

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE E POPULAIRE**  
**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA**  
**RECHERCHE SCIENTIFIQUE**  
**UNIVERSITE ABEDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA**  
**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET**  
**SCOCIALES**  
**DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DE**  
**L'ORTHOPHONIE**



## ***Mémoire de fin d'étude***

Pour l'obtention du diplôme de Master en psychologie  
clinique

Option : psychologie clinique

### **Thème**

**Le fonctionnement mental chez les hémodialysés.**

**Présenté par :**

**OUARI Siham**

**Encadré par :**

**Madame IKARDOUCHENE Zahia**

**Promotion 2021/2022**

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et Miséricordieux, qui m'a donné la force et la patience D'accomplir ce Modeste travail.

En second lieu, Je tiens à remercier avec profonde gratitude mon honorable encadreur Madame IKARDOUCHENE Zahia pour ses précieux Conseils et son aide durant toute la période du travail et surtout sa Patience. Me vifs remerciements vont également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail de recherche en acceptant de l'examiner et de l'enrichir par leurs propositions.

A ma famille J'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis (es), qui m'ont toujours soutenu et encouragée au cours de la réalisation de mes études et de ce mémoire.

Mes remerciements vont également aux personnels de l'établissement de santé (EPH) de Kherrata, qui mon aidé avec toute possibilité durant mon stage aux services de l'hémodialyse.  
Ala patiente qui m'a accordé son consentement à participer à cette présente étude.

**DEDICACES**

*Au terme de ce modeste travail, je tiens  
à exprimer ma dédicace :*

*A mes très chers parents.*

*A mon frère **A. Karim***

*A mes sœurs **Nassima, warda, souhila,  
Djamila, Mouna***

*A mes nièces et neveux : **louay, Ayoub,  
maria, Inass, Oussama.***

*A mes chères amies : **Lamia, Bouchra,  
Tafsut, Yassmine.***

*A toute la famille **Ouari et Redouane.***

*Je souhaite que ce travail soit à la  
hauteur de tout ce qu'ils ont pu faire pour  
moi.*

***Siham***



## Liste des figures

N	Les significations	Page
<b>Figure N° 1</b>	Le de l'organisme rein joue le rôle de centrale d'épuration de l'organisme...10Article hôpitaux universitaires de Genève Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève	10
<b>Figure N° 2</b>	Schéma Coupe sagittale du rein. MARIB E.N. [61].	20
<b>Figure N° 3</b>	Présentation d'un générateur de dialyse. <a href="https://www.sante-sur-le-net.com">https://www.sante-sur-le-net.com</a> .	25
<b>Figure N° 4</b>	Principaux abords vasculaires. <a href="https://psychologie-sante.tn/qu'qu'une-fistule-arterio-veineuse">https://psychologie-sante.tn/qu'qu'une-fistule-arterio-veineuse</a> .	29
<b>Figure N° 5</b>	Fistule artério-veineuse de Cimino-Brescia. <a href="https://fr.m.wikipedia.org">https://fr.m.wikipedia.org</a> .	30

## Liste des tableaux

<b>N</b>	<b>Tableau</b>	<b>Page</b>
<b>Tableau n°1</b>	La population d'étude	43
<b>Tableau n°2</b>	Le tableau ci-dessous récapitule l'ordre de présentation des planches en fonction de sexe et de l'âge du sujet	47

# **Table des matières**

## Table des matières

### REMERCIEMENTS

### DEDICACES

Liste des figures

Liste des tableaux

Introduction générale .....1

### Partie théorique

#### Chapitre I: Présentation de l'étude

1. Introduction : .....3

1.1 Questionnement de l'étude : .....6

1.2 Hypothèses de l'étude : .....6

2. Objectifs de l'étude : .....6

3. Importance de l'étude : .....7

4. Définitions opérationnelles des variables de l'étude : .....7

4.1 Mentalisation : .....7

4.2 Bonne mentalisation : .....7

4.3 Mentalisation « fragile »: .....8

4.4 La mentalisation incertaine : .....8

4.5 L'insuffisance rénale : .....8

4.6 Hémodialyse : .....8

4.7 La dialyse : .....9

5. Les limites de l'étude : .....9

#### Chapitre II: Fonctionnement Mental

Préambule : .....10

1. Le fonctionnement mental : .....10

2. Définition de la psychosomatique : .....11

3. Les différentes études qui ont abordé l'hémodialyse : .....11

4. Les différents courants théoriques de la psychosomatique : .....12

4.1 Les courants postfreudiens de la psychosomatique : .....12

4.2 Les courants théoriques d'avant-guerre : .....12

4.3 .....14

5. La psychosomatique intégrative : .....16

5.1 Historique : .....16

5.2 Définition : .....17

Résumé : .....18

#### Chapitre III: L'aspect médical de l'hémodialyse

Préambule : .....19

1. Anatomie du rein : .....19

2. L'appareil artificiel ou dialyseur : .....20

3. Historique de l'hémodialyse :	26
4. L'hémodialyse	27
5. Les types d'hémodialyse :	27
5.1. L'hémodialyse périodique :	27
5.2. La dialyse péritonéale :	28
6. L'insuffisance rénale chronique	28
6.1 Définition de l'insuffisance rénale chronique :	28
6.2. Les types d'insuffisances rénales :	30
6.2.1 Insuffisance rénale chronique :	30
6.2.2 Insuffisance rénale aiguë :	31
6.3. Les symptômes de l'insuffisance rénale chronique :	31
6.3.1 L'excès de liquide entraîne :	31
6.3.2 L'anémie :	32
6.3.3 Les autres symptômes :	32
6.4 Les cause de l'insuffisance rénale	32
6.4.1 Les causes de l'insuffisance rénale aiguë:	32
6.4.2 Les causes de l'insuffisance rénale chronique :	32
Résumé :	33
Partie 2	36
La partie pratique de la recherche	
Chapitre IV: Procédures méthodologiques de l'étude	
Introduction	34
1. L'approche adoptée dans cette présente étude et sa définition :	34
2. Le lieu de la recherche :	35
3. L'enquête	37
4. La méthode clinique :	37
5. Les techniques utilisées	38
5.1 L'entretien clinique	38
5.2 Entretien clinique semi-directif	40
5.3 Le TAT	40
5.3.1 Histoire	40
5.3.2 La situation TAT	41
5.3.3 Matériel	42
5.3.4 Les problématiques globales	43
5.3.5 Consigne	45
5.3.6 Temps	46
6. La population de l'étude	46
6.1 Sélection de notre population d'étude	46
6.2 Les critères d'homogénéité retenue	47
6.3 Les critères non pertinents de sélection	47

7. L'analyse des techniques utilisées : .....	48
8. L'analyse du test de TAT.....	48
9. Les mécanismes de défense : .....	48
10. Opérationnalisation de la mentalisation par TAT :.....	51
11. Analyse de cas : .....	53
Conclusion :.....	53
Chapitre V: Analyse des données	
Conclusion générale.....	85
La liste bibliographique	
Résumé	

# **Introduction générale**

Les reins sont deux organes importants, sont source de vie et de puissance les perdre nécessite un traitement de suppléance par la dialyse ou greffe de rein. Malgré que le corps humain soit remarquablement bien conçu de par le fait que ses organes ont, pour la plupart, une réserve fonctionnelle très importante : ils peuvent fonctionner de façon efficace même après avoir été lésés. Ainsi, pour le foie par exemple, des conséquences graves n'apparaîtront au niveau du foie que s'il est détruit à plus des deux tiers. Aussi, une personne peut généralement vivre avec un seul poumon ou un seul rein.

La maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves. L'insuffisance rénale est une des maladies chronique touche aujourd'hui un grand nombre de personnes à travers le monde dans les pays riches comme dans les pays pauvres.

L'insuffisance rénale chronique est une maladie silencieuse, les reins s'arrêtent de fonctionner correctement, ne filtre plus le sang de l'organisme le patient lui-même ignore sa maladie, jusqu'à l'apparition des symptômes. Si l'insuffisance rénale est majeure, la fonction rénale peut être supplantée par la dialyse ou la transplantation. En effet, le diagnostic n'est prononcé qu'en stade terminale où les symptômes seront accentués.

L'hémodialyse est vécue comme une nécessité vitale mais aussi constitue une contrainte lourde. Le patient se trouve confronté aux remaniements, voire agressions, parfois brutaux et difficilement acceptés, que subissent son corps et sa vie personnelle. Pour lutter contre ce tueur silencieux, et qui prend son temps, une seule solution traiter dès les premiers stades afin de ralentir l'évolution vers la phase ultime. (P. Jungers. N.K.Man. C. Legendre, 2004, P.3).

Actuellement, on constate, une augmentation du nombre des personnes atteintes par cette maladie, Cette dernière reste toujours insidieuse et méconnue par le grand public.

En Algérie, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique<sup>1</sup> est en constante augmentation. Plus de 3500 nouveaux cas sont enregistrés chaque année (Graba, 2010) en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies métaboliques qui endommagent les reins, particulièrement le diabète et l'hypertension artérielle.

Sur le plan psychosomatique, et selon la théorie de P. Marty, le fonctionnement mental influe la tenue du corps. Et cette influence diffère selon le type de la mentalisation, qui varie d'une bonne mentalisation à la mauvaise. Cette dernière se différencie d'un individu à un autre

et chez le même individu selon les moments de sa vie.

Pour réaliser notre thème de recherche qui porte sur « le fonctionnement mental chez les hémodialysés », nous avons choisis comme lieu d'étude, le service d'hémodialyse de l'EPH de Kherrata Bejaïa, L'approche psychosomatique de Marty, a servi de cadre référentiel à notre étude qui avait portée sur 02cas.

Ainsi, pour la récolte des données, nous avons choisis l'entretien de recherche **L'entretien** semi-directif, le test projectif « TAT » pour déterminer la nature de fonctionnement psychosomatique chez les hémodialysés.

Cette relation étroite entre le corps et l'esprit qui nous attirer à effectuer cette recherche afin d'enrichir les connaissances actuelles sur le vécu de la maladie et d'une autre part la plus essentielle qui vise à aider le patient souffert de cette maladie à mieux vivre, s'adapter à sa situation et à sa maladie.

Pour mieux enrichir et éclairer les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui se compose les parties suivantes :

**Première partie** : Théorique subdivisée en trois chapitres qui sont comme

Suit :

**Chapitre I** : : présentation de l'étude.

**Chapitre II** : fonctionnement psychosomatique.

**Chapitre III** : Greffe Rénale.

# **Partie théorique**

# **Chapitre I**

## **Présentation de l'étude**

## **Hypothèse et problématique :**

### **1. Introduction :**

La maladie est une « altération de la santé d'un être vivant, toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et para cliniques, une évolution, un pronostic et un traitement » (YBERT et Al, 2001, P559).

Une maladie chronique est une « maladie de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou le décès par cachexie ou par complication d'une maladie aigüe » (BERUBE, 1991, p130).

L'insuffisance rénale chronique terminale impose le traitement de substitution. La transplantation impose des délais, la dialyse péritonéale n'est toujours possible ou souhaitées, reste l'hémodialyse du grec haima « sang » et dialysis « séparation » - séparation des substances dissoutes de poids moléculaires différents par diffusion au travers d'une membrane semi- perméable.

L'hémodialyse est pourtant l'un des traitements de l'insuffisance rénale (IRT) qui permet aux malades de survivre à cette pathologie mortelle. Ce traitement est une véritable substitution à la fonction rénale. Le patient est piqué, « rattaché » a une machine qui a pour but de pomper le sang, le filtrer afin de le restituer débarrasser des substances toxiques et du liquide excédentaire qui encombrant l'organisme. Le malade doit se plier à cette épuration trois fois par semaine durant quatre à cinq heures, le temps de dialyse dépendant du poids pris entre deux séances.

Ainsi traité, le malade voit son insuffisance rénale perdurer alors qu'il y a encore cinquante ans il en serait mort. L'IRT fait partie de ces affections devenues chroniques grâce aux avancées médicales de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, au même titre que le diabète.

Certains patients insuffisants rénaux chroniques, traités par hémodialyse, développent une représentation particulière de ce traitement de la maladie en lien avec les notions de « rupture biographique », de symptômes et d'exposition à la mortalité, nous avons étudié les raisons menant à un vécu de l'hémodialyse selon ces modalités. Il apparaît que le caractère asymptomatique de l'insuffisance rénale chronique et le manque de représentation liée a son diagnostic ne permettent pas la prise de conscience de la gravité de la maladie. A contrario, le

traitement, par ses effets secondaires et par les représentations liées au corps qu'il suscite, expose le patient à sa vulnérabilité et à sa mortalité. Cet amalgame, s'il devient confusion, a des conséquences négatives pour les patients traités par hémodialyse mais aussi pour ceux traités, ensuite, par une transplantation rénale.

L'hémodialyse rénale correspond à une technique d'épuration sanguine extracorporelle de suppléance de la fonction rénale. Cette méthode permet donc, de remplacer la fonction rénale déficiente, soit de manière définitive (hémodialyse chronique), soit de manière transitoire, dans l'attente d'une récupération de la fonction rénale (hémodialyse aiguë).

L'hémodialyse ne correspond, donc pas à un traitement palliatif des insuffisances rénales majeurs. (RADERMACHER, 2004, p.16)

Selon le dictionnaire médical l'hémodialyse est une « technique d'épuration sanguine extrarénale, au moyen d'hémodialyseur qui fonctionnent sur un circuit de circulation extracorporelle » (QUEVALLIERS, 2009, P. 432).

L'hémodialyse est une méthode permettant d'épurer le sang extra corporellement dans une machine appelé le dialyseur. Une fistule artério-veineuse au niveau du bras, dont la qualité sera déterminante, doit être probablement réalisé par un chirurgien vasculaire. Elle offre un site de ponction haute pression ce qui facilite la circulation extracorporelle qui est toutefois aidé par une pompe à galet. (DEPEYRE, 2010, P.16).

L'entrée en dialyse est une étape de la vie où les ressources de chacun sont fortement sollicitées car elle touche toutes les sphères de la vie : familiale, affective, sociale et professionnelle, un temps est donc nécessaire pour que le malade puisse s'adapter, trouver de nouvelle organisation, mobiliser ses ressources et évacuer la charge émotionnelle.

L'annonce de la maladie est presque toujours vécue comme un traumatisme. Souvent brutal inattendu d'autant plus que la maladie rénale est silencieuse. Elle cause que peu de symptômes apparents et cette maladie est invisible à soi et aux yeux des autres. Socialement elle n'est pas reconnue et surtout méconnue.

L'hémodialyse ne correspond pas donc, à un traitement curatif mais bien à un traitement palliatif des insuffisances rénales majeurs.

Toutefois, en tant que traitement palliatif, l'hémodialyse est vécue comme une nécessité

vitale et constitue une contrainte lourde. En effet, le patient se trouve confronté aux remaniements, voire agressions, parfois brutaux et difficilement acceptés, que subissent son corps et sa vie personnelle, familiale et socioprofessionnelle. Ces perturbations sont à l'origine de difficultés d'adaptation et de détresse psychologique. (NJAH, M et Al, 2001, P.353).

Cette pathologie grave et son traitement lourd et chronique, bouleverse la vie du patient, tant sur le plan économique, physique, psychologique et atteint, de ce fait, sa qualité de vie.

Cependant, tenter de comprendre la personnalité humaine, ainsi prédire ce qui peut la désorganiser, nécessite une hiérarchisation entre ce qui est psychique étant à l'origine d'une atteinte organique, et ce qui est organique venant frapper directement le corps puis retentir sur le psychisme. L'une des principales causes qui ont conduit P. Marty à abandonner le dualisme corps psyché et le remplacé par l'unité psychosomatique où il affirme la continuité fonctionnelle entre le corps et la psyché.

La psychosomatique s'intéresse, donc, aux mouvements psychiques et somatiques ainsi que les relations entre ces mouvements chez les malades somatiques. Selon P. Marty, il existe un lien précis entre la situation conflictuelle du malade et sa maladie (P. Marty et coll., 1963, P.14).

P. Marty insiste sur le concept de la mentalisation qui concerne la qualité, la quantité, le dynamisme et la permanence des représentations mentales telles qu'elles apparaissent (normales ou pathologiques), ces représentations constituent la base de la vie mentale de chacun de nous » (P. Marty, 1991, P.11).

P. Marty et ses collaborateurs : M. De M'Uzan, C. David, mettent en nuance dans leur livre « investigation psychosomatique » (1963), le fonctionnement mental des sujets atteints d'une maladie organique ; tous les patients ont un fonctionnement mental, ce fonctionnement mental diffère d'un patient à l'autre, et chez le même patient son fonctionnement mental diffère selon les différentes périodes de sa vie. P. Marty affirme et insiste sur le fait que quelle que soit l'atteinte organique, il est impossible de la comprendre et de la traiter si on ne se réfère pas à l'économie psychosomatique générale du sujet. Par ailleurs, Marty insiste aussi sur le concept de la mentalisation qui « concerne la quantité, la qualité, le dynamisme et la permanence des représentations mentales telles qu'elles apparaissent, - normales ou pathologiques - ainsi ces représentations constituent la base de la vie mentale de chacun de nous ». (P. Marty, 1991, p

11). Ce dernier caractérise le travail de l'appareil mental.

La théorie psychosomatique de Pierre Marty constitue la référence théorique de notre recherche parce qu'elle s'intéresse à l'unité psychosomatique, et à la qualité de la mentalisation et son influence sur la tenue du corps.

A partir de ces données concernant les hémodialysés et leur fonctionnement mental, nous avons posé les questions suivantes :

### **1.1 Questionnement de l'étude :**

1. Quel est la nature de fonctionnement mental chez les hémodialysés ?

1.1 Leur fonctionnement serait-il « fragile » tel qu'il est décrit par Pierre Marty ?

1.2 Le fait de souffrir de la même maladie (insuffisance rénale), donnera –t-il le même type de fonctionnement chez les malades ?

### **1.2 Hypothèses de l'étude :**

Vue la gravité de l'atteinte du corps et en tenant compte des travaux de Pierre Marty, on s'attend à ce que :

1. Le fonctionnement mental de nos sujets variera entre une mentalisation moyenne à une mentalisation « fragile ».

2. On s'attend à ce que le fonctionnement mental soit spécifique à chaque cas ; Il n'y aura donc, pas de type de fonctionnement caractéristique au hémodialysés.

### **2. Objectifs de l'étude :**

Nous avons choisi ce thème « le fonctionnement mental chez les hémodialysés » dans le but de comprendre plus profondément cette maladie aussi grave. Comprendre ces malades et leur fragilité est susceptible de nous aider à mieux prendre en charge les patients souffrants d'insuffisance rénale, notamment que nous avons come projet de faire carrière dans ce service.

En fin appuyer sur ces nouvelles idées et nouvelles connaissances à propos des maladies en général et de l'insuffisance rénal en particulier.

### **3. Importance de l'étude :**

Dans notre étude portée sur le thème « le fonctionnement mental chez les hémodialysés ». Exige l'utilisation de la théorie psychosomatique, qui avait servi comme arrière-plan théorique, afin d'expliquer l'impact du fonctionnement sur des patients hémodialysés. Notre recherche est portée sur deux cas, pris dans les services d'hémodialyses de l'hôpital de Kherrata.

### **4. Définitions opérationnelles des variables de l'étude :**

#### **4.1 Mentalisation :**

La notion de mentalisation créée par P. Marty s'inscrit dans une conception économique de l'évolution individuelle. Elle s'inspire du point de vue économique exposé par Freud dans « Au-delà du principe de plaisir » (1920), selon lequel un excès d'excitation peut conduire à un état traumatique si les moyens de défense psychiques sont débordés. Ces excitations provenant des instincts et des pulsions et déclenchées par des circonstances et événements divers doivent nécessairement se décharger ou s'écouler. Pour P. Marty, trois voies s'offrent alors à elles : la voie de l'élaboration psychique, la voie du comportement et la voie somatique. La mentalisation concerne ainsi et avant tout le travail des représentations, leur quantité, leur qualité et leur dynamisme.

Elles qualifient l'aptitude de l'appareil psychique à lier l'excitation pulsionnelle à travers les systèmes et réseaux de représentations, d'associations, d'idées diverses et de réflexions chargées d'affects. Pour P. Marty, la mentalisation est variable selon les individus et variable chez un même sujet. Cette conception suppose des insuffisances de la mentalisation et son débordement passager ou durable (S. Claude, 2009).

#### **4.2 Bonne mentalisation :**

Caractérise les individus qui « ont en permanence à leur disposition une grande quantité de représentation psychique liées entre elles et enrichies pendant le développement de multiples valeurs affectives et symbolique ». (P. Marty, 1990, P.30).

Selon R. Debray, la mentalisation serait la capacité à gérer le conflit, l'angoisse et la dépression, la bonne mentalisation renvoie ainsi à la disponibilité et à la puissance des mécanismes psychiques (mécanisme de défense), qui permettent de contenir, de gérer et

d'élaborer des excitations qui se manifeste sur plusieurs formes : fantasme, rêves, symptôme. (R. Debray, 1996, P.35).

#### **4.3 Mentalisation « fragile » :**

Elle est caractérisée par une réduction de la quantité des représentations, une pauvreté de préconscient, autrement dit l'épaisseur du préconscient qui renvoie à l'accumulation de leur couche transversale à travers les phases de développement notamment de la petite enfance et de l'enfance (très réduite), et cette pauvreté renvoie à la pauvreté des paliers de fixations qui se sont constitués à travers ces périodes.

Elle est caractérisée aussi par une pauvreté de qualité de représentation autrement dit, les liaisons entre les représentations dispensables sont mal assurées, elles ne se prêtent pas aux associations d'idées et ne s'enrichissent pas de valeur affectives et symboliques à travers le temps. (Marty. P, 1990, P.29).

#### **4.4 La mentalisation incertaine :**

Dans ce type de mentalisation, les sujets traitent d'une façon non stable l'excitation, ce qui engendre une difficulté à cerner par le psychologue lui-même le type mentalisation chez ces sujets, car l'irrégularité de leur fonctionnement est patente, il varie entre la bonne mentalisation et la mauvaise mentalisation.

#### **4.5 L'insuffisance rénale :**

C'est une réduction néphrotique plus ou moins lentement progressive à laquelle fait suite une adaptation jusqu'à une certaine limite par les néphrons restants afin de sauvegarder l'homéostasie (Boubchire A. 1996, P.22).

#### **4.6 Hémodialyse :**

Selon le dictionnaire Larousse de la médecine, l'hémodialyse est utilisée dans certains cas d'intoxication grave, mais c'est surtout le traitement majeur de l'insuffisance rénale aiguë et chronique. À moins qu'une greffe de rein puisse être pratiquée, le traitement de l'insuffisance rénale chronique par hémodialyse est définitif.

L'hémodialyse permet d'épurer le sang des déchets qui sont normalement éliminés dans l'urine, il consiste à mettre en contact à travers une membrane semi-perméable appelée

dialyseur (ne laissant passer que les petites et les moyennes molécules) le sang du malade et un liquide dont la composition est proche de celle du plasma normal (dialysat). (Le Petit Larousse de la médecine, 2010, P. 444).

#### **4.7 La dialyse :**

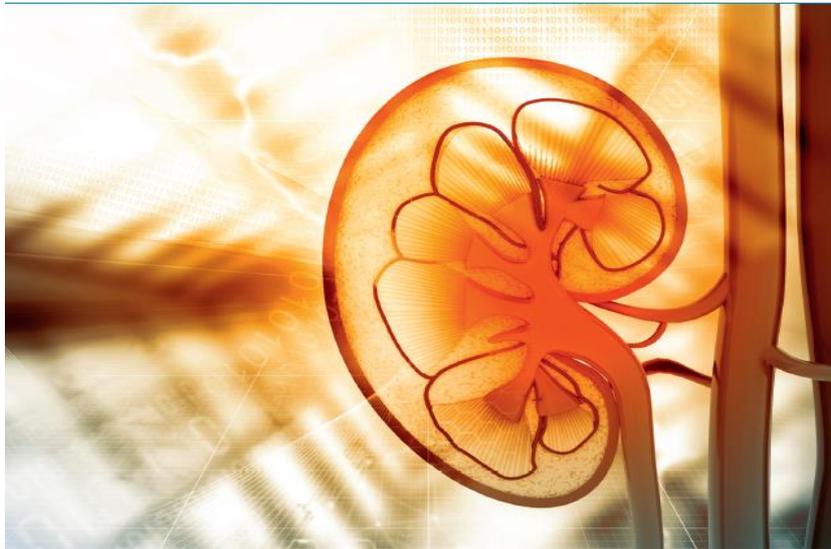
La dialyse est une technique médicale, qui permet d'assurer artificiellement les fonctions d'épuration du sang qu'effectuent en temps normal les reins. Avant la mise au point de la dialyse, l'insuffisance rénale chronique terminale était une maladie systématiquement mortelle.

#### **5. Les limites de l'étude :**

- **Limites spatiale :** Le service d'hémodialyse de l'EPH de Kherrata Bejaïa
- **Limites de temps :** Du 06 mars 2022 au 21 avril 2022.
- **limites de groupe :** 02 cas (une femme et un homme).
- **Outils de recherches :** Entretien clinique et test de TAT.

# **Chapitre II**

## **Fonctionnement Mental**



**Figure n°1 :** Lede l'organisme rein joue le rôle de centrale d'épuration de l'organisme.

### **Préambule :**

Les reins sont des organes qui nettoient sans cesse le milieu interne de l'organisme humain. Mais aussi peuvent être atteintes par de multiples maladies parmi elles « l'insuffisance rénale chronique ».

L'insuffisance rénale est une pathologie largement méconnue du grand public, et pourtant, des milliers de personnes en souffrent. Cette pathologie devient un véritable problème de santé public, elle est caractérisée par la perte des fonctions des reins et lorsque les reins ne fonctionnent plus un traitement de substitutions s'impose : la dialyse péritonéale et plus particulièrement l'hémodialyse.

L'hémodialyse est une méthode très efficace, elle permet de remplacer la fonction rénale déficiente, c'est une méthode d'épuration extra-rénale à l'aide d'une machine (la dialyse).

Dans ce chapitre je vais aborder la greffe rénale et le fonctionnement psychosomatique.

### **1. Le fonctionnement mental :**

Le fonctionnement mental rassemble un ensemble de concepts fondamentaux de différentes structures (structures névrotiques, psychotiques et développement limbique). Ces points sont : la quantité et la qualité des représentations, voire l'absence et l'abondance de ces représentations et la qualité des rêves, les types d'anxiété, la nature du conflit, la subjectivité, les types de mécanismes de défense, etc. Selon P. Marty, « Ce n'est qu'en sachant comment

un système complexe est construit (ou mieux, dans ce cas, comment il est construit) que nous pouvons vraiment comprendre la fonction d'un système complexe. Comprendre le développement de la personnalité est rétrospectif. L'histoire de la structure qui définit le fonctionnement humain en des moments successifs (R. Perron, 1985, p. 12).

En d'autres termes, la mentalisation est caractéristique du fonctionnement des machines mentales, mais elle varie d'une personne à l'autre et parfois même au sein d'une même personne. Cette distinction dépend de sa période Vie (histoire personnelle, traumatisme, environnement familial)

## **2. Définition de la psychosomatique :**

La psychosomatique est un nouveau regard sur l'homme malade et participe de ce fait à l'histoire de la médecine. Depuis ses origines, la médecine s'est construite selon différents courants conceptuels au sein desquels la vie de l'esprit a pris une place plus ou moins importante.

L'apparition de ce nouveau courant médical que le terme désignait visait à introduire dans le courant organiciste et expérimental de la médecine des facteurs d'ordre psychique pour rendre compte de la causalité et de l'étiopathogénie de certaines maladies.

Les manifestations les plus primitives du psychisme sont inscrites dans la physiologie des fonctions viscérales correspondant aux besoins vitaux. « La dualité disparaît – écrit-il – si nous considérons le phénomène psychique comme un aspect subjectif de certains processus physiologique » (Marty. P, 1990, P. 89).

## **3. Les différentes études qui ont abordé l'hémodialyse :**

Les services de néphrologie et les centres d'hémodialyse sont des contextes d'intervention particuliers pour le psychologue clinicien au sein desquels celui-ci tente de (re)donner la parole, d'amener « le corps muet » (Widlöcher, 1995, P. 9) à penser, corps et psyché rendus muets, par un environnement déshumanisant, machinique en hémodialyse (Causeret, 2006).

Le sujet en insuffisance rénale chronique, menacé par sa maladie somatique de mort, a recours à des méthodes palliatives, ce qui entraîne une métamorphose, par laquelle un double menaçant est toujours présent, et ce, même si le sujet est dialysé depuis plusieurs dizaines d'années. « Devenu une image d'épouvante » (Freud, 1919), chaque patient malade

somatiquement et dialysé a, en lui, ce double de lui-même déjà mort, persécuteur, prenant une forme variable : une ombre, un reflet, un portrait, un sosie ou encore un jumeau (MijollaMellor, 2002, P. 496).

En hémodialyse, un de ces doubles est la machine de dialyse elle-même. Pour 1919, P. 215). Le sujet dialysé, malade somatiquement et chroniquement, le spectre de cet autre lui-même déjà mort est déjà-là, le hantant, le persécutant

(Jean-Dit- Pannel, 2014). C'est l'inquiétante étrangeté. L'inquiétante étrangeté peut se traduire également par « le non-familier », « l'étrange familier » (Roustang, 1976), ou « le (familier) pas comme chez soi » (Pontalis, 1985, P. 212).

## **4. Les différents courants théoriques de la psychosomatique :**

### **4.1 Les courants postfreudiens de la psychosomatique :**

Après Freud, plusieurs psychanalystes se sont intéressés à la psychanalyse des maladies somatiques.

### **4.2 Les courants théoriques d'avant-guerre :**

Ferenczi a consacré une partie de son œuvre à la psychanalyse des maladies organiques. La notion de pathonévrose qu'il a créée cherchait à rendre compte des remaniements névrotiques et, par extension, psychotiques ou narcissiques survenant à la suite d'une maladie organique. La place du masochisme dans ces évolutions a été envisagée par l'auteur.

Groddeck a élaboré une doctrine psychanalytique de maladies organiques selon laquelle le ça du tout puissant était apte à produire aussi bien un symptôme névrotique, un trait de caractère qu'une maladie somatique. Toute maladie somatique se voit ainsi attribuée une valeur symbolique et est susceptible d'être traitée par la méthode psychanalytique. L'absence de toute espèce de discrimination et de différenciation entre les différents niveaux psychiques et les niveaux biologiques et physiologiques comptent parmi les points les plus critiquables de la théorie de Groddeck (Ferenczi.S. 1974. P. 53- 65).

F. Alexander, élève et collaborateur de Ferenczi, a développé principalement aux Etats-Unis, au sein de l'Ecole de Chicago qu'il a créée, un courant de psychosomatique appelé le courant de la médecine psychosomatique. Sa conception repose sur une approche dualiste du malade somatique associant un point de vue psychanalytique et un point de vue physiopathologique. La médecine psychosomatique s'est construite sur deux ensembles théoriques : la théorie de la névrose d'organe issue de la conception freudienne de la névrose actuelle postule que les émotions durablement réprimées sur le plan psychique sont véhiculées par des voies nerveuses autonomes jusqu'aux organes qu'ils modifient dans leur fonctionnement, dans un premier temps pour aboutir à des troubles fonctionnels puis dans un second temps à des maladies organiques. La théorie de la spécificité postule qu'à chaque émotion correspond un syndrome physiopathologique spécifique. Les travaux d'Alexander et de ses collaborateurs de l'Ecole de Chicago, ainsi que d'autres auteurs nord-américains, ont abouti à l'édification de profils de personnalités reliés à un certain nombre de maladies somatiques, dites psychosomatiques. Si les conceptions du courant de la médecine psychosomatique sont critiquables du point de vue psychanalytique, les observations et travaux au sujet d'un certain nombre d'affections, tels l'asthme bronchique, l'ulcère gastro-duodéal ou l'hypertension artérielle gardent un grand intérêt historique et ont ouvert la voie aux travaux ultérieurs de psychosomaticiens, en particulier en France après la seconde guerre mondiale (Freud.S.1970, P. 28).

Dans le prolongement des travaux de l'Ecole de Chicago, la notion de maladies du stress ou plus simplement de stress a pris une extension considérable aujourd'hui dans le cadre de la médecine occidentale. Elle est devenue un nouveau paradigme qui tend à remplacer la notion de psychosomatique et désigne un ensemble hétérogène de maladies et symptômes somatiques dont la caractéristique est de comporter une étiologie multifactorielle dans laquelle figure un facteur psychologique. La notion de stress est associée aux travaux du biologiste Hans Selye et définit une situation individuelle de réponse non spécifique à une agression (« syndrome général d'adaptation »). Ses travaux et ceux de Walter Cannon sont à l'origine d'une application à la psychosomatique d'un modèle de maladies liées à des troubles de l'adaptation. La médecine psychosomatique de Franz Alexander en représente l'illustration la plus remarquable. Aujourd'hui, la notion de stress devient indissociable de celle de traumatisme, ce dernier jouant le rôle d'agresseur et les maladies du stress sont interprétées de plus en plus comme des états morbides post-traumatiques (Freud.S.1970, P. 116).

### **4.3 Les courants théoriques d'après-guerre en France :**

Les courants théoriques d'après-guerre en France : C'est au début des années 1950 qu'un certain nombre de psychanalystes français commencent à s'intéresser aux patients somatiques. La diffusion en Europe des travaux des psychosomatiques nord-américains et la critique de leurs positions théoriques ont abouti à de nouvelles conceptions psychanalytiques du fait psychosomatique. Le recentrage de la pratique psychanalytique auprès des patients somatique sur la relation et le transfert a permis à divers auteurs de développer une nouvelle approche psychanalytique du fait psychosomatique. Les débats théoriques qui se développent alors entre différentes écoles portent principalement sur la question du sens du symptôme somatique. Pour certains, le symptôme somatique était un vecteur de sens, pour d'autre, il résultait d'une structure psychique dont l'effet principal était la dégradation du sens à différents niveaux (Marty P. Aspect psychodynamique de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgie. Conférence à la société psychanalytique de 1950).

#### **a) La conversion généralisée de J.P. Valabrega (1964) :**

La conception de J.P. Valabrega repose sur l'idée de l'existence d'un noyau conversionnel chez tout individu. Le corps est ainsi conçu comme un préconscient chargé d'une mémoire signifiante. Ainsi, tout symptôme somatique contient un sens que le travail de la cure psychanalytique vise à découvrir et à élaborer. Cette conception, notons-le, laisse irrésolue la question de savoir si ce sens appartient au patient ou à l'analyste interprétant. Par ailleurs, elle ne distingue pas le sens qui appartient à la genèse du symptôme somatique de celui qui appartient à un second temps, celui des remaniements survenant après coup au cours du travail psychanalytique chez un patient atteint de maladie somatique (Valabrega J.P.1996.P.10)

#### **b) L'école de Paris de Psychosomatique :**

Vers la fin des années 40 est née l'Ecole de Paris de Psychosomatique. Elle réunit un certain nombre de psychanalystes de la Société de Psychanalyse de Paris : P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan, Ch. David, auxquels se sont joints d'autres psychanalystes. Les premiers travaux dirigés par P. Marty, seul ou en collaboration avec M. Fain, ont concerné des malades céphalalgiques, rachialgiques ou allergiques et datent des années 50. Ils mettaient l'accent sur l'insuffisance des mécanismes de défense névrotique et attribuaient aux symptômes somatiques une valeur substitutive mais dépourvue de dimension symbolique, comme le

symptôme conversionnel-hystérique. La notion de régression somatique est née au cours de ces années par analogie à la notion de régression psychique libidinale. Au début des années 60, une vaste synthèse théorico-clinique a été élaborée et a pris forme dans un ouvrage collectif *L'investigation psychosomatique* (1962) rédigé par P. Marty, M. de M'Uzan et Ch. David. Cet ouvrage peut être considéré comme l'acte de naissance de la psychosomatique en tant que discipline psychanalytique. De nouvelles notions cliniques apparaissent telles, la dépression sans objet, la pensée opératoire, le mécanisme de reduplication projective, et un nouveau point de vue domine désormais l'investigation psychosomatique de patients atteints d'affections somatiques graves, le point de vue économique. Selon ce nouveau point de vue, toutes les productions humaines sont envisagées dans leurs transformations les unes par rapport aux autres. Ainsi en est-il des productions psychiques, symptômes névrotiques ou psychotiques, traits de caractère, perversions, sublimations mais aussi des comportements et des somatisations.

A partir de *L'investigation psychosomatique* et au sein de l'Ecole de Paris, différentes sensibilités théoriques vont se développer. P. Marty élabore une doctrine évolutionniste de l'économie psychosomatique. Celle-ci repose sur la coexistence et l'alternance de deux types de mouvements individuels. Les premiers, dits de vie, sont des mouvements d'organisation hiérarchisée. Les seconds, dits de mort, sont des mouvements de désorganisation. L'évolution individuelle aboutit ainsi, pour chaque individu, à l'édification de systèmes de fixation-régression plus ou moins résistants au courant de désorganisation. D'une manière générale, les somatisations graves résultent de façon plus ou moins durable de l'échec de ces systèmes de défense, tandis que les somatisations bénignes en sont les témoins.

Dans ses travaux, M. Fain met l'accent sur l'inachèvement de la structure œdipienne du petit de l'homme et futur somatisant lié à la prééminence de conjonctures traumatiques dans sa relation précoce à sa mère et à son père. De ce fait, la voie de la réalisation hallucinatoire du désir est plus ou moins durablement barrée et le Moi s'organise prématurément sur un mode autonome. L'état de déliaison pulsionnelle fait ainsi le lit des somatisations qui peuvent alors être interprétées comme un destin singulier de la pulsion.

M. de M'Uzan distingue les troubles psycho-fonctionnels des maladies organiques. Les premiers seraient liés à un processus de régression tandis que les secondes résulteraient d'une modalité spécifique de fonctionnement mental. Cette modalité, qualifiée initialement de structure psychosomatique par son auteur, appartiendrait en fait à la palette habituelle de

fonctionnements psychiques chez tout individu. Elle associe une carence de la vie fantasmatique, une pensée opératoire et le mécanisme de réduplication projective, et résulte d'une déqualification de l'énergie psychique (Marty. P, 1963, P 198).

## **5. La psychosomatique intégrative :**

### **5.1 Historique :**

Le terme « psychosomatique » est né dans la seconde moitié du XIX siècle en 1818, sa « paternité » est attribuée à un psychiatre Allemand Heinroth. Il exprime la conviction de l'influence des passions sexuelles sur la tuberculose, l'épilepsie et le cancer. Cette nouvelle courante médecine de l'époque des facteurs d'ordre psychique pour tenter de rendre compte de la causalité et de l'étiopathogénie de certaines maladies.

En 1828, ce psychiatre autrichien introduit également le terme de « somatopsychique ». Il s'applique aux maladies où le facteur corporel modifie l'état psychique. Ces deux termes sont les prémices de l'idée de l'unité psyché-soma qui est l'hypothèse et le concept de base de la médecine psychosomatique.

Néanmoins cette approche de l'individu dans sa globalité est plus ancienne. Hippocrate décrivait déjà que « l'homme est un tout répondant aux stimulations internes et externe, corps et psyché, et que la séparation entre corps et esprit était artificielle ». La philosophie aristotélicienne considéré également à l'époque que tout être, objet ou individu est composé de manière indissociable d'une matière et d'une forme c'est l'idée de « l'hylomorphisme ».

Ce concept d'unité sera repris au cours des siècles par de nombreux autres mouvement, avec entre autres « l'interactionnisme » de Descartes qui affirme que corps et âme sont deux substances ayant une influence réciproque. Puis Freud décrira en 1923, qu'il était conscient de facteurs psychogènes dans les maladies. En 1952, Alexander décrit sept maladies psychosomatiques. Puis les précurseurs de l'école de paris, Deutsch, élabore une méthode d'anamnèse associative des maladies psychosomatiques à partir d'un abord psychanalytique qui sera à l'origine de la méthode d'investigation de P. Marty.

Petit à petit, il se dégage de toutes ces théories une approche pluricausale de la maladie et du malade, confère Balint. Marty, quant à lui, soutiendra que « L'Homme est psychosomatique par définition ». Ses concepts seront repris, développés, enrichis et affinés

par la suite par Stora qui introduit la notion « d'unité psychosomatique ». Il élabore en 1999, la psychosomatique intégrative. Cette nouvelle discipline intègre, pour ce qui est du modèle psychique, le modèle de fonctionnement psychique de la métapsychologie de Freud et pour ce qui est des autres systèmes, les découvertes les plus récentes du fonctionnement biologique ainsi que les approches des neurosciences. (Stora, J.-B. (2012). Cours Année 2012-2013, Intitulé : Histoire de la psychosomatique).

## **5.2 Définition :**

Stora décrit la psychosomatique intégrative comme une approche de système de système.

C'est une discipline qui se trouve au carrefour de l'inter relations entre psychanalyse, médecine et neurosciences. Elle a pour objectif d'établir des liens entre les niveaux du vivant en prenant appui sur la recherche scientifique de toutes les disciplines scientifiques, telle que la psycho-neurobiologie, la psycho-neuro-endocrinologie et la neuro-psychanalyse entre autres.

Cette discipline se base sur une méthode psychosomatique décrite et validée scientifiquement grâce aux travaux de recherche de Stora. Il s'agit d'évaluer de façon globale le risque psychosomatique du patient somatique grâce à une méthode d'évaluation et de diagnostic de la santé psychosomatique. (Stora, J.-B (2012). Les cahiers de recherche de psychosomatique intégrative n°1, Société de Psychosomatique Intégrative).

L'apparition de ce nouveau courant médical que le terme désignait visait à introduire dans le courant organiciste et expérimental de la médecine des facteurs d'ordre psychique pour rendre compte de la causalité et de l'étiopathogénie de certaines maladies.

Les manifestations les plus primitives du psychisme sont inscrites dans la physiologie des fonctions viscérales correspondant aux besoins vitaux. « La dualité disparaît – écrit-il – si nous considérons le phénomène psychique comme un aspect subjectif de certains processus physiologique » (Marty.P., 1990, p. 89).

**Résumé :**

Depuis l'invention de la psychanalyse par Freud, une nouvelle voie d'abord des maladies somatiques s'est trouvée ouverte et plusieurs psychanalystes l'ont utilisée dans leurs observations cliniques et dans leurs cures psychanalytiques. Ainsi s'est développé un nouveau courant psychosomatique, d'origine psychanalytique, par opposition au courant strictement médical. Ce dernier part de la notion de maladie pour en rechercher tous les facteurs étiologiques, facteurs biologiques et facteurs d'origine psychique. Au contraire, la psychosomatique psychanalytique part de l'homme malade et de son fonctionnement psychique pour comprendre les conditions dans lesquelles a pu se développer une maladie somatique.

# **Chapitre III**

## **L'aspect médical de l'hémodialyse**

**Préambule :**

Les reins sont deux organes appartenant au système urinaire, présentant une forme de haricot, et localisés dans l'abdomen à hauteur des deux dernières vertèbres thoraciques et des deux premières lombaires, de part et d'autre de la colonne vertébrale. Habituellement, le rein droit est situé légèrement plus bas que le rein gauche. Un rein mesure en moyenne 12cm de haut sur 6cm de large, et fait 3cm d'épaisseur, mais sa taille peut diminuer en cas d'insuffisance rénale chronique (sante médecine. Journal des femmes.com) .

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 bassin) puis fin (l'uretère : qui va amener dans la vessie l'urine fabriquée par le rein) ([Http://reinechos.info](http://reinechos.info)).

Autrement dit l'appareil urinaire comprend deux organes glandulaires : les reins. Deux conduites excrétrices : les uretères. Un réservoir : la vessie. Un conduit reliant la vessie à l'extérieur : l'uretère.

Un individu peut rester en bonne santé avec un seul rein fonctionnant 10 à 20% de sa capacité normale. Mais l'insuffisance rénale, quand elle arrive au stade terminal va affecter l'organisme de plusieurs manières (Boubchir. M. A, 2004, P22).

**1. Anatomie du rein :**

Les reins sont des organes qui nettoient sans cesse le milieu interne de l'organisme humain. Mais aussi peuvent être sujets à de multiples maladies parmi elles « l'insuffisance rénale chronique ».

L'insuffisance rénale est une pathologie largement méconnue du grand public, pourtant des milliers de personnes en souffrent. C'est une pathologie qui devient un véritable problème de santé public, elle est caractérisée par la perte des fonctions et lorsque les reins ne fonctionnent plus, un traitement de substitutions s'impose : la dialyse péritonéale c'est à dire l'hémodialyse.

L'hémodialyse est une méthode très efficace, elle permet de remplacer la fonction rénale déficiente, c'est une méthode d'épuration extra-rénale à l'aide d'une machine (la dialyse).

Dans ce chapitre nous allons aborder le fonctionnement mental.

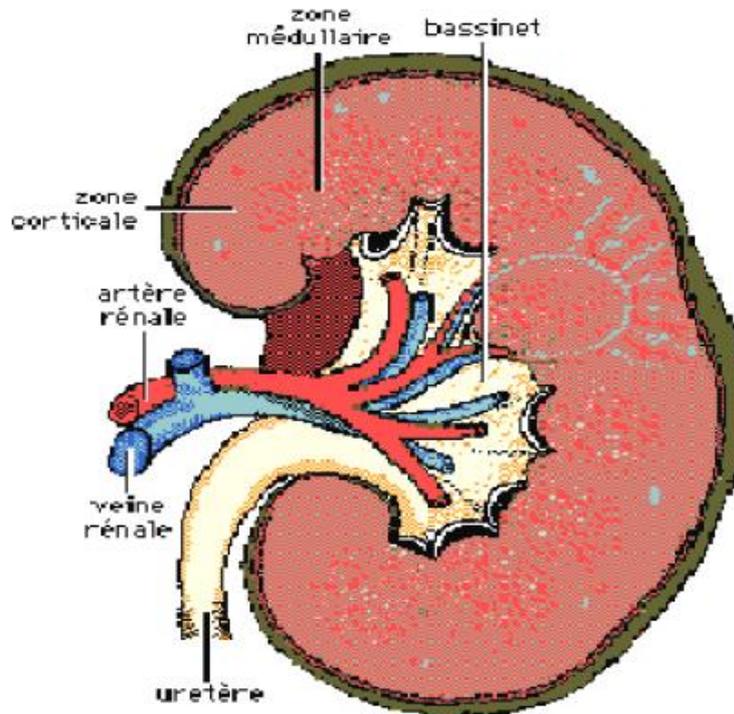


Figure n°2 : Schéma Coupe sagittale du rein. MARIB E.N. [61]

## 2. L'appareil artificiel ou dialyseur :

### ✓ Le dialyseur et sa représentation pour le malade :

Hémodialyse, un de ces doubles est la machine de dialyse elle-même. Pour le sujet dialysé, malade somatiquement et chroniquement, le spectre de cet autre lui-même déjà mort est déjà-là, le hantant, le persécutant (Jean-Dit-Pannel, 2014). C'est l'inquiétante étrangeté. L'inquiétante étrangeté peut se traduire également par « **le non-familier** », « L'étrange familier » (Roustang, 1976), ou « le (familier) pas comme chez soi » (Pontalis, 1985, P. 212).

L'inquiétante étrangeté figure « cette variété particulière de l'effrayant qui remonte au depuis longtemps connu, depuis longtemps familier » (Freud, 1919, P. 215).

Debray rappelait que « selon la formule déjà ancienne de D. Anzieu.

(1998, P. 280). Il apparaît que c'est cela aussi être chercheur, d'autant plus en psychologie clinique, en psychopathologie et en psychanalyse. Les recherches du clinicien complètent, enrichissent sa pratique, en lui permettant de connaître toujours un peu plus un champ particulier au sein duquel il exerce, par une position auto-méta ou « pensée réflexive », position entraînant réflexion, changement et succession (Roussillon, 2007, P. 7). Rappelons ici que le préfixe méta, que l'on retrouve dans métapsychologie et métamorphose, signifie « Après », « au-delà de », « avec » (*Le Robert*), quand morphesest le synonyme d'acclimatation : « Action de se familiariser, de s'adapter à quelque chose de nouveau ; résultat de cette action » ou encore « Adaptation individuelle d'un organisme humain, animal ou végétal à un autre climat que celui de son lieu d'origine » (Larousse, 1997).

#### ✓ **Le déroulement de séance de dialyse :**

Nous nous proposons ainsi ici d'étudier un contexte d'intervention clinique particulièrement complexe, empreint de pulsion de mort, celui de l'hémodialyse, au sein duquel des psychologues cliniciens aux côtés de soignants médicaux et paramédicaux peuvent apporter leurs spécificités, « pour une écoute plurielle » (Cupa. D., 2002, P. 9).

Dans des centres d'hémodialyse, trois fois par semaine, des sujets viennent faire épurer leur sang des déchets toxiques que leurs reins n'éliminent plus suffisamment, sans quoi ils en mourraient. Les lits – *lits* d'angoisse de mort –, en centre lourd, ou fauteuils, dans les autres cas 7, des patients sont côte à côte, distancés d'un à deux mètres. Il y a par exemple des salles de huit lits, d'autres plus cloisonnées de deux à quatre fauteuils, enfin, des salles d'isolement, lorsqu'il y a un problème somatique plus particulier.

Quand les patients arrivent à leur centre, ils sont, chacun leur tour, avec un ordre de passage, pesés, afin de constater les variations de poids, ici surtout de prise hydrique (eau que les reins éliminent insuffisamment), puis leur tension est prise. Il faudra alors régler la machine en conséquence, d'un certain rythme, d'une certaine durée également, quatre heures en moyenne.

Les sujets ne sont en ces lieux plus que des chiffres au-dessus ou en-dessous d'une moyenne médicalement acceptable, chiffres plus ou moins contrôlables, plus ou moins saisissables. Pour Debray, « le contre-investissement médical que constitue le traitement [...] »

peut apparaître comme une procédure mécanique visant à réguler un chiffre : le taux [...] qui varie lui-même d'une manière mécanique. » (Debray. R., 2003, P. 27).

Autres mécaniques, par une fistule artério-veineuse créée à demeure dans le bras des patients, ils sont ensuite, par deux aiguilles reliant l'artère et la veine à un circuit extracorporel, « branchés » à la machine, l'hémodialyseur.

Métaphore d'une prise électrique s'introduisant, le sujet devient, tel Robocop ou Terminator, un cyborg, mi-homme mi- machine (Causeret. C., 2006, P. 78), se déchargeant et se rechargeant à la fois. Fantasmatiquement, ces aiguilles, la machine, voire l'infirmier ou le médecin, à la fois curegivers et caregivers, viennent sucer, pomper le sujet de son énergie, de sa vitalité, de son sang, le dévitalisant et le revitalisant simultanément (Abram.H.S., 1968).

Cet acte intrusif, véritable morsure de vampire, plus ou moins douloureux selon les cas, est fortement angoissant. Les curegivers « ouvrent » de cette façon le corps du sujet afin que celui-ci ne meure pas, ce qui rend incertaines les limites entre le dedans et le dehors. En hémodialyse, les sujets « hors du temps » par leur survie somatique doivent se donner passivement afin d'être décloisonnés par une fistule artério-veineuse, des aiguilles, des tubulures, et une machine permettant au sang, comme dans une scène de crime, d'être « Excorporéisé » (Cupa.D., 2007, P. 185), « hors de l'espace », afin d'être purgé.

Des tubulures transparentes se remplissent de leur sang, afin d'être longuement purgés.

Les patients en hémodialyse se plaignent beaucoup de la longueur de ces séances : il s'agit du temps subjectif (Jean-Dit-Pannel, 2012), déterminé par les conditions dans lesquelles est vécu ce temps avec ce paradoxe de perdre du temps à vivre pour ne pas mourir, pour continuer à vivre. Car c'est bien la question du temps qui est posée par la chronicité de la maladie : le temps restant à vivre. Rappelons que chronicité vient du grec *khronos*<sup>1</sup>, le temps.

Ainsi, si le corps est intrus par la maladie somatique et chronique, le temps lié à la maladie agit activement et insidieusement le corps et la psyché du sujet.

Les machines d'hémodialyse indiquent différents paramètres ainsi que le temps restant à épurer. Au cours de la séance, les alarmes des machines peuvent sonner, ce qui peut nécessiter

---

<sup>1</sup> - Dans la mythologie grecque, Kronos, Titan, fils de terre et de ciel, engloutissait ses enfants, métaphore du temps qui passe et nous mange chacun, peu à peu, ce qui est fantasmatiquement particulièrement actif en hémodialyse. Zeus, le dernier des enfants de Kronos, auquel il a pu échapper, ne manquera cependant pas de faire vomir son père de ses frères, père qui sera alors enchaîné au Tartare. À ce propos, certains patients se sentent en hémodialyse comme « enchaînés », « en prison », voire

certaines réglages. Cela est parfois « effrayant » pour les patients, parfois « insupportable », selon le bruit que fait l'alarme et s'il s'agit de l'alarme de sa machine ou de celle d'une autre, parfois indifférenciables. L'alarme de la machine peut mettre en alarme, Il n'est pas rare d'entendre des patients dire que leur machine « crie », humanisant cette dernière : « Elle crie, elle a faim », comme si la machine se nourrissait du sang de celui-ci, tel un vampire, mort-vivant 9, sous ses différentes représentations, de Vlad III l'Empaleur à Dracula en passant par Nosferatu (Wilgowicz, 1991 ; Cupa. D., 1995, 2002, 2007).

Cette sonnerie est à contrario parfois rassurante : ainsi, un infirmier, voire un médecin, va s'approcher du sujet, ce qui peut l'amener à provoquer ces alarmes, véritable appel par procuration, afin de plus/pas se sentir seul.

Pendant ces quatre heures de purge somatique, les patients s'occupent comme ils le peuvent : ils regardent la télévision, écoutent de la musique, lisent, parlent entre eux. Il y a parfois pour eux l'impossibilité de s'occuper, comme un enfant qui ne joue plus, qui ne sait plus jouer, qui ne peut plus jouer, dès les premières séances d'hémodialyse ou après un certain temps.

Bien entendu, il s'agit du jeu au sens de Play, pas de Gameici. Car si « le jeu est universel et correspond à la santé » (Winnicott, 1971, P. 90), comment jouer, cerné par tant de contraintes, quand « l'homme ne joue que là où, dans la pleine acception de ce mot, il est homme et il n'est tout à fait homme que là où il joue » (Schiller. F., 1795, P. 221).

Ces contraintes ne sont pas uniquement celles des séances de dialyse : elles sont également celles des restrictions alimentaires et hydriques, des (trop) nombreux médicaments, des visites médicales, ici et là, d'une potentielle attente de transplantation rénale. Cela peut conduire au refuge quasi permanent dans le sommeil, ce qui est tout comme « le départ ou le mutisme, ou encore le fait de rester introuvable », une autre « des représentations oniriques de la mort » (Mijolla-Mellor, 2002, P. 1103). Par association à ces dernières, il existe également des (en)jeux de couvertures, afin de se créer une peau protectrice, faisant barrière au Moi-peau passoire en dialyse. Car, si la peau, l'enveloppe, existe, [...] sa continuité est interrompue par des trous ». Alors, « l'angoisse est considérable d'avoir un intérieur qui se vide » (Anzieu. D., 1985, P. 125). « Je suis troué de partout, si on me met dans l'eau, je coule », dira en riant défensivement Antoine. Certains patients vont ainsi se cacher intégralement sous leur(s) couverture(s), visage compris. Véritable chrysalide, ces sujets entre

vie et mort, morts-vivants, se créent un cocon, s'enferment en lui, à l'intérieur duquel, en sommeil, ils attendent une liberté, une autre métamorphose qui, par la maladie chronique entre autres, ne viendra jamais, peut-être seulement par une greffe rénale.

L'entre-deux de l'hémodialyse, entre vie et mort, se transforme en entredeux, « matrice de gestation ». Ce jeu des couvertures, ce phénomène de la chrysalide, est en lien à l'intimité brisée, intrusive, ouverte par un circuit extracorporel sanguinolent par lequel ce qui devait rester à l'intérieur est conduit au dehors, médicalement, mécaniquement.

À la fin de la séance, seul moment libérateur à condition que tout se soit bien passé, à condition, aussi, de ne pas être trop épuisé, le sang est restitué, les aiguilles retirées, le patient épuré est « débranché ». Là où les aiguilles sont entrées puis sorties, deux points de compression sont à faire. Parfois, ces temps de compression sont beaucoup plus longs et peuvent activer ou réactiver, des angoisses de vidage : se vider de son sang, voire de tout son sang, avec une angoisse encore plus vive en dehors du cadre de soin.

En plus de toutes ces différentes étapes, il faut venir et repartir chez soi.

Parfois, il y a jusqu'à une heure de trajet. Ainsi, pour le sujet, une séance d'hémodialyse dure bien plus longtemps que quatre heures. Du départ au retour à domicile, cela peut durer parfois jusqu'à sept heures, et ce, tous les deux jours, sans répit. Enfin, un patient en hémodialyse peut rencontrer de nombreux effets liés à ses traitements, parfois une ou des chutes de tension, des vomissements, des maux de tête, des crampes pendant la séance, ou encore, des difficultés liées à la fistule. Rien n'est jamais sûr pour le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé.

En hémodialyse, où tout est autant prévisible qu'imprévisible, on comprend alors mieux à quel point chaque séance d'hémodialyse « aboutit à une accumulation de microtraumatismes qui finissent par éroder psychiquement le patient, renforçant son sentiment d'insécurité, aggravant son état de détresse » (Cupa. D et Lébovici, 1997).

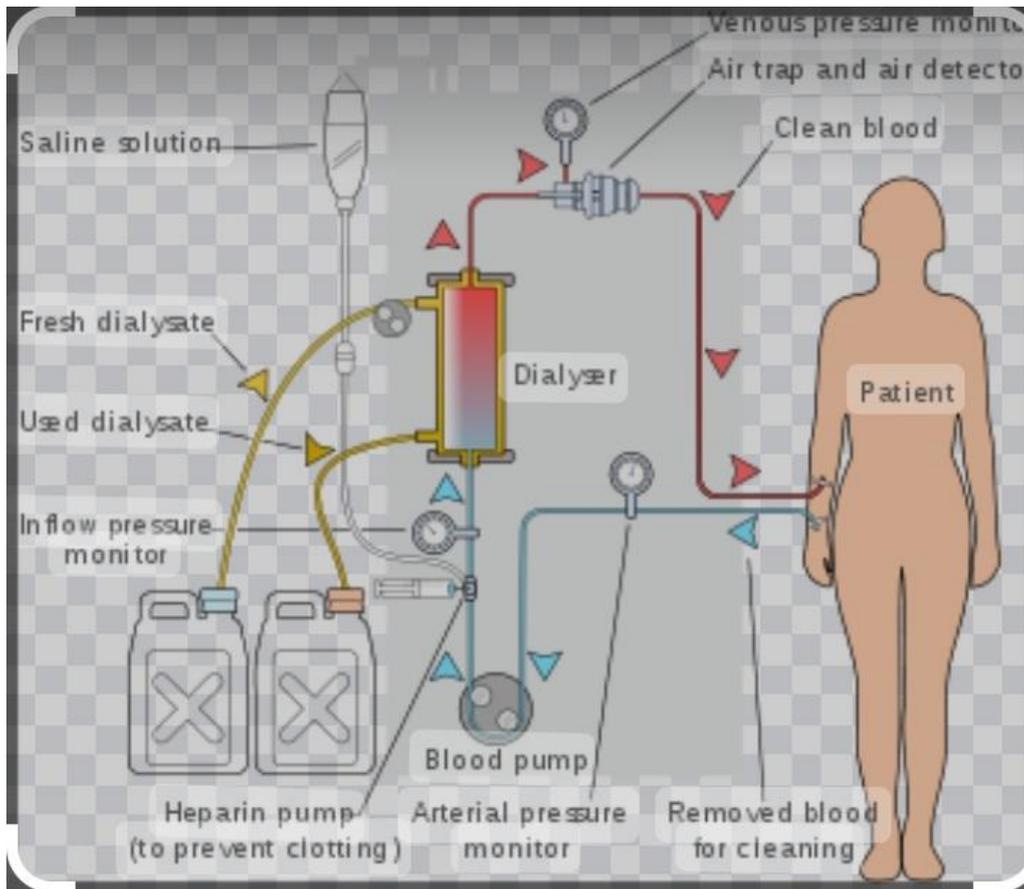


Figure n°3 : présentation d'un générateur de dialyse. <https://www.sante-sur-le-net.com>



Figure N° 3 : présentation d'un générateur de dialyse.

### 3. Historique de l'hémodialyse :

C'est en 1854 que le chimiste écossais Thomas Graham met en application les travaux relatifs au transfert d'un solvant et de solutés au travers d'une membrane semi-perméable, effectués dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle par le physiologiste français Henri Dutrochet. Le principe de l'hémodialyse est une membrane, même artificielle, laisse passer l'urée, petite molécule déchet de fonctionnement de l'organisme, mais se comporte comme une barrière infranchissable pour les grosses molécules biologiques comme le fait le rein.

En 1915 la première hémodialyse tentée sur un humain est réalisée en Allemagne par le docteur George Haas.

En 1922 découverte de l'héparine : elle sera utilisée par injection dans le circuit sanguin comme anticoagulant à partir de l'année 40.

En 1937 le professeur allemand W. Taminier constate que la cellophane, matériaux cellulose se révèle être une excellente membrane de dialyse.

1943 On attribue au docteur néerlandais Wilhelm Kolff la réalisation du premier rein artificiel à usage clinique. Au milieu des années 50 Le docteur Schreiber exploite les récentes découvertes du téflon et du Silastic pour créer un dispositif appelé « Shunt de Schreiber » permettant désormais un accès vasculaire permanent.

En 1962 Ouverture du premier centre de dialyse à Seattle, aux États-Unis.

En 1965 James Cimino crée les premières fistules artérioveineuses.

En 1970 L'électronique intègre les générateurs en améliorant le suivi des paramètres et la sécurité.

En 1980 La détection de présence d'air dans le circuit sanguin ; le dégazage et la détection de fuite de sang dans le circuit dialysat deviennent systématiques. Le bicarbonate remplace peu à peu l'acétate dans l'élaboration de dialysat.

En 1990 L'informatique intègre désormais elle aussi les générateurs aujourd'hui

L'évolution des dialyseurs, des circuits extracorporels, des appareils de dialyse associés à des protocoles sophistiqués a permis de diminuer les réactions secondaires, sur le plan clinique du

patient.

En France, on compte actuellement plus de 300 centres d'hémodialyse. 32 000 patients environ y sont traités à raison de trois séances de quatre heures par semaine en moyenne et certains depuis plus de vingt ans. (Afidtn, 2009, P.1.8).

#### **4. L'hémodialyse**

C'est une méthode de continuité qui utilise un générateur de dialysant, une circulation extracorporelle du sang sous la dépendance d'une pompe et d'un système sophistiqué de contrôle des paramètres et d'alarmes (Gaudin, 2006, P.2).

Selon le dictionnaire médical : l'hémodialyse c'est une technique d'épuration sanguine extrarénale, au moyen d'hémodialyseur qui fonctionne sur un circuit de circulation extracorporelle (Quevauvilliers. J, 2009, P. 432).

L'hémodialyse se définit comme : méthode permettant d'épurer le sang extra corporellement dans une machine le dialyseur. Une fistule artéio-veineuse au niveau du bras, dans la qualité sera déterminant, doit être réalisé par un chirurgien vasculaire. Elle offre un site de ponction haute pression ce qui facilite la circulation extracorporelle qui est toutefois aidé par une pompe à galet (Depeyre. J., 2010, P. 16).

Partant de cet ensemble de définition on peut dire que le traitement le plus adapté au patient sera choisi en fonction de : son état clinique, son âge, ses conditions familiales et professionnelles et ses préférences personnelles.

#### **5. Les types d'hémodialyse :**

##### **5.1. L'hémodialyse périodique :**

C'est la méthode la plus utilisée, elle concerne plus de 90 % des patients. C'est un mode d'EER (épuration extra rénale) qui a pour objectif de rétablir l'équilibre du milieu intérieur grâce à un traitement discontinu de trois à six heures par séances, en deux à trois séances par semaine. Elle est réalisée grâce à un circuit extracorporel du sang et du dialysat, le liquide de dialyse étant fabriqué par une machine appelée générateur de dialyse (DRACON, 2009, P.19)

## 5.2. La dialyse péritonéale :

La dialyse péritonéale consiste en un échange entre un liquide, le dialysat, et le sang du patient au travers du péritoine (fine paroi qui entoure les organes abdominaux). Un cathéter étanche, posé de façon permanente, permet le transfert du dialysat dans la cavité péritonéale. Le cathéter fait l'objet de soins quotidiens. Le patient doit se rendre tous les uns à deux mois dans un centre de dialyse pour une consultation médicale. Il existe deux méthodes de dialyse péritonéale : la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et la dialyse péritonéale automatisée (DPA). Toutes les deux peuvent se pratiquer à domicile (Fiche pratique #36 – La dialyse péritonéale – v1 - mars 2017 | Éditée par FRANCE REIN) (Ibid, P.20).

## 6. L'insuffisance rénale chronique

### 6.1 Définition de l'insuffisance rénale chronique :

Selon Rader marcher L'insuffisance rénale est une diminution du pouvoir épurateur des reins et correspond à une diminution du nombre de néphrons fonctionnels. En pratique il se manifeste avant tout par une clearance de créatinine. Il faut, cependant savoir que chaque néphron à un pouvoir donc aucune expression biologique. L'exemple le plus caractéristique est celui des individus porteurs d'un rein unique à la suite d'organe : la clearance de la créatinine reste dans les d'adaptations tel qu'il peut largement modifier son débit glomérulaire selon la demande (ce qui explique que les valeurs normales de clearance de créatinine peuvent passer du simple au double). C'est ainsi que lorsqu'un néphron n'est plus fonctionnel son voisin peut à lui entièrement compenser cette déficience. Une diminution de 50% du nombre de néphrons fonctionnels n'aura limites de la normale (Radermarcher, 2004, P.14).

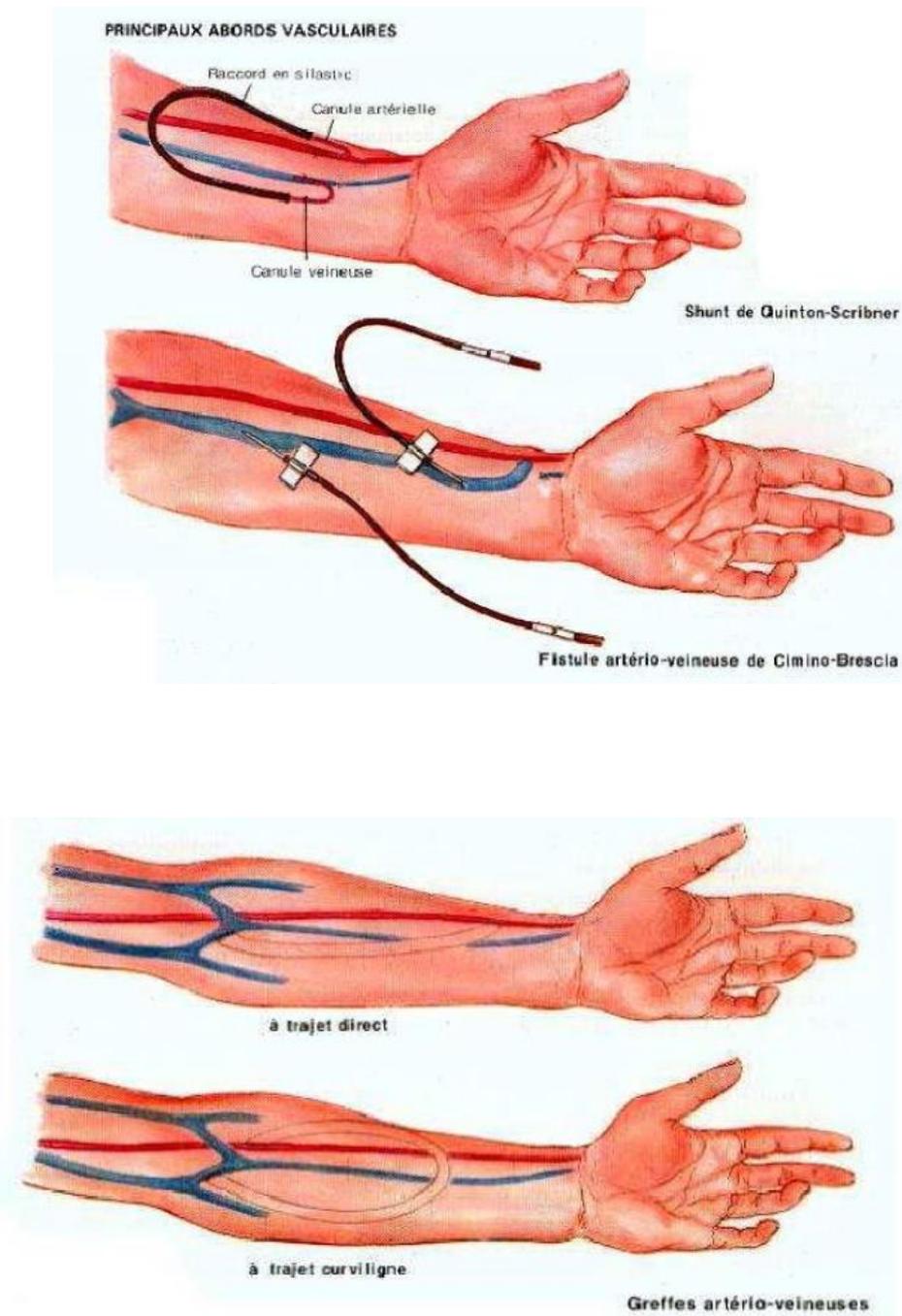


Figure N°4 : principaux abords vasculaires.



**Figure N°5 :** Fistule artério-veineuse de Cimino-Brescia.

## **6.2. Les types d'insuffisances rénales :**

### **6.2.1 Insuffisance rénale chronique :**

#### **Définition :**

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie comme Diminution de la filtration glomérulaire (FG) associée à une diminution Le nombre de néphrons fonctionnels permanents et définis (dont différencier de l'insuffisance rénale aiguë). Une autre définition est une diminution plus ou moins lente de la maladie rénale Progressivement, les néphrons restants sont ensuite adaptés à certaines limites pour maintenir l'homéostasie. C'est un changement fonction excrétrice et endocrine progressive du parenchyme rénal, Conséquences de lésions anatomiques irréversibles. Parce que la dispersion des valeurs physiologiques est très grande FG, IRC sont définis arbitrairement en choisissant une valeur limite inférieure Ordinaire''. Compte tenu de la dispersion des valeurs de FG, 16 % des sujets normaux avaient un FG de  $<110 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  et 2,5 % avaient un FG de  $<90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ .

En pratique, l'IRC inclut toutes les manifestations cliniques, Biologie et radiologie après la destruction capitale maladie du rein. Les reins sont chargés de pomper environ 189 litres par jour Le sang traverse 225 kilomètres de canaux et des millions de filtres « néphrons ».

N'importe qui peut rester en bonne santé avec un rein fonctionnel. 10% à 20% de la capacité normale. Mais l'insuffisance rénale, quand ça arrive Au stade final, l'organisme est affecté de plusieurs façons. Quelques Les symptômes reflètent une maladie causant une insuffisance rénale (néphropathie initiale), d'autres sont dues à un dysfonctionnement des reins eux-mêmes. Identique (Bouchir. M. A, 2004, p. 22).

### **6.2.2 Insuffisance rénale aiguë :**

#### **Définition :**

L'insuffisance rénale aiguë est caractérisée par une chute brutale de la filtration glomérulaire (FG). Elle se manifeste par des troubles hydro électrolytiques et de l'équilibre acido-basique. La première manifestation clinique est une chute de la diurèse. D'autres manifestations cliniques sont la conséquence d'accumulation de toxines du métabolisme azoté ou d'une défaillance de la fonction endocrine du rein.

L'IRA est la défaillance rapide (quelques heures à quelques jours) des fonctions rénales. Elle traduit la perte de l'homéostasie hydro électrolytique et acido-basique et/ou l'accumulation de déchets organiques (Boubchir. M.A., Allouche. L., Haned. A. H., 2007, P. 177)

### **6.3. Les symptômes de l'insuffisance rénale chronique :**

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 sanguin 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).

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 ([http : //rein-echos.info](http://rein-echos.info)).

#### **6.3.1 L'excès de liquide entraîne :**

- des Œdèmes plus ou moins généralisés
- une surcharge liquidienne

- un OPA (Œdèmes Pulmonaire Aigu) en cas d'accumulation de liquide dans les

Poumons

- une HTA (Hypertension Artérielle)

### **6.3.2 L'anémie :**

Quand les reins sont endommagés, la production d'EPO (Érythropoïé- tine)

Diminue et l'organisme ne possède plus assez de GR (Globules Rouges).

### **6.3.3 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)

## **6.4 Les cause de l'insuffisance rénale**

### **6.4.1 Les causes de l'insuffisance rénale aigue :**

- Pré glomérulaire ou « prérénale » (tout état de choc).
- Intra glomérulaires (glomérulonéphrite aigue, éclampsie...)
- Tubulaire (névrose tubulaire aigue poste ischémique, toxique).
- Poste rénales (syndrome obstructif). (Ibid).

### **6.4.2 Les causes de l'insuffisance rénale chronique :**

- Glomérulonéphrites chroniques primitives : 22 %.
- Néphropathie interstitielles dont les pyélonéphrites chroniques : 20 %.
- Néphropathies vasculaires : 15 %.
- Néphropathie diabétique : 12 %.

- Néphropathie héréditaire dont la polykystose rénale : 10 à 15 %.

- Maladie du système : 10 %.

- Indéterminées : 10 %. (p.56). (C. Prudhomme, 2008, P56).

### **Résumé :**

La transplantation rénale, ou greffe de rein est une intervention chirurgicale consistant à remplacer un rein défectueux par un rein sain, prélevé sur un donneur. Selon la pathologie initiale, le greffon peut être posé sans que le rein ou les reins malades aient été retirés. Le rein transplanté est généralement greffé plus bas que la position anatomique normale, notamment dans la fosse iliaque. Il s'agit de greffe la plus courante, elle possède un taux de réussite élevé. Elle est pratiquée chez les patients souffrant d'insuffisance rénale terminale afin d'améliorer leur qualité de vie, et de les libérer des contraintes des séances de dialyses. Cette greffe n'est donc pas vitale pour le patient.

## **Partie 2**

# **La partie pratique de la recherche**

# **Chapitre IV**

## **Procédures méthodologiques de l'étude**

## **Introduction**

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation des différentes étapes qu'on a suivi dans notre recherche afin de mieux cerner la nature du fonctionnement mental chez les hémodialysés, et qui consiste en une démarche clinique, ainsi que les caractéristiques du choix de la population de l'étude ; et les techniques utilisées, à savoir l'entretien clinique semi directif et le test d'aperception thématique (TAT).

### **1. L'approche adoptée dans cette présente étude et sa définition :**

#### **L'approche psychosomatique de P. Marty :**

Cette approche complète et élargie la métapsychologie Freudienne offrant, d'un point de vue heuristique, des concepts opérationnels qui sont devenus des pôles de référence pour divers courants de recherche en la matière. Elle apporte à la médecine une ouverture épistémologique utile pour la compréhension des processus pathologique (Kamieniecki. H,1994, P.66-67) .

La spécificité de la théorie psychosomatique de P. Marty réside dans les réponses qu'elle apporte aux vieux débats sur l'unicité fondamentale de l'être humain. Abordant ce problème à travers la dialectique des rapports qu'à un individu, dans sa totalité psychique, biologique, et sociale entretenant avec lui-même comme avec les autres. « La psychosomatique offre une conception cohérente et objective des phénomènes de somatisation (P. Marty, 1990, P.5) ».

La psychosomatique considère donc les mouvements psychiques et somatiques ainsi que les relations entre ces mouvements chez les malades somatiques.

Pour P. Marty, il existe un lien précis entre la situation conflictuelle du malade et sa maladie ; Il s'agit alors d'un malade psychosomatique. Il existe un lien précis non seulement entre la situation conflictuelle du malade et sa maladie, mais entre la nature de cette situation et la forme de la maladie ; il s'agit alors d'une maladie psychosomatique (P. Marty et coll., 1963, P.14).

P. Marty insiste sur le concept de la mentalisation qui concerne »la qualité, la quantité, le dynamisme et la permanence des représentations mentales telles qu'elles apparaissent (normales ou pathologiques), ces représentations constituent la base de la vie mentale de

chacun de nous » (P. Marty, 1991, P.11).

Pour résumer ce concept dans ce qui suit, la gestion des excitations – qu'elles soient internes ou externes - est différente d'une personne à une autre.

- La personne qui traite l'excitation par le biais de son appareil psychique en la transformant en énergie psychique qui à son tour produit une symptomatologie mentale et/ou caractérielle ou renforcer une symptomatologie déjà existante. Ce travail psychique apparaît chez des personnes dotées de mécanismes labiles ou rigoureux ainsi qu'une richesse fantasmatique.

Par contre, les personnes dépourvues de rigueur défensive et de richesse fantasmatique -qui ne peuvent élaborer les excitations et les diriger dans le secteur psychique seulement- sont forcés à ce moment-là d'utiliser d'autres mécanismes comme le caractère et le comportement. Si cela n'est pas possible, il en résulte une désorganisation somatique.

Cette désorganisation est contre le principe évolutif, elle touche les fonctions les plus évoluées (comme les fonctions mentales) puis elle s'élargit pour atteindre les fonctions les moins évoluées (somatisation). Le symptôme organique quel que soit le degré de sa gravité, doit être pris dans la dynamique évolutionniste et historique avec la continuité de l'existence du sujet, en intégrant ce symptôme dans son économie psychosomatique.

La théorie psychosomatique constitue la référence théorique de notre recherche parce qu'elle s'intéresse à l'être humain dans son unité psychosomatique, et à la qualité de la mentalisation et son influence sur la tenue du corps.

## **2. Le lieu de la recherche :**

Nous avons effectué notre étude au niveau de services d'hémodialyse, au sein de l'établissement publique hospitalière (EPH) de Kherrata à la wilaya de Bejaia. Premièrement, l'EPH de Kherrata est situé au sud-est de la wilaya, il s'étend sur trois daïras : (Kherrata, Darguina et Souk El Tenine). Il couvre une population d'environ 136000 Habitant. Cet établissement occupe une superficie d'environ 485 Km<sup>2</sup>, pour une capacité d'accueil de 102 lits et comporte les services suivants :

- Médecine homme ;
- Médecine femme ;
- Chirurgie générale ;
- Maternité ;
- Pédiatrie ;
- Hémodialyse.

Le service d'hémodialyse est un service qui accueille des malades qui souffrent de l'insuffisance chronique nécessitant une ou des séances de dialyse (trois séances par semaine). Ce service comprend les structures suivantes :

- Bureau de consultation ;
- Salle d'attente ;
- Bureau de chef de service ;
- Salle de lits qui contient 12 lits et un lit d'isolement ;
- Bureau de maintenance ;
- Cuisine ;
- Chambre de garde.

Concernant le personnel, on trouve :

- Médecin chef ;
- Chef de service Secrétaire ;
- Technicien de machine ;

- Médecin de garde ;
- Infirmiers ;
- Psychologue.

### **3. L'enquête**

Pour ce qui est de l'enquête que nous avons menée, nous avons travaillé avec des sujets différents et ce par la contre-indication d'appliquer les mêmes questions et testes aux mêmes cas rencontrés lors de la pré-enquête.

Cependant on a réalisé notre recherche sur ceux qui ont données leur consentement, pour participer à cette investigation, qui comporte un ou plusieurs entretiens cliniques selon la richesse fantasmatique de chaque cas. Et une autre séance pour la passation du test projectif qui est le TAT (thématique apperception test) pour cerner le fonctionnement mental.

Méthode de recherche et techniques utilisées conformément aux conditions du choix des cas su citées, nous avons réalisé rencontrer deux cas qui ont donné leur consentement, pour participer à cette investigation. Nous avons donc appliqué l'entretien clinique en une séance et une autre séance pour la passation du test projectif qui est le TAT (thématique apperception test) ces deux techniques sont susceptibles de donner une idée sur le fonctionnement mental.

Le déroulement de l'entretien et la passation du test été effectuée dans la langue française.

### **4. La méthode clinique :**

Dans le but de vérifier nos hypothèses, nous avons eu recours à la méthode clinique, basée sur le cas et qui a pour but l'étude approfondie du fonctionnement mental chez le sujet, évaluant chaque symptôme qui peut être le fil conducteur du fonctionnement de chaque patient.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires ; le premier correspond au recours à des techniques (test, entretiens) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies, et en respectant le contexte du problème), et le seconde niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas, la différence entre le premier et le seconde niveau ne tient pas aux outils ou aux

démarches, mais aux buts et aux résultats: le premier niveau fournit des informations, le seconde vise à comprendre le sujet dans sa totalité » (Pedieli J.L., 1999, P.9).

« Ainsi la méthode clinique s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites sont remplacées dans le contexte individuel (histoire de l'individu et situation actuelle), et elle prend en compte l'engagement de l'observateur » (Ghigione R. Richanl J.F., 1999, P. 467).

C'est une méthode qui nous permet néanmoins de cerner le fonctionnement mental du sujet, dans la mesure où elle se sert de l'observation flottante et de l'écoute attentive du sujet et surtout vise la compréhension de l'état psychique à partir de son anamnèse à l'état actuel ; donc elle nous permet, en effet, d'étudier et d'analyser le sujet en tant que cas individuel en évolution continue, dans son contexte personnel, familial et environnemental. Cette méthode nous donne la possibilité d'observer et de constater nos patients insuffisants réaux chroniques dans leur singularité et leur interaction.

## **5. Les techniques utilisées**

### **5.1 L'entretien clinique**

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il 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. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet – dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Alain Blancher, 1997).

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

Il est employé couramment en psychologie clinique (il permet la solution des problèmes

du patient) et a été adopté par les psychologues industriels et militaires pour sélectionner les cadres et les officiers.

Il existe différentes techniques d'entretien (on questionne ou on laisse parler sans intervenir, par exemple) mais la conversation se déroule toujours dans un climat bienveillant, dans lequel le sujet peut s'exprimer librement (Sillamy. N, 1991, P. 101).

L'entretien clinique de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de discipline dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc.

L'entretien de recherche s'inscrit uniquement dans l'activité de recherche du clinicien. Dans ce cas, il n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui en situation de demande. (Chahraoui. K, Bénony. H, 2003, P. 141 – 142).

On distingue trois types d'entretien :

En premier lieu, on trouve l'entretien non-directif, qui est centré sur la personne. Le chercheur pose une question, une consigne de départ, soigneusement préparée et élaborée, puis il s'efface pour laisser parler le sujet. Dans ce type d'entretien, le sujet peut déborder largement par rapport au thème initiale, c'est-à-dire le sujet n'est dans l'obligation de suivre un schéma strict, mais il est libre de parler de tout ce que lui vient à l'esprit.

L'entretien directif, comme deuxième type, se caractérise par la précision des réponses. L'entretien directif correspond d'avantage au questionnaire dans lequel les questions sont préparées, ordonnées et posées d'une manière hiérarchique. Les questions sont soit ouvertes et le sujet ne répond qu'à la question sans développer sa réponse, soit les questions sont fermées où le sujet doit cocher la ou les bonnes réponses (Ibid.)

Enfin, l'entretien semi-directif, que nous avons choisi d'utiliser dans notre recherche, est justifié par le fait que ce type semble le plus adapté, car il nous permet d'élaborer des questions qui vont contribuer à la vérification de nos hypothèses.

## **5.2 Entretien clinique semi-directif**

L'entretien semi-directif, est selon C. Chilland, « 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, elle s'adapte à l'entretien.

La structure d'un guide d'entretien reste souple » (Chilland. C., 1983, P. 11).

Dans ce type d'entretien, 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 (Chahraoui.K., Bénony.H., 2003, P. 141– 142)

### **Remarque**

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

## **5.3 Le TAT**

Pour notre travail de recherche nous avons choisi d'utiliser le test de TAT en se basant sur la méthode de V. Shentoub.

### **5.3.1 Histoire**

Murray, auteur du test. La forme finale du test n'a été publiée qu'en 1943. Cependant, le système d'explication de Murray a rapidement été rétabli. Quant à la posture théorico-méthodologique de Murray, on l'a vu, elle est loin de satisfaire les psychologues, qui opèrent de la même manière que leurs prédécesseurs (Murray, bien sûr, mais aussi Piotrowski Tomkins, Henry, au moins dans la première étape Symonds). Le véritable interrupteur ; détourner l'attention du contenu de l'histoire et se rencontrer sur sa forme. C'est sur la base des travaux de ces derniers auteurs que V. Shentoub de France s'est intéressé au TAT à partir

du milieu des années 1950.

Il s'attache à positionner l'histoire du TAT comme un produit psychologique, fidèle aux idées de D. Lagache. Un article de R. Shentoub, publié dans le « *Journal of Technical Projection* » en 1958 et fréquemment cité par V. Shentoub, pointe de manière surprenante de nouvelles attitudes interprétatives, Il s'attache à positionner l'histoire du TAT comme un produit psychologique, fidèle aux idées de D. Lagache. Un article de R. Schäfer, publié dans le « *Journal of Technical Projection* » en 1958 et fréquemment cité par V. Shentoub, pointe de manière surprenante de nouvelles attitudes interprétatives, tout en étant soutenu par Holt (Shentoub, Rausch, 1958). Pour la première fois depuis Murray, une méthode dédiée à l'interprétation du récit TAT, en le distinguant de la rêverie et de la rêverie : réalisée à la demande de l'examineur et de la présentation d'un matériel figuratif précis, pour Ho For Walter, c'est avant tout un « produit cognitif » ; ou du moins doit-il démontrer « l'adaptabilité » de ses auteurs et la « neutralisation des pulsions » nécessaire à sa production. Shentoub semble se positionner prioritairement dans ce mouvement, et ses premiers articles (1955, 1959), sensibles au concept de distorsion perceptive proposé par Bellak (1951) et R.H. Dana (1955), renvoient à cette idée, cette fois de Symonds, TAT peut révéler une structure. Deux outils méthodologiques progressivement affinés ont émergé au cours de cette période : la grille de comptage (encore en cours de révision) et la recherche de réponses banales, schéma formalisé par la suite en « contenu sous-jacent ». Conseil d'administration (Shentoub, 1958) 1960-1969, dans la décennie suivante, V. Shentoub teste cet outil méthodologique (thèmes banals et tableaux). 1971 à 1973 ; il ne reste plus qu'à développer une théorie du « processus TAT ».

« Fondement théorique du processus TAT » puis la publication par V. Shentoub de cours dans le bulletin de psychologie, (1972, 1973) allaient répondre à cet objectif (Foulard. B et Chabert. C, 2003, P.10).

### **5.3.2 La situation TAT**

Un psychologue et son partenaire dans la situation de test, face à face, au plutôt le psychologue un peu effacé sur le côté. Efface au profit du média, ce média qui va donner à cette situation d'interaction relationnelle, commune à de multiples pratiques professionnelles, sa couleur propre, un jeu de planches au dessin « rétro ».

Contrairement au Rorschach non figuratif, le matériel TAT présente cette particularité -

commune aux tests thématiques- d'être à la fois figuratif et ambiguë. 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).

### **5.3.3 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. V, 1990, P. 27).

L'Edition originale comprenant 31 planches, nous ne retiendrons que les planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives. Ce sont les planches 1, 2, 3BM, 4, 5 ; proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et femmes ; 6BM, 7BM, et 8BM ; proposées aux garçons et aux hommes ; 6GF, 7GF, et 9GF ; proposées aux filles et aux femmes ; 10, 11,

12BG, 13B, 19, 16 ; proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et aux femmes et 13MF proposée uniquement au sujet adulte, hommes et femmes.

L'ordre des présentations des planches doit être respecté, la planche 16 doit être proposée à la fin de la passation.

Les planches avec plus de structure à moins de structure : Les dix premières planches sont plus figuratives et représentent les rôles de genre, tandis que les blocs 11, 19 et 16 ne font pas référence à des objets spécifiques clairement définis.

Le tableau ci-dessous récapitule l'ordre de présentation des planches en fonction de sexe et de l'âge du sujet. (La passation ne comporte qu'une seule séance).

Planches	1	2	3 BM	4	5	6BM/ 7BM	6GF / 7GF	8 BM <sup>2</sup>	9GF	10	11	12B G	13 B	13 MF	19	16
Personnes																
Homme	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			*	*	*
Femme	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			*	*	*
Garçon	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		*	*
Fille	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		*	*

(V. Shentoub et coll., 1990, P. 39).

**Tableau n°2** : Le tableau ci-dessous récapitule l'ordre de présentation des planches en fonction de sexe et de l'âge du sujet.

### 5.3.4 Les problématiques globales

#### A. les problématiques œdipiennes :

**La planche 1** : renvoie préférentiellement à l'identification à un individu jeune en situation d'immaturation fonctionnelle. Dans le meilleur des cas, cela implique la reconnaissance de l'angoisse de castration, problématique essentielle posée par cette planche, à savoir la reconnaissance de l'immaturation actuelle de l'enfant et la possibilité de s'en dégager dans le projet d'identification. La problématique de castration ne doit pas seulement s'entendre en termes de puissance/ et d'impuissance, mais également comme la position d'accéder à la jouissance et au plaisir. (V. Shentoub et Coll. 1990, P. 45).

**Planche 2** : la relation triangulaire figurée est susceptible de réactiver le conflit œdipien. Quand l'identité est stable il existe une différenciation effective entre les trois personnages. Dans un certain nombre de cas, le conflit ne se noue pas en terme triangulaire mais se joue dans une relation duelle. Quand les processus identitaires sont peu stables, il apparaît une pseudo-triangulation soit par télescopage des rôles, soit par clivage entre un bon et mauvais objet qui viennent se substituer à la différenciation des sexes (Emmanuelli. M et Azoulay. C, 2009.P, 26).

<sup>2</sup> A la base cette planche est destinée aux garçons mais les travaux de Shentoub ont montré qu'on peut la présenter aux filles aussi.

**Les planches 4,6 GF** : structurer avec évidence par la différence des sexes et / ou des générations se prêtent moins aisément à des associations agressives. Cependant leur caractéristique relationnelle qui privilégie un approché duel, donne lieu à des manifestations d'angoisse parfois intenses quand le sujet a du mal à se situer par rapport à une image parentale ressentie comme dangereuse par sa puissance et sa proximité : on observe des débordements pulsionnels, des émergences des processus primaires, ou encore une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits. (D. Anzieu, et Coll. 2004, P. 153-154).

**Planche 10** : est exemplaire pour montrer la diversité des registres conflictuels qu'elle est susceptible de réactiver : au niveau le plus évolué, elle permet d'évoquer la liaison entre tendresse et libido, soulignant par la même l'élaboration et le déclin du conflit œdipien, celui-ci apparaît dans l'évocation de la curiosité sexuelle, de scénarios sous-tendus par des fantasmes de scène primitive, ou par le désir de séparer le couple parentale (Anzieu. D et coll, 2004, P 154,155)

### **B. Les problématiques dépressives**

**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 sens de M. Klein (planche 3BM : thèmes d'empoisonnement, de persécution) ou bien se défendent contre l'angoisse sur un mode maniaque planche 13B, non reconnaissance de dénouement 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, dénouement extrême ou déni de l'angoisse et de la dépression » (Anzieu.D et Coll. 2004, P. 154, 155).

### **C. Les problématiques prégénitales**

Problèmes génitaux antérieurs

**Planche 11** : Cette planche teste la capacité du sujet à développer une anxiété génitale antérieure. Le sujet est-il capable de se plonger dans cette matière, où la demande de retour est particulièrement importante et stressante ? Dans quelle mesure peut-il organiser cette «

régression » ? Un passage relativement organisé est réassemblé et reconstruit à partir du matériau chaotique en collant à des éléments plus structurés du matériau expressif (V. Shentoub et coll, 1990, P58)

**Planche 19** : est une référence à la nature, renvoyant implicitement et symboliquement à la matrice de l'image. Les stimuli ont réactivé les problèmes génitaux antérieurs dans le conteneur et l'excitation environnementale, permettant la projection d'objets bons et mauvais. La planche incite également à la régression et évoque des fantasmes effrayants (Sahraoui.A. 2018-2019)

**Planche 16** : Désigne la façon dont un sujet structure ses objets privilégiés et les relations qu'il établit avec eux. De plus, la dimension mouvante de la situation est renforcée là où la matière n'est pas figurative, c'est la dernière planche proposée (Sahraoui. A. 2018-2019)

### **5.3.5 Consigne**

La consigne « Imaginez une histoire à partir de cette planche » est donnée au début et n'est pas répétée. Contrairement à l'approche de H. Murray. Mais des questions peuvent être posées lors de la passation face à un sujet très déprimé et/ou avec lequel vous êtes mal à l'aise. Se posera ensuite la question de l'évaluation de la valeur de ces questions : servent-elles d'échafaudage et de support en permettant à l'histoire de continuer à monter ? Renforcent-ils le poids des défenses de l'objet, ou sont-ils même considérés comme une intrusion, et rendent-ils l'objet plus déroutant en s'y introduisant ? (V. Shentoub, 1990, P.27).

Les consignes proposées sont contradictoires et impliquent deux mouvements contradictoires : à partir de la perception partageable (ce que V Shentoub appelle le contenu apparent de la planche), les éléments de la planche sont suffisamment triviaux pour qu'ils puissent être atteints. Une sorte d'accord, un récit cohérent qui peut être transmis à autrui ; mais en même temps, l'investissement fantasmatique requis par l'éveil de « l'imagination » conduit le sujet à accepter le « lâcher-prise » et une certaine forme de retour de la pensée. La menace de débordement de la charge émotionnelle est plus présente (V. Shentoub, 1990, P.27).

Si le réinvestissement des fantasmes individuels s'articule autour des fantasmes originels partagés par tous, nécessitant un fonctionnement selon le principe de plaisir, « le contenu de la représentation limite les fantasmes en faisant appel au principe de réalité ». Nous voulons illustrer l'enseignement des matières traduites dans la langue maternelle, en

respectant toujours l'évocation des deux pôles de l'enseignement original, que nous évoquons l'imaginaire et la fantaisie en le liant à la perception du contenu de la planche présentée. On explique le test au patient, on dit que c'est une série de photos, on va présenter les unes après les autres, il y a une séquence définie, et on leur demande de raconter une histoire pour chacune, pour arriver au bout, dans la 16<sup>ème</sup> Planche. V. Shentoub, propose une autre consigne : « Dans cette planche, vous me dites ce que vous voulez » (V. Shentoub,1990, P.27).

### **5.3.6 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 au moins forte réactivité du sujet ou au contraire sa tendance à l'inhibition. Y a-t-il nécessité pour lui de réfléchir avant de s'engager ou au contraire de se précipiter dans le récit ? Les planches déclenchent-elles des effets spécifiques notamment repérables au niveau des temps de latence ?

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. B, 2003, P. 35-36).

## **6. La population de l'étude**

### **6.1 Sélection de notre population d'étude**

Notre population d'étude comprend **02** sujets que nous avons sélectionnés des **08** cas que nous avons vu au cours de notre stage, cependant, il nous a été impossible de traiter les 8 cas

dans ce mémoire, par faute de temps qui lui est impartie.

Nom	Age	Situation Matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession	Début de la Maladie
Lamia	46ans	Mariée	Une diplômée universitaire	Professeure de la langue française dans un CEM.	2013

**Tableau n°1** : la population d'étude.

## 6.2 Les critères d'homogénéité retenue

Notre sélection de la population a été faite en fonction des critères d'homogénéité qui sont

- Le cas souffre d'insuffisance rénale chronique.
- Le cas est en âge adulte, car à cet âge la personnalité des individus est inamovible selon P. Marty.
- Le cas se soigne par le générateur dialyse et non par dialyse péritonéale.
- Le cas n'a pas été greffé auparavant.

## 6.3 Les critères non pertinents de sélection

- Le niveau socioculturel ; l'insuffisance rénale chronique peut toucher toutes les personnes quel que soit son rang social, ou sa culture sans aucune distinction
- Le sexe ; cette variable n'est prise en compte étant donné que les deux sexes : l'homme et la femme, vivent les mêmes problématiques évolutives.
- Nous n'avons pas pris en considération l'âge de l'apparition de la maladie, dans la sélection des patients car ceci allait être exploité dans l'analyse des cas.
- La situation matrimoniale qu'il (elle) soit marié (e) ou célibataire, ce facteur n'a pas été pris en compte.

## **7. L'analyse des techniques utilisées :**

- 1. L'analyse de l'entretien clinique : Nous avons fait une analyse de contenu pour l'entretien semi directif et dont les axes sont les suivants :**

### **I. La santé physique :**

1. La santé antérieure du patient (enfance) avant sa maladie
2. Le facteur héréditaire et les complications de la maladie
3. Relation entre les événements traumatisants, maladies et complications.

### **II. Les caractéristiques du fonctionnement mental**

1. La vie relationnelle ; (la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)
2. Les événements importants dans la vie du patient.
3. La vie sexuelle du patient.
4. Les caractéristiques de la vie onirique.
5. La capacité d'expression et d'association concernant les souvenirs, et les projets d'avenirs.

## **8. L'analyse du test de TAT**

Les différents procédés d'élaboration du discours ont été recensés grâce à l'établissement d'une grille d'analyse appelée feuille de dépouillement (voir Annexes n°2) Cette feuille sert de grille de référence pour apprécier et coter les particularités de construction de chacune des histoires divisées en quatre grandes catégories de procédés (A (contrôle), B (habiles), C (inhibition), E (processus primaires)).

## **9. Les mécanismes de défense :**

Selon V. Shentoub, le TAT est utilisé dans une perspective clinique et dynamique, la méthode d'analyse repose sur l'étude des procédés mis en œuvre dans l'élaboration des récits.

Celle-ci est facilitée par l'utilisation de la feuille de dépouillement du TAT qui énonce et regroupe les principales catégories de procédés. L'activité défensive existe dans toute organisation psychique qu'elle soit normale ou pathologique. Cette étape consiste en une analyse planche par planche (en référence au contenu latent du matériel (V. Shentoub, 1987.P,120).

### **Série « A » et « B »**

Ces deux premières catégories renvoient à des procédés d'élaboration du discours susceptible d'être sous-tendus par des mécanismes de défenses névrotiques et en particulier le refoulement, témoins de l'existence d'une «Conflictualité» 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 (Azoulay. C, 2002. P, 21,59)

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

### **La Série « C »**

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

- Les procédés de la série « C/P » : ils relèvent plus spécifiquement d'aménagement phobique dans lesquels dominent l'évitement et la fuite. Leur Association avec des procédés de la série « A » et « B », signe la nature névrotique de conflit.

- Les procédés de la série « C/N »: ils ont été dégagés par F. Brelet (1981-1983) au cours d'une étude sur les personnalités considérées comme «personnalité à trait narcissique grave» et développés dans son ouvrage **le TAT fantasme et situation projective**. Cette série de procédés renvoie à la modalité narcissique du fonctionnement psychique et plus particulièrement au surinvestissement de la polarité narcissique du fantasme.

- Les procédés de la série « C/M » : ils renvoient au mécanisme de type maniaque pris

au sens kleinien de lutte antidépressive. Certains cherchent à évacuer les représentations et les affects dépressifs.

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

- Les procédés de la série « C/F » : dégagés par R. Debray (1978), ils se distinguent des procédés de la série « C/P » dans la mesure où les inhibitions les plus associées à des mécanismes de refoulement reconnaissable 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.

Tous les procédés de la série « C » peuvent apparaître dans des modalités de fonctionnement psychique varié. La question de savoir si leur utilisation n'est que transitoire ou bien s'ils interviennent de façon dominante, se pose toujours, ce qui revient, en fait, à s'interroger sur la valeur dynamique et économique de ces procédés (Sahraoui A. 2014-2015).

### **La série « E »**

Regroupe des modalités de pensée saturées en processus primaires.

Certains traduisent un surinvestissement de fantasme archaïque, ce qui ne renvoie pas nécessairement à des modalités de fonctionnement psychique pathologique. La présence de mécanisme de la série « E » en petite quantité est attendue au TAT : leur apparition met 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. On distingue dans cette série des procédés qui traduisent :

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

## 10. Opérationnalisation de la mentalisation par TAT :

. A partir d'une revue de la littérature de P. Marty et V. Shentoub, notamment dans son travail avec Debray R., nous avons pu opérationnaliser différents types de mentalisation comme suit :

### a. Les névroses bien mentalisés (+).

- Une bonne lisibilité (+).
- 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 (libidinal et/ou agressive), pour que les sensations soient associées à des représentations intérieures.
- Compromis défensif des conflits stimulé par les planches qui mènent à les traiter.
- L'histoire doit être bien construite, (efficience des processus secondaires).
- La variété des procédés utilisé qui se caractérise par la labilité qui aident le sujet à avancer le récit.
- La présence de résonance fantasmatique en relation avec le contenu latent des planches.
- Traitement de toutes les situations présentées par chaque planche.
- La possibilité de reconnaissance des personnages et la présence des identifications.

### b. Les névroses mal mentalisé (névrose de comportement)

- Mauvaise lisibilité (-).
- Refus de certaines planches donc certaines situations.
- Manque des mécanismes de défense rigide et labile.

- 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.

- L'absence des réponses sensorielles et même si elles sont abordées restent au niveau d'affect de circonstance.

- Anonymat des personnages.

- L'absence des conflits et leurs traitements.

- Difficulté dans le traitement des situations dépressives - les possibilités d'être seules ou non- où leurs refus pour les planches (13B, 3BM, 1).

#### **Névrose d'état mental incertain Lisibilité ± :**

- Différences de processus d'une situation à l'autre, qui ne permettent pas à nous psychologues de poser l'hypothèse du fonctionnement mental d'un patient après analyse du protocole, puisqu'il ne s'agit ni d'une névrose à bonne ni mauvaise mentalisation, appartenant donc à la névrose indéterminée mentalisant, mais nous soulignons que le fonctionnement mental est nettement irrégulier, ce qui nous empêche d'identifier les processus les plus fréquemment utilisés.

On retrouve aussi cette mentalisation indéterminée en TAT ; il y a une différence de production d'une planche à l'autre, l'une limitée et l'autre abondante, ou à une certaine échelle globale Il y a des différences entre planches à tendance générale à limiter, alors que d'autres sont plus raffinées. Ainsi, l'hypothèse du fonctionnement mental est celle d'un névrosé à la mentalisation incertaine (Sahraoui A. 2014-2015).

**11. Analyse de cas :**

« Le protocole d'analyse du cas clinique TAT comprend les éléments suivants ; Processus de regroupement sur une feuille de pointage. Lisibilité et problèmes » (Sahraoui. I. 2014-2015).

**Conclusion :**

La méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique, dans cette recherche en s'est basé sur la méthode clinique, notre population est constituée de huit cas étudiés au niveau de service d'hémodialyse de KHERRATA.

La population ciblée est celle des personnes hémodialysées, en ce qui concerne la collecte des données on a utilisé l'entretien clinique, l'entretien semi-directif et le test projectif de TAT.

# **Chapitre V**

## **Analyse des données**

## **Cas Lamia :**

Madame Lamia une femme âgée de 46ans, brune, des yeux noisette, porte le voile, elle est de taille moyenne, c'est la fille unique d'une famille riche. Mariée, mère de deux enfants. Son niveau d'instruction est supérieur, diplômé de l'école supérieure de français, elle était professeure de français dans un CEM. Elle faisait son travail normal, en 2019, elle a pris un congé de maladie à cause de l'insuffisance rénale.

### **1. L'analyse de l'entretien clinique :**

#### **I. La santé physique :**

##### **1. La santé antérieure du patient (enfance) avant sa maladie) :**

Dans les antécédents médicaux de Mme Lamia, il n'y avait aucune maladie jusqu'à 2013, ou elle a eu des pics de tension artérielle, il a consulté un médecin spécialiste à Sétif pour un contrôle médicale, après les examens et les bilans il s'est avéré que Lamia souffre d'une insuffisance rénale, traité directement par la dialyse.

##### **2. Le facteur héréditaire et les complications de la maladie :**

On pense que son insuffisance rénale est héréditaire, en effet il existe un cas similaire dans sa famille, il s'agit d'un oncle. La patiente dit : « j'étais toujours stressée et anxieuse ».

##### **3. Relation entre les événements traumatisants, quelques maladies et**

#### **Complications :**

Pendant l'entretien avec Mme Lamia, nous avons remarqué que son insuffisance rénale s'est déclarée suite un événement traumatique et qu'elle a vécu un choc à son deuxième accouchement prématuré (7mois), ce qu'on comprend quand elle dit qu'elle était choquée « lorsque le gynécologue m'a dit que le pourcentage de réussite de ma césarienne était de 20% et que je devais choisir entre ma vie et la vie de mon bébé ».

## **II. Les caractéristiques du fonctionnement mental :**

### **1. La vie relationnelle ; (la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...):**

Madame Lamia dit «la relation avec ma famille était bonne, pendant la période de mon travail je ne passe pas beaucoup de temps avec eux, mais maintenant je suis devenu très proche car je passe la plupart du temps avec ma famille surtout mes enfants, ils se soucient beaucoup de moi, surtout ma mère et mon mari ».

Et pour l'équipe soignante elle dit : « ici, ils se sont occupés de nous et ils ont pris en considération chaque évolution de notre situation et font de leur mieux pour nous.

### **1. Les événements importants dans la vie du patient :**

Madame Lamia a vécu des événements, malheureux, qui ont marqué sa vie, dont la peur de perdre sa vie ou celle de son fils à cause d'un accouchement prématuré, elle dit: « après cette maladie (IRC) qui m'a choqué au début et changé les repères de ma vie ».Elle nous explique qu'en fait, le choc de l'accouchement prématuré a causé des pics de tension et qu'une fois l'IRC, s'est installée chez elle, elle se retrouve devant un double choc.

### **3. La vie sexuelle du patient :**

Pour la vie sexuelle de Mme Lamia, elle nous dit qu'elle a une certaine frigidité et une baisse du désir, elle dit : « ma vie sexuelle ce n'est plus ce que j'étais, surtout pendant les jours des séances de dialyse, je reviens fatiguée, je ne peux pas bouger, et la plupart des jours je dors tôt ».

### **4. Les caractéristiques de la vie onirique :**

La vie onirique de Mme Lamia est caractérisée par rareté des rêves.

### **5. La capacité d'expression et d'association concernant les Souvenirs et les projets d'avenir :**

Madame Lamia a remémoré ses mauvais souvenirs concernant la naissance de son deuxième bébé et le choc de sa maladie. Et pour le bon souvenir la naissance de son premier

enfant avec une bonne santé.

En ce qui concerne ses projets d'avenir, elle souhaite avoir sa santé et retour à l'enseignement.

### **Conclusion des données de l'entretien :**

Mme Lamia souffrait en 2013, de pics de tension artérielle, ce pic s'enregistre parmi les causes des complications de sa maladie (IRC).

Les caractéristiques du fonctionnement mental de Lamia, en tenant compte des données modestes que nous avons eu, nous font remarquer la présence de traumatisme non dépassé c'est ce qui explique que qu'elle n'aime « pas se souvenir de ses mauvais souvenirs », liés à s'accouchement prématurée de son deuxième enfant et le risque de perdre sa vie et celle de son enfant. Par la suite, elle a évoqué comme bon souvenir la naissance de son premier fils. Cette fragilité à aborder ces mauvais souvenirs, nous révèlent le non dépassement de ses traumatismes, de manque d'élaboration mentale ce qui est un signe de fragilité du fonctionnement mental.

Pour la capacité à se projeter dans l'avenir, on peut dire que Lamia manifeste une certaine pauvreté et surtout, elle nous présente ses projets comme une numérisation démunie d'investissement fantasmatique, elle dit qu'elle aime faire la lecture et la cuisine. Cette pauvreté se remarque aussi en ce qui concerne la vie onirique, Mme Lamia ne fait pas de rêve et sa vie onirique est très pauvre, elle dit qu'elle fait très peu de rêves.

Aussi, le discours de Lamia est constitué de petites phrases qui ont fait que l'entretien est apparu comme un questionnaire, elle se contente de répondre succinctement à nos questions en évitant de s'approfondir dans ses réponses.

### **Evaluation du fonctionnement mental de Mme Lamia à partir de l'entretien clinique :**

Compte tenu des données de l'entretien, le fonctionnement mental de Mme Lamia est doté d'une faible mentalisation.

## 2. L'analyse du test " TAT " :

### Planche 1

Je vois un enfant avec son violon, il a essayé d'inventer une nouvelle chanson, il réfléchit les notes.

**Lisibilité :** type 3(-)

#### Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans le discours, Lamia, s'appuie sur le visuel (je vois), en enchaînant avec la description du contenu manifeste (CF1), suit un procédé de la série de procédés maniaques (il a essayé d'inventer une nouvelle chanson », en évitant la problématique de l'immaturation devant un objet adulte (CM2), le contrôle (A2-12) intervient pour empêcher l'élaboration de la problématique d'immaturation devant un objet adulte l'histoire est très courte (CP2).

#### Problématique :

La problématique de l'immaturation devant un objet adulte est perçue, mais évitée en ayant recours aux mécanismes aux procédés maniaques et en idéalisant le garçon. On n'observe pas de reconnaissance de l'angoisse de castration, problématique essentielle posée par cette planche, ceci a empêché le dégagement de la situation par faute d'identification. La problématique de castration s'entend uniquement en termes de puissance mégalomane.

### Planche 2

Je vois une famille vivre avec l'agriculture, une fille avec un livre pour ne pas avoir la même situation de sa mère.

**Lisibilité :** type 3(-)

#### Procédés défensifs :

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1) Lamia, s'appuie sur le visuel (je vois), en ayant recours à la description du contenu manifeste (CF1), elle essaye d'aborder le contenu en citant un détail (le livre) (A2-1) et en justifiant avec ce détail (A2-2). Cependant, l'anonymat du

personnage de la fille (CP3), le discours qui est écourté par une banalisation du contenu (CP4) et une inhibition forte sous forme d'histoire courte (CP2), ont empêché de donner une histoire tenant compte du contenu manifeste et latent.

### **Problématique :**

Cependant, le discours est écourté par une banalisation du contenu et une inhibition forte sous forme d'histoire courte ont empêché l'élaboration de la problématique latente de la planche et qui est : la relation triangulaire mise en scène sur la planche et qui est susceptible de réactiver le conflit œdipien. Nous n'avons pas observé d'identité stable, on n'a pas observé une différenciation effective entre les trois personnages, les relations sont évitées et l'anonymat des personnages a fait que le conflit ne se noue pas en terme triangulaire mais se joue dans une relation duelle (la fille en face une mère) le conflit est exprimé en disant qu'elle ne veut pas être comme cette femme en arrière-plan. Quand les processus identitaires sont peu stables, il apparaît une pseudo-triangulation soit par télescopage des rôles, soit par clivage entre un bon et mauvais objet qui viennent se substituer à la différenciation des sexes.

### **Planche 3 BM**

C'est un homme épuisé avec son travail et a reçu une très mauvaise nouvelle.

**Lisibilité :** type 3(-)

### **Procédés défensifs :**

Après l'entrée directe dans le discours (B2-1), Lamia, s'appuie sur le faire « un homme épuisé avec son travail », et aussi au recours à l'apparence signifiant l'affect « il a reçu une très mauvaise nouvelle » (CN4) discours qui est écourté par une banalisation du contenu (CP4) et une inhibition forte sous forme d'histoire courte (CP2), ont empêché de donner une histoire tenant compte du contenu manifeste pour pouvoir aborder le contenu latent.

### **Problématique :**

La planche 3BM renvoient d'emblée à une problématique de perte d'objet, l'accès à l'ambivalence n'a pas été possible chez Lamia, devant la difficulté de se maintenir dans sa continuité d'être, alors que l'objet est perdu alors l'inhibition est déployée pour aborder la problématique de la perte d'objet, ainsi on remarque une défense massive et le déni de

l'angoisse et de la dépression.

#### **Planche 4**

Un conflit entre un homme et sa femme, la femme essaye de se réconcilier avec son mari.

**Lisibilité :** type 3(-)

#### **Procédés défensifs :**

Après entrée directe dans l'histoire (**B2-1**), Lamia aborde la planche en ayant recours à l'abstraction sous forme de titre (**A2-13**) « un conflit entre un homme et sa femme », elle essaie d'aborder la relation interpersonnelle (**B2-3**) « elle a essayé de se réconcilier avec son mari » mais l'inhibition a intervenu immédiatement en optant pour une histoire très courte (CP2)

#### **Problématique**

La différence des sexes est perçue l'histoire a privilégié une approche duel, qui a donné lieu à des manifestations d'angoisse intenses car Lamia a évidemment du mal à se situer par rapport à une image parentale ressentie comme dangereuse par sa puissance et sa proximité : on observe une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits.

#### **Planche 5**

« Une maison modeste, la femme appelle un membre de sa famille « viens manger ».

**Lisibilité :** type 2(±)

#### **Procédés défensifs :**

Lamia aborde la planche en ayant directement recours aux procédés d'inhibition narcissique (**CN6**) « une maison modeste » suit l'anonymat du personnage (**CP3**) « la femme », en abordant par la suite le dire (**B2-12**) « elle appelle ... ». L'histoire est écourtée par l'inhibition forte (CP2)

#### **Problématique**

Structurée avec évidence par la différence des sexes et / ou des générations se prêtent moins

aisément à des associations agressives. Cependant leur caractéristique relationnelle qui privilégie un approché duel, donne lieu à des manifestations d'angoisse parfois intenses quand le sujet a du mal à se situer par rapport à une image parentale ressentie comme dangereuse par sa puissance et sa proximité : on observe des débordements pulsionnels, des émergences des processus primaires, ou encore une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits. (D. Anzieu, et Coll. 2004, P. 153-154).

### **Planche 6 GF**

« C'est un couple, comme s'il lui annonçait une mauvaise nouvelle, elle a l'air surprise par son regard et ses mimiques.

**Lisibilité :** type 3(-)

#### **Procédés défensifs :**

Après l'entrée directe dans le discours, Lamia aborde l'histoire en ayant recours aux procédés de contrôle et où elle donne un titre à l'histoire « c'est un couple » (**A2-13**), suivent les précautions verbales « comme s'il lui ... » (**A2-3**), suit une tendance au recours au procédé labile sous forme de présence de sujet relatif à la dramatisation « il lui annonçait une mauvaise nouvelle » (**B2-13**), mais l'inhibition était dominante et elle enchaîne directement par les procédés d'inhibition sous forme d'affect de circonstances (**CF5**) et aussi position signifiant l'affect « elle a l'air surprise par son regard et ses mimiques », l'histoire est très courte.

#### **Problématique**

Malgré l'entrée directe dans l'histoire et malgré la tendance au recours aux procédés labiles associés à ceux du contrôle, une inhibition étouffante s'empare de Lamia et rend compte de son impossibilité à métaboliser les conflits suggérés par la planche.

### **Planche 7GF**

Une fille et sa maman, elle éduque sa fille, mais la fille ne veut pas, elle tourne sa tête, la maman rêve le meilleur pour sa fille.

**Lisibilité :** type 2(±)

**Procédés défensifs :**

Après l'entrée directe dans le discours (**B2-1**), Lamia aborde l'histoire en donnant un titre à l'histoire (**A2-13**) «une fille et sa maman», suivent les procédés de contrôle sous forme de formation réactionnelle (A2-10) «elle éduque sa fille », suit les états affectifs à partir de la position « mais la fille ne veut pas elle tourne sa tête» (CN4).revient au procédés de contrôle sous forme de formation réactionnelle (**A2-10**) « la maman rêve le meilleur pour sa fille » cette formation réactionnelle appuyée sur l'abstraction et l'imaginaire « elle rêve » (A2-12) avec enfin, une tendance excessive à la restriction (CP2)

**Problématique :**

Cette planche est structurée avec évidence par la différence des générations sa caractéristique relationnelle privilégie un approché duel a donné lieu à des manifestations d'angoisse intenses chez Lamia et a du mal à se situer par rapport à une image parentale ressentie comme dangereuse par sa puissance et sa proximité : on observe un contrôle drastique et une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits.

**Planche 8BM**

C'est un groupe de criminel, ou un groupe d'organe.

**Lisibilité :** type 3(-)

**Procédés défensifs**

Entrée directe dans le discours (**B2-1**), suit un titre donné à l'histoire (**A2-13**), et hésitation entre interprétations différentes « ... ou un groupe d... » (**A2-6**), les processus primaires étaient présents sous forme de non perception d'objet apparents (plusieurs objets en fait) (**E1**), et perception d'objets dangereux (**E9**) et fausses perceptions (E4) « un groupe d'organe » et surtout perception d'objet morcelés (**E6**), l'histoire est très courte (CP2) et un plaquage est présent par excès (**CP4**).

**Problématique**

Le contenu de la planche se prête aisément à des associations agressives. Cependant leur caractéristique relationnelle qui privilégie un approché duel a donné lieu à des manifestations d'angoisse intenses chez Lamia qui a du mal à se situer par rapport à une image parentale ressentie comme dangereuse par sa puissance et sa proximité: on observe au départ un débordement pulsionnel, des émergences des processus primaires qui ont été immédiatement étouffés par des mécanismes de control et d'inhibition invalidante ceci a mis Lamia devant l'impossibilité de métaboliser les conflits sous-jacents au contenu latent de la planche.

**Planche 9 GF**

Deux filles qui s'amuse, c'est possible qu'elles jouent au cache-cache.

**Lisibilité** : type 2 ( $\pm$ ).

**Procédés défensifs :**

Entrée directe dans le discours (**B2-1**), insistance sur l'objet de partir, courir, dire etc. « s'amuse (...) jouent au cache-cache » (**B2-12**), interféré par une précaution verbale « c'est possible » (**A2-3**)

**Problématique**

La caractéristique relationnelle qui privilégie un approché duel, donne lieu à l'évitement de reconnaître les manifestations d'angoisse chez Lamia qui a du mal à se situer par rapport à une rivalité ressentie comme dangereuse, Ceci, malgré la présence (au début) des mécanismes labiles associés au contrôle. Ainsi, on observe une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits suggérés par la planche.

**Planche 10**

Une fille qui cherche l'amour et l'affection de sa mère.

**Lisibilité** : type 2 ( $\pm$ ).

**Procédés défensifs :**

Entrée directe dans le discours (**B2-1**), suit un affect titre (**CN3**), les procédés primaires

interviennent en lien directe avec les planches précédentes et qui est sont en inadéquation par rapport au contenu de la planche actuelle (**E7**) aussi de fausses perceptions « fille », les procédés narcissiques interviennent aussi sous forme de posture signifiant un affect « cherche l'amour et l'affection de sa mère » (**CN4**). Finalement l'histoire est très courte (**CP2**).

### **Problématique**

Cette planche montre la diversité des registres conflictuels qu'elle est susceptible de réactiver : au niveau le plus évolué, elle permet d'évoquer la liaison entre tendresse et libido, soulignant par la même, l'élaboration et le déclin du conflit œdipien : celui-ci apparaît dans l'évocation de la curiosité sexuelle, de scénarios sous-tendus par des fantasmes de scène primitive, ou par le désir de séparer le couple parental. Lamia a exprimé la problématique plus archaïque, à savoir le registre narcissique en relation duelle avec l'objet maternel, les procédés utilisés n'ont pas permis de s'en sortir de la situation.

### **Planche 11**

C'est un plaisir naturel, non ?

**Lisibilité** : type 2 ( $\pm$ ).

### **Procédés défensifs :**

Entrée directe dans le discours (**B2-1**), suit un affect titre (**CN3**) sous forme de demande faite à l'examineur « ... non ? », l'inhibition est tellement forte que le discours est écourté à l'extrême (**CP2**).

### **Problématique**

Cette planche met à l'épreuve la capacité du sujet à élaborer l'angoisse pré-génitale. Lamia n'était pas capable de plonger dans ce matériel dont la sollicitation régressive est particulièrement importante et stressante. Cette plongée régressive n'a pas été l'occasion, pour Lamia, de d'élaborer un discours organisé devant ce matériel chaotique, Lamia s'accroche aux éléments manifestes plus structurants sans pouvoir aborder le contenu latent de la planche.

**Planche 12 BG**

Un paysage naturel, une barque, des arbres, je pense c'est le printemps.

**Lisibilité** : type 2 ( $\pm$ ).

**Procédés défensifs** :

Après l'entrée directe dans le discours (**B2-1**), Lamia se réfère au contenu manifeste de la planche (**CF1**), intervient le procédé de contrôle sous forme de précaution verbale (**A2-3**) suivi par un plaquage (**CP4**). Finalement l'histoire est perturbée par les procédés d'inhibition elle est donc, très courte (**CP2**)

**Problématique** :

Lamia se contente de s'accrocher au contenu manifeste de la planche en évitant le contenu latent.

**Planche 13 B**

« Un petit garçon issu d'une famille pauvre pense à son avenir et rêve d'avoir un monde de merveilles ».

**Lisibilité** : type 3 (-)

**Procédés défensifs** :

Après l'entrée directe dans le discours (**B2-1**), Lamia décrit la situation à partir de détail (**A21-**), suit l'introduction de personne non figurées sur la planche (**B1-2**) « issu d'une famille ... », ce procédé labile est suivi par un procédé de contrôle « il pense » (**A2-13**) et le recours à l'imagination « il rêve... ». Cependant, ces procédés sont vite étouffés par une inhibition drastique (**CP2**) et ont empêché le développement de l'histoire.

**Problématique** :

Cette planche renvoie d'emblée à une problématique de perte d'objet, il est évident que l'accès à l'ambivalence n'a pas été possible, Lamia se défend contre l'angoisse ressentie en face de la perception du dénuement de l'enfant et de la précarité de l'environnement. L'inhibition a empêché Lamia de se maintenir dans sa continuité devant l'absence de l'objet,

cette planche donne lieu à des thèmes à des défenses massives. Ce n'est pas l'absence de l'objet dont il est question mais le dénouement extrême de la situation.

### **Planche 13 MF**

Un homme qui a violé une femme.

**Lisibilité** : type 3 (-)

#### **Procédés défensifs :**

Après l'entrée directe dans le discours (**B2-1**), les procédés primaires font irruption massive sous forme d'association crue « à violé » en relation avec l'objet sexuel et avec l'agression (**E9**). Tout ça avec l'anonymat des personnages « un homme », « une femme » et l'histoire est donnée sous forme d'un titre (**CN3**), l'histoire est étouffée par une forte inhibition (**CP2**).

#### **Problématique**

Le contenu latent a submergé les capacités d'élaboration de Lamia et a donné lieu à l'émergence des processus primaire contrecarrés immédiatement par les procédés de contrôle.

### **Planche 19**

C'est une maison ? (Psy. « Comme vous voyez ») En plein hiver, la neige.

**Lisibilité** : type 3 (-)

#### **Procédés défensifs :**

Lamia commence directement par une demande faite à l'examineur « c'est une maison ? » (**CC2**), elle se continue par l'« accrochage au contenu manifeste (**CF1**) et l'inhibition écourtée le discours (**CP2**).

#### **Problématique**

La mer comme la neige, qui figurent sur cette planche, sont des références à la nature qui renvoient implicitement et symboliquement à l'imago-maternelle. Le stimulus réactive une problématique prégénitale dans l'évocation d'un contenant et d'un environnement permettent la projection du bon et du mauvais objet. La planche pousse également à la régression et à l'évocation du fantasme phobogène. Lamia, évite cette problématique en ayant recours à la

demande faite à l'examinatrice, puis se défend par l'accrochage au contenu manifeste comme moyen de se protéger devant la réactivité sollicitée par le contenu latent de la planche.

### **Planche 16**

« ...Un but et des projets que je réaliserai quand je reprendrai ma santé ».

**Lisibilité** : type 2 (±)

#### **Procédés défensifs :**

Après un temps de latence moyennement long, surtout par rapport aux autres planches, Lamia entame cette planche vide par une intellectualisation (A2-13) « un but et des projets », suit le recours au faire « que je réaliserai » (CF3), l'histoire est donnée en référence personnelle (CN2) et enfin, l'histoire est très courte (CP2).

#### **Problématique**

Cette planche 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, c'est pourquoi on remarque le besoin d'étayage de Lamia sur l'examinatrice en lui adressant une question. Devant le vide de la planche et devant la pauvreté des objets internes, Lamia se réfugie dans une inhibition narcissique et phobique et n'a donc, pas pu s'en sortir de la situation.

#### **Résumé du Chapitre :**

#### **Résumé de l'entretien :**

Nous avons remarqué une fragilité du discours de Lamia, à l'entretien où nous avons observé une pauvreté dans les associations, l'entretien est apparu comme un « interrogatoire » ce qui nous a mis dans une gêne par rapport au déroulement de la séance. En effet notre manque d'expérience et notre entraînement insuffisant ne nous a pas aidé à savoir comment aider Lamia à se laisser aller et devant la précaution morale au quelle nous, nous sommes engagées (CAD de n'intervenir que dans l'intérêt du cas), nous avons préféré ne pas insister auprès de Lamia à se laisser aller et nous contenter des réponses spontanées émises par elle. Widlocher parle de cas difficiles devant les personnes qui n'investissent pas la relation

transférentielle avec le psy. Il parle de blanc de relation et c'est pour cette raison que ces cas sont justement difficiles car ce qui nous permet de donner sens est justement ce qui se passe dans cette relation si particulière.

Le fonctionnement mental est apparu pauvre à l'entretien.

### **Résumé du TAT :**

Le protocole TAT est apparu pauvre chez Lamia, il est marqué par l'évitement des problématiques latentes aux planches, les procédés utilisés sont pour la majorité des procédés de contrôle et d'inhibition et n'ont donc, pas permis à Lamia de s'en sortir des situations suggérées par le matériel TAT.

Le fonctionnement mental est apparu, donc, pauvre au TAT chez Lamia.

### **Présentation et analyses des données**

Penser à l'influence des états émotionnels et mentaux sur le fonctionnement corporel est une croyance aussi ancienne que la médecine elle-même, mais ce qui a été difficile à comprendre, c'est le processus par lequel la somatisation a lieu. A travers l'approche psychosomatique de Pierre Marty, nous pouvons évaluer l'économie psychosomatique du patient et ses processus de somatisation. Cette approche n'est pas la seule mais une parmi les nombreuses approches disponibles dans le domaine scientifique, notre choix pour cette approche est basé sur la conviction que la vision de Marty nous fournit une évaluation des risques psychosomatiques, ce que nous avons pu étudier au cours de notre cursus universitaire.

A travers notre étude, nous avons tenté d'identifier la qualité du fonctionnement mental chez une femme souffrant d'insuffisance rénale et soumise à l'hémodialyse. Nous avons choisi l'approche psychosomatique de Pierre Marty, où il est précisé que les personnes atteintes de désorganisations psychosomatiques, sont pourvu de fonctionnement mental à faible mentalisation. En effet, nous savons que plus les processus psychiques sont soumis à la dynamique du fonctionnement psychique, qui se caractérise par divers mécanismes de défense mentaux, plus la gestion des pressions de la vie est réussie, et avec le moins de risque d'apparition de maladies physiques, le corps est temporairement protégé des maladies. Ce fonctionnement mental est susceptible de faire face au stress quotidien, aux traumatismes, aux

événements de vie et par là même protéger le corps des maladies.

Malgré tout, malgré la faiblesse du corps de Lamia et malgré le manque de construction identitaire primitive, la patiente a su répondre dans une relation de recherche d'aide, ce qui lui a permis de découvrir ses points de fragilité et de s'appuyer sur notre présence, pour supporter le contenu, mais Nos entretiens sont limités et sont liés à notre recherche et donc notre présence se limite à la période de pratique concernant notre mémoire de fin d'études. Malheureusement, car avec l'aide de notre professeur nous avons pu, dans cette expérience de terrain, comprendre à quel point nos interventions sont très précieuses et riches pour le cas, nous avons observé un besoin d'étayage très important à l'image de ce qu'a dit Marty, les personnes qui somatisent, notamment quand il s'agit de désorganisation grave, ont besoin d'un psy qui remplit la fonction maternelle, notre encadreur avait insisté sur la position qu'on doit adopter avec nos patient, à savoir d'éviter la neutralité excessive et de se montrer empathique avec les cas, afin de mieux comprendre le processus de désorganisation mentale chez le cas, pour ne pas aggraver sa fragilité.

L'entretien semi-directif avec **Lamia** a montré qu'elle collaborait avec le psychologue et sa volonté de donner suite. Elle était franche dans son propos, avec l'apparition d'une adaptation défensive plus conservatrice dans les questions liées à sa vie privée ; **Lamia** semble adaptée à la situation, ce qui peut tromper notre perception à première vue, pour son fonctionnement mental car elle apparaît logique et a la capacité de contrôler la situation pour se protéger. Elle est en complète dépendance à l'environnement, ce qui nous suggère les problèmes du rapport à l'objet maternel ou son substitut. On observe la fragilité de **Lamia** devant l'évocation des relations et des objets préférés. En effet, le contrôle et l'inhibition sont drastiques, on peut supposer que l'objet n'est pas stable chez **Lamia**, or la stabilité de l'objet est nécessaire pour pouvoir s'en sortir des situations de l'entretien et du test TAT.

Le fonctionnement mental du cas selon Marty montre clairement que **Lamia** souffre de fragilité narcissique, qui se manifeste par la pauvreté de la vie fantasmatique et imaginaire, ce qui indique un fonctionnement mental pauvre et qui indique l'issue négative de la maladie, la déconnexion entre les représentations mentales et les affects, et la domination du vide conduirait à la désorganisation du corps et à l'aggravation de la maladie et qui peut avoir des conséquences désastreuses sur sa vie. On peut dire que la pauvreté des représentations apparaît de manière flagrante chez le cas. De plus, il n'y a pas de ressources spirituelles chez **Lamia**, ce qui est un indicateur négatif important de la fragilité des capacités mentales du cas.

Le développement psychique mûrit, à travers des années et qui se manifesterait sous forme d'un moi capable de faire face aux chocs grâce aux mécanismes de défense développés et diversifiés, c'est-à-dire non confinés aux premiers stades de développement. Développer un moi fort serait une aide pour faire face aux traumatismes et aux événements de vie de manière efficace.

Nous pouvons ajouter, bien sûr, qu'il est légitime de dire que quels que soient les mécanismes développés, l'environnement peut jouer un rôle important, les capacités mentales d'un individu sont limitées quelle que soient leurs richesses. Par conséquent, quelles que soient ces capacités, l'empathie et le soutien qui l'accompagne restent très efficaces pour faire face au stress, aux chocs de la vie et à l'émergence de maladies. Ceci, en plus des autres dispositifs médicaux et socio bien sûr. Nous avons observé, le choc de **Lamia** quand elle a su la prématurité de son bébé et comment elle a lié directement son problème de santé à cet événement où « elle devait choisir entre sa vie et celle de son bébé ».

Dans l'entretien semi-directif **Lamia** n'investissait pas la relation, il n'y avait pas une relation réciproque au vrai sens, aussi, son discours était très pauvres et il n'y avait pas d'associations par rapport à ses relations, il n'y avait pas d'association par rapport à son enfance, son discours était plat et les relations étaient sèches et superficielles caractérisées par la stagnation et l'évitement. En général son discours est caractérisé par l'absence de sentiments dans son discours.

L'évaluation du fonctionnement mental du cas a montré qu'elle souffrait d'une fragilité narcissique, qui se manifestait clairement dans la pauvreté de la vie fantasmatique et les représentations, ce dernier constat est un indicateur négatif sur l'évolution de la maladie chez **Lamia**.

Nous pensons que **Lamia** était fixée dans une relation préobjectale (bon sujet/mauvais sujet) l'objet mère n'était pas intégré, les pulsions agressives ne se mêlaient pas aux pulsions sexuelles, ce qui a appauvri le protocole TAT de **Lamia** et n'a donc pas pu aborder les problématiques latentes au test.

Le TAT a aussi révélé une fragilité du fonctionnement mental et a montré une pauvreté de la mentalisation au sens de Pierre Marty.

Enfin, nous avons conclu que le fonctionnement mental de **Lamia**, qui souffre

d'insuffisance rénale, indique la présence d'une fragilité à l'entretien et au test TAT et les capacités d'élaboration mentale sont de mauvaise qualité dans les deux situations (Entretien clinique semi directif et le test TAT).

### **Discussion des hypothèses**

Compte tenu des données précédentes, notre hypothèse qui stipule que la personne hémodialysée sera dotée d'un fonctionnement mental moyennement ou peu mentalisé, est confirmé. En effet, nous avons vérifié que le fonctionnement mental chez **Lamia** est peu mentalisé et indique le risque psychosomatique grave.

Nous n'avons pas pu appliquer le TAT sur les autres cas que nous avons rencontré, les cas acceptait de nous voir pendant l'entretien mais ne revenaient pas pour le test, nous ne pouvons donc pas vérifier notre hypothèse stipulant qu'on s'attend à ce que le fonctionnement mental soit spécifique à chaque cas et qu'il n'y aurait donc, pas de type de fonctionnement caractéristique au hémodialysés.

Nous souhaitons pouvoir affirmer notre hypothèse dans des recherches ultérieures notamment dans notre pratique de psychologue au sein de ce service.

# **Conclusion générale**

Notre étude est modeste et émane d'une psychologue peu expérimentée dans le domaine de l'évaluation du fonctionnement mentale. Cependant, les directives que nous avons reçu de la part de notre encadreur et les préparations que nous avons reçu au cours de notre cursus universitaire, par rapport à la fragilité du fonctionnement mental des personnes atteintes gravement dans leur corps, ont fait que nous avons abordé le terrain avec beaucoup de précautions mais aussi de souplesse. Tenant compte de cette fragilité, nous, nous sommes montrés empathiques et encourageant à notre cas.

Nous avons compris à quel point les malades ont besoin de psychologues qui seraient capables de réparer ces fragilités en adoptant une fonction maternante et non pas une neutralité bien veillant qui est frustrante pour des malades avec une aussi grande fragilité.

Si nous avons des conseils à émettre ça serait d'insister sur l'importance du travail du psychologue dans les services d'hémodialyse, ce travail doit se basé sur une formation en psychosomatique, pour pouvoir répondre adéquatement, aux besoins des malades. Mais il est important de souligner que le fait d'avoir la même maladie, qui est l'insuffisance rénale, ne signifie pas que les malades aient le même type de fonctionnement mental. Le fonctionnement mental est lié à l'histoire du développement d'un individu et à la première relation avec l'objet (la mère).

Ce fonctionnement répond à des facteurs très complexes et spécifiques à chaque histoire de vie des individus. Par conséquent, nous devons éviter les schématisations et surtout d'éviter de mesurer un cas par un autre, car chaque cas est un cas.

En conséquence, en tenant compte de ce stade critique de l'atteinte du corps de notre cas par une maladie chronique, qui est l'insuffisance rénale nécessitant une hémodialyse, nous pensons que **Lamia** a besoin de soins de la part des médecins et des psychiatres, de la famille et de la société dans son ensemble.

# **La liste bibliographique**

1. Albert Laurence (1999), les maladies psychosomatiques, les différentes thérapies, le rôle, du psychosomaticien, les techniques de relaxation, éditions de vecchi S.A, paris.
2. . Anzieu. D et Coll, (1961), « Les méthodes projectives », paris, Ed PUF.
3. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications.
4. Bénony. H, Chahraoui. Kh, (1999), « L'entretien clinique », Paris, Ed, Dunod.
5. Boubchir. M. A, (2004), « Monographie sur l'insuffisance rénale chronique », Alger, Ed Office des publications universitaires.
6. Boubchir. M. A, L. Allouche, A. H. Haned. (2007), « Maladies rénales », Alger, Ed Office des publications universitaires.
7. Catalina Bronstein, 2012, perspectives psychosomatiques : la recherche du sens mackesonroad. London.
8. Cris. CH. (2006), « Urologie », Paris, Ed. Med-Line.
9. Chabert. C, (2004), « psychanalyse et méthode projective », Paris, EdDunod.
10. Debray Rosine (1987), Bébés- mèresen révolte, traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces, Centurion, Paidos.
11. Depeyre. J, (Mai, Juin 2010), « Qu'implique-le diagnostique d'une insuffisance rénale chronique », Genève.
12. Darcon, M. (2009). « Insuffisance rénale chronique ». Association Française des infirmier(e)s de dialyse, Transplantation et néphrologie.
13. Debray Rosine 1987, Bébés- mèresen révolte, traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces, Centurion, Paidos.
14. Freud S. Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora), Cinq psychanalyses. Paris : PUF ; 1970 (p. 28 et p. 116).
15. Graba A, (2010). « La greffe d'organes, de tissus et cellules : Etats des lieux et perspectives ». Journée parlementaire sur la santé, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef-

Alger.

16. Ikardouchene Bali Z. 2015, Approche psychosomatique intégrative dans le cadre d'une grossesse à risque, mémoire de psychosomatique, faculté de médecine la pitié- salpêtrière, université de paris VI pierre et marie curie.

17. Ikardouchene Bali Z. 2017, Essai de psychopathologique psychosomatique du vécu de la grossesse chez une femme asthmatique : le cas Amina, N°18 مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر ورقة تطویر الممارسات النفسية والتربوية، جامعة ورقلة téléchargeable sur le site : <https://www.asjp.cerist.dz/utilisateur/showArticle/117/24183>.

18. Ikardouchene Zahia, 2019, Psychoanalytical Approach of the Infertility, which is not medically explained: A case study based on two projective tests (Rorschach and TAT), ECRONICON, EC PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY, issue january, téléchargeablesur le site:<https://www.ecronicon.com/ecpp/pdf/ECPP-07-00378.pdf>.

19. Ikardouchene Zahia, Ait Mouloud Yasmina, 2018, Approche psychosomatique intégrative: cas Clinique dans le cadre d'une grossesse avec des inflammations articulaires, le diabète et l'hypothyroïdie, مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية, N° 32 , disponiblesur le site : <https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/119>

20. IkardoucheneZahia, J-B. Stora, 2018, The experience of pregnancy at risk: the point of view of integrative psychosomatic. مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطویر الممارسات النفسية والتربوية، ورقة، N°1, volume 11, disponible sur le site: <https://www.asjp.cerist.dz/utilisateur/showArticle/117/24183>

21. Jean-Dit-Pannel, R. 2014*b*. « Dialyse péritonéale et hospitalisations lors de l'entrée dans l'adolescence », *Enfances § PSY*, n° 62.

22. Jean-Dit-Pannel, R. 2014*b*. « Dialyse péritonéale et hospitalisations lors de l'entrée dans l'adolescence », *Enfances § PSY*, n° 62.

23. Keller, Pascal-Henri, 2010, Nouvelles approches en psychosomatique, Paris, Dunod.

24. Lebon. L. (Mars 2013), « Néphrologie maladies rénales », Paris, Ed Vernazobres-Grego.

25. Marty.Pierre (1976), les mouvements individuels de vie et de mort : essai d'économie psychosomatique, Paris. Payot.

26. Marty P. « Les mouvements individuels de vie et de mort », Paris : Payot ; 1976.
27. Marty. P : « La psychosomatique de l'adulte », Paris, que sais-je, P. U. F, 1990.
28. Marty P. M'Uzan M de. David C. L'investigation psychosomatique. Paris : PUF ; 1963 (198 p).
29. Marty P. Aspect psychodynamique de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgie. Conférence à la société psychanalytique de Paris, du 9 mai 1950.
30. Njah. M et Al, (2001), « Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé – Néphrologie », Vol 22, N°7, p 353-357.
31. P.U. F. Pedinielli J-L. (1994), « Introduction à la psychologie clinique », Paris, édition Nathan.
32. Rademacher L. (2004). Guide pratique d'hémodialyse. CHU de Liège.p14-16.
33. Ramé. A, Théron.S, « Anatomie et physiologie », Paris, Ed. Elsevier.
34. Reuchlin, Maurice (2002), « Les Méthodes en psychologie », paris, Ed.
35. RECHELIN .M ; 1992, la méthode en psychologie Ed P.U. F. Paris.
36. Stora J-B. 2005, Vivre avec une greffe, accueillir l'autre, Paris, Odile Jacob.
37. Stora. J-B 2015, Les risques psychosociaux >Pour télécharger la revue cliquez ici < Les risques psychosociaux - 20151027\_Psychosomatique\_RPS\_SPI\_No2\_v0\_2.pdf
38. STORA J-B. 2018, Etudes épidémiologiques en psychosomatique intégrative, REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE,
39. Stora, 2018, Études épidémiologiques en psychosomatique intégrative >télécharger la revue en cliquant ici< - No\_Epidemiologie\_JBS\_20180408v0\_4\_SPI.pdf Stora, 2020,
40. Stora J-B. 2019, Le Stress, Paris, Presses Universitaires de France (10<sup>ème</sup> édition).
41. Stora, 2020, Sexualité féminine et somatisations - Point de vue de la psychosomatique intégrative >télécharger la revue en cliquant ici< - RevueSPI\_No6\_20200306v0\_0.pdf.

42. Stora J-B.2021, l'être humain est une unité psychosomatique, toutes les maladies sont psychosomatiques, Paris, MJW-Fédition.
43. Shentoub. V et Coll. (1990). « Manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique », Paris, Ed Dunod.
44. Sahraoui.I. (2015). Le fonctionnement mental des hémodialysés Etude de quatre cas.
45. Sahraoui.I. (2019). La vie sexuelle chez les femmes hémodialysées Etude de quatre cas réalisés au CHU de Bejaia.
46. Valabrega JP. Problèmes de la théorie psychosomatique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-400-C-10, 1996.
47. Yungers. P, N.K. Man, C. *Legendre, rénale chronique : prévention et traitement*, 3ème édition Flammarion, paris, 2004.

**Dictionnaires :**

Le Petit Larousse de la médecine, 2010, P. 444.

Quevauvilliers.J, (2009), « Dictionnaire médical », Italie, Ed. Masson.

Sillamy. N. (1991), « Dictionnaire de psychologie », Paris, Ed. Larousse.

Sillamy.N, (1983) « dictionnaire usuel de la psychologie », Paris, Ed. Dunod.

**Les sites d'internet :**

URL :[WWW.Cairn.INFO/Revue-Clinique-mediterranneennes-2016-2-page-257.htm](http://WWW.Cairn.INFO/Revue-Clinique-mediterranneennes-2016-2-page-257.htm). (Consulté le : 21/03/2022 à 09 :18).

[Rein-echos.fr/\\_ancienne\\_version/WP.../cours-FORMA-texte.pdf](http://Rein-echos.fr/_ancienne_version/WP.../cours-FORMA-texte.pdf). (Consulté le : 12/02/2022 à 22 :32).

[www.dialyse.asso.fr/dossier/histor de la diayse.htm](http://www.dialyse.asso.fr/dossier/histor de la diayse.htm). (Consulté le : 09/02/2022 à 14 :46).

<http://www-santé-ujf-grenole.fr/SANTE/>. (Consulté le : 07/11/2021 à 10 :20).

# **Annexes**

## **Le guide d'entretien :**

### **Informations sur le sujet :**

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- quel est votre profession ?
- quel est votre situation matrimoniale ?
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

### **Axe I : Les informations concernant l'état de santé actuelle**

Dans ce premier axe on va essayer de rassembler des informations qui concernent l'état de santé actuelle de nos sujets.

- Quel est votre traitement actuel ? Et comment vous vivez cette maladie ?
- Quand vous avez reçu votre première séance d'hémodialyse ? Et comment vous avez vécu cette situation ?
- Parlez-moi de votre maladie et comment elle s'est développée ?
- Quelles sont les complications de votre maladie ?
- Comment elle est la qualité de votre vie sexuelle avec votre conjoint (e) ?
- Étiez-vous hospitalisés à cause de cette maladie ? Combien de fois ?
- Comment elle était l'installation du cathéter ?
- Respectez-vous le régime prescrit ?
- Avez-vous besoin de l'aide d'une tierce personne dans votre vie ?
- Y a-t-il des personnes qui souffrent de la même maladie dans votre famille ?

### **Axe II : Les informations concernant l'état de santé antérieure**

Dans cet axe l'intérêt sera porté sur l'état de santé qui précède cette maladie

- avez-vous souffert d'une ou des maladies (atteinte /s) dans votre enfance ?
- Est-ce que vous étiez affecté par d'autres maladies justes avant cette maladie (IRC) ?
- Avez-vous été hospitalisés à cause d'une autre maladie ?
- Avez-vous subi des interventions chirurgicales avant cette maladie ?
- Quelles étaient les conséquences de cette maladie sur votre vie ?

### **AXE III : Les informations qui nous aident à cerner le fonctionnement mental :**

Les questions posées dans ce dernier axe ont pour objet de cerner le fonctionnement mental, et déterminent le type de mentalisation chez ces patients.

- Pour vous, quelle est la cause principale d'apparition de votre maladie ?
- Comment vous avez réagi à cette maladie ?
- Est-ce que vos relations ont changées avec votre famille et collègue depuis votre maladie ?
- Quelle est la nature de relation avec votre médecin ? Et l'équipe soignante ?
- Est-ce que cette maladie a de l'influence sur votre travail ? Ou sur vos études ?
- Quelle est la personne qui vous a soutenu depuis votre maladie ?
- Quel est votre représentation sur ceux qui sont en bonne santé ?
- Est-ce que vous avez subi des chocs avant votre maladie et à quel âge (choc psychique ou physique) ?
- Pouvez-vous me parler de vos souvenirs ?
- Parlez-moi comment il est votre sommeil avant et après la maladie ?
- Pouvez –vous me parler de vos rêves ? Comment ils sont leurs caractéristiques ?
- Quels sont vos loisirs et vos activités ?
- Comment voyez-vous votre avenir ? Parlez-nous de vos projets ?
- Parlez-moi de ce que vous voulez ?

## **Résumé :**

L'insuffisance rénale est une maladie d'évolution progressive et longtemps silencieuse. Elle apparaît lorsque la capacité de filtration du sang par les reins devient insuffisante : les déchets et les liquides s'accumulent alors dans l'organisme.

Comme toute maladie chronique, l'insuffisance rénale peut avoir des répercussions voir des complications telle que l'anémie et le diabète, des troubles de la coagulation sanguine (saignements), ainsi, La perte des capacités rénales provoque un dysfonctionnement et un déséquilibre sexuels dont plusieurs personnes souffrent en silence car c'est un sujet tabou dans notre société. De plus, Plusieurs patients en hémodialyse déclarent vivre des difficultés sexuelles en étant hémodialysés qui ne reconnaissent pas auparavant, ce sont des déclarations à prendre en compte, c'est Pour ces raisons que nous jugeons impératif d'aborder ou d'appréhender cet espace particulier de la vie des hémodialysés qui est la fonction sexuelle.

Le concept de fonctionnement mental présente, de nos jours, une importance théorique et clinique. Depuis les travaux de Wallon, Freud et Piaget sur les conditions psychiques du processus de sublimation, le concept de fonctionnement mental a acquis une certaine spécificité, grâce aux études psychologiques et psychanalytiques, cherchant à mieux circonscrire les concepts de psychique et de pensée.

Dans ce mémoire, nous avons exposé l'aspect médical de l'insuffisance rénale, Fonctionnement psychosomatique, la problématique, la méthodologie scientifique, présentation et analyse des données et enfin la conclusion.

## **Summary:**

Kidney failure is a progressive disease that is silent for a long time. It appears when the blood filtration capacity of the kidneys becomes insufficient: waste and liquids then accumulate in the body.

Like any chronic disease, kidney failure can have repercussions, see complications such as anemia and diabetes, blood clotting disorders (bleeding), thus, the loss of kidney capacity causes sexual dysfunction and imbalance including many people suffer in silence because it is a taboo subject in our society. In addition, several hemodialysis patients report experiencing sexual difficulties while on hemodialysis who did not recognize before, these are statements to be taken into account, it is for these reasons that we consider it imperative to approach or apprehend this particular space life of hemodialysis patients which is sexual function.

The concept of mental functioning has, nowadays, a theoretical and clinical importance. Since the work of Wallon, Freud and Piaget on the psychic conditions of the process of sublimation, the concept of mental functioning has acquired certain specificity, thanks to psychological and psychoanalytical studies, seeking to better circumscribe the concepts of psychic and thought.

In this thesis, we have exposed the medical aspect of renal insufficiency, psychosomatic functioning, the problem, the scientific methodology, presentation and analysis of the data and finally the conclusion.