, on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série labile (B) en deuxième position, troisième l'évitement du conflit, suivie à la fin par les procédés de la série (E) , qui se trouve en dernière position. On souligne que la plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traitées dont la lisibilité globale est  $\pm$ . On souligne aussi que Wahid développe parfois son récit et parfois il tend à la restriction générale d'autres fois. Aussi on remarque la capacité ou l'incapacité d'élaboration des conflits. Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Wahid est la mentalisation incertaine.

Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole de cas Wahid 47 ans

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A1(1) = 1	B1(2) = 3						E=2
A1(3) = 2	B1(4) = 1	/	CN4=1	CM1=1	/	/	
A2(1) = 11	B2(1)=1		CN5=6				
A2(3) = 1	B2(3)=11		CN6=2				
A2(4) = 5	B2(7)=2						
A2(5) = 3	B2(8)=1						
A2(7) = 1	B2(10)=1						
A2(8) = 4							
A2(13) = 1							
A2(17) = 2							
			ΣN 9	ΣM 1			ΣE 2
ΣA 31 A% 49%	ΣB 20 B% 32%	ΣC 10 C% 16%					ΣE 2 E % 3%
Σ 63% 100%							

**Conclusion générale du cas Wahid**

Wahid a été victime de deux maladies ; un kyste au niveau du rein, et la maladie d'insuffisance rénale chronique. En (2002), il a commencé sa première séance de dialyse, depuis, son état s'est stabilisé. En parallèle, on note que Wahid évolue dans un environnement défavorable, car d'une part il rencontre des problèmes avec ses frères à cause de l'héritage, et d'autre part, il a quitté ses amis du service militaire. Du coup il s'est retrouvé seul, coupé de tout contact. A propos de l'évaluation de l'observance thérapeutique à travers l'entretien, nous avons constaté que Wahid respecte toutes les prescriptions de son médecin traitant ; les modalités de la prise en charge médicamenteuse, avant et après les horaires, en se présentant aux rendez-vous, consultations recommandées par son médecin. A cet effet le médecin traitant affirme que Wahid s'accommode aux recommandations demandées. Wahid prend tout seul ses médicaments, sans aucune aide.

D'après l'analyse du protocole du TAT, on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série labile (B) en deuxième position, on trouve l'évitement du conflit, suivie à la fin par les procédés de la série (E) , qui se trouve en dernière position. On souligne que la plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traitées dont la lisibilité globale est±. On souligne aussi que Wahid développe parfois son récit et parfois il tend à la restriction générale d'autres fois. Aussi on remarque la capacité ou l'incapacité d'élaboration des conflits. Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Wahid est la mentalisation incertaine.

**Cas Saïda 42 ans****Les données de l'entretien**

Saïda est de taille moyenne, brune, souriante, porte le foulard et bien habillé .

Il Agée 42 ans, c'est une femme au foyer, 5 ème d'une fratrie de trois filles et un garçon, son niveau d'instruction est celui de la deuxième année CEM. Mariée à un maçon, elle est mère de quatre enfants (deux filles et deux garçons).

**1- La santé physique****• Les maladies organiques antérieures et actuelles**

Les antécédents médicaux de Saïda, révèlent qu'elle ne souffrait d'aucune maladie durant son jeune âge. Elle disait : « j'étais en très bonne santé, dieu merci ». Saïda a déclaré en (2017), depuis 6 ans, elle souffre d'une hypertension artérielle suite à son accouchement. Quelques jours plus tard, elle a commencé à présenter des symptômes sévères tels que des nausées, des vomissements, fatigue...Elle a été hospitalisée à l'hôpital de Kherrata durant 9 jours. Suite à l'analyse sanguine et urinaire, le néphrologue a diagnostiqué chez elle une insuffisance rénale chronique. Depuis 6 ans, elle suit un traitement par dialyse. La réaction de Saïda lors de l'annonce de la maladie était normale, sans peur, ni inquiétude, en invoquant des mécanismes religieux et spirituels. Mais après les explications du médecin, qui lui a annoncé qu'elle vivait avec la maladie, elle a dit : « au début je n'avais pas peur, mais après les explications du médecin, j'ai commencé à paniquer ».

Quelque mois après son IRCT, Saïda souligne qu'elle a souffert de plusieurs problèmes musculaires, plus précisément des douleurs intenses sur le bras lors de l'insertion de la fistule. Le facteur génétique de la maladie signale la présence d'une seule personne dans sa famille, son grand père qui était sous dialyse, donc l'intervention du facteur héréditaire est présent.

**• La relation entre les événements traumatiques et/ou quelques maladies**

Au cours de l'entretien, Saïda n'a pas vraiment parlé d'évènement traumatisant dans sa vie, qui pouvait être la cause de sa maladie. Elle est convaincue par le facteur héréditaire, car son grand père était hémodialysé. Elle déclare : « pour moi c'est clair que la cause de ma maladie est l'hypertension artérielle ».

## 2- La mentalisation à partir de l'entretien

### • La qualité de la relation lors de l'entretien

L'entretien avec Saïda s'est déroulé en deux séances. Cette dernière était à l'aise, coopérative. Elle n'a pas posé beaucoup de questions à propos de l'objectif de cet entretien. Cette patiente a donné des informations importantes sur sa vie sexuelle, onirique, chose qui participe au transfert positif.

### • Les événements les plus importants dans la vie du patient

La patiente durant l'entretien, nous a raconté qu'elle a beaucoup souffert pendant son enfance jusqu'à l'âge de 16 ans avec sa belle mère. Ainsi, le décès de sa mère en (2003), depuis 14 ans a laissé une cicatrice chez elle selon ses dires. En celle-ci s'est amplifiée lorsque la belle-mère a exigé d'elle le travail de la terre et le tissage.

### • La vie relationnelle et la nature des investissements objectaux

Saïda a avoué qu'elle a bénéficié d'un grand soutien familial, surtout de la part de son mari, ainsi que de ses enfants. Elle a investi le côté relationnel avec l'équipe soignante, et les autres malades en dialyse, ainsi qu'aux son environnement.

Depuis que Saïda souffre de cette insuffisance rénale chronique, sa libido et son envie ont notamment diminué.

### • La qualité de la vie fantasmatique et la vie onirique

La vie onirique de Saïda est riche, elle oscille entre bons et mauvais rêves, disait-elle : « oui, il y a des moments où je vois de bonnes choses, par contre à, d'autres moments, je ne vois que de mauvais rêves ».

### • La qualité de l'apport de l'environnement

Saïda exprime sa reconnaissance envers sa famille, et du soutien que lui apporte en particulier son mari. Elle en est contente. Notre patiente n'a pas arrêté de parler de sa famille, qui est sa source de joie de vivre malgré sa maladie. A l'heure de la prise médicamenteuse, Saïda déclare que sa fille est toujours derrière elle pour s'assurer qu'elle n'avait pas oublié de prendre son traitement. Elle disait : « ma fille m'aide pour prendre

justement mon traitement ». A la fin de l'entretien, le psychologue de service a avoué que la patiente a une bonne relation avec l'équipe soignante et tous les employés du service.

#### • Les caractéristiques de fonctionnement mental

L'entretien ne nous a pas permis de repérer la nature de la mentalisation de Saïda. C'est le test du TAT, qui va nous permettre de déterminer la qualité de sa mentalisation.

### 3- La qualité de l'observance thérapeutique

Durant cette période ponctuée, de trois séances d'hémodialyses par semaine, Saïda a avoué qu'elle prenait les médicaments prescrits par son médecin, mais parfois, ça lui arrivait de faire un retard d'une demi-heure ou même d'une heure. Mais qu'il ne s'agit pas d'oubli total. Ainsi, les dosages et les modalités de prise de médicaments n'ont pas été respectés totalement.

La période de la dialyse est considérée par la patiente comme une période de soulagement, et selon elle, c'est obligatoire d'aller subir la dialyse, car une absence peut mener à une détérioration de sa santé qui peut déboucher sur la mort. Selon elle, les médicaments est une renaissance et leur place est positive, c'est quelque chose de bien.

### Résumé de l'entretien

Saïda a été victime de l'hypertension et l'insuffisance rénale chronique. En 2017, elle a commencé sa première séance de dialyse, depuis, son état s'est stabilisé.

En parallèle, on souligne que l'apport de l'environnement est favorable, dont elle noue de bonnes relations avec les membres de sa famille, notamment son mari, ses enfants, et sa mère avant sa perte. Ainsi qu'à l'équipe soignante.

A propos de l'observance thérapeutique, nous avons constaté que Saïda ne respecte pas toutes les recommandations de son médecin traitant ; elle ne suit pas le régime prescrit par ce dernier, et ne s'astreint pas à la prise de médicament. Par contre, elle se présente aux rendez-vous, ainsi qu'aux consultations recommandées par son médecin. A cet effet même le médecin affirme que Saïda ne s'accommode pas à toutes les instructions demandées. Sa fille lui rappelle la prise de ses médicaments. Sa représentation liée aux médicaments est ambivalente.

## L'analyse du protocole du TAT cas Saïda 42ans

### Analyse planche par planche

#### Planche 1

2'' aqcic, aqeruyis gar tfastinis timajtah, ixezzar tagitharth irsan zathas yef tabla. Amajtoh ayi, ixtar yiwath n tyanayth, iwakan atidiyenni iyemas, cyal l cadeau ila fête n lخالath, iwakan asyini sahit imi....1'2''

**Procédés :** le récit se développe par une description avec attachement aux détails A2(1), accent porté sur le faire C/F3, accent porté sur le conflit intra-personnelle A2(17).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** l'accrochage très proche à l'enfant confronte le sujet à sa propre angoisse de castration.

#### Planche 2

6'' yiwath n twacult g thmurth, tamtouth su3bot, taknad ar tcajarth, ifasnis fu3botis, ilis thxadzrith tas3a lkitabath g fuisis, taqerayth, tabya atroh à l'école, argaz ixdam tibhirth, d neta idecaf la famille inas, aserdunis it3awanith galxadma inas, alib3id lant tudar itnan ,yumant sudfal 4'33''

**Procédés :** éloignement temporo-spacial A2(4), description avec attachement aux détails A2(1), accent porté sur le faire C/F3, remâchage A2(8), intégration des références sociales et du sens commun A1(3), éléments de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide,..) A2(10), insistance sur les limites et des contours C/N6.

**La lisibilité:** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique de la triangulation œdipienne est perçue. Saïda a perçu les trois personnages figurant dans la planche, et par la suite là traitée. Ce qui signifie une bonne relation entre les membres de la famille de Saïda.

**Planche 3 BM**

8'' aqcic waqila yela yasrad γaf umtrah, après yiylid alqa3a, had uthyazra, izmaryiwan ulila dag uxam. Ouh amajtohiw ! tkiniγ handicapé igela, ya adiyas had athi3awan niγ adiqim akayi 1'55''

**Procédés:** description avec attachement aux détails A2(1), précautions verbales A2(3), remâchage, rumination A2(8), exclamations B2(8), accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17), aller/retour entre l'expression pulsionnelle et la défense A2(7), fausses perceptions E4.

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique dépressive est perçue au début comme un garçon qui est tombé par terre, et qui handicapé. Il reste à signaler que Saïda a essayé d'élaborer la problématique dépressive dont la blessure de sujet est liée à une fausse perception.

**Planche 4**

3'' sin meddan, argaz irwal, tametouth thatsigi athittar, taqaras acu athiwyān, bessah uhdixazar ara, izemar adiqal après niγ uditheqal ara 2'46''.

**Procédés :** précisions chiffrées A2(5), aller/retour entre des désirs contradictoires B2(7), motifs de conflits non précisés C/P4, précautions verbales A2(3), aller/retour entre l'expression pulsionnelle et la défense A2(7).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique conflictuelle de couple est perçue. Saïda a perçue l'alternance entre les états émotionnels opposés entre la femme qui demande que ce que ne va pas, et l'homme qui fuit d'elle, mais la patiente n'a pas développée son récit grâce à l'utilisation du procédé d'évitement à savoir les motifs des conflits non précisés.

**Planche 5**

5''axam, had uryela zdaxal wexam ayi, dayan tamγarthayi itsigin aldaxal n taxamt, tuhwaj yiwan, mais ultufara après tefay 1'27''.

**Procédés :** description avec attachement aux détails A2(1), insistance sur le repérage des limites et des contours C/N6, annulation A2(9), accent porté sur le faire C/F3, remachâge A2(8), aller/retour entre l'expression et la défense A2(7).

**La lisibilité:** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique de l'image maternelle est perçue. Saïda n'a pas pu se situer par rapport à l'instance surmoïque cause de l'utilisation des procédés de la série de contrôle.

#### Planche 6GF

2'' taqcict tamajtoth, akked argaz damaqran fellas, ihadrasad lhaja, taqcict ni txadzrith s la manière bizzard, axzar ayi uyi3jib ara. Talsa la rôbe tacuraqt, tacbah voilà argaz ayi itkayif agaro, tkiniy inayas lhaja dirit 3'45''.

**Procédés :** anonymat des personnages C/P3, aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense A2(7), critiques du matériel C/C3, attachement aux détails narcissiques à valence relationnelles B2(10), description avec attachement aux délais A2(1), précautions verbales A2(3), fausses perceptions E9.

**La lisibilité:** type deux lisibilités±

**Problématique :** la relation libidinale dans le couple est perçue par Saïda, l'investissement narcissique dans la relation à l'objet reste très lié au fantasme des éducation et à l'angoisse de castration.

#### Planche 7GF

4''taqcict akked tin atitrabin, gasnath qimant g matrah, gar ifasan n taqcict tapopilt, gar ifasan madame ayi livre, tanegartgayi teqaras « allez, aqra cwiya, ula3bara koul dqiqqa ok tamajtuhthiw », bessah taqcictayi tahzan , txus imas 3'7''.

**Procédés :** description avec attachement aux détails A2(1), relations spéculaires C/N7, remachâge A2(8), fausses perceptions E4, expressions d'affects E9.

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la relation mère-fille n'est pas perçue, mais c'est le substitue de la maman et la fille qui sont traitée par Saïda dans cette planche, ainsi que le discours renvoie a une fausse perception.

**Planche 9GF**

9'' taqciqt tefar defir n tcajjarth, lkitabathis g fuisis alors que, taqciqt itan gabrid thetarru thedam tajelabthis tedou alzath kan, tkiniy tas3a lhaja g qeruyis 2'3''.

**Procédés :** description avec attachement aux détails A2(1), aller/retour entre des désirs contradictoires B2(7), accent porté sur le faire C/F3, précautions verbales A2(3), accent porté sur les conflits interpersonnels A2(17), motifs des conflits non précisés C/P4.

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique de la rivalité féminine n'est pas perçue par la patiente. Aussi, elle n'a pas développée le récit suite à l'utilisation des procédés de contrôle, ainsi que le motif de conflit non prisé.

**Planche 10**

13'' tametoth aked mis, ila g l'étranger, umba3ad iwelad, ifrah, imas thatfith g fasnis, la famille y nas trajan nuba nsan iwakan athazran 2'44''.

**Procédés :** accent porté sur les relations interpersonnelles B2(3), expression verbalisée d'affects forts ou exagérés B2(4), introduction de personnage non figurant sur l'image B1(2).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique de la tendresse est perçue par Saïda, et traitée sur les deux pôles, la maman et le fils, ainsi la patiente à développée son récit par l'existence de la famille, ce qui implique l'utilisation de procédé de personnages non figurant sur l'image.

**Planche 11**

30'' ... dayi abrid daqdim, lan ibladan, g lyaba tamaqrant lan lwohoc, acuraq ayi d la cascade , damkan uhwas 3'28''.

**Procédés :** tli long C/P1, entrée direct dans l'expression B2(1), description avec attachement aux détails A2(1), introduction de personnages non figurant sur l'image B1(2), accent porté sur les qualités sensorielles C/N5, remâchage A2(8).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique archaïque est perçue par Saïda, ce qui signifie la qualité des relations prégénitale, mais le récit reste pas développé suite à l'utilisation des procédés de contrôle.

### Planche 12BG

16''dakatwa, athan ikath udfal,ila cjar bessah ulac lmal, deg thlamast dal bir dabarkan icur daman, tiwarqathin lant g mkul amkan 2'9''.

**Procédés :** entrée direct dans l'expression B2(1), description avec attachement aux détails A2(1), aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense A2(7), insistance sur le repérage des limites et des contours C/N6, remâchage A2(8), accent mis sur les qualités sensorielles C/N5, remâchage A2(8).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** Saïda c'est attachée au contenu manifeste de la planche (arbre, feuilles,..). Toutefois, elle n'a pas développé son récit suite à l'intervention des procédés de contrôle, notamment la description avec attachement aux détails.

### Planche 13B

12'' axam daqdim, tawurth taldi, aqcic iqim g cafa n tweruth ni, yabya adyisroh lwaqth, ixezzar ilwacul igla3ban gabrid tamas, yibya adil3ab yidsan, ma3na gaman xatar ulyas3ara 3'32'' .

**Procédés :** commentaires B2(8), description avec attachement aux détails A2(1), accent porté sur le faire C/F3, accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17), remâchage A2(8), aller-retour entre les désirs contradictoires B2(7) .

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique dépressive est perçue par l'enfant qui est pauvre, par contre la problématique de la séparation n'est pas perçue. Toutefois, cette problématique est traitée par l'évocation des conflits intra-personnels.

**Planche 13MF**

16'' taxamt anda tamatouth tgan g matrah, tahlak, argazis itaf aqeruyis mayla ateji nigh ala ?, tura ibya adiroh albib bac adyas atizar, ulyibya ara astatro lhaja 4'2'' .

**Procédés :** description avec attachement aux détails A2(1), perception d'objets malades E6, hésitations entre interprétations différentes A2(6), accent porté sur le faire C/F3, accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique de la sexualité et de l'agressivité dans le couple à laquelle renvoie la planche n'était pas perçue par la patiente. Toutefois, le récit n'a pas été développé à cause des procédés de contrôle.

**Planche 19**

10'' tonobile, tonobile tamaqrant, txam l'accident, lan l3ibad tamas , widak ilan zdaxal kra dran, achuffour imouth 3'12'' .

**Procédés :** description avec attachement aux détails A2(1), introduction des personnages non figurant sur l'image B1(2), insistance sur le repérage des limites et des contours C/N6, aller-retour entre des désirs contradictoires B2(7), représentation massifs liés à toute problématique (dont la mort) E9.

**La lisibilité:** type deux lisibilités±

**Problématique :** la problématique prégénitale est perçue par la perception du mauvais objet qui est l'accident et la mort.

**Planche 16**

20'' izamar byiy izray labhar, izray madan itacfan, arac dimazyanan akked dimawlan san sdaw les parasolles n labhar, iqimay dinna alma 3yiy , tamedith asnahkuy koulac ithwacultiw, bac aneqal lwahi ikal abrid nidan 4'10''

Temps total : 48'25''

**Procédés :** précautions verbales A2(3), description avec attachement aux détails A2(1), introduction de personnages non figurant sur l'image B1(2), éloignement temporo-spatial A2(4), accent porté sur les thématiques du style ; aller, courir, dire B2(12), remâchage A2(8).

**La lisibilité :** type deux lisibilités±

**Problématique :** un support significatif riche, Saïda a élaborée l'histoire sur elle même, ainsi que sa famille, qui est un facteur protecteur.

- **Impression générale du protocole**

La patiente a traitée toutes les planches du TAT, on note que le récit de quelques planches était riche par contre d'autres récits étaient pauvres dans le contenu à cause du recours aux procédés de la série de contrôle ainsi que l'évitement de conflit. A la dernière planche 16, Saïda a parlé sur son souhait d'être à la mère ainsi que la présence de sa famille avec elle.

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

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes à savoir la prégnance de procédés de contrôle de la série (A) avec A% 53%, en première position dont les procédés les plus dominants sont la description avec attachement aux détails et le remâchage. En deuxième position on trouve les procédés de la série d'évitement du conflit C avec C% 22%, les procédés narcissiques étaient les plus prégnants à savoir les insistances sur le repérage des limites et des contours. En troisième position on trouve les procédés de la série labile B avec B% 18%, les procédés les plus prégnants, il s'agit d'aller-retour entre des désirs contradictoires. En dernière position on trouve la série de l'émergence en processus primaires d'un pourcentage E% 7,22% .

- **La lisibilité** : type deux lisibilités±

- **Les problématiques globales**

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

Au niveau de la planche 1, l'accrochage très proche à l'enfant confronte le sujet à sa propre angoisse de castration. Pour la planche 2, la problématique de la triangulation œdipienne est perçue. Saïda a perçue les trois personnages figurant dans la planche, et par la suite là traitée. Ce qui signifie une bonne relation entre les membres de la famille de Saïda. A la planche 4, la problématique conflictuelle de couple est perçue. Saïda a perçue l'alternance entre les états émotionnels opposés entre la femme qui demande que ce que ne va pas, et l'homme qui fuit d'elle, mais la patiente n'a pas développée son récit grâce à l'utilisation du procédé d'évitement à savoir les motifs des conflits non précisés. A la planche 5, : la problématique de l'image maternelle est perçue. Saïda n'a pas pu se situer par rapport à l'instance surmoïque cause de l'utilisation des procédés de la série de contrôle. A la planche 6GF, la relation libidinale dans le couple est perçue par Saïda, l'investissement narcissique dans la relation à l'objet reste très lié au fantasme de séduction et à l'angoisse de castration. A la planche 7 GF, la relation mère-fille n'est pas perçue, mais c'est le substitue de la maman et la fille qui sont traitée par Saïda dans cette planche, ainsi que le discours renvoie a une fausse perception. A planche 10 :la problématique de la tendresse est perçue par Saïda, et traitée sur les deux pôles, la maman et le fils, ainsi la patiente à développée son récit par l'existence de la famille, ce qui implique l'utilisation de procédé de personnages non figurant sur l'image. A la planche 13MF, la problématique de la sexualité et de l'agressivité dans le couple à laquelle renvoie la planche n'était pas perçue par la patiente. Toutefois, le récit n'a pas été développé à cause des procédés de contrôle.

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

La problématique dépressive de la planche 3BM, la problématique dépressive est perçue au début comme un garçon qui est tombé par terre, et qui handicapé. Il reste à signaler que saïda a essayé d'élaborer la problématique dépressive dont la blessure de sujet est liée à une fausse perception. A la planche 12BG, Saïda c'est attachée au contenu manifeste de la planche (arbre, feuilles,..). Toutefois, elle n'a pas développé son récit suite à l'intervention des procédés de contrôle, notamment la description avec attachement aux détails. A la planche 13b, la problématique dépressive est perçue par l'enfant qui est pauvre, par contre la

problématique de la séparation n'est pas perçue. Toutefois, cette problématique est traitée par l'évocation des conflits intra-personnels.

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

A la planche 11, la problématique archaïque est perçue par Saïda, ce qui signifie la qualité des relations prégénitale, mais le récit reste pas développé suite à l'utilisation des procédés de contrôle. Par contre, à la planche 19, la problématique prégénitale est perçue par la perception du mauvais objet qui est l'accident et la mort. Dans la dernière planche, un support significatif riche, Saïda a élaborée l'histoire sur elle même, ainsi que sa famille, qui est un facteur protecteur.

## **◆La mentalisation à travers le TAT**

### **1- Les mécanismes de défense**

La constellation défensive se caractérise au TAT, par la prédominance des procédés d'élaboration du discours de la série de contrôle A qui sont à 53% , il s'agit de description avec attachement aux détails et le remâchage, l'accrochage aux détails se transforme en accrochage à tous les éléments du contenu manifeste du matériel.

On souligne aussi les procédés d'évitement de conflit de la série C qui sont à 22%, où les procédés de type maniaques (CM) ne sont pas présents. Et dans la série E les procédés sont très rarement qui sont à 7 % .

Au sein de protocole, on a souligné la présence de récits dont le style et la solidité des déclarations sont variables.

### **2- La capacité à élaborer les conflits psychique**

L'importance de l'activité conflictuelle est régulière au sein de ce protocole. On trouve des récits dans lesquels l'expression du conflit est présente, voir soutenue, et d'autres dans lesquels cette expression est presque totalement évacuée, il est tout aussi fréquent de rencontrer des récits dans lesquels le conflit s'exprime dans un premier mouvement, puis s'appuie pour attester de la frigidité des mécanismes mentaux qui lui sont sous-jacents. Tels que les planches 3BM, 16. Ainsi, la construction des récits s'est engagée à l'aide d'un étayage sur les procédés de la série de contrôle (A) où labile (B), pour céder la place à l'inhibition à chaque fois que l'élaboration d'un compromis s'avère difficile.

**3- Résonance fantasmatique et la capacité à associer**

Les récits du protocole oscillent entre la richesse et la pauvreté, avec la prédominance de la richesse. Cependant, on a pu observer dans le même protocole de Saïda, des récits qui attestent des capacités associatives de niveaux très différentes, aussi ce n'est pas rare, non plus d'assister à une rupture soudaine de l'enchaînement associatif au sein du même récit.

**4- Nature de l'angoisse : angoisse signal d'alarme et angoisse automatique**

Dans ce protocole, les deux types d'angoisse se sont côtoyés dans ce même protocole. Il ya des récits qui font preuve d'une activité associative appréciable et où l'affrontement entre le désir et la défense tisse le récit à travers les compromis qui en résultent, c'est bien l'angoisse signal d'alarme qui aura tendance à se manifester. Dans les récits frappés par l'inhibition, sans résonance fantasmatique, c'est l'angoisse automatique, synonyme de paralysie du travail d'élaboration mentale, qui peut donner le plus souvent, telles que les planches 11,13 MF .

**Résumé du test du TAT**

D'après l'analyse du protocole du TAT on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série d'évitement du conflit (C) en deuxième position, à la troisième position on souligne les procédés de la série labile (B), suivie à la fin par les procédés de la série (E) qui se trouvent en dernière position. On souligne que la plupart des problématiques sont perçue mais ne sont pas traitées dont la lisibilité globale est  $\pm$ . On souligne aussi que Saïda développe parfois son récit et parfois il tend à la restriction générale d'autres fois. Aussi on remarque la variété des mécanismes de défense utilisés ainsi que la capacité ou l'incapacité d'élaboration des conflits. Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Saïda est la mentalisation incertaine.

Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole de cas Saïda 47ans

A	B	P	N	M	C	F	E
A1(3)=1	B1(2)= 3	C/P1=1	CN5=2	/	C/C=1	CF=6	E4=2
A2(1)=13	B2(1)=2	C/P3=1	CN6=4				E6=1
A2(3)=5	B2(3)=1	C/P4=2	CN7=1				E9= 3
A2(4)=2	B2(4)=1						
A2(5)=1	B2(7)=4						
A2(6)=1	B2(8)=2						
A2(8)=9	B2(10)=1						
A2(10)=1	B2(12)=1						
A2(17)=5							
$\Sigma A$ 44	$\Sigma B$ 15	$\Sigma P$ 4	$\Sigma N$ 7		$\Sigma C$ 1	$\Sigma F$ 6	$\Sigma E$ 6
A% 53%	B% 18%						E% 7%
		$\Sigma C$ 18 C% 22%					
$\Sigma 83\%$		100%					

### Conclusion générale de cas Saïda

Saïda a été victime de l'hypertension et l'insuffisance rénale chronique. En 2017, elle a commencé sa première séance de dialyse, depuis, son état s'est stabilisé.

En parallèle, on souligne que l'apport de l'environnement est favorable, dont elle noue de bonnes relations avec les membres de sa famille, notamment son mari, ses enfants, et sa mère avant sa perte. Ainsi qu'à l'équipe soignante.

A propos de l'observance thérapeutique, nous avons constaté que Saïda ne respecte pas toutes les recommandations de son médecin traitant ; elle ne suit pas le régime prescrit par ce dernier, et ne s'astreint pas à la prise de médicament. Par contre, elle se présente aux rendez-vous, ainsi qu'aux consultations recommandées par son médecin. A cet effet même le médecin affirme que Saïda ne s'accommode pas à toutes les instructions demandées. Sa fille lui rappelle la prise de ses médicaments. Sa représentation liée aux médicaments est ambivalente.

D'après l'analyse du protocole du TAT on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série d'évitement du conflit (C) en deuxième position, à la troisième position on souligne les procédés de la série labile (B), suivie à la fin par les procédés de la série (E) qui se trouvent en dernière position. On souligne que la plupart des problématiques sont perçue mais ne sont pas traitées dont la lisibilité globale est  $\pm$ . On souligne aussi que Saïda développe parfois son récit et parfois il tend à la restriction générale d'autres fois. Aussi on remarque la variété des mécanismes de défense utilisés ainsi que la capacité ou l'incapacité d'élaboration des conflits.

Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Saïda est la mentalisation incertaine.

Hamid est un homme brun, avec des yeux noirs, de grande taille. C'est un homme ordinaire.

Agé de 49 ans, résident à kherrata, il est le troisième d'une fratrie de six enfants. Marié à une femme au foyer, il a deux filles et un garçon. Titulaire d'un niveau CEM, il a arrêté ses études pour travailler car il est issu d'un milieu pauvre. Il exerce la profession d'un agent de sécurité.

Lors de l'entretien, notre patient a beaucoup parlé de sa vie, ce qui atteste une certaine richesse fantasmatique.

## **1- La santé physique**

### **• La santé précédente et actuelle**

Durant l'entretien, le patient nous a affirmé qu'il est atteint de l'insuffisance rénale depuis 10 ans, en (2013). Sa réaction face à cette maladie a constitué un choc pour lui. Au début, il ne l'avait pas accepté il a même consulté plusieurs néphrologues, puisque c'était difficile pour lui de l'admettre.

Hamid ne présente pas de complications par rapport à sa maladie, il nous a confirmé « je fais attention à ma santé », il ne voit ni amélioration ni dégradation de son état.

Durant son enfance, Hamid a vécu dans la misère, au sujet de laquelle il déclare « j'ai pris beaucoup d'antibiotiques, j'étais trop fragile, sans oublier la fièvre qui ne me quittait jamais ».

Hamid est le seul de sa famille à être atteint de cette maladie, il ne l'a découverte que lors de son hospitalisation en urgence. Il annonce « c'est le rein qui a provoqué chez moi la tension ». Aussi d'autres facteurs familiaux, économiques, et sociaux (les problèmes avec sa famille, la pauvreté ... etc) sont le terreau qui a favorisé l'émergence de cette maladie.

### **• La relation entre les événements traumatiques et/ou quelques maladies**

D'après l'entretien, le patient, n'a pas vraiment parlé des événements traumatiques, malgré la mort inattendue de sa mère, dont il a dit « ma mère n'a jamais joué le rôle d'une maman pour moi » alors qu'il avait besoin d'elle.

## **2- La mentalisation à partir de l'entretien**

**•La qualité de la relation lors de l'entretien**

Durant les séances de l'entretien le patient a participé et coopéré, le contact était marqué par un climat de confiance. Il nous a affirmé que « maintenant j'ai accepté ma maladie, et je la vois comme un test pour moi », le patient se sent stable lors de l'entretien, il s'est montré à l'aise, il nous a permis de récolter des informations importantes afin de répondre à nos questions de recherche

Durant l'entretien, on n'a pas rencontré de difficultés, il a montré sa sincérité en répondant aux questions posées.

**• La vie relationnelle et la nature d'investissements objectaux**

Hamid parle beaucoup de sa relation avec ses enfants dont il dit « Je ne donne pas le temps à mes enfants », « je m'énerve rapidement », sa vie est devenue insupportable depuis son insuffisance rénale. Malheureusement, il est toujours en désaccord avec ses enfants. En ce qui concerne sa relation avec l'équipe soignante (médecins, infirmiers ...) il la juge plus ou moins satisfaisante, mais il a souligné qu'il a une bonne relation avec sa femme, malgré ses problèmes sexuels dans leur vie intime. Hamid a un seul projet d'avenir, c'est la joie et la réussite de ses enfants qui ne doivent pas vivre comme lui dans la misère.

Concernant les loisirs, il déclare « je suis souvent occupé, tout a changé dans ma vie ». Il nous a révélé que dans la vie de tous les jours, il ya pleines de choses qui l'intéressent : la télévision, les jeux (domino), il travaille aussi la terre ...

**•La qualité de la vie fantasmatique et la vie onirique**

Concernant la vie onirique de notre patient, elle n'est pas riche. Il nous a avoué qu'il ne rêve pas, ce qui explique l'absence de rêves chez lui, et on peut penser qu'il ne souvient pas de ses rêves par manque d'intérêt ou d'effort, ce qui veut dire l'isolement de l'inconscient selon Marty.

**•La qualité de l'apport de l'environnement**

Hamid, ne mène pas une vie normale, ne connaît pas une bonne relation avec sa famille, car il a vécu des mauvais moments au cours de sa vie imprégnés de beaucoup de violence dès l'enfance. Il déclare « je souffre beaucoup de mon environnement familial qui m'empêche de ne pas accorder le temps qu'il faut à mes enfants », Hamid nous a déclaré qu'il vit des

conflits avec ses frères. Il déclare que « ma relation avec mes frères est anormale », il rajoute « mes frères et moi nous sommes des ennemis » donc on peut dire qu'il n'a pas de bonne relation avec sa famille.

Alors, on déduit que le soutien familial est défaillant, il évolue dans un environnement déséquilibré et défavorable, par contre, la seule personne qui constitue un appui pour lui est sa femme mais malgré cela Hamid n'est pas satisfait de sa vie.

#### •Les caractéristiques de fonctionnement mental

Hamid a constaté des changements de caractère après son atteinte. Le patient nous a avoué que « physiquement ça va, je me sens stable, mais psychiquement pas vraiment ». Hamid nous a affirmé que rien n'est plus comme avant « quand j'étais jeune, j'avais pas mal de choses en tête, malgré mon passé douloureux, mais actuellement mon seul souci c'est ma santé, et mes enfants ».

### 3- La qualité de l'observance thérapeutique

Hamid nous a déclaré qu'il n'arrive pas à être à jour eu ce qui concerne ses médicaments il dit « pour moi les médicaments c'est comme une routine ». D'ailleurs, il oublie souvent, le patient ne respecte pas les horaires, les doses, les modalités de prise de ses médicaments, il déclare, « J'oublie trop, c'est pour cela que je ne prends pas mes médicaments à l'heure ». Concernant le régime alimentaire, il déclare « sincèrement je ne le suis pas, j'ai du mal pour cela ». Il ignore les consultations médicales sauf si c'est urgent, mais il dit « je fais attention à moi-même », et à propos de la dialyse, il nous a révélé que même s'il rate une séance de dialyse, il se sent bien.

Donc on peut constater que Hamid est dans l'observance thérapeutique.

### Résumé de l'entretien

Hamid est une personne sociable, pas réservé il recherche toujours à être accompagné. D'après les données de l'entretien, Hamid est atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis 10 ans, ce qu'il voit comme un obstacle qui l'empêche d'atteindre ses objectifs. Par ailleurs, on constate que l'apport de son environnement est défaillant et déséquilibré, dont il vit des conflits avec ses frères, il ne noue pas de bonnes relations avec sa famille. Alors en ce qui concerne le soutien familial, Hamid ne comptait que sur sa femme qui s'occupe de lui et qui

s'occupe de l'éducation de ses enfants. Malgré ce soutien l'apport de l'environnement de Hamid reste fragile et défavorable.

En plus, Hamid a répondu à toutes les questions d'une façon un peu détaillée, ce qui explique que notre patient s'occupe des détails. Par fois Hamid utilise les mécanismes de recours au comportement dans les situations conflictuelles, Casser, Frapper, Crier,...etc

Concernant l'évaluation de l'observance thérapeutique, on a remarqué lors de l'entretien, que Hamid a une mauvaise observance thérapeutique dont il ne suit pas les recommandations de son médecin traitant, celui-ci se heurte à une situation ambivalente ; il n'est pas régulier dans sa prise de médicament, il lui arrive de ne pas en prendre. Quant au régime il trouve des difficultés à le suivre.

### ◆L'analyse du protocole de TAT cas Hamid 49 ans

#### Analyse planche par planche

##### Planche1

8" Aqchich, l'enfance, lbaraà, bonne image, zaregh amaken itkhemim f lwaldinis, une bonne image, zay chwiya, lmou3anat,... achu ilan zathes, ula3limegh, un sac à dos, non j'ai pas compris, c'est tous. 2'30"

**Procédés :** après un temps de latence initiale court, le récit se développe une description avec attachement aux détails A2(1), procédé d'intellectualisation A2(13), rumination, remâchage A2(8), procédé d'une précaution verbales A2(3), rumination, remâchage A2(8), procédé de dénégation A2(11).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de la situation d'immaturité fonctionnelle devant l'objet était perçu, mais n'était pas traité, Hamid n'a pas développé son histoire à cause de l'utilisation des procédés de contrôle.

##### Planche 2

45" ...C'est difficile, tamtoth, argaz inher ajd3oun ikhdem tibhirth, dayen ayzeregh, ... la nature, idourar, ce lui la je crois que c'est un statut, ou bien une femme enceinte, la fille tbokini, tbaniyed mouthaqafa, dayen idoufigh. 2'15"

**Procédés :** après un temps de latence initiale plus long, le récit se développe avec un silence importants intra –récit C/P(1), suit d'un anonymat des personnage C/P(3), un procédé de description avec attachement aux détails A2(1), une précaution verbales A2(3), suit une annulation A2(9), rumination A2(8), procédé d'une précaution verbales A2(3), suit d'une intégration des références sociales et du sens commun A1(3).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de la triangulation œdipienne est perçue, Hamid a perçu les trois personnages figurant dans la planche, mais il ne l'a pas traité, on a remarqués dès le début la présentation des personnages séparément chose qui a entravé l'élaboration de la

relation entre eux dans le registre de la triangulation œdipienne, par le recours aux procédés du contrôle par l'anonymat des personnages.

#### Planche 3BM

6" Zeregh le désespoir, la tristesse, le mal à l'aise, c'est une image qui exprime la tragédie, c'est une femme nigh... , je ne sais pas, la fatigue, nigh izmer lhal thetes, theqim gh lqa3, à la maison , un lieu public, je ne sais pas. 2'15"

**Procédés :** après un temps de latence initiale court, le récit commence par une intellectualisation A2(13), suit d'une description avec attachement aux détails A2(1), un procédé d'annulation A2(9), remachage, rénumération A2(8), procédé d'insistance sur le repérage des limites et des contours C/N(6).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique dépressive est perçue au début comme étant la tristesse, le mal à l'aise et le désespoir, Hamid à une hésitation sur le personnage de la planche.

#### Planche 4

10" Un homme et une femme, je pense argazen itnigligiw tamtoutha, netath touhawil tawadoud, amaken argazen sa conscience est ailleurs, comme je vois la femme est modeste, belle lhanin en quelque sort, la relation machi vraiment dirait il ne déteste pas la femme mais ila ayen athiqelqen, daya. 3'2"

**Procédés :** après un temps de latence court, le récit est entré direct dans l'expression B2 (1), avec une précaution verbales A2 (3), suit d'un aller et retour entre des désirs contradictoires B2 (7), procédé de description avec attachement aux détails A2 (1), suit d'un affect C/N (3), accent porté sur les conflits intra-personnels A2 (17), terminé par une dénégation A2 (11) , motifs de conflits non précisés C/P(4).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique conflictuelle du couple est perçue, mais pas traitée, puisque Hamid à perçu la femme qui essaye de le séduire, et la conscience de l'homme qui est ailleurs.

#### Planche 5

30" ...Takousint, nigh d la chambre, je ne sais pas, la femme teldi taburth de la chambre, je vois une table tetchur d les livres, itbaniyed amaken lEachu tebgha itawi,...non waqila l3achu tesla un bruit, c'est une femme au foyer amaken elle a jeté un cou d'deuil. 4'1"

**Procédés :** après un temps de latence long le récit entré directe dans l'expression B2 (1), suit d'un remâchage A2(8), accent porté sur une thématique du style B2 (12), précautions verbales A2 (3), rumination A2 (8), suit d'annulation A2 (9), terminé par une description avec attachement aux détails A2 (1) .

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de l'image maternelle est perçue après l'hésitation entre la maman qui voulait prendre quelque chose ou qui a entendu un bruit, Hamid a pu se situer par rapport à l'instance surmoïque.

#### Planche 6 BM

4"Tamgharth wahi un jeune, tela une relation familial garassen,je pense il ont des différentes mentalités, tamtothen est très sage, des générations différentes, les aidés mekhalafen mais comme même ila respect garassen malgré les différentes d'âges. 3'12"

**Procédés :** après le temps de latence court le récit commence par une description avec attachement aux détails A2 (1), accent porté sur les relations interpersonnelles B2 (3), rumination A2(8), procédé de représentations contrastées B2(6), remâchage A2(8).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la relation mère fils est perçue et traité par Hamid, aussi il n'a pas développé le récit suite à l'utilisation des procédés de contrôle.

#### Planche 7BM

15"Ah l'une image amaken le fils et son père, climat familial, ferhen,zareghte c'est une bonne image c'est tous. 3'1"

**Procédés :** après un temps de latence moyen le récit développe une exclamation B2 (8), accent porté sur les relations interpersonnelles B2 (3), suit d'un affect C/N (3), relations spéculaires C/N(7), fini par une précaution verbales A2(3).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique du lien de type père fils est perçue, mais pas traité dans sa dimension des deux pôles tendresse –agressivité. La problématique traitée par Hamid pour un seul pole puisque les deux sont bien, une bonne relation.

### Planche 8BM

13" Oh ! je ne sais pas une image de guerre, zaregh slah, yiwen iblissi argaza debout je ne sais pas mala itswanyiwith nigh , l'imahe d'un soldat , zaregh amaken tela la violence, win ila derrière dafremli nigh idad dithes , c'est tous, j'ai pas compris, mais le médecin n'est pas bien. 2'1"

**Procédés :** après un temps de latence moyen, le récit commence par une exclamation B2(8), suit d'une évocation d'élément anxiogènes C/P (6), procédé de perception du mauvais objet E(14), une description avec attachement aux détails A2 (1), une dénévation A2 (11), l'intellectualisation A2(13), suit par une précaution verbale A2 (3), rumination A2 (8), procédé d'annulation A2(9), accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de l'agressivité de cette planche a été perçue par la thématique de la guerre, mais pas élaboré par Hamid du fait qu'il n'a pas fait la liaison entre les deux plans de l'image.

### Planche 10

8" Je ne sais pas mala dargaz nigh tamtoth, l'homme entrain d'embrasser la femme ou bien l'homme je ne sais pas, l'essentiel twaligh l'image l3ali, la tendresse, l'affection c'est tous. 2'32"

**Procédés :** après un temps de latence court, le récit commence par une instabilité dans l'identification B2(11), suit d'une description avec attachement aux détails A2(1), accent porté sur les conflits intra personnels A2(17), terminé par un affect C/N(3).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de la relation de la tendresse dans le couple a été perçue par le patient, sous l'angle de la relation Homme/Femme de différents sexes.

**Planche11**

7" Ah ! l3eqliw ighab, une carte de la géographie ou bien ,sa ma étonné amaken d ljozor ,lebher, la terre, une image de satellite je crois, le bateau, c'est une anarchie, machi d lhaja l3ali ayzeregh, coulech iditruit .3'40"

**Procédés :** après un temps de latence court le récit débuté par une exclamation B2(8), description avec attachement aux détails A2(1), suit d'un aller et retour entre les expressions pulsionnelles A2(7), une précaution verbale A2(3), procédé de rumination A2(8), l'intellectualisation A2(13), suit d'un affect C/N(3), terminé par un accent porté sur les conflits intra-personnelles A2(17).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** Hamid a perçu la problématique archaïque de cette planche, mais il n'a pas pu évoquer dans son récit des éléments plus structurés pour remonter vers un niveau moins archaïque.

**Planche 12BG**

5" Un paysage naturelle, lhaja l3ali, tafloukth je ne sais pas mayla lebher negh khati ila le calme, ulach la pollution, c'est tous.2'30"

**Procédés :** après un temps de latence court, le récit développe par une description d'attachement aux détails A2(1), suit d'une dénégation A2(11), terminé par une rumination A2(8).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de la séparation à laquelle renvoie cette planche n'est pas perçue, car Hamid s'est attaché au contenu manifeste de la planche.

**Planche 13B**

5"Ah ! une bonne image, aqchich iqim, la pauvreté bghigh amdinigh l'innocence, c'est un plaisir malgré amkanen meqar felas ,mais c'est lui qui est beau zdefires amdinigh l'obscurité, un enfant qui vois le futur, machaa allah ! la meilleure photo ayi3jben , itbaniyed lant lmou3anat mais is3a l'espoir. C'est tous. 4'2"

**Procédés :** après un temps de latence court, le récit débuté par une exclamation B2(8), description avec attachement aux détails A2(1),s suit d'intellectualisation A2(13), aller retour entre les désirs contradictoires B2(7), procédé de précautions verbales A2(3), accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17), rumination A2(8), référence personnelles ou autobiographique C/N(2), rumination A2(8), fini par aller retour entre les conflits contradictoires B2(7).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique dépressive est perçue par l'enfant qui est pauvre, et qui souffre, Hamid a traité cette problématique par l'évocation de différences personnelles, autobiographique.

**Planche 13MF**

11" Deux personnage la femme fumtrah et l'homme itbaniyed ibgha ifegh parce que ilsa lqechis ,bghigh amanigh amake tamtouthen ta3ya, une image qui exprime la maladie, l'homme is3a une vigialité, mais tamtothen maken ta3ya mlih. 4'2"

**Procédés :** après un temps de latence moyen le récit commence par une précision chiffrée A2(5), procédé de description avec attachement aux détails A2(1), précautions verbales A2(3), accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17). Suit d'un affect C/N(3), aller retour entre les conflits contradictoires B2(7).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de la sexualité et de l'agressivité dans le couple a l'laquelle renvoie la planche a été perçue dans son seul pole agressifs, la femme est fatigué malade, toutefois le récit n'a pas été développé à cause l'utilisation des procédés de contrôle.

**Planche19**

10" Ah !je ne sais pas dachuth , itbaniyed amaken d lebher , zay chwiya, bghigh amdinigh des lettres H,M, lemwagi, amaken d lhamam (pigeon), des bateau n bekri tedoun zdakhel waman, je ne sais pas ,tesa3yayi , nigh d hed iressem , je ne sais pas , c'est tous. 3'30"

**Procédés :**après un temps de latence moyen, le récit développe une exclamation B2(8), suit par une précaution verbale A2(3), procédé de rumination A2(8), expression verbalisé d'affect fort ou exagéré B2(4),fini par une dénégation A2(11).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique prégénitale est perçue mais n'est pas traité toutefois le récit n'a pas été développé à cause d'utilisation des procédés de contrôle.

**Planche16**

8" Ah d'accord, l'enfance, nigh l3ebd ameqran, le passé une image dans les années70, abrnos, ta3kzt, nigh l'enfance s lebssa n bekri nigh les deux ensemble, je ne sais pas c'est tous.2'1"

Temps totale : 41'49"

**Procédés :** après un temps de latence court, le récit commence par une exclamation B2(8), suit d'une intellectualisation A2(13), procédé d'éloignement tompro-spatial A2(4), une description avec attachement aux détails A2(1), fini par une annulation A2(9).

**Lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** concernant la manière dont Hamid structure ses objets privilégiés on trouve une seule problématique qui l'envahit et préoccupe, c'est l'enfance la vieillesse.

**• Impression générale du protocole**

Le patient a traité toutes les planches du TAT, on note que le récit de quelques planches était riches par contre d'autres récits pauvres dans le contenu, à cause du recours de patient aux procédés de la série de contrôle qui est la plus dominante. A la dernière planche 16, Hamid a élaboré un petit récit sur l'enfance et la vieillesse.

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

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes à savoir la prégnance de procédés de contrôle de la série (A) avec A% 68% en première position dont les procédés les plus dominants sont le remâchage et les descriptions avec attachement aux détails. En deuxième position on trouve les procédés de série labile (B) avec B% 21%, les procédés les plus prégnants, il s'agit d'exclamations, ainsi aller/retour entre des désirs contradictoires. Par contre les procédés de la série d'évitement de conflit (C) avec C% 10% dont les procédés narcissique affect-titre étaient les plus prégnants. A la dernière position on trouve la série de l'émergence en processus primaire E avec E% 1,14 %.

**• La lisibilité : Type deuxlisibilités±****• Les problématiques globales****a- La problématique œdipienne**

Au niveau de la planche 1, la problématique de la situation d'immaturité fonctionnelle devant l'objet était perçue, mais n'était pas traitée, Hamid n'a pas développé son histoire à cause de l'utilisation des procédés de contrôle. Pour la planche 2, la problématique de la triangulation œdipienne est perçue, Hamid a perçu les trois personnages figurant dans la planche, mais il ne l'a pas traitée, on a remarqué dès le début la présentation des personnages séparément chose qui a entravé l'élaboration de la relation entre eux dans le registre de la triangulation œdipienne, par le recours aux procédés du contrôle par l'anonymat des personnages. A la planche 4, la problématique conflictuelle du couple est perçue, mais pas traitée, puisque Hamid a perçu la femme qui essaye de le séduire, et la conscience de l'homme qui est ailleurs. A la planche 5, la problématique de l'image maternelle est perçue après l'hésitation entre la maman qui voulait prendre quelque chose ou qui a entendu un bruit, Hamid a pu se situer par rapport à l'instance surmoïque. A la planche 6BM, la relation mère fils est perçue et traitée par Hamid, aussi il n'a pas développé le récit suite à l'utilisation des

procédés de contrôle. A la planche 7BM, le lien de type père fils est perçu, mais pas traité dans sa dimension des deux pôles tendresse –agressivité. La problématique traitée par Hamid pour un seul pôle puisque les deux sont bien, une bonne relation. A la planche 8BM, la problématique de l'agressivité de cette planche a été perçue par la thématique de la guerre, mais pas élaborée par Hamid du fait qu'il n'a pas fait la liaison entre les deux plans de l'image. A la planche 10, la relation de la tendresse dans le couple a été perçue par le patient, sous l'angle de la relation Homme/Femme de différents sexes. A la planche 13MF, la sexualité et de l'agressivité dans le couple à laquelle renvoie la planche a été perçue dans son seul pôle agressifs, la femme est fatiguée malade, toutefois le récit n'a pas été développé à cause l'utilisation des procédés de contrôle.

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

Dans la planche 3BM, la problématique dépressive est perçue au début comme étant la tristesse, le mal à l'aise et le désespoir, Hamid à une hésitation sur le personnage de la planche. Par contre à la planche 12BG, la séparation à laquelle renvoie cette planche n'est pas perçue, car Hamid s'est attaché au contenu manifeste de la planche. A la planche 13B, la problématique dépressive est perçue par l'enfant qui est pauvre, et qui souffre, Hamid a traité cette problématique par l'évocation de différences personnelles, autobiographique.

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

Dans la planche 11, Hamid a perçue la problématique archaïque de cette planche, mais il n'a pas pu évoquer dans son récit des éléments plus structurés pour remonter vers un niveau moins archaïque. A la planche 19 la problématique prégénitale est perçue mais n'est pas traitée toutefois le récit n'a pas été développé à cause d'utilisation des procédés de contrôle. Dans la dernière planche 16, concernant la manière dont Hamid structure ses objets privilégiés on trouve une seule problématique qui l'envahit et préoccupe, c'est l'enfance la vieillesse.

### **◆ La mentalisation à travers le TAT**

#### **1- Les mécanismes de défense**

Au sein du protocole, la constellation défensive se caractérise par la prédominance des procédés d'élaboration du discours du registre de contrôle qui sont à 68%, il s'agit de surtout de description avec attachement aux détails et de remâchage, qui se transforme par

l'accrochage à tous les éléments du contenu manifeste. Par contre les procédés de la série d'émergence en processus primaire sont rares 1% .

On souligne aussi les procédés de la série labile (B) qui sont utilisés avec un pourcentage de 21%, ainsi les procédés d'évitement du conflit C avec 18%. Il faut noter que dans le cas de Hamid, la restriction des récits et la pauvreté de la production et des associations, atteste le manque qui se donne à d'être attaché au contenu manifeste des planches.

## **2- La capacité à élaborer les conflits psychiques**

L'importance de l'activité conflictuelle est régulière au sein de ce protocole. On trouve des récits dans laquelle l'expression du conflit est présente, voir soutenue, dont on a rencontré des récits dans laquelle le conflit s'exprime dans un premier mouvement, puis s'épuise pour attester de la fragilité des mécanismes mentaux qui lui sont sous-jacents, telle que les planches 3BM, 11, par contre d'autres dans lesquels cette expression est presque totalement évacuée telles que les planches 1, 6BM. Ainsi, la construction des récits s'est engagée à l'aide d'un étayage sur les procédés de la série de contrôle (A) où labile (B), pour céder la place à l'inhibition à chaque fois que l'élaboration d'un compromis s'avère difficile. L'émergence en processus primaires est rarement suivie d'une surcharge en procédés de contrôle ou labiles.

## **3- Résonance fantasmatique et la capacité à associer**

Les récits du protocole oscillent entre la richesse et la pauvreté. Cependant, on a pu observer, dans le même protocole de Hamid, des récits qui attestent des capacités associatives de niveaux très différentes, aussi ce n'était pas rare, non plus d'assister à une rupture soudaine de l'enchaînement associatif au sein de même récit.

## **4- Nature de l'angoisse: angoisse signal d'alarme et angoisse automatique**

En réalité dans le protocole de Hamid, les deux types d'angoisse se sont côtoyés dans ce même protocole. Il ya des récits qui font preuve d'une activité associative appréciable et où l'affrontement entre le désir et la défense tisse le récit à travers les compromis qui en résultent, c'est bien l'angoisse signal d'alarme qui aura tendance à se manifester tels que à la planche 13B qui été traitée. Dans les récits frappés par l'inhibition, sans résonance fantasmatique, c'est l'angoisse traumatique, synonyme de paralysie du travail d'élaboration mentale, qui est donnée à voir le plus souvent, telles que les planches 11,19.

## **Résumé du test du TAT**

D'après l'analyse du protocole du TAT, on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série labile (B) et la série d'évitement du conflit (C) en troisième position, suivie à la fin par les procédés de la série (E) qui se trouvent en dernière position. On souligne que la plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traitées, dont la lisibilité globale est  $\pm$ . On souligne aussi que Hamid développe parfois son récit et parfois il tend à la restriction générale d'autres fois. Aussi, on remarque la variété des mécanismes de défense utilisés, ainsi que la capacité ou l'incapacité d'élaboration des conflits.

Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Hamid est la mentalisation incertaine.

Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole de cas Hamid 49ans

A	B	C					E	
		P	N	C	M			
A1(3) <sup>=</sup> 1	B2(1)=2						E14 =1	
A2(1) <sup>=</sup> 12	B2(3)=2	C/P 6 =1	CN3=5	/	/			
A2(3) <sup>=</sup> 10	B2(4)=1	C/P 3=1	CN6=1					
A2(4) <sup>=</sup> 1	B2(6)=1	C/P 4=1	CN7=1					
A2(5) <sup>=</sup> 1	B2(7)=4							
A2(8) <sup>=</sup> 14	B2(8)=6							
A2(9) <sup>=</sup> 5	B2(11)=1							
A2(11) <sup>=</sup> 4	B2(12)=1							
A2(13)=5								
A2(17)=6								
A2(13) <sup>=</sup> 1								
A2(17) <sup>=</sup> 2								
$\Sigma A$ 59	$\Sigma B$ 18	$\Sigma C$ 11%						$\Sigma E$ 1
$\Sigma A\%$ 67%	$\Sigma B\%$ 20%	$\Sigma C\%$ 12%						$\Sigma E\%$ 1%
$\Sigma$ 87% 100%								

**Conclusion générale du cas Hamid**

Hamid est une personne sociable, pas réservé il recherche toujours à être accompagné. D'après les données de l'entretien, Hamid est atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis 10 ans, ce qu'il voit comme un obstacle qui l'empêche d'atteindre ses objectifs. Par ailleurs, on constate que l'apport de son environnement est défaillant et déséquilibré, dont il vit des conflits avec ses frères, il ne noue pas de bonnes relations avec sa famille. Alors en ce qui concerne le soutien familial, Hamid ne comptait que sur sa femme qui s'occupe de lui et qui s'occupe de l'éducation de ses enfants. Malgré ce soutien l'apport de l'environnement de Hamid reste fragile et défavorable.

En plus, Hamid a répondu à toutes les questions d'une façon un peu détaillée, ce qui explique que notre patient s'occupe des détails. Parfois Hamid utilise les mécanismes de recours au comportement dans les situations conflictuelles, Casser, Frapper, Crier,...etc.

Concernant l'évaluation de l'observance thérapeutique, on a remarqué lors de l'entretien, que Hamid a une mauvaise observance thérapeutique dont il ne suit pas les recommandations de son médecin traitant, celui-ci se heurte à une situation ambivalente ; il n'est pas régulier dans sa prise de médicament, il lui arrive de ne pas en prendre. Quant au régime il trouve des difficultés à le suivre.

D'après l'analyse du protocole du TAT, on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série labile (B) et la série d'évitement du conflit (C) en troisième position, suivie à la fin par les procédés de la série (E) qui se trouvent en dernière position. On souligne que la plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traitées, dont la lisibilité globale est  $\pm$ . On souligne aussi que Hamid développe parfois son récit et parfois il tend à la restriction générale d'autres fois. Aussi, on remarque la variété des mécanismes de défense utilisés, ainsi que la capacité ou l'incapacité d'élaboration des conflits. Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Hamid est la mentalisation incertaine.

## Les données de l'entretien clinique

Djamila est une belle femme, elle est blonde, yeux verts, et petite de taille.

Agée de 32 ans, célibataire, elle est l'aînée d'une fratrie de trois garçons, résidente à Darguina, avec un niveau d'instruction du CEM. Elle est secrétaire au primaire, et elle est issue d'une famille socio-économique moyenne.

L'entretien effectué avec Djamila nous a permis de récolter des informations importantes afin de répondre à nos questions de recherche.

### 1- La santé physique

#### • La santé précédente et actuelle

Durant l'entretien Djamila, nous affirme qu'elle est atteinte de l'insuffisance rénale depuis 1 an et demi, en (2020) ; elle a été hospitalisée à plusieurs reprises. Et, avant cela, elle avait subi une intervention chirurgicale aux yeux, qui a eu lieu en 2018.

Elle est la seule de la famille atteinte de cette maladie. D'après ses propos, on a déduit que sa réaction face à cette maladie s'est avéré être un cauchemar pour elle. Djamila ne voulait voir personne, il lui a semblé impossible de venir se faire dialyser tous les trois jours. Pour elle tout s'est arrêté. C'est lorsqu'elle a commencé la dialyse et grâce aux échanges avec sa mère qu'elle a commencé à s'y habituer.

La découverte de sa maladie est liée à certains signes : des vertiges, et des vomissements. Le diabète, révélé depuis 1 an, a engendré une insuffisance rénale chronique, d'après les analyses sanguines. Notre patiente affirme « je prends tous mes médicaments à l'heure mais je ne suis pas mon régime alimentaire, la seule chose qui me dérange c'est d'être dialysée ». Pour elle, les trois séances hebdomadaires, la dégoutent et la rendent colérique.

Djamila, déclare qu'elle a développé des complications durant cette maladie. Tout à changé : ce n'est plus la même personne qu'auparavant, ses capacités physiques ont diminué. Elle souffre du diabète type 1, ajoutés à cela l'hyper tension, le goitre, et une sensation de fatigue intense. Elle est complètement désespérée.

#### • La relation entre les événements traumatisants et /ou quelque maladie

Durant l'entretien, Djamila nous a avoué avoir perdu son oncle qui était comme un père. Depuis 2 ans, en (2020), elle a subi un choc à cause de l'annonce de ce décès. Elle déclare que « sa mort a été comme un cauchemar pour moi, et je ne voulais pas accepter cette réalité ». Traumatisée psychiquement lors de cette perte, elle a ajouté « jusqu'au aujourd'hui je me dis que c'est un rêve », elle n'a pas accepté sa mort et n'a pas fait son deuil, puisqu'elle était trop attachée à lui.

## **2- La mentalisation à partir de l'entretien**

### **• La qualité de la relation lors de l'entretien**

Pendant l'entretien, Djamila nous a paru décontractée, relaxée. Elle a pris du plaisir à parler avec nous, à répondre à nos questions. Mais malgré sa stabilité, les réponses de Djamila sont très limitées, données d'une façon très succincte.

### **•La vie relationnelle et la nature d'investissements objectaux**

En ce qui concerne sa vie relationnelle, Djamila n'a pas vraiment approfondi ses réponses. Elle nous a affirmé qu'elle était heureuse dans son milieu familial, et qu'elle noue de bonnes relations avec sa mère, qui a été traumatisée et choquée lors de la découverte de cette maladie. Elle n'a pas cessé de parler d'elle. Concernant ses relations dans la clinique avec les autres malades, avec lesquels, ils partagent la même maladie, mais aussi de celle avec l'équipe soignante, elle dit : « ils sont compréhensifs de notre maladie ils prennent soin de nous plus qu'il ne faut ». Ce qui signifie que Djamila trouve le soutien nécessaire de la part de tous les membres de sa famille, et de l'entourage hospitalier.

Il s'avère qu'elle avait fait plusieurs projets, mais maintenant, elle ne peut même pas se déplacer comme avant car elle est obligée d'être dialysée, Par ailleurs, la patiente nous déclare qu'elle aime toujours être accompagnée car lorsque elle est entourée de ses amies et sa famille, surtout sa mère, cela lui évite de penser à sa maladie et à ses souffrances.

Djamila affirme que cette situation constitue un obstacle pour elle, car avant celle-ci, elle faisait tout ce qu'elle voulait. Pour elle cette maladie est une très grande menace pour sa vie. Elle rencontre des difficultés, vu qu'elle refusait sa maladie. Donc, Djamila déclare qu'elle n'a de problème avec personne.

### **• La qualité de la vie fantasmatique et la vie onirique**

La nature de la vie onirique de Djamila est riche, elle souligne qu'elle rêve beaucoup surtout depuis l'apparition de cette maladie, donc on peut dire que Djamila rêve d'une façon répétitive, ce qui prend généralement l'allure de cauchemars. Ces rêves souvent intégrés aux névroses traumatiques selon Marty.

- **La qualité de l'apport de l'environnement**

Djamila vit dans un environnement impeccable avec tous les membres ; ses amis, collègues, son entourage...etc. La patiente nous a déclaré qu'il n'y avait aucun changement dans sa relation avec son entourage depuis sa maladie, « ils sont tous à mes cotés ils m'aident...etc », malgré tout cet attachement envers elle, « mais malheureusement je pense toujours à ma maladie, et j'ai changé d'humeur, d'ailleurs je ne supporte aucun bruit ». Notre patiente, depuis sa maladie, ne s'intéresse à rien du tout « rien, je n'ai pas d'avenir ». A partir de là, on constate les caractéristiques d'une dépression.

- **Les caractéristiques de fonctionnement mental**

Donc, on ne peut pas détecter la qualité de la mentalisation à partir de l'entretien seul, mais grâce au test projectif de TAT, qui va nous aider à déterminer la nature de la mentalisation.

### **3- La qualité de l'observance thérapeutique**

Djamila nous a informés qu'elle est à jour concernant ses consultations médicales, elle prend ses médicaments à l'heure, tolère mieux son régime alimentaire, facile à suivre, « oui j'évite les aliments interdits ».

La patiente nous a révélé qu'elle respecte toute les recommandations de son médecin traitant, à propos des horaires elle fait aucun retard, car elle se réveille tôt, mais concernant la dialyse, elle a commenté « parfois je me disais que je ne voulais plus me faire dialyser à cause des piqûres et leurs douleurs et surtout la fatigue durant la dialyse, mais malgré ça je suis mon traitement, pour ne pas développer autre chose de plus grave ».

Enfin, on peut constater que Djamila est dans l'observance thérapeutique.

### **Résumé de l'entretien**

A partir des données de l'entretien avec Djamila et les informations qu'on est arrivées à recueillir, Djamila a eu plusieurs maladies, malgré qu'elle est encore jeune, qui l'ont affecté psychiquement, dont lesquelles elle est tout le temps fatiguée, pour elle la vie était belle alors qu'elle ne l'est plus à cause de l'insuffisance rénale. A travers l'entretien on a souligné que l'apport de son environnement est favorable, dont elle noue de bonnes relations avec sa famille, elle a eu énormément d'affection et d'amour notamment de la part de ses parents et ses frères, en plus, elle s'entend bien avec les autres malades, ainsi que les collègues de travail. Et que notre patiente respecte toutes les recommandations de son médecin traitant ; les modalités de la prise en charge thérapeutique, en se présentant aux rendez-vous, consultations, (recommandations par son médecin). Ainsi Djamila reste observante.

### **L'analyse du protocole du TAT cas Djamila 32 ans**

#### **Analyse planche par planche**

**Planche 1**

5" aqchich zathes d les livres itbaniyed ikteb nigh irssem 3la hsab lmalamih wudmis itkhemin f bezaf lahwayej, itbaniyed amaken ihzen, amken uys3ara les notes l3ali . C'est tous. 1'20"

**Procédés :** description avec attachement aux détails (A2-1), insistance sur le repérage des limites (C/N6), précaution verbale (A2-3), accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir,... etc (B2-12), dénégation (A2-11), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17), remâchage (A2-8), expression verbalisée d'affects forts ou exagérés (B2-4), remâchage (A2-8).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la situation d'immatunité fonctionnelle devant l'objet était perçue, mais n'était pas traitée. Djamila n'a pas développée son histoire à cause de l'utilisation des procédés de contrôle.

**Planche 2**

10" Tamtoth tkhedem tibhirth , uzargh ara mlih , taqchichta l3ach tetef g fasnis, d les livres amaken, C'est tous . 1'30"

**Procédés :** description avec attachement aux détails (A2-1), précautions verbales (A2-3), accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir...etc (B2-12), remâchage (A2-8), dénégation (A2-11).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la triangulation œdipienne n'est pas reconnue, et n'est pas traitée. On remarque que la présentation des personnages séparément chose qui a entravé l'élaboration de la relation entre l'isolement des personnages.

**Planche 3BM**

7" L3ebth u3limegh myla tamtoth nigh dargaz lmouhim itbaniyed ihzen, nigh  
ithetrou, iqim, kati athan iyen, i3ya. C'est tous. 2'10"

**Procédés :** précisions chiffrées (A2-5), anonymat des personnages (C/P 3), précautions verbales (A2-3), expression verbalisée d'affects forts ou exagérés (B2-4), annulation (A2-9), accent porté sur le faire (C/F3), affects exprimés à minima (A2-18).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique dépressive est perçue, une personne qu'il est triste, il pleure.

**Planche 4**

30" Sin l3ibath tamtoth lwahi durgaz , argazen iskhla3 amaken ifqa3, tamtothen tegha  
ath3aneq nigh, waqila argazen ibgha ifegh mais tamtothen tqet3as uybgh ara asithes,  
tamtothen tebgba ilhem ighoures s la force. C'est tous. 3'2"

**Procédés :** tli long et/ou silences importants intra-récit (C/P1), précisions chiffrées (A2-5), posture signifiante d'affects (C/N4), expression d'affects (E9), expression verbalisée d'affects (B2-4), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17), remâchage (A2-8), aller-retour entre les désirs contradictoires (B2-7), remâchage (A2-8), accent porté sur le faire (C/F3).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique conflictuelle de couple est perçue. Djamilia a perçue l'alternance entre les états émotionnels opposés entre la l'homme qui veut partir et la femme qui le retient.

**Planche 5**

12" Tamtoth tchghel g thkousint , amaken l3achu tesla waqila g tkhamtis mitldi tabourth  
tufa dyiwen n miss is3a 4ans tnayas hmdlh machi d lhaja grave. C'est tous. 3'1"

**Procédés :** accent porté sur le faire (C/F3), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17), précautions verbales (A2-3), remâchage (A2-8), introduction de personnages non figurant

sur l'image (B1-2), accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir,...etc (B2-12).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de l'image maternelle est perçue. Djamila n'a pas pu se situer par rapport à l'instance surmoïque à cause de l'utilisation des procédés de la série de contrôle.

**Planche 6GF**

...30" ula3limagh. 31"

**Procédés :** tli long et/ou silences importants intra-récit (C/P1), refus (C/P5).

**La lisibilité :** type trois lisibilités –

**Problématique :** la relation libidinale dans le couple n'est pas perçue, ni traitée à cause de son refus d'élaborer une histoire à partir de la planche.

**Planche 7GF**

15" Sin l3ibath,taqchicht waniten u3limegh ara mayla tamtoth negh dargaz, isnin qimen fu fouteille, tamtotha l3achu asthder itqchichten mi taqchichten itbaniyed tefqa3 l3alaqa nsen mAchi d l3alit, c'est tous.3'

**Procédés :** précisions chiffrées (A2-5), anonymat des personnages (C/P3), relations spéculaires (C/N7), accent porté sur une thématique de style : aller, courir, dire, fuir,... etc (B2-17), aller-retour entre les désirs contradictoires (B2-7), précautions verbales (A2-3), accrochage au contenu manifeste (C/F1).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la relation mère-fille n'est pas perçue ni traitée par Djamila.

**Planche 9GF**

35"Zaregh snath teqchichin amaken s3ant yiwen la3mer, taqchicht ibden l3achu tetef g fasnis ,tayet teqim,tina ibden itbaniyed sdakhel n réstaurant aytela nigh d lqahwa theder dithes mi taniten tgama ihder dithes, c'est tous.2'30"

**Procédés :** tli long et/ou silences importants intra-récit (C/P1), précautions verbales (A2-3), précisions chiffrées (A2-5), relations spéculaires (C/N7), description avec attachement aux détails (A2-1), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17), aller-retour entre les désirs contradictoires (B2-7).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de la rivalité féminine est perçue par la patiente.

#### Planche 10

5" Babas lwahi d mis, t3anaqen lba3tna, amaken ferhen, mis ikhaq f babas , dayen ayfehmeqh. 1'21"

**Procédés :** accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), posture signifiante d'affects (C/N4), affects exprimés à minima (A2-18), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17), accrochage au contenu manifeste (C/F1).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de la tendresse est perçue par la patiente, est traitée les deux pôles (le père et son fils). Djamilia n'a pas développée le récit suite à l'utilisation des procédés de contrôle.

#### Planche 11

20" Achu d wayi ! kra ulfhimeqh, koulech dabrkan, zaregh iblaten , wayi waqil d nisir, dagtit u3limeqh, sdfir zaregh chejer, ah ! ts3yaw, kra ulfhimeqh wayi daman , c'est tous. 3'11"

**Procédés :** exclamations (B2-8), critiques du matériel (C/C3), précautions verbales (A2-3), description avec attachement aux détails (A2-1), insistance sur le repérage des limites (C/N6), remâchage (A2-8), dénégation (A2-11).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique archaïque est perçue par Djamilia. Ce qui signifie la qualité des relations prégénitale, mais le récit reste pas développé suite au critique de matériel.

**Planche 12BG**

2"Chejer,tinwarin,khati nigh dadfel, tafloukth,ibha lhal, yajthib landar. C'est tous.2'

**Procédés :** descriptions avec attachement aux détails (A2-1), annulation (A2-9), remâchage (A2-8), intellectualisation (A2-13), accrochage au contenu manifeste (C/F1).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** Djamila c'est attachée au contenu manifeste de la planche. Toutefois, elle n'a pas développée son récit suite à l'intervention des procédés de contrôle, notamment la description avec attachement aux détails.

**Planche 13B**

10" Akham imoug s louh, aqchich iqim g telemast n tbourth, itbaniyed ihzen, ikhem ifasnis foudmis, amaken itkhemim, itraja lwaldinis ca dépend ula3limegh nigh itmaginiw, c'est tous.2'30"

**Procédés :** tli long et/ou silences importants intra-récit (C/P1), refus (C/P5).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique dépressive n'est pas perçue, ni traitée par son refus d'élaborer une histoire à partir de la planche.

**Planche 13MF**

30" Sin l3ibath, argaz tmetoth , waqil temouth, argazen amaken idigouti, ikhem ifasnis fuqruyes waqil ithetru, iwgeth, ihwaj hed dathi3awen ,la photo ya thehzen, C'est tous.2'20"

**Procédés :** tli long et/ou silences important intra-récit (C/P1), précisions chiffrées (A2-5), description avec attachement aux détails (A2-1), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17), expression d'affects (E9), précautions verbales (A2-3), remâchage (A2-8), expression verbalisée d'affects fort ou exagérés (B2-4), remâchage (A2-8), affect-titre (C/N3).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique de la sexualité et de l'agressivité dans le couple à laquelle renvoie la planche n'est pas perçue par Djamila.

**Planche 19**

15" Akham itchur dadfel, tabourth cheghel d lherf H, taq cheghel d U, abrkan d umlal, safel amaken dakanar is3a aqmouch alen, g tlemast zaregh lhourouf, M, C, L, E, c'est tous. 2'40"

**Procédés :** description avec attachement aux détails (A2-1), accrochage au contenu manifeste (C/F1), accent mis sur les qualités sensorielles (C/N5), insistance sur le repérage des limites (C/N6), remâchage (A2-8), précautions verbales (A2-3), remâchage (A2-8).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** la problématique prégénitale est perçue par Djamila.

**Planche 16**

12" Tibhirth tchur d lazhatr, chejer, akham g tlemast, igtat, la picine, ulach la3yat, adrar zathes, c'est tous. 2'32"

Temps totale : 31'74"

**Procédés :** description avec attachement aux détails (A2-1), insistance sur le repérage des limites (C/N6), remâchage (A2-8).

**La lisibilité :** type deux lisibilités ±

**Problématique :** un support significatif pauvre. Djamila a élaborée l'histoire sur un jardin qu'elle voudrait voir peut-être.

### • Impression générale du protocole

Djamila n'a pas pu percevoir et traiter la majorité des planches. En plus on souligne son refus aux planches 6GF, 13MF. Dans la majorité des planches la patiente s'est accrochée au contenu manifeste de la planche.

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

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes à savoir la prégnance de procédés de contrôle de la série (A) avec A% 39% en première position dont les procédés les

plus dominants sont les précautions verbales, et les descriptions avec attachement aux détails. En deuxième position, on trouve les procédés d'évitement du conflit (C) avec C% 32% dont les procédés narcissiques étaient les plus prégnants. En troisième position, on trouve les procédés de la série (B) avec B% 17% , les procédés les plus prégnant, il s'agit d'une expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. A la dernière position, on trouve la série de l'émergence en processus primaire (E) avec E% 3%.

- **La lisibilité** : type deux lisibilités ±

- **Les problématiques globales**

- a- **La problématique œdipienne**

Au niveau de la planche 1, la situation d'immaturation fonctionnelle devant l'objet était perçue, mais n'était pas traitée. Djamila n'a pas développée son histoire à cause de l'utilisation des procédés de contrôle. Pour la planche 2, la triangulation œdipienne n'est pas reconnue, et n'est pas traitée. On remarque que la présentation des personnages séparément chose qui a entravé l'élaboration de la relation entre l'isolement des personnages. A la planche 4, la problématique dépressive est perçue, une personne qu'il est triste, il pleure. A la planche 5, la problématique de l'image maternelle est perçue. Djamila n'a pas pu se situer par rapport à l'instance surmoïque à cause de l'utilisation des procédés de la série de contrôle. A la planche 6GF, la relation libidinale dans le couple n'est pas perçue, ni traitée à cause de son refus d'élaborer une histoire à partir de la planche. A la planche 7GF, la relation mère-fille n'est pas perçue ni traitée par Djamila. A la planche 11, la problématique archaïque est perçue par Djamila. Ce qui signifie la qualité des relations pré-génitale, mais le récit reste pas développé suite au critique de matériel. A la planche 13MF, la problématique de la sexualité et de l'agressivité dans le couple à laquelle renvoie la planche n'est pas perçue par Djamila.

- b- **La problématique dépressive**

La problématique dépressive de la planche 3BM, est perçue, une personne qu'il est triste, il pleure. A la planche 12BG, Djamila c'est attachée au contenu manifeste de la planche. Toutefois, elle n'a pas développée son récit suite à l'intervention des procédés de contrôle, notamment la description avec attachement aux détails. A la planche 13B, la problématique dépressive n'est pas perçue, ni traitée par son refus d'élaborer une histoire à partir de la planche.

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

A la planche 11, la problématique archaïque est perçue par Djamila. Ce qui signifie la qualité des relations prégénitale, mais le récit reste pas développé suite au critique de matériel. A la planche 19, la problématique prégénitale est perçue par Djamila. A la dernière planche, un support significatif pauvre. Djamila a élaborée l'histoire sur un jardin qu'elle voudrait voir peut-être.

**◆ La mentalisation à travers le TAT****1- les mécanismes de défense**

La constellation défensive se caractérise au TAT, par la prédominance des procédés d'élaboration du discours de la série de contrôle (A) qui sont à 48%, il s'agit de précautions verbales et description avec attachement aux détails.

On souligne aussi les procédés d'évitement de conflit de la série (C) qui sont à 32%, où les procédés de type maniaques (CM) ne sont pas présents. Et dans la série E les procédés sont très rarement qui sont à 3%. Il faut relever que dans le cas de Djamila, la restriction des récits et la pauvreté de la production et des associations, atteste le manque qui se donne à voir en premier lieu; Enumération de quelques éléments du contenu manifeste, sans que l'on note une attitude de refus comme les planches 6GF, 13B. Ainsi, Djamila se trouve souvent gêné car souvent elle ne trouve rien à dire et du coup elle se critique.

**2- La capacité à élaborer les conflits psychiques**

La capacité à élaborer les conflits s'est exprimée au niveau du récit par la prédominance des procédés de la série d'évitement du conflit (C) et plus particulièrement les procédés narcissiques. En fait, l'espace psychique qui peut contenir le conflit et dans lequel il peut se mouvoir s'est réduit considérablement. Djamila est envahie par la réalité extérieure, dans ce cas le contenu manifeste du matériel est resté en quelque sorte sourde à ses sollicitations latentes.

**3- Résonance fantasmatique et la capacité à associer**

Les récits se sont réduits souvent à l'énumération des éléments du contenu manifeste, se trouvera en quelques sorte en panne de représentation. Parfois Djamila se critique car elle ne trouve pas grand chose à dire " je n'ai rien compris concernant cette image". Il y'a un manque

de résonance fantasmatique et d'originalité dans sa production. Les procédés d'élaboration du discours qui traduisant les différents formes d'inhibition de type narcissique (CN) et de type phobique (CP). Signifie que le contenu latent des planches sollicite peu de traves mnésiques, et les conflits inconscients, les défenses chez les sujets dans ce genre de situations, se manifeste par l'accrochage aux éléments du monde concret, qui représente dans ce cas le contenu manifeste de la planche, sans aucun défaut ou empreinte personnelles qui élucide l'apparition des fantasmes inconscients, qui construits les récits élaborer au TAT.

#### **4- Nature de l'angoisse : angoisse signal d'alarme et angoisse automatique**

La manifestation d'une angoisse automatique s'exprime par la sidération, paralysies plus au moins importante du Moi. Au niveau du récit l'altération s'exprime moins par l'émergence en processus primaires, que par le recours à l'inhibition, aux défenses de caractère et à la décharge dans le comportement.

On peut résumer le fonctionnement mental de Djamila qui est dans la mauvaise mentalisation à travers le TAT comme suit :

- Réduction des procédés défensifs rigides et labiles ;
- Refus de la planche 6GF, 13B ;
- Anonymat des personnages ;
- Absence de conflit et de leur traitement ;
- Difficultés à traiter la situation dépressive, planche 13B ;
- La résonance fantasmatique est presque absente dans la construction du récit.

### Résumé du test du TAT

D'après l'analyse du protocole du TAT, on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série d'évitement du conflit (C) en deuxième position, à la troisième position on souligne les procédés de la série labile (B), suivie à la fin par les procédés de la série (E) qui se trouvent en dernière position. On note que la plupart des problématiques ne sont pas perçues ni traitées avec le refus de la planche 6GF et la planche 13B. Aussi on remarque la précarité des mécanismes de défense utilisés et l'incapacité d'élaboration des conflits. Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Djamila est la mauvaise mentalisation.

### Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole de cas Djamila 32 ans

A	B	C					E
		P	N	C	M	F	
A2(1)=8	B1(2)=1						E 9 =2
A2(3)= 9	B2(3)=1	C/P 1 =5	CN3=5	C3=1	/	C/F 1=4	
A2(5)=5	B2(4)=4	C/P 3=2	CN6=1			C/F 3=3	
A2(8)=4	B2(7)=3	C/P 5=2	CN7=1				
A2(9)=1	B2(8)=1						
A2(11)=3	B2(12)=4						
A2(13)=1							
A2(17)=6							
A2(18)=2							
		EC/ P=9	EC/N=10	EC/C=1	/	EC/F=7	
$\Sigma A$ 39	$\Sigma B$ 14	$\Sigma C$ 27					$\Sigma E$ 2
A% 48%	B% 17%	$\Sigma C\%$ 32%					E% 3%
$\Sigma$ 82 % 100%							

### Conclusion générale du cas Djamila

A partir des données de l'entretien avec Djamila et les informations qu'on est arrivées à recueillir, Djamila a eu plusieurs maladies, malgré qu'elle est encore jeune, qui l'ont affecté psychiquement, dont lesquelles elle est tout le temps fatiguée, pour elle la vie était belle alors qu'elle ne l'est plus à cause de l'insuffisance rénale. A travers l'entretien on a souligné que l'apport de son environnement est favorable, dont elle noue de bonnes relations avec sa famille, elle a eu énormément d'affection et d'amour notamment de la part de ses parents et ses frères, en plus, elle s'entend bien avec les autres malades, ainsi que les collègues de travail. Et que notre patiente respecte toutes les recommandations de son médecin traitant ; les modalités de la prise en charge thérapeutique, en se présentant aux rendez-vous, consultations, (recommandations par son médecin). Ainsi Djamila reste observante.

D'après l'analyse du protocole du TAT, on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série d'évitement du conflit (C) en deuxième position, à la troisième position on souligne les procédés de la série labile (B), suivie à la fin par les procédés de la série (E) qui se trouvent en dernière position. On note que la plupart des problématiques ne sont pas perçues ni traités avec le refus de la planche 6GF et la planche 13B. Aussi on remarque la précarité des mécanismes de défense utilisés et l'incapacité d'élaboration des conflits. Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Djamila est la mauvaise mentalisation.

*Chapitre VIII : Discussion  
desHypothèses*

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses afin de pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique et les données de la théorie psychosomatique. On tient à rappeler que notre recherche concerne une population restreinte à savoir quatre cas.

### **La première hypothèse**

**Les hémodialysés qui se caractérisent par une bonne mentalisation, résistent mieux aux différents moments de crise, traitent et élaborent les excitations au niveau mental, vivent de façon épanouie les contraintes hospitalières et médicales en raison des croyances qui sont déterminantes. Comme le soulignait B.M. Boga (2009), il s'agit des représentations positives que les patients se font de leur maladie, de leur traitement, de leur capacité à se soigner. Dans cette situation, les patients vont observer régulièrement leurs traitements.**

On n'a pas trouvé de cas dotés de bonne mentalisation dans la population d'étude "quatre cas". Toutefois, P. Marty a soulevé à partir de ses travaux sur les malades organiques, que cette caractéristique de bonne mentalisation reste rare chez eux. Selon la classification psychosomatique, la présence généralement de trois catégories de mentalisation : la bonne mentalisation, la mauvaise mentalisation (névrose de comportement), la mentalisation incertaine.

**Les hémodialysés qui se caractérisent par une mauvaise mentalisation, s'accroche à l'observance des prescriptions médicales d'une façon opératoire, mécanique. Si l'environnement a été favorable, ils observent leur traitement. Par contre, s'ils sont dans un environnement défavorable, en subissant des crises ou traumatismes dans leur vie, et du fait de la défaillance de leur appareils psychiques pour affronter, ils risquent des conséquences néfastes, ainsi l'observance se trouve dans un contenu fragile qui menace l'hémodialysé.**

**Cas Djamila :** D'après l'analyse du protocole du TAT, on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série d'évitement du conflit (C) en deuxième position, à la troisième position on souligne les procédés de la série labile (B), suivie à la fin par les procédés de la série (E) qui se trouvent en dernière position. On note que la plupart des problématiques ne sont pas perçues ni traitées avec le refus de la planche 6GF et la planche 13B. Aussi on remarque la précarité des mécanismes de défense

utilisés et l'incapacité d'élaboration des conflits. Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Djamilia est la mauvaise mentalisation.

Concernant l'observance thérapeutique Djamilia respecte toutes les recommandations de son médecin traitant.

**Les hémodialysés qui se caractérisent par une mentalisation incertaine, ils oscillent entre la bonne et la mauvaise mentalisation, dont l'irrégularité du fonctionnement mental est patente. Chez eux, l'observance thérapeutique est liée à l'état de leurs fonctionnements.**

Tout les cas de cette catégorie qui comprend trois cas : Wahid, Saïda, Hamid, qui sont dotés par une mentalisation incertaine, toutefois concernant les particularités de fonctionnement, chaque cas est un cas spécifique. Aussi, on sait que leur fonctionnement oscille entre la bonne et la mauvaise mentalisation. Ils sont caractérisés par l'irrégularité du fonctionnement mental qui est patente. Cette mentalisation incertaine est attestée par la différence de production entre l'entretien et le test du TAT et la différence patente entre les mécanismes de défense utilisés au sein du même protocole de TAT.

**Cas Wahid :** D'après l'analyse du protocole du TAT, on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série labile (B) en deuxième position, troisième l'évitement du conflit, suivie à la fin par les procédés de la série (E), qui se trouve en dernière position. On souligne que la plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traitées dont la lisibilité globale est  $\pm$ . On souligne aussi que Wahid développe parfois son récit et parfois il tend à la restriction générale d'autres fois. Aussi on remarque la capacité ou l'incapacité d'élaboration des conflits. Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Wahid est la mentalisation incertaine.

Concernant l'observance thérapeutique, Wahid respecte toutes les prescriptions de son médecin traitant.

**Cas Saïda :** D'après l'analyse du protocole du TAT on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série d'évitement du conflit (C) en deuxième position, à la troisième position on souligne les procédés de la série labile (B), suivie à la fin par les procédés de la série (E) qui se trouvent en dernière position. On souligne que la plupart des problématiques sont perçue mais ne sont pas traitées dont la lisibilité globale est  $\pm$ . On souligne aussi que Saïda développe parfois son récit et parfois il tend à la restriction générale d'autres fois. Aussi on remarque la variété des mécanismes de défense

utilisés ainsi que la capacité ou l'incapacité d'élaboration des conflits. Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Saïda est la mentalisation incertaine.

A propos de l'observance thérapeutique, nous avons constaté que Saïda ne respecte pas toutes les recommandations de son médecin traitant.

**Cas Hamid :** D'après l'analyse du protocole du TAT, on souligne que les procédés du contrôle de la série (A) occupent la première position, puis ceux de la série labile (B) et la série d'évitement du conflit (C) en troisième position, suivie à la fin par les procédés de la série (E) qui se trouvent en dernière position. On souligne que la plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traitées, dont la lisibilité globale est  $\pm$ . On souligne aussi que Hamid développe parfois son récit et parfois il tend à la restriction générale d'autres fois. Aussi, on remarque la variété des mécanismes de défense utilisés, ainsi que la capacité ou l'incapacité d'élaboration des conflits. Donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Hamid est la mentalisation incertaine.

Concernant la qualité de l'observance thérapeutique, on a remarqué lors de l'entretien, que Hamid a une mauvaise observance thérapeutique.

### **La deuxième hypothèse**

**Un environnement favorable, qui joue le rôle d'un stimulus positif qui représente le rôle de pare-excitation et qui est réorganisant, contribue notamment chez les personnes dotées d'une mauvaise mentalisation ou d'une mentalisation incertaine à la bonne observance thérapeutique. Toutefois les hémodialysés investissent le côté relationnel, l'expérience traumatisante de l'annonce de la maladie, la dialyse, est surmontaient assez facilement, grâce aux relations satisfaisantes avec le personnel soignant, les membres de la famille. Ils évoluent pour reprendre un état d'hémodialyse accompagné d'une bonne observance thérapeutique.**

L'environnement favorable joue le rôle de par excitation, substitue et remplace l'appareil psychique défaillant chez les personnes dotées de la mauvaise mentalisation et de la mentalisation incertaine. Dans ce qui suit on va présenter l'apport de l'environnement de nos quatre cas et l'influence de ce dernier sur la qualité l'observance thérapeutique.

Ces constatations sont confirmées par K. Gueniche qui souligne que l'étayage sur un mode relationnel d'allure anaclitique aurait un rôle très important : « les apports de

l'environnement, notamment dans les organisations mal mentalisées, favorisent une meilleure tolérance psychologique » (Gueniche, 2000, p. 102-103).

On va présenter d'abord nos deux cas qui jouissent par un environnement favorable :

**Cas Saïda :** On souligne que l'apport de l'environnement est favorable, dont elle noue de bonnes relations avec les membres de sa famille, notamment son mari, ses enfants, et sa mère avant sa perte. Ainsi qu'à l'équipe soignante.

A propos de l'observance thérapeutique, nous avons constaté que Saïda ne respecte pas toutes les recommandations de son médecin traitant ; elle ne suit pas le régime prescrit par ce dernier, et ne s'astreint pas à la prise de médicament. Par contre, elle se présente aux rendez-vous, ainsi qu'aux consultations recommandées par son médecin. A cet effet même le médecin affirme que Saïda ne s'accommode pas à toutes les instructions demandées. Sa fille lui rappelle la prise de ses médicaments. Sa représentation liée aux médicaments est ambivalente.

**Cas Djamila :** A travers l'entretien on a souligné que l'apport de son environnement est favorable, dont elle noue de bonnes relations avec sa famille, elle a eu énormément d'affection et d'amour notamment de la part de ses parents et ses frères, en plus, elle s'entend bien avec les autres malades, ainsi que les collègues de travail. Et que notre patiente respecte toutes les recommandations de son médecin traitant ; les modalités de la prise en charge thérapeutique, en se présentant aux rendez-vous, consultations, (recommandations par son médecin). Ainsi Djamila reste observante.

**Les hémodialysés dotés d'une mauvaise mentalisation, s'appliquent pour suivre les recommandations thérapeutiques, observent leurs médicaments et se présentent aux consultations médicales, si l'environnement est favorable. Par contre, si les hémodialyses sont dans la mauvaise mentalisation, et que l'environnement est défavorable ne jouent plus le rôle de protecteur, les hémodialysés risquent d'être inobservés.**

On va présenter aussi nos deux cas qui jouissent par un environnement défavorable :

**Cas Wahid :** On note que Wahid évolue dans un environnement défavorable, car d'une part il rencontre des problèmes avec ses frères à cause de l'héritage, et d'autre part, il a quitté ses amis du service militaire. Du coup il s'est retrouvé seul, coupé de tout contact. A propos de l'évaluation de l'observance thérapeutique à travers l'entretien, nous avons constaté que

Wahid respecte toutes les prescriptions de son médecin traitant ; les modalités de la prise en charge médicamenteuse, avant et après les horaires, en se présentant aux rendez-vous, consultations recommandées par son médecin. A cet effet le médecin traitant affirme que Wahid s'accommode aux recommandations demandées. Wahid prend tout seul ses médicaments, sans aucune aide.

**Cas Hamid :** On constate que l'apport de son environnement est défaillant et déséquilibré, dont il vit des conflits avec ses frères, il ne noue pas de bonnes relations avec sa famille. Alors en ce qui concerne le soutien familial, Hamid ne comptait que sur sa femme qui s'occupe de lui et qui s'occupe de l'éducation de ses enfants. Malgré ce soutien l'apport de l'environnement de Hamid reste fragile et défavorable.

En plus, Hamid a répondu à toutes les questions d'une façon un peu détaillée, ce qui explique que notre patient s'occupe des détails. Par fois Hamid utilise les mécanismes de recours au comportement dans les situations conflictuelles, Casser, Frapper, Crier,...etc

Concernant l'évaluation de l'observance thérapeutique, on a remarqué lors de l'entretien, que Hamid a une mauvaise observance thérapeutique dont il ne suit pas les recommandations de son médecin traitant, celui-ci se heurte à une situation ambivalente ; il n'est pas régulier dans sa prise de médicament, il lui arrive de ne pas en prendre. Quant au régime il trouve des difficultés à le suivre.

Pour conclure on constate que l'environnement favorable peut influencer les comportements d'observance thérapeutique chez tous les cas. De ce fait, il faut impérativement pour garder leurs états d'équilibre et éviter d'éventuelles complications procurer un environnement contenant et favorable dont on les soumette à une éducation thérapeutique appropriée aux hémodialysés. La recherche reste ouverte pour découvrir d'autres facteurs influant l'observance thérapeutique qui est complexe, multifactorielle et représente un problème de santé publique, comme l'a souligné P. Alvin, qu'il reste que la question de l'observance est complexe et n'obéit pas à la loi du tout ou rien et ne devrait pas être considérée comme posant problème pour une seule catégorie de patients (Alvin, 2000, p. 226).

Effectivement nos quatre cas ont confirmé nos hypothèses concernant l'observance thérapeutique chez les hémodialysés dont la nature de la mentalisation et l'apport de l'environnement influent sur l'observance thérapeutique. Il reste à souligner que nos

hypothèses sont réfutables et non absolues, car les résultats obtenus de notre population d'étude qui est restreinte, ne représentent pas la population mère de tous les hémodialysés.

### Conclusion générale

La médecine en générale et ses multiples spécialités s'occupe des maladies qui touchent le corps humain. Leur objectif principal est de soulager le malade ou de le mener à la guérison. L'atteinte par une maladie quel conque est la résultante de nombreux facteurs : biologiques, psychiques, environnementaux ... etc, et qui apparaît sous différentes formes touchant à l'intégrité physique de la personne. Citons les maladies graves, ainsi que les maladies chroniques. Ces dernières sont des affections de longue durée et qui évoluent lentement. 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 ». Parmi les maladies chroniques, on trouve l'insuffisance rénale qui évolue silencieusement, et cette caractéristique contribue donc à retarder le diagnostic jusqu'à un stade avancé, ou au stade final de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT).

Au stade terminal, l'IRCT nécessite un traitement par dialyse ou par greffe rénale que l'on appelle traitement de suppléance. Le principal objectif des traitements est de garder le malade en vie si non son sort est fatal.

Cependant quelques hémodialysés présentent des conduites d'inobservance thérapeutique par le non respect du traitement prescrit par le médecin, les rendez-vous, les analyses, les radios, le régime alimentaire,...

Dans le cadre de notre recherche intitulée « l'observance thérapeutique chez les hémodialysés », notre référence théorique est la psychosomatique Martinienne, puisqu'elle englobe des connaissances sur le fonctionnement psychosomatique des malades dans une vision de monisme dans laquelle l'individu doit être appréhendé dans sa totalité, loin de la dichotomie entre le corps et la psyché.

La réalisation de notre travail s'est basée sur la revue de la littérature, notamment les travaux réalisés en psychosomatique, et un ensemble d'observations repérées sur le terrain d'étude lors de la pré-enquête, ce qui nous a orientées dans le choix de nos questions ainsi que l'élaboration de nos hypothèses. Toutefois, on a adopté la méthode clinique qui nous a aidées dans la compréhension approfondie des hémodialysés. Cependant, l'entretien clinique semi directif englobant l'observation des cas afin d'avoir des informations sur leurs comportements d'observance. En derniers lieu, nous avons passé le test projectif (TAT), pour cerner leur qualité de fonctionnement mentale.

Enfin et grâce à ces outils d'investigation, on a pu réaliser les objectifs retracés dans notre recherche et de vérifier nos hypothèses.

Dans cette recherche, nous avons tenté de démontrer l'influence de la qualité de la mentalisation et de la nature de l'apport de l'environnement –favorable ou défavorable- sur l'observance thérapeutique. Toutefois, cette recherche nous a permis d'aboutir à certaines observations telles que la qualité du fonctionnement mentale qui n'est pas homogène chez tous les hémodialysés, chaque cas est doté d'un fonctionnement qui appartient à une catégorie de mentalisation selon la nosographie de P.Marty ; donc chaque cas est un cas particulier et unique. Aussi, la nature de l'apport de l'environnement favorable joue le rôle de par excitation et se substitue à l'appareil psychique défaillant, dans ce sens, quelques hémodialysés dotés d'une mentalisation incertaine et mauvaise peuvent être observants grâce à l'apport favorable de l'environnement. Par contre, chez d'autres hémodialysés dotés d'une mauvaise mentalisation et un apport de l'environnement défavorable, le sujet va devenir une proie à la désorganisation progressive.

A noter notamment que grâce à cette recherche nous avons remarqué que :

- La qualité de l'observance thérapeutique est liée à la qualité du fonctionnement mental, ainsi que la nature de l'apport de l'environnement.
- La prise en charge psychologique parallèlement avec une prise en charge somatique est très importante.

L'approche psychosomatique de P.Marty et ses collaborateurs nous a permis de comprendre le fonctionnement psychosomatique des patients et la prise en charge appropriée que ce soit sur le plan somatique par les médecins ou sur le plan psychologique par les psychologues.

Ainsi, pour palier au problème d'observance thérapeutique, qui est un problème majeur de santé publique, les praticiens de la santé ont développé une nouvelle stratégie médicale qui est celle de l'éducation thérapeutique qui doit être intégrée aux soins.

L'éducation thérapeutique comprend des activités organisées, incluant un support psychosocial, dont le but est de faire prendre conscience aux patients de leur maladie, de les renseigner sur celle-ci, de l'organisation de soins, le but de cette stratégie est que les patients et les membres de leurs familles comprennent bien la maladie et son traitement, et collaborent avec l'équipe soignante.

Pour conclure cette recherche, et pour permettre à d'autres étudiants et d'autres chercheurs d'effectuer des travaux concernant ce même sujet sous un autre angle, ou plus approfondi, ainsi de mettre l'accent sur les maladies chroniques et leurs répercussions sur le psychique des malades.

Donc nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui sont comme suit :

- L'éducation thérapeutique peut-elle améliorer l'observance thérapeutique chez les hémodialysés ?
- Quelles sont les difficultés auxquelles sont confrontés les malades atteints par l'insuffisance rénale chronique terminale ?

### Bibliographie

- Alvin, P. (2000). L'adolescent et l'observance au traitement. *Journal de pédiatre et de puériculture*, 1(4) 225-229.
- Alvin, P.(2004). L'adolescent sa « compliance » au traitement. *Enfances et psy*, 1(25) 46-51.
- Anzieu,D. et Chabert,C. (1987). *Les méthodes projectives*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Arar,F.(2007).*L'équilibre psychosomatique de l'enfant en échec scolaire*,(thèse de Perron , Rogers, Université de Alger 2). Repérée à <https://www.ccdz.Alger 2.dz>.
- Attigui, P. et Chourier, B. (2016). *L'entretien clinique*. Paris, France: Armand Colin.
- Baumann, M . et Trincard, M.(2002). Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes. *L'encéphale*, 4(28) 389-396.
- Belon, J.P. (2006). *Conseils à l'officine, aide au suivi pharmaceutique et à l'éducation thérapeutique du patient*. Paris, France : Masson.
- Bénony, H. et Chahraoui,K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, France: Dunod.
- Boubchir, M.A. (2004). *Monographie sur l'insuffisance rénale chronique, office des publications universitaires*. Paris, France : Office des publications universitaires.
- Chabert, C. Et Brelet-Faulard,F. (2003). *Nouveau manuel de TAT approche psychanalytique*. Paris, France: Dunod.
- Chabert, C. Et Coll. (1998).*Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris, France: Dunod.
- Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Cupa, D. (2002). *Psychologie en néphrologie*. Paris, France : EDK.

- Dahan, R. Et coll. (1985). *La compliance , mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique, thérapie*. Paris, France : l'harmattan.
- Daniel, F. (1987). *Vivre sans rein*. Paris, France : La courbe.
- Debray, R. (1998). *Pierre Marty*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Debray, R. (1987). Le TAT aujourd'hui et demain. *Psychologie française cinquantième de TAT*, 32(3)127-130.
- Debray, R. (1983). *L'équilibre psychosomatique : organisation mentale des diabétiques*. Paris, France : Dunod.
- Debray, R. (1996). Clinique de l'expression somatique. *Psychanalyse des liens psyché soma*, 23(4) 17-37.
- Doucet, C. (2000). *La psychosomatique théorie et clinique* .Paris, France : Armond colin.
- Gauchet, A. (2008). *Observance thérapeutique et VIH enquête sur les facteurs biologiques et psychosociaux*. Paris, France : l'harmattan.
- Grimaldi, A. (2012). L'éducation thérapeutique en question. *Le journal des psychologues*, 24-28.
- Gueniche, K. (2000). *L'énigme de la greffe, le je, de l'hôte à l'autre*. Paris, France : l'harmattan.
- Haynal, A et all. (1978). *Médecine psychosomatique aperçu psychosociaux*. Paris, France : Masson.
- Jungers, P. et coll. (2004). *L'insuffisance rénale chronique : prévention et traitement*. Paris, France : Flammarion.
- Kitsikis, E.S. (1985). *Théorie et clinique du fonctionnement mentale* .Bruxelles, Belgique : Mardaga.
- Lebon, L. et Schwartz, P. (2013). *Néphrologie maladies rénales*. Paris, France : Dunod.
- Lefebvre, G. (2005). *Aspect psychologique et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysé et transplantés*. Paris, France : Masson.

- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Essai d'économie psychosomatique, Tome 1. Paris, France : Payot.
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique, désorganisations et régressions*, tome 2. Paris, France : Payot.
- Marty, P. (1984). *A propos des rêves chez les malades somatique*, in Revue Française de psychanalyse, (5)1143-1161.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte* .Paris, France :PUF.
- Marty, P. (1991a). *Genèse des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique*, in Revue française de psychosomatique, (1)5-22.
- Marty, P. (1991b). *Dépression essentielle et maladie somatique graves*, in intervention au congrès international de psychanalyse,(2)1143-1161.
- Marty, P. (1991c). *Mentalisation et psychosomatique* .Paris, France : presses universitaire de France.
- Marty, P. et Nicolaidis, N.(1996). *Psychosomatique, pensée vivante*. Paris, France :puf.
- Marty, P.(1988) . *Disposition mentale de la première enfance et cancers de l'âge adulte*, in psychothérapie, (4)177-182.
- Marty,P. et all.(1963). *Investigation psychosomatique*. Paris, France: Puf.
- Montet-Aubrée, A. (2015).Psychologie de l'insuffisance rénale.*Aspects psychologiques de l'insuffisance rénale chronique*.12(114)53-54.
- Nordt, M. (2019). *Améliorer l'observance thérapeutique chez le patient chronique, une optique ?*,(thèse de Pr.Phillipe Piccerelle, Université Aix Marseille).Repérée à Leroy Raphaël :<https://hal.Univ-Lille.fr>.
- Pardinielli, J-L. (2016). *Introduction à la psychologie clinique* .Paris, France: Armand Colin.
- Pardinielli, J-L. et Fernandez, L. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris, France: Armand Colin.

- Perron, R. (1985). *Genèse de la personne*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Pucheu, S. (2005). Aspects psychologiques de l'observance chez le patient transplanté. *Le courrier de la transplantation*, 24(3)9-13.
- Quavauvillier, J. (2009). *Dictionnaire médicale*. Paris, France : Masson.
- Raphael, L. (2017). *L'impact de l'observance thérapeutique dans les maladies cardio-vasculaire*, (thèse de M rDine Thierry, Université de Lille 2). Repérée à Marron nordt : <https://hal.Univ-Marseille.fr>.
- Reach, G. (2007). *Pourquoi soigne-t-on ?* Paris, France : le bord.
- Seron, F. (1987). *L'économie psychosomatique des transplantés rénaux, une tolérance immunologique, une tolérance psychologique*, (thèse de Pr Debray.R, université de René Descartes) repérer à cairn info.
- Shentoub, V. Et Coll. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT approche psychanalytique*. Paris, France: Dunod.
- Sichel, J.P .et Roueff. E. (1975). Aspect *psychiatrique de l'hémodialyse chronique*, in revue médecine psychosomatique. Paris, France : Masson.
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France: La rousse.
- Simon, P. (2007). *L'insuffisance rénale, prévention et traitement*. Paris, France : Masson.
- Somogyi, A. et Haymann, J.P. (2007). *Néphrologie*. Paris, France : Dunod.
- Stora, J-B. (2005). *Vivre avec une greffe, accueillir l'autre*. Paris, France: Olide Jacob.
- Tourette-Turgis, C. Et coll. (2008). *L'éducation thérapeutique dans les maladies rénale chronique, le soignant pédagogique*. Paris, France : Dunod.
- Jungers, P. et coll. (2004). *L'insuffisance rénale chronique : prévention et traitement*. Paris, France : Flammarion.

### Sitographie

- [Http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/33/28/Full](http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/33/28/Full).
- Hrrin, J.(2003) : la prise en charge familiale des hémodialysés.
- ([www .Researchgate.Net/Publication /2577296286](http://www.Researchgate.Net/Publication/2577296286) prise en charge familial des hémodialysés.

# ANNEXES

## **Annexe 1 : Le guide d'entretien**

### **Information personnels sur le patient**

- 1- Quel est votre nom ?
- 2- Quel est votre âge ?
- 3- Quel est votre niveau d'institution ?
- 4- Travaillez-vous ? Quelle profession ?
- 5- Quelle est votre situation familiale ?
- 6- Avez-vous d'enfants ?

### **Axe 1- l'état de santé antérieure et actuelle**

- 1- Avez-vous souffert d'une maladie dans votre enfance ?
- 2- Avez-vous déjà été hospitalisé avant que vous soyez atteint de IRCT ? Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?
- 3- Depuis quand êtes-vous en dialyse ?
- 4- Quelles sont les raisons pour vous qui ont provoqué votre maladie ?
- 5- Quelles sont les complications et les maladies qui ont accompagné cette maladie ?
- 6- Combien de fois vous étiez hospitalisé à cause de cette atteinte ?
- 7- Avez-vous déjà eu des problèmes sexuels (frigidité) impuissance durant cette période de dialyse ? Et comment cela influence votre vie ?
- 8- Est ce que d'autres membres de votre famille ont eu de la même maladie que vous ?
- 9- Quel est votre avis sur la prise en charge de ce service ?

### **Axe 2- Eléments à cerner le fonctionnement mental**

- 1- Quelle est votre réaction quand vous avez reçu l'information de votre maladie ? et lors de la première séance de dialyse ?
- 2- Quelle est votre représentation sur les personnes en bonne santé ?
- 3- Pouvez-vous me parler de vos souvenirs ?
- 4- Comment est votre sommeil avant et après la maladie ?
- 5- Parlez-moi de vos rêves ? et de leurs caractéristiques ?
- 6- Comment vous imaginez votre future ?

7-Quel sont vos projets d'avenir ?

**Axe 3- la relation d'objet et apport de l'environnement**

1-Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre famille ?

2- Comment sont vos relations avec vos collègues, vos amis depuis l'apparition de votre maladie ?

3- Quelle est votre relation avec votre médecin et avec l'équipe soignante ?

4- Ressentez-vous des changements de la part de votre famille et vos amis envers vous depuis votre maladie ?

5- Quel est la spécificité de votre vie relationnelle en général ?

**Axe 4- l'observance thérapeutique**

1- Quel traitement vous prenez actuellement ? et comment le suivez-vous ?

2- Qu'est-ce que les médicaments évoquent pour vous ?

3- Pensez-vous qu'il est important de prendre vos médicaments ?

4-Quelle importance donnez-vous à votre traitement ?

5- Est-ce que vos rendez aux consultations médicales ?

6- Est-ce que déjà vous avez ratez une séance de dialyse ?

7- Respectez-vous votre régime ? À votre avis, le régime alimentaire vous a aidez à améliorer votre état de santé ?

8- Avez-vous remarquez une amélioration de votre cas ?

9-Pour vous pourquoi vous tombez dans l'inobservance ?

10- A qui vous vous adressez quand vous aurez besoin d'information ou d'aide concernant vos médicaments ?

11- Est-ce que la famille, l'environnement, ont un rôle sur votre prise en charge ?

**Remarque**

Si le patient a anticipé spontanément sur des réponses à des questions prévues par nous-psychologue, nous éviterons de les poser ultérieurement.

## **Guide d'entretien traduit en dialecte**

### **• Information personnelle**

- 1-Amek isem-ik ?
- 2-Acehal g la3mar-ik ?
- 3-Almi d andaitlehqed g laqraya ?
- 4-Dachu it-xadmed ?
- 5-Amek lhala n tem3ichet ?
- 6-Tes3it darya ?

### **• Axe1 - L'état de santé antérieure et actuelle**

- 1-Tess3idkra n lahlak mi thelitmeziyed ?
- 2-Tkechmed déjà ghsbitaruqbelathelked s lahlak agi ?Txedmed déjà l'opération ?
- 3- Si melmi tass3id lahlah- agi ?
- 4-Dacu d seba n lahlak- agi ?
- 5-Dacu i gu3ren ayen i3nan tazmarthik ?
- 6-Acehal ibrthanithqechmetsbitar3lajal lahlak-agi ?
- 7-Tess3id les problèmes g la séxualitéynek ?
- 8-Yella win ysse3an lahlak-agi g twachultik ?
- 9-Dacu i d ray-ik f service agi ak d lehounsenyidwen (prise en charge) ?

### **Axe2 - Elément à cerner le fonctionnement mentale**

- 1-Dacu it- xadmed mi I tesslid s lahlahagi-ynek ?
- 2-Amek ithzaredwidakn uys3an lahlak ?
- 3-Tzemret aytahkout f dunit-ik n kul ass n yeccurendahen-ik ?
- 4-Amek ithezarednoudamynekuqbel I après lahlak-agi ?
- 5-Tzemret aytahkoudcewit f thirgathin- ynek (vosrêves) ?
- 6-Amek ithezareddunith-iksyaghzath ?
- 7-Dacu tmenidatexedmedghzath ?

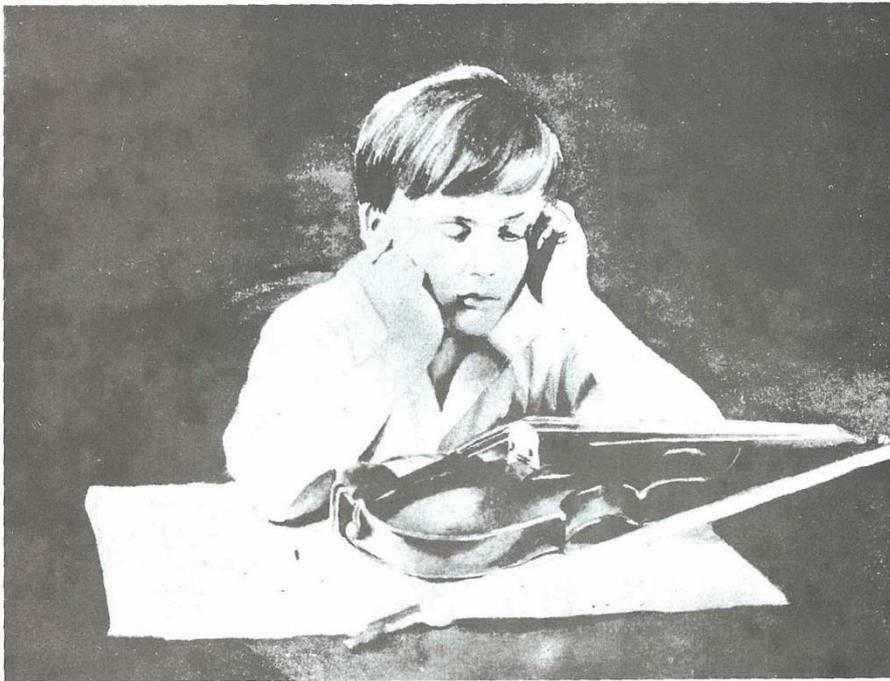
**Axe 3 - La relation d'objet et apport de l'environnement**

- 1-Amek itht3ichetd lahlakynecak d la famille ynek ?
- 2-Amek l3alaqa yenekak d imdukalik s melmi ithess3it lahlakagi ?
- 3-Amek l3alaqa yenekak d tebathifremliyen ?
- 4- tsshoussetbeli la familleynekakdimdukalikbedlenfelaksimelmi tss3id lahlakagi ?
- 5-Amek ithetwalit l3alaqat-ynek engénérale ?

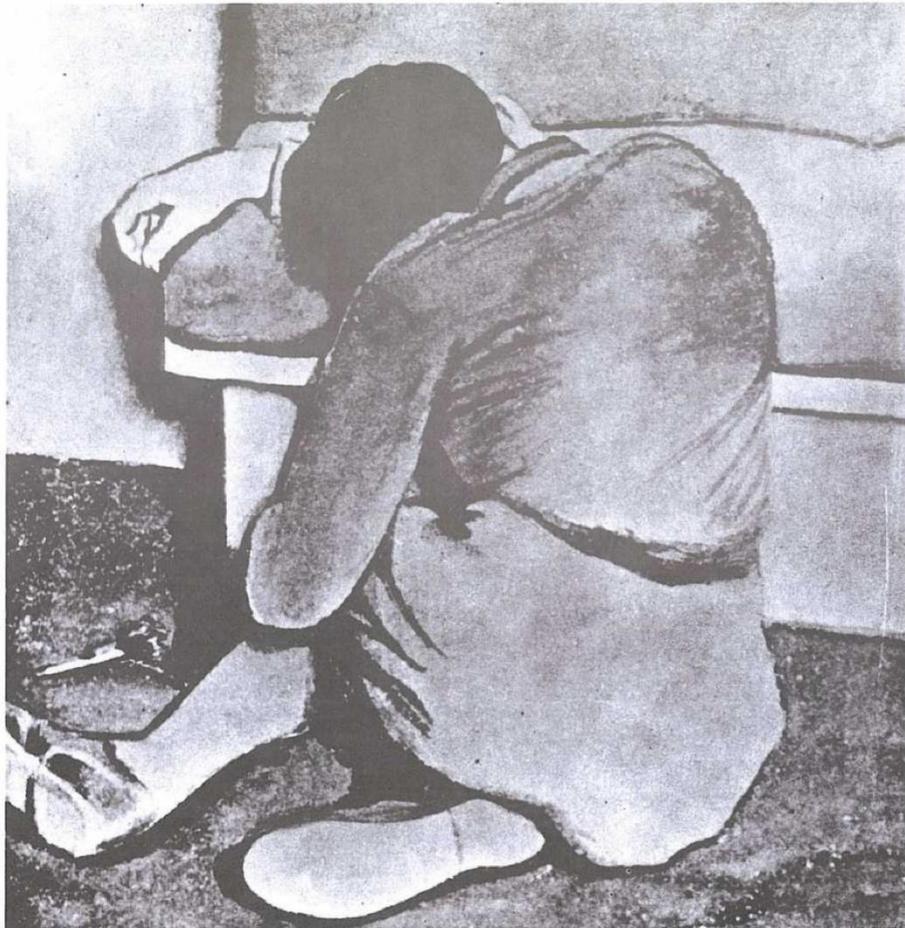
**Axe 4 -L'observance thérapeutique**

- 1-Dacu d l traitement n tetsuivit ?Amekathetswivit ?
- 2-Amek ithetwalitdwawath ?
- 3-Thetwalit belioubliogeratsuddwa-ynek ?
- 4-Tkhedmet l'importancei l traitementynek ?
- 5-Tetruhet ghtebib g lewaqt ?
- 6-Tzegled déjà yiwenwassurtssfidaraidammen-ik (dialyse) ?
- 7-Tswivit régime ynek ?Tzaretbeli régime aki3iwen i waken ad telhutazemart- ynek ?
- 8-Tzaret belitazmarthynektelhu nigh allagh ?
- 9-Amek almiuthtswivitarayenakiqartebib (l'inobservance) ?
- 10-Menhu tbghitathyiliyithekmaratuhwajetlhaja ?
- 11-Tzaret beli la famille ynekak d l'entourage ynek s3an lerôleg la prise en charge ynek ?

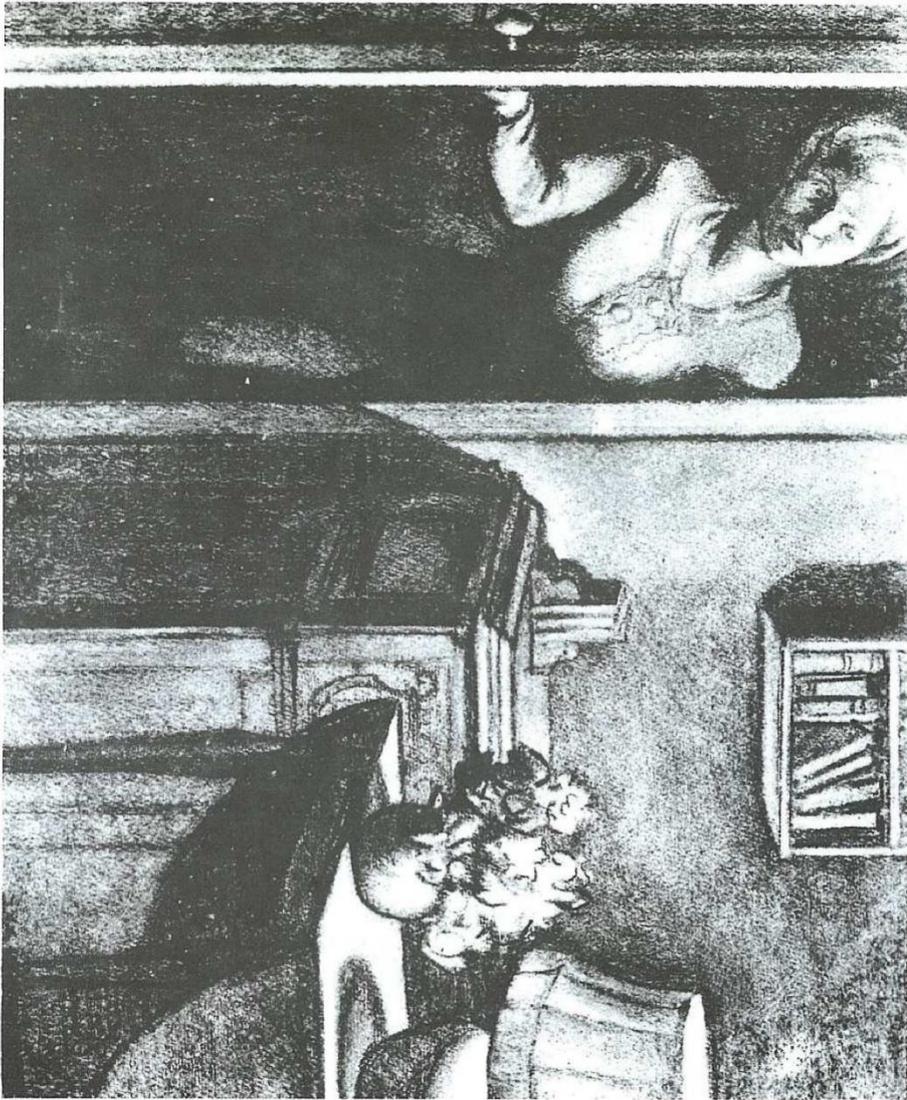
Annexe 2 : Planches TAT





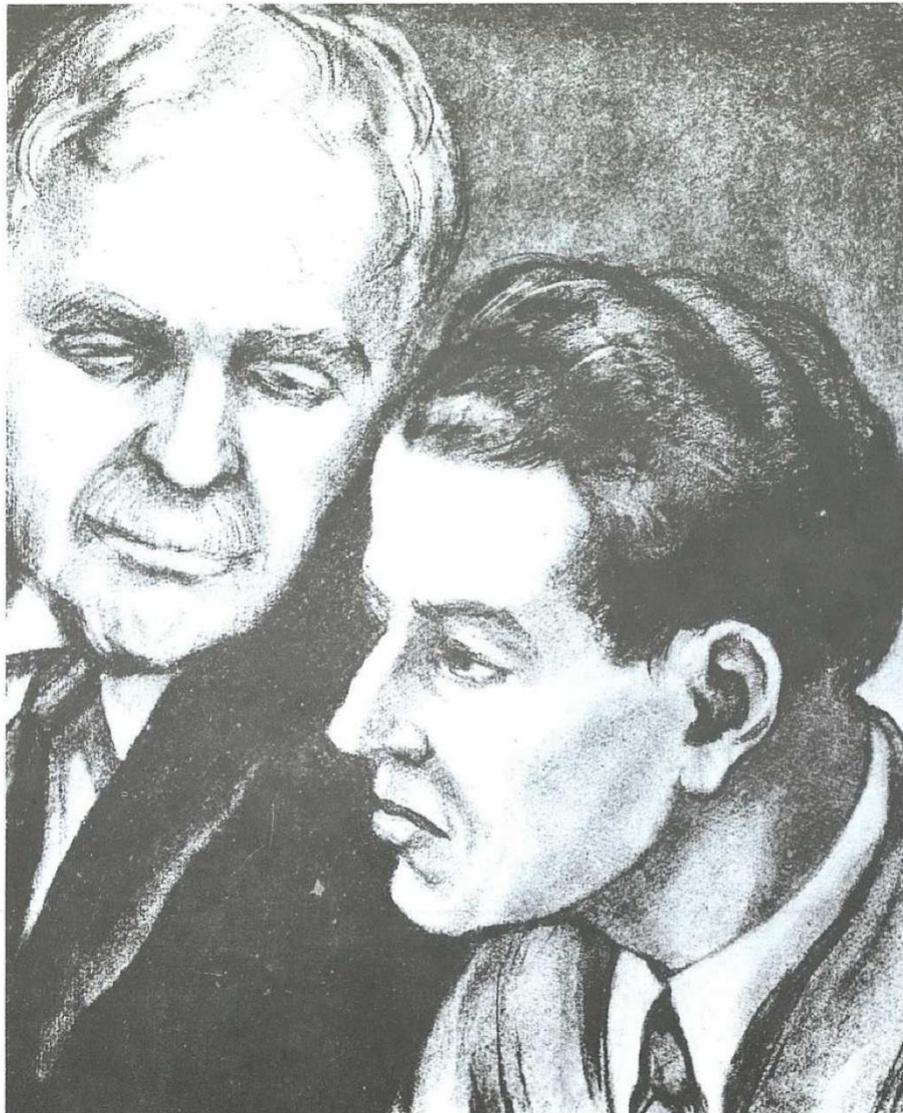












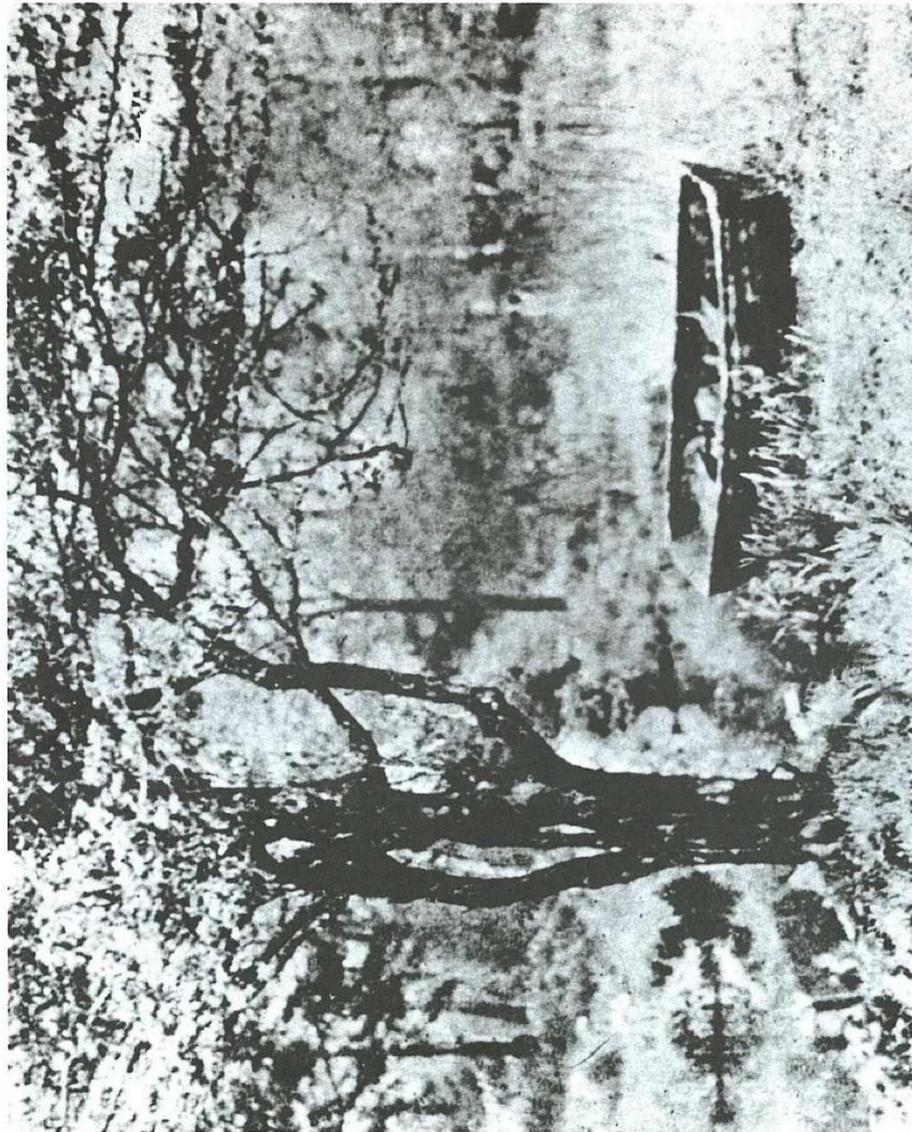


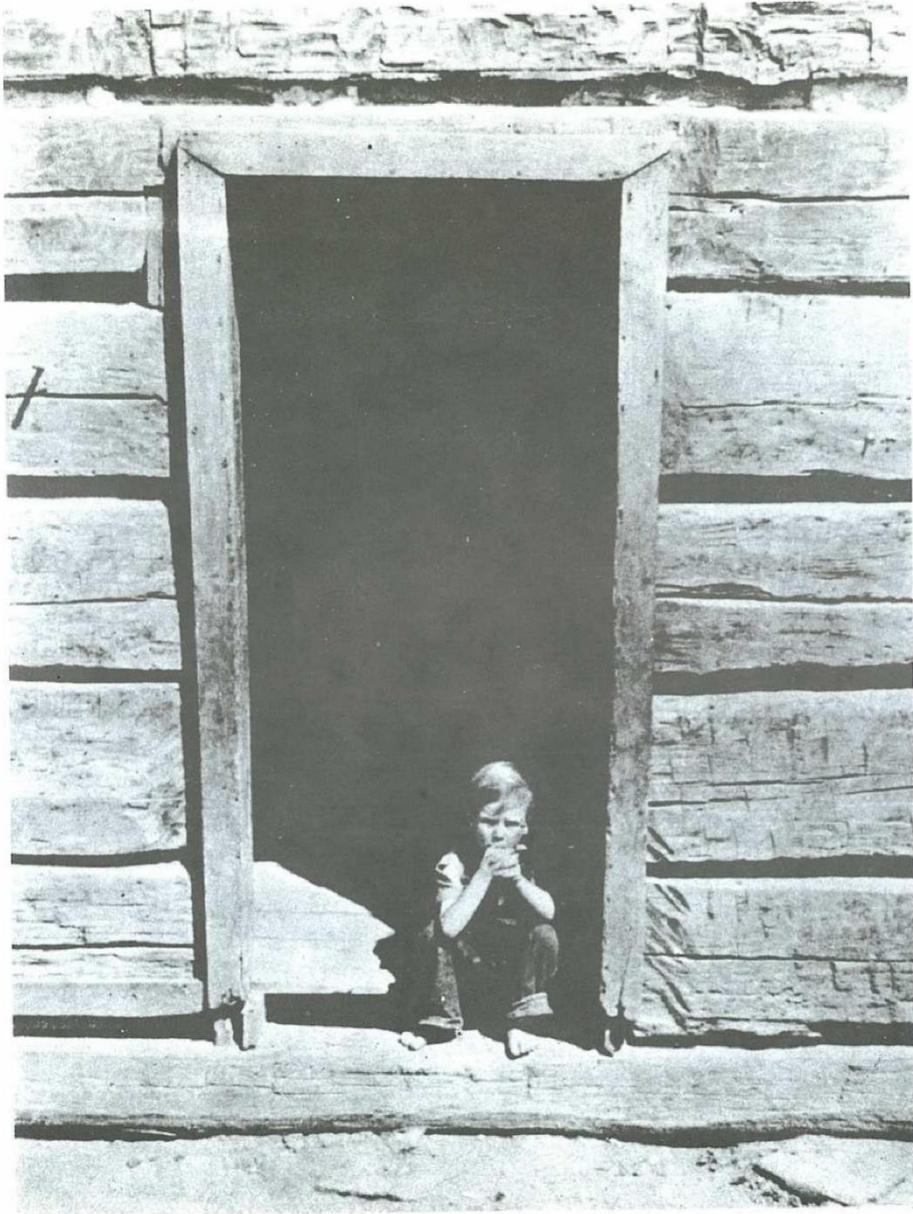


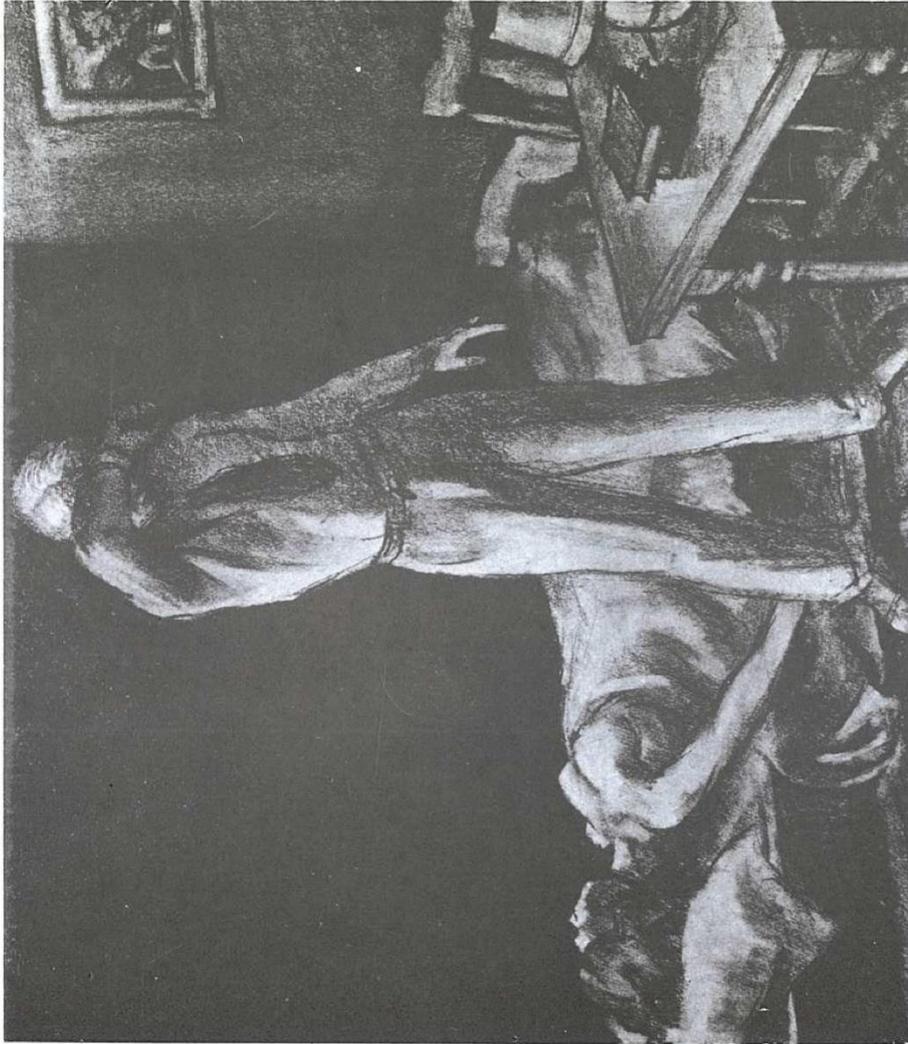




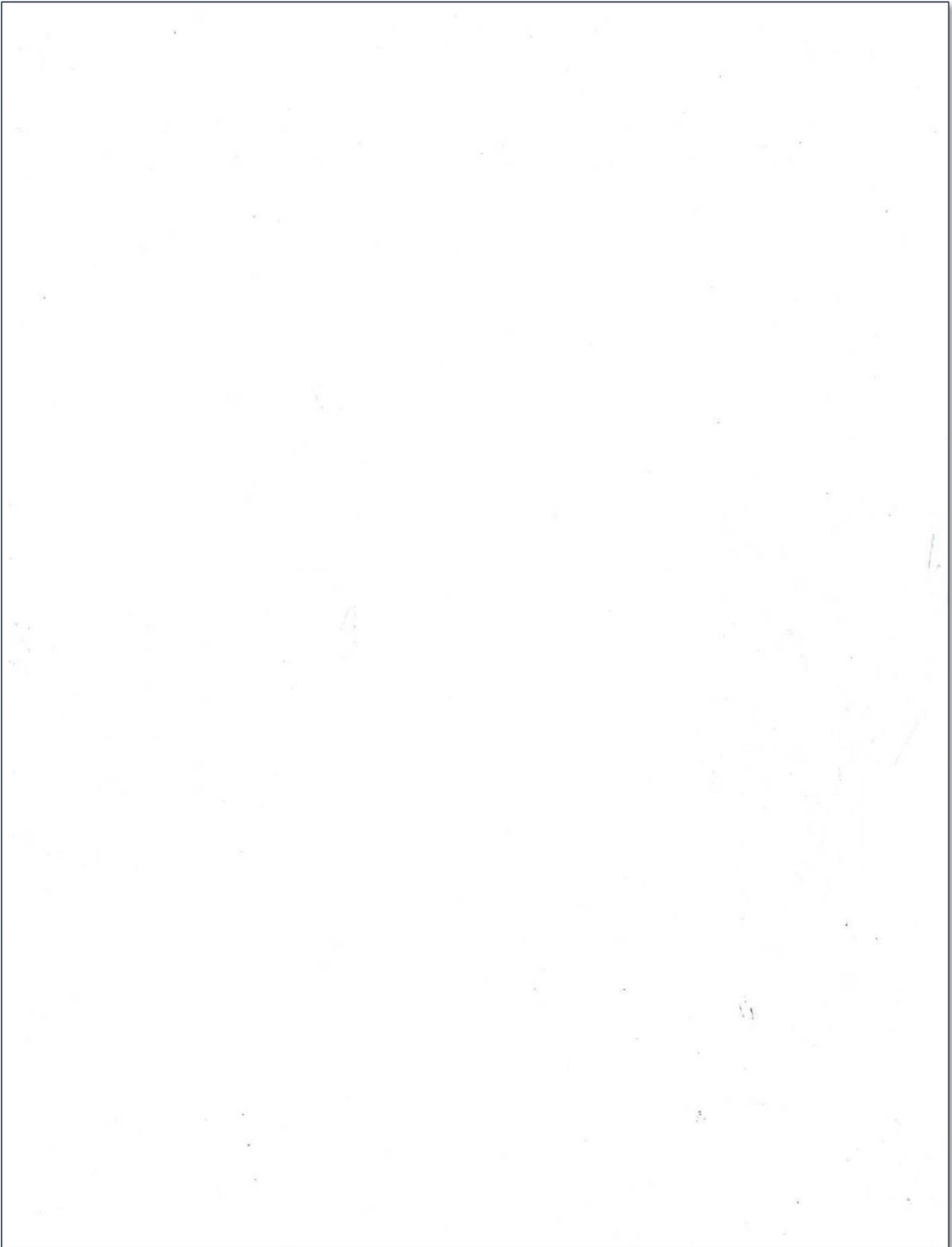












## Annexe3 : Feuille de dépouillement TAT

## FEUILLE DE DÉPOUILLEMENT

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité)	PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)	PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaire)
A0 Confictualisation intra - personnelle.	B0 Confictualisation inter - personnelle	C/P	E
A1 1 - Histoire construite proche du thème basal. 2 - Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. 3 - Intégration de références sociales et du sens commun.	B1 1 - Histoire construite autour d' une fantaisie personnelle. 2 - Introduction de personnages non figurant sur l'image. 3 - Identifications souples et diffusées. 4 - Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus.	1 - Ttl long et/ou silences importants intra - récit. 2 - Tendance générale à la restriction. 3 - Anonymat des personnages. 4 - Moitfs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages. 5 - Nécessité de poser des questions. Tendance refus. 6 - Evocation d'éléments anxigènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours.	1 - Scotomes d'objets manifestes. 2 - Perception de détails rares et/ou bizarres. 3 - Justifications arbitraires à partir de ces détails. 4 - Fausses perceptions. 5 - Perception sensorielle. 6 - Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés).
A2 1 - Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), Y compris expressions et postures. 2 - Justification des interprétations par ces détails. 3 - Précautions verbales. 4 - Eloignement temporo - spatial. 5 - Précisions chiffrées. 6 - Héitations entre interprétations différées. 7 - Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. 8 - Remâchage, rumination. 9 - Annulation. 10 - Eléments de type formation réactionnelle (propriété, ordre, aide, devoir, économie, etc.). 11 - Dénégation. 12 - Insistance sur le fait. 13 - Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). 14 - Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). 15 - Isolement des éléments ou des personnages. 16 - Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré. 17 - Accent porté sur les conflits intra - personnels. 18 - Affects exprimés à minima.	B2 1 - Entrée directe dans l'expression. 2 - Histoire à rebondissement. Fabulation loin de l'image. 3 - Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue. 4 - Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. 5 - Dramatisation. 6 - Représentations contrastées. Altérnance entre des états émotionnels opposés. 7 - Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. 8 - Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles. 9 - Erotisation des relations, préférence de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. 10 - Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. 11 - Instabilité dans les identifications. Héitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages. 12 - Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fure etc. 13 - Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	C/N 1 - Accent porté sur l'éprouvé subjectif (Non relationnel) 2 - Références personnelles ou autobiographiques. 3 - Affect - titre. 4 - Posture significative d'affects. 5 - Accent mis sur les qualités sensorielles. 6 - Insistance sur le repérage des limites et des contours. 7 - Relations spéculatives. 8 - Mise en tableau. 9 - Critiques de Soi. 10 - Détails narcissiques. Idéalisation de Soi. C/M 1 - Surinvestissement de la fonction d'évayage de l'objet. 2 - Idéalisation de l'Objet (Valence positive ou négative). 3 - Priouettes, virevoltes. C/C 1 - Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. 2 - Demandes faites au clinicien. 3 - Critiques du matériel et/ou de la situation. 4 - Ironie, déision. 5 - Clin d'oeil au clinicien. C/F 1 - Accrochage au contenu manifeste. 2 - Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. 3 - Accent porté sur le faire. 4 - Appel à des normes extérieures. 5 - Affects de circonstance.	7 - Inadéquation du thème au stimulus Fabulation hors image. Abstraction, symbolisme hermétiq. 8 - Expressions "crues" liées à une thématique sexuelle ou agressive. 9 - Expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniacque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.) 10 - Persévération, 11 - Confusion des identités ("Télescope des rôles) 12 - Instabilité des objets. 13 - Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. 14 - Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. 15 - Civiage de l'objet. 16 - Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiologies ou attitudes. 17 - Craquages verbaux (Troubles de la syntaxe) 18 - Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-tête. 19 - Associations courtes. 20 - Vague, indétermination, flou du discours.

## TAT Wahid 47 ans

### Planche 1

2'' Un enfant triste, devant lui un violon, il pense à que ce qu'il va chanter aujourd'hui.1'5''

### Planche 2

12''Une élève terminale, c'est une fille de la montagne, son père travaille la terre, pour faire vivre sa famille, des anciennes maisons à l'arrière, la maman voudrait voir sa fille réussir dans la vie.2'5''

### Planche 3

5''Ce noir est un tombeau, une fille qui pleure sur la tombe de sa mère, elle est vraiment triste et désespérée.1'55''

### Planche 4

4''Un homme et sa femme, l'homme va se quereller avec quelqu'un et elle le retient.1'15''

### Planche 5

6''C'est une chambre d'un enfant, la mère le regarde pour voir s'il lit ou dort, sa mère est un peu âgée, elle est fatiguée.1'58'

### Planche 6BM

9''Un homme et sa mère, peut être est-elle en colère envers lui ?, l'homme veut demander l'excuse, mais elle le regarde pas et lui il attend. Cet homme est un enseignant qui occupe un poste prestigieux, car il porte un costum et il est bien habillé.3'12''

### Planche 7BM

5''Deux personnes, un père et son fils, il lui donne des conseils sur l'avenir, et le fils l'écoute attentivement.1'7''

### Planche 8BM

3''Dans une chambre, il y a des hommes, l'un est blessé, les deux veulent lui retirer la balle, car il n'y'a pas d'hôpital à proximité. Ce petit c'est son enfant, il s'inquiète pour lui, il pleure.2'15''

### Planche 10

7''Deux personnes, un homme et sa femme, l'homme donne un bisou à sa femme sur le front , et les deux s'embrassent, après une longue absence. Il est revenu du travail.2'29''

**Planche**

**11**

12''Un pont et un vallée, le blanc est une cascade, ici des rochers, au loin il y a des arbres, c'est le soir.1'49''

**Planche 12BG**

2''Je vois des arbres, la neige blanche, il y a une barque qui est pleine de neige, elle est vide.59''

**Planche 13B**

3''Une petite maison des années 50, elle est ancienne, un petit enfant assis sur le sol, pauvre, pieds nus. Il est tout seul , sans parents, il est dans la misère.2'13''

**Planche 13MF**

7'' Dans une chambre à coucher, il y a deux personnes, une homme et son épouse, la femme dort, l'homme est debout, il va s'habiller, il veut aller travailler, il n'arrivait pas à dormir assez et se fortrait les yeux.3'16''

**Planche 19**

12''Une montagne pleine de neige, il y a beaucoup de pierres qui tombent par terre, c'est une image floue.2'15''

**Planche 16**

16''Je vois une grande salle, mon fils et son binôme, c'est la journée de sa soutenance, au dessous de la salle c'est notre famille de près et de loin ses amies. Au centre, il y a des tables, des gâteaux, boissons et sur le coté les membres du jury, et au fondmon petit fils.4'55''

Temps total : 34'5''

## TAT Saida 42 ans

### Planche 1 :

2" Un garçon, la tête entre ses petits mains, regarde une guitare posée devant lui sur une table, ce petit choisit une des meilleures chansons pour la chanter à sa mère comme un cadeau pour la fête des mères, pour la remercier de veiller tard et de travailler dur pour le faire vieillir.1'2"

### Planche 2 :

6" Une famille dans la montagne, une femme enceinte appuyée sur un arbre, ses mains sur son ventre. Sa fille la regarde, elle a des livres à la main, c'est une étudiante, elle veut partir à l'école. L'homme travaille la terre, il est le chef de la famille, son cheval l'aide dans son travail, au loin, il ya des montagnes couvertes de neige.4'33"

### Planche 3 :

8" Un garçon était allongé sur le lit, et puis est tombé par terre, personne ne l'a vu, peut être que personne n'est à la maison. Ouh mon petit !, je pense il est handicapé, soit quelqu'un vient l'aider, ou il reste sur la même position.1'55"

### Planche 4 :

3" Un couple, un homme qui fuit et une femme essaye de le retenir et lui demande ce qui ne va pas. Mais il ne la regarde pas, ça peut que cela revienne plus tard ou que ne se produise pas.2'46"

### Planche 5 :

5" Une maison, personne n'est à l'intérieur de cette maison, juste cette vieille femme qui regarde à l'intérieur de la chambre, elle veut quelqu'un. Mais elle ne le trouve pas, puis elle sort.1'27"

### Planche 6 GF :

2" Une jeune fille et un homme plus âgé d'elle, qu'il a dit quelque chose et la fille le regarde d'une manière bizarre. Ce regard ne me plaît pas, elle a porté une robe blanche, elle est attirante. Voilà, cet homme fume une cigarette, je pense il lui a dit quelque chose de mauvais. 3'45"

### Planche 7GF :

4" Une fille et la substitue de sa maman, les deux sont assises sur un lit, sur les mains de la fille une poupée, et sur les mains de la dame un livre, cette dernière dit : « allez, lis un peu, ne joue pas tout le temps, ok ma petite », mais cette fille est triste, elle pense peut être sa mère.3'7"

**Planche 8BM :**

32'' ...Deux infirmiers, un homme malade, il est allongé sur une table ancienne, et une chambre déserte, ce petit là, porté un costume noir, il ne veut pas regarder en arrière, il est inquiet pour son père. Il prie dieu de ce guérir.4'15''

**Planche 9BM :**

9'Une fille cachée derrière un arbre, ses livres à la main, alors qu'autre fille est sur une route, elle se créait et ne lâchait pas, elle avance juste, je pense elle a un objectif en tête. 2'3''

**Planche 10 :**

13''Une mère et son fils, il était à l'étranger, puis est revenu, il est heureux, sa mère le tient dans ses bras, sa famille est de retour attendant son tour pour le voir.2'44''

**Planche 11 :**

30''...Une ancienne route où il y a des rochers, dans une grande forêt, il y a des animaux sauvages, ce blanc c'est une cascade, c'est un lieu de désertion.3'28''

**Planche 12BG :**

16''En hiver, voilà la chute de neige, il y a des arbres mais pas d'animaux, au centre c'est un petit pont noir plein d'eau, les feuilles sont partout.2'9''

**Planche 13MF :**

12''Une chambre, où la femme dort sur un lit, elle est malade, et son mari lui a attrapé la tête, va-t-elle'en remettre ou pas ?, maintenant il veut aller chez le médecin pour qu'il puisse venir la voir. Ne veut pas qu'il lui arrive quelque chose.4'2''

**Planche 13B :**

12''Une maison ancienne, la porte est ouverte, l'enfant est assis sur le bord de la porte. Il veut passer le temps, en regardant les enfants qui jouent sur la route devant lui, il voudrait bien jouer avec eux, mais ils refusent, car il est pauvre.3'32''

**Planche 19 :**

10'Une voiture, grande voiture, qui a fait un accident, il n'y a personne autour d'elle, les gens qui sont à l'intérieur certains sont vivants, et le chauffeur est mort.3'12''

**Planche 16 :**

20''Je veux voir la mer, voir les gens qui nagent, des petits enfants et leurs parents sous les parasols de la mer, je resterais là bas jusqu'à ce que je sois rassasiée, le soir je vais raconter tout à ma famille pour qu'on puisse répartir ensemble la prochaine fois.4'10''

Temps total : 50'16''

## TAT Hamid 49 ans

### Planche 1

8" Un enfant, l'innocence, l'enfance c'est une bonne image, je crois qu'il pense à ses parents, une bonne image, c'est difficile un peu, la souffrance, à côté de lui je ne sais pas c'est quoi, un sac à dos. Non je n'ai pas compris, c'est tout.2'30"

### Planche 2

30" ..., une femme, un homme avec un cheval, travaille le jardin, c'est tout. la nature, les montagnes à côté de l'arbre une statue je crois, ou bien c'est une femme enceinte, cette fille avec ses livres elle me semble qu'elle est cultivée, c'est tout ce que j'ai compris.2'15"

### Planche 3 BM

6" le désespoir, la tristesse, l'inconfort, c'est une image qui exprime la tragédie, c'est une femme ou bien, je ne sais pas, c'est la fatigue, ou bien elle est entrain de dormir, assise sur le sol, à la maison . Dehors, un lieu public.2'5"

### Planche 4

10" Ici un homme et une femme, il me semble que l'homme néglige la femme, elle essaye de le séduire, comme si l'homme sa conscience est ailleurs, comme je vois la femme, elle est modeste, belle, c'est l'affection en quelque sorte, je pense que leur relation n'est pas vraiment mauvaise, il ne déteste pas la femme, mais il ya quelque chose qui le rend mal à l'aise, c'est tout.3'2"

### Planche 5

30"... Celui là c'est une cuisine, ou bien c'est une chambre. La femme ouvre la porte d'une chambre, je vois une table pleine de livres, je pense qu'elle voulait prendre quelque chose, non elle a entendu un bruit, cette dame est une femme au foyer.4'1"

### Planche 6 BM

4" Une vieille femme et un jeune, il ya une relation familiale, je pense qu'ils ont des différentes mentalités, la femme est très sage une génération différente, chacun comment voit les choses, mais comme même il ya le respect entre eux malgré leur différence d'âge.3'12"

**Planche 7BM**

15" Ah !c'est une image comme si le père et son fils ensemble, un climat familial, joyeux les deux sont bien, je vois une bonne relation.3'1"

**Planche 8BM**

30"... Oh ! je ne sais pas, une image de guerre ..., une arme, un blessé, cet homme debout je ne sais pas si il le soigne ou bien, c'est une image d'un soldat, je vois de la violence, je pense l'homme derrière est un infirmier, ou il est venu avec lui c'est tout, j'ai pas compris c'est quoi ca, mais le médecin est mal à l'aise.2'1'

**Planche 10**

9" Je ne sais pas si c'est un homme, ou une femme, l'homme entrain d'embrasser la femme ou l'homme je ne sais pas, l'essentiel je vois une bonne image, la tendresse, une image qui symbolise l'affection c'est tout.1'3"

**Planche 11**

30"... C'est quoi ça ! Une carte de géographie ou bien, ca m'étonné, je vois des îles, la mer, la terre, c'est une image de satellite je crois, ce lui là c'est un bateau, c'est une anarchie, ce n'est pas une bonne chose, tout est détruit.2'32"

**Planche 12BG**

7" Un paysage naturel, c'est une bonne image, un petit bateau je ne sais pas si il ya la mer ou non, il ya du calme pas de pollution, c'est tout.3'40"

**Planche 13B**

5" Ah ! Un enfant assis, la pauvreté je dirais l'innocence, c'est un plaisir, malgré le lieu qui n'est pas beau, mais c'est lui qui est beau, derrière lui je dirais une obscurité, c'est un enfant qui voit le futur, ah dieu ! La meilleure photo que j'ai adore, comme mon enfant, il me semble qu'il souffre, mais il à l'espoir.2'30"

**Planche 13MF**

15" Deux personnages, une femme sur le lit et un homme je pense qu'il veut partir parce qu'il est habillé, la femme je dirais qu'elle est fatiguée, une image qui exprime la maladie, l'homme a une vitalité, par contre la femme je crois qu'elle est trop fatiguée.4'2"

**Planche19**

10" Ah ! Je ne sais pas c'est quoi, je crois c'est la mer, je dirais des lettres H, M, les vagues, il me semble celui là que c'est un pigeon, je vois des bateaux qui naviguent sur l'eau, je ne sais pas, cette image m'a fatigué, ou bien quelqu'un qui entrain de dessiner, c'est tout. 3'30"

**Planche16**

13" Ah d'accord ! je dirais l'enfance, ou bien un vieux , le passé, une image dans les années 70, Un fusil, si c'est pas l'enfance dans le passé, c'est les deux ensembles, je ne sais pas, c'est tout.2'1"

Temps Total

41'49"

## TAT Djamila 32 ans

### Planche1

5" Je vois un garçon, A coté de lui des livres, il me semble qu'il est entrain d'écrire ou bien il dessine, ou bien je ne sais pas d'après son visage il pense a beaucoup de chose, il me semble qu'il est triste, je dirais qu'il à des mauvaise notes, c'est tous. 1'20"

### Planche 2

10" Une femme je dirais qu'il travail la terre, je ne vois pas bien, cette fille a pris quelque chose dans ces mains, des livres je ne sais pas, c'est tous.1'30"

### Planche 3BM

7" Une personne, je ne sais pas si c'est une femme ou bien c'est un homme, l'essentiel il me semble qu'il est triste, ou bien il pleurs assis , non il est entrain de dormir, il est fatigué, c'est tous.2'10"

### Planche 4

30" ... Deux personnage, une femme et un homme cet homme il fait peur, je dirais qu'il est nerveux la veut l'embrassé ou bien je ne sais pas, je crois que l'homme veut partir mais la femme le retient, il n'a pas l'air de l'écouter, la femme essaye de le rapprocher de force, c'est tous que j'ai compris.3'2"

### Planche 5

12" Une femme qui a été occupé dans la cuisine, soudain a entendu un bruit, je crois dans sa chambre puis il a ouvert la porte tout doucement, et le bruit ou bien le crie vient de l'un de ces petit enfant qui a 4 ans disent dieu merci ce n'est pas quelque chose de grave. 3'1'.

### Planche 6GF

... 30 je ne sais pas

### Planche 7GF

15" Deux personnage une fille et l'autre je ne sais pas si c'est un homme ou bien une femme, les deux sont assis sur un fouteuille, cette femme est entrain de dire quelque chose a

cette fille, mais la fille il me semble qu'elle est nerveuse, leurs relation je dirais est mal alaise , c'est tous.3'

**Planche 9GF**

30" ... je voie deux femme je dirais dans le même âge, la fille debout a pris quelque chose dans ces mains et l'autre elle est assis, je pense que la femme debout est dans un restaurant ou bien un café , elle parle l'autre femme, mais cette dernière la néglige, c'est tous.2'30"

**Planche 10**

5" Un père et son fils, l'un embrasse l'autre je dirais une sorte d'affect entre eux, le fils à manqué son père, c'est tous que j'ai concernant cette image. 1'21"

**Planche 11**

20" Je ne sais pas c'est quoi ca ! je n'ai rien compris concernant cette image, elle est sombre je vois des rochet, ce lui la je pense que c'est un aigle, un oiseau je ne sais pas, derrière sont des arbres, ah ! Elle m'a fatigué, je n'ai rien compris c'est du l'eau, c'est tous.3'11"

**Planche 12BG**

5" Des arbres, les fleurs, non ou bien c'est la neige un bateau, c'est un beau paysage, la nature il fait beau il attire l'attention. C'est tous.2'

**Planche 13B**

...30", je ne sais pas

**Planche 13MF**

30"... Deux personnage, la femme sur le lit, je pense qu'elle est mort et l'homme à l'air dégouté, il a mit ces mains sur sa tête, il pleur je crois, il est peur, il a besoins d'aide, une image triste, C'est tous.2'20"

**Planche 19**

15"Une maison plein de neige, une porte comme si c'est une lettre « H » une fenêtre comme « U » noir et blanc, en haut comme si un canard il à une bouche, des yeux, au centre je vois des lettres M, C, L, E, c'est tous.2'40"

**Planche 16**

12" Un jardin plein de fleurs des arbres, une maison au centre les oiseaux une petite piscine,  
il n'ya pas de bruit, la montagne à coté, c'est tous.2'32"

Temps totale : 29'15"

## **Résumé**

L'insuffisance rénale chronique terminale, est une maladie résultante de la destruction progressive du rein. Elle conduit le malade à deux types de traitements, l'hémodialyse et/ou la dialyse péritonéale, et/ou la transplantation rénale qui assure plus au moins une vie de longue durée. Autrement dit, si le malade ne se soigne pas, c'est le coma et la mort assurés en quelques jours. L'hémodialyse est le traitement majeur de l'insuffisance rénale chronique, environ 85% personnes atteint de cette maladie est sous hémodialyse.

Le malade traité par l'hémodialyse est dans l'obligation d'observer un traitement strict pour s'assurer la stabilité la fonction rénale du malade.

L'inobservance thérapeutique, dans les maladies chroniques, pose un problème crucial est représente un problème de santé public. Dans le traitement par l'hémodialyse, le problème d'inobservance des médicaments et de régime alimentaire est constaté. Dans cette étude, notre population d'étude porte sur quatre cas hémodialysés, afin d'apprécier leur qualité d'observance thérapeutique, voici nos interrogations

**La nature de la mentalisation des hémodialysés a-t-elle une influence sur l'observance thérapeutique ?**

**La qualité de l'apport de l'environnement influe-t-elle sur l'observance thérapeutique chez les hémodialysés**

Afin de répondre à ces questions, on a adopté la méthode clinique dont les techniques utilisées sont ; l'entretien clinique semi directif, et un test projectif, le Thématic Apperception Test (TAT). En se référant dans notre recherche à la théorie psychosomatique de P. Marty, on a constaté que les hémodialysés n'ont pas les mêmes caractéristiques du fonctionnement mental. Nous pouvons les classer selon leurs qualités mentales ; bonne mentalisation, mentalisation incertaine, mauvaise mentalisation. Cette variable indépendante influe sur la variable dépendante à savoir l'observance ou l'inobservance thérapeutique. Toutefois cette relation n'est pas linéaire parce que la qualité de l'environnement favorable ou défavorable influe aussi sur la qualité d'observance. Par conséquent, l'attitude de l'observance thérapeutique est multifactoriel, principalement liée à la nature du fonctionnement mental du l'hémodialysés et à son environnement.

### Abstract

The terminal chronic renal failure is a disease resulting in the progressive destruction of the kidney. It leads the patient to two types of treatments, hemodialysis and / or peritoneal dialysis and / or kidney transplantation, which provides long-term life. In other words, if the patient can not be treated, it is the insured coma and death within days. Hemodialysis is the major treatment of chronic kidney disease, about 85% people suffering from this disease on hemodialysis.

The patient treated by hemodialysis is obliged to observe strict treatment to ensure the stability of renal function of the patient.

Therapeutic non-compliance in chronic diseases poses a crucial problem is a public health problem. In hemodialysis treatment, the problem of noncompliance with medication and diet is found. In this study, our study population includes four hemodialysis case in order to assess their quality of adherence, here are our questions

- **The nature of mentalizing hemodialysis affect adherence ?**
- **The quality of contribution of the environment does influence on the adherence in hemodialysis ?**

To answer these questions, we adopted the clinical method whose techniques are used ; semi-directive clinical interview and a projective test, the Thématic Apperception Test (TAT). Referring in our search for psychosomatic theory Marty, it was found that hemodialysis does not have the same characteristics of mental functioning. We can classify them according to their mental qualities ; good mentalizing, uncertain mentalizing, poor mentalizing. This independent variable influences the dependent variable namely compliance or therapeutic noncompliance. However this relationship is not linear because the quality of the favorable or unfavorable environment also affects the quality of compliance. Therefore, the attitude of adherence is multifactorial, mainly due to the nature of the mental functioning of the hemodialysis and its environment.