



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

Mémoire de fin de cycle

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN PSYCHOLOGIE

Option : Psychologie clinique

Thème

La vie sexuelle chez les femmes hémodialysées

*Etude de quatre (04) cas au niveau de l'EPH Kherrata
et de la Clinique Privée Orchidée d'Aokas*

Réalisé par

KHOUFACHE Samia
SAADI Samira

Encadré par :

Pr SAHRAOUI Antissar

2021-2022

Remerciements

Avant tout, nous aimerions remercier le Seigneur de nous avoir donné la volonté et la patience de pouvoir mener ce travail à bon terme.

Au terme de ce modeste travail nous tenons à exprimer notre profonde gratitude et nos sincères remerciements au professeur I. Sahraoui pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer, et de nous avoir éclairé dans notre démarche de recherche par sa disponibilité et ses précieux conseils, aussi pour tout ce qu'elle nous a transmis comme savoir.

Nos remerciements à toute l'équipe du service néphrologie et à au psychologue M. OUAZEN MOHAND de nous avoir guidé durant notre stage pratique.

Ainsi qu'aux personnes malades qui nous ont fait confiance et leur consentement durant notre recherche.

A tous ceux qui nous ont apporté leurs soutiens et encouragements durant la réalisation de ce modeste travail.

Sans oublier de remercier également tous nos enseignants.

Merci à tous

Dédicaces

A ma chère mère à qui je dois tout, pour ce qu'elle a fait pour moi, son soutien, son amour et ses sacrifices que Dieu la garde pour moi.

A mon cher père, source de mon existence, celui qui m'a accompagné durant tout mon parcours, je lui dis MERCI pour son soutien, que Dieu le protège.

A mon mari qui m'a toujours soutenu dans mes études ;

A mes filles : FIROUZ, ARIMAS, MAYSSA source de mon inspiration ;

A mes chers frères Kamel, Rachid, Khaled ;

A mes sœurs Ratiba, Salima, Ghania, Sabiha, Khadjidja, Fariza

A mes amis Farah, Samia, zoubida tout la famille Saadi, Zouaoui ;

Saadi Samira

Dédicaces

Je remercie Allah pour le courage et la volonté qu'il m'a donné pour achever ce travail de tout mon cœur.

Je dédie ce modeste travail à :

Mon chère « papa » qui m'aime beaucoup qui nous a quitté, que Dieu l'accueille dans son vaste paradis ;

A ma mère que j'aime plus et je prie Dieu pour qu'elle me la garde ;

A mes chers frères ;

A ma très chère sœur ;

Je tiens à remercier mon encadreur SAHRAOUI. I ;

Enfin je remercie tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Zhoufache Samia

Liste des abréviations

APS Algérie Presse Service

DP Dialyse Péritonéale

DPA Préférentiellement Chez le Sujet âgé à Domicile

DPCA Dialyse Péritonéale Continue en Ambulatoire

DSM Manuel Diagnostique et Statistiques des Troubles Mentaux

FNAIR Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux

HD Hémodialyse

HTA Hyper Tension Artérielle

IRA Insuffisance Rénale Aigue.

IRCT Insuffisance Rénale Chronique Terminale.

L'EPH Etablissement Public Hospitalier

L'OMS Organisation Mondiale de la Santé

RND Registre National des Dialysés

TAT Thematic Aperception Test

TCC Thérapie Cognitivo-Comportementale

Unicef United Nations International Children's Emergency Fund

Liste des tableaux

| | |
|--|-----|
| Tableau 1 : Représentation de notre population d'étude----- | 47 |
| Tableau 2 : Ordre de présentation des planches en fonction du sexe féminin ----- | 55 |
| Tableau 3 : Cas de Lydia ----- | 77 |
| Tableau 4 : Cas de Malika ----- | 89 |
| Tableau 5 : Cas de Fatima----- | 99 |
| Tableau 6 : Cas de Soraya----- | 116 |

Liste des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Anatomie du rein. ----- | 06 |
| Figure 02 : Physiologies du rein. ----- | 06 |
| Figure 03 : Principes d'hémodialyse. ----- | 13 |
| Figure 04 : Transplantation rénale. ----- | 14 |

Sommaire

| | |
|-----------------------------|----|
| Introduction générale | 01 |
|-----------------------------|----|

Partie théorique

Chapitre I : Le côté médical de l'insuffisance Rénale Chronique Terminale

| | |
|--|----|
| Introduction | 05 |
| 1 Le rein | 05 |
| 2 Fonctionnement du rein dans le corps | 07 |
| 3 Maladies des reins | 07 |
| 4 L'insuffisance rénale chronique | 08 |
| 5 Les types de IRC | 08 |
| 6 L'Étiologie- de l'insuffisance rénale chronique terminale..... | 09 |
| 7 Les symptômes et les complications de l'IRCT | 10 |
| 8 Le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale | 11 |
| Conclusion | |

Chapitre II : Le coté psychologique de l'insuffisance rénale chronique

| | |
|---|----|
| Introduction..... | 16 |
| 1 L'annonce de la maladie..... | 16 |
| 2 Les mécanismes de défense utilisés par le sujet..... | 16 |
| 3 Les contraintes liées à la dialyse | 18 |
| 4 Les relations des hémodialysés | 20 |
| 5 La dépression chez les patients en insuffisances rénale chronique | 21 |
| 6 La prise en charge..... | 22 |
| Conclusion | 22 |

Chapitre III : La sexualité féminine et la psychanalyse

| | |
|---|----|
| 1 Introduction..... | 24 |
| 2 La sexualité..... | 24 |
| 3 Le désir sexuel féminin (la libido) | 26 |
| 4 Le comportement sexuel normal | 27 |
| 5 Les facteurs de troubles sexuels..... | 28 |
| 6 La sexualité en psychanalyse | 28 |
| 7 Le dysfonctionnement de la sexualité et l'insuffisance rénale | 32 |

| | |
|--|----|
| 8 La prise en charge des troubles sexuelles chez LIRCT ----- | 33 |
| Conclusion ----- | 33 |

Chapitre IV problématique et hypothèse

| | |
|----------------------------------|----|
| Problématique et hypothèse ----- | 37 |
|----------------------------------|----|

Partie pratique

Chapitre V : Méthodologie de recherche

| | |
|---|----|
| Introduction ----- | 45 |
| I Présentation de déroulement de la recherche, lieux de la recherche et la population d'étude.45 | |
| 1. La présentation de lieu de la recherche ----- | 45 |
| 2. Le déroulement de la recherche ----- | 46 |
| 3. La population d'étude ----- | 47 |
| II Présentation des techniques utilisées ----- | 48 |
| 1. La méthode clinique ----- | 48 |
| 2. L'entretien clinique ----- | 49 |
| 3. thématique apperception test (TAT) ----- | 53 |
| III la méthode d'analyse des données ----- | 58 |
| 1 Les données de l'entretien ----- | 58 |
| 1.1 La santé physique actuelle et antérieure ----- | 58 |
| 1.2 La santé psychologique ----- | 59 |
| 1.3 Les caractéristiques de la relation d'objets et vie sexuelle ----- | 59 |
| 2 L'analyse de TAT ----- | 59 |
| A/ Le regroupement des procédés défensive présents ----- | 59 |
| B/ le repérage de la lisibilité ----- | 60 |
| C/ les mécanismes de défense ----- | 61 |
| D/ les problématiques ----- | 63 |
| 3 l'opérationnalisation de l'expression de la sexualité à partir du TAT ----- | 64 |
| 4 la méthode suivie dans la présentation des cas ----- | 65 |
| Conclusion ----- | 65 |

Chapitre VI Présentation et analyse de résultats

| | |
|---|-----------|
| Présentation et analyse de résultats | 67 |
|---|-----------|

Chapitre VII Discussion des hypothèses

| | |
|---------------------------------|-----|
| Discussion des hypothèses | 118 |
|---------------------------------|-----|

| | |
|----------------------------------|------------|
| Conclusion générale | 122 |
|----------------------------------|------------|

Bibliographie

Annexes

Liste des tableaux

Introduction générale

Le rein est un organe vital de l'organisme. Il assure la fonction de la régulation du volume extracellulaire, de maintien de l'hémostase acido-basique et l'élimination des déchets du corps. Cependant cet organe est menacé par l'insuffisance rénale où il cesse de fonctionner adéquatement, il est donc responsable des conséquences souvent désastreuses.

En effet, L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), est une maladie irréversible elle est définie comme une diminution permanente du débit de la filtration glomérulaire, aussi par la persistance de marqueurs d'atteinte rénale. Cette pathologie se caractérise aussi par la réduction de la capacité du rein à assurer la filtration et l'élimination des impuretés se trouvant dans le sang ; à contrôler l'équilibre du corps en eau et en sel et à réguler la pression sanguine. Elle ne peut être diagnostiquée qu'à un stade très avancée.

Ses causes sont diverses les plus souvent sont liées au diabète et l'Hyper Tension Artérielle et parfois inconnues, mêlant des facteurs génétiques, environnementaux et dégénératifs, aussi, ces complications associées découlent de la variété des fonctions remplies par les reins.

Actuellement, la technique de la dialyse et la greffe de rein sont les traitements les plus fréquents de cette maladie chronique.

Aujourd'hui, l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), partout dans le monde, constitue un problème majeur, qu'il convient de prendre en considération vu que sa fréquence augmente d'année en année. En effet, l'Algérie ne fait pas exception, elle est également affectée par cette maladie. Le nombre total des personnes atteintes de cette maladie en Algérie, selon une estimation effectuée fin 2018 par le Registre National des Dialysés, publié sur le site de l'APS, s'élève à 23, 527 dialysés, dont 22 667 hémodialysés dans, recensés dans près de 380 centres publics et privés de dialyse. Outre ce nombre d'hémodialysés, l'Algérie compte 860 insuffisants rénaux chronique, traités par la dialyse péritonéale. Tout en tenant que le nombre des insuffisants rénaux suivis en dialyse a doublé, passant de 1,500 à 3,000 nouveaux cas chaque année.

Du coup, l'annonce de la maladie chronique constitue un véritable choc pour le malade et sa famille. Sachant qu'il est malade, le patient va mettre en œuvre différents mécanismes de

défenses...progressivement, il va déployer des stratégies d'adaptation qui peuvent avoir des conséquences sur son entourage et sa vie de couple, souvent, la maladie chronique aura des incidences sur la vie sexuelle du malade.

En tenant compte de la prise en charge de cette maladie chronique qui ignore souvent les lourdes conséquences néfastes de celle-ci sur la sexualité. Ainsi, les troubles sexuels ont souvent du mal à être exprimés ou à être évoqués aisément par les malades, car le sujet est souvent considéré comme un tabou, tandis qu'il constitue un aspect essentiel dans la considération de la qualité de vie, notamment son côté relationnel.

En effet, il est certain que les troubles de la sexualité sont fréquents et inévitables au cours de l'insuffisance rénale, ils s'aggravent au fur et à mesure que la maladie s'aggrave elle aussi. En effet, chez les femmes dialysées souffrent de dysfonctionnements sexuels sont constatés et diagnostiqués à des degrés divers, telles qu'une sécheresse vaginale « le manque de lubrification vaginale peut rendre la pénétration douloureuse » ; le vaginisme « la contraction incontrôlée des muscles périnéaux et vaginaux rend la pénétration impossible » ; la dyspareunie ; « la pénétration provoque des douleurs vaginale plus ou moins intense » ; l'anorgasmie « il s'agit d'une absence d'orgasme vaginal » ; la frigidité « il s'agit d'une absence totale de plaisir » ; interruption du cycle menstruel ; la perte de sensations : « il s'agit d'un manque de réaction face à la stimulation ».

Ainsi, l'origine des troubles sexuels est multifactorielle : organique d'une part et psychologique d'autre part, en rapport avec la maladie causale, l'urémie et d'autres comorbidités inhérentes.

Ainsi, Le vécu psychologique des (IRCT) dialysés est très difficile et se caractérise par de nombreux bouleversements et de modifications radicales dans leurs vies. Les modifications de l'image ou des capacités du corps retentissent sur le psychisme, à travers notamment l'anxiété ou encore la perte d'estime de soi, et sont ainsi source d'un mal-être psychologiques qui peut affecter l'exercice de la sexualité, cette représentation est présente chez la majorité des femmes. Pour ces raisons nous jugeons très impératif d'aborder ou d'appréhender cet espace particulier de la vie des hémodialysés femmes qui est la fonction sexuelle.

Notre recherche porte sur le thème « la vie sexuelle chez les femmes atteintes de l'insuffisance rénale chronique terminale ». Exige l'utilisation de l'approche psychanalytique comme arrière-plan et constitue un cadre de référence dans notre recherche car elle traite la

relation à l'objet dans toutes ses dimensions de façon profonde. Notre objet d'étude est de déterminer les caractéristiques de la vie sexuelle chez ces femmes afin de les prendre en charge.

Concernant la partie pratique, nous avons choisi comme terrain d'étude l'Etablissement Public Hospitalier (L'EPH) de Kharrata et la clinique privée d'orchidée d'Aokas.

De ce fait, notre recherche s'est appuyée sur un plan de travail qui comporte les parties et les chapitres suivants :

❖ **Partie théorique**

Chapitre I : Coté médicale de l'insuffisance rénale chronique terminale

Chapitre II : Coté psychologique de l'insuffisance rénale chronique terminale

Chapitre III : Sexualité féminine et psychanalyse

Chapitre IV : Problématique et Hypothèses

Chapitre V : Méthodologique de recherche

❖ **Partie pratique**

Chapitre VI : Présentation et analyse des résultats

Chapitre VII : Discussion des Hypothèses

Partie théorique

Chapitre I
Coté médicale de l'insuffisance rénale
chronique terminale

Préambule

L'insuffisance rénale chronique est une maladie des reins, son intensité peut être légère à grave et fréquente, son évolution est silencieuse où la fonction de filtration des reins se détériore, malheureusement dans sa phase terminale, conduit à un risque de décès.

La maladie rénale est courante et apparait habituellement en parallèle avec d'autres maladies chroniques, elle croit plusieurs risques de complications que nous allons aborder plus loin.

Cette maladie est devenue un véritable problème de santé publique qui a une lourde répercussion sur la vie quotidienne du malade ; d'où la prise en charge médicale et l'accès aux soins posent de gros problèmes aux malades.

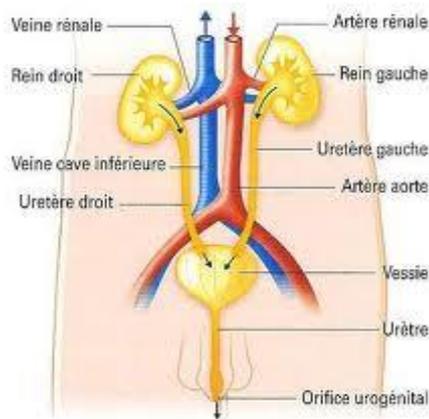
1. Le rein

- **Définition du rein**

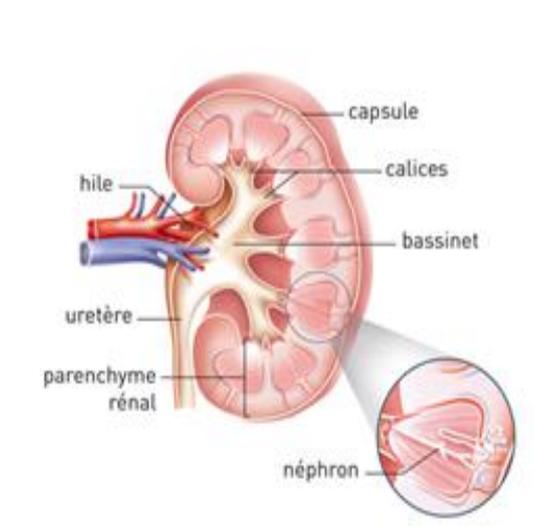
Les reins en nombre de deux, sont situés dans les fosses lombaires à la hauteur des premières vertèbres lombaires et des deux dernières côtes - sous le foie pour le rein droit, contre la rate pour le rein gauche - Il a une forme ovale aplatie caractéristique, entouré d'un tissu cellulo-adipeux, constitué de deux zones distinctes ; une partie centrale (médullaire) qui comprend les pyramides rénales et une partie périphérique (le cortex) qui comprend des tubules disposés irrégulièrement (tubules rénaux) entourées d'un grand nombre de capsules rénale formées de capillaires issues de l'artère rénale (Morin et coll, 1995 , p.805)

- **L'anatomie du rein**

Les reins sont deux organes qui sont localisés derrière l'abdomen, de part et d'autre de la colonne vertébrale. Chaque rein pèse environ 160 grammes et mesure 12 cm de long et 6 cm de large et en forme d'abricot, est enveloppé d'une capsule fibreuse résistante et inextensible qui contient le parenchyme tissu fonctionnel rénale, les branches de division des vaisseaux rénaux, les voies excrétrices intra rénale (les calices et une partie de bassinnet), que prolongent les voies excrétrices extra rénales (autre partie du bassinnet, l'uretère, la vessie).

**Figure 1 : Anatomie du rein**

Le parenchyme rénal est constitué de deux zones : le cortex, en périphérie, et la médullaire ; au centre. La fonction essentielle de ce tissu, où se trouve le néphron formé chacun d'un glomérule et d'un tube urinifère est l'élaboration de l'urine. Le parenchyme rénal est abondamment vascularisé par une ou deux artères selon les sujets, qui naissent directement de l'aorte, et par une ou deux veines, qui se jettent dans la veine cave intérieure. (Morin et coll,1995, p.885)

**Figure 02 : Physiologie du Rein**

2.Fonctionnement du rein dans le corps

Les principales fonctions du rein sont multiples :

- L'élaboration de l'urine à partir du sang, ce qui permet d'éliminer les déchets et de maintenir constant le milieu intérieur du corps (équilibre acidobasique du sang) :
- La sécrétion d'érythropoïétine, une hormone qui permet la maturation des globules rouges dans la moelle osseuse ;
- La sécrétion de rénine, une enzyme servant à réguler la pression artérielle ;
- La transformation de la vitamine D en sa forme active ((Morin et collaborateurs,1995, Larousse médical. Paris, France)
- On peut dire donc que les reins ont pour mission quotidienne de pomper quelque 189 litres de sang à travers 225km de canaux et des millions de filtres « néphron ». (Boubchir. 2004, p.22)

Autres fonction rénales :

Régulation de la Tension Artérielle ; donc le rein joue un rôle primordial dans la régulation de la pression Artérielle :

- Par la production des hormones (rénine, bradykinines) qui entraînent une vasoconstriction ou une vasodilatation
- Par la régulation de la bonne quantité d'eau et de sodium ou sel dans l'organisme.

3.Maladies des reins

De nombreuses maladies sont à l'origine d'une atteinte rénale. Elles peuvent être congénitales, héréditaires ou acquises et toucher les différentes parties du rein, infection à répétition, calculs urinaires malformation des voies urinaires. Par ailleurs l'utilisation sur long terme de certains médicaments comme les anti inflammatoires ou l'exposition à des toxiques peuvent entraîner une altération de la fonction rénale.

Toutes ces maladies peuvent conduire à plus ou moins longue échéance à l'insuffisance rénale chronique c'est-à-dire à la diminution progressive et irréversible de la capacité de filtration du rein (Charlène et coll. 2018, p.11).

4.L'insuffisance rénale chronique

- **Définition**

Réduction de la capacité des reins à assurer la filtration et l'élimination des produits de déchets du sang, à contrôler l'équilibre du corps en eau et en sels et à régulariser la pression sanguine.

L'insuffisance rénale résulte d'affections qui atteignent les reins, caractérisé par une diminution du nombre de néphrons, ces unités fonctionnelles dont l'élément principal est le glomérule, petite sphère où s'effectue la filtration du sang et où s'élabore l'urine primitive, elle se traduit par une élévation des taux sanguins de créatinine et d'urée. (Ybert et coll. p.523).

- **L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)**

Dans cette insuffisance rénale, autrefois appelée mal de Bright, l'atteinte glomérulaire est irréversible ; son degré de la gravité est cependant variable. L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est caractérisée par la diminution de la filtration glomérulaire en rapport avec une réduction permanente par le nombre de néphroses fonctionnels, l'évaluation clinique est typiquement progressive avec une perte régulière et inexorable du nombre de néphroses fonctionnels aboutissant à l'insuffisance rénale dite terminale.

5.Les types de IRCT

On peut définir deux types de l'insuffisance rénale

A – l'insuffisance rénale aiguë (IRA)

L'insuffisance rénale aiguë est un syndrome clinique caractérisé par une réduction immédiate des fonctions rénales, dont les causes peuvent être aussi bien rénales qu'extra-rénales, menant à une hausse rapide de l'urée sanguine et les autres produits métaboliques.

Selon les mécanismes en cause, on distingue trois types de l'insuffisance rénale aiguë

L'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle due à une diminution du volume sanguin, l'insuffisance rénale organique due à des altérations anatomiques des tubules (nécrose tubulaire aiguë), l'insuffisance rénale aiguë obstructive liée à la survenue d'un obstacle (tumeur) sur les voies excrétrices. (Issabelle. 2010, p.525)

La réduction prolongée de la fonction du rein au-dessous de 5% (DFG inférieure à 5ml/min) est incompatible avec la vie. Dans la plupart des cas d'IRA, la reprise de la fonction rénale a lieu. Dans les 15 ou 20 jours qui suivent le début de la maladie, avec un rétablissement presque toujours total. (Catizon.1982, p.15).

B –l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

L'insuffisance rénale chronique terminale est la perte de la fonction rénale provoquant de graves altération dans les compositions des liquides de l'organisme. Au niveau de la première phase de la néphropathie, la réduction des fonctions rénales sera compensée, c'est-à-dire que le rein, même s'il ne fonctionne pas à 100%, aura encore une fonction permettant de protéger l'organisme de manifestations générales importantes. Pendant que la maladie rénale avance, et que le débit de filtration glomérulaire diminue, on atteindra la phase de décompensation de L'IRC, caractérisée par la chute de la clairance de la créatinine en dessous des 40ml/mi. Il y aura alors accumulation dans le sang de substances que le rein n'élimine plus en quantité suffisante, et l'équilibre acide-base hydro sodé sera altéré. (Catizone.1982, p. 18)

6. L'Étiologie- de l'insuffisance rénale chronique terminale

Elle est multiple, presque toutes les maladies atteignant les reins peuvent évoluer vers une insuffisance rénale chronique. On les range en deux catégories :

- Les maladies rénales à proprement parler, elles atteignent exclusivement les reins ou non (diabète) ;
- Les maladies des voies excrétrices (calices, bassinet, uretère, vessie), congénitale (malformation par exemple) ou acquises (tumeur de la vessie par exemple).
- Le Diabète et Hypertension Artérielle sont les principales causes de LIRCT ; c'est un des pathologies entraînant des lésions vasculaires qui altèrent la fonction des reins.

- Les glomérulonéphrites primaires
- La polykystose rénale
- La pyélonéphrite

Aussi, d'autres causes peuvent conduire à l'insuffisance rénale :

- Le syndrome d'Alport
- Néphropathie glomérulaires secondaires
- Le lupus érythémateux disséminé

7. Les symptômes et les complications de l'insuffisance rénale chronique terminale :

A / les symptômes de L'IRCT

La maladie rénale peut provoquer l'apparition de nombreuses manifestations, nous pouvons citer quelques-unes

- Une fatigue intense ;
- Troubles de sommeil altérant la qualité de vie ;
- Douleurs abdominales ;
- Troubles digestifs ; nausées, vomissements ;
- Manque d'appétit.
- Essoufflement
- Yeux enfoncés
- Nycturie (se lever fréquemment la nuit pour uriner)

B /les complications de L'IRCT

- L'Hypertension artérielle ;
- Les troubles cardiovasculaires ;
- Les troubles de métabolismes phosphocalcique ;
- Une anémie sévère ;
- Hyperkaliémie (Moulin et Marie .2012,p 185)

8. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale

Le traitement de l'insuffisance rénale comporte plusieurs volets. En dehors de la transplantation rénale on trouve : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse qui permettent d'assurer la suppléance de la fonction rénale, en suite de quoi, offrir une meilleure qualité de vie possible

- **La dialyse péritonéale (DP)**

C'est une technique qui permet la prise en charge du patient de manière autonome ou à l'aide d'une tierce personne.

Technique de dialyse utilisant comme membrane d'échange et de filtration une enveloppe interne du corps, péritoine.

La dialyse péritonéale fut d'abord employée pour le traitement des insuffisances rénales aiguës, puis plus récemment, du fait de la bonne résistance du péritoine, pour celui des insuffisances rénales chroniques. Le péritoine (membrane à double feuillet qui tapisse la cavité abdominale et les organes qu'elle contient et dont l'une des faces est parcourue par de nombreux capillaires sanguins) est utilisé comme système de filtrage naturel lors de cette technique d'épuration extrarénale. Les échanges d'eau ou de substances dissoutes (sodium, potassium, calcium) s'effectuent alors entre le sang contenu dans les capillaires péritonéaux et le dialysat, préparé à l'avance dans une poche en plastique ; celui-ci est introduit dans la cavité péritonéale par un cathéter en silicone implanté chirurgicalement dans la paroi abdominale, qui sert également à son évacuation. L'introduction du dialysat dans la cavité péritonéale et sa vidange sont facilitées par l'utilisation de machines automatique. Une fois infusée, le dialysat est jeté et remplacé par un dialysat frais. (Olmer. 2007, P.9).

On distingue deux modes de traitement intra-péritonéaux :

- La dialyse péritonéale continue en ambulatoire DPCA notamment DPA préférentiellement chez le sujet âgé à domicile
- La dialyse péritonéale automatisée DPA préférentiellement chez le sujet jeune à l'aide d'un secteur au cours de la nuit préservant l'activité quotidienne du patient.

- **Hémodialyse**

Définition

L'hémodialyse(HD) est un circuit extra corporel permettant d'élimination des déchets métaboliques et de maintien l'équilibre hydro-électrolytique grâce à un échange de solutés et d'eau entre le sang du malade et un dialysant

L'hémodialyse 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).

L'hémodialyse est la technique de dialyse qui permet les durées de survie dans la technique les plus longues (jusqu'à 20 ans et plus), et la plus coûteuse ;

Principes

Deux types d'échanges sont utilisés pour le traitement par l'hémodialyse :

- **Des transferts diffusifs** selon les gradients de concentration permettent la diffusion des molécules dissoutes, au travers d'une membrane semi-perméable mettant en contact le sang et un bain de dialyse de composition contrôlée,
- **Des transferts convectifs** des molécules dissoutes dans le sang sont réalisés par ultrafiltration résultant de l'application d'une pression hydrostatique positive au travers de la même membrane semi-perméable. Ceci permet d'obtenir une soustraction nette de liquide, nécessaire chez les patients aériques et l'élimination concomitante par convection des substances dissoutes.
- **Réalisation pratique**

Les séances d'hémodialyse sont réalisées en général 3 fois par semaine, et durent chacune 4 à 5 heures. L'hémodialyse nécessite :

- Une circulation extracorporelle,
- Un générateur d'hémodialyse et un dialyseur (membrane) permettant la réalisation des échanges selon les principes définis ci-dessus,
- Une installation de traitement de l'eau ; (Bruno et Marie. 2016, p.246)

L'hémodialyse chronique permet, grâce aux 3 séances hebdomadaires : -de contrôler les volumes liquidiens en ramenant le patient à un poids idéal théorique – dit « poids sec » – correspondant à un état d'hydratation et une pression artérielle normale, -de soustraire les différentes molécules à élimination urinaire comme l'urée, la créatinine ou d'autres toxiques, -de corriger les différentes anomalies électrolytiques induites par l'IRC terminale

(Hyperkaliémie, acidose métabolique, hypocalcémie, dysnatrémies) ; Le régime alimentaire des patients hémodialysés comprend : -une restriction hydrique de 500 ml + le volume de la diurèse résiduelle, -une alimentation peu salée, -des apports protéiques de 1,2 g/kg/jour, -des apports caloriques de 30 à 35 kcal/kg/jour.



Figure 03 : Principes d'hémodialyse

- **La greffe rénale**

La greffe rénale est une intervention chirurgicale qui vise à remplacer le rein malade par un seul rein sain. Le rein à greffer peut provenir d'un donneur décédé d'arrêt cardiaque ou de mort cérébrale ou d'un donneur vivant, de la même famille ou non.

Lorsqu'elle est possible, Cette technique est considérée comme le meilleur traitement dont les reins ne fonctionnent plus, elle comporte la meilleure qualité de vie et la meilleure espérance de vie supérieure, d'une mobilité cardio vasculaire moindre et d'un cout de traitement inférieur après la première année. (Bruno et Marie. 2016, p.246).



Figure 04 : Transplantation rénale

Synthèse

Les reins sont des organes indispensables à la vie, ils jouent un rôle vital en gardant le corps humain en équilibre. Ils amusent un rôle de filtration, en éliminant les déchets (urée et créatinine) transportés par le sang et les évacue dans l'urine, en maintenant la quantité constante de l'eau et des sels minéraux dans l'organisme ...etc.

Quand les reins ne fonctionnent pas correctement des maladies apparaissent, leur gravité va de plus simple, dites aiguës, qui apparaissent soudainement et ne durent que peu de temps, au plus complexe, dites chroniques, qu'aucun traitement ne peut guérir et qui progressent jusqu'au stade terminal, qui indique la fin de toute fonction des reins, qui se solde par la mort du patient si aucun traitement n'est appliqué. A ce dernier stade, de gros moyens sont nécessaires pour maintenir en vie les malades souffrant d'insuffisance rénale chronique terminale, la dialyse ou la greffe rénale.

Chapitre II
Coté psychologique de l'insuffisance rénale
chronique terminale

Préambule

La maladie rénale est souvent la plus silencieuse des maladies, s'installe petite à petite d'une manière définitive pendant longtemps, et son annonce constitue un véritable choc traumatique pour le patient. En effet, le recours à la dialyse ou la greffe rénale semble nécessaire pour rester en vie.

Le vécu psychologique des IRC des dialysés est difficile et se diffère d'un cas à l'autre. Il se caractérise par des répercussions sur de nombreux aspects, non seulement pour les malades mais aussi pour leurs entourages. Cette situation bouleverse radicalement leurs qualités de vie émotionnelles, relationnelles et socioprofessionnelles.

1.L'annonce de la maladie

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

2.Les mécanismes de défense utilisés par le sujet

- **Le déni**

L'un des premiers mécanismes de défense que le malade utilise suite à l'annonce de la dialyse est le déni. Évidemment, toute personne qui apprend une telle nouvelle, il ne peut l'assimiler à son champ cognitif et la nie. C'est pourquoi, en dépit des symptômes évidents, le sujet tarde à se faire soigner, et à éviter d'aller consulter. Puisque pour lui la maladie n'existera pas. Ainsi, il préfère à vivre de la tranquillité. Ce mécanisme lui permet de se voiler la face et de minimiser la gravité de sa maladie afin de la rendre plus tolérable.

- **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 dialyse, 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'autonomie qu'il n'ont plus, réalisant mieux la précarité de leur état et de leur avenir. (Boubechir. 2020, p.5).

- **L'isolation**

Il s'agit de scinder la pulsion en séparant la représentation de l'affect. La représentation peut ainsi demeurer dans le conscient car elle est désamorcée de charge affective. Le sujet peut apparaître plus logique. Afin de ne pas être touché par l'angoisse que lui cause sa maladie, il réagit par l'isolation. C'est un mécanisme de défense qui consiste à séparer une pensée ou un comportement de son caractère émotif et à couper les connexions avec d'autres pensées perturbatrices ou avec d'autres expériences de la vie de la personne qui pourraient y être reliées. Les affects du sujet sont bloqués, il demeure toutes fois conscient de ce qui lui arrive, mais il en souffre moins.

- **Le clivage**

Le clivage est un autre mécanisme de défense qu'utilise le sujet. Lorsque la situation devient particulièrement difficile, au lieu de s'angoisser en regardant les côtés négatifs des son sort, il a besoin de ne voir surtout que les côtés positifs.

Le clivage, particulièrement le clivage de l'objet, est ce mécanisme qui sous l'influence de l'angoisse, permet au sujet de n'accepter, à la fois, que les côtés négatifs ou les côtés positifs d'une situation, alors que ces deux aspects coexistent en même temps. C'est un des mécanismes les plus importants pour le développement de la personnalité.

- **Le marchandage**

Cette étape correspond à l'expérience de la résistance ou le patient tente de transformer la réalité et cherche un moyen de résoudre le problème, de retarder l'échéance en échange d'un changement de comportement ou en cherchant des recettes miraculeuses.

- **La dépréciation**

Les jours où le sujet devient dépressif, il a tendance à se déprécier, à se voir sans valeur. Il déclare que sa vie est finie, que même s'il répondra favorablement aux traitements, il ne pourrait plus être comme avant sur le plan sexuel et relationnel. Ainsi, la maladie rénale est souvent la plus silencieuse des maladies, s'installe petite à petite d'une manière définitive pendant longtemps, et son annonce constitue un véritable choc traumatique pour le patient. En effet, le recours à la dialyse ou la greffe rénale semblent nécessaires pour rester en vie. A dépréciation est un des mécanismes caractéristiques de l'état dépressif.

- **L'espoir**

L'espoir se présente dans toutes les phases de la maladie et demeure jusqu'au dernier instant. L'annonce de la maladie, et le passage à la dialyse sont des moments clés qui se déroulent dans une relation où le patient a toujours espéré pouvoir repousser cette échéance.

Dans cette période le patient doit réinventer une manière de vivre, d'une part construire ses propres normes tout en restant ouvert à la relation de soin auquel le sujet fait face.

D'autre part surmonter ses propres barrières, la barrière de refus et d'ignorance de la maladie ; prendre en considération les exigences pratiques, la relation thérapeutique et enfin le dialogue avec les acteurs médicaux. (Kubler et Kessler.2009, p.43).

3. Les contraintes liées à la dialyse

3-1 Le problème du rapport du temps chez les personnes dialysées

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 elle sert. C'est le rôle du psychologue aussi bien les soignants : on peut par exemple rappeler qu'avant d'être en dialyse, le patient était beaucoup plus fatigué, et donc 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.

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, confrontés 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).

3-2 Régimes et les contraintes alimentaires

Les contraintes alimentaires sont tout aussi importantes que les contraintes en terme de temps que nous venons d'évoquer. Les restrictions sur les patients sur les prises de nourriture et de d'eau sont difficiles, surtout chez les personnes âgées. Car manger et boire représentent des sources de plaisir immédiats : c'est le principe de plaisir versus le principe de réalité. Les personnes dialysées ont peu de sources de plaisir immédiat car les séances de dialyse tous les

deux jours les rappellent sans cesse à la réalité, c'est-à-dire le potentiel mortel que représente leur maladie s'ils ne se rendent pas en dialyse.

Les transgressions alimentaires, hydriques et l'insuffisance de compliançe au traitement médicamenteux sont des façons de retrouver une certaine autonomie, une certaine identité de récupérer un pouvoir sur les choses. Donc c'est comme, être dans la vie active, en un mot, vivre comme tout le monde être normal comme les gens, qui n'ont pas à subir les contraintes de la dialyse, et c'est probablement ce dont ils souffrent le plus, le sentiment d'être différent des jeunes de leurs âge (Lefebvre, G. 2005, p.2).

3-3-Problématique du corps

3-3-1 L'image du corps

L'image du corps se définit comme la perception inconsciente que nous avons de notre corps, par opposition au schéma corporel qui représente l'image consciente. Nous avons tous le même schéma corporel mais pas tous la même image du corps. La maladie peut entraîner une dépréciation corporelle, le sujet en vient à considérer son corps comme incomplet, craint que celui-ci ne soit déformé.

Exemple de cette femme de 45 ans très sportive, qui avait jusqu'ici l'habitude de courir en compétition, qui espère ne pas rester trop longtemps en dialyse car elle craint que la fistule ne finisse pas grossir et ne déforme son bras car elle a remarqué que d'autres patientes, en dialyse depuis plus longtemps qu'elle, avaient complètement déformé.

En effet, chaque ponction entraîne une petite blessure qui laisse des traces. Cela peut provoquer une blessure narcissique importante, d'autant que, face à l'image abîmée de son corps, le dialysé peut en arriver à craindre le regard de l'autre. Le patient a un gros travail à faire sur lui-même car il doit accepter et la maladie, et le traitement qui l'accompagne. (Lefebvre . 2005, p.2).

3-3-2 Le corps morcelé

En hémodialyse, voir son sang à l'extérieur du corps ainsi que la machine, considérée comme le « le bon rein », pose le problème de l'intégrité corporelle de la nouvelle dimension morcelée du corps : c'est ta dire qu'il y a un reversement du dehors et du dedans : le rein artificiel est hors du corps. « Le mauvais rein » ou « rein mort » est à l'intérieur. Cette vision au début est souvent traumatisante et occasionne une modification du vécu corporel.

L'introduction du cathéter dans la peau est vécue comme une répétition du « trou » occasionné par le rein défaillant. Il en va de même pour le péritoine percé qui soulève des inquiétudes au sujet de l'intégrité du corps.

3-3-3 Fantômes d'effraction

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

3-3-4 Corps déformé, mutilé

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

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

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

4. Les relations des hémodialysés

4-1 La relation avec le personnel soignant

Les patients se plaignent de la difficulté à obtenir des informations sur la maladie ou des explications concernant les décisions médicales. Ils ont l'impression d'être traités comme s'ils étaient incapables de comprendre. Le personnel soignant a des difficultés à prendre en compte l'avis du patient, ce dernier souhaite simplement que son expérience et la connaissance de son corps soient reconnues au lieu d'être contestées et corrigées de manière autoritaire et dogmatique. Il existe une relation de domination du personnel soignant sur le patient hémodialysé qui ne peut que se soumettre au traitement. Cette relation autoritaire du personnel soignant est décrite par différents auteurs qui précisent « la force est du côté de ceux qui soignent, la faiblesse du côté de ceux qui évoquées que par les soignants ». (Ledey et coll.2006, PP .27-28).

4 -2 la relation de couple

De nombreux auteurs attestent des perturbations majeures de la vie de couple chez le souffrant. L'intimité et la relation des deux souffrent de la dialyse du premier.

C. Dunemann et F. Libion soulignent que le changement de caractère du patient ou la nécessité pour le conjoint d'assurer un soutien moral soutenu rend difficiles des relations de couple. Cela pouvant aller jusqu'à l'absence de toute vie sexuelle et de tout sentiment amoureux. Les soignants évoquent le dysfonctionnement sexuel, la modification du comportement du conjoint et les obstacles à la procréation.

4 -3 Les relations familiale et sociale

L'organisation de la vie quotidienne est une situation difficile à gérer pour les patients. Le rythme régulier des dialyses et leur durée perturbent la vie du patient qui doit planifier son emploi du temps.

Le traitement se répercute aussi sur la vie familiale et sociale. Le temps libre est limité. Les loisirs sont modifiés et le cercle des amis se réduit. L'absence du foyer provoquée par le traitement peut entraîner des modifications des rôles au sein de la famille. La dialyse nécessite une organisation durable qui implique toute la famille. Donc le soutien psychologique de l'entourage aide le patient à faire face aux contraintes de la maladie, et aussi le soutien familial est décrit comme un facteur essentiel à l'adaptation à la maladie et à son traitement. C'est grâce au soutien de la famille que le patient fait le mieux face à la chronicité.

5.La dépression chez les patients en insuffisances rénale chronique

La dépression est une affection courante. Selon les estimations de L'OMS 350 millions de personnes en souffrances, et il existe une interdépendance entre la dépression et la santé physique. L'évolution de la pathologie dépressive parfois aggravé par l'existence de certaines maladies chroniques. De même, les sujets présentant un état dépressif associé connaissent une évaluation plus sévère de leur pathologie somatique, avec un risque de décès accru. Pour les patients en insuffisance rénale au stade de la dialyse la sévérité des symptômes dépressifs est associée à une mortalité élevée.

Il existe de nombreux signes de la dépression-t-elle que :

- Perte d'intérêt envers les amis ou les activités ;

- Difficulté à s'endormir, changement de sommeil, interruption du sommeil ou augmentation anormal de sommeil
- Changement dans les habitudes alimentaires et des modifications involontaires du poids;
- perte d'intérêt envers les caresses ou les relations sexuelles ;
- Des images de soi dévalorisées et des pensées suicidaires.

6.La prise en charge

La thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une méthode psychothérapeutique structuré, de durée généralement brève. Ces thérapies sont reconnues en terme d'amélioration des performances physiques, de vie sociale et de la qualité de vie des patients, et aussi elle fait initialement l'objet de multiple travaux dans le traitement des patients qui souffrent des troubles dépressifs et anxieux, comme il est connu que la plupart des insuffisants rénaux développent ces derniers.

•TCC vise à mettre en disposition des patients souffrant d'une douleur chronique de meilleure outils pour faire face à leur souffrance et à ses conséquences dans la vie quotidienne.

•La TCC a pour but non pas de tant de faire disparaître les douleurs, mais bien plutôt d'aider les patients à mieux gérer ces douleurs et leurs conséquences négatives. (Chassot, et coll .2009, PP.7-8-9).

Synthèse

Les patientes insuffisantes rénaux terminaux souffrent d'une maladie chronique et mortelle qui révèle la perte de la fonction vitale assurée par le rein. Ces patients n'ont pas d'autre choix que la dialyse, la greffe ou la mort. Ils se trouve alors dans la situation de survivant, voire de mort vivant, et certains parmi eux présente des états traumatiques extrêmes soit épisodiquement, soit chronique.

*Chapitre III : Sexualité féminine et
Psychanalyse*

Préambule

La sexualité est une composante fondamentale, indispensable à l'épanouissement de l'être humain. Elle est considérée par l'OMS comme partie intégrante de bonne santé, et les dysfonctions sexuelles sont susceptibles d'impacter la qualité de vie.

Comme toute atteinte organique chronique, l'insuffisance rénale va entraîner dans sa période terminale de grave perturbation de la sexualité, Les patients souffrants de l'insuffisance rénale chronique terminale sont plus largement atteints de dysfonction sexuelles, la prévalence de troubles de la sexualité s'avère chez eux à la fois plus fréquente mais aussi plus lourde de conséquences sur le plan émotionnel, relationnel et sur la qualité de vie et sur la libido.

1.La sexualité

- **Définitions**

Selon le dictionnaire médicale Larousse en définit comme ensemble de phénomènes rattaché à la vie sexuelle, la sexualité intéresse à la fois le corps (ensemble des organes et des caractères liés à la fonction sexuelle) et esprit (érotisme, sensualité, sentiment, amoureux).la vie sexuelle débute dès la première enfance. Dans la première année la vie, la zone buccale est la source de toutes les satisfactions (succion de sein maternelle), dès la 2 et la 3 année l'intérêt se déplace sur la zone anale (l'apprentissage de la propreté). Puis, entre 3 à 5 ans les organes génitaux deviennent prédominant enfin à la l'âge de 6 ans s'installe une apparente mise en sommeil de la poussée sexuelle (période de latence) qui se trouve brutalement se réactivée à la puberté. (Morin et coll.1995, P.940)

- **Selon l'OMS**

La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et la qualité de vie dans leurs ensembles. C'est une étape de bien-être physique, émotionnel, mentale et social en relation avec la sexualité, et ne pas simplement l'absence de maladies de dysfonctionnement ou d'infinités.la santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sures sans contrainte, discrimination et violence pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droit de tous les individus doivent être respectés et protégés. (Benoit. 2017, p.7).

- **La santé sexuelle**

Le concept de la santé sexuelle, mis en avant dans les années 1972 à 1975 par l'OMS, a vu le jour dans le prolongement de la dynamique initiée en 1946 avec la définition de la santé par l'OMS.

Selon l'OMS « la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité ». (Carlotta. 2016, p.13).

2. Le désir sexuel féminin (la libido)

Le désir est un élément moteur de l'activité sexuelle, il s'agit de la première phase de l'activité sexuelle. La question de désir est vaste, quant au désir sexuel est la réponse complexe le désir est par essence irrationnel, indicible, magique, éphémère, indomptable, vivant. Il nous fait pétiller lorsqu'il est là ou crée un vide ou une amertume quand il s'endort, voire disparaît.

Selon le DSM V, les désordres du désir sexuel ou les changements psychophysiologiques qui caractérisent le cycle de réponse sexuel, définissent des dysfonctionnements sexuels, qui sont à l'origine d'une souffrance marquée et des difficultés interpersonnelles. (Grandivallet. 2008, p.136)

À cet effet, Le désir sexuel est un des aspects importants de la vie psychologique. Il est au cœur de toute relation amoureuse. Il est l'ingrédient de base de la passion amoureuse. Ne pas désirer quelqu'un est souvent vécu comme un indice parmi d'autres d'une relation amoureuse et ou conjugale non fonctionnelle. C'est donc un indicateur de première importance de la présence d'un dysfonctionnement conjugal et de la présence de problèmes sexuels dans le couple. Il fait partie d'une combinaison d'éléments essentiels qui permettent l'existence et le maintien de l'amour sans lesquels une relation amoureuse est compromise ou tout au moins pourra induire une détresse importante au sein de couple.

3.La réponse sexuelle

La réaction sexuelle a été expliquée dans des différentes phases

- **Le désir**

Elle décrit comme une attirance, un appétit ou un besoin sexuel d'intensité variable. Le désir précède l'excitation et conditionne les autres phases en ce sens qu'une perturbation du désir peut en altérer le déroulement. Par ailleurs, il ne faut pas confondre le désir avec l'excitation sexuelle, même s'il existe un lien étroit entre ces deux éléments importants. Une personne peut éprouver un manque de désir et ne connaître aucune de fonction physiologiques de sa réponse sexuelle. Inversement un désir certain ne prédit en rien la qualité de cette réponse. Aussi, il arrive que des facteurs déclenchants le désir chez une personne engendrent de l'anxiété ou encore la crainte chez une autre.

En effet, qu'un problème sexuel peut provenir d'un manque d'information ou d'apprentissage, une anxiété mineure, d'un problème relationnel ou d'un trouble profond de personnalité, le problème peut avoir d'autres causes : perte d'intérêt pour le partenaire, faible estime de soi, fatigue, peur, dépression, prise de médicaments.

- **L'excitation**

L'excitation c'est un mécanisme de vasocongestion responsable de l'érection et de gonflement des tissus pelviens constituent l'élément déterminant de la seconde phase. Ces mécanismes correspondent aux descriptions de l'érection du pénis et de la lubrification vaginale. Il y'a une continuité entre les changements physiologiques de la phase de l'excitation et ceux de la phase de plateau. (Moulin et Marie 2012, p.80)

- **La phase de plateau**

Elle est caractérisée par un changement de la forme du vagin qui prend l'aspect d'un poire rétréci à l'entrée et élargi dans le fond. (Grandvallet. 2008, p.17)

- **L'orgasme**

C'est la phase la plus courte et la plus intense, l'organisme ne survient que si l'excitation sexuelle s'est maintenue un certain niveau pendant un temps assez long. Il dépend beaucoup du

désir qu'on a du partenaire et de la qualité de ses caresses. Une onde de plaisir monte de la zone clitoridienne, lentement jusqu'à l'explosion finale. Des contraintes involontaires partent de clitoris et envahissent par des vague successives l'utérus, les zones vaginales et les zones anales. Le clitoris se rétracte brusquement et reprend sa position et sa taille normale environ de 10 à 20 secondes. (Marie et coll .1992, p.193,194)

- **La résolution**

Elle se manifeste par une relation par des muscles et une diminution de la vas congestion. Pendant cette phase la femme a une sensation de satisfaction et d'euphorie. Cependant une tension congestive autour du vagin maintenu longtemps après l'orgasme expliquerait l'instabilité de certaines femmes.

4.Le comportement sexuel normal

Il existe deux comportements sexuels, masculin et féminin sous la dépendance des hormones, testicules ou androgènes et ovarienne. Ces hormones exercent leur action au niveau des organes sexuels et au niveau central dans des régions où sont localisés les récepteurs aux œstrogènes et aux androgènes et supposées intégré et organiser le comportement sexuel. Ces régions sont l'hypothalamus dont la région pré optique, l'amygdale, le septum, l'hippocampe. (Doron. 2013, PP 662-663).

Les comportements sexuels humains sont variés et complexes, ils émergent tant du point de vue biologique, par la poussée pulsionnelle qui les sous-entend, que des fantasmes conscient et inconscient qui les façonnent et les enrichissent. (Alby et Ferrerri. 1995, P. 132)

Le comportement sexuel humain apparaît comme le terme d'une évolution où la part prise par le système nerveux devient dominante, tandis que le système hormonal, tout en restant présent et actif, perd de son importance pour n'être que facultatif. Entendrait à considérer l'ensemble du domaine sexuel comme ressortissant à la biologie, en limitant la dimension socio-culturelle à l'addition d'un mélange de permissions et d'interdits à un phénomène purement physiologique. Or il semble possible, au contraire, de discerner en de nombreux domaines une participation extrêmement importante et souvent dominante des influences socio-culturelle, souvent là où on les attendrait le moins. Cette définition procède d'un renversement de perspective dans lequel les dimensions socio-culturelle auraient un rôle sur l'élaboration et l'expression du comportement sexuel. (Giami.1991, PP.26-27).

5. Les facteurs de troubles sexuels

Quel que soit le sexe, les principales causes attribuées aux difficultés sexuelle, signalée par presque la totalité des malades.

- **L'asthénie physique** ou bien le sentiment de fatigue presque constate chez les malades pourrait être due à plusieurs facteurs tels que l'anémie, l'urémie et certains traitements,
- **La douleur** était la seconde étiologie signalée par les malades, cette douleur est expliquée par les complications ostéo-articulaires, cardiovasculaires, digestives
- **La sensation de transformation corporelle** a été notée chez les malades. Cette étiologie pourrait expliquée par la présence de gynécomastie et par une image corporelle elle-même atteinte par les agressions physiques à cause de la fistule artério veineuse.
- **La prise de médicament** certains médicaments de L'insuffisance rénale chronique terminale pourraient engendrer des difficultés sexuelles en particulier les antihypertenseurs et les hypolipémiants. (Aribi. 2015, p.82)

6. La sexualité en psychanalyse

Cette notion est pour la psychanalyse radicalement différente de la conception populaire que s'est fait la société. Pour Freud, les comportements sexuels ne sont pas uniquement réservés aux organes génitaux adultes. Selon les psychanalystes il existe trois types de comportement qu'on peut qualifier de sexuel :

- ❖ L'homosexualité.
- ❖ Le plaisir ressenti par certains individus grâce à d'autres zones du corps que les parties génitales.
- ❖ La grande curiosité éprouvée par les jeunes enfants pour leur organe génital.
- ❖ Pour Freud, la sexualité s'effectue en deux temps :
 - ✚ Le premier c'est autour des premières années de la vie de l'enfant.
 - ✚ Le deuxième se déroule à la puberté. (Morel.1995, PP.203-208).

La théorie freudienne a pour de départ le développement de l'enfant de sexe masculin, par la suite plusieurs analystes, notamment des femmes, se sont opposés sur certains points à l'optique freudienne.

Freud, dans sa célèbre formule « la femme est un continent noir », Freud voulait dire que sa théorie de féminin était encore très lacunaire. Il qualifiera encore alors la sexualité

féminine de « continent noire » de la psychanalyse. Il dira en être resté à la « préhistoire de la femme »_ce qui de la période du pré-œdipe elle-même elle surprend comme dans un autre domaine. Freud s'attache au développement sexuel féminin où il analyse la phase précœdipienne et qui précède le complexe d'œdipe chez la fille, ainsi il a dégagé la nature de la libido chez la petite fille à l'entrée du complexe d'œdipe en quelque sorte motion passive et ou active.

Selon lui, le monisme sexuel phallique et l'ignorance du vagin ne sont pas des élaborations défensives liées au refoulement : pour les enfants des deux sexes, le vagin n'existe pas, même dans l'inconscient, et cela jusqu'à la puberté. C'est là un postulat qu'il affirmera dans toute son œuvre, depuis les Trois essais (1905) jusqu'à « La Féminité » et à l'Abrégé, en passant essentiellement par « L'Organisation génitale infantile ». Il est intéressant de noter que, dans ses derniers textes, Freud a tenu compte de la controverse concernant l'existence de désirs vaginaux précoces, mais qu'il s'en débarrasse chaque fois en une phrase. Dans « La Féminité », il dit : « D'aucuns parlent, il est vrai, de sensations vaginales précoces, mais il semble malaisé de différencier celles-ci des sensations anales ou vestibulaires et elles ne sauraient, en aucun cas, jouer.

En effet, La vie sexuelle de la femme se divise régulièrement en deux phases dont la première a un caractère masculin ; seule la seconde est spécifiquement féminine, ainsi dans le développement de la femme il y a un procès de transport d'une phase à l'autre est rien de tel chez l'homme une autre complication provient de ce que la fonction du clitoris virile se poursuit dans la vie sexuelle extérieure de la femme de façon très variable est qui n'est certes pas comprise comme satisfaisante. (Freud.1931, p.6).

Ainsi les comportements sexuels ne sont pas uniquement réservé aux organes génitaux adultes. Selon lui il existe trois types de comportement qu'on peut qualifier de sexuel l'homosexualité, le plaisir ressenti par certains individus grâce à d'autres zones du corps que les parties génitales, la grande curiosité éprouvée par les jeunes enfants pour leur organe génital. (Morel.1995, PP.203-208).

Karen Horney a été la première, mettant en avant les déterminants socio-culturelle de la sexualité féminine. Elle rappelle que la psychologie de la femme a été établie du point de vue de l'homme, et qu'en essayant de se libérer de ce mode de pensée virile, les problèmes apparaissent différemment. Les femmes se sont adaptées aux désirs des hommes et pensent que leurs adaptations sont leur vraie nature, c'est-à-dire que qu'elles se voient comme les hommes désirent qu'elles soient. Si nous saisissons pleinement à quel point tout notre être, notre pensée

et nos actions se conforment aux standards masculin, nous pouvons nous rendre compte combien il est difficile pour l'homme comme pour la femme de rejeter ce mode de pensée.

Mélanie Klein a été la deuxième femme à contester les théories freudiennes sur la sexualité féminine. Elle refuse d'assimiler la masturbation clitoridienne à une activité masculine, arguant qu'il s'agit d'un organe génital féminin qu'il est abusif de réduire à un Petit pénis. L'Œdipe de la fille serait plus précoce que décrit par Freud, et l'envie de pénis correspondrait non pas à la volonté de posséder un attribut viril, mais aux premiers appétits sexuelle de la fille. Cette envie du pénis se ferait alors sur un mode de satisfaction orale : il est assimilé au sein de la mère dont l'enfant se voit frustré dès la première enfance, et le vagin assume le rôle passif de la bouche qui suce. Les excitations vaginales seraient les plus précoces, mais les fantasmes qui les accompagnent, liés au pénis du Père et à la destruction de la mère - rivale, provoqueraient l'angoisse que celle-ci ne la dépouille de ses organes génitaux internes. Ne pouvant vérifier l'intégrité des dits organes et donc débarrasser de cette angoisse, la fillette renoncerait à l'érotisation vaginale. Ici, l'érotisation privilégiée du clitoris est un processus défensif contre celle du vagin qui est alors refoulée car dangereuse. La sexualité féminine apparaît comme ayant une existence propre, et non comme une version châtrée de la sexualité masculine. Mais la dualité clitoris/vagin reste prégnant. (tchalla et coll. 2019, P.27)

Selon Janine chasseguet-Smirgel, dans son article « sur la sexualité féminine » (1932), Freud répond pour la première fois à ses contradictions sur ce point d'une façon quelques peu surprenante : « le vagin... est proprement féminin le clitoris analogue au membre viril. Nous pensons que nous avons raison d'admettre que le vagin n'est pas pour ainsi dire pas présent pendant de nombreuses années ; peut-être ne commence-t-il à produire des sensations qu'à la puberté. Sans doute dans ces derniers temps se multiplient les voix des observateurs qui font aussi remonter les motions vaginales à cette période du début. L'essentiel de ce qui, dans l'enfance, concerne la généralité doit donc se dérouler en relation avec le clitoris.

(Smirgel.2013, PP.53-74).

D'après elle, On peut observer que Freud, dans ses réfutations, ne tient compte que de la présence ou de l'absence d'excitation vaginale précoce mais non du bouleversement de la théorie de la sexualité féminine que cette existence du vagin est à même d'entraîner, je pense en particulier à la compréhension de l'Œdipe féminin, à son désir pour le pénis paternel et à celui d'avoir enfants, toutes choses qui deviennent alors primaires, fondamentalement féminine.

Quant au garçon, il ignore également l'existant du vagin et imagine que tous les êtres humains y compris sa mère possède un pénis.

La sexualité féminine est ainsi placée tout entière sous le signe du manque : manque de vagin, manque de pénis, manque de sexualité spécifique, manque d'objet érotique adéquat, manque de capacités propres investies en soi et nécessité de « manquer », en fin de compte, de clitoris. S'y ajoute le manque relatif de surmoi et de capacités sublimatoires. À l'inverse, la sexualité du garçon est « pleine » : il possède un organe sexuel adéquat, une sexualité spécifique d'emblée et deux objets érotiques sur les deux versants de l'Œdipe.

Or, la femme selon la théorie freudienne est exactement l'opposée de l'imgo maternelle primitive, telle qu'elle apparaît dans le matériel clinique des deux sexes. Il pourrait s'agir d'une simple coïncidence, mais les contradictions que nous avons relevées dans l'œuvre de Freud concernant le monisme sexuel phallique et ses conséquences nous incitent à nous attarder davantage sur cette opposition entre la femme, selon Freud, et la mère, selon l'inconscient

- **Angoisse de castration au féminin**

Pour Janine Chasseguet-Smirgel, elle ne concerne pas seulement le sujet les inhibitions féminines ne relèvent pas d'une peur pour le moi, mais sont l'effet d'une crainte de châtrer le père, source d'une culpabilité spécifique liée à la « radicale transformation opérée par le changement d'objet, inhérente au destin féminin ».

Elle insiste particulièrement sur la discussion du monisme sexuel phallique chez Freud, et en arrive à l'idée que la femme, dite « châtrée » dans la logique du couple phallique/châtrer de l'époque œdipienne, est la représentation inverse de la toute-puissance de l'imgo maternelle archaïque phallique. Elle serait donc de l'ordre d'une défense narcissique phallique.

- La féminité, dit-elle, « remue chez nous -analyste inclus des conflits profonds avec la première femme que nous avons connue : notre mère, et avec notre propre identification à elle, que soit notre sexe ».
- Le « refus du féminin », pour elle comme c'est souvent le cas, est rapporté à la crainte liée à l'imgo maternelle, et serait donc principalement un « refus du maternelle ». (Schaeffer.2012, p.103).

- **Le masochisme**

Janine Chasseguet-Smirgel énumère tout ce qui, de la sexualité féminine, pour Freud, est situé du côté du manque. Elle insiste sur le défaut d'Œdipe positifs chez la fille. Elle théorise ce négatifs en tant qu'opposition défensive par apport à un trop-plein celui de l'imgo de la mère primitive omnipotente. Parmi les femmes qui ont théorisé le masochisme dans le contexte œdipien, Catherine Luquet-Parat.

Trente ans plus tard, j'ai proposé dans le refus du féminin, la notion du masochisme érotique féminin, bien différencié du masochisme féminin, version freudienne, pervers et concernant les hommes je m'y éloigne de la conception d'un féminin assimilé à « châtré » ou à « infantile », pour définir un masochisme érotique féminin, génital, qui contribue à la relation sexuelle de jouissance entre un masculin et un féminin adultes. Il s'agit d'un masochisme érotique psychique, ni pervers ni agi, inversement proportionnel au masochisme moral fréquemment rencontré chez les femmes. Dans la liaison, il assure la liaison nécessaire à la cohésion du moi, pour que celui-ci puisse se défaire et admettre de très fortes quantités d'excitation libidinales. Ce masochisme érotique féminin est le gardien de la jouissance sexuelle.

7. Le dysfonctionnement de la sexualité chez les insuffisants rénaux

Définition

Selon le DSM V « le dysfonctionnement sexuel est caractérisée par une perturbation des processus qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle ou par une douleur associée aux rapports sexuelles (DSM -TR, p 618)

Les dialysées, les appréhendent comme la conséquence directe de la dialyse, bien que cette représentation s'écarte des données médicales. Une sexualité satisfaisante est un des facteurs nécessaires à l'épanouissement de l'individu. L'harmonie sexuelle est vulnérable à de nombreux facteurs, les plus souvent psychologiques (anxiété, surmenage, complexe d'ordre esthétique), mais parfois également socioculturels, qui peuvent se traduire par des symptômes fonctionnels (impuissance, éjaculation précoce, vaginisme...) et comportementaux (peur, inhibition sexuelle, donjuanisme, fétichisme). (Morin et coll. 1995, p.940).

Les troubles de la sexualité sont fréquents au cours de l'insuffisance rénale chronique vont encore s'aggraver avec la progression de la maladie. L'origine des troubles sexuels est

multifactorielle : psychologique d'une part, et organique d'autre part, en rapport avec la maladie causale, l'urémie et d'autres comorbidités inhérentes.

- **Les troubles de la vaginale**

Les troubles de la vaginale s'expriment en clinique par : les dyspareunies, le vaginisme, l'anorgasmie coïtale. Les anorgasmies donnent le lieu à consultation sont soit les anorgasmies coïtales soit les anorgasmies totales : clitoridienne et vaginale. (Jean. 2013, p.250)

- **La perte ou la baisse de désir**

Il s'agit d'un problème sexuel grave chez les femmes, puisqu'il signifie que celle-ci ressent très peu ou pas de sensation au cours de la situation sexuelle, physiologiquement, ces femmes ne semblent manifester aucun signe de vas congestion génitale et elle présente parfois une légère lubrification lors de stimulation, et cela concerne l'excitation.

- **La frigidité féminine**

Il s'agit de la capacité à ressentir du plaisir érotique dépend de la capacité de la femme à intégrer certaines perceptions et émotions, à les coder comme érotiques en les canalisant vers l'espace érotique interne : vagin, utérus (Jean. 2013, p.250)

- **Les douleurs sexuelles**

De nombreuses femmes atteintes de douleurs génitopelvienne du trouble de pénétration

- Les douleurs superficielles : vestibulodynie provoquée survient lorsqu'une est exercée au niveau de l'orifice vaginal (sphère génitale ou vulve).
- Les douleurs profondes (dyspareunie) : survient lorsque le pénis se déplace profondément dans le vagin elle peut être une sensation de brûle ou douleur aigüe de types de crampe ([https:// www.msmanuals.com](https://www.msmanuals.com)).

8.La prise en charge des troubles sexuelles chez LIRCT

Le traitement sexologique n'intervient pas que lorsque les problèmes vitaux ont été résolus.

Des troubles de point de vue psychologiques qui sont l'angoisse, la dévalorisation narcissique et l'atteinte de l'image corporelle, la baisse de la libido et la modification de la dynamique de couple : ce qui paraît donc essentielle chez les couples est l'intensité de leurs relations

dépendance réciproque au déterminent de l'érotisme et de la libido. Ces différentes modifications psychologiques vont se concrétiser sous forme des symptômes sexologiques : la baisse de libido, la frigidité.

- L'intervention préliminaire visant à diminuer l'angoisse : elle pourrait théoriquement être traitée par des tranquillisants qui sont les plus souvent prescrit par les praticiens.
- Agir sur la dévalorisation narcissique et l'atteinte de l'image corporelle : les techniques psychothérapeutiques auront un rôle favorable en faisant appel à des techniques corporelles en premiers lieu, les méthodes de relaxation. On préconise le training autogène de Schultz.
- La baisse de libido : elle peut traduire un état subdépressif qu'il faudra traiter par des entretiens psychothérapeutiques associés à des thymo-analéptiques prescrit à faibles doses. On pourra utiliser des stimulants classiques à base de vitaminothérapie, d'arginine, d'hormonothérapie.
Anabolisants et les androgènes peuvent contribuer à recréer un climat euphorisant et faire renaître le désir.
- Les modifications dans la dynamique du couple : elles ne peuvent en fait être abordées avec efficacité qu'au niveau d'un traitement du couple, base essentielle des traitements sexologiques. (Gellman.1991, p.75).

Synthèse

L'insuffisance rénale chronique terminale et en particulier l'hémodialyse ont un ralentissement important sur plusieurs domaines de la vie du malade. La sexualité est l'un des domaines les plus touchés. La prévalence des troubles sexuelles chez ces hémodialysées est élevé avec de nombreux facteurs impliqués dans leurs survenues.

Malgré la haute fréquence de dysfonctions sexuelles, ce problème reste toujours un sujet tabou, très peu discuté entre les deux partenaires et peu abordé avec le médecin traitant. Ceci témoignent le besoin d'accompagner ces malades dans leurs parcours de soins pour les aider à mieux vivre en dialyse.

Une collaboration entre le néphrologues, psychiatres, psychologues, sexologues se situant à différents moments, avant et pendant la mise en dialyse, nous semble indispensable.

Problématique et hypothèse

Problématique et hypothèse

L'expérience de la maladie fait partie de la vie de tout être humain, quel que soit son âge, son sexe. L'individu est confronté au cours de sa vie à des maladies réversibles et irréversibles tels que les maladies chroniques qui bouleversent son état de santé ainsi que sa qualité de vie.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a défini « la santé comme un état complet de bien-être physique, mentale et sociale. Cette nouvelle vision de la santé a entraîné un remaniement de l'approche négative de la santé vers une nouvelle approche positive centrée sur la personne. La nouvelle approche considère la santé de façon holistique et l'appréhende dans la sphère du bien-être physique, psychique, socio-professionnel et émotionnel de la personne ».

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

Donc, La santé et la maladie sont résultantes de multiples facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. En effet, la majorité des maladies peuvent être considérées comme des maladies psychosomatiques sous l'influence de plusieurs forces citées auparavant

En effet, La maladie rénale est l'un des problèmes de santé publique qui touche une population dont les risques de complications infectieuses sont importantes. Cette maladie, souvent silencieuse, ne peut être identifiée qu'à son stade terminal. Malheureusement les quelques traitements existants s'avèrent efficaces que pour ralentir la maladie. On distingue deux types de maladies rénales : l'insuffisance rénale aiguë (IRA) et l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT).

L'insuffisance rénale chronique (IRCT) est définie par une diminution irréversible de débit de filtration glomérulaire qui est le meilleur indicateur du fonctionnement rénal. Elle résulte soit de l'évolution d'une maladie chronique, soit de la non-récupération après une agression rénale aiguë. L'IRCT a pour principales causes les néphropathies vasculaires (diabétique et ou hypertensive). Les maladies systémiques les plus souvent d'ordre immunologiques, les maladies héréditaires (polykystose rénale), obstructives (lithiases rénales, cancer), les infections, les drogues ou les médicaments néphro-toxiques (Gonzales, 2015).

Comme toute maladie chronique l'insuffisance rénale peut avoir des répercussions voir des complications telle que l'anémie sévère, Les troubles cardiovasculaires, Les troubles de métabolismes phosphocalcique etc. (Molin, peraldi, 2018, p.237)

Actuellement , la prise en charge de l'insuffisance rénale terminale par la surveillance médicale renforcée dès le stade précoce et le progrès technique la dialyse qui ne guérit pas, elle aide à prolonger la vie des patients à vivre à mieux avec la maladie rénale et cependant, la technique de la greffe rénale permettra de surmonter les complications liées à l'insuffisance rénale est efficiente en terme de survie à toute âges, de qualité de vie plausible par apport à la dialyse d'un meilleur rapport coût, efficace pour le système de santé.

Aujourd'hui des milliers d'insuffisants rénaux survivent grâce à la technique de la dialyse. Concernant, La prévalence mondiale de l'insuffisance rénale chronique touche environ de 9 à 16% de la population mondiale en 2018. En Algérie, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique est en constante augmentation. Plus de 3500 nouveaux cas sont enregistrés chaque année 2010 en raison de vieillissement de la population et de l'augmentation de la population des pathologies métaboliques qui endommagent les reins, particulièrement le diabète et hypertension artérielle. L'augmentation de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie est due principalement aux transitions démographiques et épidémiologiques qu'a connu le pays.

En effet, la quasi-totalité (97%) des insuffisants rénaux chroniques terminaux est traité par l'hémodialyse. En décembre 2005, le nombres des patients hémodialysés étaient de 9633 contre 17416 en 31 juin 2011, soit une augmentation de 80% en 5 ans. Ceci correspond à un accroissement annuel moyen des patients pris en charge en hémodialyse de plus de 13% (Cherfa et Kaid, 2020, p.118).

Selon la fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR), les études de la qualité de vie montrent que « l'insuffisance rénale chronique dialysée est considéré comme une pathologie entraînent la plus forte altération de la qualité de vie par rapport à d'autre pathologie étudiées » (Salomé, S, 135).

En effet, l'annonce de l'insuffisance rénale chronique terminal à plus ou moins long terme, il est certain que le patient sera mis en dialyse ou greffé, donc ne peut compter sur son propre corps devenu incapables de le faire vivre. Cela lui inflige de sérieuses blessures physiologiques et psychologiques, affectives, émotionnelles et perturbe sa relation avec son environnement particulièrement celui immédiat. (Desseix, 2011, p43).

Ainsi, La sexualité normale revoie à l'activité générale mais qui comprend aussi d'autres aspects de cet acte comme les préliminaires, l'expressions d'affects, la tendresse.

Par contre, la dysfonction sexuelle qui se définit par un désordre de désir sexuel, de l'excitation, de l'orgasme, et ou la survenue douleur lors du rapport sexuel. L'activité sexuelle de la femme est moins stéréotypée que celle de l'homme qui comporte des réponses physiologiques aisément mesurable et observables ; érection et éjaculation. (p.29)

Actuellement, plusieurs femmes en hémodialyse déclarent vivre des difficultés sexuelles en étant hémodialysées qui ne reconnaissent pas auparavant. Ces déclarations nécessitent une écoute formée pour meilleure prise en charge. Ces femmes sont plus touchées par les problèmes d'ordre sexuel à cause d'un processus d'épuration (circulation de sang après la filtration). Les femmes dialysées présentent des perturbations sexuelles physiologiques telles que : une sécheresse vaginale « le manque de lubrification vaginale peut rendre la pénétration douloureuse » ; le vaginisme « la contraction incontrôlé des muscles périnéaux et vaginaux rend la pénétration impossible » ; la dyspareunie « la pénétration provoque des douleurs vaginale plus ou moins intense » ; l'anorgasmie « il s'agit d'une absence d'orgasme vaginal » ; la frigidité « il s'agit d'une absence totale de plaisir » ; interruption du cycle menstruel ; la perte de sensations : « il s'agit d'un manque de réaction face à la stimulation . Ces modifications de l'image ou des capacités du corps retentissent sur le psychisme, à travers notamment l'anxiété ou encore la perte d'estime de soi, et sont ainsi source d'un mal-être psychologiques qui peut affecter l'exercice de la sexualité. Cette interprétation est présente chez les femmes. Pour ces raisons nous jugeons très impératif d'aborder ou d'appréhender cet espace particulier de la vie des hémodialysés qui est la fonction sexuelle chez les femmes

Pour aborder la fonction sexuelle, il est impératif d'effectuer des brefs passages sur des travaux apportés par l'approche psychanalytique.

Freud, dans sa célèbre formule « la femme est un continent noir », Freud voulait dire que sa théorie de féminin était encore très lacunaire. Il qualifiera encore alors la sexualité féminine de « continent noire » de la psychanalyse. Il dira en être resté à la « préhistoire de la femme »_ce qui de la période du pré-œdipe elle-même elle surprend comme dans un autre domaine. Freud s'attache au développement sexuel féminin où il analyse la phase précœdipienne et qui précède le complexe d'œdipe chez la fille, ainsi il a dégagé la nature de la libido chez la petite fille à l'entrée du complexe d'œdipe en quelque sorte motion passive et ou active.

Selon lui, le monisme sexuel phallique et l'ignorance du vagin ne sont pas des élaborations défensives liées au refoulement : pour les enfants des deux sexes, le vagin n'existe pas, même dans l'inconscient, et cela jusqu'à la puberté. C'est là un postulat qu'il affirmera dans toute son œuvre, depuis les Trois essais (1905) jusqu'à « La Féminité » et à l'Abrégé, en passant essentiellement par « L'Organisation génitale infantile ». Il est intéressant de noter que, dans ses derniers textes, Freud a tenu compte de la controverse concernant l'existence de désirs vaginaux précoces, mais qu'il s'en débarrasse chaque fois en une phrase. Dans « La Féminité », il dit : « D'aucuns parlent, il est vrai, de sensations vaginales précoces, mais il semble malaisé de différencier celles-ci des sensations anales ou vestibulaires et elles ne sauraient, en aucun cas, jouer.

En effet, La vie sexuelle de la femme se divise régulièrement en deux phases dont la première a un caractère masculin ; seule la seconde est spécifiquement féminine, ainsi dans le développement de la femme il y a un procès de transport d'une phase à l'autre est rien de tel chez l'homme une autre complication provient de ce que la fonction du clitoris virile se poursuit dans la vie sexuelle extérieure de la femme de façon très variable est qui n'est certes pas comprise comme satisfaisante. (Freud, 1931, p.6). Ainsi les comportements sexuels ne sont pas uniquement réservé aux organes génitaux adultes. Selon lui il existe trois types de comportement qu'on peut qualifier de sexuel l'homosexualité, le plaisir ressenti par certains individus grâce à d'autres zones du corps que les parties génitales, la grande curiosité éprouvée par les jeunes enfants pour leur organe génital. (Morel, 1995, P.203-208).

Karen Horney a été la première, mettant en avant les déterminants socio-culturelle de la sexualité féminine. Elle rappelle que la psychologie de la femme a été établie du point de vue de l'homme, et qu'en essayant de se libérer de ce mode de pensée virile, les problèmes apparaissent différemment. Les femmes se sont adaptées aux désirs des hommes et pensent que leurs adaptations sont leur vraie nature, c'est-à-dire que qu'elles se voient comme les hommes désirent qu'elles soient. Si nous saisissons pleinement à quel point. Selon elle « tout notre être, notre pensée et nos actions se conforment aux standards masculin, nous pouvons nous rendre compte combien il est difficile pour l'homme comme pour la femme de rejeter ce mode de pensée ».

Mélanie Klein a été la deuxième femme à contester les théories freudiennes sur la sexualité féminine. Elle refuse d'assimiler la masturbation clitoridienne à une activité masculine, arguant qu'il s'agit d'un organe génital féminin qu'il est abusif de réduire à un petit

pénis. L'Œdipe de la fille serait plus précoce que décrit par Freud, et l'envie de pénis correspondrait non pas à la volonté de posséder un attribut viril, mais aux premiers appétits sexuelle de la fille. Cette envie du pénis se ferait alors sur un mode de satisfaction orale : il est assimilé au sein de la mère dont l'enfant se voit frustré dès la première enfance, et le vagin assume le rôle passif de la bouche qui suce. Les excitations vaginales seraient les plus précoces, mais les fantasmes qui les accompagnent, liés au pénis du père et à la destruction de la mère rivale, provoqueraient l'angoisse que celle-ci ne la dépouille de ses organes génitaux internes. (Tchalla, et coll, 2019, p.27).

Pour Janine chasseguet-Smirgel l'envie du pénis a le même caractère primaire que les pulsions réceptives féminines à savoir les pulsions orales, anales ou vaginales. Du point de vue narcissique la fillette se vit plus ou moins douloureusement comme incomplet ; la racine de ce sentiment d'incomplétude doit être recherchée dans les relations des enfants des deux sexes à la mère orale, anale, et génitale. Elle insiste beaucoup sur les obstacles auxquels la fille se heurte sur le chemin de la situation œdipienne ; n'est-ce point-là, dit-elle, en relation avec le fait que la fille, cherchant à échapper à la mère lors du changement d'objet – se heurtant de ce fait à son besoin de sauvegarder son père – s'offre à lui comme objet partiel, protégée ainsi de la mère aimée du père ; ce qui ne fait que renforcer la dépendance de la fille, de cette façon, la fille perpétue une position (Sigmund Freud parle de havre) dans la mesure où elle ne prend pas ainsi la place de la mère auprès du père ; et ne devient pas une femme adulte. Du même coup elle se protège de la castration venant de la mère, dont elle n'a pas usurpé la place.

C'est dans un cadre inscrit notre recherche intitulé sur la vie sexuelle chez les femmes hémodialysées, ayant pour but d'étudier l'impact de la maladie rénale sur la qualité de leurs vies sexuelles, fait qu'ils demeurent l'un de problème de santé publique, c'est pourquoi nous mener à la recherche est exploré le terrain autant que psychologue clinicien de fin de cycle. Nous nous sommes référé à l'approche psychanalytique qui constitue un cadre de référence de notre recherche car celle-ci s'intéresse à la relation d'objet qui caractérise les relations interpersonnelles, ainsi, toutes ses dimensions de façon profonde et à partir de la littérature et la pré-enquête ainsi des instruments cliniques et les techniques d'investigations tout ça nous a menés à poser les questions suivantes

Questions

- 1 Quels sont les caractéristiques de la vie sexuelle chez les femmes atteintes de l'insuffisance rénale chronique terminale ?
- 2 A partir du test du TAT quelles sont les procédés défensifs mis en œuvre par les femmes dialysées qui présentent des difficultés sexuelles ?

Hypothèse générale

L'insuffisance rénale chronique constitue notre variable indépendante, par conséquent la vie sexuelle forme notre variable dépendante. Notre étude est une étude descriptive et son objectif est de décrire les caractéristiques de la vie sexuelle des femmes hémodialysées, pour avoir une prise en charge appropriées.

Hypothèses partielles

Hypothèse 1

Parmi les caractéristiques de la vie sexuelle des femmes hémodialysées sont : le manque de relation sexuelle avec le conjoint, la diminution de la fréquence du rythme sexuelle par rapport à celle d'avant, la frigidité sexuelle et absence totale de plaisir ; sécheresse vaginale due au manque de lubrification vaginale peut rendre la pénétration douloureuse lors du rapport sexuel. Aussi elles ne peuvent pas enfantés suite à l'atteinte.

Hypothèse 2

À partir de l'utilisation tu test du TAT, nous constatons que le tissage des récits a eu recours à certains procédés défensifs

- **Dans la sexualité équilibrée** Il y'a un compromis entre principe de plaisir et le principe de réalité, aller et retour entre les désirs et les défenses, expression verbalisée d'affect fort ou exagéré, représentations contrastées alternance entre des états émotionnels opposés. Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et ou symbolisme transparent, attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle.
- **Dans la sexualité déséquilibrée** La construction générale du récit n'a aucune résonance fantasmatique, proche d'un thème banal, aussi on souligne le refus de certaines planches et même certains cas veulent déchirer carrément les planches, voir (planche 4,), manque de procédés défensifs tel que le contrôle et labilité, le récit marque

de l'anonymat des personnages, instabilité dans identification, les procédés défensifs sont de l'ordre de l'évitement du conflit.

Opérationnalisations des concepts

Notre recherche se focalise sur deux concepts de néphrologie et de psychologie, qui sont l'insuffisance rénale chronique terminale et la vie sexuelle.

❖ L'insuffisance rénale chronique terminale

- Altération de la fonction rénale
- L'incapacité de filtration du rein
- Une augmentation du taux sanguin de créatine d'urée
- Diminution de filtration glomérulaire

❖ La vie sexuelle équilibrée

- Le comportement sexuel normal
- La relation sexuelle
- Le désir sexuel
- L'excitation
- La source de plaisir

❖ Le dysfonctionnement sexuel

- Le manque de relation sexuelle
- Diminution de la fréquence sexuelle
- La frigidité sexuelle
- La sécheresse vaginale
- Le trouble de cycle menstruel
- Les douleurs sexuelles

En dernier, une conclusion où un certains de nombres de questions inhérentes aux thème, objet de notre recherche, sont posés ouvrant ainsi le champ à des recherche plus approfondies.

Partie pratique

Chapitre V :
Méthodologie de recherche

Préambule

La recherche scientifique est définie comme une démarche logique et un processus dynamique, rationnel visant à l'acquisition de nouvelles connaissances. Ainsi, Dans toutes démarches scientifique notamment en psychologie clinique, le chercheur doit aborder une méthodologie et un cadre théorique de référence, qui constitue comme un fil conducteur.

Ce chapitre est consacré au parcours de déroulement de la recherche et les techniques d'investigation à savoir l'entretien clinique semi-directif, et le test projectif du TAT que nous avons utilisé pendant notre recherche, dont nous avons opté pour la catégorie des femmes atteintes par l'insuffisance rénale terminale pour explorer son impact sur leurs vies sexuelles

I Présentation de déroulement de la recherche, lieux de la recherche et la population d'étude.

1.Présentation du lieu de la recherche

Le cadre de la préparation de notre recherche de fin de cycle en master 2 en psychologie clinique, nous avons effectué un stage dans deux endroits différents, la clinique privée d'orchidée et a l'Etablissement Public hospitalier (l'EPH) de Kharrata pour une période deux mois de février 2022 au avril 2022 deux en raison de deux fois par semaine.

- **Clinique privée d'orchidée**

Notre pré- enquête et enquête ont étaient réalisés à la clinique d'hémodialyse d'orchidée Nacer est située à lotissement N°23 Aokas, Béjaia. Elle se compose de plusieurs équipes sanitaires ; un gérant, d'un directeur médical, un néphrologue, un généraliste, 08 infirmiers, psychologue, des agents.....etc. Cette clinique reçoit plus de 72 patients pour une capacité de 13 lits, elle recouvre la région de Béjaia et ceux de village limitrophes kharrata, souk-tennine, Aoukas ...etc.

- **Etablissement public hospitalier de Kharrata (L'EPH)**

Ainsi dans l'Établissement Public Hospitalier (L'EPH) de Kharrata qui a été mis en service en 19 mai 2007.Est situé au sud-est de la willaya de Bejaia, il s'étend sur deux daïras (Darguina et Tamricht) et couvre une population de 131000 habitants pour superficie de 485,54 km pour une capacité d'accueil de 136 lits. Cet établissement est le seul dans la région, il reçoit des patients locaux ainsi que ceux de village limitrophes (Soukel Tenine, Melbou, Aokas.), l'hôpital

se compose de plusieurs équipes médicales : d'un directeur, un médecin dans chaque service, chef de service, il contient dans chaque service une équipe paramédicale (infirmier, psychologue...), En ce qui concerne l'administration elle est composée d'une secrétaire, chargé de la ressource humaine.

2. Le déroulement de la recherche

2.1. La pré-enquête

La pré-enquête est une étude préliminaire, c'est exploré le terrain pour la première fois par le chercheur, il s'agit d'une étape importante dans tout travail de recherche et scientifique qui nous permettra de recueillir des informations concrètes sur notre population d'étude et pour la bonne application de nos outils de recherche. La pré-enquête va nous permettra d'apporter et des changements et des modifications à notre guide d'entretien, et d'élaborer notre problématique et hypothèses

En effet, on a débuté notre recherche par une pré-enquête qui a été effectuée du mois de février 2020 au mois avril 2022, deux fois par semaine à l'Etablissement Public Hospitalier (L'EPH) de Kharrat et la clinique privé l'orchidée à travers lesquelles nous avons eu la possibilité de rencontré les patients hémodialysés et effectuer certain nombre d'observation qui nous permettra de collecté des donnés afin de cerner notre objet d'étude.

2.2. L'enquête

L'enquête est l'une des stratégies les plus sollicitées dans les sciences sociales. Selon le dictionnaire de la psychologie elle est définie comme une procédure de recherche consistant à recueillir des données verbale ou non verbale auprès de groupes ou échantillons de sujet choisi en fonction d'objectif précis, dans le but de décrire et d'analyser une situation particulière. L'enquête se caractérise par les éléments suivant

- Elle est toujours réalisée sur le terrain.
- Le phénomène étudié se produit naturellement sans qu'il soit contrôlé ou manipulé (Lavarde, 2008, p.146)

Durant notre enquête, il a été convenue de consulter des patients du sexe féminin, mariées avec des âges différents après avoir demandé leurs consentements libres et éclairé.

Notre investigation serait composée de deux volets importants qui sont : l'entretien

clinique semi-directif et le test projectif de TAT

3. La population d'étude

- **La sélection de la population**

Notre population de recherche comprend quatre 04 cas, est sélectionnée en fonction des critères bien déterminés.

- ❖ **Critère d'homogénéité retenu**

- Les cas souffrant de L'IRCT ;
- Les cas suivent un traitement par générateur (la dialyse) ;
- Tous les cas sont du sexe féminin
- Tous les cas sont mariés ;
- Tous âgés de 25 à 65 ans dont la structure de la personnalité est inamovible ;
- Tous les cas n'ont pas été greffées auparavant.

- ❖ **Critère non pertinents a la sélection**

- L'âge de début à la dialyse se diffère d'un cas à un autre ;
- Le niveau socioculturel : Dans notre recherche, on n'a pas pris en considération cette dimension car l'insuffisance rénale chronique terminale est une maladie qui touche toutes les classes sociales et toutes les cultures sans aucune distinction ;
- Le niveau d'étude des cas (néant, primaire, secondaire, terminale) n'est pas pris en considération

Tableau N° 1 Représentatif de notre population d'étude

| Nom | Prénom | âge | profession | Situation matrimoniale | L'année de l'apparition de la maladie |
|--------|--------|-----|----------------|------------------------|---------------------------------------|
| Lydia | T | 27 | Femme au foyer | mariée | 2016 |
| Fatima | S | 52 | Couturière | mariée | 2016 |
| Malika | F | 46 | Femme au foyer | mariée | 2017 |
| Soraya | A | 50 | Femme au foyer | mariée | 2019 |

II. Présentation des techniques utilisées

Dans ce chapitre, nous avons procédé à l'utilisation des outils cliniques et des techniques d'investigations ce qui nous a permis de rassembler un maximum d'informations sur notre de recherche, et aussi pour répondre à nos questions et de vérifier nos hypothèses.

1.La méthode clinique

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste à l'étude plus en moins prolongée de cas individuels, étant considéré comme un cadre de référence. Elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme a sa totalité, dans sa singularité en situation et en évolution, le sujet étant considéré ici comme un être unique, singulier, n'étant semblable à aucun autre. (Chahraoui et Bénony, 1999, P.13).

Ainsi, La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants, peut donc être considérée comme cas clinique, la méthode qui vise à recueillir des informations fiables dans le domaine clinique, cette dernière se compose d'une série de techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la production de connaissances. Elle comporte deux niveaux complémentaires : Le premier correspond au recours à des techniques (test, échelle, entretien...) dans le but de fournir des informations. Le second se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas.

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 » (Pedinielli et Fernandez, 2016, p.58).

1.1L'étude de cas

L'étude de cas vise non-seulement à donner une description d'une personne, dans sa situation et de ses problèmes ainsi, à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes. Elle fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud, S ou Janet. P pour décrire les névroses et illustrer les hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire les maladies et leur évolution. (Chahraoui et Bénony,2003,

P.125-126).

En psychologie les observations portent sur des comportements. Le chercheur peut recourir à la méthode de l'observation à des moments différents de la recherche. L'observation intervient souvent en début de recherche « pour voir », pour défricher le terrain. Elle est conçue comme une observation direct instantanée du comportement qui consiste à « faire inventaire du réel », en décrivant d'une manière précise le comportement ou le phénomène observer en situation. (Lavande. 2008, p.194).

2.L'entretien clinique

L'entretien clinique peut être définie comme une action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes, C'est un échange au cour de quel l'interlocuteur exprime ses perceptions, ses interprétations, ses expériences.

L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien. Il fait partie de la méthode clinique qui comprend ; une clinique « à main nues » (l'observation et l'entretien) et une clinique instrumentale (tests projectifs, échelles cliniques, etc.). L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet. (Chahraoui et Bénony 1999, P.13).

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 secrétés 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. En tenant compte 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'à lieu. (Chiland, 1983, p.1-25).

2.1 L'entretien semi-directif

Il existe plusieurs types d'entretien de recherche dont l'entretien non directif, semi-directif et directif, notre choix s'est porté sur le semi-directif qui nous a permis de poser des questions ouvertes et bien précise dans notre guide d'entretien. Il se situe entre l'entretien directif et non-directif, ni totalement fermé, ni totalement ouvert. C'est le plus courant il invite

le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. (Lavande, 2008, p.194)

L'entretien semi-directif, qui 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 incontournables, qui devront permettre un recueil de données psychiques et psychopathologiques en lien avec des exigences sociales contraignantes. Il s'agit d'un entretien de recherche, dont le programme et la grille d'entretien sont déterminés à l'avance. (Armand, 2015, P.47).

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 des données psychiques, psychologiques. (Attigui, Chourier, 2016, p.46).

Comme nous l'avons vu précédemment l'entretien clinique est souvent associé à un guide d'entretien, celui qui est subdivisé en axes, chacun de ses axes traite une partie de la thématique et ouvre sur un certain nombre de questions relative à chaque axe. Dans ce sens nous avons élaboré un guide d'entretien de 03 axes. Au préalable nous avons recueilli les informations personnelles sur le sujet, le premier axe portent sur « les informations sur l'état de santé actuel et antérieur », qui a pour objectif de comment connaître l'état du corps et ses atteintes , le second portent sur « les informations concernant le vécu psychologique » dans le but comprendre son état psychique et le dernier concernant « les informations concernant la vie sexuelle dans la vie de couple », l'objectif de cet axe est de cerner « la vie sexuelle intime des femmes atteints l'insuffisance rénale chronique terminale ».

2.2. Attitude clinique du clinicien

L'attitude clinique du clinicien est indissociable dans la recherche scientifique.

- **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. (Chahraoui et Bénony, 1999, P.17-18).

- **Respect**

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection, le secret professionnel et le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Au niveau de l'entretien clinique, l'on doit appliquer cette position éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas toujours en soi une valeur négative mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le sujet dans certains cas, le déni de l'angoisse peut aider le sujet à surmonter momentanément des épreuves pénibles ou traumatiques. (Chahraoui et Bénony,1999, P.18).

- **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 s'associe à la bienveillance, il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement.

- **Empathie**

La 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 la clé principale de la psychothérapie et de son efficacité. (Chahraoui et Bénony 1999, PP.18-19).

2.3. Le guide entretien

Notre guide d'entretien comporte des questions en 3 axes qui sont comme suit

Informations personnelles

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'étude ?
- Travaillez-vous ?
- Quel est votre situation familiale ?
- Avez-vous des enfants ?

Axe 1 : Informations sur l'état de santé actuel et antérieur

- Comment avez-vous reçu l'annonce de votre maladie pour la première fois ?
- Comment était votre première séance de dialyse ?
- Combien de séances de l'hémodialyse effectuez-vous par semaine ?
- Comment s'est développée votre maladie jusqu'à ce stade ?
- Est-ce que vous avez des difficultés en séance de dialyse ?
- Avez-vous des informations sur votre maladie ?
- Comment vous voyez votre fistule ?
- Respectez-vous le régime alimentaire prescrit par votre médecin Traitant ?
- Avez-vous souffert de maladie durant votre enfance ?
- Avez-vous d'autres maladies avant votre atteinte de l'IRCT ?
- Etes-vous déjà hospitalisée ?
- Avez-vous déjà subis d'interventions chirurgicales avant votre maladie ?
- Avez-vous été déjà victime d'un accident ou d'une blessure quelconque ?
- Au sein de votre famille y'a-t-il ceux qui ont la même maladie que vous ?
- Comment était votre prise en charge médicale ?

Axe 2 : Informations concernant le vécu psychologique de la maladie rénale

- Avez-vous des souvenirs sur des événements particuliers qui vous ont marqué ?
- Quels sont vos mauvais souvenirs ?
- Etant hémodialysée, comment est-il votre sommeil ?
- Faite vous des rêves souvent ?
- Quels sont vos projets futurs ?
- Avez-vous un projet de la greffe rénale ?
- Parlez-moi de tout ce que vous voulez ?

Axe 3 : Informations concernant la vie sexuelle dans la vie de couple

- Etant hémodialysée, comment est votre relation avec les membres de votre famille ?
- Avez-vous d'autres personnes dans votre entourage qui vous aident à accomplir vos tâches quotidiennes ?
- Comment est-elle votre relation avec le personnel soignant ?

- Comment est-elle votre relation affective avec votre mari avant la maladie et actuellement ?
- Comment est la qualité de votre vie sexuelle en étant malade ?
- Etes-vous satisfait lors de rapport avec votre partenaire ?
- Avez-vous des douleurs en accomplissement l'acte sexuel ?

Remarque

Si le patient a anticipé spontanément sur des réponses à des questions prévues par nous-psychologue, nous éviterons de les poser ultérieurement.

On note que l'entretien a été traduit en langue maternel (kabyle) des patientes, qui se trouve dans des annexes.

Pour mener à bien et de façon rigoureuse ce travail, nous avons utilisés le test projectif du TAT afin de pouvoir déterminer le côté relationnel des malades notamment leurs vies sexuelles du couple et plus précisément la vie sexuelle en particulier les femmes atteintes par l'insuffisance rénale chronique terminale.

3.Le thématique apperception test (TAT)

3.1. 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 coll. 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 ». 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, 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 :

3.2. 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.

Dans ce chapitre, nous avons procédé à l'utilisation des outils cliniques et des techniques d'investigations ce qui nous a permis de rassembler un maximum d'informations sur notre travail de recherche, et aussi pour répondre à nos questions et de vérifier nos hypothèses. 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, coll, 1990, p. 39).

Tableau N°2 : l'ordre de présentation des planches en fonction du sexe féminin

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------|----------|-----------------------|----------|----------|--|--------------------|---------|---------|--------|--------|----------|---------|----------|--------|--------|
| <u>Les planche s</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3B</u> <u>M</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6B</u> <u>M</u> <u>7B</u> <u>M</u> | 6G F 7G F | 8B M | 9G F | 1 O | 1 1 | 12B G | 13 B | 13m f | 1 9 | 1 6 |
| f | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : |

3.3. 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 coll. 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).

3.4. Le temps

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

Les caractéristiques temporelles ne sont jamais interprétées en termes d'efficacité ou de performance – comme dans les épreuves d'intelligence – mais uniquement en tant que

repères cliniques, montrant la plus ou moins forte réactivité du sujet ou au contraire sa tendance à l'inhibition.

Les temps de latence et les temps totaux doivent donc toujours être pris en considération mais leur interprétation dépend des éléments cliniques apportés par l'analyse de l'ensemble du ou des récits.

Sur le plan pratique, il est déconseillé d'utiliser un chronomètre, celui-ci risquant d'introduire une connotation psychométrique à la passation. Il vaut mieux se servir d'une montre (munie d'une trotteuse) plus discrète, sans pour autant la cacher.

3.5. La présence du psychologue

Dès 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 récits 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).

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).

3.6. 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 présentée 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. 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. 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 mobilisés par le matériel » (Shentoub, 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.

3.7. 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 regréaient 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 psychanalytique, on a utilisé ce test projectif (TAT), qui vise traite le sujet en profondeur dans toutes ses causalités que se soient individuelles ou relationnelles, voir même en relation avec le social et le culturel.

III- La méthode d'analyse des outils utilisés

1- Les données de l'entretien

A/ la santé physique

- Maladie organique antérieure et actuelle.
- Complication, autres maladies et facteur héréditaire.
- La relation entre événements traumatisants et la maladie.

B/ la santé psychologique

- Les éléments importants dans la vie du patient.
- Les caractéristiques et de la vie onirique de patient.
- Association et projets d'avenir du patient.

C/ les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

- Relation avec la famille, milieu hospitaliers et professionnel.
- Relation affective et vie sexuelle avec le conjoint.

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 c'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, 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 les traitements 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

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 –)
 - Prédominance des facteurs E
 - Et C
 - Et C/C
 - Défensives massives, affects massifs (envahissement par les fantasmes sous-jacents).

C/ Les mécanismes de défense

Selon V. Shentoub, le TAT est utilisé dans une perspective clinique et dynamique, la méthode d'analyse repose sur l'étude des procédés mis en œuvre lors de l'élaboration des récits. Celle-ci est exécutée en faisant appel à la feuille de dépouillement du TAT (1990), laquelle énonce et regroupe les principales catégories de procédés. L'activité défensive existe dans toute organisation psychique qu'elle soit normale ou pathologique. L'analyse se fait planche par planche (en référence au contenu latent du matériel).

- **Séries « A » et « B »**

Ces deux premières catégories renvoient à des procédés d'élaboration du discours susceptible d'être sous-tendus par des mécanismes de défense névrotiques et en particulier le refoulement, témoin de l'existence de « conflictualité » intrapsychique et notamment d'une lutte entre les systèmes de l'appareil psychique : en se référant à la première topique, préconscient-conscient / inconscient ou à la deuxième topique par la lutte entre le ça, et le surmoi à travers le Moi, ce qui suppose l'existence d'un espace interne constitué, nettement différencié par rapport au monde extérieur, espace interne qui servira de scène au déploiement et à la dramatisation des conflits.

Dans la série « A » est pris en charge par la pensée porteuse de l'expression du désir et de la défense, dans la série « B » par la mise en scène des relations interpersonnelles qui viennent figurer l'affrontement entre les instances.

- **Série « C »**

Elle traite les mécanismes d'évitement. On y distingue cinq séries de procédés ;

-Les procédés de la série « CP » qui relèvent plus spécifiquement d'aménagements de type phobique au sein des quels on trouve la domination de l'évitement et de la fuite. Leur association avec les procédés de la série « A » et « B », signe la nature névrotique du conflit.

-Les procédés de la série « CN » qui ont été dégagés par F. Brelet (1981,1983) au cours d'une étude sur les personnalités considérées comme ayant des traits narcissiques graves et développés dans son ouvrage le TAT fantasme et situation projective. Cette série de procédés

renvoie à la modalité narcissique du fonctionnement psychique et plus particulièrement au surinvestissement de la polarité narcissique du fantasme.

- Les procédés de la série « C/M » qui renvoient aux mécanismes de type maniaque pris au sens Kleinien de lutte antidépressive. Certains cherchent à évacuer les représentations et les affects dépressifs.

- Les procédés de la série « C/C » qui répertorient les conduites agies qui constituent un recours au comportement pendant la passation du test. Ces conduites peuvent être liées à une difficulté momentanée ou durable dans le travail d'élaboration psychique et / ou s'inscrire dans une régulation ou une relance de processus associative.

- Les procédés de la série « C/F » : dégagés par R. Debray (1978), ils se distinguent de la série « C/P » dans la mesure où les inhibitions les plus associées à des mécanismes de refoulement reconnaissables au retour du refoulé. L'angoisse est, en apparence, absente et le stimulus est investi comme objet réel et non plus comme source de réactivation fantasmatique.

- Tous les procédés de la série « C » peuvent apparaître dans des modalités de fonctionnement psychique varié. La question de savoir si leur utilisation n'est que transitoire ou bien s'ils interviennent de façon dominante, se pose toujours, ce qui revient, en fait, à s'interroger sur la valeur dynamique et économique de ces procédés.

- **Série « E »**

Elle regroupe des modalités de pensée saturées en processus primaires. Certains traduisent un surinvestissement de fantasme archaïque, ce que ne renvoie pas nécessairement à des modalités de fonctionnement psychique pathologique.

La présence de mécanisme de la série « E » en petite quantité est attendue au TAT ; leur apparition met l'accent sur une certaine perméabilité des instances et une souplesse qui autorisent l'irruption et la circulation de fantasmes et/ ou d'affects plus massifs sans que pour autant le sujet en soit complètement désorganisé. On distingue dans cette série des procédés qui traduisent :

- Des défaillances majeures des conduites perceptives et de l'ancrage dans la réalité externe.
- Des perturbations profondes liées à l'envahissement par le fantasme ; des troubles majeurs liés à la relation d'objet voire à l'identité ;
- Et enfin des troubles liés à la désorganisation de la pensée et du discours qui Dès lors s'inscrit plus dans une logique de communication. (Chabert, 2004, P.85 à 88).

D/ Les problématiques

- **La problématique œdipienne**

La problématique œdipienne est conçu comme un conflit d'ambivalence dans ses racines pulsionnelles et dans cette perspective, les symptômes sont compris comme autant-de tentatives pour y apporter une solution. Dans ce cas les planches concernées sont : 1, 2, 4, 6 GF, 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.

Les 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 (planche 3BM : thèmes d'empoisonnement, de persécution) ou bien se défendent contre l'angoisse sur un monde maniaque planche 13B, non reconnaissance dénuement de l'enfant ou de la précarité de l'environnement) les deux planches testent la possibilité du sujet à se maintenir dans sa continuité d'être, alors que l'objet est perdu(planche 3BM) ou absent (planche 13B), quand ses conditions ne sont pas remplies, ces planches donnent lieu à des thèmes de destruction (planche 3BM), à des représentations et ou à des défenses massives (planche 13B, abondons, dénuement extrême ou déni de l'angoisse

(Anzieu et coll,2004, p.154,155).

La problématique prégénitale (archaïque)

La problématique prégénitale généralement référée 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.

Il est établi que Tous les auteurs qui ont travaillé sur le TAT leurs finalités et d'émettre une hypothèse concernant le fonctionnement psychique de l'individu, mais pour dans notre recherche on ne va pas se focaliser sur ce dernier, plutôt on va s'intéressé aux caractéristiques de la vie sexuelle femmes hémodialysés.

3.L'opérationnalisation de l'expression de la sexualité à partir du TAT

- **Sexualité équilibrée**

- Compromis entre principe de plaisir et le principe de réalité, aller et retour entre les désirs et les défenses.
- L'intégration sensorielle et la vie pulsionnelle (libidinale et/ou agressive), pour que les sensations soient associées à des représentations intérieures.
- Expression verbalisée d'affects fort ou exagéré. Représentation contrastés ; alternance entre les des états émotionnels opposés.
- Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et /symbolisme transparent.
- Attachement aux détails narcissiques à Valence relationnelle.
- Compromis défensifs des conflits stimulés par les planches qui mènent à les traiter.
- La variété des procédés utilisés, qui se caractérisent notamment par l'utilisation de la catégorie labile qui nous aident à avancer dans le récit en nouent des relations interpersonnelles.
- La présence de résonance fantasmatique en relation avec le contenu latent des planches, notamment le traitement de la problématique œdipienne.

- **Sexualité perturbée**

- La construction générale de l'histoire n'a aucune résonance fantasmatique. Aussi on souligne le refus de certaines planches donc certaines situations.
- L'absence des réponses sensorielle et même si elle est abordée reste un affect de circonstance.

- Manque des mécanismes de défense rigide et labile.
- L'absence des conflits notamment interpersonnels et leur traitement.
- Anonymat des personnages.
- La domination des mécanismes liés au concret des planches (banalisation, socialisation, placage). La domination des mécanismes d'inhibition.
- Insister sur le factuel et l'actuel. Critique de situations où la planche.
- Suite à la perte de la fonction de la sexualité, le patient présente des difficultés dans le traitement des situations dépressives – les possibilités d'être seules ou non- où leurs refus pour les planches (13B,3BM,1)

4. La méthode suivie dans la présentation des cas

D'après l'utilisation des techniques de recherche déjà citée, on peut résumer la méthode d'analyse et des données recueillies selon la succession des étapes suivantes.

1-la présentation des données de l'entretien pour chaque cas, tenant compte de nos hypothèses de recherche.

2 -l'analyse des protocoles TAT des hémodialyses cas par cas et donner les caractéristiques concernant la fonction sexuelle de chacun de nos patients.

3-Enfin, s'appuyant sur les résultats des données de l'entretien et l'analyse du test, on procède à la discussion des hypothèses de notre recherche.

Synthèse

L'étape de méthodologie est très pertinente dans toute recherche scientifique. Nous avons consacré ce chapitre pour la présentation de diverses phases et techniques d'investigations que nous avons adoptées dans notre recherche, dans le but de collecter des informations et des données afin de mieux cerner les caractéristiques de la vie sexuelle chez les femmes atteintes de l'insuffisance rénale chronique terminale, ainsi, de vérifier les hypothèses qu'on a élaboré au début de notre recherche.

*Chapitre VI : Présentation et
analyse de résultats*

Présentation du cas de Lydia

Lydia âgée de 27 ans, est d'une taille moyenne, brunnete, elle porte le foulard est bien habillée. Pendant l'entretien, elle s'est montrée souriante coopérative, ce qui signifie une connotation positive du transfert, quatrième de cinq frères et sœurs. Mariée depuis 7ans, mère d'une fille, femme au foyer ayant un niveau d'instruction terminale. Elle vit actuellement avec sa belle-famille, et elle est atteinte d'une insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 5ans.

I. les données de l'entretien

1.la santé physique

- **Maladie organique antérieure et actuelle**

D'après les données de l'état de santé antérieur, Lydia déclare qu'elle souffrait d'une maladie cardiaque depuis son enfance. Ensuite, elle a eu une Hypertension Tension Artérielle (HTA) durant sa grossesse. Après son accouchement son cas s'est aggravé et a dévié vers l'insuffisance rénale chronique (IRC). Suite à ce problème, son cas nécessité l'hémodialyse, elle suivait la même conduite thérapeutique depuis 5ans.

- **Complication, autres maladies et facteur héréditaire**

L'atteinte par l'insuffisance rénale chronique a été une complication de son hypertension artérielle (HTA). Depuis l'apparition de celle-ci, Lydia présentait des signes cliniques tels que ; difficultés de respiration, fatigue intense et des vomissements. On souligne aussi que la maladie de Lydia n'est pas héréditaire.

- **La relation entre événement traumatique et maladie**

Durant notre entretien avec Lydia, on a relevé quelques événements traumatisants dans sa vie, auxquelles elle a dû faire face, elle a vécu des évènements malheureux qui ont marqué sa vie ; comme la perte de sa mère qui l'a beaucoup affecté, son état s'est aggravé où le médecin lui a diagnostiqué sa maladie, elle a appris de sa chronicité.

2. La santé psychologique

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

Durant l'entretien, Lydia nous a révélé qu'elle a beaucoup souffert. Aussi, elle a dit que la découverte de sa maladie a été un choc pour elle et c'était très difficile à gérer ; elle a déclaré : « l'annonce de cette maladie c'est le pire souvenir pour moi », « mais j'ai des évènements heureux et importants dans ma vie comme la naissance de ma petite fille ».

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

Depuis qu'elle est malade, Lydia souffre des perturbations du sommeil. Elle est souvent sujette aux cauchemars. Elle déclare : « je ne dors pas ». De ses rêves, elle dit : « je ne vois que des choses qui me font peur tel que le sang ».

- **Association de projets d'avenir du patient.**

Lydia s'exprime avec émotion, quelque fois on observe des petits moments de silence, se rapportant à des situations difficiles, ses souvenirs se rapportant beaucoup à son enfance et à sa jeunesse. Elle aimerait mener une vie normale comme tout le monde, elle exprime aussi son souhait de recevoir une greffe rénale : « je voudrais bénéficier de la greffe, mais malheureusement, il n'y a pas de donneurs ».

3. Relations d'objets et vie sexuelle

- **La relation avec la famille, milieu hospitalier et professionnel**

La relation de Lydia avec sa famille est caractérisée par un manque de communication, trop de problèmes parasitent ses liens, ses problèmes ont commencé le jour où sa maman a perdu la vie. D'ailleurs, c'est ce qui explique son évitement et son isolement en disant : « ils m'ont laissé toute seule ». En revanche, la seule personne qui lui inspire confiance est son petit frère qui l'aide financièrement et qui lui rend visite de temps à autre. Les membres de sa belle famille la délaissent. Lydia souligne au cours de l'entretien qu'elle n'est pas bien entourée. Elle s'isole et évite de parler avec les autres. Elle déclare : « je me retire de la proximité mes voisins, de mes copines, de tout le monde. Leur regard me stress trop ». Par contre Lydia entretient de bonnes relations avec les médecins et l'équipe soignante, d'ailleurs, elle témoigne ; « ils sont bien avec moi et me respecte beaucoup ».

- **Relation affective et vie sexuelle avec le conjoint**

La relation affective avec son conjoint est perturbée, elle ne trouve aucun soutien de sa part : « il ne fait rien pour moi, à chaque fois il me trahit ».

Sur le plan sexuel, elle s'exprime avec effroi, le désir sexuel de Lydia a beaucoup diminué. Elle ajoute qu'elle y a absence totale de chaleur et d'amour dans ses relations avec son conjoint. Elle dit :« de temps en temps, on ne dort pas ensemble et même quand on dort ensemble un froid s'installe ».

Résumé de l'entretien

D'après les données de l'entretien, de Lydia, on a constaté qu'elle souffre de troubles de sommeil, de difficultés de respiration et d'asthénie chronique. Concernant sa relation affective avec son conjoint, elle déclare que celle-ci très perturbée. Elle ne trouve aucun soutien de sa part. Au sujet de ses relations intimes, elle s'exprime d'un ton de gravité extrême sur ce sujet, elle signale le manque de relation physique et elle souffre de frigidité ainsi que de la baisse du désir qui est allée de pair avec l'apparition de la maladie.

II. analyse du TAT

Planche 1

13...Wayi dargaz igebghan adila3ben s la gitar mi urisinara amk athisdou, adibdou adil3eb... ittebine ihzen daghen ittewehid daya kan ittewalagh. 3'

-Procédés :

Silence important intra-récit CP (1) ; accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17) ; désorganisation des séquences temporelle E (13) ; tendance générale à la restriction C/P (2) ; expressions verbalisée d'affects B1(4) ; accent porté sur l'épreuve subjectif (non relationnel) CN (1) ; précédés d'arrêt dans le discours CP (6).

-Lisibilités : type 2 (+/-)

-Problématique :

La situation d'immaturation fonctionnelle est perçue mais s'avère déniée, cela montre sa propre angoisse de castration, empêchant un projet d'identification réaliste et l'inhibition bloque la

conflictualisations qui levé par la question du clinicien, mais ne permettant qu'une verbalisation d'affects dépressif par son recours aux procédés narcissique.

Planche 2

17^hTaqechicht igeqeran igette3edayen zath ifelachen ikhedemen tibheyar- nsen, tamettuth talay argazi-is igkhedemen. . 2'10

-Procédés :

Accent porté sur le factuel, CF (2) ; érotisation des relations prégnance de la thématique sexuelle, B2(9) ; instabilité dans les identification B2(11) ; accent porté sur le factuel CF (2) ; éloignement temporo-spatial, A2(4). Tendance générale à la restriction CP (2)

-Lisibilités : type 2 (+/-)

-Problématique :

La problématique de la triangulation œdipienne de cette planche suscite un registre défensif très appauvrissant, et que l'inhibition bloque le récit, et même empêchant le déploiement des problématiques œdipienne, probablement très angoissante

Planche 3BM

10^hNeki ttewalagh tamettuth iheqerit urgazis, ittewahbssen g thekhametiss uthesse3ara leweqeth atteker, dayakan. 2'35

-Procédés :

Accent porté sur les relations interpersonnelles B2(3) ; introduction de personnages non figurant sur l'image B1(2) ; détails narcissiques CN (10) ; expression la persécution. E (9) ; posture signifiant d'affects CN (4) ; motif de conflit non précisée CP (4).

-Lisibilités : type 2 (+/-)

-Problématique :

Le problématique dépressif provoque la projection d'un mauvais objet persécuteur signant l'impossible intériorisation de la culpabilité, il y'a un repli narcissique.

Planche 4

20th wayi, dargaz aked ttemttuth-is igettenaghen, argazeni idecidid adij axxam nni ma ttametuthis thettagamiyass, daya kan. 1'15

-Procédés :

Description avec attachement au détail A2(1) ; affecte exprimé à Minima A2(18) ; accent porté sur les relations interpersonnelles B2 (3) ; érotisation des relations, B2(9) ; tendance générale à la restrictions CP (2) ; motif de conflit non précisée, CP (4).

-Lisibilités : type 1 (+)

-Problématique :

La problématique de cette planche renvoie à la réactivation des angoisse d'abandon liée à la séparation semble très importante au point d'inhiber les possibilités d'élaboration des relations conflictuelle de couple.

Planche 5

12th Tamettuth toussad atzer ma ifouk miss leqerayass...ihettem felass athitte3ass aken urila3ebara aken adikhedem leqerayass... ugettewafehamara d'achou deqaregh, aka. 4'15

-Procédés :

Introduction des personnages non figurant sur l'image B1(2) ; accent porté sur les relations interpersonnelles B2 (3) ; détails narcissique CN (10) ; expression crue liées à une thématique agressive E (8) ; éléments de type formation réactionnelle devoir A2(10) ; remâchage A2(8) ; silence important intra-récit CP (1) ; critique de soi. CN (9).

-Lisibilités : type 2 (+)

-Problématique :

La problématique de l'image maternelle apparaît à cette planche comme intrusive, elle surveille et interdit le plaisir.

Planche 6GF

10th D ttametuth igekhel3en surgaz, thetdebine tekhela3 nagh tougad mi machi dle3bedayi ithetteraji daya. 2'

-Procédés :

Accent porté sur les relations interpersonnelles B2(3) ; expression verbalisée d'affects nuancé B1(4) ; érotisation des relations prégnance de la thématique sexuelle B2(9) ; hésitation entre interprétation différentes A2(6) ; expression verbalisée d'affects fort B2(4) ; idéalisation de l'objet CM (2) ; anonymat des personnages CP (3).

-Lisibilités : type 1 (+)

-Problématique :

La problématique hétérosexuelle dans le premier temps, la relation au père semble empreinte de fantasmes œdipienne de bon augure, cela ne dure pas car les procédés narcissique et d'inhibition empêchent une fois encore l'élaboration des conflits.

Planche 7GF

. 30th..tamettuth ighkoune tahekayeth iyeliss, yeliss ttemaginid tahekayeth ayig qeroyis, uzerighara ma deltoufan ithettef deg rebiss. 2'56

-Procédés :

Silence important intra-récit CP (1) ; accent porté sur les relations interpersonnelles B2(3) ; recours à des références au rêve A1(2) ; détails évoquer et non intégré A2(16) ; dénégation A2(11) ; accent porté sur les qualités sensorielle CN (5) ; évocation procédés d'arrêt dans le discours CP (6).

-Lisibilités : type 2 (+/-)

-Problématique :

La problématique de cette planche réactivant la relation œdipienne à la mère, cela montre que le conflit ne peut être se maintenir au plan interpersonnelles, tente de s'intériorisé,

Planche 9GF

20th imala d senath lekhalath igerwelen, ala machi rewelentt ahenttan ttazalent ,gher lebher, dayakan ittewalagh. 2'30

-Procédés :

Anonymat des personnages CP (3) ; présence de thèmes de peur dans contexte dramatiser B2(13) ; Motif de conflit non précisée CP (4) ; annulation A2(9) ; placage CP (4) ; relation spéculaire CN (7).

-Lisibilités : type 2 (+/-)

-Problématique

La problématique de rivalité féminine est ainsi évitée, les tentatives de dramatisation laissent espérer des possibilités d'élaboration psychique par son recours défense narcissique et aux procédés évitement de conflit.

Planche 10

10^e Dargaz igettefen tamettuthis car ifassenis, ittehadarit s lhenana aka. 1'30

-Procédés :

Anonymat des personnages CP (2) ; accent porté sur les relations interpersonnelles B2 (3) ; expression verbalisée d'affects B1(4) ; érotisation des relations prégnance de la thématique sexuelle B2 (9) ; surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet CM (1). Tendance générale à la restriction CP (2)

-Lisibilités : type 2 (+/-)

-Problématique :

La problématique de la relation libidinale évoquer cède le pas à un étayage par l'homme idéalisé dont la fonction est de lutter à la fois contre la sexualité et implique les relations hétérosexuelle oedipienne.

Planche 11

19^e Oh, dachou dwayi !... ; dzenzela igouthan, aka ulach mnhou igsseleken, semhiyit assayi machi en forme iligh. 2'50

-Procédés :

Exclamation B2(8) ; demande faite au clinicien CC (2) ; présence de thématiques de catastrophe B2(13) ; expression d'affects mégalomaniaque E (9) ; remâchage A2(8) ; craqué verbale E (17) ; surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet CM (1) ; critique de soi CN (9).

-Lisibilités : type 2 (+/-)

-Problématique :

La problématique archaïque l'agressivité suscitée par cette planche s'exprime grâce à l'intervention du clinicien, et aussi une agressivité dirigé vers l'objet vers et vers le soi c'est-à-dire autocritique

Planche 12 BG

15[^]Tafluketh thettewamssah g leghaba zedaw n chegerra...aka. 1'

-Procédés :

Tendance générale à la restrictions CP (2) ; description avec attachement au détail A2 (1) ; surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet CM (1) ; désorganisation des séquences temporelle E (13) ; évocation d'éléments des arêtes dans le discours CP (6) ; insistance sur le repérage des contours CN (6).

-Lisibilités : type 2 (+/-)

-Problématique :

La problématique dépressive suggéré par cette planche réveille en effet les angoisse abondons de Lydia, dans lesquelles n'a pas introduit une dimension objectale.

Planche 13B

25[^]Daqechich damezyan imaniss, itteraga adqlen imawelaniss, ittebine yehzen, yehzen dazawali, aka. 1'50

-Procédés :

Description avec attachement au détail A 2 (1) ; surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet CM (1) ; introduction de personnages non figurant sur l'image B1(2) ; idéalisation de l'objet valence (-) CM (2) ; expression verbalisée d'affects B1(4) ; accent porté sur l'épreuve subjectif CN (1).

-Lisibilités : type 2 (+/-)

-Problématique :

La problématique dépressive assez similaire à la planche précédente, les angoisses d'abandon majeures l'incapacité à être seule, la recherche d'un étayage qui ne vient pas et occasionne un repli narcissique dépressif.

Planche 13 MF

15^e argaz ibad , tamatouyh tatlak f alcanapi tagan ,tayi tabla ,le cadre , tacanapite wahi tasumta,daya izeregh 2'

-Procédés

Description avec attachement aux détails A2(1) ; silences importants intra-récit CP (1) ; tendance générale à la restriction CP (2).

-Lisibilité : type 2(+/-)

-Problématique

La problématique de la sexualité a été perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente aux de contrôle description avec attachement aux détails.

Planche19

13^e Oh, dayi dtablou !?... Ih dtablou igenzan iyeklyane, daya. 1'

-Procédés :

Tendance générale à la restrictions CP (2) ; surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet - CM1, exclamation B2 (8) ; mise en tableau CN (8) ; silence important intra-récit CP (1) ; accent porté sur le quotidien CF (2).

-Lisibilités : type 2 (+/-)

-Problématique :

La problématique archaïque de cette planche, qui met à l'épreuve les limites, provoque chez elle une inhibition majeure, un évitement total malgré le recours à l'étayage et elle n'a aucune résonance émotionnelle ni relationnelle.

Planche 16

25" ... (hochement de tête), olache k3a 525"5"

-Procédés ;

Tendance refus CP (5) ; ; silence important intra-récit CP (1) ; agitation motrice

-Problématique

La problématique de la structuration des objets privilégiés en relation avec le patient n'est pas traité ni élaborée

III. L'analyse du protocole du TAT cas de Lydia

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

Lydia a élaboré tous les planches du TAT, sauf la planche 16 qu'elle a marqué la tendance de refus, dont elle revoit à la planche La problématique prégénitale (archaïque). On note que les récits de certaines planches été pauvre ainsi d'autre été riches, on souligne le recours de la patiente aux procédés C en lien avec l'évitement des conflits intrapsychique.

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

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présents de façon suite, on observe la prédominance des procédés du discours qui relèvent de la problématique en lien avec l'évitement du conflit intrapsychique, avec un pourcentage de C % 34,86, au sein la série l'usage de procédés d'inhibition est massif (histoire court, motifs des conflits non précisés) ; ainsi, que les procédés antidépressifs (accent porté sur la fonction d'étayage, appel au clinicien). On deuxième position les procédés de discours qui relèvent du registre de labilité, avec un pourcentage B % 22,26 ; les autres procédés de contrôle A et procédés d'émergence aux processus primaire E sont moins représentés.

- **Les problématiques globales**

- a- **La problématique œdipienne**

La patiente a perçu mais elle n'a pas traité la problématique d'immaturation fonctionnelle dans la planche 1. Ensuite dans la planche 2 perçu est traitée les sollicitations œdipiennes. À la planche 4 la patiente a perçu mais n'a pas traité la problématique conflictuelle de couple par son recours

aux procédés d'inhibitions. La planche 5 elle a perçue et a traité la problématique de l'image maternelle par le recours aux procédés labilités par l'introduction des personnages non figurés. Dans la planche (6GF) la problématique perçue est traitée par son recours aux procédés du conflit interpersonnelle (7CF) elle a perçue et traitée la relation réactivant la relation œdipienne a la mère relation dyade mère/fille avec le recours au procédé l'alibilité représentations contrastées. La planche (9GF) perçu mais ni pas traité (13 MF) elle a perçu mais pas traité la problématique de la sexualité par le recours de la patiente aux procédé l'évitement de conflit.

B-Problématique dépressif

La problématique dépressive n'est pas perçue mais la patiente a traité la planche 3 BM par son recours aux procédés d'évitement aux conflits, ainsi que dans la planche 12BG elle est perçu mais pas traité qui revoit à ses propres angoisses abandonniques dans la planche 13MF La problématique de la sexualité a été perçue mais elle n'a pas été traitée par le recours de la patiente au procédé de contrôle « Description avec attachement aux détails ».

C– la problématique prégénitale (archaïque)

La problématique dans la planche 11 été perçue est traitée par son recours aux procédés d'évitements aux conflits ; la planche 19 été perçue mais non traitée par contre dans la planche 16 ni pas n'été perçue ni traitée par son tendance au refus

L'évaluation quantité des procédés défensifs de cas de Lydia

| A | B | C | | | | | E |
|----------|----------|-----------------------|--------|-------|-------|------|--------------|
| A2-17=1 | B2-1=2 | CP | CN | CM | CC | CF | E13=1 |
| A2-4=2 | B1-4=9 | CP1=5 | CN1=2 | CM1=5 | CC2=1 | CF=3 | E9=2 |
| A2-1=2 | B2-3=6 | CP2=6 | CN4=1 | CM2=2 | | | E8=2 |
| A2-18=1 | B2-4=1 | CP3=3 | CN5=1 | | | | E17=1 |
| A2-10=1 | B2-8=2 | CP4=4 | CN7=1 | | | | |
| A2-8=2 | B2-9=3 | CP5=1 | CN8=1 | | | | |
| A2-2=1 | B2-11=1 | CP6=2 | CN9=2 | | | | |
| A2-16=1 | B2-12=1 | | CN10=2 | | | | |
| A2-11=1 | B2-13=2 | | | | | | |
| A2-9=1 | B2-7=1 | | | | | | |
| Σ A= 13 | EB=22 | 21 | 10 | 7 | 1 | 3 | |
| A%=10.79 | B%=18.26 | Σ C=42 C% = 34.86% | | | | | Σ E=6 |
| | | Σ =83 100% | | | | | E% = 4.98 |

Résumé du TAT

L'analyse de protocole du TAT, nous démontre que Lydia utilise en première position les procédés d'évitement du conflit par un pourcentage élevé, en deuxième position les procédés qui relèvent du registre labile, en troisième position les procédés de contrôle et en dernière est l'utilisation de procédés d'urgence des processus primaire

Concernant l'investissement du côté relationnel est soulevé par les mécanismes suivants ; tendance au refus (planche 16) ; la prédominance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; tendance générale à la restriction ; l'anonymat des personnages ; instabilité dans les identifications ; l'absence des conflits interpersonnel ; manque des procédés défensifs de contrôle.

D'après les mécanismes de défense utilisés on souligne que la vie sexuelle de Lydia est perturbée.

Présentation du cas Malika

Malika est âgée de 46 ans, grand de taille, très maigre, yeux clair, porte le voile. Elle est la benjamine d'une fratrie de cinq enfants. Mariée, mère de quatre enfants, trois filles et un garçon, femme au foyer d'un niveau d'instruction précaire ,6ème année primaire. Durant l'entretien Malika s'est montrée timide, très calme, d'une mimique triste.

I. données de l'entretien

1. la santé physique

- **Maladie organique antérieure et actuelle**

D'après les données concernant l'état de santé antérieure, Malika déclare qu'elle souffrait d'une hypertension artérielle HTA depuis 6 ans. Après 3 ans, elle s'est présentée en consultation chez le médecin généraliste suite aux douleurs lombaires qu'elle avait ressenties, qui sont suivies de vomissements. Après plusieurs examens, le médecin a diagnostiqué chez elle une insuffisance rénale chronique terminale, et elle a été hospitalisée pendant deux mois.

Aussi, sa main gauche était déformée, en conséquence de quoi, elle a subi deux opérations.

- **Les complications de la maladie et facteur héréditaire**

Malika a souffert des complications de l'insuffisance rénale chronique où ses capacités physiques ont diminué ; l'hypertension artérielle, des douleurs au pieds, perte de poids, anémie et déformation de ses mains. En plus, elle ajoute une fatigue intense due aux séances de dialyse. Sa maladie rénale n'est pas héréditaire, car aucun de sa famille ne présente d'IRCT.

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

Suite à notre entretien avec Malika, on note quelques événements traumatiques qu'elle a vécu à l'âge de 15 ans ; la perte de son père, décédé suite à une maladie mortelle. Cette perte objectale a engendré chez elle une dépression réactionnelle d'où sa souffrance d'une angoisse d'abandon. Son père représente pour elle un support d'étayage indispensable. Elle souligne ; après la mort de mon père j'ai senti un grand vide, j'ai senti que je devais me débrouiller pour m'occuper de mes petites sœurs. S'ajoute aussi les conflits familiaux liés à leurs situations financières. Suite à ces souffrances, 6 ans après, elle a contracté l'Hyper Tension Artérielle (HTA).

2. La santé psychologique

• Les événements importants dans la vie du patient

Malika n'avait pas d'événements importants à raconter à part le fait que sa vie était très dure car elle est issue d'une famille de montagnards très pauvres. Par contre, à l'annonce du diagnostic de IRCT, elle n'a rien compris car elle n'avait aucune connaissance sur cette maladie. Après lui avoir tout expliqué, elle était bouleversée et choquée, elle disait :« pour moi c'était comme si le monde s'écroulait. Je n'ai pas arrêté de pleurer... j'avais très peur. Maintenant je vis avec..., j'accepte ! Je n'ai pas d'autres choix ».

• Les caractéristiques de la vie onirique

La vie onirique de Malika est très riche, elle souffrait des perturbations du sommeil et elle fait des rêves répétitifs en plusieurs reprises en disant « je rêve qu'au moment de la dialyse, la machine (dialyseur) tombe en panne « ce sont des cauchemars dont je me réveille à chaque fois ». Elle rêve beaucoup de ses enfants disant :« que Dieu les protège et les gardent pour moi, que je puisse les voir grandir et réussir dans leurs études ».

• Association et projet d'avenir du patient

Parlant de son projet d'avenir, elle aimerait avoir un heureux avenir avec ses enfants et son mari et de vivre une vie stable, loin de tout type de problème, de santé. Elle exprime aussi son souhait de recevoir une greffe rénale.

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

• Relation avec famille, milieu hospitalier et professionnel

Malika est une personne sociable, elle entretient de bonnes relations avec les autres, surtout avec sa famille (sa mère, ses frères, ses belles sœurs). Elle est soutenue plus par ses enfants qui sont devenus plus attentionnés à son égard. Un encouragement permanent lui a permis d'être forte pour faire face à cette situation. C'était très important pour elle. Le regard de son entourage l'intéressait, elle avait toujours peur d'être rejetée, mais elle s'entend bien avec eux, ses voisines qui lui rendaient souvent visite même les femmes qui avaient déjà vécu la même expérience venaient la rassurer et l'encourager. A cela s'ajoute sa relation satisfaisante avec le personnel soignant.

- **Relation affective et vie sexuelle avec le conjoint**

La relation affective avec son mari est très bonne, elle évoque un grand soutien dans ses moments difficiles. Elle déclare : « mon mari est toujours à mes côtés avant et après ma maladie ». Son mari lui a proposée de lui donner son rein mais elle n'a pas accepté car elle voulait pas lui gâcher sa vie. Malika avait des relations sexuelles normales avec son mari, mais malheureusement cette maladie l'empêche de les vivre pleinement, elle souffre d'une perte de désir et une frigidity sexuelle, mais l'essentiel pour elle est de satisfaire le besoin de son mari.

Résumé de l'entretien

D'après les données de l'entretien de Malika, on a constaté qu'elle souffre de douleur aux pieds, perte de poids et l'anémie. Concernant sa relation avec son mari, elle déclare qu'elle est bonne basée sur son grand soutien dans les moments difficiles. Au sujet de ses relations intimes, elle révèle qu'elle fait des efforts pour satisfaire son mari, or elle signale la perte de désir, et est confrontée à une frigidity sexuelle.

II- Analyse de TAT

Planche 1

10'' « aqchich isserssed a guitare à dhigheni, urisinara, mimique, ala waqilak daterchon n fouqjaris, daya ifahmegh 3'

-Procédés

Accrochage au contenu manifeste (CF-1) suivi d'un accent porté sur le conflit intrapersonnelle (A2-17) et une tendance à la restriction (CP-2), mimiques (CC -1) ; fausse perception (E-4), critique de soi (CN- 9), hésitation entre interprétation différentes (A2-6).

-Lisibilité Type 2 (+/-).

-Problématique

La problématique d'immaturation fonctionnelle, la conflictualisé sur le mode intrapsychique, l'identification à l'enfant la confronte à sa propre angoisse de castration, la problématique de cette planche est donc perçue

Planche 2

.13ⁿ da fellah à savoir dachou ikheddem....tayi o3limghara matelas tamettuthis nagh khati. 1'45

Procédés

Accrochage au contenu manifeste (CF-1) ; silences importants intra-récit (CP-1); Motifs des conflits non précisés, (CP-4) ; hésitation entre interprétation différentes (A2-6). Tendance générale à la restrictions (CP-2).

-Lisibilités Type 2 (±)

-Problématique

La problématique de la triangulation œdipienne, est perçue mais n'est pas élaborée, du fait qu'elle a utilisé les procédés d'évitement du conflit de type placage.

Planche 3BM:

5'' « wayi dargaz nagh daqechich iqim galqa3a, ihlek, ikhem a fousiss f kanapi» 1'10

Procédés :

Instabilité dans les identification (B2-11), description avec attachement aux détails (A2-1), tendance générale à la restrictions (CP-2) , hésitation entre interprétation différentes (A2-6).

-Lisibilité Type 2 (+/-).

-Problématique

Le sujet à perçu une personne malade et la tendance générale à la restriction ainsi que l'expression crue liée à une thématique agressive dirigée contre soi n'a pas aidé le sujet à traiter le contenu latent de cette planche.

Planche 4

.13ⁿ un couple amoureux...daya i guellane di la photo ayi..... 55ⁿ

-Procédés :

Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle (B2- 9) ; silences importants intra-récit (CP-1) ; motifs des conflits non précisés, (CP-4) ; silences importants intra récit (CP-1).

-Lisibilités Type 2 (\pm)

-Problématique : La problématique conflictuelle du couple est perçue mais pas traitée, cela est dû au recours à des procédés d'évitement du conflit

Planche 5

13^{''}Rire tayi tatbine tatkhamime ,dacho tatkhamime fal3amris 1'

-Procédés

Agitation motrice, (CC-1) ; Anonymat des personnages (CP-3) ; Accent porté sur les conflits intra personnels (A2.17) ; Tendance générale à la restriction (CP-2).

-Lisibilité : type 2 (\pm).**-Problématique :**

La problématique de l'image maternelle n'est pas perçue ni développée, puisqu'elle a fait recours à l'anonymat des personnages, et des procédés d'évitement du conflit avec tendance générale à la restriction.

Planche 6 GF

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

-Procédés

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

-Lisibilité type 3 (±)

-Problématique

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

Planche 7GF

21" ...Tametoth dilis, ah yazman emas tehadrased, tehadrased fesalas elisteklev akaroyis, awah othetehibara imas aken isthevgha salha 3'11 "

-Procédés

Description avec attachement A2(1) ; Élément de type formation réactionnelle A2(10) ; Présentation contrastée, alternance entre des états émotionnels opposés B2(6) ; silence important intra-récit (C/P-1).

-Lisibilité type 1 (+)

-Problématique

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

Planche 9GF

14 "..., tamatouth thataf yer ifasnith thiktoubine, atan thetzazal dafir ntamatouth natnine akan atawthit iban tamyassamant.2 '29 "

-Procédés

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

-Lisibilité type 1(+)

-Problématique

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

Planche 10

13" Dayi wisan ma dimotan.....,na3 s3an lmachakil.1'

-Procédés

Perception d'objets morcelés (malades) (E6) ; Précautions verbales (A2.3) ; silences intra-récit (CP1) ; Persévération (E10) ; Tendance générale à la restriction (CP2).

-Lisibilité type 2 (±).

-Problématique

La problématique libidinale et la relation père/fille n'est pas perçue ni traitée, suite aux mécanismes d'évitement de conflits par une tendance générale à la restriction

Planche 11

10" Dayi olache l3ibad... ; d la photos kane 1'

-Procédés

Silences intra-récit (CP1) ; Introduction de personnages non figurant sur l'image (B1.2) ; Mise en tableau (CN8) ; Tendance générale à la restriction (CP2).

-Lisibilité : type 3 (-)

-Problématique

La problématique archaïque à laquelle renvoie la planche n'a pas été perçue ni élaboré, à cause des mécanismes d'évitement de conflits par la tendance générale à la restriction.

Planche 12BG

19"« ...twaligh d chethewa de asamit. thabi3 chetwa, daya kan » 1'12

-Procédés

Silence importants intra-récit CP (1) ; accrochage au contenu manifeste CF (1) ; affects exprimés à minima A2(18) ; Tendance générale à la restriction (CP2).

-Lisibilité type 2 (±)**-Problématique**

La problématique dépressive de cette planche été perçus mais n'a pas été élaborée

planche 13 B

12^h akchich eikkim errif ouwemnar amek ara sen semmi en te wourthe 1'45

Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF-1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés, placage CP-4., tendance générale à la restrictions CP-2,

-Lisibilités Type 2 (±)**-Problématique**

La problématique dépressive n'est pas perçue ni élaborée, par le recours de la patiente aux procédées d'évitement du conflit de types placage.

Planche 13MF

15"... tayi tameth thetlak gosso ... ozmirghar amdinigh mayenghate.... themoth dargaziss ityenghan 2'34

-Procédés

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

-Lisibilité type 2 (\pm)

-Problématique

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

Planche 19

.9" tayik c'est un dessin...dachou ar ag dinigh.c'est un dessin...un art daya. 1'55

-Les procédés

Affect-titre CN (3) ; silences importants intra-récits CP (1) ; Demandes faites au clinicien CC (2) ; silences importants intra récit CP (1) ; Remâchage, rumination A2(8)

-Lisibilité Type 2 (\pm)

-Problématique

La problématique prégénitale est perçue et non traitée par le recours aux procédés d'évitement de conflit

Planche 16

10" « lehna dayakan »23"

-Procédés

Expression verbaliser d'affect nuancés B1(4) tendance générale à la restriction CP (2), idéalisation d'objets (valeur +) CM (2).

Problématique :

La planche renvoie à la capacité de structurer un objet interne et cette problématique a été élaborée.

III. L'analyse du protocole du TAT cas de

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

La patiente a traité la plupart des planches du TAT, avec restriction.

- **Les procédés utilisés**

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentés à savoir la prédominance de la série C évitement de conflit avec un pourcentage 22,62 % en première position, en deuxième position la série E d'émergence des processus primaire avec un pourcentage 4,64, en troisième position on trouve les procédés de la série B labile 4,06 % et en dernier position ceux de la série A de contrôle 2,32%

- **Les problématiques globales**

a) **Problématique œdipienne**

La patiente a perçu la problématique d'immaturation fonctionnelle dans la planche 1 mais n'a pas été traitée par le recours de la patiente aux procédés d'évitement de conflit, dans la planche 2, elle a perçu et n'a pas pu traiter la problématique œdipienne en raison de recours aux mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 4, le problème conflictuel du couple a été perçu et n'a pas été traité. La problématique de la planche 5 n'est pas traitée et n'est pas perçue à cause de la présence des procédés d'évitement du conflit, on ce qui concerne la planche 6Gf la problématique hétéro sexuelle n'a pas été perçue et traitée, dans la planche 7Gf la problématique de la relation mère fille est perçue et traitée par le recours au procédé de contrôle, dans la planche 9GF, la problématique de la rivalité féminine a été perçue et traitée par le recours aux procédés de contrôle.

b) **La problématique dépressive**

La problématique dépressive de la planche 3BM perçue mais elle n'est pas traitée, dans la planche 12BG, la problématique dépressive a été perçue n'a pas été élaborée, dans la 13B la patiente n'a pas perçue et n'a pas élaboré la problématique, par le recours aux procédés d'évitement du conflit.

c) Le problématique prégénital

Malika n’a pas perçu et n’a pas été traitée la problématique archaïque de la planche 11, à la planche 19 la problématique prégénitale perçue et non traitée par le recours aux procédés d’évitement de conflit, dans la planche 16 ...

L’évaluation quantitative des procédés défensifs de Malika

| A | B | C | | | | | E |
|----------|---------|--------------|-------|-------|-------|-------|----------|
| A2.6=1 | B1.2=1 | CP | CN | CM | CC | CF | E4=1 |
| A2.8=1 | B1.4=1 | CP1=12 | CN2=3 | CM2=1 | CC2=3 | CF1=4 | E6=1 |
| A2.10=2 | B2.6=1 | CP2=9 | CN3=1 | | CC1=2 | | E7=1 |
| A2.17=1 | B2.9=3 | | CN7=1 | | | | E8=2 |
| | | | CN8=1 | | | | E9=1 |
| | | | CN9=2 | | | | E10=2 |
| Σ A= 4 | £B=7 | 21 | 8 | 1 | 5 | 4 | |
| A%= 2,32 | B%=4,06 | Σ C=39 | | | | | Σ E=8 |
| | | C% = 22,62 % | | | | | E% =4,64 |
| | | Σ =58 | | | | | |
| | | 100% | | | | | |

Résumé du TAT

L'analyse de protocole du TAT, nous démontre que Malika utilise en première position les procédés prédominant d'évitement du conflit, en deuxième position les procédés qui relèvent d'émergence des processus primaire, en troisième position les procédés de labile et en dernière est l'utilisation de procédés du contrôle.

Concernant l'investissement du côté relationnel est soulevé par les mécanismes suivants la prédominance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; tendance générale à la restriction ; absence des conflits interpersonnel ; manque des procédés défensifs de contrôle et labile.

D'après les mécanismes de défense utiliser on souligne que la vie sexuelle de Malika est perturbée.

Présentation du cas Fatima

Fatima est une femme âgée de 52 ans, demeure la wilaya de Béjaia, elle est de taille moyenne, yeux verts, elle porte le voile, l'aînée d'une fratrie de trois frères et deux sœurs. Mariée depuis 27 ans, elle a quatre enfant, trois filles et un garçon, son niveau scolaire est moyen, couturière de profession. Pendant l'entretien, elle s'est montrée coopérative, dont le transfert à une connotation positive. Elle est atteinte par l'insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 6 ans.

I. les données de l'entretien

1. la santé physique

- **Maladie organique antérieure et actuelle**

Au cours de l'entretien, notre patiente nous a informé qu'elle souffrait d'Hyper Tension Artérielle (HTA) et du diabète depuis 8 ans, son cas s'est aggravé en déviant vers l'insuffisance rénale chronique terminale. Elle déclare que c'est à cause de son travail qu'elle est devenue malade, en subissant une grande charge qui lui a provoqués sa chronicité. Elle affirme « J'ai beaucoup de pression de la part de mes clients, je travaille jour et nuit pour terminer les commandes et me voilà, je suis devenue malade par l'insuffisance rénale ».

- **Complications, autres maladies et facteur héréditaire**

Sa maladie n'est pas héréditaire, elle est le seul membre de la famille qui a eu cette maladie, son atteinte par l'insuffisance rénale chronique est la complication de son Hyper Tension Artérielle (HTA) et son diabète type 2. Depuis sa défaillance de la fonction rénale Fatima présente des signes cliniques tels que ; état de fatigue physique chronique et anémie.

- **La relation entre l'événement traumatique et maladie**

Fatima nous a révélé qu'elle a beaucoup souffert, la charge de son travail qui lui a causé sa maladie en disant « je travaille jour et nuit dans mon atelier pour que je termine les commandes de mes clients, je me souviens le jour où je suis tombée par terre, on m'a évacué en urgence à l'hôpital ». Après le diagnostic, son médecin lui a annoncé sa chronicité de l'insuffisance rénale.

2. La santé psychologique

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

L'évènement traumatique chez Fatima été l'annonce de sa maladie chronique en disant « ma maladie est l'évènement qui m'a le plus marqué, au début j'avais des difficultés à accepter ma maladie, et aussi j'avais peur de mourir et de laisser mes enfants, à part ça je n'ai pas de mauvais souvenirs ».

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

En ce qui concerne la vie onirique de Fatima, elle se caractérise par la présence de rêves crus. Depuis sa maladie, elle dévoile qu'elle souffre de perturbations du sommeil. Elle est souvent sujette aux cauchemars. Elle déclare : « je ne dors pas, à chaque fois, je me réveille la nuit. Pour reprendre le sommeil c'est vraiment difficile, alors je fais la prière et je lis un peu le coran pour me soulager ». Le rêve cru selon P. Marty « semble exposer une image de l'inconscient refoulé du sujet et qui ne sont pas rares chez les malades somatiques mal mentalisés » (Marty, 1984, PP.1150-1152). Elle n'a pas pu évoquer ses rêves.

- **Association et projets d'avenir du patient**

Fatima est une femme optimiste dans la vie, en ce qui concerne son projet d'avenir, elle souhaite réaliser le projet de la greffe rénale ; en effet son mari souhaite lui donner son rein mais malheureusement ils ne sont pas compatibles.

3. Les caractéristiques de la relation et vie sexuelle

- **La relation avec la famille, milieu hospitalier et professionnel**

Fatima est une personne sociable, elle noue de très bonnes relations avec sa famille. Elle a trouvé un grand soutien de leurs parts ainsi que sa belle –famille qui partage avec elle ses tâches quotidiennes et plus précisément son conjoint en se confiant « mon mari est ma raison de vivre, il m'a bien soutenu, c'est lui qui m'a donné la force et le courage ». Fatima apparait dynamique, ouverte envers les autres surtout avec l'équipe soignante. Elle a de bons contacts avec eux et elle s'intègre facilement. En ce qui concerne ses relations professionnelles, depuis son atteinte par la maladie rénale, elle a coupé tout contact.

- **Relation affective et vie sexuelle avec le conjoint**

La relation affective avec son conjoint est bonne, elle évoque le soutien moral de sa part sur tous les plans, elle nous a avoué qu'elle a épousé son cousin. Elle déclare : « ma relation est très bonne, mon mari est quelqu'un de bien, très compréhensif, il fait tout ce qu'il faut pour moi ». La vie sexuelle de Fatima se caractérise par un certain équilibre. Elle exprime une envie normale envers son mari, elle nous a avoué qu'elle n'avait pas de problèmes dans ce côté-là ; elle annonce : « je partage le lit avec mon mari le plus normalement », mais malheureusement sa maladie l'empêche de la vivre pleinement. Elle révèle qu'elle fait des efforts pour satisfaire les besoins de son mari, malgré qu'elle n'éprouve aucun désir, souffre de perte de plaisir ainsi d'une frigidity sexuelle, par conséquent ses rapports sexuels ne sont pas très fréquents.

Résumé de l'entretien

D'après les données de l'entretien de Fatima, on a constaté qu'elle souffre de troubles de sommeil, de fatigue physique et anémie. Concernant sa relation avec son mari, est plus affective qu'avant car il est tout le temps à ses côtés, témoignant d'un rapprochement et d'un soutien moral très performant. Au sujet de ses relations intimes, elle exprime une envie normale envers son mari, mais malheureusement sa maladie l'influence négativement. Elle signale le manque de plaisir, proche d'une frigidity sexuelle et généralement ses rapports sexuels ne sont pas très fréquents.

II. Analyse du teste du TAT

Planche1

12" wayi dla3tist it khemmim bache a d yekhdem dacho adi3ani g lgala dayakane1'10

Procédés

Idéalisation de l'objet valence positive CM2(+); Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17); Scotomes d'objets manifestes E (1); Motifs des conflits non précisés, récit banalisé à outrance, impersonnels, placages CP (4).

-Lisibilités : Type 2 (\pm)

-Problématique

La problématique de la situation d'immaturation fonctionnelle devant l'objet d'adulte est perçue et élaborée par le recours de aux procédés interpersonnels.

Planche 2

.20^h dikhademen dachou ikheddem galfirma... tayi thamettout th khada3 argas.... Daya
izerregh. 1'15

-Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; silences importants intra-récit CP (1) ; silences importants intra-récit CP1 ; accent porté sur les relations interpersonnelles B2(3), Motifs des conflits non précisés, récit banalisé, placages CP4.

-Lisibilités : Type 2 (±)

-Problématique

La problématique de la triangulation œdipienne, est perçue mais pas élaborée, du fait qu'elle a utilisé les procédés d'évitement du conflit de type placage.

Planche 3 BM

25^hwayi dachoth dakchich awah khati takchich tehzan ne3 tahlak, c'est tout. 1'

-Procédés

Silence important intra récit CP (1) ; annulation A2(9) ; Expression verbalisée d'affects nuancés, modulés par le stimulus B1(4) ; hésitation entre interprétation déférente A2(6) ; Tendance générale à la restriction CP (2).

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique

La problématique dépressive de cette planche a été perçue et traitée, par son recours aux procédés labiles, expression verbalisée d'affecte modulée par le stimulus, et les procédés antidépresseifs, ainsi les procédés de conflit tendance à la restriction.

Planche 4

22 «...tmetoth wahid argazis no3an amaken neta ibr3a adhiroh netath thetfithid daya kan
47'

Procédés :

Silence importants intra-récit CP (1) ; Description avec attachement A2(1) ; accent porté sur les relations interpersonnelles B2(3), motifs de conflit non précisés CP (4) ; représentation contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés B2(6) ; Tendance générale à la restriction CP (2).

Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique :

La problématique de cette planche renvoie à la réactivation des angoisse d'abandon liée à la séparation semble très importante au point d'inhiber les possibilités d'élaboration des relations conflictuelle de couple.

Planche 5

15thTayi tamtouth tkhacham 3 la chambre atasfahad ala ow3ira3a dacho ithkhadam, daya kan1'56

-Procédés :

Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; silence importants intra-récit CP (1) ; critique de soi CN (9) ; motifs de conflit non précisés récit banalisé, placages CP (4) ; annulation A2(9) ; Tendance générale à la restriction CP (2).

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique :

La problématique de l'image maternelle, a été perçue, mais n'a pas été traitée par le recours de la patiente aux procédés d'évitement de conflits.

Planche 6 GF

10thTaha Tamtouth lwahid amis tbanane faqran.. C'est tout 47'''

-Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; représentation contrasté, alternance entre état émotionnelle opposés B2(6) ; accent porté sur les relations interpersonnelles B2(3) ; motifs de conflit non précisés récit banalisé, placages CP (4).

Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique

La problématique de relation mère -fille est perçue, mais pas trop développée par la patiente par son recours aux procédés narcissique et d'inhibition empêchent une fois encore l'élaboration des conflits

Planche 7 GF

25" ...Tametouth wahid dilis ah yazman emas tehadrased,tehadrased fesalas elis
teklev akaroyis ,awah othetehibara imas aken isthevgha salha. 2'11

Procédés :

Silence importants intra-récit CP (1), description avec attachement A2(1) ; accent porté sur les relations interpersonnelles B2(3) ; élément de type formation réactionnelle A2(10) ; présentation contrastée, alternance entre des états émotionnels opposés B2(6).

Lisibilité : type 1 (+)

Problématique :

La problématique de la relation mère fille et perçue et traitée et réactivant la relation œdipienne à la mère, cela montre que le conflit ne peut être se maintenir au plan interpersonnelles, tente de s'intériorisé

Planche 9 GF

15"Twali3 snath n teqchichin tazalant, 3 labhar o3lim3ara ... , (sourir), dayakan 57"

-Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; précisions chiffrés A2(5), accent porté sur une thématique, courir B2(12), description avec attachement A2(1) ; éloignement temporel –spatial A2(4) ; silence importants intra-récit CP (1) ; agitation motrice CC (1) ; Tendance générale à la restriction CP (2).

-Lisibilité type2 (±)

-Problématique :

La problématique de la rivalité féminine a été perçue est mais pas traitée par son recours aux défense narcissique et aux procédés évitement de conflit.

Planche 10

20" ...wayi del couples temreba3en, (hochement de tête) tvanen temhamlan daya kan 62
"

-Procédés :

Silence importants intra-récit CP (1) ; description avec attachement A2(1) ; Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle, symbolisme transparent B2(9) ; accent porté sur les relations interpersonnelles B2(3) ; agitation motrice CC (1) Expression verbalisée d'affects B1(4) ; Tendance générale à la restriction CP (2).

-Lisibilité type2 (±)

-Problématique :

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

Planche 11

15" dacho wayi!... ofhima3 k3a 40"

-Procédés

Exclamation B2(8) ; demande faites au clinicien CC (2) ; Silences importants intra-récit CP (1) ; critique de soi CN (9) ; Tendance refus. CP (5) ;

-Lisibilité type 2(±)

-Problématique

La problématique archaïque n'a pas été perçue ni traitée par le recours de la patiente aux procédés d'évitement conflit, et la tendance de refus et cela s'exprime grâce à l'intervention du clinicien, et aussi une agressivité dirigé vers l'objet vers et vers le soi c'est-à-dire autocritique.

Planche 12 BG

18"D lakhrif, taflokt tbandonnée , dayi dechjar et dihina dasif....daya 48"

-Procédés

Accent mis sur les qualités sensorielles CN (5) ; description avec attachement aux détails A2 (1) ; Silences importants intra-récit CP (1), ; Tendance générale à la restriction CP (2).

-Lisibilité type 2 (±)**-Problématique**

La problématique dépressive de cette planche est perçue mais n'est pas traitée par son recours descriptions d'attachement aux détails et interprétation de l'image elle s'est accroché au contenu manifeste de la planche réveille en effet les angoisses abondantes.

Planche 13 B

10"... Wayi daqechich iqim 3 rif ntaborth.... ijob dlahmoum, itaf akaroyis ,voilà 1'

-Procédés

Silences importants intra-récit CP (1) ; accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Accent porté sur les conflits interpersonnels A2(17), Tendance générale à la restriction CP (2).

-Lisibilité type 2 (+)**-Problématique**

La problématique dépressive de cette planche révèle les angoisses d'abandon majeures l'incapacité à être seule, la recherche d'un étayage qui ne vient pas et occasionne un repli narcissique dépressif.

Planche 13 MF

10"Twala3 argas wahid tamtouthis (Sourire), ta3zist achhal tamhamalan 1'

Procédés

Description avec attachement aux détails A2(1) ; Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle, symbolisme transparent B2(9) ; Silences importants intra-récit CP (1) ; agitation motrice CC (1) ; accent porté sur les relations interpersonnelles B2(3) ; Expression verbalisée d'affects B1(4) ; Tendance générale à la restriction CP (2).

-Lisibilité type 2 (±)

-Problématique

La problématique de la sexualité de cette planche est perçue et élaborée par son recours aux procédés érotisation des relations de thématique sexuelle et expression verbalisé d'affect.

Planche 19

12" Ya3ni a rabi dacho d la photo ayi k3a orafhima3 syas 1'10

-Procédés

Critique de soi CN (9) ; Silences importants intra-récit CP (1) ; Accent porté sur les conflits interpersonnels A2(17), Tendance générale à la restriction CP (2).

Lisibilité type 2(±)

-Problématique

La problématique prégénitale de cette planche n'est pas perçue ni élaborée par son recours aux procédés d'évitement aux conflits et la tendance au refus.

Planche 16

10"...(sourire), olach q3a ...olach dacho amdini3, (hochement de tête) 1'

Procédés

Silences importants intra-récit CP (1) ; accrochage au contenu manifeste CF (1) ; agitation motrice CC (1) ; demande faites au clinicien CC (2).

-Lisibilité type 2(±)

-Problématique

La problématique de la structuration des objets privilégiés en relation avec le patient n'est pas traité ni élaborée par son recours aux procédé d'évitement de conflit et accrochage au contenu manifeste de la planche.

III.L'analyse du protocole du TAT cas

Fatima a traité la majorité des planches du TAT, sauf la planche 16 et 11 et 19 qu'elle a marqué la tendance de refus, dont elle revoit à la planche la problématique prégénitale (archaïque). On note que les récits de certaines planches été pauvre ainsi d'autre été riches, on souligne le recours de la patiente aux procédés C en lien avec l'évitement des conflits intrapsychique.

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

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présents de façon suite, on observe la prédominance des procédés du discours qui relèvent de la problématique en lien avec l'évitement du conflit intrapsychique, avec un pourcentage de C % 34,65 au sein la série l'usage de procédés d'inhibition est massif (histoire court, motifs des conflits non précisés) ; ainsi, que les procédés antidépressifs (accent porté sur la fonction d'étayage, appel au clinicien). On deuxième position les procédés de discours qui relèvent du registre de contrôle, avec un pourcentage B % 12,32 ; les autres procédés de labile A% 11,55 et procédés d'émergence aux processus primaire E % 0,77 sont moins représentés.

- **Les problématiques**

- a- La problématique œdipienne**

La patiente a perçu et élaborée la problématique d'immaturation fonctionnelle dans la planche 1. Ensuite dans la planche 2 perçu est mais pas traitée les sollicitations œdipiennes. À la planche 4 la patiente a perçue et traité la problématique conflictuelle de couple par son recours aux procédés de contrôle. La planche 5 elle a perçue mais n'est pas traitée la problématique de l'image maternelle par le recours aux procédés d'évitement aux conflits. Dans la planche (6GF) la problématique perçue mais pas trop développée par son recours aux procédés du conflit interpersonnel et le placage (7CF) elle a perçue et traitée la relation réactivant la relation œdipienne a la mère relation dyade mère/fille avec le recours au procédé l'alibilité représentations contrastées. La planche (9GF) perçu mais ni pas traité (13 MF) elle a perçu mais pas traité la problématique de la sexualité par le recours de la patiente aux procédé l'évitement de conflit.

B-Problématique dépressif

La problématique dépressive est perçue et traitée dans la planche 3 BM, ainsi que dans la planche 12BG elle est perçue mais pas traitée qui revoit à ses propres angoisses abandonniques dans la planche 13MF La problématique de la sexualité a été perçue mais elle n’a pas été traitée par le recours de la patiente au procédé de contrôle « Description avec attachement aux détails ».

C– la problématique prégénitale (archaïque)

La problématique dans la planche 11 n’ait pas été perçue est ni traitée par la tendance aux refus ; la planche 19 été perçue mais non traitée par contre dans la planche 16 ni pas n’été perçue ni traitée par son tendance au refus et au demande faite au clinicien au clinicien.

L’évaluation quantité des procédés défensifs de cas de Fatima

| A | B | C | | | | | E |
|---|---|-----------------------------------|-------|-------|----------------|-------|--------------|
| A2-17=3 A2-6=1 A2-1=5 A2-18=1 A2-10=1 A2-9=5 | B1-4=3 B2-3=6 B2-6=3 B2-8=1 B2-12=2 | CP | CN | CM | CC | CF | E1=1 |
| | | CP1=13 CP2=9 CP4=5 CP5=2 | CN9=3 | CM2=1 | CC1=4 CC2=2 | CF1=6 | |
| Σ A= 16 A%=12,32 | EB=15 B%=11,55 | 29 | 3 | 1 | 6 | 6 | Σ E=1 |
| | | Σ C=45 C% =34,65 % | | | | | E% = 0,77 |
| | | Σ =77 100% | | | | | |

Résumé du TAT

L'analyse de protocole du TAT, nous démontre que Fatima utilise en première position les procédés d'évitement du conflit par un pourcentage élevé, en deuxième position les procédés qui relèvent les procédés du contrôle, en troisième position les procédés de labile et en dernière est l'utilisation de procédés d'émergence des processus primaire.

Concernant l'investissement du côté relationnel est soulevé par les mécanismes suivants ; tendance au refus (planches 11,16,19) ; la prédominance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits avec un taux très élevé ; absence des réponses sensorielle ; manque des procédés défensifs de contrôle et labile.

D'après les mécanismes de défense utiliser on souligne que la vie sexuelle de Fatima est perturbée. Malgré ça Fatima fait des efforts pour satisfaire son mari.

Présentation du cas Soraya

Soraya âgée de 50 ans, mariée, belle femme, yeux noirs et de taille moyenne. Elle porte le voile, elle est la benjamine d'une fratrie de cinq enfants. Mère de 3 enfants, 2 filles et un garçon, elle vit avec sa belle famille, sans niveau d'instruction, femme au foyer. Elle est atteinte par l'insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 3 ans plus précisément dès ses 47 ans.

I. Les données de l'entretien

1. La santé physique

- **Maladie organique antérieure et actuelle**

Durant l'entretien Soraya s'est montrée calme, elle était prête à nous parler et à s'exprimer sur son état de santé en toute franchise. Soraya était en bonne santé physique. Sa maladie a été la complication d'Hyper Tension Artérielle, et son cas s'est aggravé par un problème rénal qui a nécessité l'hémodialyse.

- **Complications, autres maladies et facteur héréditaire**

L'atteinte par l'insuffisance rénale est une complication d'une Hyper Tension Artérielle non traitée au paravent. Parmi les complications que Soraya a eues ; des vertiges, des douleurs chroniques au niveau des jambes et aussi une fatigue manifeste après la séance de dialyse. La maladie de Soraya est héréditaire puisque quelques membres de sa famille sont atteints.

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

Durant l'entretien avec Soraya, on a relevé quelques événements traumatisants dans sa vie : à l'âge de 25 ans le décès de sa copine résidente à Constantine, puis après son mariage le décès du fils de son cousin. Ajoutés à cela la perte de deux membres de sa famille, suite à l'atteinte par l'insuffisance rénale chronique au stade terminal. Après, 5 ans plus tard Soraya a contracté (IRCT).

2. la santé psychologique

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

Soraya a été affectée par des évènements malheureux et heureux qui ont marquée sa vie comme la perte de ses cousins et sa copine par contre elle a passé de moments conviviales et mémorable avec les membres de sa famille lors les fiançailles de sa fille benjamine.

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

Le sommeil de Soraya est perturbé depuis sa mise en hémodialyse. Auparavant elle dormait bien. Elle révèle « à part le jour de la dialyse, je dors très mal avec un sommeil perturbé ». Elle fait des rêves souvent imprégnés de cauchemars, qui sont crus. Selon P. Marty « les nommées rêve cru, ses rêves sont ses peu déformés qu'ils semblent exposer une « pathologie de l'inconscient » refoulé du sujet. Cet inconscient se révèle alors sans conflit interne et sans élément de compromis » (P. Marty, 1984, p.149).

- **Association et projets d'avenir du patient**

Soraya s'exprime bien avec un enchaînement des évènements de sa vie structurée, elle souhaite vivre encore jusqu'à un âge avancé, elle a un espoir : « je souhaite vivre longtemps et assister au mariage de mes filles et à leur bonheur ». En ce qui concerne la greffe rénale, elle souhaite la réaliser un jour.

3. caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

- **Relations avec la famille, milieu hospitalier et professionnel.**

La vie familiale de Soraya souligne la présence et le soutien de son mari et de tous les membres de sa famille à ses côtés. À cela s'ajoute son grand attachement et son amour envers sa sœur, sur laquelle elle s'étaye beaucoup, en disant : « Ma sœur fait tout pour moi, je l'aime énormément ». Soraya jouit d'une bonne communication avec tous les membres de sa belle famille. Elle entretient aussi des contacts satisfaisants avec ses voisines, ses copines, et à ce propos elle nous dit : « je reçois toujours des invités chez moi et on me téléphone souvent ». Le même comportement se retrouve avec les médecins et l'équipe soignante, avec lesquels elle entretient de bons liens.

- **Relation affective et vie sexuelle avec le conjoint**

Au sujet de sa relation avec son conjoint est plus affective, elle déclare ; « il m'est d'un grand soutien », en étant hémodialysée. Il est toujours à ses côtés, témoignant d'un rapprochement et d'un soutien moral sans faille. Elle déclare : « ma relation est très bonne avec mon mari, c'est une personne qui me comprend beaucoup ». Avant la maladie, Soraya entretenait une bonne relation sexuelle avec son conjoint, allant jusqu'au début de la période d'hémodialyse. Une année après, le désir sexuel de Soraya a commencé à diminuer. En lui demandant si elle désire son mari, sa réponse est : « non, ce n'est plus comme avant », aussi « j'ai des rapports sexuels juste pour satisfaire mon mari ». Elle affirme qu'ils ne sont pas très fréquents et sont caractérisés par des hauts et des bas, ils sont parfois consentants, parfois non.

Résumé de l'entretien

D'après les données de l'entretien de Soraya, on a constaté qu'elle souffre des douleurs chronique au niveau des jambes, des vertiges et une fatigue intense quotidienne. Concernant sa relation avec son conjoint, elle déclare qu'elle noue une bonne relation affective sur tous les plans. Au sujet de ses relations intimes, elle révèle qu'elle fait des efforts pour satisfaire juste son mari, elle signale le manque du désir, et elle manifeste la présence d'une frigidité sexuelle.

II. L'analyse du test TAT

Planche 1

10" « aqchich issarsad a guitare à it9asir, auguezmira3a signe de négation de Hochement de tété), ittef aquarouyiss ». 2'13

-Procédés défensifs

Accrochage au du contenu manifeste (CF-1) ; un accent porté sur le Conflit intra-personnelle (A2-17), accent mis sur la qualité sensorielle (CN) 5 une tendance générale à la restriction(CP-2)

-Lisibilité : type 2(+/-).

-Problématique

La problématique de cette planche d'immaturation fonctionnelle a été traitée, par le recours aux procédés conflictualisés sur un mode intrapsychique, l'identification à l'enfant la confronte à sa propre angoisse de castration.

Planche 2:

17th «... darach, kol youwen dacho igkhadem, bach ads9awthan, taqchicht tayi trouh atzgha3a, ma tamatouth ayi th tkhemim, c'est tout! ».2'10

-Procédés défensifs

Silence important intra-récit (CP-1), description attachement au détail (A2-1) histoire construite autour d'une fantaisie personnelle (B1-1) et un accent porté sur le faire (CF-3) suivi d'un -scotome d'objet manifeste (E1) ; accent porté sur les conflits intra- personnels (A2-17) ; une tendance à la restriction (CP-2) ; et exclamation (B 2-8).

-Lisibilité type 2 (+/-)**-Problématique**

La problématique œdipienne n'est pas été perçue ni élaborée, mais le scotome d'objet et l'inhibition vient obéir la relation triangulaire.

Planche 3BM:

12th « tamatouth tayi, wa9ilek demiss ig halkan, tathofa ansa afro aproblamiss, negh ahed tetkhamim atakhdam k3a g l3amris ».2'23

-Procédés défensifs

Expression verbalisée d'affect exagérée B2(4) et une relation interpersonnelles B2 (3) perception de personnage malade E (6) et hésitation entre interprétations déférentes A2 (6), un accent porté sur les conflits intrapsychiques A2 (17) expression cru liée à une thématique agressive E (8) accent porté sur l'éprouvés subjectif CN (1) et une introduction de personnage non figurant sur l'image (B1-2) et une tendance à la restriction CP (2).

-Lisibilité type2(+/-)

-Problématique

La problématique dépressive de cette planche a été perçue par la patiente, elle a perçu une personne malade et la tendance générale à la restriction ainsi que l'expression crue liée à une thématique agressive dirigée contre soi c'est pour cela n'a pas pu traiter le contenu latent de cette planche.

Planche 4 :

13^{''} « dayi tzwaligh argaz lwahi tmatouth, as3en lmachquil, lama3nak tamatouth outs3a ara lheq aataklev aqarouyis fergaziss. » 2'45

-Procédés défensifs

Un temps de latence initial long intra récit (CP-1), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3) avec accrochage au contenu manifeste (CF-1) et une préséance de conflit interpersonnelles (A2-17) et une référence sociale au sens commun (A1-3).

-Lisibilité : type 2 (+/-).

-Problématique

La problématique conflictuelle du couple a été perçue est élaborée dont a évoquée l'agressivité, mais les procédés d'évitement du conflit et de rigidité du contrôle n'ont pas permis l'élaboration du récit

Planche 5 :

14^{''} « tamatout tatbariz lhala, tkechmed tatmokol, c'est tout ! » 1'10

-Procédés défensifs

Après un temps de latence initiale long intra-récit (CP-1), un anonymat des personnages (CP-3) et un accrochage au contenu manifeste (CF-1) avec un accent porté sur le faire (CF-3) et une tendance générale à la restriction (CP-2). Accent mis sur les qualités sensorielles CN-5

-Lisibilité : type 2(+/-)

-Problématique

La problématique de l'image maternelle de cette planche n'a pas été perçue et traitée par la patiente vu que la présence massive des procédés d'inhibition et d'évitement de conflit.

Planche 6GF :

23^h « twaligh argaz ihedar itmatoutiss, irgazen aywaq ivren lhadja amdrouhen sla3qel, tamtouth ayi tetvaned amaken ataqvel ». 2'54

-Procédés défensifs

Un temps de latence important intra récit(CP-1), le sujet commence avec un attachement au contenu manifeste (CF-1) et un accent porté sur les relations interpersonnelles et une mise en dialogue (B2-3) suivi d'une expression verbalisée d'affect (B1-4) et un commentaire (B2-8).

-Lisibilité : type 2(+/-)

-Problématique

La problématique hétérosexuelle suggérée par la planche est perçue par son recours au dialogue dans le récit.

Planche 7GF :

23^h « tzwaligh taqchicht t-tzrabi, yemess t-tzansahit, mais taqchicht ayi tatwal amaken kra au asitron i bébé ni ». 2'

-Procédés défensifs

Un accrochage au contenu manifeste (CF-1), un accent sur le faire (CF-3) histoire construite autour d'une fantaisie personnelle(B1-1), un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1), une description attachement au détail (A2-1) ; un accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), avec une perception d'une personne malade et malformée (E6) et une tendance à la restriction (CP-2).

-Lisibilité : type 2 (+/-)

-Problématique :

La problématique de La relation mère-fille est perçue, dont la patiente a traité le contenu latent de la planche par son recours aux procédés évitement de conflit.

Planche 9GF :

23^{''} « sneth nkhalath...waqilek ahed touzel gher wargaziss ma youssed, tayed soufell n-chjra, dacho itkhdem, t-t3assatid dacho itkhdem ». 2'35

-Procédés défensifs

Un accrochage au contenu manifeste (CF-1), d'une précaution verbale (A2-3) une action portée sur une thématique de style (B2-12) et persisions chiffrer (A2-5), une description avec attachement aux détails (A2-1) suivi d'un silence important intra-récit CP-1) et une persécution (E9).

-Lisibilité : type 2(+/-)

-Problématique

La planche revoit à la problématique de la situation de rivalité féminine est a été perçue est traiter par la patiente par son recours aux procédés de contrôle

Planche 10:

11^{''} « walegh sin argaz tmatout gren irebi, wiss dacho is3en dalmochqil, mais ttvened lahmala guarassen . 2'

-Procédés défensifs

Une précision chiffrée (A2-5), sur investissement de la fonction d'étayage (CM-1) et Un conflit intra personnelle (A2-17) et une érotisation des relations (B2-9) et une tendance à la restriction (CP-2).

-Lisibilité : type 2(+/-)

-Problématique

La problématique de la relation libidinale au niveau du couple a été perçue est traiter dans cette planche par la patiente par le recours aux procédés de conflictualisations et le contrôle.

Planche 11:

19^h « walegh amaken avrid iqfel, hacha tiguferfiwin, amaken avrid ikfel oulach
ansa at3adit, kolchi yekhreb, daya. Chroul amaken deljahim, ma3na amaken amen kand
sihin ». 3'10

-Procédés défensifs

Après un temps de latence important intra récit(CP-1), un accrochage aux contenu manifeste (CF-1), avec une préséance de thème de peur représenté par le corbeau (B2-13) suivi d'd'un rabâchage (A2-8) et une précaution verbale (A2-3) expression de présence de peur et destruction (E-9) marqué avec une description avec attachement aux détails (A2-1).

-Lisibilité : type 2 (+/-)

-Problématique

La patiente à perçue la problématique de la planche avec reconnaissance de l'angoisse archaïque par son recours aux procédés de contrôle

Planche 12BG:

23^h« neki walegh amaqen tagara lakhrif, aghlin wafriwen, tala daghen
tafloukt, mais oulach wa adiroukven(signe de négation marqué par le hochement de la
tête), ikhreb wamkana ». 3'10

-Procédés défensifs

Silence important intra-récit (CP-1) et une précaution verbale (A2-3), le sujet entre directement dans l'expression (B2-1) suivi d'un accrochage au contenu manifeste (CF-1), le sujet a fait une description avec attachement aux détails (A2-1), elle termine avec un commentaire (B2-8) et tendance en refus (CP-5).

-Lisibilité : type 2 (+/-)

-Problématique

La problématique dépressive de la planche est perçue, elle réactive une problématique de perte et abandon qui est manqué dans le récit de la patiente par le recours aux procédés de conflit

Planche 13B:

17^h « dagui walegh aqchich damachtouh, iqim guel qa3a, ilahfa, aka iditvin aka ahed ivgha adyili am wiyet, ahed ivra adiss3o a vélo, negh, mais neta augzmir ara, adikhdem kra, itkhemim iachoigalla lkhilaf gares ed weyet nin, ahed augezmir ara adhilhou, itkhemim (voie basse et triste) ».4'12

-Procédés défensifs

Description attachement aux détails (A2-1), histoire construite proche de thème banale(A1-1), détail narcissique (CN-10), suivi par une expression d'affect, incapacité (E9). Annulation (A2-9), une précaution verbale (A2-3), et des associations courtes (E19) et un conflit intra-personnelle (A2-17).

-Lisibilité : type 2 (+/-)

-Problématique

La problématique suggérée par la planche est perçue par le sujet et traitée selon son histoire

Personnelle, elle renvoie à la solitude dans un contexte de la précarité du symbolisme maternelle chez la patiente, cette planche réactive chez-elle une position dépressive, et une épreuve subjective

Planche 13MF:

13« dayi twaligh argaz, tzmatout, tamatout ni t-tvaned amaken tamout, twaligh argaz itrou, dayen itwaligh »2'15

-Procédés défensifs

Un temps silence important intra- récit (CP-1), un accrochage ou contenu manifeste (CF-1, histoire construite proche d'un thématique banale(A1-1) et d'une précaution verbale (A2-3), accent porté sur les relation interpersonnelle(B2-3), suivi d'une posture significative d'affect (CN-4), enfin le sujet termine son discours par l'évocation de la mort (E9) expression d'affect exagéré (B2-4), remâchage (A2-8)

-Lisibilité : type 2 (+/-)

-Problématique

La problématique de sexuelle et agressive dans la relation du couple auquel renvoie le contenu latent de la planche est totalement absent, mais le sujet fait recours à une fantasmagorie de désespoir et une angoisse de perte de l'objet. Le récit n'est pas été développé par son recours aux procédés d'évitement.

Planche 19 :

12ⁿⁿ « ouf...dayi oudiven kra, kolchi irwi, dagui auzaregh kra, lhadga taverkentt-doukel». 1'53

-Procédés défensifs

Après un silence important intra –récit (CP-1), affect de circonstance (CF-5), critique de matériel (CC-3), et un scotome d'objet manifeste (E1) suivi d'une fausse perception (E4) et une tendance à la restriction (CP-2).

-Lisibilité : type 3 (-).

-Problématique

La problématique archaïque de cette planche n'est pas perçue et ni élaborée, on figurative place le sujet devant une impossibilité d'évoquer une histoire, par son recours aux procédés d'évitement de conflit.

Planche 16 :

23^{''} « dacho itavrit amdinigh ?....., bon, tawarket tachevhent, akarouyiw

amaken ibloqué !zemregh adinigh, beli la3t ab ak ins3ada, itwaned amaken tafath, inchallah hacha aussen imalalen, ih...zaregh beli rabi yala adh nata ken ighit 3awanen »
(une mimique triste) . 4'10

-Procédés défensifs

Un temps long intra-récit (CP-1), demande faite au clinicien au clinicien (CC-2), nécessité de poser des questions (CP-5), une hésitation entre une interprétation différente (A2-6), l'expression de représentation massif (E9), un accrochage au contenu manifeste (CF-1), accent porté sur les relation interpersonnelle (B2-3) ; aller-retour entre les désir contradictoire (B2-7) avec une insistance sur le fictif(A2-12), appelle à des normes extérieures (CF-4).

-Lisibilité : type 2(+/-)

-Problématique

La problématique archaïque de cette planche est suggérée, le sujet éprouve beaucoup de difficultés à structuré ses objets internes, devant le vide d'objet sur la planche, elle cherche l'étayage, et qui réactive une fragilité chez-elle à situer ces objets internes

III l'analyse du protocole du TAT cas :

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

Au départ notre patiente à trouver des difficultés dans l'élaboration des récits, mais après l'explication, elle a commencé d'élaborer des histoires par rapport à la réalité qu'elle vivait.

Elle a traité toutes les planches sans aucun refus, on a remarqué que certaines planches, ont réactivé chez notre sujet des sentiments intenses, comme la planche ; 3BM, 13B, et la 11.

On remarque la dominance des procédés d'évitement du conflit avec un pourcentage de 42.30%, qui a été un obstacle pour élaborer les récits de certaines planches. On ce qui concerne la lisibilité, elle est en générale moyenne.

- **Les procédés utilisés**

Dans l'ensemble de protocole, on observe la prédominance des procédés d'évitement de conflit avec un pourcentage de 42.30%, en deuxième position les procédés du contrôle avec un pourcentage de 26%. Les procédés labiles viennent à la troisième position avec un pourcentage de 18.26%. Enfin, les procédés de processus primaire avec un pourcentage 14.28 %. Dans la série (C) évitement de conflit, en particulier dans le registre phobique (CP), le sujet a trouvé des difficultés dans le démarrage (CP-1) dans les planches 2, 4, 5, 6GF, 9GF, 11, 12BG, 13MF, 19, 16. Et une tendance générale à la restriction (CP-2) dans les planches 1, 2, 3BM, 4, 5, 7GF, 10, 19. en suite, une tendance en refus (CP-5), dans les planches 12BG, 16. Dans la majorité des planches on note un accrochage au contenu manifeste (CF-1) au niveau des planches 1, 4, 5, 6GF, 7GF, 9 GF, 11, 12BG, 13MF, 16. Accent porté sur le faire (CF-3) dans les planches 2, 5, 7GF. Dans le registre du contrôle, le sujet utilise en premier lieu, la description avec attachement aux détails (A2-1) dans les planches 7GF, 9GF, 12BG, 13B, suivi des précautions verbales (A2-3), dans les planches 9GF, 11, 12BG, 13B, 13MF. Et un accent porté sur les conflits intra personnels (A2-17) dans les planches 1, 2, 3BM, 10, 13B. Une hésitation entre les interprétations différentes (A2-6) au niveau des planches 3BM, 16. Dans la série labile, la plus représenté c'est l'accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3) dans les planches 3BM, 4, 6GF, 7GF, 13MF, 16. Après, l'expression d'affect fort ou exagéré (B2-4) au niveau des planches 3BM, 9GF, 13MF. Le sujet fait des commentaires et des exclamations (B2-8) au niveau des planches 6GF, 12BG. Vers la fin, histoire construite autour d'une fanatisé personnelle (B1-1), Dans les planches 2, 7GF. Quant à l'émergence des processus primaires,

on les constate surtout dans l'expression d'affect/ et ou de représentation liées à toutes problématique (E9), dans les planches 9GF, 11, 13B, 13MF, 16. Scotome d'objet manifeste au niveau des planches 2, 19. Et une fausse perception (E4) dans la planche 19. On peut dire, que la rigidité des procédés défensifs employés par le sujet, a empêché une expression nuancée de la résonance fantasmatique. Cette résonance est soit bloqué, soit exprimé à minima.

- **Les problématiques globales de tous le protocole**

- a) Problématique œdipienne**

La patiente a perçu la problématique d'immaturation fonctionnelle dans la planche 1, mais elle n'est pas élaborée à cause de l'accrochage au contenu manifeste et la tendance à la restriction. Dans la planche 2, la patiente n'a pas perçu un des trois personnages (l'homme) et n'a pas pu traiter la problématique œdipienne en raison de recours aux mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 4, la problématique conflictuelle du couple a été perçue dans le pôle de

l'agressivité mais les procédés d'évitement du conflit et la rigidité du contrôle n'a pas permis d'élaborer le récit. Dans la planche 5, elle n'a pas perçu la problématique suggérée à cause de la présence massive des procédés d'inhibition et d'évitement du conflit. On ce qui concerne les planche 6GF et 7GF, la patiente a perçu les problématiques suggérées mais, elle n'a pas pu élaborer. Dans les planches 9GF et 10, elle a traité le contenu latent des planches, mais elle n'a pas élaboré.

- b) Problématique dépressive**

Soraya a perçu cette problématique, notamment dans la planche 3BM, où elle a reconnu l'affect dépressif. Dans la planche 12BG, la problématique dépressive est perçue, elle réactive chez elle une angoisse de perte et d'abandon. Dans la 13B, le sujet s'accroche au contenu manifeste de la planche, qui a réactivé chez lui une position dépressive dû à la solitude de garçon. Les problématiques dépressives ont été perçues mais pas élaborés à cause des procédés d'évitement et de la restriction du récit.

- c) Problématique prégénital**

Soraya a perçu la problématique de la planche 11, avec reconnaissance de l'angoisse archaïque. A la planche 19, le sujet fait recours à la fuite, par le refus et une tendance à la restriction, le sujet évite le contenu du matériel. Donc, la problématique de cette planche n'est pas perçue, ni

élaborée. Dans la 16, elle a besoins d'un appui ou d'un étayage concret (matériel structuré) pour qu'il puisse démarrer. Mais après, elle a pu fantasmer une histoire courte. On note aussi que le sujet a eu du mal à mettre de la distance entre l'image de la planche et son vécu personnel.

L'évaluation quantitative des procédés défensifs de Soraya

| A | B | C | | | | | E |
|---------------|---------------|---------------|--------|-------|-------|-------|---------------|
| | | CP | CN | CM | CC | CF | E1=3 |
| A1-1=2 | B1-1=2 | CP1=11 | CN1=2 | CM1=1 | CC2=1 | CF1=9 | E4=2 |
| A2-1=5 | B1-2=1 | CP2=7 | CN4=1 | | CC3=1 | CF3=3 | E6=2 |
| A1-3=1 | B1-4=1 | CP3=1 | CN10=1 | | | CF4=1 | E8+1 |
| A2-3=5 | B2-1=1 | CP5=3 | | | | CF5=1 | E9=5 |
| A2-4=1 | B2-3=6 | | | | | | E19=1 |
| A2-5=1 | B2-4=3 | | | | | | |
| A2-6=3 | B2-8=2 | | | | | | |
| A2-8=1 | B2-9=1 | | | | | | |
| A2-9=1 | B2-13=1 | | | | | | |
| A2-12=1 | B2-7=1 | | | | | | |
| A2-17=5 | | | | | | | |
| | | 22 | 4 | 1 | 2 | 13 | |
| $\Sigma A=26$ | $\Sigma B=19$ | $\Sigma C=42$ | | | | | $\Sigma E=14$ |
| A%25 | B%18.26 | C%42.30 | | | | | E%14.28 |
| | | $\Sigma =102$ | | | | | |
| | | 100% | | | | | |

Résumé du TAT

L'analyse de protocole du TAT, nous démontre que Soraya utilise en première position les procédés d'évitement du conflit par un pourcentage élevé, en deuxième position les procédés qui relèvent les procédés du contrôle, en troisième position les procédés de labile et en dernière est l'utilisation de procédés d'émergence des processus primaire.

Concernant l'investissement du côté relationnel est soulevé par les mécanismes suivants ; la prédominance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; absence des réponses sensorielle ; manque des procédés défensifs tel que labile.

D'après les mécanismes de défense utiliser on souligne que la vie sexuelle de Soraya est perturbée. Par contre, Soraya fait des efforts pour satisfaire son mari.

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique et les données de la théorie adoptée qui est la psychanalyse. On rappelle que notre recherche concerne une population restreinte à savoir quatre cas.

La première hypothèse

Parmi les caractéristiques de la vie sexuelle des femmes hémodialysées sont : le manque de relation sexuelle avec le conjoint, la diminution de la fréquence du rythme sexuelle par rapport à celle d'avant, la frigidité sexuelle et absence totale de plaisir ; sécheresse vaginale due au manque de lubrification vaginale peut rendre la pénétration douloureuse lors du rapport sexuel. Aussi elles ne peuvent pas mener à une grossesse à terme et elles ne peuvent pas enfantés suite à l'atteinte.

On va présenter nos quatre cas qui souffrent toutes d'une sexualité déséquilibrée, qui sont comme suit :

Cas de Lydia : D'après les données de l'entretien, de Lydia, on a constaté qu'elle souffre de troubles de sommeil, difficultés de respiration et asthénie chronique. Concernant sa relation avec son conjoint, elle déclare que sa relation affective est très perturbée, elle ne trouve aucun soutien de sa part. Au sujet de ses relations intimes, elle s'exprime d'un ton de gravité extrême sur ce sujet, elle signale le manque de relation sexuelle et elle souffre de frigidité ainsi que la baisse du désir qui a commencé dès le début de sa maladie.

Cas de Malika : D'après les données de l'entretien de Malika, on a constaté qu'elle souffre de douleur au pieds, perte de poids et l'anémie. Concernant sa relation avec son mari, elle déclare que sa relation affective est bonne dont elle évoque son grand soutien dans les moments difficiles. Au sujet de ses relations intimes. Elle révèle qu'elle fait des efforts pour satisfaire son mari, or qu'elle signale la perte de désir ainsi qu'une frigidité sexuelle.

Cas de Fatima : D'après les données de l'entretien de Fatima, on a constaté qu'elle souffre de troubles de sommeils, fatigue physique et anémie. Concernant sa relation avec son mari, elle est plus affective qu'avant il est tout le temps à ses côtés, témoignant d'un rapprochement et d'un soutien moral très performant. Au sujet de ses relations intime, elle exprime une envie

normale envers son mari, mais malheureusement sa maladie l'influence négativement. Elle signale le manque de plaisir, d'une frigidité sexuelle et généralement ses rapports sexuels ne sont pas très fréquents.

Cas de Soraya : D'après les données de l'entretien de Soraya, on a constaté qu'elle souffre des douleurs chroniques au niveau des jambes, des vertiges et une fatigue intense quotidienne. Concernant sa relation avec son conjoint elle déclare qu'elle noue une bonne relation affective sur tous les plans. Au sujet de ses relations intimes, elle révèle qu'elle fait des efforts pour satisfaire juste son mari, elle signale le manque du désir, et la présence d'une frigidité sexuelle.

La deuxième hypothèse

Dans la sexualité déséquilibrée ; La construction générale du récit n'a aucune résonance fantasmatique, proche d'un thème banal, aussi on souligne le refus de certaines planches et même certains cas veulent déchirer carrément les planches, voir (planche 4), manque de procédés défensifs tel que le contrôle et labilité, le récit marque de l'anonymat des personnages, instabilité dans identification, les procédés défensifs sont de l'ordre de l'évitement du conflit.

On va présenter les procédés dégagés par le test du TAT concernant la qualité des relations sexuelles de nos quatre cas, qui sont comme suit :

Cas de Lydia : L'analyse de protocole du TAT, nous démontre que Lydia utilise en première position les procédés d'évitement du conflit par un pourcentage élevé, en deuxième position les procédés qui relèvent du registre labile, en troisième position les procédés de contrôle et en dernière est l'utilisation de procédés d'émergence des processus primaire.

Concernant l'investissement du côté relationnel est soulevé par les mécanismes suivants ; tendance au refus (planche 16) ; la prédominance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; tendance générale à la restriction ; l'anonymat des personnages ; instabilité dans les identifications ; l'absence des conflits interpersonnel ; manque des procédés défensifs de contrôle. D'après les mécanismes de défense utilisés on souligne que la vie sexuelle de Lydia est perturbée.

Cas de Malika : L'analyse de protocole du TAT, nous démontre que Malika utilise en première position les procédés prédominant d'évitement du conflit, en deuxième position les procédés qui relèvent d'émergence des processus primaire, en troisième position les procédés de labile et en dernière est l'utilisation de procédés du contrôle.

Concernant l'investissement du côté relationnel est caractérisé par les mécanismes suivants ; la prédominance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; tendance générale à la restriction ; absence des conflits interpersonnel ; manque des procédés défensifs de contrôle et labile. D'après les mécanismes de défense utilisés on souligne que la vie sexuelle de Malika est perturbée.

Cas de Fatima : L'analyse de protocole du TAT, nous démontre que Fatima utilise en première position les procédés d'évitement du conflit par un pourcentage élevé, en deuxième position les procédés qui relèvent des procédés du contrôle, en troisième position les procédés labiles et en dernière est l'utilisation de procédés d'émergence des processus primaire.

Concernant l'investissement du côté relationnel est soulevé par les mécanismes suivants ; tendance au refus (planches 11,16,19) à ne pas traiter toutes les situations ; la prédominance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; manque des procédés défensifs de contrôle et labile. D'après les mécanismes de défense utilisés on souligne que la vie sexuelle de Fatima est perturbée. Malgré ça Fatima fait des efforts pour satisfaire son mari.

Cas de Soraya : L'analyse de protocole du TAT, nous démontre que Soraya utilise en première position les procédés d'évitement du conflit par un pourcentage élevé, en deuxième position les procédés qui relèvent les procédés du contrôle, en troisième position les procédés de labile et en dernière est l'utilisation de procédés d'émergence des processus primaire.

Concernant l'investissement du côté relationnel est caractérisé par les mécanismes suivants ; la prédominance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; manque des procédés défensifs tel que labile.

D'après les mécanismes de défense utilisés on souligne que la vie sexuelle de Soraya est perturbée. Par contre, Soraya fait des efforts pour satisfaire son mari.

Pour conclure on constate que la femme atteinte par l'insuffisance rénale chronique impact la qualité de la vie sexuelle chez tous les cas qu'on a vu, en présentant une baisse de plaisir, baisse de la libido, la dyspareunie, la sécheresse vaginale...ces caractéristiques diffèrent d'un cas à un autre, ce qui a été confirmé par. Stroumza et coll, les femmes traitées par dialyse rapportent des expériences différentes de la dysfonction sexuelle en lien avec l'éducation, la dépression et traitement de l'anxiété. (Stroumza, P,2015, P.262) et par M. Mercier et coll, les conditions chroniques, les maladies liées au style de vie, les problèmes liés à la sexualité sont des facteurs qui peuvent altérer la santé des personnes. (Mercier, M, coll,1997, P.72).

Aussi, dans le même contexte, Frédéric Julien ajoute « à ces troubles de la fonction sexuelle, il convient d'ajouter la douleur morale d'être dépossédé de ses moyens de la modification de regard que l'on se porte, de ne plus pouvoir satisfaire son plaisir et celui de son partenaire » (Frédéric, J, 2008, p.10-11).

De ce fait, il faut impérativement pour garder leurs états d'équilibre et éviter d'éventuelles complications procurer un environnement contenant notamment de la part du conjoint qui doit prendre en considération cette souffrance. Notre recherche reste ouverte pour découvrir d'autres facteurs influant la vie sexuelle qui est complexe et que chaque cas est un cas singulier.

Effectivement nos quatre cas ont confirmé nos hypothèses concernant la vie sexuelle des femmes atteintes par l'insuffisance rénale chronique dont cette dernière détermine la relation conjugale. 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 toutes les femmes hémodialysées.

Conclusion générale

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question de l'insuffisance rénale chronique et ses répercussions sur la vie sexuelle des femmes hémodialysées et plus particulièrement les blessures qu'elles provoquent, sur les plans physiologique, psychologique, affectif, émotionnel, et plus précisément sur le côté relationnel, tout en se basant sur les données d'analyses à partir de la pré-enquête, l'enquête et de la revue de littérature.

D'abord, l'objectif principal de cette étude qui est intitulée « la vie sexuelle chez les femmes hémodialysées », était de déterminer les caractéristiques de la vie sexuelle chez elles.

Comme notre étude se focalise sur le côté relationnel, nous avons choisi comme référence théorique, la théorie psychanalytique qui aborde et traite la relation à l'objet dans toutes ses dimensions et de façon profonde.

Nous avons choisi comme terrain d'étude deux endroits différents le premier qui est l'Établissement Public Hospitalier de Kherrata (L'EPH) et le second qui est la clinique privée d'orchidée d'Aokas.

Nous avons réalisé notre étude clinique sur 4 cas et pour bien la mener, nous avons choisi la méthode clinique durant laquelle nous avons utilisé les outils suivants : l'entretien clinique semi-directif et le test projectif du TAT.

Ensuite, à partir des données des entretiens des ci-dessus nous avons constaté que les femmes hémodialysées sont traumatisées au moment de l'annonce de la maladie puisqu'il s'agit d'une situation inattendue. Ces événements ont conduit les femmes à rentrer dans l'état de choc, de peur, voire même de dépression. Comme nous avons détecté aussi l'utilisation de certains mécanismes de défense tels que ; le déni, l'évitement et l'isolement pour faire face à leurs souffrances.

À partir des données de l'entretien et l'analyse des résultats du TAT, nous sommes arrivées à confirmer nos hypothèses de recherche. Dans la première nous avons relevé que la majorité des patientes présentent des troubles d'ordre sexuel dont certaines souffrent de frigidité, la diminution de fréquence des rapports sexuels. La seconde hypothèse aussi est confirmée par l'utilisation du test du TAT où nous avons constaté que pendant le tissage des récits les cas ont eu recours à certains procédés défensifs pour exprimer dans certains états une sexualité déséquilibrée ou perturbée y a un compromis entre le principe du plaisir et le principe

de la réalité, un aller et retour entre les désirs et les défenses, une expression verbalisée d'affect fort ou exagéré, des représentations contrastées alternance entre des états émotionnels opposés. Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle. Par contre, sexualité perturbée, la construction générale du récit n'a aucune résonance fantasmatique proche d'un thème banal, aussi, on souligne le refus de certaines planches, le récit comme marque de l'anonymat des personnages.

Enfin, pour terminer, on doit signaler que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche, qui reste une bonne et unique expérience d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan personnel, humains et en particulier sur le plan scientifique. A travers laquelle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé.

On conclut par un certain nombre de questions prospective inhérentes au thème, objet de notre travail, ouvrant ainsi le champ à nos camarades étudiants et aux d'autres chercheurs à des recherches plus approfondies.

- Comment est le vécu psychologique des femmes souffrants d'insuffisance rénale chronique concernant leurs procréations ?
- Quelle est la qualité de vie sexuelle chez les hommes atteints par l'insuffisance rénale chronique ?

Bibliographie

- Alliby, J. M et Ferrerri, M. (1995). *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association. (2015). DSM.V-TR : Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux (5^o éd. Rév. ; traduit par . Mari, A.C et Julien, D,C) Paris, France : Masson
- Anzieu, D et Chabert, C. (2004). *La méthode projective*. Paris, France : puf.
- Aribi, I. et coll. (2015). *Troubles sexuels chez le patient hémodialyse*. La Tunisie médicale, 93(02).
- Armand, C. (2015). *L'observation Clinique et l'étude de cas*. Paris, France : Dunod.
- Attigui, P. et Chourier, B. (2016). *L'entretien clinique*. Paris, France : Armand Colin.
- Benedetto, P. (2007). *Méthodologique pour psychologue*. Bruxelles de Boeck. Collection ouvertures psychologique : préparer l'examen.
- Benoit, V. (2017). *Stratégie nationale de la santé sexuelle*. Paris, France : Ellipses.
- Boubchir, A. (2004). *Monographie sur l'insuffisance rénale chronique*. Ben Aknoun, Alger : Office de la Publication Universitaire.
- Boubechir, M, A. (2020). *Le quotidien amer de dialyse*. (32).
- Bruno, M. et Marie, N, P. (2016). *Néphrologie*. Paris, France : Ellipses.
- Carlota, M. (2015). *Sexualité féminine vers une intimité épanouie*. Paris, France : le Souffle D'or.
- Catizone, L. (1982). *Guide de la dialyse*. Paris, France : Springer.
- 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.
- Chahraoui, KH, Benony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
- Chahraoui, KH. Benony, H. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
- Chassot, P.et coll. (2009). *Thérapie cognitivo- comportementale de groupe douleurs chronique : attentes et satisfactions*. Revue médicale suisse, 5(208), 137-4.
- Cheurfa, T.et Kaid, N. (2015). *L'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie : aspect épidémiologiques et économiques*. (112).

- Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Considérations cliniques et prise en charge sexologique. *Andrologie* (2),74-76.
- Cupa, D. (2002). *Psychologie en néphrologie*. Paris, France : EDK.
- Doron, R. Parot, F. (2017). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France : PUF
- Freud, S. (1931). *Sur la sexualité féminine*. Paris, France : Puf.
Française de psychanalyse, 1150-1152.
- Frédéric, J. (2008). Sexualité et maladie chronique. pdf.
- Gellman, R. (1991). *Perturbations sexuelles liées à l'insuffisance rénale*.
- Giami, A. (1991). *L'évolution de la construction du comportement sexuelle dans les enquêtes quantitatives*. *Sciences sociales et santé*, 9(4).
- Hppts:// www.msdanuals.com.
- Issabelle, J, M. (2010). *Larousse*. Edith ybert.
- Janine C, et coll. (1964). *Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine*, Paris, France : Payot.
- Janine, C, S. (2013). *Freud et la féminité : quelque tache aveugle sur le continent noir*. Paris, France : Dunod.
- Jean, B, Stora. (2013). *Cours psychosomatique théorie et clinique* : Odile Jacob.
- Kubler, P. et Kessler, D. (2009). *Sur le chagrin et sur le deuil* : Jean- Clod lattes.
- Lavande, M. (2008). *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. Paris, France : Boeck.
- Ledey, D. et coll, (2006). *Besoin et compétence des patients dialysés centre dans la gestion de leurs maladies et de leurs traitements dans leurs vies quotidiennes*. Point de vue croisé entre les patients et les soignants. (24) .
- Levfbvre, G. (2005). *Aspect psychologique et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplanté*. In échange de la FIDENT, petit Quevilly, Repéré à www.afidin.com/médiat/ annuaire bibliographie- 948- template.pdf.
- Marie, C. Delhaye. (1992). *Livre de bord de la femme*. É : Marabout
- Marty, P. (1984). À propos des rêves chez les malades somatiques. *Revue*
- Morin et Coll, (1995). *Larousse*. Paris, France : Larousse.
- Moulin, B et Marie, N, (2012). *Néphrologie*. Paris, France : ellipses
- N'da, P, (2015). *Recherche et méthodologie en science sociale et humaines*. Paris, France : l'harmatan.

- Olmer, M. (2007). *Vivre avec une maladie des reins, dialyse et transplantation rénale*. Lion, Marseille : France
- Pardinielli, J-l. (2016). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, France : Armand Colin.
- Richand, M. (2017). *La sexualité du dialysé, échanges de l'Afidtn (121)*.
- Schaeffer, J. (2012). *La sexualité féminine, une histoire sans fin*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Shentoub, V. Et Coll. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
- Tribolet, S. et Shahidi, M. (2005). *Nouveaux précis de sémiologie des troubles psychiques*. Paris, France : Hdf.

Annexes

Annexe 1 : Le guide d'entretien en kabyle

✚ El maaloumat ig anane amoutine

- Amek ismik?
- Achhal g l3amrik?
- Almi danda teqrata?
- Amek itala lhala t familtim?
- Achehal i Ts3it arach?

❖ El malumat ig anane tazmart n toura wahid zik ni n umutin

- Amek it setkevlet l khvar n lehlak ik avrid amenzu?
- Amek it s addat la dyalyse ta menzout ynem?
- Achhal iverdane ith khedmet l'hemodialyse g semana?
- Amek i g tsnera lehlak ik almi tewtet ar wanechtha?
- Mara tilit di l'hémodialyse t saoute ti mechkoukale ?
- Amek it ts houssout s y manik oukvel d membaed m koul la dialyse ?
- Tesiit lehlakat ennatén ig ttavaen lehlak ayi ?
- amek it khezret la fistule ynem?
- Ttava3at aken ilak regime n lmakla ynem?
- Tsofrit g waddan g temzi ynem?
- Tes3it yakan addan weqbel l'hymodialyse?
- Ettfenkem yakane g svitar?
- T khedmet yakan aparatione weqbel lahlakim ayi?
- T khedmet yakane laccida negh t blissit ?
- Tes3it g lfamiliam wiyak ig helken am lahlakim ayi?

- Amek ikumen ssyem?

❖ **Ayen ye3nan el hala net nefsit n dakhel iss**

- Dachho al haja I tas3it g donithim?
- Dachho I dalhaja andiri itas3adat?
- D gue mi khedamad l'hémodialyse amek igala itsim?
- Ttargot atas?
- dachho d haja I tasaramet g donithim?
- tasaramet atza3at digzlin?
- hadriyid dachho I tabrit tura?

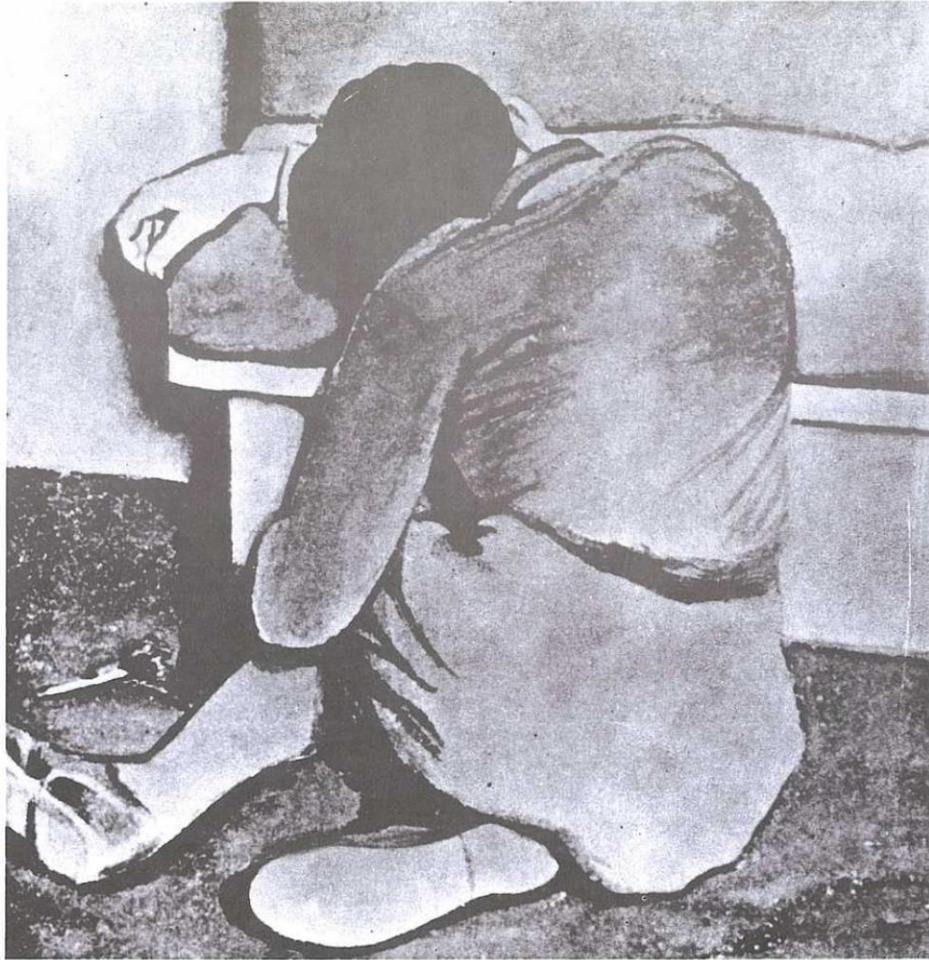
❖ **Ayen ya3nane ela3laqa d mettouth wahid d'argaz iss**

- D gue mi i t kheddemet l'hémodialyse. Amek i tella elalaka ynek d l familiame?
- Tas3it had gi kriben ikmit3axanen bech atsakfout chaghlim?
- Amek tella l alaka wahid widak akmi itaswanyin?
- Amek tella l alaka n l hanana wahid argazi, wekvel lehlak ik ?
- Gue mi it athalkat, tsa3ist anafha bach athhamat achghalni wahid dorgazim?
- Madili tekhamat chaghilani atsa9na3at argazim?
- Ttewa9arhat matkhadmat el 3alaka d argazim?

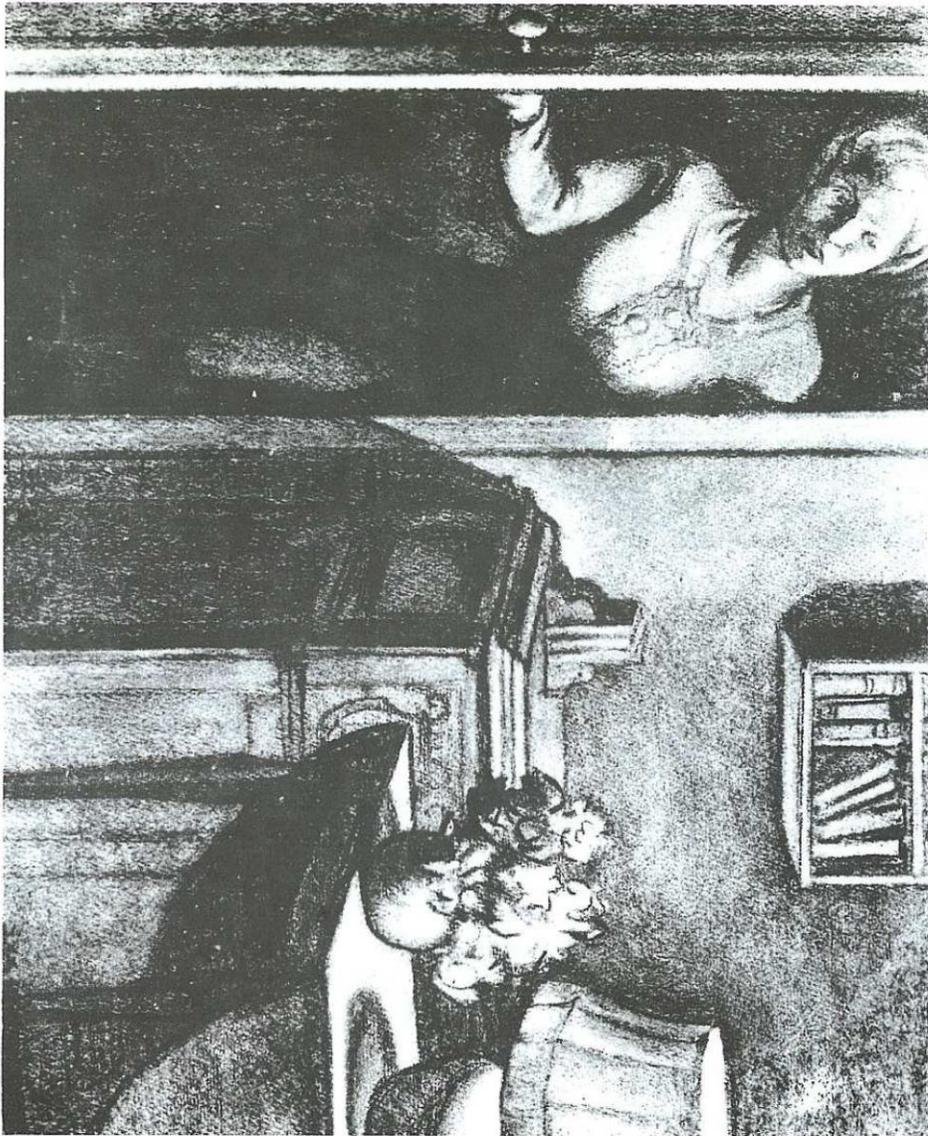
Annexe 2 : Planche TAT





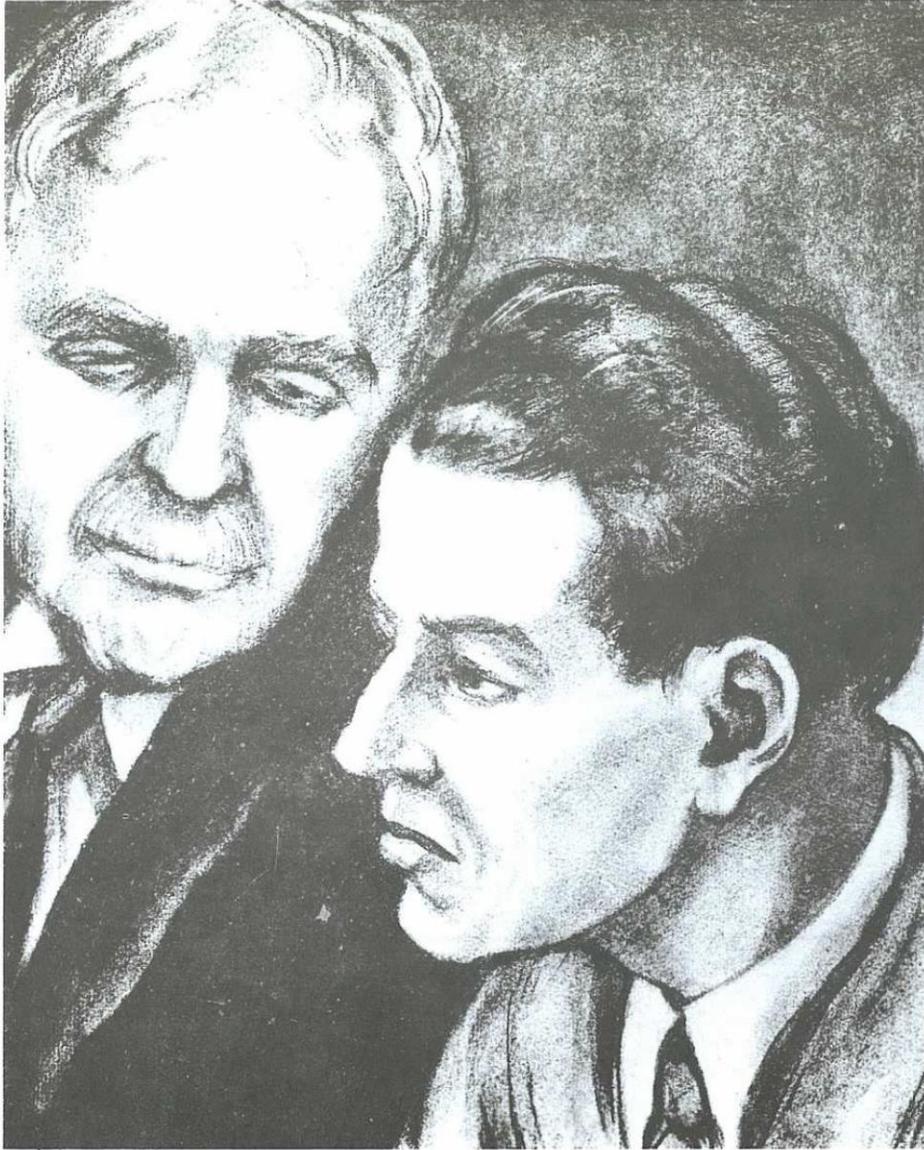






















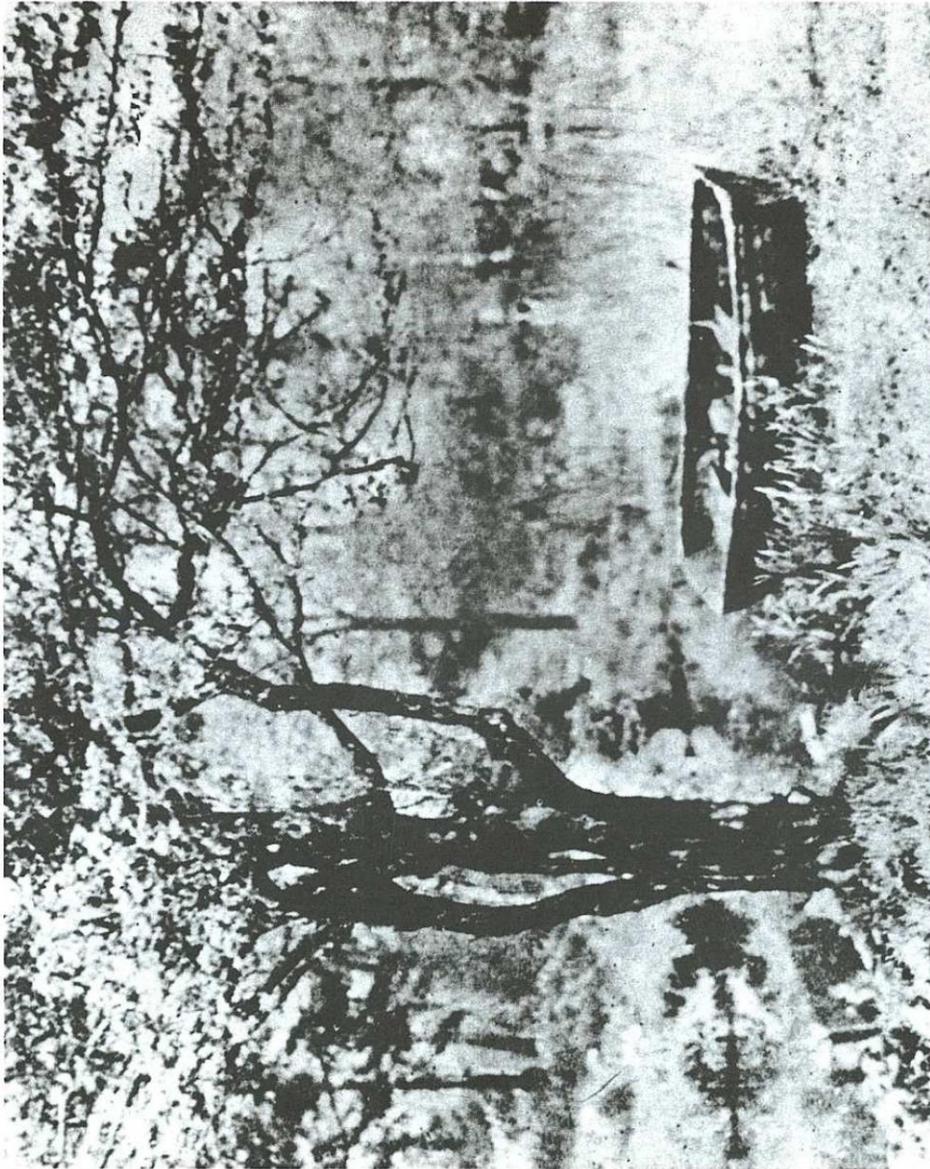
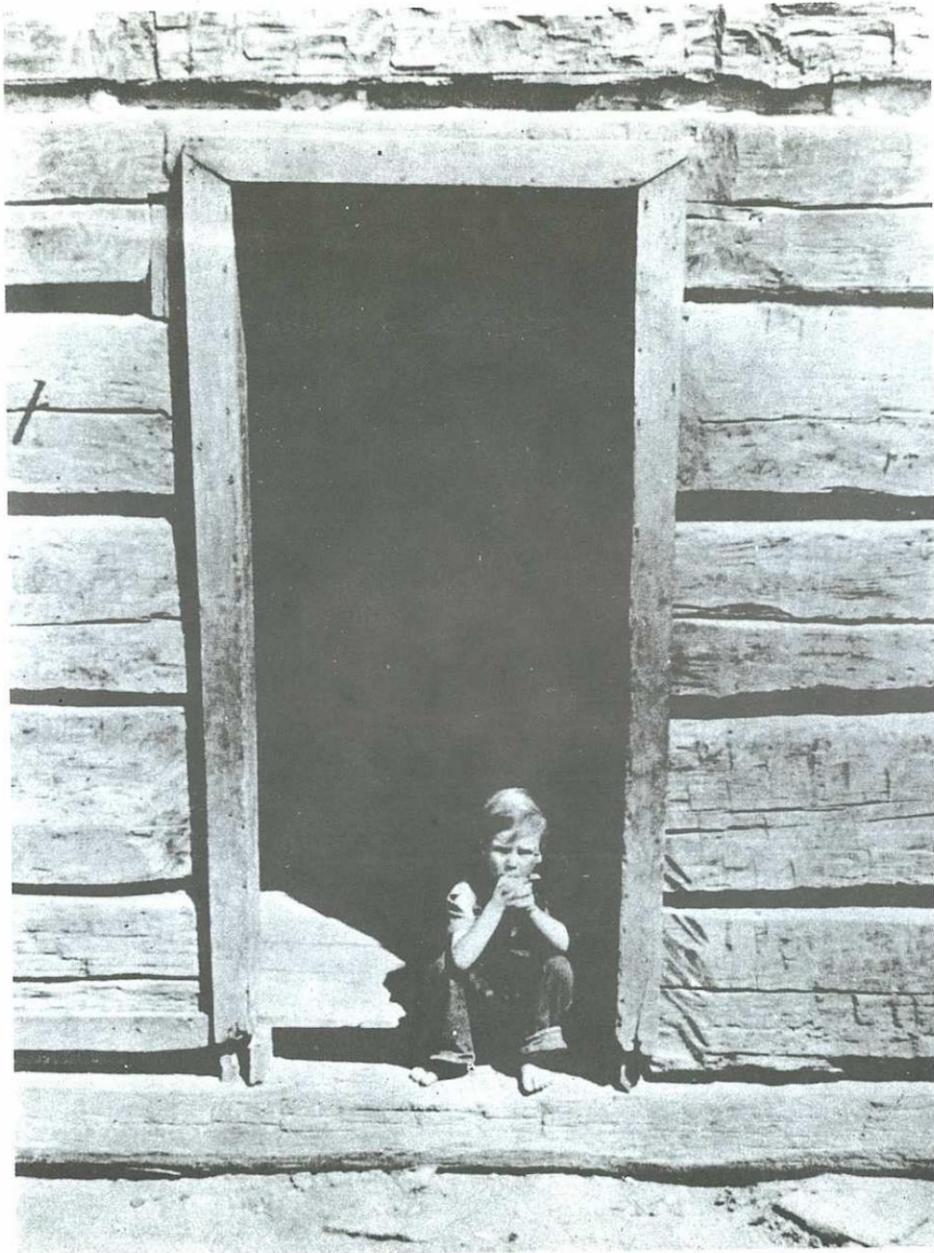
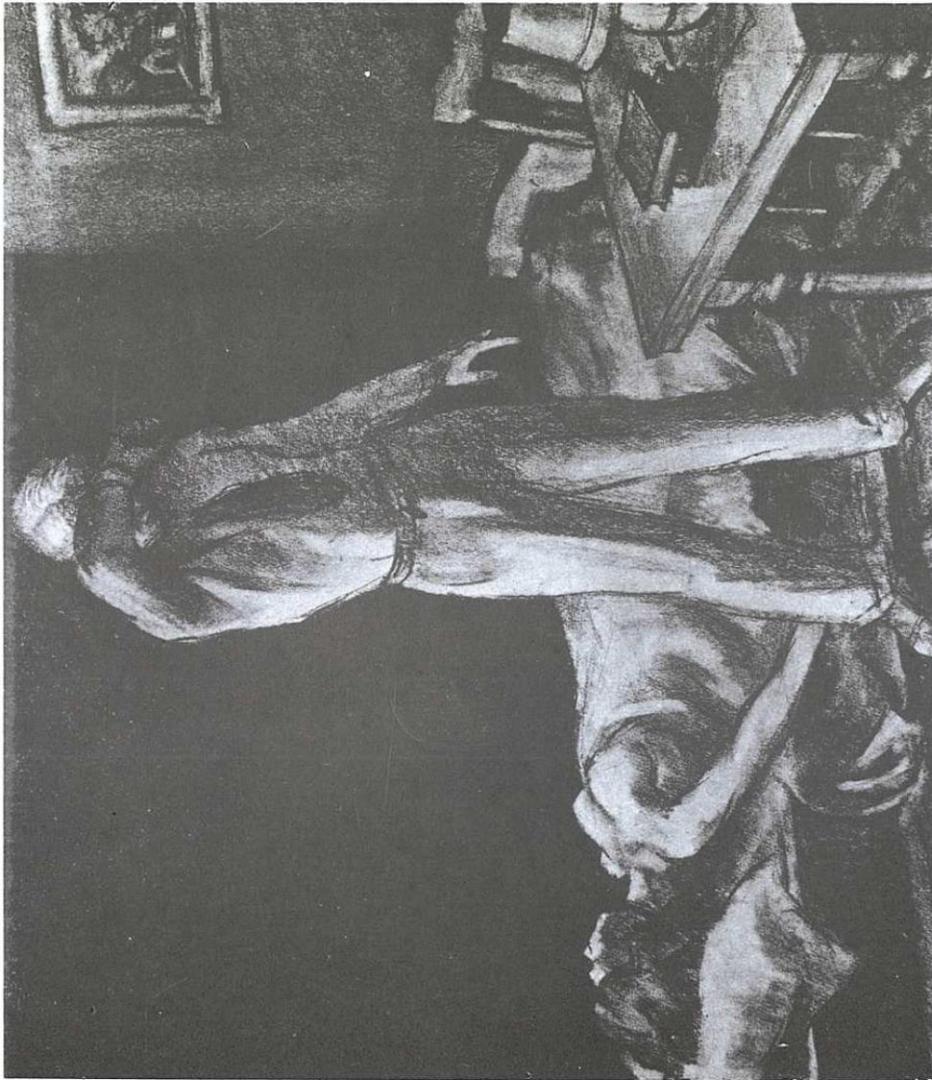
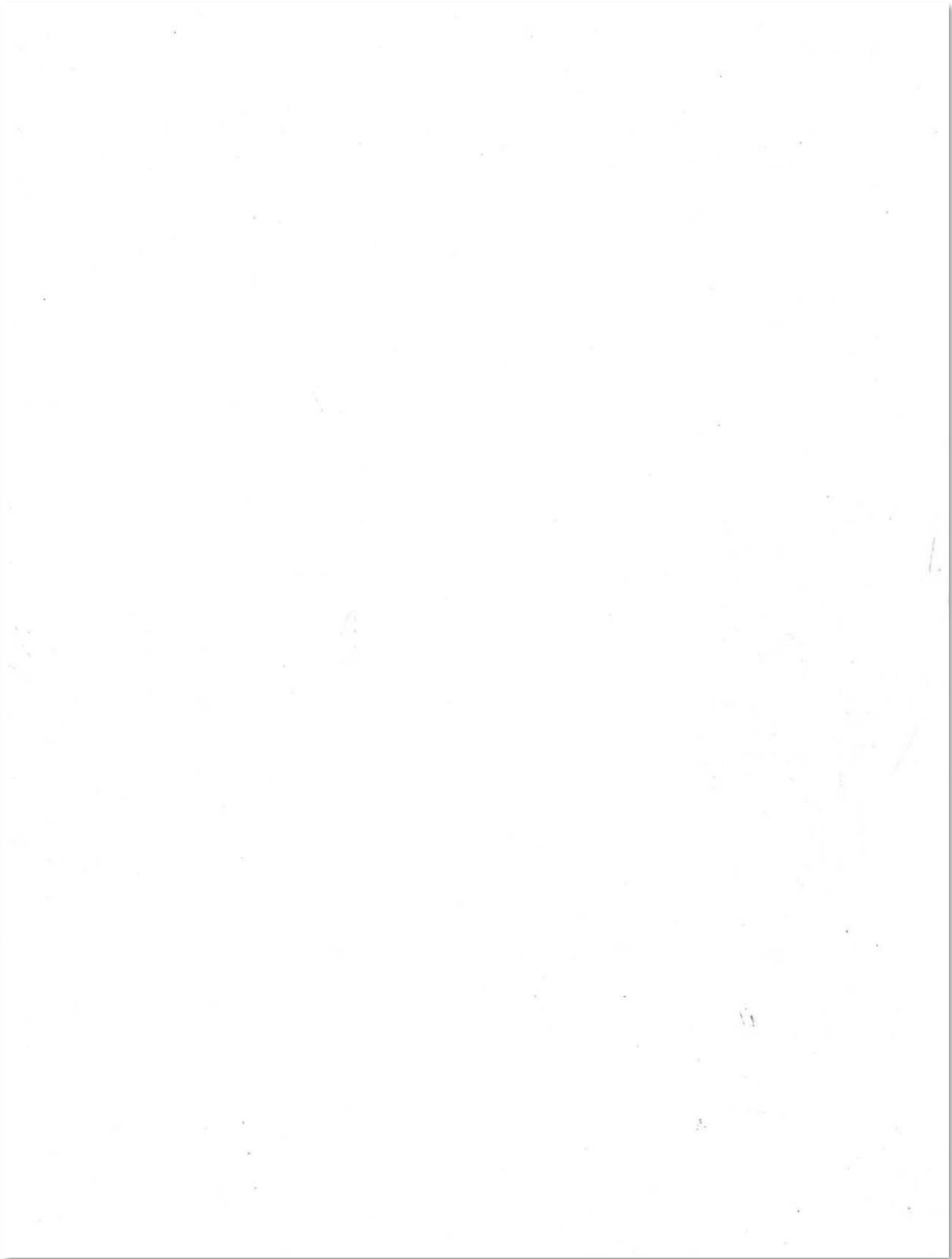


FIGURE 1. A vertical cut in the bark of a tree trunk, showing the interior of the trunk.









Annexe 2 : Feuille de dépouillement TAT

FEUILLE DE DÉPOUILLEMENT

| PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle) | PROCEDES DE LA SERIE B (Labilité) | PROCEDES DE LA SERIE C (Évitement du conflit) | PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaire) |
|---|--|--|--|
| <p>A0 Conflitualisation intra - personnelle.</p> <p>A1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Histoire construite proche du thème banal. 2 - Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. 3 - Intégration des références sociales et du sens commun. <p>A2</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 - Éloignement temporo - spatial. 5 - Précisions chiffrées. 6 - Hésitations entre interprétations différentes. 7 - Aller et retour entre l'expression pusionnelle et la défense. 8 - Remâchage, rumination. 9 - Annulation. 10 - Éléments de type formation réactionnelle (propriété, ordre, aide, devoir, économie, etc.). 11 - Dénégation. 12 - Insistance sur le fictif. 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. | <p>B0 Conflitualisation inter - personnelle</p> <p>B1</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>B2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Entrée directe dans l'expression. 2 - Histoire à rebondissements, Fabulation loin de l'image. 3 - Accent porté sur les relations interpersonnelles. Réactif dialogue. 4 - Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. 5 - Dramatisation. 6 - Représentations contrastées. Alternance 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/appreciations personnelles. 9 - Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. 10 - Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. 11 - Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages. 12 - Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. 13 - Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé. | <p>C/P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Très long et/ou silences importants intra - récit. 2 - Tendence générale à la restriction. 3 - Anonymat des personnages. 4 - Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placagés. 5 - Nécessité de poser des questions. Tendances relus. 6 - Évocation d'éléments antérieurs suivis ou précédés d'arrêts dans le discours. <p>C/N</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 spéculaires. 8 - Mise en tableau. 9 - Critiques de Soi. 10 - Détails narcissiques. Idéalisation de Soi. <p>C/M</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Surinvestissement de la fonction d'éclairage de l'objet. 2 - Idéalisation de l'Objet (valence positive ou négative). 3 - Prouettes, virevoltes. <p>C/C</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. 2 - Demandes faites au clinicien. 3 - Critiques du matériel et/ou de la situation. 4 - Ironie, dérision. 5 - Clin d'oeil au clinicien. <p>C/F</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. | <p>E</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 objets détériorés ou de personnages malades, malformés). 7 - Inadéquation du thème au stimulus Fabulation hors image. Abstraction, symbolisme hermétique. 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 mégalomaniacale, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.) 10 - Persévération. 11 - Conclusion des identités ("Télescopage des rôles) 12 - Instabilité des objets. 13 - Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. 14 - Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. 15 - Clivage de l'objet. 16 - Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiologies ou attitudes. 17 - Craquées verbales (Troubles de la syntaxe) 18 - Associations par contiguïté, par sonorance, coq-à-l'âne. 19 - Associations courtes. 20 - Vague, indétermination, flou du discours. |

La vie sexuelle chez les femmes hémodialysées

Hemodialised women sexual life

Résumé

La maladie rénale est l'un des problèmes de santé publique qui touche une population dont les risques de complications infectieuses sont importants. Cette maladie, souvent silencieuse, ne peut être identifiée qu'à son stade terminal. Malheureusement les quelques traitements existant s'avèrent efficace que pour ralentir la maladie. On distingue deux types de maladies rénales : l'insuffisance rénale aiguë (IRA) et l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT).

L'annonce de l'insuffisance rénale chronique terminale à plus ou moins long terme, il est certain que le patient sera mis en dialyse ou greffé, donc ne peut compter sur son propre corps devenu incapables de le faire vivre. Cela lui inflige de sérieuses blessures physiologiques et psychologiques, affectives, émotionnelles et perturbe sa relation avec son environnement particulièrement celui immédiat.

Plusieurs femmes en hémodialyse déclarent vivre des difficultés sexuelles en étant hémodialysées qui ne reconnaissent pas auparavant. Ces déclarations nécessitent une écoute formée pour meilleure prise en charge.

Nous avons évalués dans notre travail de recherche, les caractéristiques de la vie sexuelle chez les femmes hémodialysés sur quatre(4) cas. Dans notre démarche, on a eu recours à un guide d'entretien, qui nos a permis de recueillir des informations sur les cas, ainsi que le test TAT, qui nos a permis d'évaluer les caractéristiques de la vie sexuelle.

Effectivement nos quatre cas ont confirmé nos hypothèses concernant la vie sexuelle des femmes atteintes par l'insuffisance rénale chronique dont cette dernière détermine la relation conjugale. 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 toutes les femmes hémodialysées

Abstract

Kidney disease is one of the public health problems affecting a population with a high risk of infectious complications. This disease, often silent, can only be identified at its terminal stage. Unfortunately, the few existing treatments are only effective in slowing down the disease. There are two types of kidney disease : acute renal failure (ARF) and end-stage chronic renal failure (ESRD).

The announcement of terminal chronic renal failure in the more or less long term, it is certain that the patient will be put on dialysis or transplanted, therefore cannot count on his own body become unable to support him. This inflicts serious physiological and psychological, affective and emotional injuries on him and disrupts his relationship with his environment, particularly the immediate one.

Many women on hemodialysis report experiencing sexual difficulties while on hemodialysis that they did not recognize before. These statements require trained listening for better support.

We have evaluated in our research work, the characteristics of sexual life in women on hemodialysis in four (4) cases. In our approach, we used an interview guide, which allowed us to collect information on the cases, as well as the TAT test, which allowed us to assess the characteristics of sexual life.

Indeed, our four cases have confirmed our hypotheses concerning the sexual life of women affected by chronic renal failure, the latter determining the marital relationship. It remains to emphasize that our hypotheses are refutable and not absolute, because the results obtained from our study population, which is limited, do not represent the parent population of all women on hemodialysis.