

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Sciences Humaine et sociale

Département : sciences sociales

Option : psychologie clinique

**Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme de
Master en Psychologie clinique**

Thème

**Le fonctionnement mental chez les insuffisants rénaux
chroniques adultes**

Etude de cas

Présenté par :

- **Amghar Thawrya**
- **Amokrane Meriem**

Encadré par :

D^r Sahraoui.Intissar

Année universitaire 2016 - 2017

Remerciements

On tient en premier lieu à remercier notre Dieu le tout puissant et miséricordieux qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Nous tenons à remercier toute les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre à ce que ce modeste travail puisse aboutir.

Évidemment notre encadreur, Docteur I. Bacha née Sahraoui qui a suivi et encadré notre travail de mémoire, pour ces précieux conseils et son aide.

Les membres de l'administration, de la bibliothèque qui ont su se montrer disponibles quand nous en avons besoin.

Les responsables et l'équipe médicale des deux cliniques privés « Rameaux d'olivier » et « L'archidée-Nacer »

Nous exprimons notre gratitude aux membres de jury d'avoir consacré le temps qu'il fallait pour lire et corriger ce mémoire et de l'honneur qu'ils nous ont fait pour en participer à notre soutenance.

Dédicace

- ✓ Je dédie ce modeste travail à la mémoire de mon père, que Dieu le tout puissant bénisse son âme et le garde dans son paradis.
- ✓ A ma mère qui m'a donné la vie et l'amour à ma sœur Zouhra, qui m'a encouragé et à son mari et ses enfants à mes frères Mohend seghir, Mouloud, Abd almoumen, Nouh, qui m'ont servi de soutien et à leurs familles.
- ✓ A mon mari à mes enfants : Abdeslam et Hassan qui m'ont aidé à réaliser ce mémoire.
- ✓ A mes amies, Fatiha Bisou, Hakima Behri, Malika Bedrane, Malika Chibane aux conseillères du centre d'orientation sekkat, premier mai Alger, et aux conseillères d'orientation de la wilaya de Bejaia.
- ✓ A ma binôme Meriem Amokrane et à sa famille, à mes collègues d'encadrement, et à tous mes camarades étudiants.
- ✓ A tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

Amghar Thawrya

Dédicace

- ✓ Je dédie ce modeste travail à ceux qui me sont très chers
- ✓ D'abord à mes chers grands parents maternels qui m'ont comblé par des bénédictions tout au long de mes études.
- ✓ A mes chers parents qui étaient derrière ma réussite durant mon parcours à l'université que je remercie beaucoup.
- ✓ A ma sœur Syhem et mon frère Massyl qui ne cessent pas de m'encourager.
- ✓ Sans oublier mon oncle Mahrez Ibrir et mon fiancé I. S qui m'ont porté toujours aide et contribution à ma réussite.
- ✓ A toutes mes amies Lydia Arar, Lydia A, Amina, Sarah, Souhila Thiziri.
- ✓ A ma binôme Thawrya Amghar, et à sa famille.
- ✓ A tout mes collègues d'encadrement. A tous ceux qui m'aiment et me connaissent de près ou de loin.

Amokrane Meriem

Sommaire

Introduction générale	1
-----------------------------	---

Parti théorique

Chapitre I : insuffisance rénale

Introduction	4
I) Rein	4
II) L'insuffisance rénale	5
III) L'épuration extra rénale.....	8
IV) Hémodialyse en Algérie.....	11

Chapitre II) : vécu psychologique

I) Les contraintes liées à la dialyse.....	13
II) Répercussion psychologique.....	19
III) Mécanismes de défenses chez l'hémodialyse.....	23
IV) Impact de la maladie rénale d'un parent sur son enfant.....	28
V) Qualité de vie.....	29
VI) La prise en charge.....	30

Chapitre III : Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

I) Le point de vue historique de la psychosomatique.....	33
II) Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique.....	34
III) Les rêves chez les patients psychosomatiques.....	53
IV) Classification psychosomatique et nosographique de P. Marty.....	54
1) Classification psychosomatique.....	54
• Des apparences inorganisations.....	54
• Désorganisations progressives.....	54
• Régression globales.....	54
• Les régressions partielles.....	55
2) Classification nosographique.....	55
• La structure fondamentale.....	55

• Les particularités habituelles majeures.....	56
• Les caractéristiques actuelles majeures.....	56
• Les caractéristiques nouvelles résultant de la psychothérapie.....	56
V) Psychosomatique et hémodialyse.....	56
Chapitre IV) : problématique et hypothèses.....	58
Partie Méthodologique	
Chapitre V : La méthodologie	
Introduction	67
1) Démarche de la recherche et population d'étude.....	67
1- 1 La pré- enquête	67
1- 2 La méthode clinique.....	67
1- 3 Le lieu de recherche.....	69
2) La population d'étude	69
3) Les techniques utilisées.....	71
3-1 L'entretien clinique.....	71
3-2 Le Rorschach.....	76
4) L'analyse des techniques utilisées.....	79
4-1 L'analyse de l'entretien clinique.....	79
4-2 L'analyse du protocole Rorschach.....	79
Conclusion	83
Partie pratique	
Chapitre VI : présentation des résultats	
Cas d'Amel	84
Cas de Hayet.....	95
Cas de Karim	105
Cas de Nabil	117
Chapitre VII : discussion des hypothèses.....	128
Conclusion générale.....	133
Bibliographie.....	136
Annexe	139

Introduction générale

L'être humain est une unité psyché-soma, toute atteinte à l'un se répercute sur l'autre qu'il s'agit d'évènements heureux ou traumatisants. Ainsi quand on parle de santé ou de pathologie humaine, on met en évidence la santé mentale et la santé physique; si un de nos organes nous fait mal, le mal ne s'arrête pas seulement au niveau de cet organe, mais atteint aussi notre mental. Quand on est-il pour les malades chroniques, Comme l'insuffisance rénale ?

L'insuffisance rénale 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 filtrent plus le sang de l'organisme le patient lui-même ignore sa maladie, jusqu'à l'apparition des symptômes. 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. Événement est traumatisant pour le patient car celui-ci se trouve confronté à sa mort (dialyse ou mort). Ainsi la machine impose sa présence bi ou tri- hebdomadaire 15 heures de séances environ par semaine de dialyse 60 heures par mois au minimum d'où les différentes contraintes. La prise en charge médicale psychologique et familiale est certes utile mais reste le facteur primordial qui est le fonctionnement mental de ce malade.

En Algérie, selon le journal Express du mois de mars 2017 signale 32 implantations en 2016 et des patients en attente d'une greffe, les chiffres augmentent de jour en jour à travers le territoire national.

Notre thème de recherche est sur le fonctionnement mental chez les insuffisants rénaux chroniques.

D'après la théorie psychosomatique de P. Marty les sujets diffèrent les uns des autres en fonction de leur structure ,cette dernière est considérée pour P .Marty comme partie foncière ,inamovible à l'âge adulte, un répertoire présentant divers systèmes parmi lesquels figure les niveaux de mentalisation, nous indique que même si les malades sont atteints par la même maladie chronique chacun agit selon son mode de fonctionnement mental, la gestion des excitations se défini par la qualité et la quantité

des représentations .

Dans notre étude nous nous sommes référés à la théorie psychosomatique P. Marty, cette théorie psychosomatique dans le but d'appréhender le fonctionnement mental chez les insuffisants rénaux chroniques. Notre étude qualitative basée sur un entretien clinique et un test projectif le Rorschach, se porte sur quatre cas se trouvant au niveau des services de néphrologie de deux cliniques privés l'une au « Rameau d'olivier » et l'autre à « L'archidée-Nacer » à Aokas; les deux centres d'hémodialyse sont implantés dans la wilaya de Bejaia.

Le problème de l'insuffisance rénal demeure méconnu, en dépit de sa gravité et son irréversibilité, dans cette étude nous tenons à transmettre quelque connaissance sur la qualité de la mentalisation de ses malades qui est liée étroitement à la tenue du corps, l'apport de l'environnement qu'il soit famille équipe soignante ou autre représente un système de pare-excitation pour les personnes dont la structure est vulnérable, fragile.

Nous tenons dans cette étude à cerner le fonctionnement mental dans le but de proposer une meilleure prise en charge qui protège le patient d'une éventuelle désorganisation progressive, et de se stabiliser et ne pas développer des complications.

Pour éclairer cela nous avons élaboré un plan de travail suivant :

La première partie : partie théorique

Contient quatre chapitres :

Chapitre I : Coté médical de la maladie insuffisance rénal chronique.

Chapitre II : Le vécu psychologique des patients en IRC.

Chapitre III : Les éléments essentiels de la théorie psychosomatique de P. Marty.

Chapitre IV : Problématique et hypothèses

La deuxième partie : partie méthodologie

Contient un chapitre :

Chapitre V : Méthodologie de la recherche : population, techniques utilisées et leur analyse

La troisième partie : partie pratique

Contient deux chapitres :

Chapitre VI : Analyse des résultats.

Chapitre VII : La discussion des résultats.

Pour terminer cette étude nous présentons une conclusion avec des questions de perspectives. Enfin la liste bibliographique et annexes.

Chapitre I

Le coté médical

Introduction

Les reins sont des organes de sécrétion de l'urine, qui ont pour rôle la purification et l'équilibre chimique de sang en éliminant les déchets provenant du fonctionnement de l'organisme. Et dans bien des cas ces reins ne fonctionnent pas correctement entraîne des complications et des conséquences très fâcheuses.

Dans ce chapitre nous allons illustrer les différentes fonctions du rein, les causes de l'insuffisance rénale chronique (IRC), symptômes, complication et enfin un petit aperçu de ce problème de santé en Algérie.

I-Rein

1-Anatomie

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-medecine.journaldesfemmes.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 bassinet) puis fin (l'uretère : qui va amener dans la vessie l'urine fabriquée par le rein). ([Http : //rein-echos.info](http://rein-echos.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. (A. Ramé, S. Thérand, 2007, P 244).

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. (M.A Boubchir, 2004, P22).

2-Les différentes fonctions du rein

Les différentes fonctions du rein sont :

- a) Eliminer les déchets et l'eau
- b) Equilibrer la quantité de liquide
- c) Réguler la pression artérielle
- d) Aider à la fabrication des Globule Rouge
- e) Maintenir les os sains et solides ([http : //rein-echos.info](http://rein-echos.info)).
- f).....etc.

II) L'insuffisance Rénale

1-Généralités

L'insuffisance rénale (IR) survient chez environ 1 personne sur 2000. En cas d'IR, les reins sont incapables d'accomplir leurs fonctions. L'insuffisance rénale aiguë (IRA) : Elle se produit lorsque les reins cessent subitement de fonctionner. Cet état est souvent temporaire. La cause peut être une maladie, une blessure grave ou soudaine, ou encore la présence de substances chimiques toxiques. Le traitement par dialyse peut aider le patient. L'insuffisance rénale chronique (IRC) : Elle se produit lorsque les reins perdent progressivement leur capacité à accomplir leurs fonctions. Les causes de l'IRC ne sont pas toujours connues mais il est certain que divers facteurs, tels que le diabète et une pression artérielle(PA) élevée, augmentent les risques d'IR.

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

L'insuffisance rénale est dite chronique lorsque cette perte de fonction est progressive, et que les lésions présentes dans les reins ont un caractère irréversible. Dans bien des cas, elle progresse graduellement, sur un grand nombre d'années.

Selon la classification américaine, il existe 5 stades de la maladie rénale chronique (DFG 1 estimé par la formule MDRD 2) (G.Deschênes, 2013, P.14).

Stade 1 :

Maladie rénale chronique et marqueurs d'atteinte rénale DFG¹ ;

90 ml/mn

- Stade 2 :

Insuffisance rénale chronique minime DFG entre 89 et 60 ml/mn

- Stade 3 :

Insuffisance rénale chronique modérée DFG entre 59 et 30 ml/mn

- Stade 4 :

Insuffisance rénale chronique sévère DFG entre 29 et 15 ml/mn

- Stade 5 :

Insuffisance rénale chronique terminale DFG < 15 ml/mn

2- Les causes

Les causes de l'insuffisance rénale sont :

- Diabète sucré
- HTA

¹1. Le débit de filtration glomérulaire, est le volume de liquide filtré par le rein par unité de temps (Donald W. Cockcroft and Henry Gault, Prediction of Creatinine Clearance from Serum Creatinine, 1976).

2. L'équation MDRD "Modification of Diet in Renal Disease" permet d'estimer le débit de filtration DFG à partir d'un taux de créatinine. Favorisant la reconnaissance d'une insuffisance rénale; la valeur prédictive de MDRD varie en fonction de DFG : acceptable pour les DFG 60ml/mn/1.72m³ (F Livio and J Biollaz and M Burnier, Estimation de la fonction rénale par l'équation MDRD, 2008).

- Glomérulonéphrite
- Maladie polykystique rénale
- Maladie réno- vasculaire
- Pyélonéphrite chronique
- Lupus érythémateux
- Calculs rénaux
- Infections des voies urinaires
- Néphropathie
- Médicaments antalgiques (<http://rein-echos.info>).

3- Les symptômes

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>).

a- 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)

b- L'anémie :

Quand les reins sont endommagés, la production d'EPO (Érythropoïétine) diminue et l'organisme ne possède plus assez de GR (Globules Rouges).

c) Les autres symptômes :

- Goût métallique dans la bouche, fatigue, sensation de froid, maux de tête, insomnie, démangeaison et sécheresse de la peau, perte d'appétit et nausées, douleurs lombaires, difficultés de concentration, confusion, étourderie, diminution de la libido, agitation ou crampes dans les jambes, problèmes urinaires (urines moussantes, sanguinolentes, modification de la quantité ou de la fréquence des mictions)

4- Les complications

Les complications dus à l'insuffisance rénale sont :

- Les complications cardiaques
- L'hypertension artérielle
- L'anémie
- La surcharge liquidienne
- Hyperkaliémie
- L'ostéodystrophie rénale
- L'hyperparathyroïdie (<http://rein-echos.info>)

III) L'épuration extra rénale**1- Généralités**

La dialyse rénale est un processus artificiel, qui accomplit les deux fonctions principale des reins sains : filtrer le sang (en éliminant ses déchets), et équilibrer les niveaux de liquides en éliminant les déchets du sang et l'eau en excès.

Si la dialyse est arrêtée, le décès du patient est probable en quelques jours ou quelques semaines.

Les deux différents types de dialyse, l'hémodialyse (HD) et la dialyse péritonéale (DP), fonctionnent de manière similaire : elles nettoient le sang en le faisant passer à travers une membrane.

En HD, la membrane est artificielle et située à l'extérieur du corps du patient.

En DP, la membrane est naturelle et située à l'intérieur de l'abdomen du patient.

Les deux types de dialyse sont efficaces. Certains patients font l'expérience des deux formes de dialyse au cours de leur vie sous traitement. L'état clinique est l'un des facteurs déterminants dans le choix du mode de dialyse. L'information pré dialyse est très importante et permet au patient de faire son choix de dialyse rapport à sa vie quotidienne. (<http://rein-echos.info>).

2- L'hémodialyse

La dialyse est un processus de filtration. L'hémodialyse (HD) est le processus de filtration du sang. En hémodialyse, le processus de filtration se déroule dans une machine, à l'extérieur du corps. Un médecin crée chirurgicalement un accès permanent à la circulation sanguine, de manière à ce que le sang puisse être dévié à travers la machine de dialyse puis réintroduit dans l'organisme. Ce point d'accès est appelé fistule ou prothèse vasculaire. L'hémodialyse nécessite généralement trois séances par semaine. Chaque séance dure entre 3 et 6 heures.

Entre chaque dialyse, le patient doit surveiller ses apports alimentaires et liquidiens afin de limiter au minimum l'accumulation d'eau et de déchets dans son organisme (<http://rein-echos.info>)

3- La dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale (DP) utilise le péritoine, qui est une membrane naturelle tapissant la cavité de l'abdomen. La membrane possède de minuscules trous et joue un rôle de filtre. Les déchets et liquides du sang peuvent la traverser.

Le liquide de dialyse s'écoule dans la cavité péritonéale à travers un petit tube en plastique souple appelé cathéter de DP. Le cathéter est introduit dans l'abdomen lors d'une intervention mineure. Environ 15 cm de ce tube restent en dehors de l'abdomen, sous les vêtements, et permettent de fixer les poches de liquide de dialyse.

L'eau en excès et les déchets du sang sont attirés dans le liquide de dialyse à travers la membrane péritonéale. Le liquide est remplacé régulièrement. Ce processus est appelé échange. Le nombre d'échanges devant être effectués chaque jour, ainsi que la quantité et le type de liquide de dialyse (dialysat) à utiliser, sont prescrits par le médecin.

Le liquide en excès et les déchets sont éliminés pendant la période où le dialysat se trouve dans la cavité péritonéale. Si celle-ci est vide, le liquide en excès et les déchets ne sont pas éliminés. Il est important d'effectuer la dialyse péritonéale telle qu'elle a été prescrite et d'effectuer tous les échanges indiqués.

4- La greffe rénale

Une transplantation rénale réussie libère les patients de la nécessité d'une dialyse et constitue un traitement de l'insuffisance rénale plus efficace que la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse. Un rein correctement transplanté assure une fonction dix fois supérieure à la dialyse.

Les patients transplantés ont moins de limitations et une meilleure qualité de vie que les patients dialysés. La plupart des gens se sentent mieux et ont davantage d'énergie que sous dialyse.

Le processus d'obtention d'un rein adapté à la transplantation est complexe. Divers tests sont nécessaires pour établir la compatibilité entre le rein transplanté et le receveur, en termes de groupe sanguin et de type tissulaire.

Une greffe rénale n'est pas éternelle. Les patients jeunes peuvent nécessiter deux transplantations ou plus au cours de leur vie. En cas d'échec d'une transplantation, les patients peuvent revenir à la dialyse et attendre une autre greffe ([http : //rein-echos.info](http://rein-echos.info)).

IV) Hémodialyse en Algérie

En Algérie, la majorité des patients qui ont perdu leurs deux reins, sont traités seulement par hémodialyse en centre (90% des patients). Fin 2013, on comptait 18 000 patients hémodialysés chroniques. Les autres méthodes de traitement sont nettement minoritaires avec seulement 1 000 transplantés rénaux suivis et 400 patients traités par dialyse péritonéale à domicile (DP). L'hémodialyse en centre a coûté en 2013, à la collectivité, la somme de 300 millions d'euros. Voici pour les frais directs, les frais indirects sont plus difficiles à estimer (www.lesoirdalgerie.com).

Les débuts de l'Hémodialyse en Algérie c'était en 1960 à Évian (France), lors du premier congrès mondial de néphrologie, que la communauté médicale va découvrir et prendre conscience que la transplantation et l'Hémodialyse sont devenues possibles. C'est à l'hôpital des maladies infectieuses El-Kettar d'Alger que les premières séances de rein artificiel ont débuté dès 1974. L'équipe médicale algérienne avait appris la technique de dialyse en France. C'étaient tous des médecins réanimateurs, d'autres allaient le devenir, certains se sont orientés, par la suite, vers la néphrologie naissante. Le rein artificiel venait tout droit des USA, le consommable venait aussi des USA, de France et des Pays-Bas (www.liberte-algerie.com).

En 2014, le nombre d'insuffisants rénaux chroniques en dialyse est de 18000 dont plus de 8000 sont pris en charge dans des établissements privés conventionnés avec les caisses de sécurité sociale (CNAS et à un degré moindre CASNOS). Le budget alloué à ces centres privés de d'hémodialyse est de l'ordre de huit milliards de dinars. Ce chiffre est appelé à augmenter avec l'augmentation du nombre d'insuffisants rénaux (120 nouveaux cas/1000.000 habitants/an), si la transplantation rénale n'est pas soutenue (www.santemaghreb.com).

Pour ce qui est de L'essor de l'Hémodialyse en Algérie les 48 wilayas ont tous plusieurs centres d'Hémodialyse. Les régions du Sud et du grand Sud ont plusieurs centres : Tindouf, Tamanrasset, Djanet, Aïn Salah, Reggane, Illizi, Adrar.

Dès 2004, les caisses de sécurité sociale ont progressivement conventionné un grand nombre de centres privés d'Hémodialyse. Ainsi en 2014, on comptait 165

centres privés. Les 200 centres publics d'Hémodialyse majoritaires dans le Nord, certes, sont également présents dans toutes les daïras du Sud, à l'exception de Bordj Badji Mokhtar et d'Aoulef dans la wilaya d'Adrar. Ces données chiffrées permettent de mesurer le chemin parcouru depuis les années 1980. Depuis 2010, il n'y a plus aucune zone d'insécurité sanitaire en matière d'Hémodialyse en Algérie. Le coût de l'Hémodialyse qui s'élevait en 2014 à plus de 400 millions d'euros. (<http://www.liberte-algerie.com>).

Conclusion

Insuffisance rénale chronique est une maladie grave (irréversible) qui touche beaucoup de personne à travers le monde. Dans notre pays la prévalence de l'IRC est très importante, les chiffre augmente de jour en jour, la prise en charge est assurée, ce qui souhaitable c'est une approche psychologique au sein de cette population pour atténuer leur souffrances et renforcer leurs instincts de vie.

Chapitre II

Le vécu psychologique

Introduction

L'insuffisance rénale chronique est une maladie qui bouleverse le fonctionnement psychologique du patient; les changements et les transformations de sa qualité de vie vont redéfinir ses représentations et lui construire une nouvelle identité celle de la personne malade chronique.

I) Les contraintes liées à la dialyse**1) Le problème du rapport au temps chez la dialysé**

La dialyse est souvent considérée par les patients comme un temps "mort", perdu. L'importance de parfois réexpliquer l'intérêt de la dialyse, ce à quoi elle sert. C'est le rôle du psychologue aussi bien que des soignants : on peut par exemple rappeler qu'avant d'être en dialyse, le patient était beaucoup plus fatigué, et donc que la dialyse leur apporte un mieux-être. Certains patients le reconnaissent d'eux-mêmes, surtout s'ils ne sont en dialyse que depuis quelques semaines. (G.Lefebvre, 2003,P.3).

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

Lors de notre enquête au service de néphrologie à la clinique Rameaux d'olivier un patient nous dit « je ne peux rien faire ni programmer étant donné mes séances de dialyses ». L'insuffisance rénale, en tant que maladie chronique, nécessite de prendre en compte la dimension de la durée du traitement, c'est-à-dire son caractère définitif.

De plus, il convient de considérer l'enjeu vital de ce traitement pour le moins pénible dans la mesure où il met le sujet en situation de dépendance absolue, identique à celle du nouveau-né qu'on appelle néoténie, donc d'impuissance. Ce sentiment de dépendance sera plus ou moins bien vécu en fonction de l'histoire personnelle du sujet. C'est justement parce que la dialyse est une nécessité vitale qu'elle est vécue comme une contrainte absolue. C'est là où l'on peut dire que le traitement fait symptôme. (G.Lefebvre, 2003, P.3).

L'insuffisance rénale a ceci de particulier que la maladie fait autant symptôme que son traitement la dialyse. L'annonce de la maladie est donc vécue comme un traumatisme.

En psychologie, le traumatisme se définit comme un événement qui implique un "avant" et un "après", de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende passé, présent et avenir, s'en trouve totalement bouleversée. Le traumatisme confronte surtout le sujet à la perspective de la mort, la sienne ou celle d'un proche. (G.Lefebvre, 2003, P.3),

Ce remaniement de la perception du temps transparait clairement dans le discours tenu par les patients : "profitez tant que vous êtes jeune ». Beaucoup de gens, notamment des gens âgés disent cela, mais chez le dialysé, cela prend un sens très différent car eux-mêmes expriment souvent le sentiment de n'avoir pas suffisamment profité de leur vie avant la survenue de la maladie ; Tous ces facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique entre le sujet et le temps, faisant que sa vie se transforme parfois en une course contre la montre.

La perception de ces deux notions : gagné où perdre du temps est très différent chez le sujet dialysé et chez le sujet bien portant. D'un point de vue objectif, la dialyse fait gagner du "temps de vie" sur la mort. Or, du point de vue subjectif, le patient peut avoir le sentiment que la dialyse constitue une perte de temps, et qu'il pourrait faire autre chose pendant ce temps, comme par exemple être avec sa famille.

Une jeune patiente âgée de 27ans au service de néphrologie à la clinique « Archidée_Nacer » à Aokas nous dit « je ne savais pas que j'étais malade je viens de commencer ma dialyse il y a un mois, mon fiancé et moi nous avons programmé notre mariage cet été mais les médecins ont opposé, m'ont demandé de le reporter pour l'année prochaine ».

Le malade trouve que la dialyse est "très contraignante, surtout du point de vue du temps passé", ou "dire que je vais finir ma vie avec ça", avec un regard dédaigneux à la machine. De plus, les examens médicaux complémentaires alourdissent encore cette contrainte en termes de temps. Les patients qui demandent à être branchés toujours en premier, qui se plaignent du "manque de rapidité" des infirmières, sont ceux qui acceptent certainement le moins bien la dialyse, voire la maladie elle-même. En étant branchés en premier, ils ont sans doute l'impression de gagner du temps, alors qu'au contraire, ils en perdent en arrivant trop tôt ... Tout se passe comme si le dialysé vivait avec un sentiment d'urgence à vivre, considérant qu'après, il sera trop tard....

Le statut social est également bouleversé par la maladie, au moment de notre enquête au service de néphrologie à la clinique des rameaux d'olivier une patiente me disait : « j'étais couturière mais plus maintenant avec ses séances de dialyse et puis ma main maintenant n'a plus cette force » sa main marquait par les traces de la fistule ne semble plus supporter avec le temps passé d'autres fatigues.

Les malades sont aussi souvent contraints de renoncer non seulement à leurs activités mais aussi de renoncer de partir ou ils veulent quand ils veulent comme une personne normale.

2) Dépendance

Il s'agit d'une dépendance absolue par rapport à un lieu, à une machine, à une équipe soignante...

Cette dépendance est aussi inconditionnelle. La contester en se pliant pas à une discipline stricte suffit pour s'attirer des complications organiques plus ou moins sérieuses; La refuser représente un arrêt de mort; cette situation de dépendance totale pendant la dialyse alterne périodiquement avec une indépendance que l'on souhaite aussi complète que possible pour le malade (A.Haynnal, 1997, P.120).

Un autre aspect psychologique peut être évoqué, c'est la notion de double lien que F. Alexander avait introduite. En effet ces patients sont confrontés à une contrainte paradoxale : il s'agit être aussi autonome que possible tout en acceptant une dépendance quasi totale à la machine, aux soignants, aux traitement l'obligation et la tension d'une maîtrise et d'un contrôle permanent de soi sont nécessaires pour se soumettre à la fois aux soins et aux traitements et en même temps dompter ces besoins et ces désirs constamment frustrés. Tous ces facteurs aboutissent à faire du patient dialysé ou greffé, une personne humaine pour qui le simple bien-être n'existe plus au sens strict du terme. C'est là que la qualité du support soignant et de l'entourage est déterminé. (D.Cupa, 2002, P.30).

3) Restriction alimentaire

Les contraintes alimentaire la prise de poids est encadrée par les limites physiologiques et organisationnelles du traitement. (E. Enest, L. Sifer, P.56-77).

Les restrictions sur les prises de nourriture et d'eau sont difficiles, car manger et boire représentent des sources de plaisir immédiat : c'est le principe de plaisir versus le principe de réalité. Les personnes dialysées ont peu de sources de plaisir immédiat car les séances de dialyse tous les deux jours les rappellent sans cesse à la réalité c'est à dire le potentiel mortel que représente leur maladie s'il ne se rendent pas en dialyse. (G.Lefebvre 2005,P.4).

Les transgressions alimentaires, hydriques et l'insuffisance de compliance au traitement médicamenteux sont des façons de (re) trouver une certaine autonomie, une certaine identité, de récupérer un pouvoir sur les choses. (G. Lefebvre, 2003, P.4).

Donc c'est comme, être dans la vie active, en un mot, vivre « comme tout le monde », « être normal », comme les gens « bien portants », qui n'ont pas à subir les contraintes de la dialyse. On retrouve surtout ce discours chez les jeunes dialysés, et c'est probablement ce dont ils souffrent le plus, le sentiment d'être différents des jeunes de leur âge. (G. Lefebvre, 2005, P.2)

4) Problématique du corps

On peut observer des bouleversements au niveau de l'image du corps. L'image du corps se définit comme la perception inconsciente que nous avons de notre corps, par opposition au schéma corporel qui représente l'image consciente. Nous avons tous le même schéma corporel mais pas tous la même image du corps. La maladie peut entraîner une dépréciation corporelle, le sujet en vient à considérer son corps comme incomplet, craint que celui-ci ne soit "déformé". Ex de cette femme de 45 ans très sportive, qui avait jusqu'ici l'habitude de courir en compétition, qui espère ne pas rester trop longtemps en dialyse car elle craint que la fistule ne finisse par "grossir" et ne déforme son bras car elle a remarqué que d'autres patientes, en dialyse depuis plus longtemps qu'elle, avait le bras complètement déformé. La honte est, par ailleurs, très souvent présente parfois de manière très impressionnante, par la fistule, marques de piqûres qui peuvent évoquer « le drogué ». En effet, chaque ponction entraîne une petite blessure qui laisse des traces. Cela peut provoquer une blessure narcissique importante, d'autant que, face à l'image abîmée de son corps, le dialysé peut en arriver à craindre le regard de l'autre. Le cathéter de dialyse péritonéale peut être vécu comme une véritable mutilation, certaines femmes craignant de provoquer un dégoût chez leur conjoint.

En outre il est craint car source de possibles infections. Le cathéter est vécu par les patients comme un objet étranger à eux-mêmes, objet fragile, précieux, qui a besoin de protection, qu'on n'ose pas toucher par crainte de l'abîmer. Pourtant, il est craint à cause des infections possibles. Le patient dialysé (ici en Hémodialyse) a un profond désir d'apparaître comme tout le monde. De ce fait, la préoccupation de l'apparence peut viser à maintenir l'intégrité de soi, c'est un moyen de lutter contre les modifications de l'image du corps liées à la maladie chronique.

L'introduction du cathéter dans la peau est vécue comme une répétition du « trou » occasionné par le rein défaillant. Il en va de même pour le péritoine percé qui soulève des inquiétudes au sujet de l'intégrité du corps. Cette vision, au début est souvent traumatisante et occasionne une modification du vécu corporel.

Chaque nouvelle ponction représente une effraction corporelle. Le branchement en hémodialyse consistent à introduire un objet étranger dans le corps. Chacune de ces effractions constituent un véritable traumatisme.

Toutes ces interventions modifient le corps, y créent des ouvertures, des brèches qui peuvent être sources d'angoisse. Là encore, le sujet a un gros travail d'adaptation et d'acceptation à faire de son nouveau schéma corporel. En hémodialyse, la vision du sang peut faire resurgir des fantasmes très angoissants relatifs au fait d'être vidé de son sang, en même temps qu'il est contrôlé et nettoyé par la machine. Habituellement nous n'avons pas accès à la vision de notre propre sang, tout au moins pas en aussi grande quantité. Nous n'avons pas non plus accès au bruit de notre propre circulation sanguine, ce qui est le cas lorsqu'on a une fistule laquelle constitue une porte ouverte sur l'intérieur du corps, ce qui n'a rien d'anodin ou de banal. Ces effractions sont surtout difficiles à vivre pour les patients dont la personnalité est structurée sur un mode psychotique, car ces personnes sont déjà aux prises avec des angoisses dites de morcellement, mais aussi pour les patients

névrotiques car ces brèches posent le problème de la différenciation entre dedans et dehors.

Cela peut générer des manifestations dépressives, une très grande anxiété au moment du branchement par exemple, perturber le sommeil et l'appétit. Comme chez un certain nombre de dialysés, l'angoisse atteint probablement son paroxysme juste avant le branchement. Le problème est que cette angoisse empêche justement la personne de pouvoir verbaliser ce qu'elle ressent. (G. Lefebvre, 2003, P.5).

II) Répercussion psychologiques

1) Être malade

Être malade c'est être globalement atteint par une altération organique ou fonctionnelle. Tant que la personne vit le mal comme hors d'elle-même et qu'il n'affecte pas son mode de vie ou ses projets, elle ne se sent pas vraiment malade. La conscience d'être malade, si on se considère comme tel soi-même, si on l'est par un tiers, a fortiori par un médecin, joue un rôle important dans la manière dont on tient son rôle de malade. En effet la société assigne une manière d'être, des attitudes, un comportement spécifique à celui qui est considéré comme malade. Il jouera donc le rôle de malade : il sera le bon ou le mauvais malade. Les soignants étiquettent souvent très rapidement celui qui accepte ou refuse de coopérer à son traitement. Souvent sa maladie a commencé par la fatigue qui est un symptôme atteignant son équilibre physique et psychologique, le limitant sur tous les plans, lui faisant perdre une certaine maîtrise, aussi bien intellectuelle (fuite des idées, difficulté à se concentrer) qu'énergétique. La fatigue entraîne frustration et inquiétude. Elle est toujours un signal d'alarme.

Le malade reçoit des images spécifiques des autres (pitié, affection) et entretient avec eux des relations particulières. Il peut éprouver une certaine culpabilité d'être malade, de la jalousie vis-à-vis des bien-portants qui l'entourent. Parfois il se sent agressé

par le destin, par Dieu et peut vivre un profond sentiment d'injustice. Sa révolte peut l'amener à être agressif avec ses proches, à leur faire « payer » sa maladie. Bien souvent, le malade aura des fantasmes de mort, entraînant anxiété et même angoisse.

Les insuffisants rénaux chroniques se sont de grand malade qui n'apparaissent pas malade, l'un des paradoxes de traitement qui rend peut visible cette maladie : La fistule artério-veineuse est la seule marque visible de la maladie. Oblige le patient à se rendre à l'évidence qu'il est malade. Il doit intégrer définitivement cet aspect dans son identité. Au fur et à mesure du temps, le patient apprend à endosser l'identité de dialysé dont la vie est conditionnée par les séances de rein artificiel et leurs contraintes sentiment d'être différent. (La personne ne peut plus retrouver son ancienne identité de bien portant). Le sentiment de vivre à part (en dehors de la vie antérieure normale), lors de notre enquête au service de néphrologie à la clinique Les Rameaux d'olivier une patiente me dit : « il y a des cérémonies auxquelles je ne peux être présente étant donnée mes séances de dialyses ce n'est plus comme avant ».

2) Dialyse, Angoisse, Mort

Les difficultés psychologiques des dialysés sont liées au fait que leur maladie soit mortelle. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. Cela le conduit à se détacher du monde et à ne plus l'investir. La réaction de deuil constitue un état dépressif d'intensité et de durée variable, que l'on observe après les premières séances d'hémodialyse, au cours du « retour chez les vivants » : il correspond à une prise de conscience plus élaborée de la réalité, les malades faisant le deuil de la santé et de l'indépendance, réalisant mieux la précarité de leur état.

Certains patients dialysés présentent quelquefois des préoccupations hypocondriaques excessives. Ils peuvent se plaindre de douleurs aux localisations

multiples qui n'ont pas d'origine somatique. Ces plaintes cachent en fait souvent une peur imminente de la mort qui ne peut s'exprimer en tant que telle.

On peut en outre observer des manifestations phobiques par rapport à un type précis de machine ou à une infirmière. C'est en réalité un moyen de déplacer l'angoisse sur un objet extérieur afin de mieux évacuer et contrôler cette angoisse.

La peur d'une possible panne et la présence du fistule artério veineuse est senti comme une vulnérabilité « un talon d'Achille » (A. Haynal, 1997, P.122). Une patiente nous dit lors de notre enquête qu'elle règle son réveil pour se lever à quatre heure du matin de peur qu'elle rate sa séance de dialyse.

Dans de rares cas, des amputations sont nécessaires par suite d'un diabète avancé, et certains patients peuvent expressément demander à mourir et refuser de poursuivre la dialyse. Une infirmière nous confirme qu'il y a parfois des cas que les parents forcent à chaque séance de venir (service de néphrologie clinique Rameaux d'olivier) Il est à noter que chaque patient a sa place bien à lui dans une salle de dialyse, et qu'en cas de décès, les autres malades peuvent refuser de s'installer à cette place car c'est la place du mort. Quoi qu'il en soit, le décès d'une personne affecte beaucoup les autres dialysés car cela réactive les angoisses de mort présentes en chacun d'eux.

Castration

Le rein manquant, castration réelle, peut activer ou réactiver une angoisse de castration à un niveau symbolique. D'autres pertes et limitations qui lui sont conséquentes (perte du travail, perte de la diurèse résiduelle, etc.) Peuvent aussi renforcer cette angoisse de castration. Pour certains patients, la machine est parée des attributs du fétiche de sorte qu'elle comble cette castration réelle.

3) Les signes cliniques de la dépression

Ce sont notamment la fatigue, le peu d'investissement de la vie sociale, la difficulté à investir autre chose que ce qui concerne la dialyse. Le problème est que cet état dépressif est un facteur de mauvaise observance du traitement médicamenteux, du régime et des soins. On observe alors des "tentatives discrètes de suicide", des indicateurs de déni de la maladie, phénomène notamment observé chez les personnes diabétiques. Il peut se produire un effet de chantage sur l'équipe soignante : le sujet refuse de manger, menace de ne pas venir à sa prochaine dialyse. . .

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

L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque le sujet doit s'y rendre trois fois par semaine. (G. Lefebvre, 2005, p.3).

Selon Dominique Cupa, "une dépression plus ou moins importante existe chez tout dialysé". Et même selon Becker cité par D. Cupa, le dialysé est un dépressif chronique. En effet, chaque nouvelle dialyse rappelle la perte de l'organe, et donc que le corps est irrémédiablement abimé.

Du fait de cet état dépressif, on observe fréquemment chez les personnes dialysées une chute de libido, des problèmes d'impuissance ou de perte de désir sexuel de par le traumatisme de la confrontation à la maladie, à la mort et au traitement. Selon G. Lefèvre, cet état peut induire à des symptômes de type dépressif : chagrin, envie de rien, pas envie de voir d'autres personnes, de sortir, détachement du monde extérieur, désintérêt pour les

activités antérieures la maladie, perte d'appétit ou au contraire boulimie, troubles du comportement alimentaire multiples, non-respect des contraintes diététiques, très fréquemment des troubles du sommeil, voir envies suicidaires. (G. Lefebvre, 2005, p.1).

III) Mécanismes de défenses chez hémodialyse

Le brusque passage d'un comportement actif à un comportement passif peut être source d'une profonde souffrance. Les patients se protègent d'une réalité intolérable de dépendance, d'impuissance, de dette en mettant en place des comportements défensifs.

- **Le travail de deuil**

Le mot « deuil » est un vieux mot français qui signifie "douleur". Faire son deuil veut donc dire littéralement : "Passer à travers sa douleur".

Le deuil se veut donc une perte pouvant entraîner une souffrance psychologique et/ou physique.

L'autre effet perturbateur de l'annonce du diagnostic est qu'elle entraîne une remise en question générale de l'individu : par rapport à son avenir, son équilibre familial, ses symptômes, l'évolution de sa maladie. . .

Freud décrit "le travail qu'accomplit le deuil" de la manière suivante : la confrontation à la réalité : celle de la perte de la personne aimée. Cette épreuve de réalité exige le retrait de toute la libido, c'est-à-dire l'énergie psychique investie sur un objet d'attachement, des liens rappelant le défunt; la "rébellion compréhensible" : liée à la nécessité d'abandonner la libido. Ce travail nécessite beaucoup d'énergie psychique et de temps durant lequel "l'objet perdu se poursuit psychiquement". Ainsi, progressivement le principe de réalité l'emporte dans le processus normal; et alors, "le moi redevient libre et sans inhibition" avec l'achèvement du travail de deuil. (S. FREUD, 1915, P.147-148)

Ces éléments sont source d'angoisse voire de dépression pour le patient et son entourage.

En effet, le patient subit une perte, la perte de son état de santé, et le fait de se projeter dans l'avenir ne lui annonce qu'une perspective de mort.

Le patient va devoir commencer le deuil de sa vie avant la maladie afin de pouvoir exister en tant que malade incurable.

Selon E. K. Ross, psychiatre et psychologue, a décrit le processus de deuil en différentes étapes. Ce processus n'est pas linéaire l'individu peut passer d'une étape à l'autre puis revenir en arrière.

Refus, Déni

C'est la première étape du processus de deuil. Elle est réactionnelle à l'annonce du diagnostic et en lien avec le choc engendré par celle-ci.

Elle se caractérise par une absence d'émotivité. Le déni est un mécanisme de défense qui met à distance l'angoisse en évacuant la réalité du diagnostic. C'est en quittant ce court stade du deuil que l'individu prend conscience de la réalité du diagnostic.

La colère

C'est la manière de l'individu d'exprimer son désarroi, son impuissance face aux événements. L'individu en veut à tout le monde, au corps médical qui ne peut le soigner. . C'est également une période de questionnement.

Marchandage

C'est une phase de négociations. Le marchandage est une forme de négation qui permet à l'individu de se protéger contre la réalité, l'individu fait appel à la religion,

négocie avec les instances supérieures : « Je prierai matin et soir, et j'irai à la mosquée si tu me guéris mon Dieu ».

Dépression

L'insuffisance rénale peut être vécue comme si l'organe rein était mort, et de ce fait, un processus de deuil est nécessaire car il y a perte d'une fonction : la fonction rénale. Ce processus de deuil, s'il ne se fait pas ou mal, peut entraîner des dépressions majeures difficiles à traiter.

Phase plus ou moins longue du processus de deuil qui est caractérisée par une grande tristesse, des remises en question, de la détresse.

Cette situation résulte de l'épuisement physique et psychique. L'insuffisance rénale représente une perte, celle de la (bonne) santé.

Il y a donc un travail de deuil à faire car on passe du statut de personne "bien portante" à celui de "malade". Sans un réel travail de deuil, ce nouveau statut est très difficile à accepter. Or, pour faire le deuil de quelque chose, il faut notamment pouvoir oublier, ne serait-ce qu'un instant, que nous avons perdu ce quelque chose. La dialyse constitue alors un rappel répétitif de la perte, donc l'oubli est rendu (presque) impossible.

Le deuil est un processus qui peut induire des symptômes de type dépressif : chagrin, envie de rien, pas envie de voir d'autres personnes, de sortir, détachement du monde extérieur, désintérêt pour les activités antérieures à la maladie, perte d'appétit ou au contraire, boulimie, (troubles du comportement alimentaire) multiples, non-respect des contraintes diététiques, très fréquemment des troubles du sommeil, voire envies suicidaires (G.Lefebvre, 2003, P.3).

Une infirmière nous raconte qu'un patient refuse de venir à ces séances de dialyse, ce sont les parents qui le forcent à chaque fois. (Service de néphrologie clinique Rameaux d'olivier)

Selon D. Cupa, "une dépression plus ou moins importante existe chez le dialysé". Et même selon Becker cité par D. Cupa, le dialysé est un dépressif chronique, chaque nouvelle dialyse rappelle la perte de l'organe.

Acceptation

Dernière étape du deuil où le patient se sent mieux. Il trouve des explications, un sens aux épreuves qu'il traverse. Il a aussi réorganisé sa vie en fonction de la perte. La maladie devient une source de réorganisation de vie, de restructuration de la personne qui va pouvoir refaire des projets.

La mort est l'ultime épreuve pour l'individu, celle qui va clôturer son existence parmi les autres pour faire de lui un souvenir pour les autres. Le patient a un gros travail à faire sur lui-même car il doit accepter et la maladie, et le traitement qui l'accompagne. (G. Lefebvre, 2003, P.4).

L'agressivité manifestée par certains patients vient probablement du fait que, inconsciemment, le temps que leur prend la dialyse est vécu comme une injustice, au même titre que la maladie elle-même. S'en prendre aux soignants reviendrait à exprimer son sentiment d'être agressé par la situation de dialyse.

À travers cette agressivité envers les soignants, se cache aussi quelquefois une demande de réconfort et d'attention, Ce manque de compétence ne serait-il pas plutôt à entendre comme un manque d'attention ressenti par ces patients particulièrement exigeants? (G. Lefebvre, 2003, P3).

Agresser les soignants, c'est un peu leur faire "payer" ce sentiment de dépendance plus ou moins difficile à supporter selon les patients et leur personnalité.

L'insuffisance rénale met en situation de dépendance importante, ce qui peut générer de la colère. Lorsque le travail de deuil se fait, le patient peut à nouveau investir d'autres parties de son corps et surtout d'autres activités.

- **La régression**

La régression, c'est retourner à un état antérieur et moins élaboré, c'est à dire souvent retourner à un état infantile. L'hémodialysé a une dette envers cette équipe puisque c'est elle qui le maintient en vie. Il va se montrer passif, soumis, laissant au soignant de tout décider, le patient perd toute autonomie et devient dépendant (M.Ruszniewski, 1995, P.5).

Certains patients vont se laisser entraîner dans une régression sociale avec souvent perte ou abandon de l'activité professionnelle mais également une régression familiale car les rôles homme/femme sont souvent renversés. La régression peut également se manifester en se plongeant le plus rapidement dans le sommeil. Ici, le patient « fait le mort » pour exorciser l'angoisse. Mais ce comportement est souvent le signe d'une agressivité sous-jacente.

3) La maîtrise

Certains patients vont se rassurer en entrant dans la maîtrise. Les soins peuvent être vécus de manière persécution car aliénants et s'identifier au médecin ou à l'infirmière en connaissant le fonctionnement de la machine est un moyen de lutter contre des fantasmes dangereux et intrusifs. Ils ont besoin de contrôler pour apaiser les angoisses liées à la maladie ou aux traitements. Ils vont rationaliser l'origine de leur maladie par des raisons irrationnelles parfois (punition etc.). Ils peuvent devenir épuisants pour les soignants et

leur famille car ils veulent toujours avoir raison et acceptent difficilement les conseils et les modifications du traitement.

Il faut savoir repérer ce mécanisme pour comprendre que les "attaques" permettent au patient de tenter de reprendre le contrôle de sa vie (M. Ruszniewski, 1995, P.9).

4) Les processus de type obsessionnel

Favorisés par la ritualisation des actes médicaux : branchement sur la machine, débranchement et restitution du volume sanguin "sans en perdre une goutte car rien n'est plus précieux qu'une goutte ou qu'un globule », comme le dit un malade. Ils sécurisent le personnel infirmier qui, à condition de respecter ces défenses, sait que le malade prend en charge la surveillance de sa séance de dialyse. Mais la moindre innovation nécessite de la part du personnel soignant averti, de minutieuses explications.

IV) Impact de la maladie rénale d'un parent sur son enfant

Travaillant depuis longtemps avec les hémodialysés chroniques, j'ai souvent eu l'occasion de constater que les enfants de ces patients pouvaient être très perturbés par l'état d'un parent malade... »D.Cupa, 2002, P.97).Avoir constamment cette image de parent exténué déprimé ne peut provoquer qu'un climat de malaise notamment quand il s'agit d'un enfant qui a une structure psychologique vulnérable lors de notre pré-enquête au service de néphrologie « Rameaux d'olivier » une maman de 39 nous raconte qu'après ses séances de dialyses n'arrive à supporter plus rien même son fils âgé de 3ans. Cela provoque des répercussions que G.Lefebvre résume :

Hyper maturité précoce, dépression masquée par des troubles scolaires et instabilité psychomotrice, agressivité, rancune (culpabilité face au parent défaillant), faible capacité d'attention, fuite dans l'imaginaire importante, hyperactivité, anxiété, préoccupations concernant le corps et la maladie, Parentification de l'enfant (confusion

des générations possible , attachement anxieux au parent défaillant : se sentant coupable de la maladie de son parent, l'enfant peut rechercher une place réparatrice, ce qui le maintien dans un attachement anxieux à son égard), Inquiétudes de l'enfant par rapport à la maladie du parent (possibilité de demander un rendez-vous avec un néphrologue pour expliquer la maladie). (G. Lefebvre, 2003, P.5).

V) Qualité de vie

La définition de la qualité de vie issue des articles conceptuels de D. Patrick (D. Patrick et al, 1973) peut se résumer comme étant le degré de satisfaction d'un sujet dans les différents domaines de sa vie que sont la santé, la vie relationnelle, les conditions matérielles, la vie psychique et affective. Cette définition a été affinée par l'équipe Script-Inserm en prenant en compte, outre la satisfaction concernant ces domaines, l'attente qui s'y rapporte, c'est-à-dire l'évolution attendue, crainte ou souhaitée par le patient.

Qualité de vie selon l'organisation mondiale de la santé OMS en 1948 : il s'agit d'un état de bien-être à la fois physique, psychique et social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Elle constitue la définition de base fournie comme point de départ de toutes les analyse de la qualité de vie (D. Cupa ,2002, P.118).

Le concept de la qualité de vie dans sa version moderne a émergé vers 1975 avec le développement des maladie chronique tel que l'IRC.

D'après l'OMS (1994), la qualité est définie par la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeur dans lesquels il vit en relation, avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles, et sa relation, avec les spécificités de son environnement.

Aujourd'hui, la qualité de vie est au cœur des préoccupations de tous les professionnels de santé (médecins, infirmiers, rééducateurs, psychologues...) qu'ils exercent en milieu hospitalier ou extra hospitalier, il ne suffit plus de traiter médicalement le patient, il faut lui permettre de vivre le mieux possible, compte tenu de son état (M. Formarier, 2007, P.3).

En d'autre terme les différentes dimensions de qualité de vie chez un hémodialysé (selon M. Kesler, 2011) sont : état physique (son autonomie, sa capacité), ses sensations somatiques (tous les symptômes qu'on peut observer chez lui), l'état psychologique, le statut sociale (ses relations, ses rapports à l'environnement sociale, amical et professionnel).

Toutes ces dimensions doivent être prises en considération, sachant que la qualité de vie en dialyse diffère d'un patient à l'autre selon la présence d'autres commodités, est associée à une moins bonne qualité de vie, de même pour les personnes âgées et ce dont l'entourage est défavorable en relation. Pour assurer cette qualité de vie pour le patient en insuffisance rénale chronique un travail de collaboration doit être effectué main dans la main : famille, équipe médicales, environnement sociaux professionnels, sont tous des ressources d'énergies pour mobiliser le malade.

VI) Prise en charge

La mise en dialyse est suivie par des angoisses et le patient est envahi par des multiples interrogations sur ce qu'il est en train de subir. Le rappel continu d'une mort proche, a des répercussions psychologiques profondes. Être à l'écoute et être compréhensif devant les difficultés du patient joue un rôle indubitable sur l'équilibre psychique du dialysé, chacun des membres de l'équipe soignante, médecins, infirmiers(es) et psychologues, a son rôle pour délivrer le traitement et les soins les plus adaptés dans des conditions de sécurisation optimales. Surtout que certaines

complications peuvent être générées de l'angoisse et des sentiments de révolte de la part du patient.

Le retentissement d'une maladie chronique sur le physique entraîne parfois des modifications du caractère et du comportement rendant les relations avec l'entourage difficile. La prise en charge psychologique de l'insuffisance rénale chronique doit débuter précocement tout comme la prise en charge néphrologique. D'ailleurs dans la prise en charge précoce de l'insuffisance rénale, le néphrologue est le premier à intervenir, même dans la préparation psychologique du patient. C'est lui qui fera comprendre à son patient l'intérêt de rencontrer un psychologue.

Il s'agit de prendre en considération le vécu spécifique des patients en néphrologie en partant de l'insuffisance rénale jusqu'à la transplantation en passant par la dialyse. En effet, le patient est amené à traverser différentes étapes qui bouleversent sa vie et celle de son entourage en commençant par la première étape de l'annonce de la maladie chronique. Viennent ensuite les périodes de

« Pré dialyse », le vécu de la dialyse jusqu'à l'étape de la transplantation si le patient choisit cette possibilité et si cette dernière lui est offerte. Le psychiatre peut intervenir dans trois directions différentes :

- Comme consultant, en pratiquant une évaluation psychologique de certains patients « limite » avant leur entrée en dialyse;
- Comme thérapeute, en cas de décompensation psychique, en cours de traitement.
- Comme conseiller de l'équipe médicale, lors des colloques réguliers de l'équipe soignante. Il aide ainsi les praticiens à comprendre les réactions des patients et leur famille : Les réactions du malade aux divers stress subis antérieurement, dont ses éventuels problèmes de santé; Des réactions face à la maladie ou du handicap de personnes de son entourage; Son vécu, son attitude face à la maladie actuelle, et le

vécu, l'attitude de son conjoint (ou d'une personne investie affectueusement par lui). (W.A.Gramond,et Al, 1967, P.113)

Une adaptation ultérieure satisfaisante des patients au rein artificiel parait directement liée à :

- La présence d'un entourage affectif (Famille, Amis...) lui permettant de garder le moral efficacement et la volonté de lutter.
- La pratique d'une profession permet au patient de s'investir dans une activité plaisante tout en assurant un revenu pour le foyer, aide les malades à tolérer l'hémodialyse.
- La capacité d'admettre et d'exprimer son anxiété, ses difficultés émotionnelles face à la dialyse, ses contraintes, la mort. . .

Les soignants ont un rôle très important à jouer car ils peuvent redonner aux patients le plaisir de vivre. Témoigner d'une écoute au patient est ce qui lui permet le plus de retrouver un certain plaisir "d'être avec", de retrouver également une meilleure image de soi, et par là-même, de faire diminuer la dépression, l'angoisse, le sentiment de dépendance.

Quoique l'agressivité vis à vis de l'infirmier(e) est encore plus apparente. (D. Cupa, 2002, P.26).

Conclusion

L'insuffisance rénale chronique est une maladie qui bouleverse la vie psychologique, familiale, sociale et professionnelle du patient.

La dialyse est le passage dans une autre vie ,celle de la survie; le temps désormais est considéré comme un temps « mort »face à cette machine à laquelle le patient est

contraint, contraint à ses régimes alimentaires, contraint à renoncer à ses projets d'avenir
contraint à accepter cette lourde réalité cela conduit certains patients à se détacher du
monde et à ne plus l'investir d'où la nécessité d'une prise en charge psychologique et
médicale qui permettra au patient d'accepter la maladie et de prévenir un projet de greffe.

Chapitre III

**Les concepts essentiels de la
théorie
psychosomatique**

Introduction

Pierre Marty a créé l'école psychosomatique de Paris à fin d'appréhender l'organisation mental de l'individu. La psychosomatique s'est intéressée à l'individu dans son unicité (psyché – soma). L'organisation individuelle est évoluée à partir du manifeste (le soma) et du latent (le psychique) dans un contexte environnemental. Dans ce chapitre on essaye d'aborder les concepts essentiels de cette théorie psychosomatique.

I) Le point de vue historique de la psychosomatique

Depuis les millénaires les médecines chinoises, Égyptienne, Grecque, juive, arabe, proposent une approche globale permettant de repérer l'unité humaine (Dominique Cuba, 2008, P24). Et en 1918, Heinroth (1843 – 1973) psychiatre introduit les termes psychosomatique et somato-psychique en (1928). Le premier exprimait sa conviction de l'influence des passions sexuelles sur la tuberculose, l'épilepsie et le cancer, tandis que la deuxième s'appliquait aux maladies où le facteur somatique modifie l'état psychique.

Moudsley, dans son livre *the physiologie of mind* (1876), écrivait : “ si l'émotion ne se libère pas. Elle va s'en prendre aux organes et en trouble le fonctionnement. Le chagrin qui peut s'exprimer par des gémissements, et des pleurs est vite oublié, tandis que la peine muette qui sans cesse range le cœur, à la fin le brise”. Groddek (1866-1934). Encouragé par les idées de Freud, pour lui la psychanalyse ne devait pas s'arrêter au chevet du malade organique, et Groddek est habituellement désigné comme le père de la psychosomatique. (Hayal et coll, 1978, P.4).

Un psychanalyste viennois Felix Deutch, interniste émigré aux états unis, réintroduit en 1927 la notion de psychosomatique, dont il fut l'un des pionniers avec ses collègues F. Dumber, F. Alexander, T.Benedek, et autres. C'est aux états unis que les psychanalyses émigrées cherchent les premiers à saisir par des méthodes scientifiques, les phénomènes considérés à l'époque comme étant d'étiologie

psychosomatique. Ce mouvement reprit en Europe après la deuxième guerre mondiale (Hayal et coll, 1978, p4).

II) Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

L'approche psychosomatique est une approche indépendante à l'approche médicale et à la psychanalyse, mais cette dernière a beaucoup contribué à sa propulsion c'est pourquoi d'ailleurs on dit : selon R. Debray (1983) la psychosomatique est la fille de la psychanalyse. Plusieurs travaux ont mis en valeur cette approche notamment ceux de F. Alexander ; qui s'est basé essentiellement sur la physiologie, pour expliquer les phénomènes psychiques.

Enfin, la dualité disparaît si nous considérons le phénomène psychique comme un aspect subjectif de certains processus physiologique (P. Marty, 1990, P9).

C'est une approche qui est restée dans la dualité, étant donné la difficulté de nouer ces liens entre le psychisme et le corps, et donner cet aspect d'unicité, mais cela n'a pas pu empêcher de mettre en lumière plusieurs travaux importants d'où la naissance de l'école psychosomatique de Paris de Pierre Marty et ses collègues.

Selon D. Cupa (2008) quatre psychanalystes constituent un groupe à fin de propulser leur travaux, et s'organiser en travaillant en collaboration : P. Marty, M. Fain, M. Muzen, et C. David, auxquels étaient associés D. Branschwig et C. Parat, en 1972 créent ensemble l'institut de psychosomatique (IPSO)

1) Le monisme

Depuis l'antiquité existe déjà des tendances unitaires (par exemple : chez les Démocrites une interprétation matérialiste et atomistique des phénomènes psychiques) celles-ci, sous une forme ou une autre, ce sont exprimées et renforcées de puis le 18ème siècle, Hobbes (1588 – 1679), Locke (1632 – 1704), Berkeley (1685 – 1753), Hume (1711 – 1766); associationnisme : J.S. Mill (1806 – 1873), en fin, au 19ème, le positivisme et le matérialisme, le néopositivisme dans ses différentes formes et ses dérivées, mettent à nouveau l'accent sur l'unité de l'homme. (A. Haynal, W. Pasin., A.M. Chinard., 1978, p5).

Ce sont des tendances qui prônent une forme soit matérialiste; où le corps matériel est la seule réalité, ou bien sous la forme idéaliste ou l'âme spirituelle est la seule réalité; se sont basé sur l'existence d'un seul principe dans l'homme : corps ou âme. (A.Haynal. et coll, 1978, P.5).

De nos jours la psychosomatique est basé essentiellement sur l'unité fonctionnelle (soma – psyché), l'homme forme une unité dont on ne peut dissocier l'un de l'autre, ou nuancer l'un par rapport à l'autre. Pierre Marty s'est basé sur ce principe : sur le modèle moniste, un monisme somato -psychique, son approche se voudrait objective notamment lorsqu'elle se confond avec plusieurs disciplines médecines, psychologie clinique, psychiatrie, anthropologie, psychologie sociale, dans le but d'une investigation des interactions psyché soma.

2) Les chaines évolutives

Le principe évolutionniste représente un guide permanent de l'organisation du monde vivant, et de sa hiérarchie fonctionnelle. Grâce à ce principe, la complication secondaire des situations que nous vivons résulte des combinaisons des éléments premiers ou dynamisme élémentaire. La trace de dynamisme élémentaire doit ainsi se retrouver à tous les niveaux des combinaisons secondaires, d'une multiplicité infinie, que l'on peut rencontrer. (P. Marty, 1991, p3).

Donc il y a une organisation et une hiérarchisation progressive des fonctions qui se mettent en place au cours du développement du sujet du plus simple au plus complexe. Dans cette chaîne évolutive, pour Marty le présent et le futur n'est que le résultat des expériences antérieures qui marque l'organisation fonctionnelle du sujet.

Et la ligne de l'évolution de l'être humain est disposée aux différentes formes d'entrave, ce qui ne nous permet pas une chaîne d'évolution toujours harmonieuse, P. Marty, propose ainsi un schéma des lignes de l'évolution individuelle, marquée par les points de fixations et régression.

L'évolution d'un être humain n'est jamais simple ni linéaire. Les diverses fonctions se développent, se combinent, traversent les différents stades de l'évolution libidinale pour aboutir à leur maturation. A côté d'un faisceau évolutif central se

développent des chaînes latérales qui rejoindront ou non la chaîne évolutive centrale jusqu'à l'organisation de l'appareil mental adulte.

(H. Kamieniecki, 1994, p72).

•Les chaînes évolutives centrales

À laquelle s'accordent la régression majeure et des fixations libidinales. Les organisations névrotiques et psychotiques, sont dotées d'une telle ligne évolutive, riche en point de fixations. Il y a aussi les chaînes latérales et dynamismes parallèles.

Les notions de latéralité et de parallélisme étant des notions relatives, les régressions partielles peuvent se manifester au niveau des chaînes évolutives plus au moins considérées comme latérales, lorsque leur liaison à la chaîne centrale est incertaine. (P. Marty, 1979, P132).

La psychosomatique mis en évidence l'étude analytique des évolutions fonctionnelles, tout en dégagant avec précision croissante le rôle, dynamique relatif des diverses fonctions dans la trame humaine finale atteindre et dépasser le stade œdipien, sujet aurait à la fois la lignée habituelle des fixations, régressions anales et celles des fixations, régressions orales et phalliques.

•Les chaînes latérales

Concernent (sublimation, perversion, clivage) lors d'une désorganisation post-traumatique, selon la qualité des chaînes latérales de fixation et selon leur modalité de conjonction génétique, la symptomatologie témoin des fixations – régressions des chaînes la- latérales peut éventuellement se manifester.

Exemple : chez un sujet présentait une névrose de caractère anal, peut apparaître une oralité dévorante. (P. Marty, 1979, P132).

Les chaînes latérales de fixation – régression, se déterminent par rapport à l'existence d'une chaîne évolutive centrale vers laquelle elles convergent.

•Dynamismes parallèles

Cette déviation peut en effet s'écarter fortement de l'axe de la mentalisation et suivre un destin parallèle sans communication avec le faisceau central commun : il s'agit alors d'un "dynamisme parallèle" (psychose, perversion, projection par le clivage). Plus la fixation est précoce (largement préœdipienne) dans l'histoire de l'individu, plus elle a de chance de générer un dynamisme parallèle

3) Instinct de vie et instinct de mort

Selon P. Marty, l'être humain est une unité complexe qui subit des influences diverses : éducatif, social, culturel, et l'environnement participe en grande partie dans la formation de son sur moi.

L'instinct de vie et l'instinct de mort jouent un rôle considérable dans l'évolution du sujet, l'instinct de vie permet la continuité la conservation, et l'instinct de mort est destructif, mais ne peut être isolé de l'instinct de vie provoque une désorganisation notamment lors des phrases traumatiques ou à des âges avancés de la vie. (P. Marty, 1976, P.142-125).

L'envahissement de l'un sur l'autre n'est que momentanément, ainsi l'être humain, assure un certain équilibre au cours de sa vie entre ces deux forces contradictoires. Et comme le dit Marty, la mort est parallèle à la vie quel que soit l'organisation, chacun influe sur l'autre. (R.Debray, 1983, P.20).

Le début de la vie est caractérisé par l'instinct de vie, l'instinct de mort apparaît régulièrement, organisant au cours de la vie le système de fixation provoqué à chacun et devient par la suite un système de référence, de rempli et de défense; ainsi l'individu vit une succession permanente d'équilibre entre ces deux instincts.

4) Fixations / régressions

« Les phénomènes de fixations-régression, occupant une place centrale dans la conception psychosomatique ». La notion d'une régression d'un certain ordre reposant sur une fixation qui, elle mime sur une régression d'un autre ordre, implique à

n'importe quel niveau de l'évolution, l'existence d'organisation antérieure à ce niveau". Ainsi la régression serait une organisation. (P. Marty, 1994, P72)

En psychanalyse, l'individu est l'objet de ses pulsions intérieures, sa personnalité se forme à travers les conflits intérieurs et le choix des mécanismes utilisés pour se défendre, ses mécanismes de par leur intensité, dépassent les frontières du latent pour apparaître au grand jour laissant leur empreinte sur le soma. Les notions de régressions et de fixation, sont liées dans le développement de la personne, la régression désigne le retour du sujet à des moments dépassés de sa croissance.

•La régression

La forme la plus précoce des mécanismes de défense du moi. Elle est à l'œuvre dans les névroses et les psychoses et, d'une façon générale, chaque fois que le sujet cherche à fuir une réalité insupportable. Même le rêve, dit Freud, est une régression à l'intérieur de l'appareil psychique. (N. Sillamy, 1980, P110).

On peut décrire autant de variété de régression, qu'on peut découvrir de perspective sur un même phénomène, et grâce au sens évolutif du concept, les régressions représentent le moyen idéal d'étude analytique, et de classification des fonctions et de relations inter fonctionnelles psychosomatique. (P. Marty 1980, p12).

•La fixation

Dans la théorie psychanalytique, on parle de fixation de la libido à l'un des stades (orale, anale, phallique) du développement psycho sexuel. Au cours de sa longue maturation, la libido peut être retardée ou arrêtée par différents événements de la vie de l'enfant : perte d'un parent aimé, carence affective précoce, allaitement au sein exagérément prolongé, etc. Cette fixation prépare des positions vers lesquelles le sujet sera tenté de régresser lorsque, dans son existence ultérieure, il se heurta à des difficultés lui paraissant insurmontable. Par exemple : l'écolier en butte aux brimades de ses camarades pourra se remettre à sucer son pouce, l'arrivée d'un nouveau-né à la maison, l'enfant pourra mouiller son lit, parler comme un bébé, récréant ainsi les conditions d'un passé proche dont il a la nostalgie. Toute fixation ne conduit pas

nécessairement à la névrose, mais elle est un facteur prédisposant à celle-ci. (N. Sillamy, 1980, P489).

A un moment donné du développement, une fixation déjà en place n'est pas prête (par des raisons d'excès ou de manque d'excitations pourtant sur elle) à participer au système fonctionnels nouveau, plus évolués, elle se marque dans la répétition des tentatives de participation aux systèmes fonctionnels, plus évolués et dans les échecs renouvelés à cette participation. Ce sont ces allers et retours qui donnent lieu aux marquages qu'on appelle fixation. Elles apportent une double valeur, aux fonctions qu'elles marquent, une valeur de vulnérabilité, car par exemple : une charge lourde d'excitation peut provoquer un mouvement de désorganisation. Par ailleurs, cette fixation peut avoir une valeur de défense, car les manifestations pathologiques en cause constitueront électivement des systèmes des résistances vitales ou mettent un terme au mouvement de désorganisation. Selon P. Marty (1991) ce sont les retours à une pathologie défensive issue de fixation qu'on appelle les régressions. On ne peut parler de fixation sans parler de régression, ce couple fixation- régression est fondamental.

C'est pourquoi, selon Doucet (2000), les fixations entrent dans la chaîne évolutive individuelle.

Marty le confirme : « si l'évolution entière d'un individu s'arrêtait complètement et stagnait au niveau d'une fixation, on ne trouverait pratiquement pas d'un individu convenablement évolués. Il n'y aurait plus place, dans ce cas pour les fixations de haut niveau évolutif ». (P. Marty, 1976, P.120).

Il existe des fixations et ultérieurement des régressions productrices à tous les niveaux du développement (niveau mental), on constate les névroses mentales constituées et stable, névrose d'angoisse, névrose phobique, névrose obsessionnelle qui maintiennent longtemps leur stabilité.

Au niveau somatique, beaucoup d'opérations sont régressifs tels que : les colopathies, les allergies, l'hypertension artérielles, sont répétitives chez certains, mais

stationnaires, les crises sont plutôt réversibles, et les dépressions provoquées par les événements sont épisodique de courte durée. (P. Marty, 1991, P3).

5) Le traumatisme

Pour Freud : « le traumatisme est une expérience de secours dans les parties du moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitation qu'elle soit d'origine externe ou interne et qu'il ne peut maîtriser ».

Le traumatisme a sens économique, la qualité du traumatisme est en relation directe avec la désorganisation qu'elle provoque, et se confond presque avec elle et l'origine extérieure du traumatisme ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable. Ce qui peut s'avérer traumatisant à l'égard du monde extérieur, ne l'est pour la personne concernée. Autrement dit, seul le traumatisme interne ayant une valeur en soi.

Les traumatismes sont issus d'excitation excessives des instincts ou pulsion à laquelle l'organisation psychosomatique des sujets ne peut faire face, les traumatismes se définissent par la quantité de désorganisation qu'ils produisent et non pas la qualité de l'événement ou de la situation qui les produisent. Un traumatisme découle ainsi du rapport entre l'excitation et la défense psychosomatique de l'individu. (P. Marty, 1990, P.79).

La notion même de traumatisme, doit être précisée dans la mesure où il ne s'agit pas de la réduire aux seuls traumatismes externe repérables: séparation, deuils, accident, lesquels pourraient apparaître comme tels d'avantage aux yeux de l'observateur qu'à ceux du sujet qui les vit.

« L'origine extérieur du traumatisme, ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable. La perte d'un proche peut ne pas être plus traumatisante chez un sujet adulte, qu'un jour chez un autre par exemple : le sentiment provoqué par le passage d'une poussière d'un rayon de soleil ». (P. Marty, 1976, P.102).

6) Organisation et désorganisation

L'organisation individuelle est déterminée par certains facteurs : héréditaire, génétique, les conditions intra-utérine, environnemental, et les relations avec l'autre, notamment les premières relations dyades.

Ces différentes fonctions sont regroupées en mosaïque selon P. Marty.

Le développement constitue des découpures dans l'évolution

« Physiologique » de la connaissance, leur détermination s'effectue en relation avec la formation progressive et l'achèvement des structures qui constituent des paliers d'équilibre correspondant à des modes d'adaptation de plus en plus complexe du sujet à son environnement, le développement a un ordre séquentiel, des comportements simples à ceux qui sont plus différenciés et complexe. (Ernest et coll., 1979, P.76).

Autrement dit, progressivement le nourrisson, puis le petit enfant reprendront à leur compte les pouvoirs d'organisation. (P. Marty, 1990).

La désorganisation se manifeste lorsqu'il y a un mouvement contre évolutif, un choc, un traumatisme affectif désorganise d'abord les couches les plus évoluées de notre appareil mental, puis se désorganisent les systèmes psychiques antérieurement mis en place dans le développement. (P. Marty, 1990, P30).

Au moment de l'organisation évolutive tardive, ce sont ses instincts de mort qui priment d'où une discontinuité fonctionnelle, et une désorganisation fonctionnelle. (P. Marty, 1976, P124).

Pour Marty, il n'y a pas un système organique défaillant au malade mais il y a une organisation mentale défaillantes qui se manifeste lors de la détérioration de la fonction des premiers systèmes (inconscient, conscient et préconscient), et le deuxième système (moi, sur moi et le ça). (C.P.Déjourné. Marty, 1980, P107), pour cela Marty propose quatre systèmes économiques fondamentaux, et qui ne recoupe pas exactement avec la classification nosographique psychosomatique.

7) La Mentalisation

P. Marty a utilisé le concept de mentalisation à fin de parler du travail d'élaboration psychique. C'est une notion mise au point au début des années 1970. Concerne la qualité des représentations psychiques qui constituent la base de la vie mentale de l'être humain. Ces représentations apparaissent le jour sous forme de fantasme et la nuit sous forme de rêve. (H. Kamieniecki, 1994, P.68).

Les représentations

Les représentations permettent les associations d'idées, les pensées la réflexion intérieure. Consistent en une évocation de perceptions qui laissent de diverses manières des traces mnésiques, prennent diverse valeurs d'objets de références mentales individuelles. L'inscription des perceptions et leur évocation ultérieure sous forme de représentations sont la plupart du temps accompagnées d'affects plus ou moins précis dans les tonalités agréables ou désagréables. Pendant le développement, le préconscient s'organise comme système de liaison entre les représentations mentales. Il y a deux types de représentations : Les représentations de choses et les représentations de mots. (P. Marty, 1990, P39).

- **Représentation de choses**

Il s'agit de représentation liée à la vie sensorielle motrice, des images, et des comportements accumulés dans le temps et à travers les différentes périodes de développement sont continuellement enrichies de multiples connotations affectives et symboliques. Les représentations de choses rappellent intérieurement des réalités vécues, sans grand décalage par rapport aux choses originellement perdues et s'avèrent peu il y a deux représentations et cette quantité de représentation seront constamment objet de remaniements sous les effets des mouvements pulsionnels et des conflits psychiques.

- **Représentation de mots**

Les représentations de « mots » se constituent à partir des perceptions les plus élémentairement verbales. Elles participent encore à ces moments aux représentations

de choses dont elles quittent progressivement le statut pendant le développement. Nées des communications interhumaines (avec la mère en premier lieu), les représentations de mots maintiennent et organisent ces communications, permettant en même temps des communications intérieures, réfléchies avec soi-même. Facilement mobilisables par les affects, attractifs et enrichies de nouveaux affects et de valeur symbolique aussi à la mesure de la multiplication des échanges verbaux, les représentations de mots constituent l'essentiel des associations d'idées. (P. Marty, 1990, P.39- 40).

La représentation de mots est étroitement liée au langage et à la communication avec l'autre; qui commence par de simples représentations au plus complexes, au départ, il s'agit uniquement de représentation de mots.

C'est la liaison de la représentation de chose et de mot qui permet le langage. Car c'est en associant à une image verbale que l'image mnésique peut acquérir « indice de qualité » spécifique de conscience, qui permet le passage du processus primaire au processus secondaire de l'identité de perception à « l'identité de pensée ». « La représentation consciente englobe la représentation de chose plus la représentation de mot correspondante, tandis que la représentation inconsciente est la représentation de chose seule ». (P. Marty, 1990, P.39- 40).

- **Quantité et qualité de représentation**

La quantité de représentation renvoie à l'accumulation des couches de représentations à travers le vécu, les différentes périodes de développement, la qualité de représentation renvoie à leur disponibilité, à la fluidité de la circulation et la permanence de cette disponibilité au niveau de préconscient, et la qualité des représentations psychique est la base de notre vie mentale, constituent en nous une vie fantasmatique, ce qui renforce notre organisation fonctionnelle.

Le fonctionnement mental c'est toute cette économie, et cette richesse que comportent les représentations, c'est également les types d'objet et la nature des conflits, et toutes activités fantasmatiques. Et pour comprendre le fonctionnement mental, il faut comprendre l'histoire des structures, qui à des moments successifs, ont défini le fonctionnement de la personne. (R.Perron, 1985). Selon C. Smadja, cette

ensemble des caractéristiques du fonctionnement mental, qui permet d'apprécier globalement sa qualité fonctionnelle porte le nom de mentalisation.

La mentalisation concerne donc précisément l'activité de représentation, et l'activité de fantasme de l'individu dans la mesure où le travail de liaison des représentations entre elles s'opèrent dans le système préconscient.

Le préconscient, plaque tournante de l'économie psychosomatique partie dynamique et opérationnelle de l'appareil mental délimitée par Freud, le préconscient (PCS) est lié à l'inconscient (IC) mais se distingue de lui dans la mesure où ses contenus sont accessibles à la conscience (CS). Un système de censure particulièrement remarquable sépare l'inconscient du préconscient.

Le préconscient figure un monde d'entre croisement variables de diverses dimensions psychique elles-mêmes variables. Pour ce qui nous intéresse dans l'immédiat, le préconscient apparaît stratifié sous deux aspects relativement appréhendables. Topiquement d'une part, puisque ses couches profondes sont en étroit rapport avec l'inconscient, le soma les instincts et les pulsions, et que les couches supérieures atteignent le conscient. Chronologiquement, d'autre part puisqu'il se constitue d'acquisitions mentales successives d'abord et surtout au cours du développement. Les deux systèmes de stratifications interfèrent sans cesse et le préconscient se pose finalement comme un réservoir de représentations de différentes époques plus ou moins liées entre elles, et plus ou moins prêtes à affleurer la conscience. (P, Marty, 1990, P.38-39).

Lorsque les représentations mentales sont génératrices d'angoisse ou de plaisir, elles peuvent être soit refoulées soit réprimées; mais quel que soit leur sort les excitations pulsionnelles qui les ont provoquées persistent dans l'inconscient et peuvent à toute occasion se manifester sous forme de symptômes psychiques, par des comportements lorsque les représentations conflictuelles sont refoulées les affectes qui leur sont liés sont déplacés vers d'autres représentations et donnent lieu à des symptômes névrotiques. Lorsque le refoulement échoue, le sujet utilise un mécanisme volontaire, la répression qui consiste à tenir hors du champ de la conscience les représentations insupportables. Contrairement au refoulement qui les maintient au

niveau inconscient, avec le déplacement de l'affect, la répression opéra un clivage entre la représentation et l'affect qui est alors inhibé. La stase de l'affect entraîne une augmentation de la tension et un excès d'excitations qui se déchargent dans les voies somatiques sous forme d'une angoisse diffuse, c'est à dire sans représentations mental. La répression est donc, du point de vue économique, un mécanisme coûteux provoquant une rupture de continuité entre les excitations et leurs représentations. Ses effets peuvent en cela être comparables aux effets des traumatismes (lorsque l'évènement déborde les capacités adaptatives habituelles du sujet). (H..Kamieniecki, 1994, P.68-69).

L'évaluation de la qualité de mentalisation, est celle de la qualité du préconscient sont quasi équivalent. La mentalisation s'apprécie selon trois axes, chacun présentant l'une des dimensions de l'activité représentative qui sont : l'épaisseur, la fluidité et la permanence

L'épaisseur Concerne le nombre de couche de représentations accumulées et stratifier au cours de la vie.

La fluidité La qualité de ces représentations et leur circulation aussi bien à travers les époques passées, qu'à travers l'époque actuelle.

La permanence des représentations concerne la disponibilité à tout moment de ces représentations aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif, car la qualité du préconscient reflète la qualité de la mentalisation. En plus de ces trois critères, il y a un quatrième c'est la domination de l'activité de représentation par le principe de plaisir et de déplaisir ou par l'automatisme de répétition par exemple : quel qu'un contraint de penser à quelque chose, cette contrainte liée à l'automatisme c'est une activité de pensée de mauvaise qualité (cas de trauma).

Critère de mentalisation permet de distinguer toutes les variétés d'organisation mentale selon les qualités efficaces de leur fonctionnement de la qualité la plus élevée, à la qualité la moins élevée, le critère de mentalisation des organisations mentales qu'elles soient névrotiques ou psychotiques dans un sens vertical verticale ; il s'agit de classer les organisations de mentalisation du plus haut au plus bas, car le classement

transversal aurait un sens autre qui est relation avec les différentes figures de la psychopathologie.

La classification de la psychosomatique fondée sur le critère de mentalisation comprend très schématiquement trois grandes catégories d'organisation psychique d'un point de vue psychosomatique; c'est-à-dire d'un point de vue des rapports entre chacune de ces organisations, et les potentialités de développer une maladie psychosomatique. La première grande catégorie représente les organisations névrotiques ou psychotiques productrices de symptôme. L'important du point de vue de la mentalisation, c'est qu'elles produisent des symptômes, ces symptômes sont une véritable production, riche du point de vue d'activité psychique.

La deuxième catégorie se sont les traits de caractère c'est donc une production psychique dégradée par rapport à une activité symptomatique, un trait de caractère implique toujours une certaine régression d'une représentation vers un objet, vers soi-même, ça implique une défaillance dans l'économie narcissique, un patient qui a un trait de caractère cela signifie qu'il s'éloigne de l'organisation névrotique ou psychotique du point de vue de la mentalisation. la troisième catégorie se sont des organisations psychique de comportement nous avons à faire à des patients chez qui dominant les agis, les comportements et chez qui existe le minimum de travail de pensée, de représentation et d'affects.

Le niveau de mentalisation est de plus en plus défaillant et de démentalisation. On parle de démentalisation, car toute formation psychique est capable de se construire ou de se déconstruire, de s'organiser ou de se désorganiser, à travers les événements au fil du temps.

Dans des proportions partielles, dans toute organisation psychique, les pertes vont amener le patient à se désorganiser dans des proportions variables quel que soit son organisation mentale initiale, le processus de démentalisation peut exister dans toute les catégories d'organisations psychique, mais n'aura pas le même impact selon qu'on est parti d'organisation bien mentalisée ou de l'organisation mal mentalisée.

Historiquement, la notion de démentalisation est associée aux études psychosomatiques. L'intérêt de cette notion de démentalisation, c'est qu'elle nous conduit directement à ce que nous appelons les processus de somatisation. Car plus le travail psychique, se défait et devient de plus en plus défaillant puise les issues extra psychique (il s'agit des somatisations) sont empreintées par les excitations instinctuelles et pulsionnelles. Ceci est l'hypothèse de base du point de vue psychosomatique, lorsque l'organisation psychique d'un patient se situant essentiellement à l'intérieur du travail psychique dans les organisations.

Éventuellement un symptôme et toutes les excitations instinctuelles et pulsionnelle, vont pouvoir se résoudre par des compromis à l'intérieur du travail psychique, à l'intérieur d'un travail de pensée, à l'intérieur d'expression affective et émotionnelle, évidemment de la part des actions également, mais des actions qui sont soutenue et supportées par un travail psychique et des intentions psychiques; par contre plus on est dans la frange ou le travail psychique est déficient soit il est d'origine, soit il est devenu à la suite d'une réaction à des situations traumatiques par désorganisation plus l'équipement psychique est déficient et plus les issues psychiques à des traumatismes vont emprunter des voies extra psychique, soit des agis comportementaux soit des désorganisations d'ordre somatique.

Il existe néanmoins un parallélisme relatif entre le degré de mentalisation et la nature du processus de somatisation chez un même sujet et à un moment particulier de son historique, autrement dit la nature et l'intensité d'une somatisation (maladies somatiques) est relativement fonction chez le même sujet et à un moment donnée fonction de son histoire habituelle, de la qualité de son organisation mentale; c'est-à-dire de sa mentalisation.

Le processus de somatisation est une chaîne d'événement psychique qui participe à la genèse et à l'entretien d'une maladie somatique selon le degré de démentalisation de l'activité mentale, on distingue habituellement deux processus de somatisation :

Le processus de somatisation par régression et le processus somatisation par dé liaison pulsionnelle par désorganisation.

Le premier processus de somatisation par régression, autrement dit l'activité psychique a régressé, dans le second processus de somatisation par désorganisation, l'activité psychique n'a pas régressé mais s'est désorganisée phénomène beaucoup plus grave du point de vue de la qualité de la mentalisation.

Le processus de somatisation par régression conduit habituellement à des crises somatiques bénignes et réversibles : crise d'asthme, crise ulcéreuse, hypertension, il s'agit des somatisations qui reviennent toujours chez le même malade selon la même forme (forme assez habituelle du patient).

On constate chez un sujet dont le fonctionnement psychique organisée selon le mode névrotico-normal, leur mentalisation est habituellement satisfaisante ou peu altérée ici les somatisations surviennent ou découlent de variation de fonctionnement mental que P. Marty appelait l'irrégularité du fonctionnement mental, changement de régime du fonctionnement mental habituel du patient dû à un événement inapproprié, le régime change un petit peu, c'est à l'occasion de ces changements que peuvent survenir des régressions somatiques sous la forme de symptôme somatique.

Le deuxième processus, le processus de somatisation par désorganisation aboutit à des maladies évolutives et grave pouvant conduire à la mort tels que les maladies cancéreuses ainsi que les maladies auto-immunes.

Ce processus se développe en général chez les sujets présentant une organisation soit de caractère ou de comportement, là nous sommes dans d'autres organisations habituelles, chez les sujets ayant subi des traumatismes psychique qui ont un caractère de réactiver des blessures narcissiques profondes et précoce (sachant que n'importe quoi peut devenir chez le sujet un traumatisme : une blessure dans la travail, une détérioration de ces relations avec les proches, ça peut être aussi un événement paradoxalement positif une promotion professionnelle) qui peut être un vrai traumatisme par un sujet donné. L'important est que cet événement traumatique est réactivé une blessure narcissique antérieure et précoce, dans tout les cas la dimension de perte narcissique présente et fait le lit d'un trouble de la mentalisation momentanée ou durable c'est-à-dire une désorganisation.

Cette dimension de perte narcissique génère un état de déliaison pulsionnelle, qui motive l'ensemble de l'équilibre psychosomatique du sujet au cours de l'évolution on voit se développer dans un premier temps des modifications psychopathologique, et dans un second les modifications physiopathologiques, c'est à dire la maladie elle-même.

Pour résumer P. Marty distingue trois types de mentalisations, qui sont :

- **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).

- **Mauvaise mentalisation :** 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. (P. Marty, 1990, P.29).

- **Mentalisation incertaine:** entre les deux types de mentalisation, se manifeste une autre forme est celle de mentalisation incertaine.

Selon P. Marty, ce sont des personnes qui ont parfois une bonne mentalisation et parfois une mauvaise mentalisation.

Dans le premier cas, les représentations sont riches et contrairement dans le deuxième cas, il y a une pauvreté de représentation; dans ce type de mentalisation, les sujets soumis à des indisponibilités des représentations acquises, par évitement ou répression de ces représentations, cette incertitude de mentalisation provient de la variation quantitative et qualitative des représentations. (P. Marty, 1991, P.31 - 32). Le clinicien se trouve dans l'hésitation de placé son patient dans la bonne ou mauvaise mentalisation étant donné l'irrégularité de fonctionnement mental

- **Névrose de comportement** : en plus de ces trois types de mentalisation citées ci dessus P. Marty ajoute cette quatrième qui est Névrose de comportement ; Les névroses proviennent des fixations peu solides qui manque une faillite de l'organisation génétique anale et renvoie à des systèmes archaïque ou l'on rencontre peu d'organisation mentales, même à peine élaborées, le fonctionnement de la première topique est inconsistant, le sur moi œdipien ne s'est pas constitué. Les comportements et les conduites difficilement surmontés, sont issus des instincts par les intermédiaires sensori moteur, sans représentation accessibles à la conscience de la pauvreté et de la réduction des représentations, incapacité à maintenir une relation avec les objets intérieurs et d'intériorisation objectale ce qui mène à recourir à des objets extérieurs. (P. Marty, 1976, P.106 - 107- 110).

8) Économie psychosomatique

Est un ensemble d'organisation complexe qui assure l'harmonie et l'équilibre interne et externe chez le sujet quel que soit l'âge, le sexe et son état de santé porté à l'économie psychosomatique nous emmène à explorer les changements psychosomatiques avec tous ces bouleversements. (R. Debray, 1984, P.14).

L'étude de l'économie psychosomatique, prend en compte les particularités individuelles; au cours de l'évolution historique de l'individu. L'énergie pulsionnelle que M. Fain appelait « énergétique » assure le passage d'une phase d'évaluation à une autre, M. Fain souligne néanmoins un point important, est que c'est la même énergie et

le fonctionnement et le dynamisme des fonctions aussi bien somatiques que psychique. (C. Smadja, 2010, p9-10).

Pour étudier l'économie psychosomatique, il faut prendre en compte le mode d'organisation mentale du sujet, et cela nous aide à mieux comprendre les différentes opérations fonctionnelles qui sont : organisation, la désorganisation, et la réorganisation.

9) Pensée opératoire et vie opératoire

Marty a opté pour l'utilisation du mot vie plutôt que pensée, car il s'agit d'un système automatique, superficiel sans liaison avec l'inconscient, ainsi la vie opératoire est un système selon Marty de non pensée, une certaine stabilité s'installe au cours d'une désorganisation, cette phase de vie opératoire apparaît comme un aménagement fragile, plus ou moins prolongés dans le temps. Elle est émaillée fréquemment d'incidents ou d'accident somatique variable qui souligne un ensemble de comportement d'instabilité. (P. Marty, 2004, P117).

La pensée opératoire est une pensée propre aux patients psycho somatiques, marquée par une absence de vie onirique et d'activité fantasmatique.

La dépression essentielle et la vie opératoire représentent la dépression fondamentale : diminution des instincts de vie au niveau des organisations mentales. (P. Marty, 1980, P59).

La relation du sujet avec l'entourage est une relation blanche, la pensée opératoire est beaucoup plus attachée au concret, le sujet est exposé à une maladie à tous risques étant donné cette absence d'activité fantasmatique et oniriques, car celles-ci permettent d'intégrer les tensions pulsionnelles et protègent né au moins le soma et le mental, et l'individu dans l'état de vie opératoire n'est qu'une image sans âme « un mort vivant » (P. Marty, 1980, P59-61).

Sur le plan psychique on observe un certain nombre de symptômes regroupés sous le nom de vie opératoire lorsque nous avons à faire à une désorganisation de travail psychique, le niveau le plus bas que peut atteindre le fonctionnement

psychique, c'est ce qu'on appelle le fonctionnement opératoire; c'est-à-dire une neutralité affective et une conformité de pensée, et une neutralité affective; c'est-à-dire qu'il n'y a plus de fluidité de diversité affective et émotionnelle en relation avec des situations vécues, il y a une neutralité, tout est neutre du point de vue affective; quant à la pensée

C'est une pensée essentiellement conformiste, c'est une pensée dictée par la collectivité, c'est une pensée de conformité, ce n'est plus une pensée individuelle avec des représentations tout à fait subjectives, c'est le niveau le plus bas que peut atteindre une activité psychique démentalisée. (C. Smadja, 2008). (conférence).

Dépression essentielle

Dépression essentielle ; un prélude aux futures descriptions du symptôme apparaissait dans L'investigation (1963) : « ce sont des dépressions sans objet, ni autoaccusation, ni même culpabilité consciente, ou le sentiment de dévalorisation personnelle et de blessure narcissique s'oriente électivement vers la sphère somatique. Un tel tableau, pour nous est de toute évidence à mettre en rapport avec la précarité du travail mental » (P. Marty, 1990, P.29)

C'est en 1966 que le terme « dépression essentielle » fut ainsi promu ;

La dépression psychosomatique qu'à plusieurs reprises j'appelais dépression sans objet, serait en définitive mieux nommée dépression essentielle, puisqu'elle constitue l'essence même de la dépression à savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal sans contrepartie économique positive quelconque. (P. Marty, 1990, P29).

La manifestation principale de la dépression essentielle est la baisse voire de l'effondrement du tonus vital et des instincts de vie, le mouvement se poursuit par la désorganisation des systèmes de caractère et de comportement que révèle la diminution ou la perte des expressions instinctuelles correspondantes : c'est la vie opératoire (www.jacquesboulanger.com).

Cette symptomatologie dépressive se définit par le manque : effacement, sur toute l'échelle, de la dynamique mentale (déplacements, condensations, introjections, identifications vie fantasmatique et onirique). On ne rencontre pas, dans cette

dépression « bienséante », « raccrochage libidinal » régressif et bruyant des autres formes de dépressions névrotiques ou psychotiques. Sans contrepartie libidinale donc, la désorganisation et le morcellement dépassant sans doute le domaine mental, le phénomène est comparable à celui de la mort ou l'énergie vitale se perd sans compensation. La dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration (P.Marty, 1990, P29-30).

Aussi C.Smadja confirme la dépression essentielle est le résultat d'une désorganisation des fonctions psychiques suite à un choc, à un traumatisme affectif, autrement dit à une charge d'excitation trop lourde, et que le système fonctionnel n'a peut tolérer (C.Smadja, 2001, P.5).

III. Les rêves chez les patients psychosomatiques

Selon P. Marty (1984), il y a quatre types de rêves qui appartiennent aux malades somatiques. Qui sont marqués par une pauvreté de vie onirique.

1) L'absence des rêves

Selon Marty, cette absence des rêves correspond à l'isolement de l'inconscient, cette coupure fait isoler toute représentation et élaboration onirique.

On peut émettre d'autres hypothèses, c'est que le patient n'éprouve pas d'intérêt ou refuse de révéler ses rêves.

2) Les rêves opératoires

Le patient reproduit ses actes de la journée dans ses rêves, ce type de rêve est caractérisé par la dominance de la réalité vécue, généralement ce sont des rêves d'incidents.

3) Les rêves répétitifs

Ce type de rêves est le résultat de l'absence de la vie onirique et de l'activité fantasmatique, absence de représentations. Les rêves sont plutôt des cauchemars qui perturbe même le sommeil, et survenant généralement après des accidents corporels.

4) Les rêves crus

D'après P. Marty, les rêves crus ne sont pas rares chez les malades mal mentalisés, il s'agit d'une mentalisation pulsionnelle par Marty, ces rêves sont si peu déformés qu'ils semblent exposer « une photographie de l'inconscient ».

(P. Marty, 1984, P.1050).

Leur apparition représente une valeur régressive partielle soit un érotisme sadomasochisme, ou un mécanisme d'isolement des affectes par rapport aux contenus. (Doucet. C, 2000, P.61).

IV. Classification psychosomatique et nosographique de P. Marty

1) Classification Psychosomatique

- **Des apparences inorganisations**

Concerne surtout les névrosés de comportement, chez lesquels on constate la précarité des aménagements mentaux, qui laisse les sujets complètement démunis lorsqu'ils sont confrontés à des traumatismes qui les exposent à une symptomatologie somatique grave, cela nécessite en plus de soins médicaux, une prise en charge avec un changement positif dans un environnement extérieur afin de combler l'objet perdu.

- **Désorganisations progressives**

Ce type de désorganisation recouvre toute l'étendue de la gamme des repenses individuelle possible face à un traumatisme, et les névroses de caractère, cette désorganisation diffère d'un individu à l'autre selon le moment d'apparition dans leur vie, l'allure peut être rapide ou lente marquée par des phases de réorganisation, mais qui reste fragile et précaire.

- **régressions globales**

Les régressions atteignent les structures solides, névrotiques, psychotique, les névrosés de caractère, présentant le névrotique ou le psychotique, consistant ici l'équilibre économique se révèle plutôt stable, même s'il s'accompagne d'une symptomatologie mentale ou somatique importante.

- **Les régressions partielles**

Les régressions se manifestent dans n'importe quelle structure, il s'agit là de manifestation symptomatique affectant les deux niveaux : le mental et le soma d'une manière transitoire, sans pour autant entraver le mouvement évolutif général qui reste positif, dans ce cas nous constatons la présence des instincts de vie (R. Debray, 1983, P.24-35).

Ces quatre systèmes économiques regroupent la quasi-totalité des réactions humaines face à un mouvement de désorganisation consécutif, à ce qui est vécu comme un traumatisme.

2) **Classification nosographique**

Cette classification a des objectifs ; Prédire les types de réactions faces au trauma, cerner les types de prise en charge adéquat au sujet en fonction de son économie psychosomatique, et ses possibilités à une réorganisation.

Dans la nosographie, Marty a mis en évidence les différentes catégories de structures mentales.

- **La structure fondamentale**

Il s'agit de l'organisation foncière du sujet, considéré comme « un inamovible » à l'âge adulte cela été à l'époque de P. Marty (Pierre Marty, 1990, p76); l'arrivée des neurosciences l'idée a changé. Les neurosciences découvrent que les neurones ne sont pas fixés, sont capable de se multiplier et le réseau neuronique est très malléable : le cerveau est la qualité de plasticité neuronale; c'est-à-dire la capacité des neurones à former (ou à détruire) des liaisons, et ces liaisons qui les relient continuellement, sont capable de former des réseaux en lieu avec une expérience vécue ce qui caractérise par exemple le processus d'apprentissage, et l'inconscient possède une dimension biologique. Mais il reste à signaler que toutes les liaisons internes et externes habituelles qui marquent le développement organisateur du préconscient avec ses départs inconscients: relations avec la mère depuis la grossesse jusqu'à un an, dans les secteurs d'Excitations et part excitation, selon les fonctions en pointe évolutive. (P. Marty, 1990, P81).

Au cours de l'évolution, les premières fixations sont recouvertes par des multiples mécanismes qui caractérisent le fonctionnement psychique. Elles sont remaniées, reconstruites, complexifiées pour aboutir à la structure de l'appareil mental adulte. (H. Kamieniecki, 1994, P72).

- **Les particularités habituelles majeures**

Concernent les données symptomatiques immédiates, le vécu de la petite enfance, les données du fonctionnement mental et le mode de vie actuel du patient.

- **Les caractéristiques actuelles majeures**

Regroupent les données antécédentes du sujet, ainsi que les données du fonctionnement mental et le mode de vie en cours, cette confrontation des données, met en évidence le changement, notamment les changements en relation avec l'état maladif somatique survenant dans le présent.

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

Elles englobent toutes les données, celles concernant la disparition des « caractéristiques actuelles majeures », les données concernant la transformation des « particularités habituelles majeures » spécialement défavorables à l'équilibre psychosomatique ou la reprise de « particularité habituelles majeures » particulièrement favorable à l'équilibre psychosomatique de ceux-ci, car toutes notifications de « caractéristiques actuelle » ou de « particularité habituelles », ont été faites en leur temps; enfin celles concernant l'acquisition de nouveaux types de fonctionnement psychosomatique dans le domaine mental, des expressions sublimatoires ou de l'organisation sociale. (P. Marty, 1990, P.65).

V Psychosomatique et hémodialyse

J. B Stora annonce « l'hypothèse de balancements alternés du fonctionnement système psyché/ système somatique tout au long de la vie des êtres humains. Le premier Assurant la coordination et la cohérence de l'ensemble, le second prégnant la relève lors des défaillances du premier » (C.Surugue, 2010, P.8)

L'être humain subit constamment durant sa vie des tensions, ces excès d'excitations doivent trouver des issues d'évocation. Parfois la parole le langage atténue cette surcharge, mais parfois d'autre, les personnes n'arrivent pas à mettre de mots sur leurs affects et cette surcharge pulsionnelle prend alors des chemins divers pour s'écouler, la créativité, la relaxation, mais parfois c'est le corps, c'est la voix somatique. (C. Surugue, 2010, P.8).

L'existence d'un entourage affectif (un conjoint, des enfants par exemple) donnant au dialysé la volonté de combattre et lui assurant un soutien moral efficace, en d'autre mots, quelqu'un pour qui survivre et quelqu'un vivant pour lui une activité professionnelle investie par le patient en raison de l'intérêt qu'elle représente pour lui et du revenu qu'elle lui assure; effectuer un travail que l'on aime et se savoir nécessaire à autrui de par l'argent que l'on gagne, aident les malades à tolérer l'hémodialyse, la capacité d'admettre et de verbaliser son anxiété, ses difficultés émotionnelles face à la dialyse, à ses contraintes, à la mort, aide à réduire les répercussions psychologiques .

Conclusion

Chaque patient présente des degrés variables de vulnérabilité selon son appartenance à un registre fonctionnel donnée qui lui permet ou non une souplesse d'utilisation de mécanisme de défense et une capacité ou non de traitement des situations conflictuelle. Dans les deux cas de figures, l'apport de l'environnement est important, tous ceux qui l'entoure joue un rôle dans sa vie néanmoins, chacun peut contribuer d'une manière ou d'une autre à son bon fonctionnement mental ou au contraire à sa désorganisation, c'est pourquoi un milieu familiale chaleureux contenant renforce ses instinct de vie, une aide d'une équipe soignante (Infirmier, médecin, psychologue) apportent un soutien psychologique pour mieux gérer sa peur et ses angoisse; les amis, les autres patients que lui, les associations, remplissent tousse la vie de malade on lui offrant cette possibilité de vivre normalement et de ce réorganise.

Chapitre IV

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses

La santé est un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmi t . Cette définition est inscrite au préambule de 1946 à la constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Cette définition de l'OMS n'a pas été modifiée depuis 1946.

Dans cette définition le physique et le mental sont tous les deux pris en compte ensemble. Car on ne peut parler de santé si l'un des deux fait défaut pour le sujet, en médecine la santé est l'absence de maladie. L'homme est une unité physique et psychique.

M.ibn Maimon, dit Maimonide (1135 – 1204), dans le traité de la conservation et du régime de la santé, considère la maladie comme la rupture d'un équilibre à la fois physique et psychique. Le corps et l'esprit bien que réalités distinctes, sont réunis chez l'être humain en une étroite interdépendance. (Hanna Kamienieck, 1994, P.15). Confirmé par P. Marty qui a écarté le dualisme corps psyché pour le remplacer par l'unité psychosomatique, ainsi toute prédisposition aux maladies, aux traumatismes n'épargne ni le physique ni le mental, car ils sont en interaction permanente. Et selon P. Marty les maladies organiques ne sont comprises et traitées que si celles ci sont rapportées à l'économie psychosomatique générale du sujet atteint. Cette  conomie psychosomatique est aussi importante pour les maladies qui perdurent longtemps telle que les maladies chroniques.

Selon l'OMS on parle de maladie chronique dans le cas d'une affection de longue durée qui évolue avec le temps comme l'insuffisance rénale chronique (IRC) qui est une maladie qui touche les reins par des lésions irréversibles.

Les reins ont un rôle de filtre : ils éliminent les déchets (urée, créatine, acide, urique) transportés par le sang et les évacuent sous forme d'urine. Ils maintiennent constante la quantité d'eau dans le corps et équilibrent les taux de sels minéraux nécessaire à l'organisme. Ils produisent aussi des hormones, des enzymes et des vitamines, indispensables à certaines fonctions. Beaucoup de maladies peuvent toucher les reins et les abîment, qu'elles soient d'origine mal formative, congénitale, ou encore

acquise, en effet l'IRC peut être la conséquence d'une de ces maladies. Atteindre ce stade chronique de la maladie rénale, un traitement de suppléance est indispensable qui peut être la dialyse ou la transplantation rénale. Ces traitements ne guérissent pas, ils permettent au patient de continuer à vivre, survivre. Il existe néanmoins la technique de dialyse qui consiste à épurer le sang des déchets toxiques. Les patients hémodialysés subissent des séances de quatre à cinq heures à raison de trois fois par semaine.

L'annonce de la maladie est souvent un véritable choc pour le malade, et la maladie quelque soit sa durée et sa gravité, marque la vie psychologique et sociale de l'individu c'est une épreuve, une crise, qui modifie une situation relationnelle préalablement établie ; les réactions psychologiques font partie intégrante du processus de maladie lui-même, influençant parfois de façon inquiétante son évolution. (S. Lebovici et coll, 1985, P. 445).

La maladie chronique a souvent un effet traumatique à une dimension temporelle essentielle, elle va durer, accompagner le patient dans toutes ses phases de son évolution psychique et physique, notamment quand il s'agit d'un adulte homme ou femme en pleine période de vitalité et que subitement tout freine à l'annonce de la maladie, et pour mieux appréhender cela nous tenons à connaître d'avantage l'âge adulte.

L'âge adulte est une phase d'adaptation à de nouveaux modes de vie et à de nouvelles attentes sociales. L'adulte doit remplir de nouveaux rôles : d'époux, d'épouse, de parent, de soutien de famille, de plus il lui faut développer des attitudes, valeurs et intérêts nouveaux en vue de répondre aux exigences de ces rôles. C'est l'époque où l'on s'établit, en s'installant l'individu développe un mode de comportement qui deviendra sien pour le reste de la vie. Plusieurs facteurs facilitent la réussite des expériences de développement à savoir les capacités physiques, l'adulte atteint habituellement le sommet de ses capacités physiques et motrices, il atteint le maximum de sa force, la vitesse de réaction est habituellement à son niveau le plus rapide, également par les capacités mentales les plus importantes pour l'apprentissage et l'assimilation de situation nouvelles. (E.B.Hurlock, 1978, P.207). Les répercussions psychologiques peuvent découler des

sentiments d'infériorité et d'incapacité qui accompagnent les transformations physiques de la maladie (l'IRC) .

Insuffisance rénale chronique est un problème de santé publique au niveau mondiale, selon The Pan African Medical Journal 5 % de la population mondiale souffrent d'une insuffisance rénale chronique la prévalence varie d'un pays à l'autre, en Algérie, selon le journal L'Expression daté du 11 - 03 – 2017, L'insuffisance rénale, se place sur le podium des maladies du siècle en Algérie, avec 460 nouveaux cas chaque année. Entre diagnostic et prise en charge, ils sont 13.000 insuffisants rénaux en attente d'une greffe, dont près de 90% d'entre eux sont hémodialysés. Cette maladie chronique oblige à un effort particulier de réflexion surtout lorsqu'elle entraîne à court ou à long terme, un risque léthal.

Plusieurs approches ont étudié cette maladie sous divers angles, entre autres nous avons :

- L'approche médicale

S'appuie sur une conception physiopathologique de la maladie donne l'importance au symptôme observable, cet élément observable renvoyant à une donnée caché d'un organisme ou d'un système de l'organisme dont la cause selon cette approche résulte de l'action d'un facteur biologique identifié ou non. On négligeant ainsi l'aspect psychologique du patient.

- Approche cognitive comportementale

La finalité de cette approche est d'expliquer la genèse, le développement et le maintien du problème des troubles ou de la souffrance (on identifiant les relations causales avec les événements internes(cognitif) et les événements externes (comportement);elle cherche à mettre en évidence les lois des phénomènes observés de manière à pouvoir les faire varier, les maîtriser et les prédire dans des circonstances données , sa démarche diagnostique porte sur l'observation et l'évaluation des problèmes vécus, ici et maintenant, par le sujet . Cette approche elle aussi n'a pas pris en compte les maladies organiques chroniques et l'impact de cette chronicité sur l'état psychique du

sujet ou même l'importance des différents modes de pensées psychique sur l'état somatique.

- L'approche psychanalytique

Les troubles et les souffrances ont le statut de symptôme. Témoignant un dysfonctionnement, conflit intra psychique, dont les causes seraient dans l'histoire développementale du patient. Autrement dit S. Freud s'est intéressé beaucoup plus à la vie psychique, à l'analyse du sens des symptômes à l'exploration des événements internes (vie imaginaire et le passé le plus anciens du sujet) ses modes de vie et ses conditions existentielles sont négligés ou considérés comme accessoires, S. Freud n'a pas développé dans sa théorie la conception des maladies organiques, il s'est limité à la névrose actuelle.

- 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. (H. Kamieniecki, 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 entretenait 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).

P. Marty et ses collaborateurs: M.DeM'Uzan,C.David , mettent en nuance dans leur livre « investigation psychosomatique »(1963),le fonctionnement mental des sujets atteint 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 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.

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 forcé 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.

A partir de ces données concernant les hémodialysés et les données de la théorie psychosomatique, ce qui nous a menées à poser les questions suivantes :

1. Les insuffisants rénaux chroniques ont ils un fonctionnement mental homogène ?
2. Est ce que mentalisation protège le corps d'un éventuel mouvement de désorganisation ?

La pré-enquête représente une étape importante voire indispensable dans tout travail de recherche. Notre rencontre avec les hémodialysés s'est organisée par le biais d'une pré-enquête menée au sein des centres de dialyses. Cette étape à été pour nous une étape qui nous a permis d'avoir plus d'informations sur les caractéristiques de notre population d'étude, d'apporter des modifications à notre guide d'entretien et de maîtriser l'application de nos outils. De ce fait, et à partir de la revue de la littérature et de notre pré-enquête, nous avons formulé des réponses à ces interrogations en guise d'hypothèses, qui sont les suivantes :

- **Hypothèse générale**

Le fonctionnement mental a un impact sur l'équilibre ou la désorganisation du corps et cela peut varier d'un cas à un autre.

- **Les hypothèses partielles**

- ✓ **La première hypothèse**

Les adultes insuffisants rénaux chroniques n'ont pas tous le même fonctionnement mental, celui-ci diffère d'un cas à un autre. Il y a ceux qui sont caractérisés par la bonne mentalisation, mauvaise mentalisation, et mentalisation incertaine.

- ✓ **La deuxième hypothèse**

1- Les hémodialysés ayant un bon fonctionnement mental, résistent mieux aux différents moments de crise, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie psychique, découlant de l'intensité d'énergie. Ou alors, si cette symptomatologie psychique existait auparavant, elle sera renforcée.

Ce travail mental protégera le corps. Dans l'impossibilité de traiter les excitations au niveau mental chose qui incite deux possibilités peuvent se présenter :

- L'apparition des maladies épisodiques (passagers).

- Les mouvements des désorganisations progressives s'annoncent d'une manière rare, mais si elles se manifestent, le patient a des prédispositions qui vont stopper cette évolution surtout s'il trouve les moyens thérapeutiques adaptés.

2- Les hémodialysés qui ont une mauvaise mentalisation ;

- Certains échappent, et n'attrapent pas de maladies par le biais d'étayage et le soutien important de leur entourage, c'est-à-dire l'environnement favorable.

- Si l'hémodialysé subit des difficultés dans sa vie et il ne réussit pas à recourir à la symptomatologie mentale, il risque d'avoir d'autres maladies accompagnées de complications, qui prennent parfois l'allure d'une désorganisation progressive qui est fatale dans quelques cas.

3- Les hémodialysés qui réjouissent d'un fonctionnement incertain, la tenue du corps reste liée à la qualité de leur fonctionnement mental, c'est-à-dire selon les moments en fluctuation, mais le corps reste équilibré et se stabilise si l'environnement est favorable.

Opérationnalisation des concepts

- **Hémodialyse**

- Méthode d'épuration du sang par la création d'un circuit de circulation extracorporelle et son passage dans un dialyseur.
- Elimine les déchets organiques qui ne sont plus filtrés.
- Elimine les excès d'eau.

- **Fonctionnement mental**

Bonne mentalisation

- Présence d'espace psychique pour traitement des excitations.
- Richesse fantasmatique. Présence de mécanismes de défense.
- Souplesse d'utilisation de ces mécanismes de défense.
- Capacité de traiter des situations conflictuelles.
- Mouvement continu et flexibilité entre réalité et vie fantasmatique.
- Expression affective.
- Investissement de pulsions libidinales et agressives.
- Présence de rêves.
- Réflexion sur projet d'avenir.

Mauvaise mentalisation

- Absence d'espace psychique pour le traitement des excitations.
- Pauvreté de rêverie.
- Rareté de rêves.
- Carence affective.
- Attachement à la réalité concrète.
- Prédominance de vie opératoire.

Mentalisation incertaine

- Ocillement entre la bonne et la mauvaise mentalisation.
- Irrégularité de fonctionnement mental patente.
- Instabilité dans le traitement des excitations.
- Variabilité de la quantité et de la qualité des représentations parfois riche et d'autre fois pauvre.

Chapitre V

Méthodologie

Introduction

Ce chapitre méthodologie sera consacré à la présentation des différentes étapes qu'on a suivi dans notre recherche, dans le but de mettre en évidence le fonctionnement mental chez les insuffisants rénaux chroniques, et cette démarche consiste évidemment en une pré-enquête et la méthode clinique, et les caractéristiques du choix d'une population d'étude, ainsi que les outils utilisés et leurs analyses.

1- Démarche de la recherche et population d'étude**1-1 La pré-enquête et enquête**

Notre pré-enquête nous a permis d'élaborer nos hypothèses à partir de nos questionnement. La pré-enquête est une étape cruciale dans le travail de la recherche. On a essayé de recueillir toutes les informations sur notre population d'étude qui se caractérise par la maladie chronique d'insuffisance rénale, nous avons effectué notre pré-enquête dans deux cliniques privés « Rameau d'Olivier » à Bejaia « l'archidée Nacer » à Aokas, nous avons rencontré les responsables ainsi que les médecins néphrologues à qui nous leur avons expliqué notre thème de recherche et la démarche que nous avons souhaité suivre, se sont montrés coopératifs, et nous ont facilité l'accès au terrain.

Pour ce qui est de l'enquête que nous avons mené, nous avons travaillé avec des sujets différents de ceux de la pré-enquête, mais nous avons évidemment appliqué le même questionnaire et le test : le déroulement de l'entretien et la passation du test ont été effectués dans la langue maternelle du patient (la langue kabyle et ou arabe).

1-2 La méthode clinique

A fin de vérifier nos hypothèses, nous nous sommes basés sur la méthode clinique qui a pour but l'étude approfondie du sujet notamment en situation et en évolution, la situation que nous avons prise en compte dans notre étude et des hémodialysés, en évoluant le fonctionnement mental chez les insuffisants rénaux chroniques.

« 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 » (J.L.Pedinielli,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. (R.Ghigione, J.F.Richanl, 1999, P.467).

C'est une méthode qui nous permet néanmoins de cerner le fonctionnement mental du sujet, dans la mesure où elle 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 rénaux chroniques dans leur singularité et leur interaction.

- **Etude de cas**

Contrairement à la recherche armée des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective, plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé, plutôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plutôt que des échantillons représentatifs et parfois vise à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer.

Et d'après Passeron et Remel (2005), deux traits caractérisent un cas : la singularité, et l'utilisation du récit pour décrire cette singularité et préciser son

contexte d'apparition. En dépit de ces limites on ne peut prétendre une représentativité idéale mais, reste tout de même utile pour le clinicien de montrer comment travailler avec le patient, mettre en évidence ses pensées, ses paroles dans le but d'apaiser ses souffrances.

Nous avons adopté cette méthode, car elle englobe à la fois le passé du patient et la situation en cours pour décrire les problèmes tout en servant d'outils ; l'entretien et les différents tests, et cela répond néanmoins à nos objectifs.

Notre étude s'est basée sur l'étude de 4 cas, atteignant l'âge adulte atteints d'insuffisance rénale chronique, et nous avons utilisé pour le recueil des données des entretiens semi directifs, et le test projectif qui est le Rorschach.

1-3 Lieu de recherche

Notre stage pratique s'est déroulé dans deux cliniques privées à Bejaia, l'un au Rameau d'Olivier et l'autre à Aokas : notre stage s'est déroulé dans le service de néphrologie qui comporte 1 médecin néphrologue et des infirmiers qui travaillent alternativement, car les services travaillent de 6 heures à 21 heures du soir accueillent des vagues de malades.

2- La population d'étude

2-1 Sélection de notre population d'étude

Notre population d'étude comprend 4 sujets que nous avons sélectionnés à partir de 15 cas déjà vu dans notre pré-enquête, sur des bases et des critères précis d'homogénéité, ainsi certains facteurs jugés non pertinents n'ont pas été pris en compte.

- Les critères d'homogénéité retenue

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

- Pour tous les cas sont tous atteint par l'insuffisance rénale chronique.

- L'âge ; tous les sujets sont des adultes, car à cet âge la personnalité des individus est inamovible selon P. Marty.
 - Tous les cas soignent par le générateur dialyse et non par dialyse péritonéale.
 - Tous les cas n'ont pas été greffé auparavant.
- **Les critères non pertinents de sélection**
- Le niveau socioculturel ; l'insuffisance rénale chronique peut toucher toutes les personnes quelque soit son rang social, ou sa culture sans aucune distinction.
 - Le sexe ; cette variable n'est prise en compte étant donné que notre population englobe les deux sexes.
 - L'âge ; de l'apparition de la maladie n'a pas été pris en considération dans la sélection des patients.
 - La situation matrimoniale qu'il (elle) soit marié (e) ou célibataire, ce facteur n'a pas été pris en compte.

Tableau récapitulatif de la population d'étude

Cas	Ages	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	Date de l'apparition de la maladie
Amel	27 ans	Universitaire	Sans profession	Célibataire	2017
Hayet	38 ans	Elémentaire	Sans profession	Célibataire	2013
Karim	43 ans	3 ^{ème} année secondaire	Gardien d'école	Marié	2007
Nabil	25 ans	Universitaire	Sans profession	Célibataire	2015

Ce tableau ci-dessus contient des prénoms pour chaque cas des patients étudié, ainsi que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, leur profession, leur situation matrimoniale et l'âge d'apparition de la maladie.

Pour les prénoms nous les avons choisis en fonction des caractéristiques de la personnalité de chaque patient tout en gardant l'anonymat qui fait parti de la déontologie de la recherche.

3- Les techniques utilisées

3-1- L'entretien clinique

L'entretien clinique met en scène deux personnes qui échangent des paroles dans un rapport asymétrique au niveau des attitudes et de la demande. Il s'agit de la deuxième étape en psychologie chimique après l'observation, l'entretien mené par le psychologue est avant tout une écoute active comprendre une personne le patient, ne peut se faire qu'avec son aide (J.Y,Flament, 2014.).

C'est une technique qui essaye de comprendre l'activité et le fonctionnement mental de la personne dans sa globalité et son individualité en se centrant sur le discours, le vécu et la relation (C.Chilland, 1993, P.10.).

- **L'entretien semi directif**

Le clinicien laisse le sujet associer librement, il ne l'interrompt pas mais seulement sur le thème proposé et cela après avoir posé des questions que comporte son guide d'entretien, ses questions sont posées de manière hiérarchisée ordonnée aux moments opportuns de l'entretien clinique.

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

- **Attitude clinique du clinicien**

Les aspects techniques de l'entretien clinique sont indissociables de l'attitude clinique du clinicien.

- ✓ **Non directivité**

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

La centration sur le sujet est l'élément essentiel, le thérapeute a confiance en son patient et dans ses capacités d'autre direction, de changement et dans ses possibilités personnelles.

✓ Respect

Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection, de secret professionnel et impliqué le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Le respect de la personnalité du sujet, le respect de ces appartenances sociales, culturelles, le respect de ces appartenances sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas toujours en soi une valeur négative, mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le sujet.

✓ Neutralité bienveillante

Le clinicien ne doit pas formuler de jugements, de critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet, toute fois, neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance, mais doit s'associer à la bienveillance : il s'agit de mettre en confiance le sujet pour laisser exprimer librement.

✓ Empathie

La dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique : il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive, l'empathie du clinicien apparaît comme la clé principale de la psychothérapie et son efficacité (H.Bénony, Kh.Chahraoui, 1999, p.17-18.).

• Guide de l'entretien

But de l'entretien : le but est d'explorer certains aspects du patient comme la compréhension que les malades ont de leur maladie, le vécu rétrospectif de l'annonce de la souffrance rénale, le vécu de l'annonce des traitements, le vécu de la dialyse, et l'impacte du fonctionnement mental sur la tenue du corps et la répercussion de la maladie sur le vécu psychologique notamment la façon dont la maladie retentit sur l'entourage et ses liens avec le patient, le retentissement de la situation malade sur les projets futurs.

Renseignements sur le sujet malade

- Quel est votre nom et prénom ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est la date du début de votre maladie ?
- Quel est votre niveau d'instructions ?
- Quel est votre profession ?

Axe I : informations concernant l'état de santé actuel

Cet axe nous permet d'explorer les causes internes et externes avancées par le sujet malade pour expliquer sa maladie, ses complications et s'il est atteint par d'autres maladies ainsi que son observance thérapeutique et l'apport de l'environnement.

- Quelle était votre réaction la première fois quand on vous a annoncé votre maladie ?
- Quand avez-vous subi la première séance d'hémodialyse ? Et comment l'avez-vous vécu ?
- Comment vous sentez-vous avant et après une séance d'hémodialyse ?
- Comment au début l'insuffisance rénale s'est manifesté chez-vous ?
- A votre sens quelle est la cause profonde de votre maladie ?
- Avez-vous des complications lors de séance d'hémodialyse ?
- Avez-vous besoin des autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?
- Quelles sont les complications et les maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
- Avez-vous des informations sur votre maladie ?
- Etes-vous familiarisé avec la fistule ? Le cathéter ?
- Respectez-vous le régime prescrit par votre médecin ?
- Quel est votre traitement actuel ? Comment le vivez-vous ?
- Pensez-vous que le traitement est efficace ?

- Pensez-vous que la maladie peut avoir des conséquences graves ?
- Quels sont vos besoins aujourd'hui ?
- Etes-vous fumeur ?
- Exercez-vous une activité physique ? Quelconque régulière la quelle ?
- Comment vous vous sentez après cette activité ?

Axe II : informations concernant l'état de santé antérieur

Cet axe aborde la santé antérieure à la maladie, nous permet de connaître les autres maladies déjà vécus et s'il ya une transmission héréditaire.

- Avez-vous souffert dans votre enfance ?
- Etiez-vous victime d'un accident ou d'une blessure quel conque ? A quel âge ?
- Comment était votre prise en charge ?
- Avez-vous été hospitalisé à cause d'une maladie autre que l'IRC ?
- Avez-vous d'autres maladies que l'IRC ?
- Y a-t-il d'autres personnes de votre famille atteinte la même maladie ?

Axe III : fonctionnement mental du patient

Cet axe nous permet de cerner le fonctionnement mental du patient, sa gestion des excitations externes, voir les traumatismes, la fluidité et la richesse des réponses par rapport aux questions posées.

- Quelles sont vos relations avec l'équipe soignante (médecins, infirmiers) ?
- Avez-vous des amis à qui vous vous confiez ?
- Comment la dialyse a-t-elle influencé vos relations avec les autres ?
- Comment viviez-vous votre maladie au sein de votre famille ?
- Avez-vous des activités et des passions que vous exercez ?
- Quels sont vos mauvais souvenirs ?
- Quels sont vos meilleurs souvenirs ?
- Etant hémodialysé comment est votre sommeil ? Et avant la maladie ?

- Parler-moi de vos rêves, décrivez-les, quelles sont les caractéristique ? Vos rêves les plus répétitifs ?
- Quel est votre présentation sur ceux qui sont en bonne santé ?
- Quels sont vos projets futurs ?
- Parler-moi de ce que vous voulez ?

Remarque : si le patient a anticipé spontanément sur des réponses à des questions prévues par nous, nous éviterons de les poser ultérieurement.

3.2 Le Rorschach

Pour notre travail de recherche nous avons choisi d'utiliser le test du Rorschach.

- **Définition du test de Rorschach**

C'est un outil d'évaluation psychologique utilisé pour analyser la personnalité et le fonctionnement affectif, crée en 1912 par Herman Rorschach, dans le cadre d'un bilan psychologique, cette épreuve s'inscrit dans une démarche de compréhension globale de la personne, et permet d'enrichir et d'éclairer les résultats issus d'autres instruments d'évaluation, comme les épreuves cognitives, il est aussi un « précieux instrument d'examen en profondeur de la personnalité » (Beizmam, 1961, p.21.).

- **Historique**

Le Rorschach publie pour la première fois en 1921 par un psychiatre suisse de génie « Herman Rorschach », le test des taches est construit selon les principes d'une méthode empirique non quantitative. Il sélectionne progressivement 15 planches, il faut un rapport sur le travail d'expérimentation et recherche un éditeur, il obtient un contrat d'édition et celui-ci conserve 10 planches et change les couleurs, puis sélectionna celle qui discriminait au mieux les malades mentaux des sujets dit « normaux ».

Rorschach s'est surtout basé, pour l'interprétation, sur l'opposition entre les personnalités extratensives et les personnalités introverties. (J.L.Bernande, 1998, P.08).

- **Le matériel du test de Rorschach**

Le test se compose de dix images figurent chacune sur un support cartonné (24x10). Communément appelé « planche », les images sont en fait des taches d'encre symétrique, aux teintes diverses : grises et le noires pour la planche I, IV, V, VI, VII. Noires et rouges pour la planche II, III, et colorées pour les trois dernières planches, le fond est toujours blanc, chaque planche est numérotée de 1 a 10. Correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration, elles sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précisé. (J. Richelle, 2009, P.20).

Selon P. Roman, Nina Rausch de Tranbenberg insiste sur le fait que le caractère systémique du matériel organisé autour d'une bilatérale plus au moins exprimé. Mais en tous les cas imparfait ainsi chacune des planches peut elle considère, au-delà de la sollicitation manifeste qu'elle présente à partir de la sollicitation qui sous tend le rencontre avec le sujet.

- **La situation de Rorschach**

Le sujet en situation projective est invité à parler tout aussi librement sauf que ses réponses doivent être associées à partir du matériel du test, ce qui constitue une première contrainte dans la prise en compte de la réalité externe, perceptive du stimulus et par ailleurs, il ne dispose que d'une séance pour la passation, il y a donc liberté et contrainte, le psychologue adopte une attitude de neutralité bienveillante, il ne suggère pas il n'interprète pas, il ne juge pas (il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponses). (C.Chabert, 2004. P111).

- **Passation du test de Rorschach**

- ✓ **La consigne du test de rorschach**

Une consigne impersonnelle et au conditionnel du genre « ce qu'on vous demande de dire, c'est tout ce qu'on pourrait voir dans ces taches », offre toute chance de stimuler le sujet sans l'orienter, il est de dire ce qu'il veut (D.Anzieu et C.Chabert, 1987, P.5).

✓ Le premier temps

Le temps de la représentation successive et dans l'ordre de la numérotation des planches, cette représentation est accompagnée de la consigne, le psychologue se maintient dans une position de soutien et d'accueils des productions du sujet. Les planches ont un haut et un bas sont présentées en position droite. Il n'est pas nécessaire d'inviter le sujet à les renverser de haut en bas ; on attend qu'il le fasse spontanément ou on lui permet s'il le demande.

L'examineur note toutes les réponses du sujet, ainsi que ses commentaires et son comportement, la durée de chaque planche et le temps de latence qui s'écoule entre la présentation de la planche et la première réponse effective donnée par le sujet. (D.Anzieu et C.Chabert, 1987.P57).

Le tableau de ces temps permettra ensuite de savoir à quelle planche le sujet s'est totalement écarté de sa moyenne habituelle et par conséquent, quels points vulnérables ont été touchés en lui.

L'examineur note également tous les changements dans les positions des planches (planche droite : \wedge ; planche renversée : \vee ; planche mise sur le côté : $<$ ou $>$ le retournement des planches signifient soit un esprit méthodique, qui explore systématiquement toutes les possibilités de la planche ; soit une attitude d'opposition, qui consiste à prendre le contre pied de ce qui est proposé.

Quand un sujet n'a pas interpréter une découpe importante ou n'a pas vu une réponse habituelle, on peut l'inviter explicitement à le faire de déterminer s'il s'agit soit d'une négligence ou d'un blocage passager et surmontable, soit une incapacité psychique fondamentale.

✓ Le deuxième temps

Une fois la passation terminée, l'examineur revient sur chacune des réponses pour faire préciser au sujet ou et comment il l'a vue c'est l'enquête ; elle est indispensable pour coter chaque réponse selon les trois colonnes requises

(localisation ; déterminant ; contenu ; quatrième colonne servant seulement à noter les banalités et les tendances).

✓ **Le troisième temps**

Le temps de l'épreuve des choix, qui consiste classiquement à demander au sujet d'indiquer quelle sont ses planches préférées, puis ses planches moins aimées. (P. Roman, 2006, P.87).

4- Analyse des techniques utilisées

4.1 L'analyse de l'entretien clinique

I. La santé physique

1. La santé antérieure et actuelle du patient.
2. Le facteur héréditaire et les complications de la maladie.
3. Relation entre les événements traumatisants et la maladie.

II. Les caractéristiques du fonctionnement mental

1. La vie relationnelle ; (relation avec l'équipe soignante, famille, environnement socioprofessionnelle...)
2. Les événements importants dans la vie du patient.
3. Les caractéristiques de la vie onirique du patient.
4. Expression, souvenirs et projets d'avenir.

4.2 L'analyse de Rorschach

L'analyse du protocole RORSCHACH

Dans notre recherche on va adopter la méthode de (C.CHABERT) pour l'analyse des protocoles qui se base sur la méthode de (N.R. de traubenberg) dans ces travaux, donc la méthode est la suivante sur le plan quantitatif :

- **La cotation**

La cotation est réalisée pour chaque réponse produite, elle est assistée obligatoirement, du livret de cotation des formes, la cotation se base sur quatre critères spécifiques pour chaque réponse : la localisation, le déterminant, le contenu et le caractère banal ou non réponse.

- **Le Psychogramme**

Est une synthèse quantitative des différentes observations précédentes, il regroupe sous forme de pourcentage ou quantités un certain nombre d'indices relatifs au type d'appréhension, localisation, dominantes (D%, G%) au déterminants (F%, F+%) et au contenu (H%, A%,...) (N.Rauch.de Traubenberg ; M.F. Boizon, 1996, p.70).

Sur le plan qualitatif, la procédure est comme suit :

- 1. Approche cognitive : comprend**

- 1.1. Les modes d'appréhension

- 1.2. Les déterminants

- 2. Facteurs relevant de la dynamique conflictuelle**

- 2.1. Les réponses Kinesthésiques

- 2.2. Les réactions sensorielles (C. Chabert, 1983, p 281-294)

Concernant la cotation des réponses dans les protocoles RORSCHACH on va utiliser le livret de cotation de Cécile Beizmann, les banalités on va s'appuyer sur la liste Algérienne de A.Si Moussi et collaborateur, à propos de l'analyse des protocoles on va se baser sur la méthode de Catherine Chabert. (A.Si Moussi, M.Benkhelif et coll, 2004, P.356).

- 3-L'hypothèse du fonctionnement**

En réalité on ne peut pas séparer l'étude des processus cognitifs de la dynamique conflictuelle du patient, car l'étude doit porter sur le contexte générale

du protocole et la relation de chaque réponse à celles qui la précède compte tenue des planches refusées ainsi que la symbolique de chaque planche.

« Pour que l'analyse du matériel du test prend son sens opérationnel, lors de l'application des conceptions du contenu manifeste et celui des sollicitations latentes des planches qui est d'une dimension plus profonde des sollicitations perceptives, où elles évoquent la fantasmagorie et l'affectivité des différents contenus conflictuels, pour que le tout soit intégré dans le dynamisme libidinal du développement » (D. Anzieu, C. Chabert, 1987, p117)

3.1 La mentalisation à travers le RORSCHACH

- **Les névroses bien mentalisés**

-Compromis entre principe de plaisir/ déplaisir ainsi entre le désir et la défense.

- Le recours labile à la réalité F %, F+%, En gardant la relation avec la vie interne.

-La présence des réponses Kinesthésiques associées à une forme positive qui signifie une vie pulsionnelle (libidinale et /ou agressive).

-L'utilisation de mécanisme de défense du déplacement qui rend les pulsions sous forme d'image animales.

- La capacité de nouer des relations dans les planches Bilatérales (II, III, VII, VIII) avec l'existence des identifications.

-La capacité d'associer les représentations et les affects.

-La présence des réponses organisées associées à un déterminant Kinesthésique.

-La variation des contenus confirme les variations des investissements.

-La capacité de traiter certains contenus latents de certaines planches (IV, VI).

-L'intégration sensorielles (FC, CF, FE, EF, clob F, F clob) par exemple dans les planches chromatiques (VIII, IX, X).

- **Les névroses mal mentalisés (névroses de comportement)**

- Refus de certaines planches donc certaines situations.
- L'hyper investissement de la réalité extérieure des planches qui signifie le conformisme opératoire sans l'investissement de la vie interne.
- Manque de réponses Kinesthésiques qui signifie la grande carence de la vie pulsionnelle (libidinale, agressive).
- La répétition des mêmes réponses malgré le changement de la planche (stimulus) qui nous donne une persévération.
- Règne des contenus anatomiques avec la description morcelée du corps.
- On peut trouver un pourcentage élevé des réponses banales qui s'inscrit beaucoup plus dans la recherche du conformisme.
- L'absence des réponses sensorielles et même si elle est abordée reste une réponse sensorielle pure (C,C`) évoquée dans les planches chromatiques, sont des sensations relative au stimulus extérieur de la planche.
- Critique de la situation.
- le retournement des planches.

- **Les névroses à mentalisation incertaines**

Si on hésite après l'analyse du protocole de supposer l'hypothèse du fonctionnement mental du patient, car il n'appartient ni aux névroses à bonne mentalisation ni aux névroses de mauvaise mentalisation, donc il appartient aux névroses à mentalisation incertaine car ses réponses différentes englobent les réponses mentales, comportementales et caractérielles qui ne se classent pas dans un procédé bien déterminé.

5- La présentation des cas

Après l'utilisation de la technique de recherche déjà citée, on peut résumer la méthode d'analyse et le traitement des données recueillies selon la succession des étapes suivantes :

- On analyse les données de l'entretien clinique de chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche.
- On analyse les protocoles du (ROR), des insuffisants rénaux cas par cas, et de donner l'hypothèse du fonctionnement mental de chacun des patients.

Concernant la manière de présenter notre travail, on va exposer quatre cas illustratifs touchant l'analyse de l'entretien clinique et l'analyse d'un protocole du Rorschach.

Puis on va effectuer une conclusion englobant la relation entre la mentalisation et la tenue du corps de chaque cas à part.

Enfin on va effectuer un dernier chapitre où on présente la discussion des hypothèses de notre recherche à partir de nos résultats au cours de cette investigation. .

Conclusion

Dans ce chapitre méthodologique on a présenté le lieu de notre recherche, la démarche suivie, les outils utilisés tel que l'entretien et le test projectif Rorschach, comme on a montré la façon d'analyse de ces deux techniques qui nous ont permis de rassembler des informations sur les malades et d'assurer une bonne organisation et planification de notre recherche.

Chapitre VI

Présentation et analyse des résultats

Cas d'Amel

Amel âgée de 27 ans, elle est la deuxième, d'une fratrie de quatre enfants d'une taille moyenne, brune, yeux marrons, souriante. Elle porte un voile. Elle est étudiante universitaire, poursuit toujours ses études, fiancée. Son père est un agriculteur, sa mère femme au foyer. Elle est récemment en dialyse, environ un mois.

On la surnomme Amel qui veut dire en langue arabe, l'espoir, puisqu'elle est pleine d'énergie et de perspective.

1. L'analyse de l'entretien clinique

I. La santé physique

1. La santé antérieure et actuelle du patient

Pendant l'entretien on a pu dégager qu'à l'âge de 23 ans, Amel a subi une chirurgie à la suite d'un problème urinaire, car les médecins ont constatés que ses reins ne fonctionnaient pas bien après l'opération, tout semble entrer dans l'ordre jusqu'au moment où le malaise surgit de nouveau, mais cette fois-ci c'est encore plus grave. Amel a senti un malaise des vertiges, perte d'appétit, des vomissements, après une consultation médicale, le médecin a diagnostiqué son IRC, le jour même a été orientée pour sa première séance de dialyse.

2. Le facteur héréditaire et les complications de la maladie

A la suite de notre entretien, il s'est avéré que l'insuffisance rénale n'est pas une maladie héréditaire, on disant, « personne dans la famille n'est atteint de cette maladie »¹. Le problème dont souffre actuellement Amel est l'emplacement de la fistule, on lui a placé un cathéter jugulaire interne (au niveau du cou), car la première fistule placée au bras droit n'a pas réussi à fonctionner ; c'est pourquoi, on envisage une autre chirurgie à l'hôpital de Tizi Ouzou. Elle a souvent la fièvre et des douleurs atroces, après avoir placé son cathéter.

3. Relation entre les événements traumatisants et la maladie

La patiente a évoqué le décès de son père en 2008, quand elle avait 18 ans, en disant : « J'ai perdu mon père, il y a 9 ans c'était un véritable choc pour moi »². Elle a subi son opération en 2013 à l'âge de 23 ans. Amel a connu une série d'événements traumatisants en

¹ Ula dheywen guela famille urihlik lahlakayi.

² Imuth baba felas 9 isegassen idjayid choc.

plein période d'adolescence, la perte de son père pourrait être à l'origine de sa maladie IRC. La patiente tient beaucoup à son père avec qui elle était très attachée.

II. Les caractéristiques du fonctionnement mental

1. La vie relationnelle:(relations avec l'équipe soignante, famille, environnement socioprofessionnelle.)

Lors de notre entretien, Amel nous affirme les bonnes relations avec l'équipe soignante, avec les membres de sa famille, son fiancé, et ses amies de l'université qui l'entourent tous chaleureusement, elle dit : « les relations avec l'équipe soignante sont bonnes, ma famille, mon fiancé, mes copines de l'université me soutiennent beaucoup »³.

2. Les événements importants dans la vie de la patiente

L'événement douloureux était la perte de son père en 2008, ça la beaucoup affecté, elle était attaché à son père, celui ci lui a laissé un grand vide elle dit : « la mort de mon père ma causé beaucoup de peine, il est mort suite d'un cancer des poumons »⁴.

Et l'annonce de sa maladie était un autre choc traumatisant. Mais Amel garde aussi dans sa mémoire des choses gaies et heureuses; sa première rencontre avec son bien aimé, ses fiançailles.

3. Les caractéristiques de la vie onirique de la patiente

Les rêves de Amel sont répétitifs, sont centrés sur ses séances de dialyse. Elle rêvait souvent avoir deux enfants et que son médecin dans le rêve lui dit tu n'aura qu'un seul : « je rêve toujours de ses moments de dialyse, j'ai rêvé avoir deux enfants, el le médecin m'a dit que je n'aurais qu'un seul »⁵. Amel interprète elle même son rêve on disant qu'il s'agit de ses deux reins qu'un jour elle finira par être greffé. (Sachant que la maman de la patiente envisage de lui donner son rein).

Les rêves répétitifs selon P. Marty reflètent cet inconscient refoulé du patient malade somatique. Ces rêves sont éruptifs sans aménagement sans défense (P. Marty, 1984, P.1150).

4. Capacité d'exprimer et d'association concernant les souvenirs, et les projets d'avenir

³ Lealakath yenaw wahidh l'équipe médicale lealit, la famille yenaw, fiancé yenaw, thimdokaliw à l'université.

⁴ Lmouth nbaba ma fait de la peine, yemout à la suit d'un cancer des poumons.

⁵ Targough dayeman la dialyse, uregagh seigh sin lwachoul tebib yena yid adheseugh yewan kan.

Amel a exprimé ses peines ses douleurs, ainsi que les moments de bonheurs qu'elle a vécues. Elle projette poursuivre et achever ses études.

Elle projette également à se marier l'année prochaine, elle dit : « Nous avons programmé notre mariage cet été mais les médecins m'ont demandé de le reporter, ça sera pour l'été prochain »⁶.

Amel ne semble pas peser la gravité de sa maladie cela peut être par manque d'informations concernant l'insuffisance rénale chronique, les médecins lui laisse espoir, le temps de s'adapter à sa maladie. Amel n'a pas passé beaucoup de temps en dialyse, depuis un mois seulement, on dirait qu'elle est dans le déni. Amel s'est exprimée aisément lors de l'entretien.

Conclusion de l'entretien

Amel, semble investir ses relations avec son entourage. Elle avait une certaine richesse fantasmatique caractérisée par le recours à l'imagination et l'expression de ses projets d'avenir proches et lointains. Concernant ses souvenirs, Amel garde les mauvais souvenirs le décès de son père, l'annonce de sa maladie. Ses meilleurs souvenirs sa liaison avec son bien aimé.

Concernant l'hypothèse du fonctionnement à partir de l'entretien n'est pas claire, en attendant pour cette question les résultats du rorschach.

Sur le plan santé physique de Amel, semble avoir un petit problème, était hospitalisée et opérée pour problème urinaire. À coté de son fonctionnement mental, l'apport de l'environnement favorable de Amel, joue le rôle de soutien psychologique dont réjouit la patiente, ce qui lui permet de maintenir sa stabilité et son équilibre et d'éviter toute désorganisation éventuelle.

⁶ On a programmé notre mariage sif ayi mais teba naneyid djit arekabel.

Rorschach de Amel ,27 ans

Texte	Enquête	Cotation
<p>I 20''</p> <p>1.dhel'abd, je pense dhel'abd, idhaou i rabi subhanou at ji inchallah adhi ji ak lmumnin 55''</p>	<p>(toute la planche)</p> <p>Dhal'abd idhaou</p>	<p>G K+ H</p>
<p>II 9''</p> <p>2.sin l'ibad m'tahden l'ouahid aken inchallah yiwen ma ra yahlekh itshulfu iwen ayefk afussiss adhissanedh imaniss aka am la famille très important iwen mara yahlekh dima tsamaawanen gewgarawen 50''</p>	<p>Les deux parties latéral noires</p>	<p>D F+ H sym</p>
<p>III 10''</p> <p>3.y a deux personnes...essayent adhadmen quelque chose 1'38''</p>	<p>(les deux parties noir latérales)</p>	<p>G K+ H/ Obj Sym</p>
<p>IV 50''</p> <p>4. c'est un arbre itchavh à un arbre dheyen itswaligh. 40''</p>	<p>(Toute la planche)</p>	<p>G F+ Bot</p>

<p>V 15'' 5.khouffache il vole dhayen (rire) 30''</p>	<p>Khouffache il vole (rire)</p>	<p>G Kan+ A Ban</p>
<p>VI 14'' 6.on dirait dha fartato (rire) itsfarfir, c'est tout 20''</p>	<p>Dha fartato</p>	<p>G Kan+ A</p>
<p>VII 20'' 7. sin ivladhen 8.on dirait un animal yatswali lakhyaliss 40''</p>	<p>(D tiers entier)</p>	<p>D F+ Frag Sym D F+ A Sym</p>
<p>VIII 10'' 9. y a un animal ch'roul yatsali yiwan chavhith photocopie dhayen 30''</p>	<p>Sur les deux cotés un animal yetssi adhyali adhrar on dirait un dinosor Partie rose latérale.</p>	<p>D Kan+ A Sym D Kan- A</p>
<p>IX 9'' 10. tsimesth ichalen itsalid doukan d'guess doukhan ni its saniaad achkal 30''</p>	<p>Thimesth doukan</p>	<p>D Kob→tendance E F+ element</p>

X 10''		
11. plusieurs choses assif		DdbL F+ Géo
12. l'huth its umou	(vert médian entier, en bas)	D Kan- A F+-
	(bleu latéral)	
13. sur les cotés i ghava		D F+ pays
	(rose latéral)	
14. sin ivardhen		D F+ Frag Sym
	(bleu médian)	D F+ Archi
15. el djissr guath lamast		
	(gris médian entier en haut)	
16. djazira		D F- Géog
15''		

Choix + : V ; VIII

V : « planche triste, smakhthayed lhala inu imi halkagh ». (Silence)

VIII : « un animal issouhachen »

Choix - : I ;II

I : « idhaou irabi el alamin ya tswakrah)

II : « amoutin yahaoudj la famille win as yefken afus »

Psychogramme

R	16	G	4	F	9	A	5	F %	56 % ↓
TT	10'25 ''			F+	8	H	3	F+ %	89 % ↑
T/Rep	38''	G %	25%	F-	1	Bot	1	F% elargi	94 % ↑
Tps Lat Moy	16''	D	11	K	2	Frag	2	F+% elargi	87 % ↓
MA/G D		D %	69	Kan	4	Elem	1	A%	31% ↓
TRI	2 K/0C			Kob	1	Arch	1	H%	56% ↑
Introversif	mixte	Ddbl	1			Géo	2	Frag	13
FC	5/o E					Pays	1	Elem	6
RC	50% ↑	Ddbl	6% ↓					Arch	6
								Géo	13
								Ban	1
								Ban	6 % ↓
								Choix+	I;II
								Choix-	V;VIII

Impression générale

La productivité est 16 elle est au dessous de la moyenne, la norme est [20-30]. Les contenus sont variés au règne Animal, Humain, objet,... On constate aussi le recours à la symétrie qui indique le double lien dans les réponses de plusieurs planches.

1-Approche cognitive

1.1 Les modes d'appréhension

D'après le protocole on constate que Amel appréhende la réalité extérieure dans sa globalité 25%, d'une façon normale la norme est [20-30-], le même cas est pour l'approche détaillée de la référence 69% pour les D, dont la norme est [60-70] . On peut dire que le mode d'appréhension de la patiente est dans le 1G/2D.

Pour ces G on remarque une seule G simple dans tout le protocole dans la planche IV paternel. Les G élaborés dans les planches I, V, VI, témoignent d'une organisation structurante puisqu'elles sont de bonne qualité et d'une opération mentale dynamique et rationnelle dans la mesure où Amel apporte une élaboration personnelle dans la perception de ces planches.

On constate aussi les D associées dans les planches II, III, VII, VIII, IX et X.

En ce qui concernent les réponses, détaillées, qui sont liées a une bonne forme positive signe d'une adaptation à la réalité sont comme suit ; PL II, de castration, Amel a perçut le contenu latent de la planche, en donnant la solution du partage et du soutien familiale au moment de la maladie.

PL VII la planche maternelle, deux réponses successives associées à des formes positives, dans un contexte symétrique.

PL X angoisse de morcèlement, trois réponses successives associées a des contenus différents.

Ddbl PLX symbolise l'angoisse de morcèlement la 1^{ere} réponse dans cette planche était a caractère positif, donnée dans l'appréhension du détail dans le blanc.

En ce qui concernent la réponse détaillée qui est liée à une mauvaise forme, signe de dérapage à la réalité, concerne la dernière réponse de la dernière planche.

1.2 Les déterminants

D'après le protocole, on constate que le pourcentage des F% 56 % est bas par rapport à la moyenne [60-65], la patiente n'appréhende pas beaucoup la réalité extérieure dans sa forme. Par contre si la patiente appréhende cette réalité dans sa forme, elle reste efficace F+% 89 la norme est [70-80], par contre, en aidant Amel avec le F % élargi 94% qui est supérieur à la norme 80. Donc elle récupère sa défaillance concernant le côté formel.

Concernant le contenu Animal est inférieur A 31%, la norme est [35-60], par contre le contenu Humain H% 56% dont la norme est [15-20], est très supérieur à la moyenne. On souligne que Amel a un contenu de référence variée qui atteste le bon ancrage à la réalité par F+.

Concernant les banalités 1 par rapport à l'ensemble des réponses données par Amel 16, ce chiffre très inférieur reflète une insuffisance dans l'approche de la réalité commune habituelle.

Facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Les types de résonance intime T R I 2K/0C c'est introversif mixte, la formule complémentaire FC.5/0E donc les deux formes sont compatibles, dont FC est dans le même sens avec T R I.

2.1 Les réponses Kinesthésiques

La présence des kinesthésiques dans un protocole associées à de bonnes formes prouve d'une richesse fantasmagique et de vie interne, qui signifie une adaptation de la réalité interne à la réalité externe, dans le protocole elles sont comme suit :

En ce qui concerne les réponses kinesthésiques humains elles sont présentes dans la planche I du premier contact et dans la planche III de la relation associée a un contenu humain. Cela signifie qu'Amel appréhende les relations dans sa vie d'une façon efficace.

Les réponses kinesthésiques animal, associées au bonne forme dans les planches V, VI, VIII, qui sont tous associées a un contenu animal.

La planche IV embryonnaire, une kinesthésie d'objet à la réalité dans un contexte anxieux qui est coté dans le protocole en tendance.

2.2 Les réactions sensorielles

Dans tout le protocole aucune réponse sensorielle qui signifie l'utilisation des affectes, par contre cette absence n'efface pas en contre partie la richesse fantasmatique.

Pour les mauvaises formes, la dernière dans la planche X est associée à une forme négative témoigne le dérapage de Amel, mais cette réponse reste associée à une tendance de F_{\pm} .

Hypothèse du fonctionnement mental

Hypothèse du fonctionnement mental de Amel est caractérisé par une bonne mentalisation à caractère obsessionnel, c'est à dire qu'il y a la richesse interne, qui ne s'exprime pas beaucoup à l'extérieur, mais il reste à souligner que son rapport à la réalité est très satisfaisant.

Conclusion du Rorschach

Malgré que le nombre de réponse réduit R16, on souligne la richesse fantasmatique par le nombre élevé des réponses kinesthésiques adaptées à la réalité extérieure, donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Amel est caractérisé par une bonne mentalisation à caractère obsessionnel, c'est à dire qu'il y a la richesse interne, qui ne s'exprime pas beaucoup à l'extérieur, mais il reste à souligner que son rapport à la réalité est très satisfaisant.

Résumé du cas

Amel, semble investir ses relations avec son entourage. Elle avait une certaine richesse fantasmatique caractérisée par le recours à l'imagination et l'expression de ses projets d'avenir proches et lointains. Concernant ses souvenirs, Amel garde les mauvais souvenirs le décès de son père, l'annonce de sa maladie. Ses meilleurs souvenirs sa liaison avec son bien aimé.

Concernant l'hypothèse du fonctionnement à partir de l'entretien n'est pas claire, en attendant pour cette question les résultats du rorschach.

Malgré que le nombre de réponse réduit R16, on souligne la richesse fantasmatique par le nombre élevé des réponses kinesthésiques adaptées à la réalité extérieure, donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Amel est caractérisé par une bonne mentalisation à caractère obsessionnel, c'est à dire qu'il y a la richesse interne, qui ne s'exprime pas

beaucoup à l'extérieur, mais il reste à souligner que son rapport à la réalité est très satisfaisant.

Sur le plan santé physique de Amel, semble avoir une santé précaire, était hospitalisée et opérée pour problème urinaire. À coté de son fonctionnement mental, l'apport de l'environnement favorable de Amel, joue le rôle de soutien psychologique dont réjouit la patiente, ce qui lui permet de maintenir sa stabilité et son équilibre et d'éviter toute désorganisation éventuelle.

Cas de Hayet

Hayet âgée de 38 ans, de petite taille brune, yeux marron, chétive, paraît mal habillée, jeune par rapport à son âge, elle est classée la quatrième dans la fratrie de sept enfants, a suivi un enseignement élémentaire durant deux années dans un centre d'alphabétisation, sans profession, célibataire.

On l'a surnommé Hayet qui veut dire en langue arabe la vie car elle est pleine de vivacité.

1 Analyse de l'entretien clinique

I La santé physique

1 La santé antérieure et actuelle du patient

D'après l'entretien, Hayet ne semble atteinte d'aucune maladie hormis son insuffisance rénale chronique découvert « je n'ai aucune maladie c'est en 2013 que le médecin a diagnostiqué cette maladie ».

2 Le facteur héréditaire et les complications de la maladie

Selon la patiente, la maladie n'est pas héréditaire aucun membre de sa famille n'est atteint d'insuffisance rénale chronique.

Hayet ne s'adapte toujours pas avec la fistule sa main lui fait mal, en déclarant « Mon bras me fait mal à cause de la fistule. »⁷ Mais par ailleurs la patiente ne semble présenter aucune complication.

3 La relation entre les événements traumatiques et les complications

La patiente a évoqué le décès de sa mère à l'âge de 18 ans c'était un événement traumatisant pour elle. Elle dit « J'ai perdu ma mère suite à une mort naturelle Quand j'avais 18 ans »⁸.

II Les caractéristiques du fonctionnement mental

1 La vie relationnelle;(relation avec l'équipe soignante, famille, environnement socioprofessionnel ...)

La patiente investit le côté relationnel, elle noue des relations avec sa famille et l'équipe soignante avant et après sa maladie, elle dit ; « je m'entends avec mes frères et

⁷ Afousiw ikrhyyi feldjal la fistule.

⁸ Khesregh imma temoute al mout n rebbi asmi saigh 18sna

sœurs, avec ma belle mère et surtout avec mon père, il m'aime beaucoup, aussi avec l'équipe soignante »⁹.

2. Les événements importants dans la vie de la patiente

La patiente a révélé lors de l'entretien la perte de sa mère qui l'a traumatisé, et le jour ou on lui a annoncé son insuffisance rénale, concernant les souvenirs heureux, Hayet ne se rappelle d'aucun. La patiente vit dans l'inquiétude et la peur de mourir. « J'ai peur de rater ma séance de dialyse je dors avec souci et je me réveille avec souci ».

3 Les caractéristiques de la vie onirique

Hayet rêve uniquement de sa dialyse « je rêve rien, la dialyse, je suis en retard, j'ai peur ». ¹⁰ Hayet fait les mêmes rêves ; ses rêves répétitifs prennent l'allure de cauchemars.

Les rêves répétitifs, souvent intégrés aux névroses traumatiques, ne conduisent pas forcément à des symptomatologies somatiques parce que d'un coté ils témoignent d'une pensée fixe, dont l'absence de mobilité rejoint celle des inhibitions des représentations, qui entraîne des risques d'atteintes des fonctions d'expressions sensorimotrice en particulier ; ou encore l'atteinte des fonctions somatiques fondamentales d'ordre immunologique. Et de l'autre coté, parce qu'ils surviennent fréquemment après des accidents corporels accompagnés de lésion plus ou moins graves. (P. Marty, 1984, P.1149-1150).

4. Capacité d'exprimer et d'association concernant les souvenirs, et les projets d'avenir

Hayat a révélé ses moments douloureux, avant et après sa maladie, n'a révélé aucun événement heureux, concernant ses activités, la patiente faisait de la couture avant sa maladie, elle dit « Je suis malade, je ne pense à rien je faisais de la couture, mais plus maintenant à cause de la fistule, mon bras me fait mal ». La couture est une voie de décharge par le comportement, mais après l'atteint elle ne peu plus l'exercer.

Nous avons constaté durant l'entretien que Hayet s'est exprimée aisément.

⁹ Tmesefhamegh d wayethma thamatout n baba, ithibiyi bezzaf

¹⁰ Outargouraghara, ala la dialyse targough aklin retard, tagadhegh

Conclusion de l'entretien

Concernant le fonctionnement mental de Hayet, est caractérisé par une mauvaise mentalisation apparu au cour de l'entretien, elle ne révèle aucun moment heureux dans sa vie. Ses projets d'avenirs sont figés, elle faisait de la couture mais plus maintenant à cause de la fistule. Hayet fait des rêves répétitifs par fois prenne l'allure de cauchemars.

La patiente semble affectée par le décès naturel de sa mère. Sur le plan santé physique, elle semble de ne pas souffrir pendant son enfance ni même pendant son adolescence. Actuellement affectée par la maladie d'insuffisance rénale chronique, qui ne développe pas chez d'autres maladies, du fait de la qualité de l'apport de l'environnement favorable.

Rorschach de Hayet 38 ans

Texte	Enquete	Cotation
<p>I 30''</p> <p>Ouzrighara</p> <p>30''</p>	<p>Une photo [G F+ Objet] (saillie supérieure latérale)</p> <p>Doub [G F- A]</p> <p>Dhavlat [D F- Fra]</p> <p>(partie médiane entière)</p>	<p>Refus</p>
<p>II 10''</p> <p>Ouzrighara</p> <p>1.hayawan, doub</p> <p>1'30''</p>	<p>(les deux parties latérales noires)</p> <p>doub [DF+ A]</p> <p>(pointe médiane supérieure)</p> <p>Les pattes [DF+ Ad]</p>	<p>D F+ A</p>
<p>III 20''</p> <p>2.une photo</p> <p>3.hayawane tai ér tsamkavalen</p> <p>1'30''</p>	<p>(toute la planche)</p> <p>(les deux parties noires latérales)</p>	<p>G F- Obj</p> <p>D kan+ A</p>

<p>IV 20'' Dhachou ?</p> <p>4. photo</p> <p>5. am chaj'ra</p> <p>6. thalamesth dhi ouraf</p> <p>1''</p>	<p>(toute la planche)</p> <p>(G limité)</p> <p>(partie médiane inférieure</p>	<p>G F+ Obj</p> <p>G F- Bot</p> <p>D F+ Bot</p>
<p>V 10'' Dhachou ?</p> <p>7. hayawen tai er yassa ifariwen ouzrighara ismiss, khoufache</p> <p>1''</p>	<p>(G toute la planche)</p>	<p>G F+ A Ban</p>
<p>VI 15'' Dhachou ?</p> <p>8. dhavlat guel'kaa ouzrighara</p> <p>9. iousawen dha karou la tortue</p> <p>1,25''</p>	<p>(les deux grandes parties latérales)</p> <p>(partie supérieure)</p>	<p>D F+ Frag</p> <p>D F- Ad</p>

<p>VII 10'' Ouzrighara</p> <p>10. ghamama iditsasse Guachatwa</p> <p>1''</p>	<p>(G toute la planche) Ghamama nachathwa</p>	<p>G FE+ frag</p>
<p>VIII 5''</p> <p>11. ah ! yalha !doub</p> <p>12. dhachajra</p> <p>33''</p>	<p>(partie rose latérales) Doub</p> <p>(l'ensemble sans les parties roses latérales) Chajra</p>	<p>D F+ A Ban</p> <p>DbL F- Bot</p>
<p>IX 14</p> <p>Dhachou ?</p> <p>13. el ouard dhi snath ldjihath</p> <p>14. chajra iwsawen</p> <p>50''</p>	<p>(vert latéral)</p> <p>(partie rose entière en bas) Ouard</p>	<p>D FC+ Bot Sym</p> <p>D FC+ Bot</p>
<p>X 10''</p> <p>15. chajra t'fatah sal ouard</p> <p>16. khoufache</p> <p>55''</p>	<p>(toute la lacune centrale entre gris en haut et rose latéral)</p> <p>Bleu latérale Khoufache</p>	<p>DdbL Kob+ Bot ↓F+C</p> <p>D F- A</p>

Choix+ : II ;IX

II : dha doub

iX : dha chajra dha el oaurd

choix- : **III, V**

III : sin ikoura sa khlaan

V : khouffache, its khaouif

Psychogramme

R	16	G	5	F	11	A	6	F%	69%	↓	
TT	10'15"			F+	6	Obj	2				
T/ Rep	47"	G%	31%	↑	Kan	1	Bot	6	F+ %	55%	↓
Tps Lat Moy	14"				FC	2	Frag	2			
MA/GD/Dbl		D	10					F% élargi	94%	↑	
TRI	0<1										
Extratensif pur		D%	63%					F+% élargi	67%	↓	
FC	2/05							A%	38%		
		Dbl	1								
RC	38%							Bot %	37		
		Dbl %	6%	↓				Obj	12		
								Frag	12		
								Ban 2			
								Ban%	13%	↓	
								Choix+	II;IX		
								Choix-	III ; V		

Impression générale

La productivité est 16 est au dessous de la norme [20-30], variée au règne Animal, botanique, objet, fragment. On a constaté un refus à la planche I. on a constaté aussi l'absence du contenu humain.

Approche cognitive

1. les modes d'appréhension

D'après le protocole on remarque que Hayet appréhende la réalité extérieure dans le coté global G 31% dans la norme [20-30] , pareil pour le pourcentage de l'appréhension en détaille D 63% la norme est [60-70] ; 1G/2D.

Elle a traité en G simples avec des formes positives F+ dans la planche IV, V, adapté à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes positives.

Et en G simples avec des formes négatives F- dans les planches III, IV, il ya un dérapage par rapport à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes négatives.

Les D sont associés à de bonnes formes positives dans les planches I, IV, VI, VIII, les D est associé à une forme négative dans la planche VI, phallique.

Les déterminants

D'après le protocole Hayet appréhende la réalité par le coté formel qui est élevé F% 69% cette valeur est supérieur à la moyenne [60-65], mais cette appréhension n'est pas efficace en se référant F+% 55% qui est inférieur à la norme [70-80]. On ce qui concerne le F%élargi 94% est élevé qui indique que la réalité est toujours appréhendé dans son coté formel, mais toujours d'une façon inefficace malgré l'aide octroyé par F+% élargi 67%.

Concernant le contenu on trouve que la patiente a utilisé un contenu peu varié A%38% qui est dans la norme [35-60], objet, botanique, fragment avec l'absence du contenu humain.

Les banalités, on trouve que 2 réponses dans les planches ; Pl V, Pl VIII, c'est inférieur à la norme [5-7] on déduit que cette valeur est basse, relève de l'inadaptation sociale.

Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Les types de résonance intime TRI $K 0 < C1$ extratensif pur, alors que la formule complémentaire, FC 1k/0 E, donc les deux formules sont incompatibles.

Les réponses Kinesthésiques

La patiente n'a pas beaucoup produit les réponses Kinesthésiques qui sont comme suit ; planche III, est une planche bilatérale qui marque l'accès à l'Oedipe et la représentation de soi et de l'autre, dans cette planche la patiente a donné une réponse kinesthésie animal Kan+.

Planche X d'angoisse de morcellement, une Kinesthésie d'objet adapté à la réalité perçu dans le détail dans le blanc.

Les réactions sensorielles

Hayet a utilisé le FC + dans la planche IX embryonnaire IX en donnant deux réponses couleurs dans leurs formes positives témoignant que le contrôle submerge en première position, et l'affect est secondaire position, c'est à dire que l'affecté est contrôlé. Ce contrôle est efficace après une réponse d'avant planche VIII caractérisée par un dérapage.

Dans ce protocole, on trouve des dérapages à travers les réponses F - signe de l'émergence en processus primaire, qui sont comme suit :

Pour la planche III, au symbolisme œdipien et relationnel, associée à un contenu Objet. Aussi à la planche IV paternelle, associée à un contenu botanique.

La Planche VI qui symbole du phallique associé à un détail Animal, et la planche VIII qui symbolise la relation générale avec la réalité associée à un contenu botanique.

On conclue que Hayet quant elle se glisse et se dérapage elle reprend son équilibre par une réponse a connotation positive.

Dans la planche VII planche maternelle, Hayet a donné une réponse globale impressionniste, l'anxiété suscitée par cette planche est contrôlée efficacement FE+.

Par ailleurs on trouve dans le protocole de la patiente un choc couleur dans la planche VIII du fait qu'elle n'a pas donné de la réponse couleur dans cette planche pastel.

Retour du refoulé à la planche I, après un refus durant la passation des dix planches, Hayet n'a pas pu traiter la situation, a présenté des difficultés au premier contact mais elle a

récupéré la preuve, à l'enquête de planche I, Hayet a donné des réponses ; qui oscillent entre l'équilibre et le déséquilibre.

On constate aussi de la persévérance du même contenu dans les planches III et IV, photo qui veut dire que la patiente utilise le mécanisme d'évitement, qui est sous forme de mise en tableau qui relève des procédés narcissiques.

Sur le plan syntagmatique retiré les procédés selon la grille du TAT Vica Schentoub. On trouve que le patient utilise :

On constate que Hayet à besoin d'étayage de l'extérieur pour retrouver son équilibre réussir et s'adapter justifié dans les planches IV, V, VI,IX, dont elle a posé la question "c'est quoi".

Manifestation de critique de soi dans les planches I, II, VII.

Hypothèse de fonctionnement mental

L'hypothèse fonctionnement mental est caractérisée par une mentalisation incertaine.

Conclusion du Rorschach

Hayet a une carence fantasmatique, traduite par une vie intérieure pauvre, avec en parallèle un accrochage à la réalité extérieure, on souligne aussi qu'après chaque dérapage et échec, Hayet récupère.

Aussi on remarque que le nombre de réponse diffère d'une planche à une autre qui signifie qu'elle est dans l'irrégularité patente du fonctionnement.

Donc l'hypothèse fonctionnement mental est caractérisée par une mentalisation incertaine.

Résumé du cas

Concernant le fonctionnement mental de Hayet, est caractérisé par une mauvaise mentalisation apparu au cours de l'entretien, elle ne révèle aucun moment heureux dans sa vie. Ses projets d'avenir sont figés, elle faisait de la couture mais plus maintenant à cause de la fistule. Hayet fait des rêves répétitifs par fois prenne l'allure de cauchemars.

A partir du Rorschach, Hayet a une carence fantasmatique, traduite par une vie intérieure pauvre, avec en parallèle un accrochage à la réalité extérieure, on souligne aussi qu'après chaque dérapage et échec, Hayet récupère.

Aussi on remarque que le nombre de réponse diffère d'une planche à une autre qui signifie qu'elle est dans l'irrégularité patente du fonctionnement.

Donc l'hypothèse fonctionnement mental est caractérisée par une mentalisation incertaine. Cette hypothèse diffère de celle de l'entretien qui souligne que Hayet est dotée par une mauvaise mentalisation. Cette différence affirme que Hayet a un fonctionnement mental doté par une mentalisation incertaine.

La patiente semble affectée par le décès naturel de sa mère. Sur le plan santé physique, elle semble de ne pas souffrir pendant son enfance ni même pendant son adolescence. Actuellement affectée par la maladie d'insuffisance rénale chronique, qui ne développe pas en elle d'autre maladie suite à son apport de l'environnement qui est favorable.

Cas de Karim

Karim âgé de 43 ans, d'une taille moyenne, brun, yeux noir et cheveux noir, marié a quatre enfants, d'un niveau d'instruction 3^{ème} année secondaire, il était gardien d'une école primaire. Suite à sa maladie, il a quitté son travail.

1. L'analyse de l'entretien clinique

2. I. la santé physique

1- La santé antérieure et actuelle du patient

Dans les antécédents médicaux de Karim, on a trouvé aucune maladie jusqu'à l'année 2007, ou il a découvert qu'il est porteur d'une polycystose rénale (les kystes), qui a causé l'épuisement de ses reins ; ce qui a nécessité une hospitalisation de trois mois. A ce moment là, les médecins ont diagnostiqué son insuffisance rénale chronique terminale, il déclare ; « j'ai attrapé une polycystose (les kystes) qui ont touché mes reins qui a provoqué une hémorragie, au point que je n'arrivais même pas à bouger de ma place, pour cela j'étais hospitalisé pendant trois mois, ou les médecins ont diagnostiqué ma maladie actuelle ».

2- Le facteur héréditaire et les complications de la maladie

On a constaté que son insuffisance rénale est héréditaire, il a deux sœurs qui font la dialyse « j'ai deux sœurs qui font la dialyse, et la troisième bientôt va commencer »¹¹.

3 – Relation entre les événements traumatisants, quelques maladies et complications

Suite à notre entretien avec Karim, on a déduit que son insuffisance rénale s'est déclarée suite à un événement traumatique qu'il a vécu à l'âge de 33 ans, la même année a perdu sa mère qui était âgée. Cette perte l'a touché vraiment ; il déclare : « après la mort de ma mère, je voyais la vie en noir, je voulais avoir ma mère à mes coté pendant ses moments durs »¹², depuis la perte de sa mère il est sous traitement d'hypertension artérielle.

¹¹ Seigh senath yesetema khedemant la dialyse, wis 3 va commencer bientôt.

¹² Asemi themouth ima, tewaligh la vie en noir, beghigh atili zathi

II – Les caractéristiques du fonctionnement mental

1-La vie relationnelle ; (relation avec l'équipe soignante, famille, environnement socioprofessionnelle)

Lors de notre entretien, Karim nous affirme les bonnes relations avec l'équipe soignante, il se sentait toujours bien à l'aise, qu'il respectait beaucoup.

Durant l'entretien, Karim nous affirme que les relations avec sa famille sont bonnes il nous dit : « je vis une vie tranquille, il ya une compréhension avec ma famille »¹³.

Karim souligne que depuis sa maladie, sa relation avec ses amis et ses voisins s'est améliorée positivement qu'auparavant, il déclare ; « depuis que je suis malade, mes amis me rendent des services, je les trouve à mes coté toujours aux bon moments, ils ne refusent jamais de m'aider »¹⁴. Pour ses projets Karim songe à une greffe « je suis optimiste je vis toujours dans l'espoir d'être greffé, je ne souhaite jamais cette maladie à quelqu'un d'autre ».

2- Les événements importants dans la vie du patient

Karim à vécu des événements tristes difficiles qui ont marqué sa vie, dont la perte de sa mère et le jour ou il s'est rendu compte de sa maladie « Au début j'avais peur, j'étais choqué, avec le temps je me suis habitué, après je la voyais normal comme toutes les maladies »¹⁵. Et le jour où il était obligé de quitter son travail.

3- Les caractéristiques de la vie onirique

Durant l'entretien, Karim souligne qu'il ne fait pas de rêve, seulement une fois pendant quatre mois « je ne fais pas de rêve ». Selon P. Marty concernant l'absence des rêves : « on peut penser que le malade ne se souvient pas de ses rêves, soit par manque d'intérêt, soit par une résistance à en révéler les contenues. Autrement dit, cette notion d'absence des rêves correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles créant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration onirique » (P. Marty, 1984, P.1147).

¹³ Teichagh lehayatiw bien, temesefehamegh wahi dhe la famille-yenaw.

¹⁴ Gasemi halekagh imedukaliw kol youm dedhi.

¹⁵ Aberidh amezwaru halekagh chocigh, wahi dhelwaketh noumaght, umebaad tewalagh normal am les autres maladies.

4- Capacité d'exprimer et d'association concernant les souvenirs, et les projets d'avenir

Karim a évoqué ses mauvais souvenirs concernant sa rupture avec son travail, le décès de sa mère et sa maladie. En suite il a évoqué comme bon souvenir qu'il a des beaux enfants, et qu'il possède une bonne famille qui le rend heureux.

En ce qui concerne ses projets d'avenirs, « je suis optimiste, je vis toujours dans l'espoir d'être greffé, et je ne souhaite jamais cette maladie à quelqu'un d'autre ». Nous avons constaté durant l'entretien que Karim s'est exprimé difficilement.

Conclusion de l'entretien

Concernant l'hypothèse du fonctionnement mental de Karim est incertain, on trouve une difficulté à évoquer ses souvenirs, car l'irrégularité de son fonctionnement est patente, il varie entre la bonne et la mauvaise mentalisation, aussi on trouve que la qualité des représentations parfois riche et d'autre fois pauvre.

Karim n'avait aucune maladie auparavant sauf le kyste (polycystose), ainsi qu'on souligne l'influence du facteur héréditaire. À côté de son fonctionnement mental, l'apport de l'environnement favorable de Karim, joue le rôle de soutien psychologique dont réjouit le patient, ce qui lui permet de maintenir sa stabilité et son équilibre et d'éviter toute désorganisation éventuelle.

Rorschach de Karim,43ans

Texte	Enquête	Cotation
<p>I 25''</p> <p>1. dhalhkoufach daya itwaligh.</p> <p>2. daghen izmegh lhal dagharda</p> <p>1'13''</p>	<p>(Toute la planche)</p> <p>Le rat. (Saillies médiane supérieur et mamelon centraux).</p>	<p>G F+ A Ban</p> <p>D F- A</p>
<p>II 19''</p> <p>3. ozrighara balak tamatout nal khoufach ni</p> <p>4. tella daghen la tache ni dhamen g tariss wahi doukaroyiss.</p> <p>40''</p>	<p>(Rouge en bas)</p> <p>(Rouge haut extérieur) A cause de la couleur</p>	<p>D FC- A</p> <p>D CF+ sang</p>
<p>III 31''</p> <p>5. Dakarouy zaregh akka g la télé</p> <p>6. allan bezzaf nel oukdate les nœuds</p> <p>1'08''</p>	<p>(Partie supérieure latéral) A cause de la forme.</p> <p>(Partie noire inferieur médiane)</p>	<p>D F+ HD</p> <p>D F- Obj</p>

<p>IV 12''</p> <p>7. tayi wakila dechaf nel khafafiche tetguiditen</p> <p>1'33''</p>	<p>(Moitier supérieur) A cause de la forme.</p>	<p>D F- A</p>
<p>V 15''</p> <p>8. wayi dakchich, themmis nel khoufach ni</p> <p>59''</p>	<p>(Toute la planche) A cause de la forme</p>	<p>G F+ A ban</p>
<p>VI 5''</p> <p>9. Tableau artistique, ozmighara adesfehmeqh dacho d wayi</p> <p>1'24''</p>	<p>(Toute la planche) A cause de la forme</p>	<p>G F+ Obj</p>
<p>VII 16''</p> <p>10. ayen delkhoufach temoute, ahna dayi iferawnis ghlind</p> <p>36''</p>	<p>(Toute la planche) A cause de la forme</p>	<p>G F- A</p>
<p>VIII 16''</p> <p>11. d la princesse nel khafafiche</p> <p>36''</p>	<p>(Toute la planche)</p>	<p>G F- A</p>

<p>IX 3''</p> <p>12. wayi d le prince nsen dargaziss, techbah la couleur ayi rose</p> <p>40''</p>	<p>(Partie rose entière en bas)</p>	<p>D FC- A</p>
<p>X 40''</p> <p>13 ouytaadjibagha mlih, dayi amaken d la forme n tketchawt g la couleur ayi vert</p> <p>1'01''</p>	<p>vert latéral en bas</p>	<p>D FC+ A</p>

Choix + : VII et X

VII : elle me plait, je sens qu'il ya un dialogue.

X : il ya beaucoup de couleurs, c'est comme ca que je veux vivre.

Choix - : IV et VI

IV : aucune idée, je ne sais pas.

VI : elle me plait pas, elle n'est pas belle.

Psychogramme

R 13	G 5	F 9	A 9	F% 62%
TT 12'26''		F+ 4	Hd 1	F+% 44% ↓
TR 50''	G% 38% ↑	F- 5	Obj 2	F%élargi 92 % ↑
Le TT de		FC+ 1	Sang 1	F+%élargi 42% ↓
latMoy18''	D 8	FC- 2		A% 69% ↑
MA GD		CF+ 1		H% 8% ↓
TRI 0K < 2,5	D% 62%			Obj % 15
C				Sang 8%
Extratensif pur				Ban 2
RC% 23 ↓				Ban% 15% ↓
				Choix +
				VII, X
				Choix -
				IV, VI

Impression générale

La productivité est R 13, elle est au dessous de la norme [20 - 30]. On constate la présence de quelques contenus tels que le règne Animal dont la dominance du contenu Animal, par contre le règne Humain (une partie de l'homme Hd) est très bas que dans la planche III.

1 Approche cognitive

1.1. Les modes d'appréhension

D'après le protocole, on remarque que le mode d'appréhension privilégié par Karim est global G 38% qui est supérieur par rapport à la norme [20 - 30], l'appréhension de réalité partielle est D 62% est dans la norme [60-70]. Donc on souligne aussi que Karim a exclusivement que c'est deux mode d'appréhension

Il a traité les G simples dans les planches, V, VI, adapté à la réalité. Puisqu'elles sont associées à des formes positives. Par contre dans les deux autres planches VII et VIII, il ya un dérapage par rapport à la réalité, puisqu'elles sont associés à des formes négative.

Les D associés à de bonnes formes positives dans les planches I, III, IV. Les D associés à des formes négatives, inadapté à la réalité extérieur dans les planches I,III,IV, et d'autres réponses détaillés dont le déterminant contient des affects dans les planches II, IX, X.

1.2 Les déterminants

D'après le protocole, on remarque le pourcentage des F% 62 supérieur par rapport à [60-65], qui signifie que Karim persuade la réalité dans le coté formel. Chose qui nous oblige à chercher à savoir la valeur de cette perception F+ % 44 qui est bas par rapport à la norme [70 - 80], ce qui atteste le dérapage par rapport à la réalité externe.

Donc, on est obligé de passer à la norme F% élargi pour que Karim puisse se rattraper, F% 92% est élevé par rapport à la norme [80%],qui atteste encore que le patient persuade la réalité dans son coté formelle, il reste à cerner le degré d'ajustement avec la réalité, qui est déterminée par un dérapage et une inadaptation à la réalité extérieure qui se confirme par F+ % élargi 42% au dessous de la norme [85-95].

Concernant les contenus, on trouve que le patient a utilisé des contenus variés : A% 69 qui est élevé par rapport à la norme [35-60], H% 8 est très inférieure à la norme [20-23], objets, sang

En ce qui concerne les banalités 2, Ban% 15% basse par rapport à la norme [20-23], qui relève d'une certaine inadaptation sociale qui se confirme par le pourcentage de F+%.

2. Facteur relevant de la dynamique conflictuelle

Les types de résonance intime TRI 0K / 2,5C c'est extratensif pur et la formule complémentaire FC 0k / 0E donc il n'ya pas la compatibilité FC ne vas pas dans le même sens avec le TRI.

2.1 Les réponses Kinesthésiques

Le patient n'a pas produit de réponses Kinesthésiques qui témoignent d'une carence fantasmatique dans sa vie interne.

2.2 Les réactions sensorielles

Le patient à utiliser le FC- dans la planche II de la castration, cette planche a suscité une réponse couleur qui reste d'une mauvaise qualité, malgré que le patient a essayé de la contrôler.

Le FC- dans la planche IX du symbolisme embryonnaire, à la quelle le sujet essaye de contrôler l'affect en s'adaptant à la réalité, mais ce contrôle n'était pas efficace dont on constate un dérapage. La planche IX.

Le patient à utiliser le FC+ dans la planche X qui symbolise l'angoisse de morcellement, cette planche a suscité par sa constitution, une réponse couleur qui reste d'une bonne qualité, l'affecte en seconde position était contrôlé. Planche X.

Le patient à utiliser le CF+ dans la planche II, qui symbolise la castration, il a donné une réponse couleur dans sa forme positive témoignant que l'affect submerge en première position, et le contrôle est secondaire, ce dernier est efficace après une réponse d'avant dans la même planche, caractérisée par le dérapage. Dans cette image Karim a pu traiter le contenu latent de cette planche qui est la castration par le contenu du sang. Planche II.

Dans ce protocole, on trouve des dérapages à travers les réponses F - signe de l'émergence en processus primaire, qui sont comme suit :

Dans la planche I à symbolisme du premier contact, on trouve un dérapage associée à un contenu Animal.

Pour la planche III, au symbolisme œdipien et relationnel, associées à un contenu Objet. Aussi à la planche IV paternelle, associée à un contenu Animal.

La Planche VII maternelle et la planche VIII relationnelle, associée à un contenu Animal.

Donc, on conclue que Karim quant il se glisse, son dérapage est liée souvent au contenu animal.

Hypothèse du fonctionnement

Il nous semble que nous sommes devant un fonctionnement mental caractérisé par une mauvaise mentalisation.

Conclusion du Rorschach

Karim est doté d'une pauvreté fantasmatique, cette carence reflète sa vie interne carencée.

A partir du Rorschach, Karim a une carence fantasmatique, traduite par une vie intérieure pauvre, pas de réponse kinesthésique, avec en parallèle un accrochage à la réalité extérieure, on souligne aussi des fois des dérapages envers la réalité extérieure.

A partir de l'entretien et du test de Rorschach, Karim est doté d'un mauvais fonctionnement mental, le Rorschach démontre cette pauvreté.

Résumé du cas

Concernant l'hypothèse du fonctionnement mental de Karim est incertain, on trouve une difficulté à évoquer ses souvenirs, car l'irrégularité de son fonctionnement est patente, il varie entre la bonne et la mauvaise mentalisation, aussi on trouve que la qualité des représentations parfois riche et d'autre fois pauvre.

A partir du Rorschach, Karim est doté d'une pauvreté fantasmatique, cette carence reflète sa vie interne carencée, Karim a une carence fantasmatique, traduite par une vie intérieure pauvre, pas de réponse kinesthésique, avec en parallèle un accrochage à la réalité extérieure, on souligne aussi des fois des dérapages envers la réalité extérieure.

Donc l'hypothèse fonctionnement mental est caractérisée par une Mauvaise mentalisation. Cette hypothèse diffère de celle de l'entretien qui souligne que Karim est dotée par une mentalisation incertaine .Cette différence affirme que Karim a un fonctionnement mental doté par une mentalisation incertaine.

Karim n'avait aucune maladie auparavant sauf le kyste (polycystose), ainsi qu'on souligne l'influence du facteur héréditaire. À coté de son fonctionnement mental, l'apport

de l'environnement favorable de Karim, joue le rôle de soutien psychologique dont réjouit le patient, ce qui lui permet de maintenir sa stabilité et son équilibre et d'éviter toute désorganisation éventuelle.

Cas Nabil

Nabil âgé de 25 ans, l'ainé de la famille, d'une taille moyenne, cheveux châtain, yeux marron, issu d'une famille financièrement moyenne. Son niveau d'instruction deuxième année universitaire, célibataire, sans profession.

1-L'analyse de l'entretien clinique

I- La santé physique

1- La santé antérieure et actuelle du patient

Les antécédents médicaux du patient, on a trouvé aucune maladie ni d'intervention chirurgicale, à part des vertiges, des malaises d'estomac, en 2015 Nabil était hospitalisé une fois à l'hôpital Franz Fanon au service de néphrologie, où les médecins ont diagnostiqué son insuffisance rénale chronique.

2-Le facteur héréditaire et les complications de la maladie

Selon Nabil son insuffisance rénale n'est pas héréditaire, c'est le seul dans sa famille qui est atteint de cette maladie, il affirme qu'il présente quelques complications liées à la maladie (IRC) comme le stress, des maux de tête, la fatigue.

3-La relation entre les événements traumatisants et quelques maladies et complications

Durant l'entretien, le patient n'a pas mis l'accent sur les événements importants qui lui ont provoqué ces complications.

II-Les caractéristiques du fonctionnement mental

1-La vie relationnelle ;(relation avec l'équipe soignante, famille, environnement socioprofessionnelle)

En ce qui concerne la vie relationnelle, on a constaté que Nabil s'investit dans le relationnel.

Lors de notre entretien, Nabil nous affirme qu'il noue de bonnes relations avec l'équipe soignante, qu'il le respecte beaucoup et ils font tout pour le satisfaire.

Concernant la vie familiale, il mène une vie simple avec une bonne entente il déclare ; « depuis ma maladie, mes parents m'ont bien soutenu, surtout ma mère était

toujours à mes coté »¹⁶. En plus, il ajoute : « mes amis ne m'ont jamais laissé sentir que je suis malade, car tout le temps je reçois des appels de leurs part »¹⁷.

Le patient investi le coté relationnelle, notamment sa famille et l'équipe soignante.

2 Les événements importants dans la vie du patient

Nabil a une difficulté pour évoquer ses souvenirs. Néanmoins il s'est contenté de nous répéter que les seuls souvenirs qui l'ont vraiment touché, sont ceux de la perte de un de ses membres de sa famille et son ami : « j'ai perdu ma tante, j'ai perdu mon ami, celui-ci mort par accident de voiture, cela reste gravé dans mon cœur »¹⁸ aussi le jour ou il s'est rendu compte de sa maladie : « l'annonce de la maladie m'a beaucoup choqué »¹⁹. En fin ce qui lui a fait la joie le jour ou l'équipe du football (MOB) a remporté la coupe d'Algérie : « je me suis déplacé jusqu'à Blida pour voir le match de plus près et c'était un jour inoubliable pour moi »²⁰.

3-Les caractéristiques de la vie onirique

La vie onirique du patient est pauvre, il affirme qu'il ne donne pas d'importance aux rêves : « cela n'existe pas pour moi, car je ne crois pas en eux, la seule chose importante pour moi c'est ma santé, autre chose ne m'intéresse pas »²¹.

4-La capacité d'exprimer et d'association concernant les souvenirs, et les projets d'avenir

Nabil a évoqué ses mauvais souvenirs, concernant la mort de sa tante et son ami intime et sa maladie. En suite il a évoqué comme bon souvenir la victoire du MOB son équipe favorite. En ce qui concerne ses projets d'avenir, le patient a démontré un certain optimisme d'être greffé, qu'il trouve un poste du travail, et qu'il souhaite avoir une voiture. Nabil s'est exprimé lors de l'entretien avec un air triste.

¹⁶ Guasemi halekagh imawelaniw uyedjan ara surtout ima.

¹⁷ Imedukaliw uyedjan ara adhehusagh selahlakiw, khater mnkol lewakth telaineyid.

¹⁸ Temouth ameti, imouth amedakliw sel'accident, anecheta ikim guliw.

¹⁹ Asemi alemagh halkagh chocigh.

²⁰ Rohagh alami dheleblida bach adhezragh lematch, la journée-ayi uretesehugh ara.

²¹ Utamenagh ara sethirgua, lehaja nsah ghuri dhe la santé-yenaw.

Conclusion de l'entretien

Concernant l'hypothèse du fonctionnement mental de Nabil est dans la mauvaise mentalisation. Nabil a une difficulté pour évoquer ses souvenirs, concernant sa vie onirique est pauvre, Nabil affirme qu'il ne donne pas d'importance au rêves.

Nabil n'avait aucune maladie, ni d'intervention chirurgicale, il présente quelques complications liées à la maladie comme le stress, la fatigue.

Concernant la vie familiale, il mène une vie simple avec une bonne entente, en parallèle il nous affirme qu'il noue de bonnes relations avec l'équipe soignante, qu'il le respecte beaucoup et ils font tout pour le satisfaire. Donc a coté de son fonctionnement mental, l'apport de l'environnement favorable de Nabil, joue le rôle de soutien psychologique dont réjouit le patient, ce qui lui permet de maintenir sa stabilité et son équilibre et d'éviter toute désorganisation éventuelle.

Rorschach de Nabil, 25 ans

Texte	Enquête	Cotation
<p>I 40''</p> <p>1. amaken delmasque aten issaa allen</p> <p>2'56''</p>	<p>(Toute la planche) A cause de la forme.</p>	<p>G F+ obj</p>
<p>II 1'18''</p> <p>2. twaligh amaken une veilleuse zguess la couleur rouge</p> <p>3'20''</p>	<p>(Grande lacune centrale)</p>	<p>D FC- Obj</p>
<p>III 50''</p> <p>3. oufhimragha itbiniyid amaken la forme d'nue cravate</p> <p>50''</p>	<p>(Rouge médian)</p>	<p>D F+ obj</p>
<p>IV 44''</p> <p>4 dayi astinit dha chajra, athaya la forme iness.</p> <p>2'30''</p>	<p>(Partie central entière)</p>	<p>D F+ bot</p>

<p>V 14'</p> <p>5. abhal delkhoufach, a then la forme iness, ahnaya iferawniss. 56''</p>	<p>(Toute la planche) A cause de la forme</p>	<p>G F+ A ban</p>
<p>VI 14''</p> <p>6. oufhimragha bien, amaken tete d'un chat en haut 1'01''</p>	<p>(Partie supérieur)</p>	<p>D F+ Ad</p>
<p>VII 1'10''</p> <p>7. amaken dha chajra n le sapain, nissanawbar 2'09''</p>	<p>(Grande lacune centrale)</p>	<p>D F- Bot</p>
<p>VIII 38''</p> <p>8. g les cotés ayi twaligh sin alhayawanet, abhal dhakraren . 1'57''</p>	<p>(Partie rose latéral)</p>	<p>D F+ A ban</p>

<p>IX 1'13''</p> <p>9. le bleu ayi amaken dh la couleur n waman</p> <p>10. Dha yi abhel timess techaal deg chejra ayi</p> <p>3'18''</p>	<p>(Les 2 D verts latéraux vus ensemble).</p> <p>(Partie rose entière en bas)</p>	<p>D FC- Element</p> <p>D Kob+ element</p>
<p>X 33''</p> <p>11. ouythadjivara bien, lan khila n les couleurs, la couleur vert en bas thakhetchawt.</p> <p>5'44''</p>	<p>(Vert latéral en bas)</p>	<p>D FC+ A</p>

Choix + : I et X

I : j'aime bien sa forme , taadjbiyi

X : taadjbiyi lla bezzaf les couleurs

Choix - : IV et VI

IV : ouaalimghara ar wachou istemchabeh.

VI : oufhimghara bien. Je ne sais pas.

Psychogramme

R 11	D 8	F 6	A 4	F% 73% ↑
TT 24'7''		F+ 5	Obj 3	
TR 5'3''	D% 73% ↑	F- 1	Bot 2	F+% 88% ↑
T de lat Moy		Kob 1	Elem 2	
45''	G 2	CF+ 1		F% élargi 93 ↑
MA DG		CF- 1		
TRI 0K/ 2C	G% 18% ↓			F+% élargi 88% ↓
Extratensif pur				
FC 1				A% 36%
RC% 27% ↓				
				Ban 2
				Ban % 18% ↓
				Obj 27
				Elem 18
				Choix + I, X
				Choix - IV, VI

Impression générale

La productivité est R 11 elle est au dessous de la norme [20- 30]. On constate la présence de quelques contenu variés tels que la réponse Animal objet, botanique, élément, nous constatons l'absence de réponses Humaine dans tout le protocole.

1. Approche cognitive

1.1 Les modes d'appréhension

D'après le protocole, on remarque que Nabil appréhende la réalité dans le coté partiel, le G18% il est au dessous de la moyenne, [20- 30]. En contre partie les D 73% est supérieure à la norme qui est [60- 70].

On remarque deux G simple dans les planches I, V, adapté à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes positives.

Les D associés a de bonnes formes positives dans les planches, III, IV, VI, VIII, et les D associés a des formes négatives dans la planche VII, et d'autres réponses détaillés dans le déterminant contient des affecte dans la planche II, IX et X.

1.2 Les déterminants

D'après le protocole, on remarque le pourcentage des F% 73 supérieur dont la norme est [60-65], qui signifie que Nabil persuade la réalité dans le coté formel. F+ % 88 qui est supérieur à la norme [70 - 80], c'est-à-dire qu'il s'adapte à la réalité extérieure.

Concernant les contenus, on trouve que le patient a utilisé des contenus variés : A% 36 il est dans la norme [35-66], objets, élément, botanique, à l'exception du contenu humain absent.

En ce qui concerne les banalités 2, Ban% 18% proche par rapport à la norme [20-23], qui est confirmé par la perception adaptative de la réalité

2. Facteur relevant de la dynamique conflictuelle

Les types de résonance intime TRI 0k / 2C c'est extratensif pur, alors que la formule complémentaire FC. 1 k / 0 E donc le FC ne va pas dans le même sens avec le TRI.

2.1 Les réponses Kinesthésiques

Le patient n'a pas beaucoup produit de réponses Kinesthésiques seulement dans la planche IX qui symbolise la phase embryonnaire par une Kinesthésie d'objet, cette carence témoigne une pauvreté fantasmatique.

Les réactions sensorielles

A la planche II, qui symbolise la castration, le patient a essayé de contrôler l'affect en s'adaptant à la réalité, mais ce contrôle n'était pas efficace. Planche II « twaligh amakan une veilleuse zgues la couleur rouge ».

Le FC- dans la planche IX du symbolisme embryonnaire, à laquelle le sujet essaye de contrôler l'affect en s'adaptant à la réalité, mais ce contrôle n'était pas efficace. La planche IX.

Le patient à utiliser le FC+ dans la planche X qui symbolise l'angoisse de morcellement, cette planche a suscité par sa constitution, une réponse couleur qui reste d'une bonne qualité, l'affecte en seconde position était contrôlé. Planche X.

On constate que le seul dérapage est dans la planche maternelle VII, dont Nabil, récupère à la planche VIII, par une réponse adapté à la réalité.

Hypothèse du fonctionnement mental

Hypothèse du fonctionnement mental de Nabil est d'une mauvaise mentalisation.

Conclusion Rorschach

A partir du Rorschach, Nabil a une carence fantasmatique, traduite par une vie intérieure pauvre, pauvreté de réponse kinesthésique, avec en parallèle un accrochage à la réalité extérieure, on souligne le manque de dérapage ce qui explique qui est dans le conformisme.

Hypothèse du fonctionnement mental de Nabil est d'une mauvaise mentalisation.

Résumé du cas

Concernant l'hypothèse du fonctionnement mental de Nabil à partir de l'entretien est dans la mauvaise mentalisation. Nabil a une difficulté pour évoquer ses souvenirs, concernant sa vie onirique est pauvre, Nabil affirme qu'il ne donne pas d'importance aux rêves.

A partir du Rorschach, Nabil a une carence fantasmatique, traduite par une vie intérieure pauvre, pauvreté de réponse kinesthésique, avec en parallèle un accrochage à la réalité extérieure, on souligne le manque de dérapage ce qui explique qui est dans le conformisme.

Hypothèse du fonctionnement mental de Nabil est d'une mauvaise mentalisation.

Donc, à partir de l'entretien et du test de Rorschach, Nabil est doté d'une mauvaise mentalisation.

Nabil n'avait aucune maladie, ni d'intervention chirurgicale, il présente quelques complications liées à la maladie comme le stress, la fatigue.

Concernant la vie familiale, il mène une vie simple avec une bonne entente, en parallèle il nous affirme qu'il noue de bonnes relations avec l'équipe soignante, qu'il le respecte beaucoup et ils font tout pour le satisfaire. Donc a coté de son fonctionnement mental, l'apport de l'environnement favorable de Nabil, joue le rôle de soutien psychologique dont réjouit le patient, ce qui lui permet de maintenir sa stabilité et son équilibre et d'éviter toute désorganisation éventuelle.

Chapitre VII

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

➤ la première Hypothèse

✓ La première hypothèse

Les adultes insuffisants rénaux chroniques n'ont pas tous le même fonctionnement mental, celui-ci diffère d'un cas à un autre. Il y a ceux qui sont caractérisés par la bonne mentalisation, mauvaise mentalisation, et mentalisation incertaine.

Effectivement nos quatre cas ont confirmé notre hypothèse, dont nos cas se caractérisent la bonne mentalisation, mauvaise mentalisation, et mentalisation incertaine. Comme suit ;

Amel; Après avoir analysé l'entretien de Amel ,Amel semble investir ses relations avec son entourage. Elle avait une certaine richesse fantasmatique caractérisée par le recours à l'imagination et l'expression de ses projets d'avenir proches et lointains. Concernant ses souvenirs, Amel garde les mauvais souvenirs le décès de son père, l'annonce de sa maladie. Ses meilleurs souvenirs sa liaison avec son bien aimé. Concernant l'hypothèse du fonctionnement à partir de l'entretien n'est pas claire, en attendant pour cette question les résultats du rorschach.

A partir du Rorschach, malgré que le nombre de réponse réduit R16,on souligne la richesse fantasmatique par le nombre élevé des réponses kinesthésiques adaptées a la réalité extérieure, dont l'hypothèse du fonctionnement mental de Amel est caractérisé par une bonne mentalisation à caractère obsessionnel, c'est à dire qu'il y a la richesse interne, qui ne s'exprime pas beaucoup à l'extérieur, mais il reste à souligner que son rapport à la réalité est très satisfaisant.

Hayet ; Après avoir analysé l'entretien de Hayet, concernant le fonctionnement mental de Hayet, est caractérisé par une mauvaise mentalisation apparu au cour

de l'entretien, elle ne révèle aucun moment heureux dans sa vie. Ses projets d'avenirs sont figés, elle faisait de la couture mais plus maintenant à cause de la fistule. Hayet fait des rêves répétitifs par fois prenne l'allure de cauchemars.

A partir du Rorschach, Hayet a une carence fantasmatique, traduite par une vie intérieure pauvre, avec en parallèle un accrochage à la réalité extérieure, on souligne aussi qu'après chaque dérapage et échec, Hayet récupère. Aussi on remarque que le nombre de réponse diffère d'une planche à une autre qui signifie qu'elle est dans l'irrégularité patente du fonctionnement.

Donc l'hypothèse fonctionnement mental est caractérisée par une mentalisation incertaine. Cette hypothèse diffère de celle de l'entretien qui souligne que Hayet est dotée par une mauvaise mentalisation. Cette différence affirme que Hayet a un fonctionnement mental doté par une mentalisation incertaine.

Karim; Apres avoir analysé l'entretien de Karim, concernant l'hypothèse du fonctionnement mental de Karim est incertain, on trouve une difficulté à évoquer ses souvenirs, car l'irrégularité de son fonctionnement est patente, il varie entre la bonne et la mauvaise mentalisation, aussi on trouve que la qualité des représentations parfois riche et d'autre fois pauvre.

A partir du Rorschach, Karim est doté d'une pauvreté fantasmatique, cette carence reflète sa vie interne carencée, Karim a une carence fantasmatique, traduite par une vie intérieure pauvre, pas de réponse kinesthésique, avec en parallèle un accrochage à la réalité extérieure, on souligne aussi des fois des dérapages envers la réalité extérieure.

Donc l'hypothèse fonctionnement mental est caractérisée par une Mauvaise mentalisation. Cette hypothèse diffère de celle de l'entretien qui souligne que Karim est dotée par une mentalisation incertaine. Cette différence affirme que Karim a un fonctionnement mental doté par une mentalisation incertaine.

Nabil ; Apres avoir analysé l'entretien de Nabil, concernant l'hypothèse du fonctionnement mental de Nabil à partir de l'entretien est dans la mauvaise

mentalisation. Nabil a une difficulté pour évoquer ses souvenirs, concernant sa vie onirique est pauvre, Nabil affirme qu'il ne donne pas d'importance au rêves.

A partir du Rorschach, Nabil a une carence fantasmatique, traduite par une vie intérieure pauvre, pauvreté de réponse kinesthésique, avec en parallèle un accrochage à la réalité extérieure, on souligne le manque de dérapage ce qui explique qui est dans le conformisme. Hypothèse du fonctionnement mental de Nabil est d'une mauvaise mentalisation.

Donc, à partir de l'entretien et du test de Rorschach, Nabil est doté d'une mauvaise mentalisation.

✓ **La deuxième hypothèse**

Effectivement nos quatre cas ont confirmé notre hypothèse, à savoir la liaison entre le fonctionnement mentale et la tenue du corps. Comme suit :

1- Les hémodialysés ayant un bon fonctionnement mental, résistent mieux aux différents moments de crise, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie psychique, découlant de l'intensité d'énergie. Ou alors, si cette symptomatologie psychique existait auparavant, elle sera renforcée.

Ce travail mental protégera le corps. Dans l'impossibilité de traiter les excitations au niveau mental chose qui incite deux possibilités peuvent se présenter :

-L'apparition des maladies épisodiques (passagers).

-Les mouvements des désorganisations progressives s'annonce d'une manière rare, mais si elles se manifestent, le patient a des prédispositions qui vont stopper cette évolution surtout s'il trouve les moyens thérapeutiques adaptés.

Amel; Sur le plan santé physique de Amel, semble avoir un petit problème ; elle était hospitalisée et opérée pour problème urinaire. À coté de son fonctionnement mental caractérisé par la bonne mentalisation, et l'apport de l'environnement favorable de Amel- joue le rôle de soutien psychologique dont

réjouit la patiente-, et ce qui lui permettent de maintenir sa stabilité et son équilibre et d'éviter toute désorganisation éventuelle.

2- Les hémodialysés qui ont une mauvaise mentalisation ;

- Certains échappent, et n'attrapent pas de maladies par le biais d'étayage et le soutien important de leur entourage, c'est-à-dire l'environnement favorable.

- Si l'hémodialysé subit des difficultés dans sa vie et il ne réussit pas à recourir à la symptomatologie mentales, il risque d'avoir d'autres maladies accompagnées de complications, qui prennent parfois l'allure d'une désorganisation progressive qui est fatale dans quelques cas.

Nabil ; Nabil n'avait aucune maladie, ni d'intervention chirurgicale, il présente quelques complications liées à la maladie comme le stress, la fatigue, cette état est en liaison avec l'apport de l'environnement positif, favorable; à savoir qu'il mène une vie simple avec une bonne entente, en parallèle il nous affirme qu'il noue de bonnes relations avec l'équipe soignante, qu'il le respecte beaucoup et ils font tout pour le satisfaire. Donc malgré son fonctionnement mental caractérisé par la mauvaise mentalisation, Nabil maintient un certain équilibre de sa santé. Il reste à signaler que si Nabil subira des traumatismes psychiques, il sera une proie pour éventuelle désorganisation somatique.

3- Les hémodialysés qui réjouissent d'un fonctionnement incertain, la tenue du corps reste liée à la qualité de leur fonctionnement mental, c'est-à-dire selon les moments en fluctuation, mais le corps reste équilibré et se stabilise si l'environnement est favorable.

Hayet ; La patiente semble affectée par le décès naturel de sa mère. Sur le plan santé physique, elle semble ne pas souffrir pendant son enfance ni même pendant son adolescence. Actuellement affectée par la maladie d'insuffisance rénale chronique, qui ne développe pas chez elle d'autres maladies, du fait de la qualité de l'apport de l'environnement favorable.

Donc malgré son fonctionnement mental caractérisé par la mentalisation incertaine, Hayet maintient un certain équilibre de sa santé. Il reste à signaler que si hayet subira des traumatismes, elle peut tomber malade si son fonctionnement

mental est dans le moment de la mauvaise mentalisation associé à un environnement négatif défavorable.

Karim; Karim n'avait aucune maladie auparavant sauf le kyste (polycystose), ainsi qu'on souligne l'influence du facteur héréditaire. À côté de son fonctionnement mental incertain, l'apport de l'environnement favorable de Karim, joue le rôle de soutien psychologique dont réjouit le patient, ce qui lui permet de maintenir sa stabilité et son équilibre et d'éviter toute désorganisation éventuelle.

Il reste à signaler que si Karim subira des traumatismes, il peut tomber malade si son fonctionnement mental est dans le moment de la mauvaise mentalisation associé à un environnement négatif défavorable.

Nos hypothèses concernant le fonctionnement mental chez les hémodialysés, sont réfutables et non absolus, car les résultats de notre population d'étude, ne représente pas la population mère, de tous les hémodialysés.

Conclusion générale

La prise en charge de la maladie somatique dans le passé se faisait seulement par le recours à la chimiothérapie en négligeant ainsi toute autre dimension de la structure humaine.

Les données de la psychologie clinique ont pu démontrer les failles de l'approche médicale qui focalise son intérêt sur le côté biologique, et en s'intéressant à l'individu dans son aspect partiel ignorant la dimension humaine et l'aspect psychique de la personne soulignons que l'accompagnement psychologique contribue au soulagement et parfois à la guérison du malade.

Cependant le développement remarquable de plusieurs domaines de la psychologie notamment les efforts faite en psychopathologie en terme de nosographie citant la nosographie de P. Marty qui se base sur la nosographie classique de S. Freud comme référence en lui rajoutant d'autres types.

C'est dans ce sens que les études et les recherches actuelles en psychologie confirment et considèrent l'être humain dans sa globalité (psycho somatique). Dans cette vision, que l'école de psychosomatique de P.Marty s'est approfondie en démontrant que le déséquilibre dans l'organisation mentale provoque des régressions qui peuvent conduire l'individu soit à la symptomatologie mentale ou à des atteintes physiques, cette dernière peut dans certain cas avoir une valeur réorganisatrice, de ce fait la maladie selon P. Marty est chargée d'une valeur positive.

Dans ce sens notre étude concernant la qualité du fonctionnement mental des insuffisants rénaux chroniques en se référant à la théorie psychosomatique de P. Marty et à partir de la classification nosographique en s'appuyant sur les différents niveaux de mentalisations, on a confirmé qu'il existe une relation expulsive entre la qualité du fonctionnement mental et la qualité de la tenue du corps.

Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour un dispositif de recherche qui comporte l'étude de cas à partir de l'entretien clinique semi directif et le test projectif le Rorschach. En ce qui concerne l'entretien clinique, il permet la

compréhension approfondie des sujets on collectant des informations sur lui et sur son comportement. Pour le Rorschach qui permet une évaluation psychologique du patient, d'analyser sa personnalité et son fonctionnement mental.

Les résultats obtenus de notre analyse sur les quatre cas cliniques étudiés qui représente notre population d'étude, mettent en évidence les différents types de fonctionnement mental chez les malades insuffisants rénaux chroniques. Ce fonctionnement mental diffère d'un malade à l'autre et d'une situation à l'autre. Il y a un cas doté d'une bonne mentalisation et un cas caractérisé par une mauvaise mentalisation et deux qui oscillent entre les deux dont la mentalisation incertaine, selon la nosographie de P. Marty.

Cette recherche a abouti aux remarques suivantes :

Les hémodialysés ayant un bon fonctionnement mental, résistent mieux aux différentes situations de malaise, traitent et élaborent les excitations au niveau mental, ce travail mental protège la tenue du corps. Les hémodialysés qui ont une mauvaise mentalisation, certains d'entre eux échappent à la désorganisation si leur entourage qui les contours est favorable. Dans le cas dont cet environnement est absent, ils risquent fort bien d'autres maladies accompagnées de complications.

Ce modeste travail méthodologique nous a permis de confirmer nos hypothèses à propos des hémodialysés, sont réfutables, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique reste relative, non statique et non absolu par rapport la population d'étude qui ne représente pas la population mère, et le fait aussi qu'on n'a pas bénéficié d'une formation en psychosomatique.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, et qui sont comme suit:

Est-ce que le fonctionnement mental du greffé influe sur le parcours de la greffe - sa réussite ou le rejet du greffon -?

Et est-ce que l'observance médicamenteuse ou la non observance médicamenteuse est en relation avec la qualité du fonctionnement mental?

Le point de vue psychosomatique de P. Marty et ses collaborateurs reste une vision complète qui souscrit la compréhension. Cependant, pour la thérapie des patients qui souffrent physiquement et moralement, notre souhait est bien la coopération entre les deux domaines, médicale et psychologique, dans la prise en charge des malades en adoptant la théorie psychosomatique de P. Marty comme démarche.

Bibliographie

Bibliographie

1. Anzieu, D., Chabert. (1987). Les méthodes projectives. Paris, France : PUF.
2. Beizmann, C. (1961). Livre de cotation des formes de Rorschach. Paris, France : Centre de psychologie appliquée.
3. Bénony, H., Chahraoui, K. (1999). Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris, France : Donud.
4. Boubchir, M. A, (2004). Monographie sur l'insuffisance rénale chronique. Alger : office des publications universitaire.
5. Chemouni, J., et col. (1980). Psychanalyse de l'imaginaire. Paris, France : payot.
6. Chemouni, J., Rodelek, G.(1980). Psychanalyse de l'imaginaire. Paris, France : payot.
7. Chilland, C. (1993). L'entretien clinique. Paris, France : PUF.
8. Cupa, D. (2002). Psychologie en néphrologie. Paris, France: EDK.
9. Debray, R. (1983). L'équilibre psychosomatique. Paris, France : Dunod.
10. Debray, R. (1984). Abord psychosomatique des troubles somatiques. In revue française de psychanalyse 145.
11. Donald, W., et coll. (2008). Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Revue medicament. Suisse.181
12. Ernest, R., et coll. (1979). Introduction à la psychologie (traduit par D.Bélangier). Paris, France : étude vivante
13. Farragut, E. (2003). Le corps dans la prise en charge psychosomatique. Paris, France : Masson.
14. Haynal, Aet all. (1978). Médecine psychosomatique aperçu psychosociaux. Paris, France : Masson.

15. Idier, I. (2012). Education thérapeutique chez les patients en dialyse (Thèse de doctorat inédite). Université de Bordeaux Segalen.
16. Kamienieck, H. (1994). Histoire de la psychosomatique. Paris, France : PUF.
17. Larousse. (1989). Petit Larousse de la médecine. France : Française INC.
18. Lefebvre, G. (2005). Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et thérapeutes. Paris, France : Masson.
19. Marty, P. (1990). la psychosomatique de l'adulte. Paris, France : PUF.
20. Marty, P. (1979). Les mouvements individuels de vie et de mort, essai d'économie psychosomatique. Parise, France : payot.
21. Marty, P. (1980). L'ordre psychosomatique des mouvements individuels de vie et de mort. Paris, France : Payot.
22. Marty, P. (1984). A propos des rêves chez les malades somatiques. In revue Française de psychanalyse, 48(5), 1043-1162.
23. Marty, P. (1990). La psychosomatique de l'adulte. Paris, France : PUF.
24. Marty, P. (1991). Mentalisation psychosomatique. Paris, France : payot.
25. Marty, P., Uzan, M., et David, C.H. (1963). Investigation psychosomatique. Paris, France : PUF.
26. Nobert, S. (1980). Dictionnaire encyclopédique de psychologie. Paris, France : bardas.
27. Pedinielli, S.L. (1999). Les théories personnelles des patients. Pratiques psychologiques. Paris, France : PUF.
28. Perrou, R. (1985). Gènes de la personne. Paris, France : PUF.
29. Ramé, A. Thérand, S. Anatomie et physiologie. Paris, France : Elsevier.
30. Richelle, J. (2009). Manuel du test de Rorschach. Bruxelles, Belgique : book.

31. Smadja, C. (2001). Pensé opératoire. Paris, France : PUF.
32. Smadja, C. (2008, nov). Psychosomatique et trouble de la personnalité. Présenté à la conférence de la fédération régionale F.M.C des psychiatres des clinique privés langue.doc. Roussillon, France.
33. Smadja, S. (2010). Introduction au concept psychosomatique, revue française psychosomatique, N37, 9-15.

Site web

33. Deschenes, G. (2013). La maladie rénale chronique. Repéré à <http://www.fondation-du-rein.org/comprendre-votre-maladie/la-maladie-renale-chronique.html>
34. L'épuration extra rénale. (s.d). Repéré à <http://rein-echos.info/35.html>.
35. L'insuffisance rénale. Consulté le 19/02/2017. Repéré à <http://rein-echos.info/34.html>.
36. La greffe rénale. (s.d). Repéré à <http://rein-echos.info/39.html>.
37. La prise en charge des insuffisants rénaux-santé Maghreb. (s.d). Repéré à http://www.santemaghreb.com/algerie/pdf/poivue_84.Pdf.
38. Le formidable essor de l'hémodialyse en Algérie. (s.d).Repéré à [http :
www.liberte-algerie.com/contribution/le-formidable-essor-de-lhemodialyse-en-algerie-242459](http://www.liberte-algerie.com/contribution/le-formidable-essor-de-lhemodialyse-en-algerie-242459).
39. Le rein. Consulté le 18/02/2017. Repéré à <http://rein-echos.info/33.html>.
40. Les raisons d'un traitement de plus en plus cher en Algérie (le soir d'Algérie). (2014). Repéré à [http://www.lesoirdalgerie.com/2014/11/08/
article.php?sid=170702&cid=2](http://www.lesoirdalgerie.com/2014/11/08/article.php?sid=170702&cid=2).
41. Rein (anatomie). Repéré à <http://santemedecine.journaldesfemmes.com/faq/14146-rein-anatomie>
42. Surugue, C. (2013). L'approche psychosomatique du patient dialysé. Repéré à <http://dumas.ccsd-CMRS.fr>

Annexe

Le guide d'entretien en Kabyle

Elmaaloumat iguaanan amotin

- Amek ismik ?
- Achhal guelamrik ?
- Aywak ikdibda lahlakik ?
- Anda ithewtat guelekraza ?
- Dachou itkhedmat ?

1. Elmaaloumat iguaanan tashiht ntoura noumotin

- Amek ithella lhalaynek asmi itheslit selehlakik ?
- Aywak ithebdid l'hémodialyse thamezouarouth ? amek ihtaachet ?
- Amek ithethousout akbel imembaad l'hémodialyse ?
- Amek istfaket abrid amezoau ilahlakik ?
- Arghorek ketchi dachou dessebba nelehlakik ?
- Ma thesiit essouabat asmi itkhedmat l'hémodialyse ?
- Ma thouhouadjet lmouawana nehed gueddonithik ?
- Dachouthent souabat dlahlakat iditeban lahlakik ?
- Ma thesiit lekhbarat flahlakik ?
- Ma thennoummat la fistule ? le cathéter ?
- Ma thtebat régime netbibik ?
- Dachouth letraitement ynek ntoura ? amek ithetichet ?
- Amek ithoufit le traitement ynek laalith ?
- Thetkhemimet ibelli lehlakik isaa almaderra ?
- Dachou ithouhouadjet thoura ?
- Thetkiyifat ?
- Thekhedmat sport ? dachouth ?
- Amek ithethoussout mara thkedemat sport ?

2. Elmaaloumat iguaanan tashiht nzik nommoutin ?

- Thessoufrit guethemziynek ?
- Mayella thaallet l'accident nagh theblissit ? aywek ?
- Amek ibedden gherghourek ?
- Thekechmet ghesbitar fessebba lehlakik ?
- Thesit kra lehlakath iten ?
- Yella hes iguehelken selahlakik guela famille ynek ?

3. Elmaaloumat iguaanan akerroyiss ?

- Amek laalakayne wahi detbibik, wahi thifremliyen ?
- Thesit imedoukal ithettamnet ?
- Amek ithather la dialyse wahi dwidek itnin ?
- Amek ithetichat lahlakik wahi delfamilyak ?
- Thesit ayen itnin ithkhedmat ?
- Dachou dasmekthi ndiri ikikimen guekerroyik ?
- Dachou dasmekthi laali ikikimen guekerroyik ?
- Amek iguella nouddamik asmi ithhalkat ? akbal lahlakik ?
- Hedriyid f thirgwa ynek, danitiya iditekalen bezzaf ?
- Amek ithezaret widak illan sesseha nsen ?
- Dachouthen les projets ithesit ghezath ?
- Hedriyid fachou ithebghit ?