



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 hommes hémodialysés

Etude de quatre (04) cas au niveau de l'EPH de Sidi Aich

Réalisé par

CHERID Massi

DJAFRI Maissa

Encadré par :

Pr. Sahraoui Intissar

2021-2022

Remerciement

Nous tenons à remercier et à exprimer notre sincère gratitude à tous ceux qui, de près ou de loin nous ont apporté leur aide et leur soutien pour l'élaboration de ce travail de fin d'étude.

Notre encadrant : Mme Sahraoui Intissar

Professeur sahraoui, on tient à vous remercier infiniment, pour votre orientation et votre gratitude ainsi votre temps que vous nous avez donné.

C'est vrai que nous étions un peu insupportables mais vous nous avez supportés et grâce à vous notre connaissance s'est évoluée pour le meilleur. On tient pour la seconde fois à vous souhaiter tout le bonheur et la santé dans votre vie.

Des moments inoubliables et des leçons inestimables qui nous ont énormément accompagné durant notre recherche voire notre manière d'organiser notre travail et à la réussite de ce mémoire.

Chère Madame, on vous dédie ce poème :

« Invention et créativité

Nul ne peut les nier

Tourbillonne les erreurs et les précarités

Instinctivement sans ambiguïté

Sérieuse et miraculeuse

Sensible et spontanée

Au bout des rêves et des possibilités

Rayonne ses souhaits »

Dédicace

Je tiens à remercier mes parents qui m'ont vraiment aidé et m'encouragé pour réussir mes études et mes amis qui m'ont souhaité la réussite. Je dédie ce poème à toutes les personnes qui m'ont souhaité le bonheur :

« Dans le rêve c'est la réalité

Et dans la réalité c'est un rêve

Vivre sans parenté, sans amis

On ne sait si la vie est une réalité ou un rêve »

Massi

Dédicace

C'est avec un grand plaisir que je dédie ces mots à mes parents et à toute ma famille qui m'ont vraiment soutenue et encouragée depuis le commencement de mes études. Je tiens à remercier profondément mon père et ma mère qui étaient toujours à mes côtés, sans eux rien est possible.

A mes chers frères, à ma sœur adorée et à ma belle-sœur, je vous aime énormément.

« Les liens du sang sont des liens de naissance

Une histoire familiale qui guide notre existence

Ne jamais oublié ses racines qui donnent du sens

Par elles, naissent les fruits de nos espérances »

Maïssa

Le besoin sexuel est le plus violent de nos appétits :

le désir de tous nos désirs

Arthur Schopenhauer

SOMMAIRE

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

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Coté médicale de l'insuffisance rénale chronique

Introduction -----	04
I. Le rein et le système urinaire -----	04
II. L'insuffisance rénale -----	06
III. Traitement de l'insuffisance rénale chronique -----	08
IV. La greffe rénale -----	09
Conclusion -----	10

Chapitre II : Le vécu psychologique chez les hémodialysés

Introduction-----	11
I. Les contraintes adhérentes à la dialyse -----	11
II. Les répercussions de la dialyse sur le coté psychologique -----	14
III. La prise en charge du patient hémodialysé -----	20
Conclusion -----	23

Chapitre III : Sexualité et psychanalyse

Introduction -----	24
I. Les inspirations de Freud pour la sexualité -----	24
II. Les trois essais de la théorie sexuelle de Freud -----	25
III. Les troubles sexuels et la vie psychologie -----	31
Conclusion -----	33

Chapitre IV : Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses -----	34
-----------------------------------	----

PARTIE METHODOLOGIQUE

Chapitre V : Méthodologie de la recherche

Introduction -----	37
I. La démarche de la recherche et la population d'étude -----	37
1. La pré-enquête et enquête -----	37
2. La méthode clinique -----	37

3.	L'étude de cas -----	38
4.	Le lieu de la recherche -----	39
5.	La population d'étude -----	39
II.	Les techniques utilisées -----	41
1.	L'entretien clinique -----	41
2.	Le TAT -----	45
III.	Analyse des techniques utilisées -----	48
1.	Les données de l'entretien -----	48
2.	L'analyse du TAT -----	48
3.	La lisibilité -----	51
4.	Les problématiques globales -----	52
5.	Hypothèse concernant l'organisation psychique -----	54
6.	L'opérationnalisation suivie dans la présentation des cas -----	54
	Conclusion -----	56

PARTIE PRATIQUE

Chapitre VI : Présentation et analyse des résultats

	Présentation et analyse des résultats -----	57
--	---	----

Chapitre VII : Discussion des hypothèses

	Discussion des hypothèses -----	100
--	---------------------------------	-----

	Conclusion générale -----	104
--	----------------------------------	------------

Bibliographie

Annexes

Introduction générale

Introduction générale

Les maladies chroniques se présentent comme un désordre du fonctionnement de l'organisme humain elles sont des maladies évoluant lentement et nécessitant des soins à long terme. Elles comprennent des maladies transmissibles persistantes (sida, hépatite C...), des maladies rares (mucoviscidose, myopathies...), encore des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, ...) ou des maladies non transmissibles (insuffisance rénale chronique, cancer, diabète, ...). Les maladies chroniques sont également souvent associées à une invalidité et des complications plus ou moins graves qui peuvent avoir un impact majeur sur la vie quotidienne des malades.

L'insuffisance rénale est une pathologie caractérisée par la perte des fonctions vitales des reins. À un stade avancé, lorsque les reins ne fonctionnent plus ou presque plus, un traitement de substitution s'impose : la greffe ou la dialyse. Cette dernière, et plus particulièrement l'hémodialyse, concerne une majorité des insuffisants rénaux chroniques pour qui l'annonce est souvent vécue comme un traumatisme, un choc.

Cependant, la dialyse maintient le patient en vie, mais elle est source de nombreuses contraintes. Les contraintes temporelles sont prégnantes. En effet, le traitement se déroule trois fois par semaine pendant plusieurs heures nécessitant de réorganiser sa vie en fonction de la dialyse et de temps de soins. Les patients doivent également respecter de nombreuses recommandations (alimentaires, médicamenteuses, règles d'hygiène, ...) pouvant être ressenties comme contraignantes, restrictives.

En Algérie, l'Hémodialyse est le traitement de suppléance le plus utilisé avec 91% des patients IRCT traités par cette technique. On compte plus de six millions d'individus qui souffrent d'IRCT dont un million et demi en état d'IRC Terminale, 3 millions présentant un risque rénal, plus de 20.000 nécessitent une prise en charge par hémodialyse et 6 milles en liste d'attente pour une greffe. Enfin, environ 4000 nouveaux cas d'IRCT sont enregistrés chaque année.

Ainsi, la prise en charge du patient hémodialysé comporte la surveillance des séances d'hémodialyse de manière à prévenir la survenue de tout incident technique ou clinique, ainsi que le suivi à long terme du patient de manière à prévenir, ou du moins à limiter. Non sans répercussions sur ses fonctions vitales, tantôt physiologiques que psychologiques. Parmi ces répercussions ; Hypertension artérielle, malaise, nausées, troubles du rythme cardiaque, hémorragies ou hématomes au niveau du cathéter ou au niveau de la ponction de la fistule,

fatigue après la séance de dialyse, dépression, stress, angoisse, trouble de sommeil..., mais nous on se focalise sur les troubles sexuels dont plusieurs hémodialysés souffrent en silence car c'est un sujet tabou dans notre société Algérienne.

Notre recherche porte sur l'étude du fonctionnement sexuel chez les hommes hémodialysés, qui est considéré comme une complication de la maladie, il reste à souligné que le degré de cette perturbation diffère d'un patient à l'autre, la quelle il s'agit d'une importance primordiale vu sa prépondérance et ses répercussions sur le malade et sa conjointe.

L'approche théorique de référence pour notre recherche est la psychanalyse car elle a traité le sujet en profondeur dans toutes ses causalités surtout le côté relationnel, voir même en relation avec le social et le culturel. La théorie sexuelle de Freud, dans son développement, reproduit ainsi le propre développement sexuel de l'être humain où les pulsions partielles sont rassemblées « sous le primat des organes génitaux ». Sexualité et génitalité, au départ dissociées, finissent par se rejoindre. La première grande découverte freudienne, c'est d'avoir mis en évidence que la sexualité n'est pas un long fleuve tranquille mais, bien au contraire, le nœud de tous les conflits de la vie psychique. La névrose classique, explorée dans tous ses recoins, montre que les symptômes, les inhibitions ou l'angoisse sont les effets d'une lutte entre les pulsions qui tendent, avec ardeur, à la satisfaction et le surmoi qui exerce sa censure vigilante. Ensuite, la sexualité n'est pas une chose naturelle. Dans la morale sexuelle «civilisée» et la maladie nerveuse des temps modernes (1908), Freud confirme, comme ses confrères, un accroissement de la maladie nerveuse. Pour Lacan successeur de Freud, le symptôme sexuel est abordé en trois registres, le réel, l'imaginaire et le symbolique tous impliqués au niveau des causes ou des conséquences.

Ainsi, notre travail est réalisé à partir de l'aménagement suivant : tout d'abord, la première partie sera consacrée à la théorie qui est subdivisée en quatre chapitres, chapitre I : le côté médical de l'insuffisance rénale chronique, chapitre II : le vécu psychologique chez les hémodialysés, chapitre III : sexualité et psychanalyse et au dernier le chapitre IV : problématique et hypothèses.

Ensuite dans la seconde partie on présentera la méthodologie qui contient un seul chapitre qui est le chapitre V : méthodologie de la recherche.

Puis la troisième partie sera consacrée à la pratique qui est composée de deux chapitres le chapitre VI : la présentation et analyse des résultats et le chapitre VII : la discussion des

hypothèses. Ensuite, on va enfin clôturer notre recherche par une conclusion générale englobant des questions de perspectives qui vont permettre d'ouvrir le champ pour d'autres chercheurs, à d'autres recherches plus approfondies.

Partie théorique

*Chapitre I : Le coté médical de
l'insuffisance rénale chronique*

Introduction

L'insuffisance rénale terminale est une maladie irréversible accompagné par des conséquences lourdes sur la qualité de vie du malade et ressentie comme un handicap social et professionnel. La prise en charge de l'IRC nécessite des séances d'hémodialysées ou la greffe rénale qui représente une renaissance pour le malade puisqu'il reprend une vie quasi-normale.

Dans ce chapitre on va essayer d'aborder très brièvement la fonction rénale, sa composition et par voie de conséquence les reins, leur rôle dans l'organisme, la maladie de l'insuffisance rénale et les différentes modalités de prise en charge particulièrement l'hémodialyse.

I. Le rein et le système urinaire**1. Le système urinaire**

Le système urinaire est constitué de :

- Deux reins qui fabriquent l'urine.
- Deux uretères, qui l'achement des reins jusqu'à la vessie.
- La vessie, qui collecte l'urine en attendant son excrétion.
- L'urètre, par lequel l'urine est éliminée de la vessie vers l'extérieur. (Neveu, 2013, p.3).

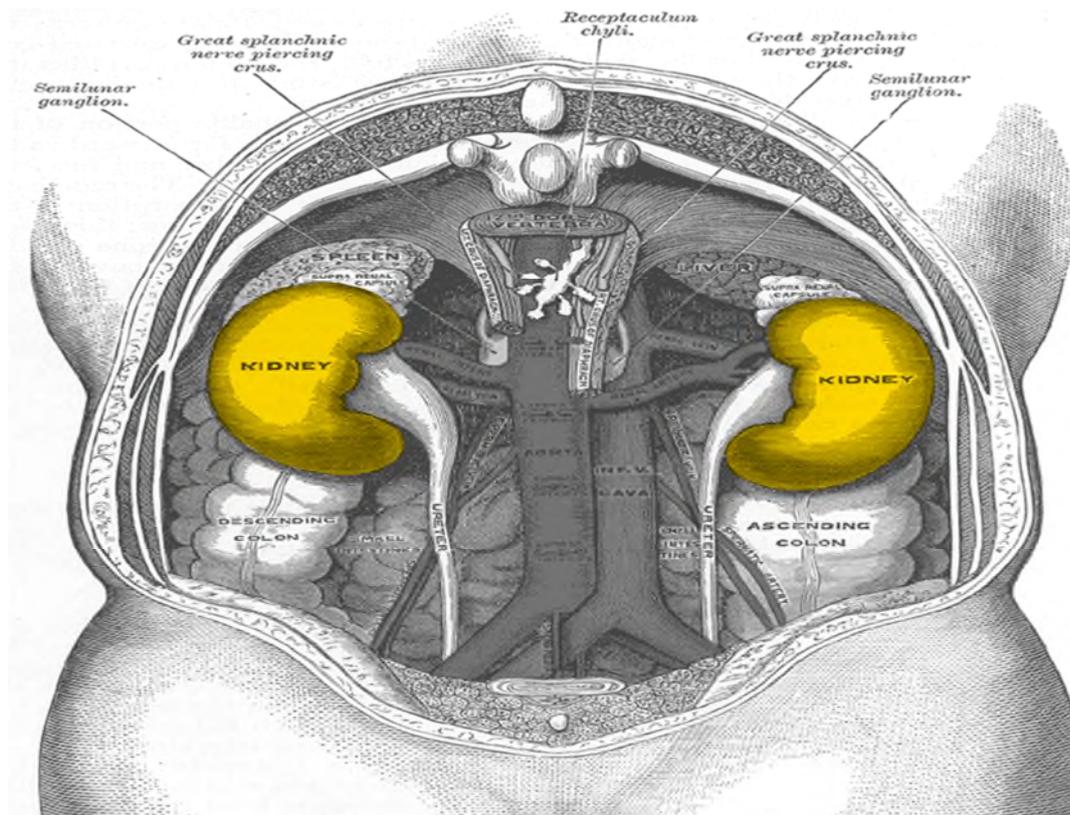
2. Les reins

Les reins sont des organes vitaux. Leur rôle est de purifier le sang, ils éliminent les déchets qui proviennent du fonctionnement de l'organisme et maintiennent l'équilibre chimique du sang. Quand les reins ne fonctionnent plus, ces déchets s'accumulent dans le sang et deviennent toxiques. Les reins exercent cette fonction par la fabrication de l'urine. Les variations de sa composition, en fonction de la quantité d'urines émises (diurèse) et de l'alimentation peuvent être considérables. Situés de chaque côté de la colonne vertébrale, en partie cachés par les dernières côtes, chacun des 2 reins mesure 12 cm de haut sur 6 cm de large, grossièrement de la taille d'un poing avec une forme de haricot. Chaque rein pèse environ 150 grammes. Le rein droit est situé en arrière du foie, Le rein gauche en arrière du pancréas et du pôle inférieur de la rate, Le sang est amené par une artère rénale qui vient de

l'aorte abdominale. Après avoir traversé la masse du rein, le sang est évacué par une veine rénale qui va déboucher dans la veine cave inférieure.

De chaque rein part un canal excréteur, d'abord large (le bassinot) puis fin (l'uretère : qui va amener dans la vessie l'urine fabriquée par le rein).

Figure : le rein humain



3. Les différentes fonctions du rein

Les différentes fonctions du rein sont résumées comme suit : - Eliminer les déchets et l'eau, Equilibrer la quantité de liquide, -Réguler la pression artérielle, - Aider à la fabrication des globules rouges (GR) et maintenir les os sains et solides. (Hoarau, 2011, p.1 à 3).

4. L'évaluation de l'atteinte rénale

L'évaluation de l'atteinte rénale s'effectue par des tests sanguins dont les plus importants sont :

-Urée du sang : le taux d'urée du sang indique l'efficacité avec laquelle les reins éliminent les toxines du sang. Ce test mesure la quantité de déchets produits par la dégradation protéique normale et libérés dans le sang.

-Créatinine : le taux de créatinine indique également l'efficacité avec laquelle les reins éliminent les toxines du sang. Créatinine est le terme médical utilisé pour désigner un déchet produit par les muscles et libéré dans le sang. (Hoarau, 2011, p.20).

II. L'insuffisance rénale

1. Généralités

L'insuffisance rénale (IR) survient chez environ 1 personne sur 2000. En cas d'IR, les reins sont incapables d'accomplir leurs fonctions. On distingue deux types. L'insuffisance rénale aiguë (IRA) : Elle se produit lorsque les reins cessent subitement de fonctionner. Cet état est souvent temporaire. La cause peut être une maladie, une blessure grave ou soudaine, ou encore la présence de substances chimiques toxiques. Le traitement par dialyse peut aider le patient jusqu'à ce qu'il retrouve sa fonction rénale.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) : Elle se produit lorsque les reins perdent progressivement leur capacité à accomplir leurs fonctions. Les causes de l'IRC ne sont pas toujours connues mais il est certain que divers facteurs, tels que le diabète et une pression artérielle (PA) élevée, augmentent les risques d'IR.

Les gens ne sont pas toujours conscients du fait que leurs reins ne fonctionnent pas correctement car les reins possèdent un grand pouvoir d'adaptation. Même quand la majeure partie du rein ne fonctionne plus, la portion restante accroît son activité afin de compenser la perte. Il est possible de n'avoir aucun symptôme avec un seul rein ne fonctionnant qu'à 20% de sa capacité normale.

Les premiers symptômes apparaissent quand la fonction rénale a chuté à moins de 10%. Les déchets toxiques et les liquides en excès commencent à s'accumuler dans le sang. L'un de ces déchets est appelé créatinine. La mesure du taux de créatinine sanguine donne une indication de l'efficacité des reins. Chez de nombreux patients, l'IRC progresse vers ce que l'on appelle l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). (Hoarau, 2011, p.3-4).

2. Les causes de l'insuffisance rénale

Elles sont diverses et peuvent être résumées en ce qui suit :

- Diabète sucré –Hyper Tension Artérielle (HTA) - Glomérulonéphrite - Maladie polykystique rénale - Maladie Reno- vasculaire -Pyélonéphrite chronique – Lupus érythémateux - Calculs rénaux - Infections des voies urinaires -Néphropathie -Médicaments antalgiques.

3. Les symptômes

En général, les symptômes de l'IR sont la conséquence d'une lente accumulation de déchets dans le sang et de la défaillance progressive des fonctions régulatrices des reins. Ceux-là se manifestent par :

- L'excès de liquide : Le liquide en excès entraîne, des œdèmes plus ou moins généralisés, une surcharge liquidienne, un œdème aigu du poumon OPA en cas d'accumulation de liquide dans les poumons, haute tension artérielle (HTA).
- L'anémie : Quand les reins sont endommagés, l'organisme ne possède plus assez de globules rouges(GR) : c'est l'anémie.
- Les autres symptômes : goût métallique dans la bouche, fatigue, sensation de froid, maux de tête, Insomnie, démangeaison et sécheresse de la peau, perte d'appétit et nausées, douleurs lombaires, difficultés de concentration, confusion, étourderie, diminution de la libido, agitation ou crampes dans les jambes, problèmes urinaires (urines moussantes, sanguinolentes, modification de la quantité ou de la fréquence des mictions).

4. Les complications

Les complications cardiaques : Une atteinte permanente du cœur se produit souvent au cours des premiers stades de l'IR, avant la mise en œuvre d'une dialyse ou d'une transplantation. Elle peut être due à une HTA, une anémie ou une surcharge liquidienne, hyperkaliémie, ostéodystrophie rénale ou à une hyperparathyroïdie. Il arrive aussi que les déchets s'accumulent dans le sang du fait du dysfonctionnement rénal aient un effet toxique sur le cœur d'une transplantation. Elle peut être due à une HTA, une anémie ou une surcharge liquidienne, hyperkaliémie, ostéodystrophie rénale ou à une hyperparathyroïdie. Il arrive aussi que les déchets s'accumulent dans le sang du fait du dysfonctionnement rénal aient un effet toxique sur le cœur. (Hoarau, 2011, p.4-6).

III. Traitement de l'insuffisance rénale chronique**1. Définition de l'épuration extrarénale**

La dialyse rénale est un processus artificiel, qui accomplit les deux fonctions principales des reins sains : filtrer le sang (en éliminant ses déchets), et équilibrer les niveaux de liquides en éliminant les déchets du sang et l'eau en excès. Si la dialyse est arrêtée, le décès du patient est probable en quelques jours ou quelques semaines.

Les deux différents types de dialyse, l'hémodialyse (HD) et la dialyse péritonéale (DP), fonctionnent de manière similaire : elles nettoient le sang en le faisant passer à travers une membrane. En HD, la membrane est artificielle et située à l'extérieur du corps du patient. En DP, la membrane est naturelle et située à l'intérieur de l'abdomen du patient. Les deux types de dialyse sont efficaces. Certains patients font l'expérience des deux formes de dialyse au cours de leur vie sous traitement.

2. Définition de l'hémodialyse

Hémo signifie « sang » en grec. La dialyse est un processus de filtration. L'hémodialyse (HD) est le processus de filtration du sang. En hémodialyse, le processus de filtration se déroule dans une machine, à l'extérieur du corps. Un médecin crée chirurgicalement un accès permanent à la circulation sanguine, de manière à ce que le sang puisse être dévié à travers la machine de dialyse puis réintroduit dans l'organisme. Ce point d'accès est appelé fistule ou prothèse vasculaire.

L'hémodialyse nécessite généralement trois séances par semaine chaque séance dure entre trois et six heures. Entre chaque dialyse, le patient doit surveiller ses apports alimentaires et liquidiens afin de limiter au minimum l'accumulation d'eau et de déchets dans son organisme.

Les traitements par hémodialyse peuvent être administrés : - au sein du service d'hémodialyse d'un hôpital - dans un service d'auto dialyse dans lequel le patient est davantage impliqué dans le processus thérapeutique - à domicile, où le patient a beaucoup de responsabilités vis-à-vis de son traitement et plus de souplesse sur l'heure exacte de chaque séance. (Hoarau, 2011, p.6-7).

- **Principes**

La plupart des patients en hémodialyse reçoivent leur traitement au sein d'un service de néphrologie spécialement conçu. Le service de dialyse peut se situer dans un hôpital ou un établissement distinct de soins ambulatoires. A leur arrivée dans le centre, ils sont pris en charge par un infirmier qui s'occupera d'eux pendant toute la séance durant un traitement par dialyse, les patients sont installés dans un lit ou sur un fauteuil inclinable, ils ne peuvent pas se déplacer dans le service. Ils peuvent discuter, lire, faire des travaux manuels ou regarder la télévision. Les infirmiers du service préparent l'équipement, « branchent » les patients, surveillent les séances et « débranchent » les patients. Ils assurent également le nettoyage et la désinfection des générateurs.

3. La dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale (DP) utilise le péritoine, qui est une membrane naturelle tapissant la cavité de l'abdomen. La membrane possède de minuscules trous et joue un rôle de filtre. Les déchets et liquides du sang peuvent la traverser. Le liquide de dialyse s'écoule dans la cavité péritonéale à travers un petit tube en plastique souple appelé cathéter de DP. Le cathéter est introduit dans l'abdomen lors d'une intervention mineure.

Environ 15 cm de ce tube restent en dehors de l'abdomen, sous les vêtements, et permettent de fixer les poches de liquide de dialyse. (Hoarau, 2011, p.11).

IV. La greffe rénale

Le rein est le premier organe ayant été transplanté avec succès chez l'homme. Les médecins et chirurgiens spécialisés en transplantation rénale ont accumulé une expérience considérable. L'intervention est associée à un taux élevé de réussite. Une transplantation rénale réussie libère les patients de la nécessité d'une dialyse et constitue un traitement de l'insuffisance rénale plus efficace que la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse. Un rein correctement transplanté assure une fonction dix fois supérieure à la dialyse. Les patients transplantés ont moins de limitations et une meilleure qualité de vie que les patients dialysés. La plupart des gens se sentent mieux et ont davantage d'énergie que sous dialyse. (Hoarau, 2011, p.16).

Conclusion

Les reins sont des organes vitaux indispensables pour la vie de l'être humain. Ils sont sujets à des affections fréquentes, d'où le risque d'évolution vers l'IRC avec la nécessité de substituer la fonction rénale par d'autres moyens tels que l'hémodialyse ou la greffe rénale. Cette maladie a de nombreuses répercussions sur le plan psychologique des malades notamment sur la qualité de leur vie sexuelle.

*Chapitre II : Le vécu psychologique chez
les hémodialysés*

Introduction

L'insuffisance rénale chronique est définie par la diminution irréversible du débit de filtration glomérulaire qui est le meilleur indicateur du fonctionnement rénal. Elle résulte de l'évolution d'une maladie rénale chronique, l'annonce de cette dernière est souvent vécu comme un traumatisme ou un choc.

A cet effet, l'insuffisance rénale chronique (IRC) est devenue un problème de santé par sa fréquence de plus en plus élevée avec l'allongement de l'espérance de vie.

L'hémodialyse est l'une des possibilités de survie du patient atteint d'une insuffisance rénale chronique. Elle représente l'entrée dans un monde nouveau, frustrant, caractérisé par une série d'événements stressants physiques et psychiques. La prise en charge par l'équipe soignante tient compte de la spécificité de chaque patient afin d'optimiser le côté psychologique et la qualité de vie des patients.

I. Les contraintes adhérentes à la dialyse**1. Le problème du rapport au temps chez le dialysé**

Cela commence par une perte réelle d'un organe vital et, en ce sens, que ce soit brutal ou préparé, toute personne qui va apprendre, d'une part, qu'elle est malade, d'autre part, que c'est une maladie mortelle sans soins, va être plus ou moins traumatisée. . En effet l'hémodialyse n'ayant que deux limites : la greffe et la mort. Les patients se sentent « tenus », « coincés », « dépendants » et supportent mal cette perte d'autonomie. La fréquence et durée des séances entraînent une lassitude et un manque de temps libre, les patients vivent mal l'attente, les retards (ambulanciers, IDE, médecins...). La vie et les projets sont arrêtés. Par exemple les patients peuvent difficilement partir en vacances ou en week-end car cela demande une grande organisation, d'être prévu longtemps à l'avance et de trouver un autre centre de dialyse. Ainsi il n'y a plus de place pour l'imprévu.

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 que des soignants : on peut par exemple rappeler qu'avant d'être en dialyse, le patient était beaucoup plus fatigué, et donc que la dialyse leur apporte un mieux-être. Certains patients le reconnaissent d'eux-mêmes, surtout s'ils ne sont en dialyse que depuis quelques semaines. 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).

Lefebvre dit : « J'estime pour ma part que l'insuffisance rénale a ceci de particulier que la maladie fait autant symptôme que son traitement la dialyse. L'annonce de la maladie est donc vécue comme un traumatisme ».

Les patients qui demandent à être branchés toujours en premier, qui se plaignent du « manque de rapidité » des infirmières, sont ceux qui acceptent certainement le moins bien la dialyse, voire la maladie elle-même. En étant branchés en premier, ils ont sans doute l'impression de gagner du temps, alors qu'au contraire, ils en perdent en arrivant trop tôt ... Tout se passe comme si le dialysé vivait avec un sentiment d'urgence à vivre, considérant qu'après, il sera trop tard (Lefebvre, 2005, p.1-2)

2. Le régime et les contraintes alimentaires

Les patients sont généralement très fatigués après les séances de dialyse. Ils doivent suivre des régimes alimentaires (contrôler leur prise de sel, d'eau, de phosphore etc.), absorber journallement des médicaments destinés à corriger l'insuffisance en potassium et en phosphore et surveiller les prises de poids. Durant les séances de dialyse les chutes et hausses de tension sont fréquentes (dues aux variations de poids plus ou moins bien prises en compte par la machine). Les douleurs aussi : ponctions douloureuses, crampes musculaires (quand on tire trop par exemple), parfois nausées voire vomissements, céphalées etc.

Les transgressions alimentaires, hydriques et l'insuffisance de compliance au traitement médicamenteux sont des façons de (re) trouver 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 « bien portants », qui n'ont pas à subir les contraintes de la dialyse. On retrouve surtout ce discours chez les jeunes dialysés, et c'est probablement ce dont ils souffrent le plus, le sentiment d'être différents des jeunes de leur âge. (Lefebvre, 2005, p.2)

Le dialysé a parfois tendance à se replier sur lui-même et est souvent très déprimé et ne veut voir personne. Quant au niveau professionnel lorsque les patients peuvent continuer à exercer leur métier et ne sont pas mis en invalidité ils sont parfois déclassés à des postes peu

intéressant (« mis au placard »). Ainsi « comment oublier, c'est-à-dire faire un travail de deuil quand, régulièrement, la perte est redite, réactivée par la dialyse ou réactivée d'une certaine façon, par la greffe quand le patient craint que ses résultats, par exemple, soient mauvais » et que « le simple bien-être n'existe plus. » (Archinard, 1997, p.127)

3. Le problème d'effraction

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

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

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

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

Dans le cas de L, comme chez un certain nombre de dialysés, l'angoisse atteint probablement son paroxysme juste avant le branchement. Le problème est que cette angoisse empêche justement la personne de pouvoir verbaliser ce qu'elle ressent. C'est là que le psychologue peut être utile pour encourager la verbalisation. (Lefebvre, 2005, p.3).

II. Les répercussions de la dialyse sur le côté psychologique

Les patients présentant une insuffisance rénale chronique terminale sont obligés d'être traités par l'épuration extra rénale à savoir l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale. Leur vie, ainsi suspendue aux fils de la machine, devient une survie, au point que certains d'entre eux fantasment comme des morts-vivants. Cette survie artificielle bouleverse la logique du fonctionnement psychique qui doit se réorganiser de manière singulière et processuelle. Les éléments significatifs en rapport avec le retentissement de la dialyse sur l'état psychologique des patients dialysés. Pour la majorité des dialysés, cette situation va empirer leur état psychologique vu que le travail constitue une source financière pour subvenir aux besoins de la vie courante mais aussi une préoccupation essentielle pour l'équilibre psychologique. Parmi ces répercussions de la dialyse sur l'insuffisance rénale chronique on cite quelques unes :

1. Le deuil multiple

« Le mot « deuil » vient du latin « dolere », souffrir. Quand on traverse un deuil, il y a toujours une souffrance qui doit pouvoir s'exprimer, se vivre. Le deuil est le processus psychologique qui fait suite à une perte, quelle qu'elle soit, et qui ne se limite donc pas au domaine de la mort. (Corazza, Yaman,2016,p17)

La personne traverse cinq étapes (choc, déni, marchandage, dépression et espoir). Le deuil n'est pas seulement causé par la perte d'un être cher mais peut l'être par tout ce qui revêt une valeur pour la personne : perte d'un idéal, d'un travail, pertes évoquées précédemment, c'est-à-dire aussi une perte narcissique. Le « travail de deuil » permet d'accepter progressivement les pertes, mais La réaction de deuil constitue un état dépressif d'intensité et de durée variables, 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'ils n'ont plus, réalisant mieux la précarité de leur état et de leur avenir. (Boubchir, 2020, p. 05).

Le patient sait qu'il a perdu sa santé mais n'y pense pas tout le temps et progressivement pourra s'adonner à de nouveaux investissements et retrouver du plaisir à vivre. La spécificité du deuil chez ces patients est qu'il est infini. Le caractère effrayant et pénible des soins (piqûres itératives, hypotension, fistule bouchée), leur répétition et les symptômes permanents de la maladie (perte diurèse, etc.), les empêchent d'oublier leur maladie mortelle. Quant au niveau professionnel lorsque les patients peuvent continuer à exercer leur métier et ne sont pas mis en invalidité ils sont parfois déclassés à des postes peu intéressants (« mis au placard

»). Ainsi « comment oublier, c'est-à-dire faire un travail de deuil quand, régulièrement, la perte est redite, réactivée par la dialyse ou réactivée, d'une certaine façon, par la greffe quand le patient craint que ses résultats, par exemple, soient mauvais » et que « le simple bien-être n'existe plus. » (Archinard, 1997, p. 127)

2. La dépression

La dépression est identifiée comme le trouble psychiatrique le plus fréquent chez les patients en dialyse.

D'après les études, la dépression qui est l'expression psychique du travail de deuil est l'affection psychiatrique la plus fréquente chez les dialysés. Les résultats varient selon les études se situant entre 35% et 50% de dépressifs dans la population de dialysés. Par exemple en France, D. Cupa et coll ont trouvé 32% de patients dialysés dépressifs dans une recherche sur la qualité de vie subjective en dialyse de 362 patients (67% d'hommes) dont l'âge moyen était de 56,15 ans. La dépression est légèrement plus élevée que sur une population tout venante. La qualité de vie est d'autant plus détériorée que la dépression est importante. L'étude comparative proposée par A. Baguelin et coll. En pré-greffe et à un an de post-greffe retrouvent les mêmes corrélations entre les scores de dépression et la qualité de vie. Les scores moyens de dépression s'améliorent de manière significative à un an de greffe. Les résultats suggèrent que la greffe a un impact positif sur la perception de l'état de santé. Les constats faits par P. Duverger et coll indiquent que chez l'enfant et l'adolescent la transplantation rénale peut provoquer des états dépressifs plus ou moins grave. (Cupa, coll. 2002, p.57-58)

On observe fréquemment chez les personnes dialysées une chute de libido, des problèmes d'impuissance ou de perte de désir sexuel de par le traumatisme de la confrontation à la maladie, à la mort et au traitement. Selon G. Lefèvre, cet état peut induire à des symptômes de type dépressif : chagrin, envie de rien, pas envie de voir d'autres personnes, de sortir, détachement du monde extérieur, désintérêt pour les activités antérieures la maladie, perte d'appétit ou du contraire boulimie, troubles du comportement alimentaire multiples, non-respect des contraintes diététiques, très fréquemment des troubles du sommeil, voir envies suicidaires. (Lefebvre, 2005, p.1).

Chez les patients en dialyse, il est difficile d'identifier les comportements suicidaires car ils peuvent se confondre avec ceux de la non-adhésion thérapeutique. En effet, les idées suicidaires ou les tentatives de suicide peuvent se manifester par le nombre de séances

manquées ou l'absence de suivi des conseils diététiques (excès en potassium ou liquides) pouvant entraîner la mort. Cependant, ces comportements sont souvent interprétés comme des difficultés d'adhésion aux recommandations et non comme des passages à l'acte suicidaire. L'évaluation de la dépression et des idées suicidaires s'avère donc primordiale pour dépister ces patients et leur proposer une prise en charge psychologique et médicamenteuse adaptée. (Kimmel, 2006, p.678-687)

3. La peur de mourir

L'insuffisance rénale chronique souffre de la perte réelle d'un organe vital. La perte étant incontournable, le patient doit nécessairement se faire dialyser ou être greffé, sinon c'est la mort. La douleur liée à la mort est fréquente, chez ces patients, tout en étant assez souvent refoulée pour que cela soit plus supportable. Elle apparaît essentiellement comme une peur devant l'inconnu (nouveau soignants, nouveau médecins, inconnu des résultats des bilans biologiques), mais cela peut être l'effroi aussi devant la solitude, l'angoisse d'abandon. La douleur de mourir est liée à l'insoutenable idée de la perte de soi comme chute hors du monde. (Cupa, coll. 2002, p.59)

Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir, d'où un repli sur soi, accentué parfois par l'isolement social. C'est pourquoi la famille et les soignants ont un rôle très important à jouer. À l'inverse, certaines personnes trouvent dans la dialyse un bénéfice sur le plan social, si ce sont des personnes qui étaient déjà socialement isolées avant, la dialyse va leur permettre de nouer des liens avec d'autres personnes, soignés ou soignants. Concernant ces personnes, la greffe va les confronter à un certain vide car ils retrouvent une famille par l'intermédiaire de la maladie et du traitement. Certains patients dialysés présentent quelquefois des préoccupations hypochondriaques excessives. Ils peuvent se plaindre de douleurs aux localisations multiples qui n'ont pas d'origine somatique. Ces plaintes cachent en fait souvent une peur imminente de la mort qui ne peut s'exprimer en tant que telle. (Lefebvre, 2005, p.1).

4. Angoisse signal, angoisse traumatique

Deux sortes d'angoisses sont repérables et peuvent se confondre. L'angoisse signal tient l'appareil psychique en éveil et le protège contre des afflux de stimuli vécus comme dangereux. Il est évident que ces angoisses sont présentes chez certains de ces patients qui en

particulier ont des craintes par rapport à la maladie, aux soins, par rapport au personnel médical ou soignant.

L'angoisse anticipe ici la possibilité de pertes, de douleurs, etc. Les angoisses traumatiques sont liées à des réactivations de situations qui ont été très pénibles en particulier les traumatismes psychiques lors desquels la personne a été débordée par l'effroi, par exemple : l'annonce de la maladie grave telle l'insuffisance rénale terminale. La répétition de microtraumatismes propres à chaque séance de dialyse est aussi traumatique. Elle renforce un peu plus à chaque fois le sentiment d'insécurité des patients qui à la longue peuvent être plus perméables aux agressions extérieures, plus fragilisés, ils peuvent moins bien se protéger face aux aléas de la maladie, du traitement ou de leur vie en général. Selon les études, l'anxiété est un symptôme qui survient chez 20 à 30% des dialysés. D. Cupa et coll. Notent que le niveau d'anxiété moyen chez les dialysés est l'équivalent à celui qui est rencontré dans la population générale. Il en est de même pour la transplantation, remarquons qu'A. Baguelin et coll. Notent que les scores moyens d'anxiété sont comparables en pré-greffe et à un an de post-greffe. (Cupa, coll. 2002, p.58)

5. Les remaniements de l'image du corps

On peut observer des bouleversements au niveau de 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 par « grossir » et ne déforme son bras car elle a remarqué que d'autres patientes, en dialyse depuis plus longtemps qu'elle, avait le bras 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 abimée 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).

6. Les dysfonctionnements sexuels

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

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

7. Dialyse et famille

a) Le conjoint

Il est aussi confronté aux effets traumatiques de l'annonce de la maladie et doit aussi se réorganiser psychologiquement. Le conjoint doit faire le deuil de quelqu'un qui ne sera plus tout à fait le même, il est aussi confronté aux angoisses liées aux idées de la mort de l'être cher qui devient plus présente. La maladie et son traitement ne sont pas sans effet sur la psyché du conjoint.

Le conjoint se trouve face à un époux (se) qu'il ne reconnaît plus très bien. Ce corps à la circulation extracorporelle, mis entre les mains des soignants et dépendant d'une machine perd toute son humanité et toute son intimité. Réprimer ses émotions pour mieux étayer le malade, c'est ainsi que le conjoint, la famille du dialysé s'isole dans la douleur. Peu à peu il va se déprimer, s'isoler socialement sans pouvoir verbaliser ses peurs et son agressivité.

Cependant, le conjoint contient souvent son agressivité par crainte d'en rajouter à la douleur de l'autre mais du coup ne peut pas expulser des affects pénibles. Il a le sentiment d'avoir peu de place au sein de l'équipe soignante pour faire entendre sa souffrance, verbaliser ses peurs et son agressivité. Le conjoint est alors en risque de dépression d'autant plus qu'il peut s'isoler socialement sans pouvoir. La place de l'entourage et notamment de la famille est essentielle et est d'autant plus prégnante lorsque la pathologie est de plus en plus lourde.

b) Les enfants

Très peu de travaux sont faits sur les enfants de parents ayant une insuffisance rénale chronique (IRC). Dans une enquête faite auprès de patients en hémodialyse à domicile et ayant des enfants. Il a été constaté que 44% des parents disaient que leurs enfants avaient des inquiétudes au sujet de leur parent malade. Seulement 5,3% d'entre eux en avait parlé aux médecins ou infirmières.

Si nous pouvons penser qu'apparemment les enfants vivent cette situation sans trop de difficultés. Cependant, on peut constater une hyper maturité, une dépression et une anxiété masquées derrière des troubles de la scolarité, une instabilité motrice.

Lés éléments agressifs sont fréquents, l'enfant en veut à son parent de n'être plus un élément de sécurité et culpabilise au sujet de son agressivité. (Cupa, coll. 2002, p.60)

L'anxiété peut se lier à des inquiétudes au sujet du corps avec une fréquence des anomalies de la représentation picturale du corps des différents membres de la famille. (Cupa, 2006, p.47)

G. Lefebvre présente les répercussions suivantes :

- Hyper maturité précoce.
- Dépression masquée par des troubles scolaires et instabilité psychomotrice.
- Agressivité car rancune d'où un sentiment de culpabilité face au parent défaillant.
- Faible capacité d'attention.
- Fuite dans l'imaginaire importante.
- Hyperactivité.
- Anxiété.
- Préoccupations concernant le corps et la maladie.
- Vives angoisses de séparation.
- Parentification de l'enfant, menant à une confusion des générations et un possible attachement anxieux au parent défaillant se sentant coupable de la maladie de son parent, l'enfant peut rechercher une place réparatrice, ce qui le maintient dans un attachement anxieux à son égard.
- Inquiétudes de l'enfant par rapport à la maladie du parent d'où possibilité de demander un rendez-vous avec un néphrologue pour expliquer la maladie. (Lefebvre, 2005, p.4).

III. La prise en charge du patient hémodialysé

Les dialysés sont ceux qui rencontrent le plus de difficultés, vis-à-vis de leur traitement, mais aussi dans toutes les dimensions de leur existence. La lourdeur de la dialyse et ses conséquences nécessitent la prise en compte de l'ensemble de leurs besoins.

L'objectif de la prise en charge est d'évaluer et d'améliorer la qualité de la relation d'aide face au malade hémodialysé à partir d'une prise en charge psychologique adéquate. Les objectifs spécifiques permettent en premier lieu d'identifier les problèmes psychologiques et psychiatriques de l'hémodialysé et de préciser ses relations dans la vie familiale et socioprofessionnelle ainsi que l'impact sur sa personnalité, et en second lieu elles permettent d'indiquer le rôle infirmier envers ces patients et leurs familles et de préciser la nature de la relation d'aide de l'équipe soignante et de communiquer étroitement avec eux pour évaluer le degré de satisfaction de leur prise en charge.

1. Le rôle des soignants

L'équipe médicale et soignante est considérée pour certains patients comme une famille. Certaines études insistent sur l'importance du support familial, social du dialysé ainsi que sur le support de l'équipe soignante et médicale. Malgré toute leur compétence, les soignants ne peuvent pas offrir la guérison totale. De plus, assister à la souffrance et à la dégradation des malades, à leurs angoisses et à leur lassitude, induit également une souffrance, et peut-être parfois un sentiment d'impuissance. Certains soignants peuvent avoir quelque fois l'impression de ne pas savoir comment répondre à la souffrance des malades. Dans ces situations, il importe d'essayer d'accepter son impuissance car cela diminue la culpabilité. Dans le même temps, il faut éviter d'ignorer son sentiment d'impuissance pour tenir compte des attentes du malade. Cela ne veut pas dire qu'il faut exécuter toutes les volontés du patient ! Il existe des situations conflictuelles, un peu comme dans toute famille. Concernant les difficultés inhérentes aux relations soignant/soigné, le psychologue joue un rôle de tiers, d'interface.

Il peut arriver que la distance nécessaire entre le soignant et le soigné se trouve gommée : tutoiement, relations amicales. Cela crée des relations très impliquées, surtout dans les cas de dialyse péritonéale (DP) à domicile, lorsque le soignant se trouve en contact direct avec l'environnement familial. Le problème d'une trop grande proximité réside notamment dans le fait qu'en cas de décès, les réactions émotionnelles risquent d'être trop fortes.

En outre, en cas de « problème médical » ou autre, le soignant risque de ne plus avoir la neutralité nécessaire pour faire preuve de sang-froid. Par ailleurs, certains patients se montrent très exigeants par rapport aux heures de branchement et débranchement. Par exemple le patient qui veut absolument être branché le premier de sa série, est quelqu'un qui cherche à occuper une place privilégiée auprès du soignant. Autrement dit, faire l'objet d'un investissement narcissique. Les patients qui appellent l'infirmière pendant les dialyses pour des raisons futiles exercent une contrainte qui est à comprendre comme un appel à un soin qui est autre qu'un soin infirmier. Cela peut être interprété comme ; « venez plus avec moi car je m'ennuie / j'ai peur ». (Lefebvre, 2005, p.3)

2. L'attente de la transplantation et la greffe rénale

Le plus souvent, les malades considèrent l'organe transplanté non comme une partie d'eux-mêmes mais comme un objet étranger sur lequel ils n'ont aucun droit. La greffe agit sur l'ensemble de la représentation que le sujet a de lui-même. Un des principaux éléments à retenir de la problématique de transplantation est qu'il faut pouvoir accepter d'intégrer, assimiler à son propre corps un élément du corps d'une personne étrangère. Le greffon est un corps étranger à intégrer. Pour ceux qui sont "a priori", ils ne sont pas concernés par la greffe, ils peuvent penser que celle-ci est une solution miracle, une sorte de panacée qui va tout arranger. Mais les personnes en attente de greffe ne le ressentent pas nécessairement de cette façon. Toute greffe confronte le patient à la représentation de sa propre mort mais aussi à celle d'une mutilation, et bien souvent à celle de la mort du donneur.

L'intervention chirurgicale implique des contraintes, du fait du traitement immunosuppresseur. L'organe reçu est d'origine humaine mais anonyme (dans le cas des donneurs cadavériques) le donneur possède un caractère mystérieux. Que la structuration du sujet soit névrotique ou psychotique, le greffon est un objet sur lequel le patient va projeter des choses.

D'autre part, le sujet transplanté peut éprouver un sentiment de culpabilité de porter l'organe d'un autre, de se sentir obligé d'attendre le décès de quelqu'un. Dans les cas de culpabilité du receveur vis-à-vis du donneur, il faut insister sur le fait que l'organe n'est utilisable pour personne d'autre et permet de prolonger la vie de la personne qui le reçoit. C'est le rôle du soignant et/ou du psychologue de préciser cela et de permettre au patient de dire ce qu'il ressent à ce sujet. La vie du donneur n'est que fantasmagorique dans l'esprit du

transplanté, dont la fonction imaginaire est sans cesse en marche. On observe parfois un effet « retard » de la culpabilité qui peut survenir bien après la greffe.

Exemple de Monsieur C. et de plusieurs autres patients qui refusent le rein proposé par un membre de leur famille car la culpabilité serait trop forte en cas de problème de santé ultérieur, ou de rejet.

Exemple de monsieur J. qui retarde lui-même la greffe car il a l'impression d'attendre que quelqu'un meure pour lui donner son rein, un peu comme si cette personne allait faire exprès, de mourir pour que lui puisse être transplanté. Il remet sans cesse ses soins dentaires, continue à fumer, etc. ... Il déclare même que si les greffons étaient en plastique, sous-entendu s'ils n'appartenaient à personne, il se ferait greffer tout de suite.

Le degré d'intégration du greffon dépend donc de l'organisation psychique. Il peut être considéré comme un organe sauveur, porteur de vie, ou au contraire mortifère et persécuteur, d'où un sentiment de persécution chez les sujets organisés sur un mode paranoïaque : « le greffon me rend malade, je ne le supporte pas : inconsciemment je ne peux pas le garder, je dois le détruire ». (Lefebvre, 2005, p.3-4).

3. L'observance du traitement immunosuppresseur

Sur le plan psychique, le patient transplanté doit donc faire un important travail d'intégration et d'appropriation du nouvel organe. Le greffon doit être investi, adopté, de la même façon qu'on adopte un enfant, qu'on le reconnaît comme sien.

Ce travail d'appropriation peut prendre beaucoup de temps car le temps psychique passe plus lentement que le temps passé dans la vie sociale. La négligence du traitement immunosuppresseur peut venir d'une difficulté à justement s'approprier le greffon, à le faire sien.

La négligence du traitement immunosuppresseur peut également venir d'une difficulté à abandonner les réseaux relationnels avec les soignants car il s'est créé une sorte d'attachement, le patient ayant investi l'environnement de la maladie (médecins, infirmières, autres dialysés) qui prend valeur de famille. (Lefebvre, 2005, p.4).

D'après Consoli, une proportion non négligeable des échecs de transplantation est liée à une négligence de la prise des immunosuppresseurs, elle-même en rapport avec la difficulté à assumer psychologiquement cette nouvelle étape de la vie. Il y a aussi le deuil du donneur anonyme dont la mort a pu être secrètement souhaitée pour que la greffe puisse avoir lieu. Il

peut se sentir coupable par rapport à la personne qui a donné le rein mais ce serait pire s'il savait qui a donné le rein. (Lefebvre, 2005, p.4)

Conclusion

Le vécu psychologique des patients hémodialysés reste dur et perturbé et se caractérise par de nombreux chamboulements irrévocables dans leur vie. Aux premiers moments de la découverte de sa maladie, le patient est sous le choc, il est rapproché directement à sa propre mort, cela le met dans une situation dépressive. La dialyse est inévitable pour la survie, mais réputé comme lui appropriant tout son temps. Il en est de même pour le régime et les contraintes alimentaires ainsi que le traitement médicamenteux. Tous ces éléments affectent son autonomie et élargissent ses souffrances.

*Chapitre III : Sexualité et
psychanalyse*

Introduction

Dans ce chapitre on va essayer d'aborder l'explication et la compréhension de la sexualité tout en se référant à la psychanalyse leurs inspirations et les fameux trois essais sur la théorie sexuelle les quels portent sur : Les aberrations sexuelles, la sexualité infantile et les métamorphoses et la puberté.

I. Les inspirations de S. Freud pour la sexualité

1. L'auto analyse

C'est l'introspection revendiquée explicitement par lui, que Freud tire d'abord ses principales intuitions. La science des rêves commence d'abord par l'analyse d'un rêve personnel (l'injection faite par Irma). Il entreprend à partir de 1895, l'analyse systématique de tous les siens. En août 1897, il écrit ainsi à son ami Wilhelm Fliess : « mon principal malade celui qui m'occupe le plus, c'est moi-même. » C'est également au cours de son auto analyse que, Freud met en évidence l'hypothèse du complexe d'œdipe, comme il l'explique à Wilhelm Fliess, le 15 octobre 1897 : « j'ai trouvé en moi des sentiments d'amour envers ma mère et la jalousie envers le père, et je pense maintenant qu'ils sont un fait universel de la petite enfance. Si c'est ainsi, on comprend alors la puissance du roi œdipe », le 12 juin 1900, il lui écrit encore : « penses-tu vraiment qu'il aura un jour, sur la maison que le 24 juillet 1895 le mystère du rêve fut révélé au docteur Freud ? ».

2. Les observations de patientes

Elles sont la deuxième source de la pensée freudienne, mais ces cas ne parlent pas d'eux même. Freud les fait parler. À partir de tableaux cliniques très différents (des maux de tête aux hallucinations olfactives en passant par les jambes douloureuses), Freud pense trouver une origine unique : l'hystérie. Il y voit à chaque fois l'expression de pulsions sexuelles refoulées. La lecture des comptes rendus des récits de patientes, retranscrits par Freud, montre que les histoires sexuelles sont loin d'être des déclarations spontanées. Freud insiste beaucoup pour amener les patientes à trouver de tels souvenirs, et constate de nombreuses « résistances ». Des historiens comme Louis Berger en reprenant les premiers cas traités par Freud, ont montré qu'il ignore délibérément d'autres faits apparaissant dans leur histoire, comme des deuils récents ou de graves conflits familiaux. Il est par ailleurs avéré que Freud est loin d'avoir guéri (voire rencontré) tous les patients qui lui servent pourtant à illustrer ses sources thérapeutiques.

3. Les influences théoriques

L'élaboration de la psychanalyse ne peut se comprendre uniquement par l'autoanalyse et les observations cliniques. Elle s'alimente également des idées qui circulent à l'époque autour des notions d'inconscient, de névrose sexuelle, de moi divisé. C'est la troisième source à laquelle s'alimente Freud. Il fusionne l'idée d'inconscient, alors en vogue, avec celle de névrose sexuelle : il construit pour cela un modèle énergétique du psychisme, dont beaucoup de matériaux sont empruntés à Gustave Fechner, comme il le reconnaît lui-même. Tout processus de création naît d'une réélaboration, d'une synthèse, d'une reconfiguration à partir de matériaux existants. (Weinberg, 2008).

II. Les Trois essais de la théorie sexuelle de Sigmund Freud

Freud a abordé la sexualité par son ouvrage intitulé « trois essais sur la théorie sexuelle », c'est un ouvrage qui a paru en 1905, dans lequel il expose ses théories sur la sexualité, en particulier chez l'enfant.

Selon Strachey « ce livre constitue après l'interprétation des rêves, la contribution de Freud "la plus importante et la plus originale au savoir humain" ». Perron considère que l'importance du livre tient au fait qu'il a « accompagné et favorisé, en ce qui concerne la sexualité, une profonde modification des modes de pensée, des pratiques éducatives et même des conduites ». Ainsi « les trois essais » portent sur les aberrations sexuelles, la sexualité infantile et les reconfigurations de la puberté.

1. Les aberrations sexuelles

Dans son premier essai intitulé « les aberrations sexuelles », Freud introduit le terme de "libido" afin de couper court l'opinion publique qui a une représentation fautive de la pulsion sexuelle. Freud introduit alors deux termes :

- **L'objet sexuel** : La personne dont émane l'attraction sexuelle
- **Le but sexuel** : L'acte auquel pousse la pulsion.

Freud distingue donc les pulsions selon leur source et leur but. La source du besoin sexuel est toujours une excitation provenant d'une partie du corps : Zone érogène propre aux sensations érotiques. Le but est l'apaisement de cette excitation. La maladie apparaît lorsque la libido ne parvient pas à trouver un apaisement normal. (Villiermet, 2013, p.2).

2. Définition de la pulsion

Processus dynamique consistant dans une poussée (charge énergétique, facteur de motricité) qui fait tendre l'organisme vers un but. Selon Freud, une pulsion à sa source dans une excitation corporelle (état de tension) ; son but est de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle ; c'est dans l'objet ou grâce à lui que la pulsion peut atteindre son but. Freud distingue deux types de pulsions ;

- **Pulsions d'autoconservation**

Terme par lequel Freud désigne l'ensemble des besoins liés aux fonctions corporelles nécessaires à la conservation de la vie de l'individu ; la faim en constitue le prototype. Les pulsions d'autoconservation sont opposées par Freud, dans le cadre de la première théorie des pulsions, aux pulsions sexuelles.

- **Pulsion sexuelle**

La psychanalyse montre que la pulsion sexuelle chez l'homme est étroitement liée à un jeu de représentations ou fantasmes qui viennent la spécifier. Ce n'est qu'au terme d'une évolution complexe et aléatoire qu'elle s'organise sous le primat de la génitalité et retrouve alors la fixité et la finalité apparente de l'instinct.

3. La sexualité infantile

Dans son deuxième essai intitulé « la sexualité infantile », Freud dit « Aucun auteur, à ma connaissance n'a clairement reconnu la régularité d'une pulsion sexuelle durant l'enfance ». Sujet ignoré, évité, car d'une part l'être humain a tout oublié de ses manifestations sexuelles de la petite enfance, (6 à 8 premières années de la vie), et d'autre part l'idée scandaleuse d'une sexualité infantile.

Et pourtant, c'est dans cette période que nous enregistrons le mieux, les impressions oubliées laissant des traces profondes dans le psychisme et sont déterminantes pour le développement de l'individu. Selon Freud, il n'y a pas disparition de ces souvenirs, mais un refoulement. Cette amnésie infantile est à comparer avec le psychisme du névrosé. « La sexualité des psychonévroses a conservé sa situation sexuelle infantile ou y est ramené ». (Sédal, 2011, p.96).

Le nouveau-né porte en lui les germes de la pulsion sexuelle qui se développent et subissent une répression progressive. Durant la période dite de latence (entre 6 et 12 ans), soit après la fin du complexe d'œdipe jusqu'à la puberté. La sexualité se met en sourdine, c'est le moment où se construisent les forces psychiques qui plus tard s'opposeront aux pulsions sexuelles, c'est comme si un système de sexualité s'élaborait à ce moment-là. La sexualité de l'enfant est canalisée, orientée vers de nouveaux buts, c'est la sublimation.

Freud nous ramène au nourrisson avec son suçotement (suction voluptueuse) qui est la première manifestation sexuelle de l'enfant. Au début ce suçotement coïncide avec la fonction vitale de se nourrir. La tétée (sein ou biberon) apporte du plaisir au bébé. Les lèvres tiennent le rôle de zone érogène et l'absorption du lait chaud lui donne du plaisir, l'enfant rompu, s'endort le sourire aux lèvres, tableau identique à l'adulte qui obtient une satisfaction sexuelle. Quand les dents apparaissent, la satisfaction sexuelle se sépare du besoin de nutrition. (Vulliermet, 2013, p.9).

L'enfant suce un endroit de son corps, la pulsion est alors tournée sur lui (autoérotisme). Il cherche une zone qui lui est facilement accessible, ce qui le rend indépendant du monde extérieur qu'il ne peut dominer, il se crée une zone érogène inférieure, cette nouvelle zone conduira l'enfant à chercher plus tard une partie de valeur équivalente (les lèvres d'autrui). L'enfant qui suçote, ou la zone labiale est une zone érogène, adulte sera friand de baisers, il aimera les plaisirs de la bouche (fumer, boire, manger ...), mais si le refoulement se produit, il aura un dégoût pour la nourriture. Par son expérience analytique Freud mentionne que les hystériques qui suçotaient dans leur enfance ont des troubles liés à la nourriture qui s'expriment par des vomissements, d'étranglements.

Le suçotement a permis de distinguer trois caractères fondamentaux de la manifestation sexuelle infantile.

- Elle apparaît par étayage
- Elle ne connaît aucun objet sexuel (auto érotisme)
- Son but sexuel est sous l'emprise d'une zone érogène.

Le caractère rythmique du suçotement joue un rôle important dans l'obtention du plaisir. L'enfant cherche à retrouver ce plaisir, se crée alors un état de besoin qui pour être satisfait doit être répété.

La deuxième zone érogène est la zone anale, en effet l'enfant qui refuse de déféquer se procure du plaisir en se retenant, ce plaisir aurait une connotation de douleur au moment où les selles franchissent la zone anale.

L'enfant considère les selles comme partie intégrante de son corps, elles représentent le premier cadeau que l'enfant peut offrir à la personne aimée (mère)(caractère de soumission), il peut aussi choisir de ne pas l'offrir en se retenant (caractère rebelle opposition à toute forme d'autorité). (Vulliermet, 2013, p.9-10).

La rétention des fèces peut être une stimulation masturbatoire de la zone anale ou être considérée comme objet dans la relation avec la mère, Freud mentionne une constipation fréquente chez les névropathes qui ont des pratiques scatologiques particulières. L'interdit de tirer du plaisir de l'activité anale entraîne le refoulement, ainsi l'anal est le symbole de tout ce qui est à rejeter. Les zones érogènes du corps de l'enfant qui sont le gland et le clitoris ne tiennent pas un rôle primordial, il n'en reste pas moins qu'ils sont le départ de la vie sexuelle normale avenir.

Ces parties du corps déjà chez le nourrisson procurent du plaisir et se créent un besoin de répétition, par le frottement au moment des toilettes intimes. Le petit garçon qui se retient d'uriner met sa main sur son sexe et le frotte, la petite fille met sa main entre les cuisses et sert les jambes.

L'enfant s'adonne à la masturbation, activité que Freud divise en trois phases, celle de la toute petite enfance (nourrisson) celle des petits (3à4ans) et celle de l'adolescence. Pendant la période de latence, les activités sexuelles infantiles laissent des traces inconscientes déterminantes dans l'évolution du caractère de l'individu qu'il soit bien portant ou névrosé.

Freud affirme que l'enfant n'a pas besoin de séduction pour que s'éveille sa vie sexuelle qui se produit spontanément sous l'affect de causes internes.

L'enfant n'est pas pudique et aurait une tendance à se dévêtir pour exhiber ses parties génitales, la pulsion scopique apparaît chez l'enfant comme une manifestation spontanée. Les enfants portent un vif intérêt au sexe de leurs camarades de jeux, tout comme ils prennent plaisir à regarder uriner ou déféquer leurs semblables. Lorsque ces penchants sont refoulés, la curiosité de voir les parties génitales de l'autre subsiste en tant que poussée lancinante devient une puissante force pulsionnelle causant les symptômes névrotiques. (Vulliermet, 2013, p.10).

L'enfant est cruel, il n'a pas la capacité de compatir. Celui qui est particulièrement cruel envers ses pareils ou envers des animaux, a une activité sexuelle intense et prématurée venant de zone érogène. Le plaisir du corps n'est pas l'unique manifestation de la sexualité de l'enfant qui s'exprime également dans la curiosité instinctive. L'enfant a besoin de savoir comment naissent les bébés et qu'elle est l'apparence de l'autre sexe. Il élabore de nombreuses théories sur la naissance « L'enfant s'acquière en mangeant et naît de l'intestin) (Sédad, 2011, p.112), et sur les rapports sexuels qu'il perçoit comme violents. L'enfant spectateur d'un rapport sexuel entre adultes, n'ayant pas la maturité de comprendre l'acte peut développer un déplacement sadique ultérieur du but sexuel. Les phases de l'organisation sexuelle sont généralement traversées en douceur. Freud nomme « prégénitale » les organisations de la vie sexuelle ou les zones génitales ne sont pas encore organes reproducteurs.

La première est l'organisation orale (cannibalique), l'activité sexuelle est liée à l'absorption d'aliments. Le but sexuel réside dans l'incorporation de l'objet.

La deuxième organisation est sadique-anales, la muqueuse érogène intestinale est l'organe à but sexuel passif. On peut constater la polarité sexuelle et l'objet étranger. Le choix de l'enfant se fait en deux temps, le premier est la période de latence (entre 2 et 5 ans), caractérisée par la nature infantile de ses buts sexuels. Le deuxième temps est celui de la puberté qui détermine la forme définitive de la vie sexuelle. Les buts sexuels de la période de latence sont appelés courant tendre de la vie sexuelle, ce courant se transforme en courant sensuel à la puberté, car le jeune doit renoncer aux objets infantiles et se tourner vers d'autres. (Vulliermet, 2013, p.11). Aux sources de la sexualité infantile mentionnées précédemment Freud ajoute celle de l'excitation provoquée par les secousses rythmiques (balancements, transports ferroviaires, ...) qui procurent du plaisir. Si le plaisir est refoulé, une fois adulte l'individu sera angoissé lors d'un voyage et sera sujet aux nausées (mal des transports). Dans une bagarre, le contact avec la peau et les tensions musculaires peuvent exciter les parties génitales, ici on pourrait voir les racines de la pulsion sadique dans le fait que l'excitation sexuelle est impulsée par la tension musculaire. Par l'observation directe de l'enfant, il est possible de voir que tous les processus affectifs intenses, y compris l'effroi empiètent sur la sexualité. La tension intellectuelle en général entraîne une excitation sexuelle qui coïncide avec le surmenage intellectuel.

L'excitation sexuelle est procurée par de nombreuses sources indirectes qui selon les individus n'ont pas la même intensité cependant chacun à un érotisme oral-anal-urinaire, la différence entre le normal et l'anormal n'est que problème d'intensité de la source. Par voies d'influence réciproque, si la concentration intellectuelle provoque une excitation sexuelle, par conséquent l'excitation sexuelle agit sur la concentration intellectuelle, c'est la sublimation de la sexualité. (Vulliermet, 2013, p.11-12).

4. Les métamorphoses de la puberté

Dans ce troisième essai Freud détaille les transformations liées à la puberté. A cette étape de la vie, sortant de la période de latence, le jeune va passer du monde de l'autoérotisme à celui de la sexualité d'objet. Il va désirer d'autres personnes « ses zones érogènes se subordonnent au primat de la zone génitale ». (Sédat, 2011, p.144) Freud étudie le primat des zones génitales et sa relation avec le plaisir préliminaire.

Les transformations de la puberté sont d'abord liées à une évolution anatomique, les parties génitales tant internes qu'externes croissent. L'appareil génital se prépare à l'acte sexuel. Ainsi, la pulsion sexuelle, se met au service de la reproduction. (Vulliermet, 2013, p. 11-12).

L'excitation sexuelle vient de trois formes de stimulations, de l'intérieur organique, du monde extérieur par l'excitation des zones érogènes et enfin de la vie psychique. La sexualité de la puberté réactive les fantasmes incestueux infantiles surmontés pendant la période de latence. Se pose alors la problématique du caractère de la tension sexuelle. Freud dit « que toute tension produit un sentiment de déplaisir s'accompagnant d'une exigence impérieuse de changement de la situation psychique présente », alors que la tension produite par l'excitation sexuelle est chargée de plaisir.

Freud rattache cette contradiction au rôle des zones érogènes qui procure cette somme de plaisir (plaisirs préliminaires, regard, touché) entraînant l'accroissement de la tension sexuelle. Le plaisir le plus intense se trouve dans l'acte final (éjaculation), plaisir provoqué par le soulagement qui éteint la tension de la libido momentanément. Freud établit un lien entre plaisir préliminaire et vie sexuelle infantile. Si le plaisir préliminaire est surinvesti, il peut alors prendre la place du but sexuel normal. La vie sexuelle infantile n'est pas aussi différente de celle de l'adulte, comme il l'avait été, dis « Les manifestations de la sexualité

infantile ne déterminent pas seulement les déviations de la vie sexuelle normale, mais aussi sa forme normale ». (Sédat, 2011, p. 151).

III. Les troubles sexuels et la vie psychologique

1. Définition

Selon Marie Gohin, les troubles sexuels se réfèrent à un problème survenant lors d'une phase particulière du cycle de la réponse sexuelle. Le dysfonctionnement empêche alors la personne ou le couple d'éprouver de la satisfaction dans l'activité sexuelle. On les classe généralement en quatre catégories qui se réfèrent aux troubles du désir ; troubles de l'excitation ; troubles de l'orgasme et troubles de la douleur pendant l'activité sexuelle ; Leurs symptômes sont divers : Chez les hommes sont l'incapacité à obtenir ou maintenir une érection permettant un rapport sexuel, l'absence d'éjaculation malgré la situation sexuelle adéquate et l'incapacité à contrôler le moment de l'éjaculation. Chez les femmes, sont l'incapacité à atteindre l'orgasme avec lubrification insuffisante avant et pendant le rapport sexuel et l'incapacité à détendre les muscles vaginaux pour permettre la pénétration. Chez les deux sexes, ils sont résumés par la baisse du désir, la douleur pendant les rapports sexuels et l'incapacité à devenir excité.

2. Les causalités du symptôme sexuel

Le symptôme est le résultat d'une intrication de multiples causalités : individuelles, actuelles ou passées, conjugales actuelles ou passées et organiques (physiologiques, neurologiques ou médicamenteuses par exemple). Dans certains cas le social ou plus généralement encore la culture peut avoir son impact. Les trois registres lacaniens du réel, de l'imaginaire et du symbolique sont impliqués soit au niveau des causes, soit au niveau des conséquences. Le réel c'est entre autres pour Lacan, le réel de l'organisme.

Un dysfonctionnement organique peut être la cause du symptôme (impuissance par "fuite" veineuse, par lésion neurologique ou par absorption de médicaments. De même, un fonctionnement organique peut en être le substrat : une obsession sexuelle ne peut exister sans cerveau pensant et un lapsus sans appareil phonatoire en bon état de fonctionnement, etc. Un processus imaginaire ou symbolique, une image, une pensée, ou une parole peut également s'incarner dans le corps et empêcher le rapport sexuel (l'agressivité qui s'exprime par l'absence d'érection ou par la douleur rendant le rapport sexuel impossible). Mais le réel c'est aussi pour Lacan ce qui revient toujours à la même place : Le fantasme notamment qui

se répète et qui trouve son articulation dans le symptôme par exemple. Enfin, le réel lacanien, c'est aussi la mort et la différence des sexes, autrement dit, de façon plus abstraite, la castration symbolique.

L'imaginaire rentre aussi inévitablement en jeu. La représentation imaginaire de notre moi peut induire le symptôme, un homme peut devenir impuissant par resurgissement d'une représentation dévalorisée de soi. Une femme peut devenir frigide parce qu'elle se vit homme et donc génitalement impénétrable. L'image du corps peut également induire le symptôme sexuel. De même, le symptôme d'origine organique (une stérilité organique, un cancer de la prostate, un handicap d'origine accidentel) peut entraîner une représentation de soi comme définitivement inapte sur le plan sexuel. La représentation de l'autre peut aussi induire le symptôme. L'homme qui voit la femme comme dévoratrice et qui s'en trouve éjaculateur précoce. Quant à la femme, elle peut-être elle-même animée par un fantasme de dévoration du pénis du petit frère chaque fois que les saucisses étaient au menu de la table familiale. Le vécu fantasmatique de la femme n'est pas sans effets sur les difficultés de son partenaire.

Le symbolique, c'est-à-dire le monde du langage et des lois fondamentales -l'interdit du cannibalisme, du meurtre et de l'inceste- est lui aussi inévitablement impliqué. Le symbole sexuel peut être l'effet d'une parole ou d'une pensée, exemple « tu ne seras jamais bon à rien », parole de la mère puis de la femme à un homme qui fut impuissant. Ou l'on perçoit en outre l'inévitable lien avec l'imaginaire. Le symptôme peut aussi être l'effet d'une recherche d'un évitement de la transgression d'un de ces interdits fondamentaux comme ce fut très probablement le cas pour Gérard, un patient lequel, impuissant avec la femme qui l'appelle « mon bébé » ainsi que pour Dominique, patiente frigide avec un homme qui évoque son père et duquel elle doit se venger.

Le symptôme peut également évoquer, rappeler un nom ou une date. C'est le cas d'une patiente pour qui la masturbation compulsive incarne la date anniversaire de sa conception. (De-neuter, 2001, p. 23-27).

3. La multi détermination du symptôme sexuel

Le symptôme sexuel, comme tout autre symptôme, est essentiellement surdéterminé : il « renvoie à une pluralité de facteurs déterminants » (Laplanche, Pontalis). D'abord du seul point de vue de la causalité psychique : comme tout un signifiant, il a plus d'une signification. Ensuite, il est aussi surdéterminé au sens où il peut relever de deux ou trois causalités

conjuguées : organique et psychique, imaginaire ou symbolique. Freud rappelons-nous, n'hésitait pas à envisager la prédisposition organique dans un bon nombre de symptômes hystériques. Cela étant, ce sont les symptômes dont l'origine principale se situe dans l'univers du langage, des fantasmes et de l'enfance, qui relèvent de la cure psychanalytique, tandis que les thérapeutes de couple ou de groupe, ou de famille vont plutôt s'intéresser aux symptômes qui trouvent leur origine dans la relation effective et actuelle à l'autre (avec tout l'imaginaire que cela implique), relation effectivement prévalent dans le couple, le groupe ou la famille.

La multi détermination du symptôme est quotidiennement démontrée par la clinique psychanalytique et il convient de ne pas se laisser enfermer dans une seule de ses dimensions. Il nous faut toujours garder à l'esprit que le symptôme sexuel peut être le signe d'un dysfonctionnement organique ; le signe, l'indice, la mémoire d'un traumatisme ; l'expression d'une pensée, d'un signifiant, de la vérité du désir du sujet ; La satisfaction détournée, masquée, d'un désir. (De-Neuter, 2001, p. 28-29-50).

Les dysfonctions sexuelles masculines les plus fréquemment observées sont :

- La panne sexuelle : il s'agit d'une dysfonction érectile ponctuelle ;
- L'impuissance : il s'agit d'une incapacité totale à obtenir une érection ;
- Le priapisme : il s'agit d'une érection persistante et souvent douloureuse ;
- L'éjaculation précoce : il s'agit d'une éjaculation prématurée et incontrôlée ;
- l'anéjaculation : il s'agit d'une absence d'éjaculation ;
- La baisse de la libido : il s'agit d'une perte plus ou moins importante de désir sexuel ;
- L'anorgasmie : il s'agit de l'impossibilité d'avoir un orgasme

Conclusion

Le fameux ouvrage de Freud « Trois essais sur la sexualité » a permis d'ouvrir le champ à des recherches plus larges dans le domaine de la psychologie, et nous fait même réfléchir sur notre propre rapport à la sexualité. On peut donc conclure que le sexuel ne peut être compris ou expliqué qu'à travers une multitude de causalités renvoyant aux aspects organiques, psychologiques, imaginaires et symboliques.

Problématique et hypothèses

Une bonne santé est essentielle au bien-être et au bonheur. C'est la raison pour laquelle il est important de prêter attention à sa santé ainsi à tous les signaux que l'organisme puisse donner. Par malheur certaines maladies sont silencieuses et ne peuvent être découvertes qu'après que l'organe soit défaillant, parmi ces maladies on retrouve l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT).

L'insuffisance rénale chronique est la diminution progressive et irréversible de la capacité des reins à assurer leurs fonctions de filtration du sang, de régulation de sa composition et de sécrétion d'hormones. (Vidal, 2020). Les causes de l'IRCT sont multiples peuvent être dues à la complication du diabète, l'hypertension artérielle, hérédité.....etc.

Subséquent, la fonction de filtration des reins se détériore et peut évoluer vers un stade terminal (IRCT) nécessitant la mise en place d'un traitement de suppléance par dialyse ou transplantation rénale.

La dialyse est une technique médicale, qui permet d'assurer artificiellement les fonctions d'épuration du sang qu'effectuent en temps normal les reins. Elle débarrasse le sang des déchets et de l'eau (ou toxines) accumulés en excès dans le corps. Tandis que l'hémodialyse consiste à épurer le sang du patient à l'aide d'un rein artificiel. (Estelle, 2019. p.1)

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un adulte sur dix souffre d'une affection rénale, soit près de 600 millions de personnes, au niveau mondial. L'OMS prévoit une augmentation de la prévalence de la maladie rénale chronique de 17% dans les 10 ans à venir. Chaque année, en raison d'un diagnostic tardif, des millions de personnes décèdent prématurément d'insuffisance rénale chronique et des complications cardiovasculaires qui lui sont associées. (Musth, 2018)

En Algérie, on compte plus de six millions d'individus souffrant de la maladie rénale chronique et un million et demi souffrent d'une insuffisance rénale chronique terminale et trois autres millions représentent un risque rénal. Le nombre de greffés nationaux n'étant pas loin de mille dont plus de sept cent ayant subi une intervention en Algérie, mais le chiffre effarant est que plus de vingt mille nécessitent une prise en charge par hémodialyse et plus de six mille sont en liste d'attente pour une greffe alors que les capacités actuelles de l'Algérie ne dépassent pas les cent greffes par année.

A l'annonce de la maladie, il est certain que le patient sera sur, le choc car il ne comptera plus sur son corps, ce dernier au début aura des difficultés à accepter l'avènement de cette privation, et cela lui causera ensuite de sérieuses séquelles physiologiques et psychologiques, affectives et émotionnelles.

Les insuffisants rénaux peuvent rencontrer plusieurs complications biologiques ou psychologiques, Parmi ces complications, on retrouve souvent la dépression, la perte de confiance en soi et les troubles sexuels.....

La santé sexuelle Selon l'OMS se définit comme : « l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être humain sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité, de la communication et de l'amour ». Ainsi, la sexualité normale renvoie à l'activité génitale mais elle comprend aussi d'autres aspects de cet acte comme les préliminaires, l'expression d'affects, la tendresse... (Courtois, 1998, p.2)

La vie sexuelle est un aspect primordial dans la vie des individus, certains ne peuvent plus mener une conduite sexuelle pour différentes raisons. Dans ce cas, ils représentent des troubles sexuels qui sont, des difficultés à avoir des rapports sexuels, et ceux-ci comprennent un grand nombre de symptômes affectant l'excitation sexuelle (libido), l'incapacité à atteindre ou maintenir une érection (dysfonction érectile ou impuissance), l'incapacité à éjaculer....etc.

Les personnes insuffisantes rénales chroniques, ne sont pas épargnés par les troubles sexuels, car ces derniers ne peuvent poursuivre leur vie sexuelle comme ils le faisaient auparavant. Certains ont des problèmes d'érections.

Pour aborder la sexualité, après la consultation des trois essais de Freud (1905) qui a pu mettre en œuvre les concepts de base expliquant le développement sexuel chez l'enfant, en se basant sur des concepts comme ; le but sexuel, la libido, la pulsion et particulièrement la pulsion sexuelle, laquelle présente dans tout conflit psychique par conséquent dans toute pathologie d'ordre sexuel théorie psychanalytique constitue la référence théorique de notre recherche par ce qu'elle a traité la sexualité et ses aspects et s'est intéressée à la relation d'objet.

D'après ce qu'on vient de présenter, l'atteinte par l'insuffisance rénale chronique complique la vie sexuelle des patients hémodialysés, et elle a des répercussions lourdes, elle

peut engendrer des troubles psychologiques importants touchant la personnalité de l'hémodialysé, de ce fait on pose la question suivante ;

1. Quelles sont les caractéristiques de la vie sexuelle chez les hommes hémodialysés ?
2. A partir du test du TAT quelles sont les procédées défensifs mis en œuvre par les hommes dialysés qui présentent des difficultés sexuelles ?

D'après notre pré-enquête en tant qu'une étape importante de tout travail de recherche. Plusieurs rencontres ont été réalisées avec des malades hémodialysés, celles-ci nous ont permis de constituer notre population d'étude, d'apporter des modifications et des enrichissements à notre guide d'entretien et de maîtriser l'application de nos outils. En plus nous avons consulté des dossiers médicaux des cas dans le but d'avoir des informations. De ce fait, et à partir de la revue de la littérature et de notre pré-enquête, nous avons formulé des réponses à ces interrogations en guise d'hypothèses, qui sont les suivantes:

Hypothèse générale

L'insuffisance rénale chronique édifie notre variable indépendante, et la vie sexuelle constitue notre variable dépendante. Notre étude est une étude descriptive et l'objectif de notre recherche est de décrire et d'éclaircir les caractéristiques de la vie sexuelle chez les hommes hémodialysés et pour qu'ultérieurement il y ait une prise en charge appropriée.

Hypothèse 1

La vie sexuelle chez les hommes hémodialysés se caractérise par la diminution de la fréquence sexuelle, l'impuissance sexuelle et par la baisse de la libido, ainsi par le manque de la fréquence de relations.

Hypothèse 2

À partir de l'utilisation du test du TAT, nous avons constaté 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.

Opérationnalisation des concepts

L'insuffisance rénale chronique

- Altération de la fonction rénale
- Une augmentation du taux sanguin de créatinine et urée
- Incapacité de filtration du rein
- Diminution de filtration glomérulaire

Sexualité équilibrée

- Un comportement sexuel normal.
- Désir sexuel
- Excitation sexuelle
- Une source de plaisir
- Relations sexuelles fréquentes
- Existence de pulsions sexuelles

La sexualité déséquilibrée

- Le manque de relations sexuelles
- Diminution de la fréquence sexuelle
- L'impuissance sexuelle
- La baisse de la libido

Partie méthodologique

Chapitre V
Méthodologie de la recherche

Introduction

On expose dans ce chapitre, notre méthodologie de travail adoptée en vue d'explorer la vie sexuelle chez les hémodialysés.

On a adopté la démarche clinique entamée par une pré-enquête ainsi que des critères précis dans la sélection de la population d'étude par lequel on a choisi la catégorie d'hommes adultes mariés, l'entretien clinique semi directif et Thématique Aperception Test (TAT), suivi par l'analyse de ce dernier.

I. Le démarche de la recherche et la population d'étude

1. La pré enquête et enquête

C'est une étape cruciale, essentielle pour toute recherche scientifique, elle nous a permis d'amasser les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre population d'étude, de modifier et d'enrichir notre guide d'entretien et d'avoir une meilleure maîtrise de la pratique de nos outils, et par la suite élaborer nos hypothèses. Au tout début de notre recherche, nous nous sommes présentés auprès des responsables et des psychologues de L'hôpital Rachid Belhocine, Établissement Public Hospitalier (EPH) sidi-aiche, Bejaia, particulièrement ceux qui sont chargés du service de l'hémodialyse auprès de qui nous nous sommes entretenus et avons expliqué la nature de notre travail de recherche. Les psychologues et les médecins nous ont facilité la tâche en nous dotant des dossiers médicaux des cas de notre population d'étude, pour déterminer la fonction sexuelle des hémodialysés.

Ainsi, durant notre enquête nous nous sommes entretenus avec des patients adultes, hommes mariés avec des âges différents. Les personnes concernées sont celles qui ont donné leur consentement et qui n'ont pas été sélectionné lors de la pré-enquête.

Notre recherche se compose de deux étapes essentielles qui sont : l'entretien clinique et le test TAT qui traite des situations qui s'occupent de cas relationnels. Le déroulement de l'entretien et la passation du test ont été effectués en langue maternelle (kabyle) et aussi en français pour ceux qui maîtrisent cette langue.

2. La méthode clinique

C'est la méthode par laquelle nous avons notre recherche afin d'effectuer la partie pratique pour vérifié nos hypothèses. Elle permet d'examiner et d'expliquer le

fonctionnement, le dysfonctionnement et le trouble chez tout sujet d'étude en profondeur de manière pragmatiste et loyale.

La méthode clinique comporte deux niveaux de buts différents : Celui des techniques (tests, échelles d'évaluation, entretiens, dessin, jeu, analyse des textes écrits, observation...) de recueil in vivo des informations, en situation naturelle. Le premier niveau est le recueil d'informations pouvant faire l'objet de différents traitements analyse de contenu, analyse psychopathologique...Etc. Celui de l'étude approfondie et exhaustive du cas. Le deuxième niveau est la compréhension du sujet : singularité, fidélité des observations, recherche des significations et de l'origine des actes, des conflits ainsi que des modes de résolution des conflits. (Fernandez, Pedinielli, 2006, p.43)

Ainsi, notre étude porte sur les individus sous dialyse en explorant et évaluant leur vie relationnelle, notamment sexuelle, avec ses aléas.

3. L'étude de cas

Dans notre recherche, nous avons choisi l'étude de cas qui nous permettra d'analyser, de suivre et d'explorer les profondeurs des cas de notre population d'étude.

L'étude de cas est l'observation approfondie de sujets particuliers qui se poursuit parfois pendant des années, au cours desquelles on recueille toutes les données possibles concernant une même personne : informations sur son milieu de vie, sur l'incidence psychologique de certains événements sociaux, sur les accidents de santé, documents personnels, productions artistiques (dessins peintures,), journaux intimes, etc. On procède de façon analogue pour les groupes. De l'ensemble des éléments recueillis, on tire de précieux enseignements sur les sujets eux-mêmes, mais aussi des hypothèses, sinon des lois d'ordre général. (Sillamy, 1991, p.50).

L'étude de cas 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 méthode clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer les hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire les maladies et leur évolution. (Chahraoui, Bénony, 2003, p.125-126)

4. Le lieu de la recherche

Notre recherche s'est effectuée au niveau de l'Établissement Public Hospitalier (EPH) de Sidi-Aich particulièrement à L'hôpital Rachid Belhocine au niveau du service d'hémodialyse accueillant des malades souffrants d'insuffisance rénale chronique et nécessitant des séances de dialyse.

Le service comprend un chef de service, un néphrologue, un médecin généraliste, des infirmiers, des psychologues et un pharmacien. Une salle d'urgence, une salle d'hémodialyse et une salle de médecins avec une pharmacie.

5. La population d'étude

La population concernée par notre recherche comprend quatre cas qui ont été sélectionnées pour des raisons précises d'homogénéité et des critères non pertinents qui sont les suivantes :

a) Critères d'homogénéité retenus à la sélection

Notre sélection de la population a été faite en fonction des critères d'homogénéité suivants :

- Pour tous les sujets l'insuffisance rénale chronique est déterminée, et tous les sujets suivent un traitement par générateur à dialyse.
- Tous les sujets sont des adultes ayant une structure de la personnalité achevée et inamovible.
- Tous les sujets sont de sexe masculin.
- Tous les sujets n'ont pas été greffés auparavant.
- Tous les sujets son mariés

b) Critères non pertinents à la sélection

- Le niveau social et culturel n'est pas pris en compte à partir du moment où l'insuffisance rénale chronique touche toutes les classes sociales et toutes les cultures sans discrimination.
- Le début de la maladie qui varie d'un patient à l'autre.
- L'étiologie de l'atteinte se diffère d'un cas à l'autre.

Tableau représentatif de notre population d'étude

Nom	Age	Niveau scolaire	Profession	L'année de l'apparition de la maladie	Durée de mariage
Rachid	38ans	9ème	Plombier en arrêt	2013	4ans
Sofiane	53ans	Terminal	Chauffeur d'un camion	2017	33ans
Salim	39ans	9ème	Commerçant	2010	7ans
Mourad	64ans	Sans niveau scolaire (Alphabet)	Maçon	2020	38ans

II. Les techniques utilisées

1. L'entretien clinique

Selon Bénony et Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. « L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité. L'entretien induit une relation asymétrique dans le dialogue (Chiland, 2006). Il y a d'un côté le patient qui demande (de l'aide, un avis, des conseils) et de l'autre, le clinicien, détenteur de savoirs et de savoir-faire, et support des projections du patient. Dans cette relation, le clinicien est souvent magnifié par le patient qui a de fortes attentes vis-à-vis de celui qui sait (ou qui est considéré comme tel). La posture du professionnel est donc très importante car son attitude (en retrait et silencieux ou, au contraire, plus engagé) influence le déroulement de l'entretien et les réponses du patient. (Bénony, Chahraoui, 1999, p.11-12)

De son côté pour Chiland l'entretien clinique (1999), un échange asymétrique de paroles avec autrui, une communication complexe, verbale et non-verbale. Entre les deux interlocuteurs se jouent des processus d'identification, des mécanismes de projection et des éléments transférentiels et contre-transférentiels qui nécessitent pour le psychologue d'avoir été formé à l'entretien clinique. Dans son ouvrage sur l'entretien clinique (1983), Chiland situe cette méthode dans le cadre d'une psychologie clinique ayant les caractères suivants : C'est une activité thérapeutique, mais son champ est plus large que celui de la psychopathologie et du traitement des troubles mentaux identifiés. La relation clinique peut être aussi une relation d'aide ou de conseil. Ce qui est commun aux termes de soins, aide, conseils, c'est que le psychologue clinicien est au service d'autrui (Reuchlin, 1969, p.106).

a) L'entretien clinique semi directif

L'entretien clinique peut avoir une visée diagnostique. Dans ce cas, le clinicien a plutôt recours à l'entretien semi-directif. A partir des informations recueillies lors de l'entretien et de l'observation des modes de communication du sujet, le clinicien cherche à définir un ensemble de syndromes et/ou à poser un diagnostic le chercheur doit préparer un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question

puis laisse le sujet associer sur ce thème sans l'interrompre. En revanche, l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien, du fait qu'un cadre et une trame sont proposés par le chercheur pour le déroulement du récit. (Bénony, Chahraoui, 2003, p.141-142).

Selon C. Chilland, l'entretien semi directif, « c'est une situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elles s'adaptent à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple » (Chilland, 1983, p.11).

b) Attitudes cliniques du clinicien

Les aspects techniques de l'entretien clinique (non- directivité et semi-directivité) sont indissociables de l'attitude clinique du clinicien.

- **Non directivité**

La non directivité est d'abord comme une attitude envers le client. C'est une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imprimer au client une direction quelconque, sur un plan quelconque se refuse à penser ce que le client doit penser, sentir ou agir d'une manière déterminée. Il s'agit donc d'une attitude où la centration sur le sujet est l'élément essentiel. (Bénony, Chahraoui, 1999, p.17-18).

- **Le respect**

Le thérapeute est attentif au discours et au comportement du patient, il essaie de comprendre ses ressentis (peurs, angoisses...) et sa façon de penser. Il doit également veiller à respecter les résistances du patient pour ne pas le brusquer. Le clinicien cherche à établir un climat de confiance pour que son patient puisse se livrer, et donc pour mieux l'aider. 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. (Bénony, Chahraoui, 1999, p.18).

- **Neutralité bienveillante**

C'est le complément indispensable à l'acceptation inconditionnelle de l'autre. Le clinicien ne doit pas formuler de jugements, de critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais s'associer à la bienveillance, il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement. (Bénony, Chahraoui, 1999, p.18).

- **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. (Bénony, Chahraoui, 1999, p.18-19).

c- Guide d'entretien

Informations sur le sujet

- Quel est votre nom?
- Quel est votre âge?
- Quel est votre niveau d'instruction?
- En quelle année avez-vous commencé la dialyse?
-

Axe N°1 : Les informations concernant l'état de santé actuelle

- Comment avez-vous reçu l'annonce de votre maladie pour la première fois?
- Comment était votre première séance de dialyse?
- Etes-vous familiarisé avec la fistule ?
- Comment vous sentez vous avant et après une séance de dialyse?
- Comment s'est développée votre maladie jusqu'à ce stade?
- A votre sens quelle est la cause de votre maladie?
- Avez-vous d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes?
- Exercez-vous une activité physique quelconque régulière ? Laquelle ?

- Comment sentez-vous après cette activité ?
- Avez-vous des informations sur votre maladie ?
- Etes-vous familiarisé avec la fistule ?
- Respectez-vous le régime alimentaire ?
- Selon vous le traitement est-il efficace ?

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

- Etiez-vous souvent tombé malade? Surtout durant votre enfance ?
- Etiez-vous victime d'un accident ou d'une blessure quelconque? A quel âge?
- Comment était votre prise en charge ?
- Etiez-vous déjà hospitalisé?
- Avez-vous déjà subi une intervention ?
- Avez-vous souffert durant votre enfance?
- Etes-vous un fumeur ?
- Au sein de votre famille, Ya-t-il ceux qui ont déjà la même maladie que vous ?

Axe N°3 : Les informations concernant la relation d'objet notamment la vie de Couple

- En étant hémodialysé, comment est votre relation avec les membres de votre famille?
- avez-vous d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes?
- Qu'en dites-vous de votre relation avec votre médecin et l'équipe soignante?
- Comment est votre relation affective avec votre femme? Avant et après la maladie?
- En étant hémodialysé, éprouvez-vous un désir ou une envie sexuelle envers votre femme?
- Avez-vous des rapports sexuels avec votre femme? Comment sont-ils?
- Qu'en est-il pour votre femme concernant votre vie intime avant et après la maladie?
- Avez-vous des difficultés ou problèmes particuliers pour accomplir l'acte sexuel? Lesquels selon vous ?
- Est-ce qu'il y a une différence dans l'accomplissement de l'acte sexuel entre l'avant et l'après la maladie?
- Avez-vous exposé ou envisagé d'exposer votre problème au
- médecin traitant ou bien à un ami intime ?

Remarque

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

2. Le TAT

Dans notre travail de recherche nous avons décidé d'utiliser le test TAT, car les planches de ce test traduisent souvent les relations d'objets ; qu'elles soient narcissiques ou objectales notamment l'œdipe dont la charge sexuelle est retrouvée, en référence à la méthode de Shentoub.

- **La situation TAT**

La démarche du TAT doit être envisagée comme une situation où d'emblée une relation s'établit entre trois termes : le sujet, le test et le clinicien. Les données recueillies devront tenir compte de la spécificité de chacun de ces trois paramètres et de leur interaction. Le sujet investit le psychologue clinicien et la situation de test, parfois même avant qu'ait eu lieu la rencontre en face à face. Le matériel et la consigne du test favorisent le jeu entre la raison et la déraison, le laisser-aller et le contrôle.

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.

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

- **Le matériel**

C'est une série d'images présentées au sujet, l'attention des chercheurs étant focalisée sur les récits fournis par les individus, c'est-à-dire sur les modèles particuliers d'élaboration. (Shentoub, 1990, p.27).

L'édition originale comprend 31 planches, nous ne retiendrons que les planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives. L'ordre de présentations des planches doit être respecté, la planche 16 doit 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 ayant des situations 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.

Tableau récapitulatif des planches par ordre de présentation en fonction du sexe masculin et de l'âge du sujet.

Planche	H
1	X
2	X
3 BM	X
4	X
5	X
6 BM / 7 BM	X
6 GF / 7 GF	X
8 BM	X
9 GF	
10	X
11	X
12 BG	X
13 B	X
13 MF	X
19	X
16	X

- **La consigne**

La passation ne comporte qu'une seule séance, la consigne « imaginez une histoire à partir de la planche » est donnée au départ et n'est pas répétée.

La consigne proposée est conflictuelle, elle implique deux mouvements contradictoires : raconter à partir d'une perception partageable, que Shentoub appelle le contenu manifeste de la planche, les éléments de la planche sont suffisamment triviaux pour qu'il se fasse à leur sujet un certain accord, un récit cohérent et transmissible à autrui ; mais dans le même temps, l'investissement du fantasme qu'appelle l'évocation d'un « imaginer » entraîne pour le sujet

l'acceptation du « laisser aller » et une certaine régression formelle de la pensée. La menace du débordement par les charges affectives mises en mouvement se fait plus présente. Si le réinvestissement de la fantasmagorie individuelle, élaboré autour de fantasme originaire partagé par tous, appelle un fonctionnement selon le principe de plaisir, « le contenu manifeste fixe les limites à la fantaisie en faisant appel au principe de réalité ».

La consigne est énoncée aux sujets dans leur langue maternelle toujours dans le respect de l'évocation des deux pôles de la consigne originale faisant appel à l'imaginaire et les fantasmes en mettant en relation avec la perception de contenu des planches présentées. On explique aux patients la situation de test, disant qu'il s'agit d'une série de photos qu'on va présenter l'une après l'autre, dans un ordre déterminé, demandant qu'ils racontent une histoire pour chacune, arrivant à la dernière, dans la planche 16, selon Shentoub, on propose une autre consigne disant « dans cette planche vous me racontez ce que vous voulez ». (Shentoub,1990, p.27).

- **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 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. (Foulard, Chabert,2003, p.35-36).

III. Analyse des techniques utilisées

1. Les données de l'entretien

a) La santé physique

- Maladie organique actuelle et antérieure.
- Complications, autres maladies et facteurs héréditaires.
- La relation entre les événements traumatisants et la maladie.

b) La santé psychologique

- Les événements importants dans la vie du patient.
- Les caractéristiques de la vie onirique du patient.
- Association, expression et souvenir.
- Projections des projets dans l'avenir.

c) Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

- Relations avec la famille, le milieu hospitalier et professionnel.
- Nature de la relation affective avec le conjoint.
- Nature et caractéristiques de la relation sexuelle avec le conjoint.

2. L'analyse du TAT

Selon 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.

Les différents procédés d'élaboration du discours sont recensés par une feuille de dépouillement qui sert de grille de référence afin d'apprécier et coter les particularités de construction de chacune des histoires, et sont divisées en quatre grandes catégories.

- **Les séries « A » (Rigidité) et « B » (Labilité)**

Les deux premières catégories qui regroupent les procédés des séries « A » et « B » renvoient à des procédés d'élaboration du discours susceptibles d'être sous-tendus par des mécanismes de défense névrotiques (et en particulier le refoulement) témoins de l'existence d'une conflictualisations intrapsychique et notamment d'une lutte entre les systèmes de l'appareil psychique : en termes de première topique, préconscient-conscient/inconscient ou

en termes de deuxième topique, 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. Ces procédés sont représentatifs, dans les deux cas, d'organisations psychiques élaborées, dominées par le conflit qui: 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 vient figurer l'affrontement entre les instances.

- **La série « C » (Évitement du conflit)**

La troisième catégorie on y distingue cinq séries de procédés :

-Les procédés de la série "C/P" : ils relèvent plus spécifiquement d'aménagements phobiques dans lesquels dominent l'évitement et la fuite. Leur association avec des procédés de la série "A" et/ou "B" signe la nature névrotique du conflit. Utilisés en petite quantité, ils vont constituer un recours transitoire et permettre la poursuite du récit : en dépit des tentatives pour restreindre l'expression du conflit sous-jacent, les représentations et affects vont réapparaître sous forme de retour de refoulé. Les récits élaborés par le sujet gardent une certaine épaisseur symbolique, une certaine résonance fantasmatique en rapport avec les sollicitations latentes de la planche.

Cependant, il ne faut pas oublier que ces procédés n'ont pas de signification diagnostique univoque et peuvent rendre compte de modalités de fonctionnement autres que névrotiques.

-Les procédés de la série "CIN" : ils ont été dégagés par Brelet (1981-1983) au cours d'une étude sur des personnalités considérées cliniquement comme "Personnalités à traits narcissiques graves" et développés dans son ouvrage "Le T.A.T. Fantôme et situation projective" (1986). Cette série de procédés renvoie aux modalités narcissiques du fonctionnement psychique et plus particulièrement au surinvestissement de la polarité narcissique du fantasme. Le corps n'est plus investi pour séduire comme dans le registre hystérique mais utilisé pour communiquer et produire du sens. Comme pour les autres séries, on aura dans tous les cas à se demander quelle est la place dynamique et économique de tels investissements. Utilisés de façon ponctuelle (on peut les retrouver dans tous les protocoles) ils servent de tremplin à l'évocation d'un conflit dramatisé sur un mode plus secondarisé dans lequel les mouvements pulsionnels sont métabolisés. Ou bien, ils peuvent être la traduction d'un retrait libidinal narcissique qui prend la place du conflit pulsionnel.

-Les procédés de la série « CIM" : ils renvoient aux mécanismes de type maniaque pris au sens kleinien de lutte antidépressive. Certains cherchent à évacuer les représentations et les affects dépressifs, certains les surinvestissent dans un appel à l'autre (Brelet. 1986,1988).

-Les procédés de la série "CIC" : ils répertorient des 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 du processus associatif. Il conviendra de distinguer deux modes particuliers de conduites agies : certaines sont l'expression, dans la relation au clinicien, d'un fantasme sous-jacent que les processus de pensée nécessaires à l'élaboration du récit ne peuvent prendre en charge. (Cf. exemple planche 7 BM, p. 129). D'autres n'auront pour fonction que de tendre vers la décharge et la diminution de l'excitation et de la tension. Cette liste d'items n'est pas exhaustive et doit rester ouverte.

-Les procédés de la série "CIF" : dégagés par Debray (1978), ils distinguent des précédents dans la mesure où l'inhibition n'est plus associée à des mécanismes de refoulement reconnaissables à travers le 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 comme c'était le cas pour les récits relevant du registre précédent (C/P). L'accent est mis ici, de façon très spécifique, sur les éléments de la réalité extérieure, le factuel. Le quotidien et les idées reçues qui viennent se substituer à un monde interne défaillant. Apparaissant de façon transitoire dans un récit, on peut les trouver dans tous les registres de fonctionnement psychique et dans ce cas le recours au factuel servira de tremplin à l'élaboration du conflit pulsionnel. Utilisés de façon majoritaire, ils correspondent à des modalités de fonctionnement qui se particularisent par l'absence de conflit intrapsychique, telles qu'elles ont été par Deutsch(1965) À propos des personnalités « As if »ou encore tels qu'elles ont pu être définies par Marty (1976) à partir de la notion de " penser opératoire".

Tous les procédés de la série « C », ce soit « C/P », « C/N », « C/M », « C/C » ou « C/F » peuvent apparaître dans des modalités de fonctionnement psychique variées. Se pose toujours la question de savoir si leur utilisation n'est que transitoire ou bien s'ils interviennent de façon dominante, ce qui revient s'interroger sur la valeur dynamique et économique de ces procédés.

- **La série « E » (Émergences des processus primaires)**

-La quatrième catégorie procédée de la série E, regroupe des modalités de pensée saturées en processus primaires. Certains traduisent un surinvestissement de fantasmes archaïques ce qui ne renvoie pas nécessairement à des modalités de fonctionnement psychique pathologique.

-La présence de mécanismes de la série « E » en petites quantités est attendue au T.A.T, leur apparition met alors 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. En plus grandes quantités, ils peuvent prendre une connotation beaucoup plus pathologique s'ils apparaissent de façon dominante et itérative.

-Les procédés de la série « E » n'ont pas non plus de signification diagnostique univoque, tout dépend de leur répartition et de leur association avec les procédés d'autres séries.

On distingue dans cette série des procédés qui traduisent :

- Des défaillances majeures des conduites perceptives et de l'ancrage dans la réalité externe (Items E1 à E6)

-Des perturbations profondes liées à l'envahissement par le fantasme (Items E7 à E10).

-Des troubles majeurs liés à la relation d'objet voire à l'identité (Items E11 à E16).

- Et enfin des troubles liés à la désorganisation de la pensée et du discours qui dès lors ne s'inscrit plus dans une logique de communication (E17 à E20).

3. La lisibilité

- **Procédés présents**

- A
- B
- C Ph, CF, CF, CM
- D
- E

- **Evaluation des modalités de fonctionnement mental**

- **Type 1 lisibilité (+)**
- Procédés souples et variés (« mixte »).
- Présence des facteurs A1 et B1.

- Affects nuancés.
- Histoires structurées.
- Résonance fantasmatique.
- **Type 2 lisibilités (\pm)**
- Prédominance des facteurs A2
Et/ou B2
Et/ou C
Et/ou D.
- Production altérée par les mécanismes mis en œuvre permettant un dégagement partiel (impact fantasmatique sous- jacent).
- **Type 3 lisibilités (\pm)**
- Prédominance des facteurs E
Et C
Et D
- Défenses massives, affects massifs, (envahissement par les fantasmes sous-jacents).

4. Les problématiques globales

Les sollicitations manifestes et latentes des planches du TAT mobilisent des problématiques différentes. On peut donc poser que la mise en scène d'un conflit œdipien ou encore d'une relation de destruction, aux planches qui sollicitent ces problématiques, ne devient significative de conflits non intégrés que si le récit se trouve lui-même perturbé, voire désorganisé par l'impact du fantasme et des défenses. Si, au contraire, un tel matériau est pris dans le réseau d'une « associativité » qui permet la création d'une petite œuvre originale où les fantasmes et la réalité de la planche se conjuguent, nous pouvons émettre l'hypothèse que le sujet est capable de traiter différentes problématiques, sans être désorganisé, dans une dynamique conflictuelle structurante. Ce qui importe donc, c'est la façon d'élaborer les problématiques que suggèrent les planches à travers le discours transmis au clinicien.

La passation des planches dans l'ordre indiqué implique aussi un déroulement temporel allant du maniement des situations les plus figuratives et les moins ambiguës aux moins figuratives et aux plus ambiguës. Cette progression est susceptible de moduler l'éventuelle charge anxieuse et de laisser entrevoir d'autres aménagements des conflits, notamment face à des sollicitations régressâtes. En effet, les problématiques sont réactivées à la fois par les situations spécifiques à chaque planche et par la dynamique qu'imprime leur chronologie du

début à la fin de la passation, dans le sens d'un travail de liaison ou de déliaison des représentations et des affects.

- **La problématique œdipienne**

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

- **La problématique dépressive**

Les planches 3BM, 13BG, 12BG : renvoient d'emblée à une problématique de perte d'objet, quand l'accès à l'ambivalence n'a pas été possible, les sujets régressent vers une position schizo-paranoïde au sens de M. Klein (planche 3BM : thèmes d'empoisonnement, de persécution) ou bien se défendent contre l'angoisse sur un monde maniaque (planche 13B, non reconnaissance de 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 ces conditions ne sont pas remplies, ces planches donnent lieu à des thèmes de destruction (planche 3BM), à des représentations et/ou à des défenses massives (planche 13B, abondons, dénuement extrême ou déni de l'angoisse et de la dépression). (Anzieu, coll, 2004, p,154-155)

- **La problématique prégénitale (archaïque)**

Les planches concernées sont 11, 19, 16 quant à la Planche 11 : cette planche met à l'épreuve la capacité du sujet à élaborer l'angoisse prégénitale. Le sujet est-il capable de plonger dans ce matériel dont la sollicitation régressive est particulièrement importante et stressante, dans quelle mesure peut-il aménager cette « plongée régressive », remonter et reconstruire un passage relativement organisé à partir d'un matériel chaotique en se raccrochant aux éléments du matériel manifeste plus structurants. (Shentoub et coll, 1990, p, 58).

Pour la planche 19 ; la mer comme la neige sont des références à la nature qui renvoient implicitement et symboliquement à l'imaginaire maternel. Le stimulus réactive une problématique prégénitale dans l'évocation d'un contenant et d'un environnement permettant la projection du bon et du mauvais objet. La planche pousse également à la régression et à l'évocation de fantasmes phobogènes. Quant à la dernière planche 16 ; elle renvoie à la

manière dont le sujet structure ses objets privilégiés et aux relations qu'il établit avec eux. Par ailleurs la dimension transférentielle de la situation est intensifiée dans la mesure où le matériel n'est pas figuratif, et où il s'agit de la dernière planche proposée.

5. Hypothèse concernant l'organisation psychique

Le dernier temps consiste à formuler une hypothèse concernant l'organisation psychique et les diverses modalités de fonctionnement dont le sujet dispose. Cette hypothèse procède de l'analyse des éléments cotés dans la feuille de dépouillement, de l'appréciation et de l'intégration des contenus des récits successifs, eu égard aux éléments différentiels suivants

- La qualité des processus associatifs.
- La répartition des investissements narcissiques et objectaux.
- La capacité d'élaboration des conflits.
- La lisibilité générale.
- Les problématiques.
- Evaluation quantitative des procédés présents.

Tous les auteurs qui ont travaillé sur le TAT leur finalité est d'émettre une hypothèse concernant le fonctionnement psychique de l'individu, mais pour nous, dans notre recherche on ne va pas se focaliser sur ce dernier, plutôt on va s'intéresser aux caractéristiques de la vie sexuelle des hommes hémodialysés.

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

• Sexualité équilibrée

- -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.
- -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'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.
- -Compromis défensif des conflits stimulés par les planches qui mènent à les traiter.
- -La présence de résonance fantasmatique en relation avec le contenu latent des planches, notamment 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 sensorielles 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 ou 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)

7. La méthode suivie dans la présentation des cas

Sur la base de l'utilisation des techniques de recherche précédemment citées, nous pouvons résumer la méthode d'analyse et de traitement des données collectées selon l'enchaînement des étapes suivantes.

- 1- Présentation des données de l'entretien pour chaque cas, tenant compte de nos hypothèses de recherche.
- 2- Analyse des protocoles TAT des hémodialyses cas par cas et donner les caractéristiques des relations notamment les relations sexuelles de chacun de nos patients.
- 3- Discussion des hypothèses de notre recherche tout en s'appuyant sur les résultats des données de l'entretien et du test.

Conclusion

Il est nécessaire de souligner, qu'il n'y a pas de travail scientifique éventuel sans méthode et méthodologie. La méthodologie permet d'abord de sélectionner la population par des critères éligibles et une bonne application des techniques d'investigations optées, et une efficacité dans l'analyse des données recueillies, afin de répondre à l'objectif principal de cette recherche sur la sexualité des hémodialysés et de prouver les hypothèses émises au départ.

Partie pratique

*Chapitre VI : Présentation et analyse
des résultats*

Cas de Rachid

Rachid est un malade atteint par l'insuffisance rénale, âgé de 38ans, il a perdu ses deux parents quand il était jeune, il est le cadet d'une fratrie de trois, ayant un niveau d'instruction 9^{ème} année. Marié, père d'un enfant, sa profession est la plomberie, actuellement en arrêt, soigné par l'hémodialyse depuis 2013.

Analyse de l'entretien

1. Santé physique

- **Maladies organiques antérieures et actuelles**

En étant jeune, Rachid était en bonne santé physique jusqu'à ce qu'il découvre qu'il a contracté le diabète qui est une maladie chronique difficile à gérer, cette dernière lui a causé plusieurs complications de santé parmi ces problèmes : cataracte, myopie, gangrène par la suite c'est l'insuffisance rénale chronique avec nécessité d'hémodialyse. Hospitalisé deux fois à cause de l'opération de ces yeux et une amputation au niveau de la cheville en (2014). Il a souligné que le diabète était la seule cause de mon état actuel.

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

Son insuffisance rénale n'était pas héréditaire, par contre, ces oncles souffraient du diabète qui est héréditaire. Tout le temps, il ressentait de la fatigue physique aigue et des douleurs aux jambes, pour lui l'insuffisance rénale chronique est la complication du diabète.

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

Rachid a insisté sur un mauvais souvenir, il déclare que son mauvais souvenir était quand il avait 22ans en (2008), il a perdu sa mère après avoir subi une intervention chirurgicale délicate. « Ma mère était une merveilleuse femme et l'annonce de sa mort était le plus mauvais souvenir pour moi »

2. La santé psychologique

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

Comme événements marquants, Rachid dit « le meilleur souvenir était quant on vivait tous ensembles avant la mort de mes parents, le jour de mon mariage, la naissance de mon fils ». A cet effet, on note l'importance de l'investissement du coté relationnel chez Rachid.

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

Rachid déclare que son sommeil est perturbé, souvent il fait des nuits blanches à cause de ses cauchemars, il témoigne : « je me vois défunt ». Avant la maladie son sommeil était paisible et calme mais juste après son atteinte par l'insuffisance rénale chronique, les cauchemars avaient pris le dessus dans sa vie onirique.

Selon Marty les rêves crus ne sont pas rares chez les malades somatiques mal mentalisés ils se rencontrent aussi rarement, moins nettement, et pendant des temps plus courts chez d'autres sujets (Marty, 1984, p. 1150-1152). Leur apparition peut alors représentée seulement une valeur régressive partielle, soit que l'érotisme sadomasochisme se donne cours, soit qu'ait un mécanisme d'isolation des affects par rapport au contenu (Doucet, 2000, p. 61).

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

Rachid d'après ce qu'il avait raconté, n'a aucun projet, révèle que sa santé ne lui a pas permis de souhaiter ou de penser à quelque chose pour l'avenir. Il dit que sa maladie l'entrave. Quant à la greffe Rachid pense qu'il ne trouvera pas de donneur. La greffe fait partie de ses souhaits mais a perdu espoir à cause de son pessimisme.

3. Relation d'objet et vie sexuelle

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

Rachid jouit d'une bonne relation avec son entourage notamment sa famille et ses proches, à part son frère il avait avec lui de petits conflits, Rachid continue et déclare que son frère ne l'a pas pris en charge quand il était malade. Avec le milieu hospitalier il est bien respecté par les soignants, il dit « tout le monde est gentil et tout le monde fait son travail ».

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

Sa relation avec sa femme est plus affective qu'avant sa maladie. Elle est présente entièrement pour lui, d'après lui, le soutien de sa femme dépasse les bornes. Concernant la sexualité, il dit qu'il a perdu l'envie et est devenu impuissant sexuellement et cela a été commencé à partir de ses premières séances de dialyse, il continue à s'exprimer qu'il souffre de cette déchéance car il a perdu sa capacité qui est très importante pour lui et pour sa femme.

- **Résumé de l'entretien**

Rachid était en bonne santé jusqu'à ce qu'il contracte le diabète qui lui a causé la cataracte suivie par une myopie ensuite la complication par la gangrène qui lui a provoqué l'amputation de sa cheville. On note que son atteinte par l'insuffisance rénale chronique n'est pas héréditaire, elle n'est que la complication de son diabète.

Quant à sa vie conjugale, Rachid noue une très bonne relation affective avec sa femme. A propos de leur vie intime notamment leur sexualité, il s'exprime avec tristesse ; qu'il voulait avoir plus d'enfants mais hélas il est impuissant à cause de cette maladie, et de vivre une vie de couple ordinaire. Malgré sa maladie et ses répercussions, sa femme le soutient toujours et d'une façon permanente. Rachid apaise sa souffrance en utilisant des mécanismes du contrôle spirituel, en disant « C'est mon destin ».

4. Analyse du protocole du TAT de Rachid 38 ans

- **Analyse planche par planche**

Planche 1

« Aqchich amechtouh yevgha adigher mais imawlan-is vghan adigher la musique donc youghal triste »

Procédés :

Description avec attachement aux détails (A2-1), aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense (A2-7), expression verbalisée d'affect forts ou exagérés (B2-4).

La lisibilité : type deux lisibilités ±

Problématique :

La problématique de la situation d'immaturité fonctionnelle devant l'objet n'est pas perçu et n'est pas traité. Rachid n'a pas développé son histoire à cause de recours aux procédés de contrôle.

Planche 2

« Dayi snath lkhalath yiweth enceinte wahi dillis trouh attgher gel jama3, sur l'autre côté yella argaz wahi dou3idiw khedmen tivhirth ».

Procédés : précisions chiffrées (A2-5), accrochage au contenu manifeste (C/F1), description avec attachement aux détails (A2-1), insistance sur le repérage des limites (C/N6), remâchage (A2-8), accent porté sur le faire (C/F3).

La lisibilité : type deux lisibilités \pm

Problématique :

La problématique de la triangulation œdipienne est perçue, ainsi Rachid à perçu les trois personnes figurant dans la planche, mais il ne l'a pas traité.

Planche 3BM

« Amaken...amek athidinigh toura, twaligh sin l3ivad entrain de s'embrasser daya »

Procédés :

Hésitations entre interprétations différentes (A2-6), tli-long et/ou silences importants intra-récit (C/P1), remachâge (A2-8), précautions verbales (A2-3), précisions chiffrées (A2-5), introduction de personnages non figurant sur l'image (B1-2), accent porté sur le faire (C/F3).

La lisibilité : type deux lisibilités \pm

Problématique :

La problématique dépressive n'est pas perçue. Rachid à une hésitation sur le personnage de la planche.

Planche 4

« Twaligh tametouth teqim wahi dourgaz-is tqessiren, tadssan, argaz-nni yefrah c'est tout »

Procédés :

Précautions verbales (A2-3), accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. (B2-12), expression verbalisée d'affects forts ou exagérés (B2-4).

La lisibilité : type deux lisibilités \pm

Problématique :

La problématique conflictuelle du couple n'est pas perçue, et n'est pas traitée.

Planche 5

« Twaligh tamgharth tettla3iyas i wergaziss adyas adifter, waqil olachith...twaligh un salon degs des livres, tavla, des fleurs...c'est tout »

Procédés : précautions verbales (A2-3), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17), accent porté sur le faire (C/F3), tli long et/ou silences importants intra-récit (C/P1), remâchage (A2-8), description avec attachement aux détails (A2-1), remâchage (A2-8).

La lisibilité : type deux lisibilités ±

Problématique :

La problématique de l'image maternelle n'est pas perçue n'est traitée par Rachid.

Planche 6BM

« Twaligh tamgharth wahi dourgaz, argaz-nni amaken da3ssekri youssad gher temgharth-nni assyini beli miss yemouth, w tamgharth-nni tettwali gher liv3id techoki ».

Procédés :

Perception sensorielle (E5), accrochage au contenu manifeste (C/F1), Description avec attachement aux détails (A2-1), hésitation entre interprétations différentes (A2-6), Accent porté sur des conflits inter personnels (A2-17), expression d'affects et/ou de représentation massifs liés à toutes problématique (mort...etc.) (E9), remâchage (A2-8), insistance sur le repérage des limites (C/N6), expression verbalisées d'affects fort ou exagérés (B2-4).

La lisibilité : type deux lisibilité ±

Problématique :

La relation mère fils n'est pas perçue et n'est pas traité par Rachid.

Planche 7BM

« Euh !... twaligh argaz wahi tmetouth, tadssa yides, you3riyi chwiya otwalighara mlih »

Procédés :

Exclamations (B2-8), tli long et/ou silences importants intra-récit (C/P1), accent mis sur les qualités sensorielles (C/N5), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17), critiques de soi (C/N9).

La lisibilité : type deux lisibilités ±

Problématique :

La problématique du lien de type père fils n'est pas perçue, n'est traitée dans les deux dimensions de tendresse et d'agressivité.

Planche 8BM

« tekhayaleghed un groupe de personnes qimmen, yiwen yemouth waqil itvin in3ettav meskine ... twaligh aqchich a côté »

Procédés :

Précautions verbales (A2-1), descriptions avec attachement aux détails (A2-1), accent porté sur le faire (C/F3), expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (E9), accent porté sur les conflits évoqué et non intégré (A2-16), tli-long et/ou silences importants intra-récit (C/P1), remâchage (A2-8), insistance sur le repérage des limites (C/N6).

La lisibilité : type deux lisibilités ±

Problématique :

La problématique de l'agressivité de cette planche n'est pas perçue.

Planche 10

« Toujours tametouth wahi dourgaz-is, tamtouth-nni tesserss afoussis ghef orgaz-is, m qaraven bezzaf ozrighara amek athidinigh amaken ils veulent s'embrasser »

Procédés :

Descriptions avec attachements aux détails (A2-1), accent porté sur le faire (C/F), relations spéculaires (C/N7), hésitations (A2-6), remâchage (A2-8).

Lisibilité : type 2 lisibilité ±

Problématique :

La problématique de la relation de la tendresse dans le couple a été perçue par Rachid, sous l'angle de la relation Homme/Femme de différents sexes.

Planche 11

« je ne vois pas bien, c'est noire, twaligh avrid zyes ivladen tella tafarth mais tev3ed bezzaf daya ittwaligh »

Procédés :

Critiques du matériel et/ou de la situation (C/C3), accent mis sur les qualités sensorielles (C/N5), descriptions avec attachements aux détails (A2-1), remâchage (A2-8), insistance sur les limites (C/N6), accrochage au contenu manifeste (C/F1).

La lisibilité : type 2 lisibilité ±

Problématique :

La problématique archaïque de cette planche est perçue par Rachid, mais il n'a pas pu évoquer dans son récit des éléments plus structurés pour remonter vers un niveau moins archaïque.

Planche 12BG

« Tayi delghava zyes cher bezaf twalighed talla n waman zathes tafloukth voila »

Procédés :

Description avec attachement aux détails (A2-1), accent porté sur les qualités sensorielles (C/N5), remâchage (A2-8), accrochage au contenu manifeste (C/F1).

La lisibilité : type deux lisibilités ±

Problématique :

La problématique de la séparation à laquelle renvoie cette planche n'est pas perçue, car Rachid s'est attaché au contenu manifeste de la planche.

Planche 13B

« Twaligh akham daqdim n zik, l'entré gher wekham yeldi mais olach tawourth, dinna au milieux yeqim oqchich damechtouh iwehdes i3el afouss deg oqemouch-is, ihzen waqil ».

Procédés : accent mis sur les qualités sensorielles (C/N5), descriptions avec attachement aux détails (A2-1), insistance sur le repérage des limites (C/N-6), accent porté sur le faire (C/F).

La lisibilité : type 2 lisibilité ±

Problématique :

La problématique dépressive est perçue et élaboré par le sujet.

Planche 19

« C'est flou mais twaligh akham iwsawen amaken del wahche noire is3a deux yeux afoussiss dameqran amaken it3assa akham nni ».

Procédés :

Critiques du matériel et/ou de la situation (C/C3), description avec attachement aux détails (A2-1), expression d'affects et/ou de représentation massifs liés à toute problématique (E9), précisions chiffrées (A2-5), hésitations entre interprétations différentes (A2-6).

La lisibilité : type deux lisibilités ±

Problématique :

La problématique prégénitale n'est pas traitée et n'est élaborée par le patient.

Planche 16

tawerqette tefregh... os3ighara acho adernough .

Procédés :

Description avec attachement aux détails (A2-1), Tli long et/ou silences importants intra-récit (C/P1).

La lisibilité : type deux lisibilité ±

Problématique :

La problématique de la structuration des objets privilégiés en relation avec le patient ne sont pas traités à cause de son recours aux procédés d'évitement de conflit.

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

Le patient a traité toutes les planches sans refuser aucune, mais on a remarqué le recours massif de Rachid aux procédés d'évitement de conflit. On note que le récit de certaines planches est pauvre. Et le recours remarquable du patient aux procédés de la série B qui est la conflictualisations inter personnelle et aux procédés de la série A et la série C.

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

Toutes les séries de la feuille de dépouillement ne sont pas présentes, on observe la prépondérance des procédés en lien avec l'évitement du conflit. Les procédés les plus dominants sont les procédés de la série B (labilité) avec un pourcentage de 4.08%, voire les procédés de la série A et C qui ont un pourcentage de 3.75% et qui représentent l'évitement du conflit. La série E n'est pas présente.

Lisibilité : type 2 (+ou-)

5. Les problématiques globales

- **La problématique œdipienne**

Le patient a perçu la problématique dans la planche une, mais ne l'a pas traité. Pour la planche deux et quatre la problématique de la triangulation est perçue mais n'a pas été traité par le patient à cause de son recours aux procédés d'évitement du conflit. Dans la planche 6BM la relation entre mère et fils est perçue mais le patient ne l'a pas abordé à cause de son recours aux mécanismes d'évitement du conflit. À la planche 8Bm la problématique de l'agressivité est perçue mais n'est pas élaborée par le patient à cause de son recours aux mécanismes d'évitement de conflit. A la planche 10 la problématique libidinale n'est pas perçue car le patient avait recours à l'hésitation. À la planche 13 MF le patient n'a pas perçu et traité la relation libidinale car il avait recours au placage.

- **La problématique dépressive**

La problématique de la planche 3BM est perçue mais n'a pas été traité par le patient. Quant à la planche 12BG la problématique est perçue mais elle n'était pas élaborée à cause de

l'accrochage au contenu manifeste de la planche. Pour la planche 13B la problématique dépressive est perçue mais n'a pas été traitée par le patient à cause de son accrochage au contenu manifeste de la planche.

- **La problématique pré-génitale archaïque**

Pour la planche 11 la problématique est perçue mais n'a pas été traitée par le patient à cause de son accrochage au contenu manifeste de la planche. Pour la planche 19 la problématique n'est pas perçue et n'est pas élaborée par le patient. En ce qui concerne la planche 16 le patient était restreint à cause de son recours au contrôle de type d'annulation.

Evaluation quantitative des procédés défensifs du cas de Rachid :

A	B	C					E
A2-1=12	B1-2=1	CP	CN	CM	CC	CF	E5=1
A2-7=1	B2-4=3	CP1=5	CN-5=4		C/C3=2	CF-1=3	E9=3
A2-5=3	B2-12=1		CN-6=5			CF-3=5	
A2-6=4			CN-7=1				
A2-3=3							
A2-8=9							
A2-17=3							
A2-16=1							
Σ A= 36	EB=4	5	10	0	2	8	
		Σ C=14					Σ E=4
		C% = 7.56					
A%=19.44	B%=4.44	Σ =54					
		100%					E% = 2.16

- **Résumé du TAT**

L'analyse de protocole du TAT, on constate que Rachid 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 des procédés d'émergence des processus primaires.

Concernant l'investissement du côté relationnel est caractérisé par les mécanismes suivants ; la prépondérance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; manque des procédés défensifs tel que labile. D'après les mécanismes de défense utilisés, on note que la sexualité de Mourad est perturbée.

Cas de Sofiane

Sofiane est âgé de 53ans, d'une grande taille, brun aux yeux marron, il est le benjamin d'une famille de trois frères et sœurs, d'un d'instruction terminal, chauffeur d'un camion. Marié, père de quatre garçons, actuellement il vit avec sa femme et ses enfants et est atteint l'insuffisance rénale chronique depuis cinq ans. Durant l'entretien, il s'est montré souriant coopératif, ce qui signifie une connotation positive du transfert.

I. Les données de l'entretien

1. la santé physique

- **Maladie organique antérieure et actuelle**

En étant jeune, Sofiane était en très bonne santé physique, avec l'âge, il a contracté l'hypertension artérielle (HTA), le diabète qui sont deux maladies chroniques difficiles à gérer et accompagné par une dégradation au niveau du cholestérol ensuite, il est atteint l'insuffisance rénale chronique avec nécessité d'hémodialyse, il suivait depuis cinq ans, la même conduite thérapeutique. Il déclare « les causes de mon état de maladie actuelle c'est bien le diabète et l'hypertension artérielle, Ces deux maladies chronique m'ont tourmenté tellement »

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

Sofiane déclare que son père était diabétique d'où on souligne que cette atteinte est héréditaire, quant à l'atteinte de son insuffisance rénale chronique a été une complication de son Hyper Tension Artérielle (HTA). Depuis l'apparition de cette dernière Sofiane présente des signe clinique tels que ; maux de tête, faiblesse, fatigue, douleurs aux jambes, des fois des vomissements. On note que l'IRCT n'est pas héréditaire.

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

Durant notre entretien avec Sofiane, nous a révélé qu'il avait vécu pleins d'événements traumatisants durant son enfance mais il a préféré de ne pas les cités en disant : «je pense que des évènements pareils, c'est préférable de les garder pour soi-même, c'est personnelle. Mais je dirais que mon père était un peu agressif et sévère, je me souviens quand il frappait ma mère devant moi et mes frères sans raison ». Donc Sofiane a utilisé le mécanisme d'évitement et de répression qui est un mécanisme conscient afin de ne pas révélé ses secrets par contre, on souligne qu'il était exposé avec ses frères et sœurs à la violence conjugale.

2. La santé psychologique

Durant l'entretien, Sofiane nous a révélé qu'il a beaucoup souffert. Aussi il a exprimé le choc reçu à la découverte de sa maladie qui est difficile à gérer surtout qu'il avait déjà d'autres maladies chroniques graves, il 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 le jour de mon mariage et la naissance de mon premier enfant ».

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

Sofiane souffre des perturbations du sommeil. Il dit : « je ne dors pas bien, je vois toujours des cauchemars, je me vois mourir, ou bien paralysé...etc. », « c'est rarement que je dors sans me revenir, des fois l'insomnie me tourmente ». Il s'agit de rêves d'une allure persécutrice, on peut aussi les qualifier de rêves crus qui en général selon Marty «semblent exposer une image de l'inconscient refoulé du sujet et qui ne sont pas chez les malades somatiques mal mentalisés » (Marty, 1984, p1150-1152).

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

Sofiane avait un discours court, n'avait pas grand-chose à dire, il avait un regard fixe et triste, il disait que sa jeunesse lui manque, il se souvenait de sa morphologie et sa bonne santé. Pour autre chose comme les projets d'avenir il dit : «je souhaite bénéficier de la greffe, mes enfants ont voulu me faire un don, mais j'ai refusé, je ne veux pas que ce soit un être vivant, je ne veux pas être la cause de la souffrance de quelqu'un, donc je préfère le recevoir d'un donneur mort ça va être demi-mal ».

3. Relations d'objet et vie sexuelle

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

La relation de Sofiane avec sa famille est caractérisée par un manque de communication, trop de conflits parasitent leurs liens et ses conflits étaient à cause de l'héritage. D'ailleurs, il nous a révélé que ses frères ne le contactent même pas les jours d'occasions importantes. En revanche la seule personne que Sofiane contacte et leur relation reste jusqu'à présent bonne c'est sa sœur mariée elle lui inspire confiance et elle lui rend visite de temps en temps. Par contre Sofiane entretient de bonnes relations avec l'équipe soignante, les médecins et les infirmiers d'ailleurs, il témoigne ; «ici ! C'est ma famille, ils m'aident, ils sont bien avec moi et on se respecte ».

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

La relation affective avec son conjoint est bonne, sa femme et ses enfants le soutient physiquement et moralement il déclare : «ma femme et mes enfants ont voulu me faire un don, ils n'aiment pas me voir souffrir, c'est eux qui me donnent l'envie de continuer à vivre »

Concernant la vie sexuelle sexuel, il s'exprime avec effroi, le désir de Sofiane a beaucoup diminué, il n'est plus comme avant, il dit : « je n'arrive jamais à l'assouvissement, je me sens faible et impuissant, ça me rend triste mais ma femme m'encourage et m'accepte avec cet état »

Résumé de l'entretien

Après avoir eu les données de l'entretien, la santé physique de Sofiane est affaiblit, on note qu'il avait deux maladies chroniques qui sont le diabète et l'hyper tension artérielle, son atteinte par l'insuffisance rénale chronique est une complication de son diabète.

Concernant le côté relationnel Sofiane noue une bonne relation avec sa femme et ses enfants, il évoque un grand soutien dans ses moments difficiles. Au sujet de ses relations intimes, il déclare qu'il avait auparavant une bonne relation sexuelle mais sa maladie l'empêche de la vivre pleinement. Il révèle qu'il fait des efforts pour satisfaire sa femme malgré son impuissance.

Analyse du taste du TAT

Planche 1

« C'est un garçon qui regarde son instrument, il réfléchit ou il regarde une photo »

Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF1. Scotomes d'objets manifestes E1. Hésitation entre interprétation différentes A2-6. Tendance générale à la restriction CP2

Lisibilité type 2 (+ou-)

Problématique :

La problématique de l'immaturité fonctionnelle n'est pas perçue et n'est pas traité par le patient à cause de son accrochage au contenu manifeste de la planche.

Planche 2

« Une femme et une autre femme et un homme au milieu. Athan g thelatha yidsen. Je ne vois pas bien ur zerigh ma taqchicheth negh tameghareth »

Procédés

Entrée directe dans l'expression B2-1. Précisions chiffrées A2-5. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages B2-11.

Lisibilité type 2 (+ou-)

Problématique :

La problématique de la triangulation est perçue mais elle n'est pas traitée par le sujet à cause de son recours aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 3BM

« Je vois une femme qui pleure, thes3a hed mort negh malade dans sa famille (.....), daya.

Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF1. Expression d'affects et ou représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, l dénouement, la réussite mégalomane, la peur, la mort, la destruction, la persécution etc. E9. Tli long et/ou silences importants intra-récit C/P1. Tendance générale à la restriction CP2.

Lisibilité type 3 (+ou-)

Problématique :

La problématique dépressive est perçue mais n'a pas été traitée par le patient à cause de son recours aux mécanismes antidépresseurs.

Planche4

« Amakken c'est un décès ou une dispute entre l'homme et la femme. Une scène émotionnelle. Comme si l'homme voulait partir par ce que sa femme ne l'avait pas satisfait. La femme essaye de retenir son mari pour qu'il ne parte pas loin et la laisser seule dans ce monde cruel ».

Procédés

Hésitation entre interprétation différentes A2-6. Accent porté sur les relations inter personnelles. Récit en dialogue B2-3. Affects. Titre C/N3. Accent porté sur une thématique du style : aller, fuir, courir, dire etc. B2-12. Accrochage au contenu manifeste C/F-1. Dramatisation B1-5.

Lisibilité type 3 (+ou-)

Problématique :

La problématique conflictuelle du couple est perçue mais elle n'a pas été traitée par le patient.

Planche 5

« Une femme qui ouvre la porte de sa chambre ou de la cuisine ou d'une autre pièce.
Daya kan ».

Procédés

Accrochage au contenu manifeste C/F-1. Hésitation entre interprétations différentes A2-6. Tendance générale à la restriction CP2.

Lisibilité type 2 (+ou-)

Problématique :

La problématique surmoïque est perçue mais n'a pas été traitée par le patient.

Planche 6BM

« une vieille femme avec son fils vedden ils regardent quelqu'un ou bien quelque chose. Ils ne parlent pas ils observent.

Procédés

Tli-long et / ou silences importants intra-récit C/P1. Scotomes d'objets manifestes E-1. Hésitation entre interprétations différentes A2-6. Accrochage au contenu manifeste C/F1. Tendance générale à la restriction CP2.

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

La problématique de la relation mère/fils est perçue mais n'a pas été traitée par le patient à cause de son recours aux mécanismes d'évitement de conflit.

Planche 7BM

« un père et son fils. Il lui parle tout doucement, en lui chuchotant des secrets »

Procédés

Tli-long et/ou silences importants intra-récit CP-1. Identifications souples et diffusées B1-3. Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir etc. B2-12. Tendance générale à la restriction CP2.

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

La problématique de la relation père/fils est perçue mais n'a pas été traitée par le sujet à cause de son recours aux mécanismes d'évitement de conflit.

Planche 8BM

« Je vois un défunt entouré par ses proches tristes ou bien la personne allongée sur le lit est blessée. Je vois aussi un enfant qui pleure il est meskin triste »

Procédés

Scotomes d'objets manifestes E1. Expression d'affecte et/ou de représentations massifs liés (dont l'incapacité, le dénouement, la réussite mégalomaniacale, la peur, la mort, la destruction, la persécution etc. E9. Accrochage au contenu manifeste CF1. Hésitation entre interprétation différentes A2-6.

Lisibilité type 3 (+ou-)**Problématique :**

La problématique agressive à laquelle renvoie la planche est perçue mais n'a pas été traitée par le patient à cause de son recours aux mécanismes d'évitement de conflit.

Planche 10

« Toujours argaz d temetouth thereb3ith w thehzen fellas waqila yemmouth »

Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF1. Identification souples et diffusées B1-3. Accent porté sur le faire CF-3. Affect- titre CN3. Hésitation entre interprétation différentes A2-6.

Lisibilité type 2 (+ou-)

Problématique :

La problématique libidinale et la relation duelle est perçue mais n'a pas été traitée par le sujet à cause de son recours aux mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 11

« En haut je vois la tête d'un humain qui regarde quelque chose. En bas c'est une descente. Lemohim il est sur une montagne »

Procédés

Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré A2-16. Accent mis sur les qualités sensorielles CN5.

Lisibilité type 2 (+ou-)

Problématique :

La problématique archaïque n'est pas perçue et n'est pas élaborée par le patient.

Planche 12BG

« je vois une barque. Daya kan »

Procédés

Tli-long et/ou silences importants intra-récit CP1. Accrochage au contenu manifeste CF1.

Lisibilité type 2 (+/-)

Problématique :

La problématique n'est pas perçue et n'est pas élaborée par le patient à cause de son accrochage au contenu manifeste de la planche.

Planche 13B

« Je vois un garçon assis sur le seuil de la porte, il attend quelqu'un et derrière lui c'est sombre »

Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF1. Scotomes d'objets manifestes E1. Accent porté sur le faire CF3. Description avec attachement aux détails (dont certains rarement ype

Lisibilité type 2 (+ou-).

Problématique :

La problématique dépressive est perçue mais n'est pas élaborée par le patient.

Planche 13MF

« Un homme ived et une femme allongée, je pense que c'est le décès de sa femme ou sa maman, (.....) »

Procédés

Identifications souples et diffusées B1-3. Accent porté sur le faire CF3. Hésitation entre interprétation différentes A2-6. Tli-long et/ou silences importants intra-récit. C/P1.

Lisibilité type 2(+ou-)

Problématique :

La problématique de la sexualité n'est pas perçue et n'est pas élaborée par le patient à cause de son recours aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 19

« La planche n'est pas claire, (.....) ufehimegh ara degh walou »

Procédés

Critiques du matériel et/ou de la situation C/C3. Tli-long et/ou silences importants intra-récit CP1. Critiques de soi C/N9.

Problématique :

La problématique pré-génitale n'est pas perçue et n'est pas traitée par le patient à cause de son recours aux mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 16

« dachu d wayi, (.....), uttewaligh walou, kulech damelal »

Procédés

Critiques du matériel et/ou de la situation C/C-1. Tli-long et/ou silences importants intra-récit C/P1. Critiques de soi C/N9. Accrochage au contenu manifeste C/F1.

Problématique :

La problématique de la structuration d'objets privilégiée en relation avec le patient n'est pas élaborée.

Les problématiques globales

- **La problématique œdipienne**

Concernant la planche 1 Rachid n'a pas perçu la problématique d'immaturation fonctionnelle devant un objet adulte et elle n'est pas aussi été traitée. Pour les planches 2 et 4, la problématique de la triangulation est perçue mais elle n'est pas été traitée à cause du recours du patient aux procédés d'évitement du conflit. A la planche 6BM la problématique de la relation mère/fils est perçue, mais n'a pas été traitée par le sujet à cause de son recours aux mécanismes d'évitement du conflit. Pour la planche 7BM la problématique de la relation père/fils est perçue mais n'a pas été traité par le sujet à cause de son recours aux mécanismes d'évitement du conflit. A la planche 8BM La problématique agressive à laquelle renvoie la planche est perçue mais n'a pas été traité par le patient à cause de son recours aux mécanismes d'évitement de conflit. Pour la planche 10 la problématique libidinale et de la relation duelle est perçue mais n'a pas été traitée par le patient à cause de son recours aux mécanismes d'évitement du conflit. Quant à la planche 13MF La problématique de la

sexualité n'est pas perçue et n'est pas élaborée par le patient à cause de son recours aux procédés d'évitement du conflit.

- **la problématique dépressive**

La problématique de la planche 3BM est perçue mais n'a pas été traitée par le patient à cause de son recours aux mécanismes antidépresseurs. A la planche 12BG la problématique dépressive n'est pas perçue et n'est pas élaborée par le patient à cause de son accrochage au contenu manifeste de la planche. Pour la planche 13B La problématique dépressive est perçue mais n'est pas élaborée par le patient à cause de son accrochage au contenu manifeste de la planche et le recours aux mécanismes d'évitement de conflit.

- **la problématique prégénitale archaïque**

Pour la planche 11 la problématique archaïque n'est pas perçue et n'est pas élaborée à cause de son recours au mécanisme du placage. A la planche 19 La problématique prégénitale n'est pas perçue et n'est pas traitée par le patient à cause de son recours aux mécanismes d'évitement du conflit. En ce qui concerne la planche 16 La problématique de la structuration d'objets privilégiée en relation avec le patient n'est pas élaborée à cause de son recours au mécanisme d'annulation.

Evaluation quantitative des procédés défensifs du cas de Sofiane:

A	B	C					E
A2-5=1	B1-3=3	CP	CN	CM	CC	CF	E-1=4
A2-6=7	B2-3=1	CP1=5	CN-3=2	0	C/C-3=1	CF-1=10	E9=2
A2-16=1	B2-11=1	CP5=1	CN-5=1			CF-3=3	
	B2-12=2		C/N-9=2				
	B1-5=1						
Σ A= 9	EB=8	6	5	0	1	13	
		Σ C=25					Σ E=6
		C% = 10					
A%=3.6	B%=3.2	Σ =40					
		100%					E% = 6

Résumé du TAT

D’après les données du TAT on constate que les procédés ou les mécanismes qui prédominent ce sont ceux d’évitement du conflit et par un pourcentage élevé. En deuxième lieu les procédés qui relèvent du registre labilité. 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 à l’annulation (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 utilisée, on constate que la sexualité du Sofiane est perturbée.

Cas de Salim

Salim est un insuffisant rénal chronique âgé de 39ans, blanc avec yeux noisette et une taille moyenne, il est le cadet d'une famille de trois frères, son niveau d'instruction est 9^{ème} année. A commencé la dialyse en 2010 puis s'est marié en 2015, père de deux enfants, son activité est commerçant. Durant l'entretien Salim s'est montré accueillant.

Les données de l'entretien

1. la santé physique

- **Maladie organique antérieure et actuelle**

En étant à l'âge de 8ans, Salim avait un problème génétique au niveau de la vessie (blocage urinaire) qui a causé des crises au niveau du rein, il a subi une intervention à l'hôpital, ils lui ont réalisé une néphrectomie, Salim a vécu avec un seul rein jusqu'à l'âge de 25ans ensuite l'état de son rein s'est dégradé, donc il s'est orienté vers le service d'hémodialyse où il a commencé ces séances de dialyse en (2010). Il déclare « j'avais des crises urinaire à l'âge de 8ans, ils m'ont enlevé mon rein et je suis resté avec un seul pendant 17ans mon état ce dégradait jusqu'à ce que je commençais la dialyse».

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

Sa maladie n'est pas héréditaire et il n'a pas eu de maladies chroniques à part l'insuffisance rénale, mais depuis sa maladie, il a eu comme complications ; l'hypertension artérielle, les crampes, les vomissements et les douleurs au niveau des jambes.

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

Quant à ce point, il est à signaler le choc et le traumatisme reçu durant sa néphrotomie ainsi que cette maladie la contracter très jeune, Salim déclare « je me souviens quand j'avais 25ans j'ai eu mon permis de conduire de semi-remorques le 10 juin 2010, je suis tombé malade, cette date s'est marquer dans ma tête parce-que je voulais travailler pour gagner de l'argent afin de faire la fête de mon mariage et mon avenir mais malheureusement, ça n'a pas marché, c'était vraiment choquant pour moi, par cette rupture et déception amoureuse »

2. La santé psychologique

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

Salim déclare « l'événement important dans ma vie c'est bien ma rencontre avec ma femme, pour moi c'était inoubliable parce-que j'ai rencontré la femme qui m'a accepter tel que je suis et c'était juste parfait». A cet effet, on note le soutien favorable par sa femme.

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

Salim déclare que son sommeil est normale, il dort bien mais parfois, quand il stresse ou bien il s'énerve il ne dort jamais, s'il dort il se réveille quatre a cinq fois la nuit. Il dit « c'est des périodes, donc y à pas de différence entre avant et après ma maladie, quant aux rêves, pour moi ce que je vis la journée je le rêve la nuit, je rêve que je suis dans la salle de dialyse avec les autres patients et je parle avec eux.

Il s'agit de reproduire des actes de la journée ou du lendemain ou qui précèdent des actes au programme de la journée suivante ils sont exclusifs et révèlent des scénarii d'accidents, d'écrasement, étouffement, incendies. (Marty, 1984, p. 1150-1152).

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

Salim est doté d'une richesse fantasmagique, répondait aux questions de l'entretien. Pour ces projets d'avenir il dit « j'ai envie de partir à l'étranger, pour être honnête je vais faire mes démarches inchallah pour me soigner parce-que je suis fatigué de ce rythme actuel, j'ai envie de visiter, de changer d'air et de découvrir un nouveau monde en même temps pour être greffé, ce que je souhaite aussi de réaliser c'est de pouvoir me soigner pour avoir des enfants y à que ces choses que je voudrais faire en avenir ».

3. Relation d'objet et vie sexuelle

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

Samir entretenait de bonnes relations avec les membres de sa famille, il dit que ses frères l'aide toujours quand il avait besoin de quelques choses même leurs enfants l'aident à accomplir plusieurs tâches. Concernant l'équipe soignante il reconnaissant d'avoir pris soin de lui et de l'avoir aidé moralement pendant ses séances de dialyse, il déclare que « tous ceux qui travaillent ici, sont ma deuxième famille».

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

La relation affective avec sa femme est très bonne, et évoque son grand soutien et son importance dans la famille, il dit « je l'ai rencontré ici dans le service lors de ma séance de dialyse, elle a accepté de m'épouser alors qu'elle était au courant de ma maladie, elle ma soutenue, et elle le fait jusqu'à présent, si c'était une autre personne elle n'aurait jamais accepté de m'épouser en sachant que j'ai une insuffisance rénale chronique». Sur le plan sexuel, il s'exprime avec effroi «le désir et l'envie existent mais la puissance et la force ont diminué, au début de dialyse je n'ai pas senti la différence, mais après cinq ou dix ans l'envie et la puissance s'est dégradé, j'enviais ma femme, mais je n'ai pas de force, je ressens une baisse d'énergie, mais au final j'accomplis l'acte ».

- **Résumé de l'entretien**

A partir des données de l'entretien, on note que Salim avait un problème génétique au niveau de la vessie (blocage urinaire) qui a causé des crises au niveau du rein, causant plus tard une néphrectomie, puis l'atteinte par l'insuffisance rénale chronique. Comme complications il a eu l'hypertension artérielle, les crampes au niveau des jambes.

On constate que sa relation avec son conjoint est très affective et très bonne, en évoquant son grand soutien familial. En ce qui concerne sa relation intime, il n'a pas perdu son désir envers sa femme malgré son impuissance sexuelle caractérisée par la perte de sa force durant le rapport sexuel, aussi déclare qu'il fait de son mieux pour assouvir son désir et celui de sa femme aussi.

4. Analyse du test du TAT

Planche 1

« je sais pas... daqchich amechtouh itekhemim ittemouqoul gh tguith-is, yevgha adilmed amaken you3rass »

Procédés défensifs

Dénégation A 2(11); accrochage au continu manifeste CF(1) ; silence important intra récit CP(1) ; description avec attachement aux détails A 2(1) ; accent porté sur les conflits intra personnel A2 (17) ; perception sensorielle E (5) ; accent porté sur les éprouve subjectif CN(1).

Lisibilité type 2(±)

Problématique

La problématique de la situation d'imaturité fonctionnelle devant l'objet est perçue et élaborée par le recours de aux procédés de contrôle et d'évitement du conflit.

Planche2

« twaligh amaken tamourth, twalighargaz yes3a un bon physique
issehamazalithjeuneamakendegtevhirthakk dou3oudiw- is

Procédés défensifs

Accrochage au continu manifeste CF(1);description avec attachement aux détails A 2(1) ; éloignement tempo spatial A2 (4) ; hésitation entre interprétation différente A2(6) ; précaution verbale A2(3) ; scotome d'objet E (1).

Lisibilité type 2**Problématique**

La problématique de la triangulation œdipienne, n'est pas perçue et n'est pas élaborée, du fait qu'il a utilisé les procédés d'évitement du conflit et de contrôle .

Planche 3BM

« twaligh tametouth teghli gher lqa3a tetrou, tesserss aqerouyiss ghel canapé yewitt
yidess »

Procédés défensifs

Accrochage au continu manifeste CF (1) ; description avec attachement aux détails A 2(1) ; expression verbalisé d'affecte B2(4) ; accent porté sur les conflits intra personnel A2 (17) ; posture signifiante d'affecte CN (4) ; tendance générale à la restriction CP(2).

Lisibilité type 2(±)**Problématique**

La problématique dépressive est perçue mais n'est pas élaboré par le patient à cause de son recours aux procédés du contrôle et d'évitement de conflit.

Planche4

«Zarreggh argaz yevgha adirouh adinegh hed , yefqe3 amaken , tametouthis tevgha adyeqim yides, amaken teqaras khati otrouhara balak..... tettvin tehemplith atass. »

Procédés défensifs

Accrochage au continu manifeste CF (1) ; accent porté sur une thématique aller B 2(12) ; accent porté sur les relation inter personnel A2 (17) ; expression crues liées à une thématique agressive E (8) ; hésitation entre interprétation différente A2(6) ; aller-retour entre les désir contradictoire B2(7) ; silence important intra récit CP (1) ; érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle B2 (9).

Lisibilité type 2(±)

Problématique

La problématique conflictuelle du couple n'est pas perçue et n'est pas élaborée à cause du recours au placage.

Planche5

« zarreggh une femme teldi tawourth n salon, cette femme amaken elle est épuisé te3ya g lehmouris...je pense tttmouqoul ghef hed negh tttmekthid hed yemouth »

Procédés défensifs

Accrochage au continu manifeste CF (1) ; description avec attachement aux détails A 2(1) ; accent porté sur les éprouve subjectif CN (1) ; accent porté sur le faire CF (3) ; accent porté sur les conflits intra personnel A2 (17) ; silence important intra récit CP (1) ; perception sensorielle E (5) ; aller-retour entre les désir contradictoire B2(7) ;hésitation entre interprétation différente A2(6).

Lisibilité type2(±)

Problématique

La problématique surmoïque est perçue mais n'est pas élaborée par le sujet à cause de son recours aux procédés d'évitement du conflit et du contrôle.

Planche 6BM

« twaligh tamgharth d miss, miss itekhemim amaken itedou adirouh ghel khedma negh adissafer mais yemmas tehzen parce-que c'est son fils unique otevgghara »

Procédés défensifs

Accrochage au continu manifeste CF (1) ; description avec attachement aux détails A 2(1) ; accent porté sur les conflits intra personnel A2 (17) ; accent porté sur le factuel CF (3) ; aller-retour entre les désir contradictoire B2(7) ; expression verbalisé d'affecte fort B2 (4) ; dénégarion A2(11).

Lisibilité type 2(±)

Problématique

La problématique de la relation mère/fils est perçue et élaboré par le patient.

Planche 7BM

«..... ttewaligh un père et son fils et ils sont proche c'est tout »

Procédés

Identifications souples et diffusées (B1-3) accent porté sur l'éprouvé subjectif (non réactionnel) (C/N1) ; Tli-long et/ou silences importants intra-récits (C/P1) ; motif des conflits non précisés, récit banalisé outrance, impersonnel, placage (CP4).

Lisibilité type (+ou-)

La problématique

La problématique père/fils est perçue mais n'est pas traitée par le sujet à cause de son recours aux procédés d'évitement de conflit.

Planche 8BM

« Twaligh une scène de crime, amaken c'est des criminels nghan amdan iwaken assedekssen ses reins i win iyelsan le costume nni noir s la cravate... d netta inicheg3en ».

Procédés défensifs

Accrochage au continu manifeste CF (1) ; description avec attachement aux détails A 2(1) ; accent porté sur les éprouve subjectif CN (1); expression crues liées à une thématique agressive E (8) ; hésitation entre interprétation différente A2(6) ; accent porté sur le faire CF

(3), histoire construite autour d'une fantaisie personnelle B1(1) ; silence important intra récit CP (1).

Problématique

La problématique de l'agressivité à laquelle renvoie la planche est perçue et élaboré par le patient

Planche 10

« dargaz wahi tmetouth-is, dans une scène émotionnelle, ireb3itte ghoures nettath tetro, waqil yeqaras otterara aqlin dagui yidem okemttadjaghara »

Procédés défensifs

Accrochage au continu manifeste CF (1) ; description avec attachement aux détails A 2(1) ; érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle B2 (9) ; accent porté sur les relations inter personnel A2 (17) ; expression verbalisé d'affecte fort B2 (4) ; dénégarion A2(11) ; posture significative d'affecte CN (4).

Problématique :

La problématique de l'expression libidinale et la relation duelle est perçue voire traiter par le sujet.

Planche 11

«! ;otwaligh kra ofhim3ara »

Procédés défensifs

Silence important intra récit CP (1) ; Accrochage au continu manifeste CF (1) hésitation entre interprétation différente A2(6) ; exclamation B2(8)

Lisibilité type 2(±)

Problématique

La problématique archaïque n'est pas perçue et n'est pas élaboré par le patient à cause de son recours aux procédés d'évitement de conflit.

Planche 13 B

« akchiche ikkime rrif ouwemnar n tewourthe daya kan”

Procédés

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

Lisibilités Type 3 (-)**Problématique**

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

Planche 12BG

« ...twaligh d chethewa de asamit. thabi3 chetwa, daya kan »

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 par le patient.

Planche 13 B

“akchiche ikkim errif ouwemnar amek ara senemmien tewourthe”

Procédés

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

Lisibilités Type 3 (-)**Problématique**

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

Planche 19

« ouf...dayi oudivenkra, kolchiirwi, daguiauzareghkra, lhadgataverkentt-doukel».

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

« twalighkolech blanc... daya »

Procédés

Tendance refus CP (5) ; Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; silence important intra récit CP (1) ; hésitation entre interprétation différente A2(6). Tendance à la restriction

Lisibilité : type 3 (-).

Problématique

La problématique de la structuration des objets privilégiés en relation avec le patient n’est pas traité ni élaborée par son accrochage au contenu manifeste et la tendance au refus.

Evaluation quantitative des procédés défensifs du cas de Salim :

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2-1=7	B1-1=1						E1=2
A2-3=1	B1-3=1	P1=9	N1=3		C3=1	F1=12	E4=1
A2-4=1	B2-4=3	P2=5	N4=2			F3=3	E5=2
A2-12=1	B2-9=2	P5=1					E8=2
A2-17=6	B2-8=1	P4=3					
A2-18=1	B2-7=3						
A2-6=6							
A2-11=3							
A= 26	B=11	CP=8	CN=5		CC=1	CF=15	
		$\Sigma C=39$					
		$C\% = 32.37$					E=7
%=21.58	%=9.13	$\Sigma =83$					
		100%					%=5.81

Résumé du TAT

L'analyse de protocole du TAT, on constate que Salim 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 des procédés d'émergence des processus primaires.

Concernant l'investissement du côté relationnel est caractérisé par les mécanismes suivants ; la prépondérance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; manque des procédés défensifs tel que labile, concernant le côté relationnel. D'après les mécanismes de défense utilisés, on note que la sexualité de Salim est perturbée.

Cas Mourad

Mourad est un patient âgé de 64 ans, un homme de grande taille, brun, souriant et accueillant. Il est l'aîné d'une famille de quatre frères et sœurs, sans niveau scolaire (alphabète). Marié depuis 26 ans, père de deux enfants, il était maçon de fonction, maintenant en retraite, soigné par l'hémodialyse depuis 2020.

Les données de l'entretien

1. Santé physique

- **Maladie organique antérieure et actuelle**

D'après les données de l'état de santé antérieure, Mourad en étant jeune avait un problème au niveau du rein et ils lui ont effectué une néphrectomie à l'âge de 25 ans, Mourad avait contracté l'hypertension artérielle (HTA) et la goutte. Après son état de santé s'est aggravé jusqu'à l'atteint par IRCT. Médicalement la cause de cette dernière est due à la complication de son hypertension artérielle.

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

L'insuffisance rénale était la complication de l'HTA, Mourad n'a pas d'autres maladies à part l'HTA et la goutte. On y trouve aucun facteur héréditaire, ses parents d'après ce qu'il nous a racontait étaient en bonne santé, n'avaient pas ce genre de maladie voire ses frères sont tous en bonne santé.

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

Durant notre entretien avec Mourad, on s'est rendu compte qu'Mourad a de mauvais souvenirs comme le jour où ils lui ont effectué la néphrectomie, à partir de ce jour MOURAD savait qu'avec le temps il en perdra l'autre. Et quand le médecin lui a diagnostiqué sa maladie, Mourad était très affecté et choqué.

2. La santé psychologique

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

Durant l'entretien Mourad nous a révélé ses nouvelles rencontres avec de nouveaux amis faites durant son service militaire et ses aventures juvéniles qui reposaient sur la joie et la folie passées avec ses amis. Aussi, sa rencontre avec sa femme et les ressentis jaillissaient des

poèmes d'amour chantés par son chanteur préféré AIT MENGUELAT. Mourad nous ajoutait aussi qu'il ne va jamais oublier sa nuit de noce, d'après lui « cette nuit était l'une des merveilleuses nuits qu'on n'a jamais vécue ».

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

Mourad déclarait qu'il n'a pas de projets, il disait qu'il est bien dans sa peau et ne représente aucune difficulté. Quant à la greffe avouait qu'il en avait pas besoin car il est parfaitement accommodé avec la dialyse

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

Avant qu'Mourad tombait malade avait un sommeil réparateur, il n'avait aucun problème quant à cela, il révélait que les premiers jours en étant atteint par l'insuffisance rénale chronique sa vie onirique était perturbée et était pleine de cauchemars. Avec le temps Mourad avait un peu récupéré son sommeil paisible et réparateur.

Pour P. Marty les rêves crus sont si peu déformés qu'ils semblent exposés une « photographie de l'inconscient » refoulé du sujet. Cet inconscient se révélerait alors sans conflits internes et sans éléments du compromis...(Marty, 1984, p. 1150-1152).

3. la relation d'objet et vie sexuelle

- **La relation avec la famille et avec l'équipe soignante**

La relation de Mourad avec sa famille et ses proches est bonne, il disait que c'est quelqu'un de compréhensif et déteste tout ce qui est rancune et violence, Mourad entretient une bonne relation avec sa femme et ses enfants car son mode de vie se caractérise par la communication. Quant à l'équipe soignante Mourad déclarait qu'il est parfaitement dans tout son aise avec elle. Il racontait que tout le personnel qui travaillaient où il se dialyse était là pour lui durant ses premières séances de dialyse, d'après lui sans l'équipe soignante et sa famille, il ne surmonterait jamais le choc subi par cette maladie. Donc Mourad jouit par un milieu favorable qui le protège d'éventuelle désorganisation.

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

Mourad entretient une bonne relation affective avec sa femme, il dit qu'elle le soutenait dans tout. Mourad déclare qu'il a perdu 80% de son énergie libidinale mais ça ne lui

cause aucun problème car il a des enfants et sa vie est faite, il ne regrette rien il est vraiment satisfait. Pour lui on n'échappe pas au destin, tout est destiné. Donc Mourad a utilisé des mécanismes spirituels d'ordre religieux pour pouvoir contrôler et maîtriser ses angoisses.

Résumé de l'entretien

Après avoir collecté les données de l'entretien, Mourad avant qu'il atteigne le stade final de l'insuffisance rénale chronique, il avait l'hypertension artérielle et la goutte, et son insuffisance rénale n'était que la complication de son hypertension artérielle.

La relation de Mourad avec sa femme s'est renforcée après sa maladie par l'insuffisance rénale chronique, elle est devenue plus affective qu'avant, elle est à ses côtés, témoignant d'un rapprochement et d'un soutien moral plus fort. Concernant la vie sexuelle Mourad déclare que son énergie libidinale s'est diminuée malgré cela il essaie d'assouvir son désir et celui de sa femme.

2. Analyse du test de TAT

Planche 1 :

« Un garçon ittef udmis sifasenis meskin, je vois quelque chose dans sa bouche, yejreh, il est blessé, je ne sais pas est ce que iqerra negh dachu yekhedem ».

Procédés

Description avec attachement aux détails (dont certains sont rarement évoqués), y compris expression et postures A2(1). Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré A2(17). Hésitation entre interprétation différentes A2 (6).

Lisibilité : type 1(+)

Problématique :

La problématique de l'impuissance devant l'objet d'adulte n'est pas perçue et non déclaré par le patient, par recours aux procédés d'évitement de conflit.

Planche 2

« Une jeune fille et une vieille femme et un homme et un cheval, la fille thetet un classeur et la vieille lui parle, daya kan ittewaligh ».

Procédés

Identification souple et diffusée B1 (3). Accent porté sur le faire CF (3).

Lisibilité : type 1 (+)

Problématique :

La problématique de la triangulation œdipienne est perçue mais ne sont pas traités par le recours du patient aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 3BM

« Je vois un être humain triste, je ne sais pas si c'est un homme ou une femme, il a posé sa main sur sa tête, meskin ça ne va pas idittebin. »

Procédés

Affect, titre C/N (3). Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et /ou l'âge des personnages B2 (11). Description avec attachement aux détails (dont certains sont évoqués), y compris expressions et postures. A2 (1). Posture signifiante d'affects C/N (4).

Lisibilité : type 2 (+ ou -)

Problématique :

La problématique dépressive est perçue et élaboré, le patient n'avait pas recours aux procédés antidépressifs.

Planche 4

« Je vois une femme et son mari. Amakken elle veut lui parler mais lui il ne veut pas ammakken i3eksit. »

Procédés

Accent porté sur des relations inter personnelles. Récit en dialogue B2 (3). Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur du réalisme magique B2 (7). Tendance générale à la restriction CP2

Lisibilité : type 2 (+ ou-)

Problématique :

La problématique conflictuelle du couple est perçue et élaborée. Sans évitement du conflit.

Planche 5

« Une femme qui ouvre la porte de sa maison, je vois une table, une veilleuse et quelque chose qui tombe de la table, à mon avis c'est un bébé qui est tombé sur sa tête ou c'est un bouquet de fleurs. »

Procédés

Histoire construite proche du thème banale A2 (1). Grand détail ou petit détail évoqué et non intégré A2 (16). Hésitation entre interprétation différentes A2 (6).

Lisibilité : type 2 (+ ou -)

Problématique :

La problématique est perçue mais n'est pas élaborée à cause de recours aux procédés d'évitement du conflit.

La planche 6BM

« Un jeune garçon et sa maman, sa maman est entrain de marcher puis elle s'est arrêter, c'est tout ce que je vois. »

Procédés

Identifications souples et diffusées B1 (3). Accent porté sur une thématique du style : parler, courir, dire, fuir etc. B2 (12). Tendance générale à la restriction CP2.

Lisibilité : type 2 (+ou-)

La planche 7BM

« Babas d miss, le père parle à son fils et son fils écoute ou bien il fait semblant d'écouter. »

Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF1. Accent porté sur la relation interpersonnelle. Récit en dialogue. B2 (3). Tendance générale à la restriction CP2.

Lisibilité : type 2 (+ ou -)

La relation père/fils est perçue, mais n'est pas élaboré à cause de recours aux procédés d'évitement de conflit.

La planche 8BM

« Silence, je vois 3 personnes, un qui est allongé entrain de subir une chirurgie et un garçon à coté qui regarde cette scène bizarrement. »

Procédés

Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1. Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ ou l'âge des personnages B2(11). Accrochage au contenu manifeste CF1. Tendance générale à la restriction CP2.

Lisibilité Type 2 (+ou-)

Problématique :

La problématique agressive est perçue mais elle n'est pas élaborée

Planche 10

« Je vois une femme et un homme, peut-être c'est sa fille ou bien sa femme. C'est un moment plein d'émotions (lefiraqneghttughalin, lehzennegh d leferh). »

Procédés

Identifications souples et diffusées B1(3). Hésitation entre interprétations différentes A2(6). Représentations contrastés. Alternance entre des états émotionnels opposés B2(6).

Lisibilité : type 2 (+ ou-)

Problématique :

La problématique libidinale n'est pas perçue, la relation pour le patient n'est pas claire car il était hésitant.

Planche 11

« Dighezerwaman, iwesawenllanttjour, des déchets, daya kan. C'est flou chewiya. »

Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF1. Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2(1). Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus B1 (4). Tendance générale à la restriction CP2.

Lisibilité type 2 (+ou-)

Problématique :

La problématique archaïque est perçue mais elle n'est pas élaborée par le patient.

La planche 12BG

« Dagelmim waman akhatar thela theflouketh dinna,yezmer daghen yeqour ugelmimayi après il ont abandonné thafloukethayi akhatar thettebin daghen amakken tha3ya chewiya utheslih ara »

Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF1. Hésitation entre interprétations différentes A2 (6).

Lisibilité type 2 (+ou-)

Problématique :

La problématique dépressive est perçue mais elle n'est pas traitée par le patient.

La planche 13B

« Une femme assise devant la porte, les mains sur la bouche, elle réfléchit amek attekemel ddunithis. »

Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF1. Histoire construite proche du thème banal A1(1). Tendance générale à la restriction CP2.

Lisibilité type 1(+)

Problématique :

La problématique dépressive est perçue et élaboré.

Planche 19

« Cette planche n'est pas claire, ufehimegh walou degs, uzerigh ara dachu thebgha adini. »

Procédés

Ti long et/ou silences importants intra récit CP1. Nécessité de poser des questions. Tendances refus. Refus CP(5). Tendances générales à la restriction CP2.

Lisibilité : type 2 (+ou-)

Problématique :

La problématique prégénitale n'est pas traitée et n'est élaborée par Mourad.

Planche 16

« Uttewaligh degs walou,..... C'est une feuille blanche daya kan. »

Procédés

Accrochage au contenu manifeste CF1. Tli long et/ou silences importants intra récit CP1. Tendances générales à la restriction CP2.

Lisibilité : type 2 (+ou-)

Problématique :

La problématique de la structuration des objets privilégiés en relation avec le patient ne sont pas traités à cause de son recours aux procédés d'évitement de conflit.

L'analyse du protocole du TAT cas de Mourad

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

Le patient a traité toutes les planches sans refuser aucune, mais on a remarqué le recours massif de Mourad aux procédés d'évitement de conflit. On note que le récit de certaines planches est pauvre. Et le recours remarquable du patient aux procédés de la série B qui est la conflictualisations inter personnelle et aux procédés de la série A et la série C.

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

Toutes les séries de la feuille de dépouillement ne sont pas présentes, on observe la prépondérance des procédés en lien avec l'évitement du conflit. Les procédés les plus

dominants sont les procédés de la série B (labilité) avec un pourcentage de 4.08%, voire les procédés de la série A et C qui ont un pourcentage de 3.75% et qui représentent l'évitement du conflit. La série E n'est pas présente.

Les problématiques globales

- **La problématique œdipienne**

Le patient a perçu la problématique dans la planche une, mais ne l'a pas traité. Pour la planche deux et quatre la problématique de la triangulation est perçue mais n'a pas été traitée par le patient à cause de son recours aux procédés d'évitement du conflit. Dans la planche 6BM la relation entre mère et fils est perçue mais le patient ne l'a pas abordé à cause de son recours aux mécanismes d'évitement du conflit. À la planche 8Bm la problématique de l'agressivité est perçue mais n'est pas élaborée par le patient à cause de son recours aux mécanismes d'évitement de conflit. A la planche 10 la problématique libidinale n'est pas perçue car le patient avait recours à l'hésitation. À la planche 13 MF le patient n'a pas perçu et traité la relation libidinale car il avait recours au placage.

- **La problématique dépressive**

La problématique de la planche 3BM est perçue mais n'a pas été traitée par le patient. Quant à la planche 12BG la problématique est perçue mais elle n'était pas élaborée à cause de l'accrochage au contenu manifeste de la planche. Pour la planche 13B la problématique dépressive est perçue mais n'a pas été traitée par le patient à cause de son accrochage au contenu manifeste de la planche.

- **La problématique prégénitale archaïque**

Pour la planche 11 la problématique est perçue mais n'a pas été traitée par le patient à cause de son accrochage au contenu manifeste de la planche. Pour la planche 19 la problématique n'est pas perçue et n'est pas élaborée par le patient. En ce qui concerne la planche 16 le patient était restreint à cause de son recours au contrôle de type d'annulation.

Evaluation quantitative des procédés défensifs du cas d'Mourad :

A	B	C					E
A 1-1= 1	B1-3=3	CP	CN	CM	CC	CF	0
A2-1=4	B1-4=1	CP1=3	CN-3=1	0	0	CF-1=6	
A2-17=1	B2-3=2	CP2=9	CN4=1			CF6-3=1	
A2-6=4	B2-11=2	CP5=1					
A2-16=1	B2-12=1						
	B2-13=1						
	B2-6=1						
	B2-7=1						
Σ A= 11	EB=12	4	2	0	0	7	Σ E=0
A%=4.07	B%=4.44	Σ C=14					
		C% = 5.18%					
		Σ =37					
		100%					

Résumé du TAT

L'analyse de protocole du TAT, on constate que Mourad 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 des procédés d'émergence des processus primaires.

Quant à l'investissement du côté relationnel est caractérisé par les mécanismes suivants ; la prépondérance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; manque des procédés défensifs tel que labile. D'après les mécanismes de défense utilisés, on note que la sexualité de Mourad est perturbée.

Chapitre VII : 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

La vie sexuelle chez les hommes hémodialysés se caractérise par la diminution de la fréquence sexuelle, l'impuissance sexuelle et par la baisse de la libido, ainsi par le manque de la fréquence de relations.

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

Cas Rachid : Concernant la vie conjugale de Rachid, il noue une très bonne relation affective avec sa femme. A propos de leur vie intime notamment leur sexualité, il s'exprime avec tristesse ; qu'il voulait avoir plus d'enfants mais hélas il est impuissant à cause de cette maladie, et de vivre une vie de couple ordinaire. Malgré sa maladie et ses répercussions, sa femme le soutient toujours et d'une façon permanente. Rachid apaise sa souffrance en utilisant des mécanismes du contrôle spirituel, en disant « C'est mon destin ».

Cas Sofiane : A propos du côté relationnel Sofiane noue une bonne relation avec sa femme et ses enfants, il évoque un grand soutien dans ses moments difficiles. Au sujet de ses relations intimes, il déclare qu'il avait auparavant une bonne relation sexuelle mais sa maladie l'empêche de la vivre pleinement. Il révèle qu'il fait des efforts pour satisfaire sa femme malgré son impuissance.

Cas Salim : On constate que la relation de Salim avec son conjoint est très affective et très bonne, en évoquant son grand soutien familial. En ce qui concerne sa relation intime, il n'a pas perdu son désir envers sa femme malgré son impuissance sexuelle caractérisée par la perte de sa force durant le rapport sexuel, aussi déclare qu'il fait de son mieux pour assouvir son désir et celui de sa femme aussi.

Cas Mourad : La relation de Mourad avec sa femme s'est renforcée après sa maladie par l'insuffisance rénale chronique, elle est devenue plus affective qu'avant, elle est à ses côtés, témoignant d'un rapprochement et d'un soutien moral plus fort. Concernant la vie sexuelle

Mourad déclare que son énergie libidinale s'est diminuée malgré cela il essaye d'assouvir son désir et celui de sa femme.

La deuxième hypothèse

Dans la sexualité déséquilibré ; 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 l'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 Rachid : L'analyse de protocole du TAT, on constate que Rachid 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 labilité et en dernière est l'utilisation des procédés d'émergence des processus primaires.

Concernant l'investissement du côté relationnel est caractérisé par les mécanismes suivants ; la prépondérance des procédés défensifs d'ordre d'évitement de conflits ; manque des procédés défensifs tel que labilité. D'après les mécanismes de défense utilisés, on note que la sexualité de Mourad est perturbée.

Cas Sofiane : D'après les données du TAT on constate que les procédés ou les mécanismes qui prédominent ce sont ceux d'évitement du conflit et par un pourcentage élevé. En deuxième lieu les procédés qui relèvent du registre labilité. 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 à l'annulation (planche 16) ; la prédominance des procédés défensifs 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 utilisée, on constate que la sexualité du Sofiane est perturbée.

Cas Salim : L'analyse de protocole du TAT, on constate que Salim 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 des procédés d'émergence des processus primaires.

Concernant l'investissement du côté relationnel est caractérisé par les mécanismes suivants ; la prépondérance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; manque des procédés défensifs tel que labile, concernant le côté relationnel. D'après les mécanismes de défense utilisés, on note que la sexualité de Salim est perturbée.

Cas Mourad : L'analyse de protocole du TAT, on constate que Mourad 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 des procédés d'émergence des processus primaires.

Quant à l'investissement du côté relationnel est caractérisé par les mécanismes suivants ; la prépondérance des procédés défensif d'ordre d'évitement de conflits ; manque des procédés défensifs tel que labile. D'après les mécanismes de défense utilisés, on note que la sexualité de Mourad est perturbée.

Pour conclure on constate que l'homme atteint par l'insuffisance rénale chronique impact la qualité de la vie sexuelle chez tous les cas qu'on a vu , en présentant d'une baisse de plaisir, baisse de la libido, le manque de relations sexuelles, diminution de la fréquence sexuelle, l'impuissance sexuelle,...ces caractéristiques diffère d'un cas à un autre, Ce qui a été confirmé par Lacan dans le cas d'impuissance, où il souligne la peur pour le sujet de voir disparaître son désir : « le sujet craint de ne pas avoir l'arme absolue, le phallus suffisamment grand, pour sa satisfaire la jouissance de l'autre, qui peut se présenter sans limites.... », et par M. Mercier, 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.. ..

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 ».....

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 hémodialysés.

Conclusion générale

L'analyse clinique de nos quatre cas d'étude assurent cette liaison entre la maladie de l'insuffisance rénale chronique avec nécessité de soins par l'hémodialyse et les complications et les répercussions sur le plan physique, psychologique ; affectif, émotionnel, et particulièrement relationnel.

Le relationnel à une importance primordiale pour tout être humain, parce qu'il se réfère non seulement aux relations ordinaires mais aussi à celles qui sont plus courantes intime, il est liée à l'affectivité et à l'affection sexuelle et à ses troubles, notamment chez les sujets vulnérables tels que les insuffisants rénaux chronique, dont la sexualité est une complication de la maladie, nous nous sommes focalisés sur la catégorie des hommes qui fait l'objet de notre recherche.

Comme notre sujet de recherche se focalise sur l'aspect relationnel, nous avons choisi en tant que référence théorique, la théorie psychanalytique de Freud qui traite ces aspects de relation d'objet dans toutes ses dimensions d'une manière approfondie.

Dans notre étude de recherche intitulé « la vie sexuelle chez les hommes hémodialysés », que nous avons réalisés dans l'Etablissement Public Hospitalier (EPH) de Sidi-Aich, Bejaia, nous avons constaté que le trouble sexuel est bien réel et persistant dans la majorité des cas et que le degré de perturbation diffère d'un cas à un autre.

La première hypothèse est confirmée, d'abord par le fait que la vie sexuelle chez les hommes hémodialysés, se caractérise par la diminution de la fréquence sexuelle, l'impuissance sexuelle et par la baisse de la libido, ainsi par le manque de la fréquence de relations.

La deuxième hypothèse est aussi confirmée, à partir de l'utilisation du test du TAT, par lequel nous avons constaté que le tissage des récits a eu recours à certains procédés défensifs.

Nos deux hypothèses sur la vie sexuelle des dialysés est réfutable, mais les résultats de toute recherche scientifiquement pertinente ne sont pas fixe et non absolu, en raison de notre population d'étude qui n'est pas autochtone. Ajoutant à cela le fait qu'on n'a pas bénéficié d'une formation spécialisée en psychanalyse.

Enfin, il convient de souligner que cette recherche demeure une expérience dans des conditions d'apprentissage à travers lesquelles nous avons beaucoup découvert et appris des choses, sur le plan personnel, humain et en particulier sur le plan scientifique, comme c'est une contribution positive sur le plan méthodologique. Nous nous sommes donc autorisés à toucher à l'un des problèmes de santé publique, puis comprendre leur vécu psychologique et leur souffrance les plus intimes. De plus, cette recherche a été une grande opportunité pour nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

En dernier, une conclusion ou un certain nombre de questions prospectives inhérentes au thème, objet de notre travail, sont posées, ouvrant ainsi le champ à nos camarades étudiants et à d'autres chercheurs à des recherches plus approfondies.

Question1 : Quelles sont les caractéristiques de la vie sexuelle chez les femmes hémodialysées ?

Question2 : Penser à l'élaboration d'un dispositif d'accompagnement concernant la vie sexuelle des insuffisants rénaux chroniques.

Bibliographie

Bibliographie

- Anzieu, D., et Coll. (1961). Les méthodes projectives. Paris, France : Dunod.
- Archinard, M., Haynal, A., Pasini, W. (1997), Médecine psychosomatique, Paris. France : Masson
- Baguelin. Pinaud, A., Moinier D., Fouldrin G., Le Roy, F., Etienne, I., Godin, M., Thibaut, F., (2009) transplantation rénale, troubles anxio-dépressifs et qualité de vie.L'Encéphale, (35), 429-435.
- Boubchir, M.A (2020).Le quotidien amer du dialysé, Bejaïa. Algérie : El Hakim
- Chabert, C. Et Brelet-Faulard, F. (2003). Nouveau manuel du 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 recherche en psychologie clinique. Paris, France : Dunod.
- Chiland, C. (1999). L'entretien clinique, Paris, France : PUF.
- Chilland, C. (1983). L'entretien clinique. Paris, France : PUF.
- Clémence, S. (2010). L'approche psychosomatique du patient dialysé.(Diplôme universitaire), Université Pierre et Marie Curie , Paris VI
- Cupa, D., Riazuelo, H., Gourdon, M. L et Girard, M.(2014),Les douleurs psychiques du patient dialysé et de son entourage. Cahier scientifique.(6), 57-62.
- Cupa, D. (2002). Psychologie en néphrologie. Paris, France : K.
- De-neuter, P. (2001). Le symptôme sexuel et ses multiples causalités, cahiers de psychologie clinique, (16) ,143-157.
- Fernandez, L, Catteeuw, M. (2001). La recherche en psychologie clinique. Actualités et nouvelles perspectives pour la recherche en psychologie clinique. Paris, France : Deug.
- Freud. (1956). Naissance de la psychanalyse. Lettres à W. Flies. Paris, France : PUF.
- Gohin, M. (2011). Le trouble sexuel. Repéré à <http://blog-psychologue.overblog.com/page-le-trouble-sexuel-8856822.html>

- Hoarau, M. (2011). Traitement de l'insuffisance rénale, cours de formation. In rein écho, France. Repéré à [http://www.Reinechos.fr/ancienneversion/WPcontent/.../02/cours-formation-texte. pd](http://www.Reinechos.fr/ancienneversion/WPcontent/.../02/cours-formation-texte.pdf)
- Kimmel, PL., Peterson, R., Cohen, S., (2006). Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Nature Clinical Practice Nephrology* ; (12) : 678-687.
- Lagache D. (1949). L'unité de la psychologie : psychologie expérimentale et psychologie clinique, Paris, France : PUF.
- Laplanche, J et Bertrand, P-J. (1973). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris, France : PUF.
- Lefebvre, G. (2005). Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplantés. In échanges de la FIDTN, Petit quevilly, N°74.1-4. AFIDTN. Repéré à www.afidtn.com/medias/annuairebibliographie/948_template.pdf
- Neveu, P. (2012-2013). Physiologie rénale. Repéré à <http://www.yumpu.com/fra/Document/view/.../physiologie-rénale-Pauline-Ne>
- Pidinielli, J-L. (1994), Introduction à la psychologie clinique. Paris, France : Nathan.
- Reuchlin, M. (2002). Les méthodes en psychologie. Paris, France : PUF.
- Shentoub, V., Et Coll. 1990. Manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique. Paris, France : Dunod.
- Sillamy, N. (1991). Dictionnaire de la psychologie. Paris, France : La rousse

Annexes

Annexe 1 : Le guide d'entretien en Kabyle

Al maaloumat ig anane amoutine

- Amek ismik ?
- Achehal g laamrik ?
- Almi danda teqrata ?
- Anwa assegass itevdit la dialyse ?

El maaloumat ig anane tazmerth n toura n wemdane

- Amek it steqvlet lekhver n lehlak-ik ?
- Amek itesaadate la dialyse-ik tamenzouth ?
- Tenoumed la fistule ?
- Amek itesshousayet i yimanik men baad et aqvel la dialyse ?
- Di lehssav-ik amek idyevda lehlak-ik alma idilheq gher da ?
- Dachoutte sebba n lehlak-ik di lehssav-ik ?
- Tess3ite hed ikit3iwinen di lechghal-ik ?
- Tekhedmet ljehd g la journée ? Dachoth ?
- Amek itesshoussout asma atkhedmet ljehd ?
- Tess3ite akka chwiya les informations ghef ayen ye3nan lehlak-ik ?
- Tetta3et le regime-ynek n lmakla ?
- Amek itettwalitte le traitement n dwa-ynek, toufit ghores ?
- Amek iyella yidssik ?

Ayen ye3nane tazmarth n zik n wemdane

- Tehelket atas di temziyneq ?

- Tekhedmet yakan lakssida negh teblissit yakan ? Achehal itess3it di l3emrik mi yedra wakken ?
- Amek issqewmen s yessek ?
- Tfenke yakan g svitar ? Tkhedmet yakan apparatione ?
- Ten3ettavete yakan di temzi-ynek ?
- Tettkeyifete ?
- Tess3it di lfamillyak widak iyhelken am lehlak-ik ?

Ayen ye3nane al3alaqa d wiyad akk l3alaqa n lem3achra tmetouth-is

- Deg mi tkhedmet l'hémodialyse, amek tella l3alaqa ynek akk del fammilliak ?
- Amek twalite l3alaqa ynek lwahi d tviv-ik akk difremliyen ?
- Amek tella l3alaqa n lehnnana wahi tmetouth-ik ? I weqvel lehlak ?
- Segmi tellit hémodialysé, tveghout tametouthik ?
- Tettili garawen l3alaqa-nni ? Amek itella ?
- amek tettwali tametouth-ik l3alaqa-nni aqvel, wembe3d lehlak-ik ?
- Tess3ite sou3ouvath i waken atkhedmet l3alaqa-nni ? Dachoutente g lehssav-ik ?
- Tezrit negh tevghite atezret tviv-ik negh amoussnaw negh amdakl-ik y kerven ?

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 (Émergence en processus primaire)
<p>A0 - Conflictualisation intra - personnelle.</p> <p>A1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Histoire construite proche du thème bannal. 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 puisionnelle et la défense. 8 - Remâchage, rumination. 9 - Annulation. 10 - Éléments de type formation réactionnelle (propreté, 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 - Conflictualisation 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 soupes 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. Récit 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/appréciations personnelles. 9 - Erotisation 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 - Titi 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, piécagés. 5 - Nécessité de poser des questions. Tendances relus, Relus. 6 - Evocation d'éléments anxiogènes 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 signifiante 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. Kérealisation de Soi. <p>C/M</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Survivissement de la fonction d'élayage de l'objet. 2 - Idéalisation de l'Objet (valence positive ou négative). 3 - Piroquettes, virevoites. <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 d'objets détériorés ou de personnes malades, malformés). Fabulation hors image. 7 - Inadéquation du thème au stimulus 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 - Confusion des identités ("Télescope des rôles) 12 - Instabilité des objets. 13 - Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. 14 - Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. 15 - Clivage de l'objet. 16 - Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiologies ou attitudes. 17 - Craquages verbales (Troubles de la syntaxe) 18 - Associations par contiguïté, par consonance, coq à l'âne. 19 - Associations courtes. 20 - Vague, indétermination, flou du discours.

Résumé

L'analyse clinique de quatre cas d'étude de cette recherche affirme cette liaison entre la maladie de l'insuffisance rénale chronique avec nécessité de soins par hémodialyse et les effets et blessures qu'elles provoquent sur les plans physiologiques, psychologiques, affectifs, émotionnel et surtout relationnel. A titre particulier, le relationnel revêt une importance capitale pour tout être humain, car il renvoi non seulement aux relations ordinaires mais aussi à celles les plus intimes, il s'agit de l'affectivité et de la fonction sexuelle et ses troubles surtout chez les catégories vulnérables telles que les insuffisants rénaux chroniques soignés par hémodialyse, dont la sexualité est une complication de cette maladie, qui est l'objet de ce travail de recherche

Abstract

The clinical analysis of four case studies from this research affirms this link between the disease of chronic renal failure with the need for hemodialysis care and the effects and injuries it causes on the physiological, psychological, affective and emotional levels. And above all relational. In particular, the relationship is of paramount importance for every human being, because it refers not only to ordinary relationships but also to the most intimate ones, it is about affectivity and sexual function and its disorders, especially in women. Vulnerable categories such as chronic renal insufficiency treated by hemodialysis, whose sexuality is a complication of this disease, which is the subject of this research work