



Université Abderrahmane Mira de Bejaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème

L'image du corps chez les adultes

Hémodialysés

Etude clinique d'un seul (01) cas, à travers le test du
Rorschach à

L'EPH de Kherrata wilaya de Bejaia

Présenté par :

Zaidi Nesrine

Zeraouklane Lina

Encadré par :

Dr Gaci Khelifa

Année universitaire : 2020-2021

Remerciement

Tout d'abord nous aimerons remercier dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté à fin d'aboutir à ce travail.

Nous tenons à remercier chaleureusement notre promoteur Monsieur Gaci Khelifa pour son orientation, sa confiance, ses précieux conseils et son soutien, à chacune des étapes de ce projet de recherche qui ont constitué un apport considérable sans lequel ce travail n'aurait pas pu être mené au bon port.

Notre reconnaissance va de même à nos enseignants de l'Université Abderrahmane Mira, notamment la faculté des sciences humaines et sociales. Nous remercierons les membres de jury, qui ont la bienveillance d'accepter d'évaluer ce travail.

Nous remercions également tous les membres du personnel de service d'hémodialyse a l'EPH de Kherrata, en particulier chef de service Ms Abbacha, le néphrologue Dr Louinissi et le médecin dialyseur Dr Osmani, ainsi le psychologue Ms Ouazene.

Un immense merci s'adresse à tous nos sujets de recherche, qui nous ont donné de leur temps et sans eux ce travail de recherche n'aurait pas pu réaliser.

Enfin, nos remerciement s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué e près ou de loin à la réalisation de ce travail et qui nous ont encouragé et soutenu à tout moment dans la réalisation de ce projet.

Dédicace

❖ *A mes très chers parents pour leur amour, leur soutien et leur sacrifices, et leur encouragements, que ce travail soit pour eux un modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse, que dieu les protèges et les gardes en bonne santé.*

❖ *A mes adorables frères Lyes et Abd-El-Halim*

❖ *A ma grand-mère Imma Horia*

❖ *A mes chères cousines que je considère comme des sœurs Lynda, Camélia, Mima, Meriem et Amel.*

❖ *A mon oncle Hocine et ma tante Malika.*

Et sans oublier mes chères copines Anaïs et Anissa.

❖ *A tous ceux qui portent le nom Zeroukane*

❖ *A mon cher binôme Nesrine.*

❖ *A tout ceux qui me connaissent et m'aiment et que j'ai oublié de cité.*

Lina

Dédicace

Avec l'expression de ma connaissance, je dédie ce modeste travail à ceux qui, quels que soient les termes embrassés, je n'arriverais jamais à leur exprimer mon amour sincère.

❖ *A mes parents pour leur patience illimitée et leur aide.*

Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont 'ils ne cessent de me combler. Que dieu leur procure bonne santé et longue vie.

❖ *A mes grands frères Halim, Nadjim, Brahim.*

❖ *A mes sœurs Samira, Dalila, Souhila et belle-sœur Soraya qui n'ont cessé d'être pour moi des exemples de persévérance, de courage et de générosité.*

❖ *A mes petits nièces et neveux Aya, Nihel et Yousra,*

Djalil et Anes

❖ *A tous ceux qui portent le nom Zaidi*

❖ *A mon cher binôme Lynouche.*

❖ *A tous mes amis et à tous mes camarades avec qui j'ai passé mes plus belles années*

Nesrine

Sommaire

Remerciement

Dédicace

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Introduction.....01

Le cadre général de la problématique

1-Problématique04

2-Hypothèse.....08

3-Opérationnalisation des concepts.....08

4-Les objectifs de la recherche.....09

5- Intérêts de choix du thème.....09

Partie théorique

Chapitre I : L'insuffisance rénale et la dialyse

Préambule.....13

I- aspect médical de l'insuffisance rénale

1-Le rein de point de vue médical.....13

1.1-Les fonctions rénale14

2-Définition de l'insuffisance rénale.....14

3-Les manifestations de la maladie sur le plan médical.....	15
4- Différents type de l'insuffisance rénal.....	16
4.1-L'insuffisance rénale aigue.....	16
4.2-L'insuffisance rénale chronique.....	17
4.3-L'insuffisance rénale chronique terminal	18
5-Complication de L'IRC.....	18
5.1-Facteurs de progression	18
5.2-Effets secondaire.....	18
6-Traitement de l'insuffisance rénale.....	19
6.1-Traitement de la cause.....	19
6.2-Traitement des complications	20
6.3-Traitement des facteurs aggravants.....	20
6.4-La dialyse	20
6.5-Transplantation rénale.....	22

II-Aspect psychologique

1-Le travail de deuil.....	23
2-Le problème du temps chez la personne dialysée.....	25
3-Le régime et les contraintes alimentaires.....	25
4-Anatomie fantasmagique.....	26
5-L'adaptation psychologique a la dialyse	28

6-La vie familiale des hémodialysées.....	32
Conclusion du chapitre	33

Chapitre II : L'image du corps

Préambule.....	36
1-L'image et la représentation en psychanalyse.....	36
2-Le corps en psychanalyse réel et fantasmatique	37
3- Définition de l'image du corps	39
3.1-Concepts liées à l'image du corps.....	40
4-L'approche psychanalytique de l'image du corps.....	41
5-L'élaboration de l'image du corps	45
6-L'évolution de l'image du corps à travers les tests de dessin.....	48
7-L'image du corps et la maladie chronique.....	53
Conclusion du chapitre.....	56

Partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de recherche

Préambule.....	60
1-La méthode de recherche utilisée.....	60
1.1-Etude de cas.....	61
2-La pré-enquête.....	63
3-Présentation de lieu de recherche	64

4-Présentation de groupe de recherche.....	65
5-Les outils de recherche	66
5.1-L'entretien clinique de recherche	66
5.1.1-L'entretien clinique semi-directif.....	67
5.2-Le Rorschach	68
5.2.1-Historique.....	69
5.2.2-La définition de test de Rorschach.....	69
5.2.3-La problématique suscitée par les planches.....	70
5.2.4-La passation de test du Rorschach.....	71
5.2.5-La cotation de test du Rorschach.....	72
5.2.6-Localisation des réponses	72
6-Le déroulement de la recherche.....	75
7-Les difficultés de la recherche.....	76
Conclusion du chapitre.....	76

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

Préambule	78
1-Présentation et discussion des données de l'entretien et le test du Rorschach de Zeina.....	78
2-Discussions de l'hypothèse.....	90
Conclusion.....	92

Liste des références.....95

Annexes

Liste des abréviations

OMS	<i>Organisation mondiale de la santé</i>
DFG	<i>Début de filtration glomérulaire</i>
DP	<i>Dialyse péritonéale</i>
EPH	<i>Etablissement public hospitalier</i>
HTA	<i>Hypertension artérielle</i>
IR	<i>Insuffisance rénale</i>
IRC	<i>Insuffisance rénale chronique</i>
IRA	<i>Insuffisance rénale aiguë</i>
IRCT	<i>Insuffisance rénale chronique terminale</i>
SIDA	<i>Syndrome d'immunodéficience acquise</i>

Liste des tableaux

<i>N°</i>	<i>Titre</i>	<i>Page</i>
<i>N°1</i>	<i>Les caractéristiques du groupe de recherche</i>	<i>65</i>
<i>N°2</i>	<i>Le Protocol de cas Zeina</i>	<i>81</i>
<i>N°3</i>	<i>Psychograme de cas Zeina</i>	<i>85</i>

Introduction

INTRODUCTION

Nous apprenons dès l'enfance que l'homme est constitué d'un corps et d'un esprit, nous observons qu'il dispose de facultés physiques et intellectuelles et qu'il peut souffrir de troubles corporels, mentaux, psychosomatiques. Une chose est certaine, d'une part ce que l'on pense se répercute sur le corps, on peut pour cela évoquer les maladies dites psychosomatiques, et d'autre part, les maladies du corps se répercutent sur ce que l'on pense.

L'insuffisance rénale est une maladie psychosomatique caractérisée par la perte des fonctions vitales des reins. A un stade avancé, Les reins ne fonctionnent plus ou presque, il y'a aussi perte de l'indépendance, du fait de la dépendance à la machine, aux soignants, et donc perte de la capacité à s'amuser seul. Comme le dit D.Cupa « le patient vit l'annonce de la mise en dialyse et son entrée en dialyse comme un choc .C'est un passage dans une autre vie, celle de la survie, car, dès lors, sans la dialyse il ne peut pas vivre, c'est la dialyse ou la mort »

Ainsi, la maladie rénale se vit au quotidien et touche tous les âges enfant, adulte, adolescent, son impact est d'une telle ampleur, qu'il atte int aussi bien le patient sur le plan physique que sur les plans psychique et émotionnel.

En effet, Les hémodialysés sont confrontés à des modifications de leur image corporelle, ces modifications vont définir l'image qu'ils ont de soi comme les déformations causées par les complications de la maladie rénale, et bouleversement de la vie etc.

L'image du corps est un concept qui a été créé afin de mieux expliquer l'intégration psychique de la représentation du corps. C'est une expérience fondamentale dans la vie de chacun, cette image du corps change au cours d'une vie, au gré des expériences, elle se construit à partir des pensées, valeurs et

sentiment personnel, ainsi que des messages véhiculés par l'entourage et le contexte socioculturel.

Pour notre projet de recherche qui porte sur «l'image du corps chez les adultes hémodialysés», nous avons choisi comme lieu d'étude, le service d'hémodialyse de l'EPH de Kherrata Bejaia, qui nous a permis de réaliser notre recherche. L'approche psychanalytique a servi de cadre référentiel à notre étude qui avait portée sur un seul cas. Pour la récolte des données, on a choisi l'entretien de recherche semi-directif, Le test projectif « Rorschach » pour déterminer la nature de l'image du corps chez les hémodialysés.

Pour atteindre notre objectif, nous avons instauré un plan de travail qu'on a devisés en deux parties, une théorique et l'autre pratique. D'abord, on a commencé par une introduction suivit d'une problématique et hypothèse de la recherche, ainsi que l'opérationnalisation des concepts et enfin les objectifs et intérêts de la recherche.

La partie théorique est subdivisée en deux chapitres :

Dont **le chapitre I** intitulé l'insuffisance rénale composé de deux aspects ; médical et psychologique.

Le chapitre II aborde l'image du corps telle qu'elle est vue en psychanalyse suivant plusieurs auteurs : P.Schilder, F. Dolto, J-D Nasio et Dider Anzieu,

La partie pratique est répartie en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre III la méthodologie de recherche et **Chapitre IV** les Présentation et analyse des résultats.

On termine notre travail par une conclusion, et à la fin, on a inséré la liste bibliographique et les annexes.

Le cadre général de la problématique

1. Problématique

Vivre en bonne santé est l'une des principales préoccupations des êtres humains, la santé est un état de bien-être physique, mentale et sociale, et ne consiste pas seulement à une absence de maladie. Cette dernière se définit par rapport à la santé, selon le dictionnaire médicale Larousse « est une altération de la santé d'un être vivant ; toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes clinique et para cliniques, une évolution et un traitement » «Bert et Ai, 2001 ».

La santé signifie l'état de bon fonctionnement de l'organisme, selon L'O.M.S elle se caractérise par « un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

La santé mentale se caractérise par l'absence de troubles mentaux, une bonne adaptation au milieu social et une bonne tolérance des aléas de l'existence.

Le corps précède la pensée. En effet, dès la vie fœtale, résultat de la rencontre intime des parents, un corps nous est accordé comme une donnée brute, roc ou assise avec lequel nous devons composer durant toute notre existence. Une fois la naissance et le choc du commencement dépassés, chacun y greffera, de façon graduelle, un sentiment d'être soi, rivé et contenu dans l'enveloppe de son corps. Dès lors, l'amalgame corps-esprit se complexifiera au fil et au rythme du développement par une interaction continue de l'un et de l'autre. Puisque la sensorialité prédomine chez le bébé naissant, la psyché croîtra en s'appuyant sur les fonctions corporelles (Anzieu, 1985).

De nombreuses personnes sont confrontées à des maladies chroniques, ces dernières à un impact sur le côté psychologique et somatique de la vie d'un individu, parmi ses maladies chroniques on trouve l'insuffisance rénales qu'est définie selon le dictionnaire de la rousse par la réduction de la capacité des

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

En effet, L'IRCT répand à toute vitesse depuis plusieurs décennies prouvée par les statistiques suivantes :

Actuellement, l'Algérie compte 2200 patients souffrant de cette maladie dont 1000 malades sont pris en charge dans les structures privées. Environ 30000 malades souffrant d'insuffisance rénale risquent d'être sous hémodialyse. Actuellement, 80 à 100 nouveaux patients arrivent annuellement en dialyse, seul le développement de l'activité de la greffe rénale à partir de patients en mort encéphalique, pourrait réduire ce chiffre qui coute énormément à la caisse de sécurité sociale. (Soir d'Algérie, Mai 2016).

Cependant, cette maladie menace l'intégralité psychique qui réveille les processus d'élaboration de l'image du corps, et qui interrompt le silence des organes qui fait découvrir au malade un corps méconnaissable, bruyant, fragile, affaibli. Estella Automne en 2006 a montré que la maladie oblige, le sujet à prendre conscience de son corps. Le corps lui-même, est à la fois épaisseur et surface reliées par un « moi-peau ». Le concept de moi peau a été développé par Anzieu. La peau joue un triple rôle de sac qui retient le bon, de surface qui marque la limite avec le dehors et de moyen primaire d'échange avec autrui.

Quand le corps est atteint d'une incapacité, l'être humain risque de développer une image du corps déformé. L'image du corps peut être perturbée et modifiée ce qui engendre un sentiment d'insécurité, et une blessure narcissique. L'atteinte profonde de l'image corporelle et de son intégrité face à une image dévalorisée renvoyée à soi-même à autrui contribué à renforcer l'atteinte narcissique majorée par l'appréhension de se regarder et du regard des autres.

L'estime de soi est fragilisée par la difficulté à exprimer ses sentiments, ses émotions et en fin sa personnalité. (Reich, 2009).

Par ailleurs, chaque être humain a sa propre représentation inconsciente de son image physique qu'on appelle l'image du corps qui se constitue dès l'enfance. Comme P. Schilder la définit « l'image du corps est la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps » (Schilder, 1968. P.35).

Le schéma corporel et l'image du corps se combinent pour donner la représentation de soi qu'est globale, elle est plus ou moins fragile selon l'histoire de chacun. La moindre perturbation peut chez certains être synonyme d'un grand bouleversement lié au concept de soi (idéal du moi, estime de soi, exercice de son rôle, identité personnelle).

Parmi les facteurs favorisant la perturbation de l'image du corps : maladie chronique, perte d'un organe noble de corps tels que « le rein », d'une ou plusieurs fonctions (sensorielles, motrices, ...), traumatisme grave atteinte mentale, maladie psychiatrique (anorexie, obésité,...), intervention chirurgicale, changements liés à la croissance et au développement (puberté, grossesse, ménopause, vieillissement, ...).

Donc, la perturbation de l'image du corps est un problème récurrent, créant le mécontentement sur la forme d'une partie ou plusieurs parties du corps.

Par la suite, les changements corporels posent la question de la pérennité de la perception de son image. Celle-ci reste souvent fixe alors que le temps passe et imprime sur le corps ses marques. Toute maladie grave, à savoir le patient décède s'il n'a pas de traitement, va donc entraîner un remaniement de cette image d'un corps sinon invulnérable, en tout cas « fixe ». C'est la rencontre avec cette vulnérabilité que provoque le sentiment d'un temps « chronique »,

c'est-à-dire a vie en dialyse. L'image du corps ne sera plus jamais comme celle d'avant la maladie.

En toile de fond la chronicité, le rapport au corps va donc être marqué pour le patient par l'incertitude quant à son statut de bien-portant. Chaque symptôme ou ressenti physique peut être interprété comme le signe d'un nouvel événement médical. La douleur du corps, elle aussi, n'est pas toujours contrôlable, la fistule artério-veineuse de l'hémodialyse (HD) peut se boucher, le cathéter abdominal de la dialyse péritonéal (DP) peut s'infecter. A cela s'ajoute l'incertitude quant à la manière dont se déroulent les séances de dialyse d'une fois à l'autre.

C'est donc pour l'image du corps la rencontre définitive avec un vécu d'incertitude avec lequel il faudra vivre désormais. Certains patients font face sans problèmes et reprennent assez rapidement un sentiment de contrôle de leur corps, d'autres n'y parviennent pas ou avec grande difficultés. La dialyse et ses contraintes restent subies et le sentiment de contrôle sur le corps semble plus en moins perdu. L'âge d'arrivée vers l'IRT aussi très variable dans le parcours de vie du patient ; ne posera pas les mêmes problématiques si l'on est jeune et en plein de construction de son avenir familial et professionnel. Que si l'on est au milieu de sa vie entravant alors l'équilibre familial ou professionnel existant et se répercutant éventuellement, affectivement de son conjoint et de ses enfants, et enfin si l'on est plus âgé, ayant réalisé sa vie familiale et professionnelle mais pensant profiter de sa liberté pour réaliser d'autres projets.

Devenir dépendant d'une machine est lourd de contraintes, très anxiogène (bruits, ponction de la fistule, vue de son sang dans les tubulures) vis-à-vis de son corps. Le cathéter ou la fistule matérialise et aggrave la blessure narcissique que constitue l'épreuve de la maladie. Il y a donc nécessité d'une intégration psychique de cet élément « étranger » au niveau de l'image du corps comme

bénéfique à la survie et au bien-être. L'ambivalence demeure toujours vis-à-vis de ces éléments. Ce sont des objets fragiles, précieux, à protéger mais détestés, rejetés ; rappelant l'insuffisance rénale. Pour faire face il faut que l'image du corps soit bien intégrée et complète.

La théorie psychanalytique à partir des apports post Freudiens, constitue la référence théorique de notre recherche vue qu'elle traite notre thème qui se déroule sur « la nature de l'image du corps chez les hémodialysés » par un entretien semi-directif et un test projectif « le Rorschach ».

A partir de ces données concernant les hémodialysés et leur image du corps, ce qui nous a menées à poser la question suivante :

- Quelle est la nature de l'image du corps chez les hémodialysés ?

2. Hypothèse de recherche

Les hémodialysés ont une mauvaise image du corps, cette image est peut être vulnérable qui renvoie à un sentiment d'incomplétude du corps.

3. L'opérationnalisation des concepts

. L'image du corps

C'est l'image mentale que les hémodialysés ont de leurs corps et ce qu'ils ressentent quand ils pensent au changement physique, cette image peut-être bonne ou mauvaise, cette qualité se représente clairement au niveau des réponses de la patiente sur le test du Rorschach à savoir :

Bonne : quand ils ont une image satisfaisante, complète de leurs corps, les réponses de type formel adéquat (F+), réponses H.

Mauvaise : quand ils ont une image perturbée, incomplète de leurs corps, ils ont une perception négative, changement et le non fonctionnement de leurs corps, par rapport aux réponses adéquates (F-, Anat, clob, Kan) de test du Rorschach.

4-L'objectif de la recherche

- Démontrer la nature de l'image du corps chez les hémodialysés.

5-Intérêts de choix du thème

Ce choix du thème, revient au fait que l'insuffisance rénale prend de plus en plus de l'ampleur dans le monde, bien que comprendre si cette maladie influence sur l'image du corps des hémodialysés, et d'avoir plus de connaissance sur les changements psychologiques, physiologiques avant et après l'intervention chirurgical de la fistule.

En fin apporter de nouvelles idées et de nouvelles connaissances à propos de notre thématique.

La partie théorique

Chapitre I
L'insuffisance
rénale et la dialyse

« A l'annonce d'une insuffisance rénale terminale, une certitude : à plus ou moins long terme le patient sera mis en dialyse ou greffé. Il ne peut compter sur son propre corps devenu incapable de le faire vivre ».

« Paul Delaroche, La jeune martyre ».

Préambule

L'insuffisance rénale est une maladie chronique qui peut affecter toute personne de tout âge. Cette maladie peut avoir un impact chez le malade, notamment dans sa vie professionnelle, psychologique, sexuelle et sociale. L'insuffisance rénale chronique peut également causer des troubles psychologiques tels que la dépression et l'anxiété.

Dans ce chapitre premièrement, on va aborder le coté médical de l'insuffisance rénale où on va mettre l'accent sur le rein et ses fonctions ensuite la définition de l'insuffisance rénale et ses différents types, ses complications et ses manifestations, on termine par son traitement. Deuxièmement, on va s'intéresser à l'aspect psychologique de l'IRC où on va focaliser sur le travail de deuil ensuite la problématique du temps et les contraintes alimentaires, puis à l'adaptation à la dialyse. Afin de connaître l'impact de cette maladie sur l'état psychique du sujet, ainsi que sur le côté relationnel. Et on termine avec une conclusion.

I Aspect médicale de l'insuffisance rénale

1. Le rein du point de vue médical

Le rein est un organe double situé dans la partie postérieure de l'abdomen, à côté de la colonne vertébrale. Sa forme ressemble à un gros haricot ou à un embryon. Il pèse entre 200 à 300 gramme, Sa hauteur varie entre 10 à 12 cm, Sa largeur est de 5 à 6 cm, tandis que son épaisseur atteint 3 cm. Ces dimensions sont importantes à connaître car l'atrophie est un signe de dysfonctionnement. Cet organe est vascularisé par la veine et l'artère rénale. Il est constitué d'unités fonctionnelles appelées néphrons. Chez l'homme normal, ils sont au nombre d'un million environ dans chaque rein. Ces unités anatomique, microscopique, sont composées de glomérules répartis dans la partie extérieur du rein et prolongés par des tubules qui débouchent dans les calices. La filtration glomérulaire et l'activité tubulaire constituent la fonction principale des reins.

En assurant leurs fonctions excrétrice et sécrétrice, filtrer le sang en évacuant les urines, les reins jouent aussi un rôle important dans la régulation thermique du corps (Rekhoum et Ai, 2015)

1.1 Les fonctions rénales :

Les reins remplissent plusieurs fonctions indispensables à la survie de l'organisme qui sont :

1.1.1. Fonction d'épuration :

L'urine fabriquée par les reins permet à l'organisme :

- L'élimination d'une certaine quantité d'eau.
- L'élimination des sels minéraux (sodium, potassium, calcium)
- L'élimination des résidus métaboliques : urée (résultant de la digestion des protéines, créatinine (provenant de la destruction des cellules musculaires qui sont continuellement en renouvellement), et l'acide urique, et des toxiques (médicaments, alcool). (Boulahia, 2009).

1.1.2. Fonction hormonale :

Les reins fabriquent également des hormones ayant chacune une fonction précise :

- La rénine contrôle la pression artérielle, il est important pour la conservation du sel par les reins.
- L'érythropoïétine : stimule la production des globules rouges par la moelle osseuse.
- La vitamine D : favorise l'absorption du calcium afin de fortifier les os. (Boulahia, 2009).

Quand les reins ne peuvent plus assurer ces différentes fonctions indispensables à la vie cette situation est appelée « l'insuffisance rénale ».

2. Définition de l'insuffisance rénale

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est une maladie lésionnelle qui détruit de manière progressive et irréversible les parenchymes

rénaux et altère définitivement les fonctions rénales, à savoir la détoxification du corps, l'équilibre homéotique interne et les fonctions endocrines, Son évolution est létale sans les thérapies de suppléance ; la dialyse et la greffe. Elle résulte souvent de néphropathie chronique congénitale ou acquises. Chez certains individus elle se déclare soudainement, alors que chez d'autres elle progresse lentement, des années durant, de manière douloureuse ou silencieuse. Avant que la maladie n'atteigne le stade terminal, les quelques 10 à 20% de néphrons sains restent assurant plus au moins un équilibre métabolique, en d'autres termes une santé apparente à la personne touché (Guellil 2012).

3. Les manifestations de la maladie sur le plan médical

Les malades, sans exception, d'épuisement permanent sans que celui-ci ne soit justifié par le déploiement d'effort particulier, parallèlement, à mesure la maladie progresse, le teint des malades prend une couleur jaune-orangé. Les insuffisant rénaux se plaignent également d'œdème, de problème de coagulation, de nausées, de vomissement, de perte d'appétit et de démangeaison.

-manifestations osseuse : avec le temps, les désorganisations métaboliques provoquent des perturbations osseuses comme le ramollissement des os. Elles peuvent se manifester par des fractures spontanées, des déformations ou encore des douleurs au niveau du fémur ou du bassin.

-manifestations hématologique : l'anémie est de règle. Elle est due à une insuffisance médullaire et empêche la destruction massive des globules rouges produits par les déchets toxiques.

-manifestations cardio-vasculaire : l'hypertension artérielle est omniprésente. Quand elle n'est pas le facteur déclenchant de la maladie, elle est souvent présente chez les malades atteints d'IRC. Elle apparaît plus ou moins tardivement, et est retrouvée chez près de 90% des urémiques au stade ultime. Elle résulte de mécanismes multiples comme l'anémie ou autres. Elle constitue

un facteur d'auto-aggravation et favorise le développement de l'athérome coronaire, qui est la première cause de mortalité des insuffisants rénaux.

-manifestations neurologiques : la baisse de la vitesse de conduction nerveuse et des troubles sensitifs comme des crampes sont ressentis principalement au niveau des membres inférieurs. Ces symptômes sont les signes d'une polyneuropathie. Il y a également des troubles psychiques d'origine médicamenteuse dus à l'accumulation de médicament qui, n'étant plus éliminés par les reins, deviennent toxiques (Nguyen 2009).

4. Différents types de l'insuffisance rénale

On définit trois types d'insuffisance rénale :

4-1-L'insuffisance rénale aiguë (IRA) :

Le diagnostic d'IRA se base sur une augmentation de la créatinine sérique et/ou sur une diminution de la diurèse. Depuis 2007, la classification AKIN (Acute Kidney Injury Network) a remplacé celle de RIFLE (Risk, Injury, Failure, Loss, End-stage) avec comme différence principale l'abandon de la mesure du débit de filtration glomérulaire (DFG) et l'ajout d'un critère d'élévation absolue de la créatinine de $> 26,4 \mu\text{mol/l}$ pour le stade 1. En 2012, les recommandations KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) ont fusionné ces deux classifications avec, comme avantage, une amélioration des pertinences cliniques et épidémiologiques et une meilleure association entre la sévérité de l'IRA et les complications à court et long termes. Néanmoins, cette classification n'est pas optimale, du fait de sa sensibilité et de sa spécificité imparfaites, et par l'absence de prise en compte des fonctions rénales non excrétrices (homéostasie électrolytique, acidobasique et endocrinienne).

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est la défaillance brutale (quelques heures à quelques jours) et réversible des fonctions rénales qui se traduit par une diminution du débit de filtration glomérulaire responsable d'un syndrome

d'urémie et de créatinémie aiguë (augmentation rapide de l'urée et de la créatinine sanguine qui sont très néfastes pour l'organisme).

La créatinine est un marqueur le plus souvent utilisé pour caractériser la présence ou l'absence de l'IRC. (Bioud & al, 2014).

Les causes peuvent être une maladie cardiaque telle que l'insuffisance cardiaque, une déshydratation extracellulaire en raison de perte cutanée (brûlure, sudation), digestives (vomissement, diarrhée, nausée, céphalée), ou encore la présence des substances chimiques toxiques. (Rekhoum et Al, 2015).

Il existe trois types d'IRA :

- L'IRA fonctionnelle ou pré-rénale : très fréquent.
- L'IRA parenchymateux ou organique : fréquente.
- L'IRA obstructive ou post-rénale : peu fréquente (Bioud et Al, 2014, p34).

4.2. Insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par la diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire (DfG) qu'est le meilleur indicateur du fonctionnement rénal. Elle résulte en règle de l'évolution d'une maladie rénale chronique (MRC).

Conformément à un consensus international les MRC sont définies par l'existence :

_ D'une anomalie rénale fonctionnel ou structurelle évoluant **depuis plus de 3mois** (il peut s'agir d'une anomalie morphologique à condition qu'elle soit « cliniquement significative », d'une anomalie histologique ou encore d'une anomalie dans la composition du sang ou de l'urine secondaire à une atteinte rénale).

_ Et/ou d'un débit de la filtration glomérulaire (DFG) inférieure à 60 ml / min/ 1.73 m² depuis plus de 3 mois.

Elles peuvent aboutir à l'insuffisance rénale terminale (IRT) et au décès. Chez la plupart des patients en France, L'IRT peut être traitée par la transplantation rénale et/ou l'épuration extrarénale (hémodialysé ou dialyse péritonéale) «Moulin et Peraldi ».

4.3. L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

Quand les lésions sont devenues très importantes et que la perte des fonctions des reins devient menaçante sur le plan vital, il s'agit « d'insuffisance rénale chronique terminale ». L'IRCT est le stade ultime de l'insuffisance rénale chronique. En effet, le rein n'est plus capable d'éliminer les toxines. C'est une des complications de maladies chroniques qui représente à elle seule 50% des atteintes rénales. Elle constitue le 5eme stade de la maladie rénale chronique. La cause principale de l'IRCT est le diabète de type 2 (Asseraji & al,2015) Pour survivre, les personnes doivent alors bénéficier d'un traitement de suppléance par la transplantation d'un rein ou la dialyse.

5. Complication de l'IRC

5.1. Facteurs de progressions

- HTA
- Protéinurie
- Insuffisance rénale surajouté
- Mauvais contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire

5.2. Effets secondaires

Cardiovasculaires :

- HTA précoce, volodépendante
- Péricardite : rare, indication de dialyse.

Neuromusculaire

- AVC, convulsion, coma
- Crampes

Hématologiques :

- Anémie arégénérative
- Troubles de l'hémostase

Digestive

- Anorexie, nausées, vomissement
- Gastrite ulcère

Endocrinienne

- Impuissance aménorrhée,
- Hyperparathyroïdie secondaire

Cutanées

- Prurit chronique

6. Traitement de L'insuffisance rénal

« On est quand même des gens comme tout le monde, avec un petit problème : un organe qui ne marche pas. On est obligé de passer par la dialyse. C'est une chance pour nous car, pour les problèmes de foie et de cœur par exemple, il n'y a que la greffe. Il n'y a pas d'autre moyen de maintenir la personne en vie. Nous, on a la dialyse. Donc, on est content de l'avoir, bien que ce soit une contrainte. Si on l'avez pas, on ne serait pas là » (Pascal).

6.1. Traitement de la cause

Essentielle si possible :

- Equilibration tensionnelle ou diabétique.
- Levée d'un obstacle : résection prostatique...

-Dilatation d'une sténose d'artère rénale...

6.2. Traitement des complications

- Acidose métabolique

-Hyperkaliémie

-Micro albuminurie ou protéinurie

-Anémie

-Hypocalcémie

- Hyper uricémie

-Prurit

6.3. Traitement des Facteurs aggravants

- HTA

-Nephrotoxiques : médicament produit, produit de contraste iodé à éviter.

-Infection : traitement précoce des infections notamment urinaire.

-Mesures hygeinodietétique : activité physique régulier, sevrage tabagique, apport alimentaire (calorique- protéines- boisson- sodium- k...).

6.4. La Dialyse

6.4.1. Hémodialyse

Elle réalise l'épuration de sang hors de l'organisme (grâce à une circulation extracorporelle), dans un rein artificiel (dialyseur). Les échanges se font dans ce dialyseur. A travers une membrane synthétique. Contre un bain de dialyse fabriqué par le générateur lui mêmes. L'accès au sang ; en urgence, se fait essentiellement par un cathéter veineux central de gros calibre. L'hémodialyse est une méthode assurant une épuration très performante et une

forte soustraction liquidienne si besoin, mais elle présente l'inconvénient d'être mal toléré sur le plan hémodynamique instable et/ou des défaillances multi viscérales.

- 3 séances de 4h par semaine, en centre spécialisé.
- épuration par un circuit extracorporel.
- sur fistule artério veineuse créée sur un bras quelques mois auparavant ;

Résultat

- Normalisation des volumes liquidiens.
- Extraction des molécules à élimination urinaires.
- Correction des troubles électrolytiques et acido-basiques.

6.4.2. Dialyse péritonéale

C'est un traitement intracorporel continu utilisant une membrane péritonéale perméable. Il est aujourd'hui reconnu comme substitut à l'hémodialyse, mais ne la remplace pas. Les malades utilisent tous les jours, à raison de 4 fois toute les 24heures, 2 litres de dialysat qui, au contact du sang, capte les déchets, l'urée et l'excès de potassium. Les avantages de cette technique sont l'autonomie et l'inoffensivité, d'où son appellation de dialyse douce. Les patients qui tiennent tout particulièrement à leur indépendance et redoutent le piquage en hémodialyse la choisissent volontiers. Elle est également conseillée aux IRC plus âgées présentant un risque de maladies cardio-vasculaire. En outre, le coût du traitement est faible même lorsque les soins sont effectués par l'infirmière à domicile. Toutefois, cette méthode est peu utilisée : 14% dans le monde. En France, on compte 2700 malades, ce qui représente 10%, et un petit nombre est traité par dialyse péritonéale intermittente (avec des machines automatiques). Le glucose employé dans la dialysat engendre des dérèglements du diabète, maladie dont souffrent souvent les IRC. La répétition du traitement

entraîne une lassitude chez certains, quant au cathéter implanté dans le corps du patient servant d'accès permanent à la cavité péritonéale, il multiplie les risques d'infections.

6.4.3. Comparaison à l'hémodialyse

Avantage : possible à domicile, meilleure tolérance hémodynamique,

Inconvénients : moins bonne épuration, durée d'emploi limitée à environ 5ans,

Contre-indications : antécédent de péritonite ou de chirurgie abdominale lourde, insuffisance respiratoire, obésité.

6.5. Transplantation Rénale ou La greffe rénale

La transplantation rénale (TR) constitue de nos jours le traitement idéal de l'insuffisance rénale chronique. En effet contrairement aux autres modalités thérapeutiques. Elle permet non seulement prolonger la vie, mais aussi assure une meilleure qualité de vie et une réduction à long terme du coût de prise en charge des patients, elle permet la normalisation des désordres métaboliques liés à l'IRC (Damoun, 2012, p.12)

Ce traitement consiste à greffer au patient dont les reins ne fonctionnent plus, un rein fonctionnel provenant d'un donneur vivant ou décédé. Les patients transplantés doivent prendre un traitement dit immunosuppresseur. Il s'agit de médicament qui diminue l'activité du système immunitaire dont le but de prévenir le développement d'un rejet du greffon (Bouskhouri & al, 2012)

Enfin ces traitements de suppléance ne remplacent pas entièrement les fonctions excrétrices rénales. Ils mettent le malade dans un état de dépendance permanent. De plus, ils entraînent une pathologie qui fait d'eux ce que l'on nomme de « vieux dialysés », car la complication majeure est une fonction

rénale est un vieillissement prématuré. La seule manière de corriger réellement la fonction rénale est la transplantation.

II- Aspect psychologique

1. Le travail de deuil

Après l'annonce du diagnostic de L'IRC le sujet peut passer par trois étapes pour faire le deuil dont la première est le déni : c'est un mécanisme de défense qui met à distance l'angoisse en évacuant la réalité du diagnostic, par la suite 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. Puis on note l'apparition de symptômes dépressifs comme la perte d'appétit, les troubles du sommeil, une humeur triste, un isolement... Enfin pour arriver à une acceptation qui peut réorganiser sa vie en fonction de la perte, mais le travail de deuil est très difficile chez ces patients car ils sont dépendant a la machine et les changements au niveau de leurs corps qui leurs rappellent la maladie et détruit l'image corporel qu'ils ont avant la maladie.

L'insuffisance rénale terminale ouvre sur la perte, sur le sentiment de se perdre soi-même (de perdre sa capacité à se faire vivre). Elle donne par ailleurs au deuil un caractère infini et peut conduire le patient à vivre dans un climat d'angoisses, notamment de mort, diffuses. Ce deuil à faire réactive les deuils anciens qui ont scandé la vie du patient. S'entremêlent ainsi pertes narcissiques et pertes objectales, passées et présentes. Les douleurs liées à la mort sont fréquentes chez le patient dialysé, tout en étant assez souvent refoulées pour que cela soit plus supportable. Des défenses à la mesure de son histoire et de ses possibilités psychiques se font et se défont. Face à l'ensemble des contraintes décrites, la maladie entraîne avec elle de multiples pertes réelles. Il y a les pertes corporelles associées aux pertes de plaisir et les pertes sociales (du statut professionnel également). La perte dont souffrent beaucoup les patients est celle

de leur « liberté », de leur autonomie, signe de dépendance et d'impuissance. Impuissance relayée dans la réalité avec la perte de plaisirs. La perte de la fonction mictionnelle est souvent associée à une impuissance sexuelle. L'impuissance sexuelle apparaît aussi liée pour certains aux pertes du statut dans la famille, du statut dans le travail. Cela nécessite donc le deuil d'une certaine image, modifiée par la maladie, atteinte aussi par les modifications corporelles visibles et par la mise en transparence par l'imagerie médicale et les bilans réalisés pour confirmer les défaillances et les insuffisances. Le nombre de plaisirs perdus et donc de deuils du plaisir à faire s'avère impressionnant : les plaisirs de l'oralité se conjuguent au conditionnel du régime aussi bien alimentaire qu'hydrique, le plaisir d'uriner est donc perdu progressivement, le plaisir génital est souvent amoindri, mais on peut ajouter à cela le plaisir pris dans le mouvement : courses dans les bois, partie de football, etc. Les plaisirs donnés par le corps sont très émoussés (Riazuelo, 2012). De plus, le plaisir narcissique lié à une belle image de soi, à la réussite dans le travail, socialement, est lui aussi souvent touché. Le deuil des réconforts narcissiques est donc très lourd chez ces patients. Une profonde douleur apparaît alors comme une expression de la blessure narcissique, du deuil de soi-même (Dupuy et coll., 2006).

De deuils en deuils, le patient dialysé porte infiniment le poids de ses reins malades, le poids de la dépendance. Le travail de deuil peut s'engager, dans une tentative de prendre en compte activement, psychiquement et dans la réalité les soins afin de réparer la psyché et le corps abîmés. Mais les soins, qui ne sont que palliatifs, rappellent de façon répétitive cette perte et ne permettent pas l'oubli qui appartient au travail de deuil afin d'investir de nouveaux objets. « Avec la dialyse on peut aller bien, éventuellement faire avec, mais on ne peut pas l'oublier et se sentir très bien, la dialyse est toujours là, comme la maladie »

dit un autre patient. Cela ouvre sur l'espace d'un deuil infini (Dupuy et coll., 2006).

Ajoutons que cette douleur du deuil peut comporter une dimension expiatoire qui met souvent les soignants en difficulté. À un niveau inconscient, la maladie et la douleur associées renvoient régulièrement à une faute, un désir interdit au sujet d'un autre, et constituent alors une punition. La douleur peut même être recherchée, car méritée ; elle bloque alors le travail du deuil et empêche l'acceptation de la réalité, et peut laisser le patient s'enfermer dans des positions régressives de déni plus ou moins durablement indépassables. Des processus défensifs coûteux, comme le clivage, peuvent aussi permettre à une partie du Moi de colmater l'hémorragie libidinale, de faire comme si la maladie n'était pas là.

Avec la perte d'un organe réel le patient rencontre sa propre mortalité. Cela ouvre sur le deuil traumatique originaire de la mère et sur le deuil de soi. Si tout deuil renvoie à la perte originaire de la mère et constitue une blessure narcissique, il n'est pas, pour autant, provoquer par une rencontre avec la réalité de sa propre mort, due à une raison interne, à l'incompétence de son propre fonctionnement somatique, comme c'est le cas avec un patient dialysé. La position existentielle du dialysé se caractérise par la présence de la mort, que révèle la défaillance organique, mais aussi par la nécessité des soins qui le placent dans une « dépendance absolue » marquant son impuissance radicale, identique à celle d'un nourrisson incapable de subvenir à ses besoins (certains patients parlent d'un « cordon » – comme un cordon ombilical – en montrant les tubulures qui les relient à la machine). Ses difficultés psychiques seront ainsi liées d'une part à sa maladie mortelle et d'autre part aux soins. La machine ainsi que les soignants deviennent au niveau fantasmatique une sorte de mère toute-puissante, un vampire dangereux ou une autre figure de notre univers psychique

archaïque. Cette souffrance peut devenir insupportable quand la peur de mourir devient quotidienne et venir malmener, attaquer le sentiment continu d'exister. L'état de passivité, voire de passivation, auquel est contraint le dialysé peut conduire à des formes de régression dangereuses et à des deuils pathologiques «Cupa, p. 193 ».

2. Le Problème du temps chez la personne dialysée :

La certitude des séances de dialyse, trois fois par semaine, est vécue comme une emprise insupportable, 9 à 12h par semaine est consacrée aux séances d'hémodialyse. Ce temps est suspendu, il permet le maintenir en vie mais en lui-même est un temps perdu.

Tous ses facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique entre le sujet et le temps, faisant que sa vie se transforme parfois en une course contre la montre « Lefebvre, 2005 ».

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, de 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. Le temps est le premier critère cité par les dialysés : "c'est long", répètent-ils souvent ou " de dire que je vais finir ma vie avec ça ».

3. Le régime et les contraintes alimentaires

Les contraintes alimentaires sont tout aussi importantes que les contraintes en termes de temps que nous venons d'évoquer. Les restrictions sur les prises de nourriture et d'eau sont difficiles, surtout chez les personnes âgées.

Car manger et boire représentent des sources de plaisir immédiats : c'est le principe de plaisir versus le principe de réalité. Les personnes dialysées ont peu

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

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

4. Anatomie fantasmatique

Dans la hiérarchie des organes telle qu'elle est admise dans nos cultures, les reins occupent d'une certaine façon une position tout en bas de l'échelle. Ils ont même le triste privilège d'être l'organe sur lequel le plus d'erreurs anatomiques et topographiques sont commises. Les reins désignent plus souvent la fonction et la région lombaire (on a mal au rein, on se fait un tour de rein, on donne un coup de rein), que l'appareil de filtration et d'excrétions urinaires. La connotation sexuelle, surtout masculine, est aussi très présente et se rattache aux pulsions archaïques profondément enfouies, l'expression sonder les reins et les cœurs en attestant (Rocham, 2012).

Si l'urine provient de la vessie et s'écoule par les voies excrétrices, les reins sont souvent exclus du processus de sa formation ; ignoré ou méconnu, le rein est donc un organe muet dont le signifiant désigne un autre signifié n'existant que grâce à une erreur anatomique et fonctionnelle ; il change de nom lorsqu'il se matérialise sous la forme d'objet consommable. En revanche, la fonction d'uriner est beaucoup mieux cernée, fonction sur laquelle s'exerce le contrôle volontaire du sujet, elle marque un stade du développement

psychomoteur par la maîtrise qu'il en a. Chez l'homme, cette fonction contribue à symboliser la permanence de la virilité. Si son contrôle est source de gratification, on conçoit que sa perte soit vécue comme une frustration. L'urine constitue un témoin de la qualité du bon fonctionnement du corps. Elle matérialise les échanges liquidiens entre le dedans et le dehors, elle objective l'équilibre entre les entrées et les sorties dans une économie simpliste et très opératoire. Il y a pour les patients équivalence entre les quantités liquidiennes à ingérer et à excréter. Ce qu'ils ont du mal à comprendre, c'est que l'ajustement n'est pas seulement quantitatif, mais également qualitatif (Rocham, 2012).

L'insuffisance rénale chronique pose en effet la problématique des échanges spécifiques entre intérieur et extérieur. Lorsque rien ne vient perturber l'homéostasie corporelle, l'intérieur du corps reste un espace clos où les fantasmes s'apaisent et où l'investissement s'équilibre. La maladie rénale libère les fantasmes et les affects qui demeuraient enfermés dans le corps et ce d'autant que le rein est un organe méconnu et mystérieux. La méconnaissance initiale favorise la reviviscence d'un intérieur mal limité, flou, bouleversant la fantasmagorie et les vécus corporels. L'insuffisance rénale chronique oblige ainsi le sujet à se rappeler que si l'intérieur du corps est un lieu de plaisir, il est aussi celui de la possession. Cette double polarité est redécouverte avec angoisse, le contrôle du dedans est-il encore possible ; n'est-il pas possédé, influencé par la machine ; mais qui contrôle la machine ; le patient lui-même qui scrute les appareils, le médecin qui contrôle tout ? En réalité si ces fantasmes apparaissent peu souvent, sauf dans les cas de décompensation psychiatrique survenant lors des premières dialyses surtout au début des dialyses, phénomène en réalité pour une bonne part révolue aujourd'hui, une rupture brutale du Moi peut toujours se produire constituant un danger latent contre lequel le sujet doit mobiliser des défenses psychologiques importantes, inconscientes pour la plupart, parfois extrêmement coûteuses pour son économie psychique.

L'identification au médecin par la connaissance précise des techniques de la machine constitue à la phase chronique, l'essentiel du mécanisme de lutte, le moyen le plus efficace de maîtriser les fantasmes dangereux et intrusifs (Haynal, Pasini, Archinard 1997)

5. L'adaptation psychologique à la dialyse

La dialyse signifie l'entrée d'un individu dans un mode de vie nouveau, durable, pénible, frustrant, mode de vie exigeant de lui une participation active, caractérisé par une succession de stress physiques et psychiques, ainsi que par une ambiance de menace permanente pour son existence. En outre, il s'agit d'une situation de dépendance absolue par rapport : à un lieu, à une machine et à une équipe soignante.

Cette dépendance est aussi inconditionnelle. La contester en ne se pliant pas à une discipline stricte suffit pour s'attirer des complications organiques plus ou moins sérieuses ; la refuser représente un arrêt de mort : cette situation de dépendance totale pendant la dialyse alterne périodiquement avec une indépendance que l'on souhaite aussi complète que possible pour le malade. Les aspects pénibles de ce traitement sont multiples : outre les ponctions de la fistule artérioveineuse confectionnée pour la dialyse, il faut relever que les malades souffrent souvent de crampes musculaires, de céphalées, de vomissements, d'hypotension, variable en intensité et en fréquence, et qu'il doivent absorber journalièrement des médicaments particulièrement désagréables destinés à corriger l'épuration insuffisante en potassium et en phosphore; un état d'asthénie fluctuant est de règle, le simple bien-être n'existe plus. A cela s'ajoutent d'importantes frustrations d'ordre orale (régime sans sel, restriction hydrique), sexuel (la sexualité des dialysés est très souvent atteinte, avec une baisse plus ou moins prononcée de la libido, une impuissance plus ou moins complète pour les hommes, une frigidité et une stérilité pour les femmes),

professionnel (mise en échec des ambitions personnelles, éventuellement relégation à un poste subalterne, etc.) et social. Une caractéristique importante de l'hémodialyse est ses aspects répétitifs et durables. Supporter une souffrance psychique, une épreuve morale, une séparation momentanée. Ne pose pas de problème insurmontable à la majeure partie des individus. Ici, la répétition et la durée ont une dimension inhabituelle, l'hémodialyse n'ayant que deux limites : la greffe et la mort (Haynal, Pasini, Archinard 1997).

On sait que les premières dialyses constituent le moment charnière où ce qui était inconnu, refoulé, repoussé devient réalité. C'est une phase d'inhibition du sujet et d'apparition d'une angoisse avec des manifestations dépressives qui en constituent les éléments dominants. Fréquemment, un premier signe annonce l'irrévocable proche, la décision médicale de mise en place de la fistule artérioveineuse, ce qui peut produire chez le patient des fantasmes d'effraction. Quand la fistule est fonctionnelle, son existence et ses manifestations sont vite oubliées ou refoulées. Quelques patients notent tout au plus l'existence la nuit du souffle, porte entrouverte sur l'intérieur du corps. Par son ronronnement, la fistule rassure sur son état de bon fonctionnement, mais fait aussi peur car le patient entend un bruit habituellement inaudible, celui de la circulation sanguine. En règle générale, ce n'est pas la première dialyse qui produit la rupture, au contraire, elle marque la fin d'une période d'attente vécue dans l'anxiété, elle apporte un soulagement. Elle permet une vérification du caractère supportable de l'épreuve. L'impossibilité d'admettre l'irréversibilité de la dialyse, l'interrogation maintes fois réitérée que lorsque ça ira mieux on pourra s'en passer constituent les éléments les plus minimes d'une attitude qui à l'extrême prend la forme d'un déni de la maladie. Cela se manifeste d'autant qu'il n'y a pas eu de troubles somatiques sérieux antérieurement et pas de symptomatologie douloureuse. Après une phase d'espoir et de satisfaction liée à l'amélioration procurée par les premières dialyses, l'anxiété va dans bien des cas s'accroître,

l'angoisse peut devenir très prégnante, angoisse de mort ou angoisse pour la vie, appréhension de l'avenir. Cette angoisse peut se manifester sous une forme plus ou moins revendicative dans certains cas et poser de difficiles problèmes aux équipes médicales. Des difficultés liées à des états pathologiques particuliers lors des premières dialyses confèrent à l'hémodialyse par l'inconfort, les malaises physiques, l'aspect d'une contrainte souvent insoutenable. C'est le cas notamment des diabétiques où l'hypotension, l'instabilité glycémique difficile à maîtriser, crée des situations d'intolérances aiguës avec risques d'acting suicidaires ou de fugues. Au cours de la phase chronique en principe va se produire l'adaptation à la dialyse ; le patient doit intégrer le caractère chronique définitif de la maladie, il a perdu la santé c'est-à-dire l'état habituel d'équilibre de l'organisme, il a perdu aussi son indépendance, sa capacité à s'assumer seul, à être intégralement responsable de ses succès et de ses échecs. Les symptômes tant physiques que psychiques à cette phase persistent, à côté d'une amélioration de l'état général souvent spectaculaire : insomnies sans beaucoup de rêves, anxiété latente évoluant par crises qui peut parfois aider à l'adaptation à la dialyse du fait d'un désir de maîtrise et d'un perfectionnisme dans le maniement des techniques. Elle va se traduire aussi dans la réalité par des réactions phobiques : agoraphobie, peur de voir du sang, phobie des piqûres, des examens biologiques dont on ne veut pas connaître les résultats et que parfois on ne fait plus sous prétexte que cela ne sert à rien (Haynal, Pasini, Archinard 1997).

L'agressivité est le plus souvent réprimée surtout vis-à-vis de l'équipe médicale. Si un médecin est mis en cause, il s'agit souvent d'un généraliste qui n'a pas vu ou su résoudre en phase initiale un problème simple. L'agressivité vis-à-vis de l'infirmière est encore moins apparente, elle se manifeste parfois dans des dessins humoristiques où les rôles sont inversés, et constitue une identification à l'agresseur. Parfois se produisent de véritables crises de colères clastiques libératrices des tensions dirigées contre la famille et les appareils,

manifestées de façon répétée en parole ou en acte, ces crises peuvent représenter une véritable urgence pour la greffe. La dépression chronique constante imprime au quotidien ces manifestations habituelles : pleurs, apathie, anorexie, parfois tentatives de suicides, la culpabilité est toujours présente d'autant que la sanction thérapeutique très contraignante peut prendre des allures de châtiment. Le sujet est amené à chercher la faute qu'il a pu commettre, il évoque souvent la négligence à se soigner, sa non-observance de certaines règles d'hygiène ou des fautes qu'il a pu commettre envers un autre et dont il serait puni (Rocham, 2012).

L'idée d'invalidité peut aussi se développer et est surtout grave chez les jeunes qui n'ont encore rien produit pour la société. Ils se sentent à la charge des autres sans avoir contribué à la solidarité familiale. La honte existe aussi du fait du remaniement du corps réel et par là de l'image corporelle du patient. Obésité, cicatrices, acné, vergetures peuvent entraîner l'apparition d'une véritable dépersonnalisation, d'autant que la vue de son propre sang à l'extérieur de soi lors de la dialyse n'est pas faite pour faciliter le sentiment de son intégrité corporelle. Pourtant les mécanismes défensifs s'organisent durant cette phase, le déni est moindre qu'au départ. Il existe encore cependant des périodes de doutes explicables par le fait que le malade souffre peu (Rocham, 2012).

D'autres mécanismes vont se mettre en place plus lentement, tantôt de type passif, tantôt de type actif. La passivité, le repli sur soi, la régression vers des positions infantiles entre les mains de l'équipe médicale, voire de la famille peuvent dominer. Cela se traduit par une absence d'initiative, un découragement, une obéissance sans dynamisme. Les seuls plaisirs peuvent se situer au niveau d'une sublimation intellectuelle avec un désintéret des besognes journalières, une passion pour la philosophie, la métaphysique, voire des phénomènes parapsychologiques. La preuve d'un fonctionnement en système clos est apportée par la fréquence accrue d'une activité auto-érotique assez

fréquemment décrite au cours des dialyses. À l'inverse, l'activisme peut primer, véritable fuite en avant comme pour ne plus avoir le temps de penser à ce qui se prépare (Rocham, 2012).

6. La vie familiale des hémodialysés

Les transformations de la vie familiale, pour insister plus sur le risque de mort, soit au cours de la vie de tous les jours, soit en cours de dialyse, risque qui infiltre la vie des dialysés, maintient une angoisse latente, aggravée par toute maladie somatique, obligeant à peser le bénéfice d'une fatigue supplémentaire, d'un déplacement, d'un effort physique. Certains mythes circulent parmi les malades comme celui de la mort lors d'un rapport sexuel, exprimant l'impression que tout plaisir est sinon interdit, du moins extrêmement dangereux. Très souvent revient la notion de malédiction, de fatalité, de punition inhérente à une faute inconnue ; ce prix chèrement payé peut d'ailleurs soulager la culpabilité de certains patients. En somme la vie quotidienne de ces malades est faite de privation, de frustration occasionnant une pathologie dépressive qu'on qualifiait de réactionnelle, d'autant plus aiguë que les mécanismes de décharge habituelle sont impossibles dans des activités, dans le sport, dans la fuite. Le caractère indéfini de la maladie, l'obligation d'abandonner les investissements antérieurs et l'absence d'avenir modifient nécessairement l'équilibre fondamental de l'individu. La mobilisation émotionnelle de la famille surtout dans les premiers temps de la maladie va apporter des remaniements considérables sous la forme de soins, d'attention et de gratification. Il peut dans certains cas en résulter une régression plus ou moins importante surtout chez les jeunes, mais de plus en plus on insiste dans les travaux sur l'importance de ce support apporté par l'entourage dans la qualité de l'observance et de la compliance du sujet à toutes les contraintes liées à la dialyse « Les aspects psychologiques de la dialyse et de la transplantation rénale « François 2002) ».

Le vécu psychologique des IRC dialysés est très difficile et se caractérise par de nombreux bouleversement radicaux dans leurs vie. Aux premier moments de la découverte de sa maladie le patient est sous le choc, il est confronté directement a sa propre mort, cela le met dans un état dépressif. La dialyse est nécessaire pour la survie, mais considérée comme lui appropriant tout son temps. Il en est de même pour le régime et les contraintes alimentaires. Ajouter à cela le dysfonctionnement sexuels et les influences de et / sur son entourage. Tous ces éléments exigent une qualité de soins et de prise en charge très particulière de la part de l'équipe soignante et un soutien indéfectible des proches « François 2002) ».

Conclusion du chapitre

Les patients insuffisants rénaux terminaux avec lesquels nous avons travaillé souffrent d'une maladie chronique et mortelle que révèle la perte de la fonction vitale assurée par le rein. Ces patients n'ont pas d'autres choix que la dialyse, la greffe ou la mort. Ils se trouvent alors dans la situation de survivants, voire de morts vivants, et certains parmi eux présentent des états traumatiques extrêmes soit épisodiquement, soit chroniquement. La perte étant incontournable (perte réelle d'un organe vital), le patient entre dans une nouvelle temporalité : celle de la dialyse ou de la greffe. Face à la dialyse, certaine, trois fois par semaine qui rappelle sa nécessité, le terme d'« insuffisance » résonne plus particulièrement et celui de « chronique » prend tout son sens.

Mieux comprendre, dans l'espace thérapeutique-espace transitionnel, son fonctionnement psychique propre et l'investir en tant que tel notamment dans la relation aux soins, à l'équipe médicale et soignante, mieux comprendre ce qui est sollicité au fil de la maladie chronique est une façon possible de sortir de cette situation de dépendance. Une façon de ne plus laisser son corps malade à soigner aux mains des autres car il s'agit bien d'un manque de relation (voire d'une rupture), de liaison entre la psyché et le soma, d'un corps « délaissé »

clivé de la psyché que l'on entend d'emblée en écoutant un patient dialysé. La liaison pulsionnelle peut alors aider à intriquer et réanimer la psyché. Dans ce qui va suivre on va s'intéresser à l'image du corps.

Chapitre II

L'image du corps

Préambule

L'image du corps est considéré comme une construction psychique de la représentation du corps, elle s'appuie à la fois sur des facteurs sociaux et psychologiques.

Dans ce chapitre on va aborder les définitions de l'image du corps et les concepts liées, la différence entre l'image du corps et le schéma corporel, la théorie psychanalytique. Ensuite on a entamé l'élaboration, l'évolution de l'image du corps et son lien avec la maladie chronique pour terminer avec une conclusion du chapitre.

1. L'image et la représentation en psychanalyse

Selon le dictionnaire psychanalyse la rousse :

Image n. f. Imago terme introduit par G. Jung (1911) pour désigner une représentation telle que le père (imago paternelle) ou ma mère (imago maternelle), qui se fixe dans l'inconscient du sujet et oriente ultérieurement sa conduite et son mode d'appréhension d'autrui. L'imago est élaborée dans une relation intersubjective peut être déformée par rapport à la réalité. Ainsi, l'imago d'un père fort peut être substitué à un père inconsistant dans la réalité (Hemama et Van Dermersch, 2009).

Image de soi : prise dans le sens subjectif et non pas physique (l'image dans le miroir), l'image de soi est la représentation et l'évaluation que l'individu se fait de lui-même aux différentes étapes de son développement et dans les différentes situations dans lesquelles il se trouve. Il n'y a ainsi pas une, mais de multiples images de soi. Les psychologues de l'enfant et les psychanalystes ont montré comment ces représentations se construisent à travers un jeu d'identification aux personnes de l'entourage ou à des figures héroïques réelles ou imaginaires. Les images de soi dépendent aussi du regard et de l'évaluation que les autres portent sur l'individu. Enfin l'image de soi se rattache à la genèse de la conscience de soi.

Image du corps

Représentation imaginaire que chaque sujet a de son propre corps et qui est à distinguer de schéma corporel dont la base est neurologique. Elle comporte des aspects conscients, préconscients et inconscients ; elle n'est pas donnée d'emblée, mais se constitue au cours de la première enfance. S. Ferenczi, en 1913, s'est le premier interrogé sur la genèse de l'image de corps et sur ses fondements libidinaux ; il supposait que l'investissement libidinal des zones érogènes était étendu à d'autres parties primitivement non érogènes du corps en fonction de leur ressemblance et de leur assimilation aux zones érogènes. M. Klein a décrit le rôle prévalent de l'investissement pulsionnel par l'enfant de l'intérieur du corps de sa mère, qui conditionne, dans le mouvement permanent de l'introjection et de la projection, l'investissement pulsionnelle et la représentation du corps propre. Jacques Lacan, en 1994, a souligné, à la suite d'Henri Wallon, le fait que l'image de notre corps ressemble à l'image que nous en avons dans le miroir : elle nous représente comme si nous le voyions de l'extérieur, elle est donc aliénante en ce sens qu'elle nous le représente du point de vue d'autrui.

La notion d'image du corps a été popularisée par P. Schilder dans un ouvrage paru aux Etats-Unis en 1950 : il montre combien la formation de l'image du corps joue un rôle déterminant dans la genèse de la représentation de soi. Cela est confirmé par le fait que les altérations graves du moi dans les psychoses s'accompagnent généralement de distorsions importantes de l'image du corps. Les tests projectifs structuraux (test de Rorschach, test du village) et les épreuves de dessin (tests de l'arbre, du bonhomme) sont parmi les meilleurs instruments de connaissance de l'image du corps.

2. Le corps en psychanalyse (réel et fantasmatique)

Corps n.m. (angl. Body allem. Körper). Concept traditionnellement opposé à celui de psychisme. Ce concept est ce dualisme se sont trouvés complètement

bouleversés, dans un premier temps, suite à l'introduction par Freud des concepts de conversion hystérique et de pulsion, et, dans un second temps, suite à l'élaboration par Lacan des concepts de corps propre, d'image spéculaire, de corps réel, de corps symbolique, de corps des signifiants et d'objet a.

Réel : Le concept de réel chez Lacan est susceptible d'au moins trois significations spécifiques. Il connote l'impossible, le résistant et l'objet de rejet. En tant que le concept de réel connote l'impossible, le réel du corps est constitué par tout ce qui du corps échappe aux tentatives d'imaginarisation et de symbolisation. Bien qu'il soit absurde de cerner avec des mots ce qui constitue l'impossible à dire, on peut néanmoins l'approcher en pensant aux diverses théories du corps qui ont vu le jour et qui verront encore le jour au cours des siècles sur les différents continents. Bien qu'un certain nombre de ces théories ne soient pas dénuées d'intérêt pratique notamment-, toutes sont incomplètes et aucune ne dit le tout du corps : le réel du corps leur échappe, non par inachèvement de la science mais par la structure même du monde et des sciences. Un autre réel trouve une place importante dans l'enseignement de Lacan. Il est ce à quoi l'on se heurte, ce qui revient toujours à la même place, ce qui vient faire obstacle à nos vœux et à nos désirs, notamment aux vœux infantiles de toute puissance de la pensée. On appelle souvent ce corps, et l'on rassemble sous cette appellation la différence anatomique des sexes et à la mort en tant qu'inévitable destruction du soma. Chez Lacan, on retrouve aussi sous cette appellation la prématuration organique du nouveau-né, son patrimoine génétique (dont on peut souligner au passage qu'il est une sorte d'écriture) et le morcellement corporel originaire, oblitéré par l'image unifiant du corps. Cela concerne l'être désirant en général. Pour tel sujet particulier, le corps réel est doté de caractéristiques spécifiques plus ou moins inchangeables.

Fantasmatique : Dans sa communication de 1936 sur le stade du miroir, Lacan traite de la constitution de l'image du corps en tant que totalité et de la naissance corrélatrice du moi. L'image-unifiant-du corps s'édifie à partir de l'image que lui

renvoie «le miroir » de l'autre : image de l'autre et image de soi dans « le regard » de l'autre, la mère principalement. On comprend que Lacan désigne souvent cette image du corps par l'expression image spéculaire. Bien que ce texte soit centré sur l'imaginaire du corps, on remarquera que l'intrication des trois registres est très présente. L'image spéculaire résulte en effet de la conjonction du corps réel en tant qu'organique, de l'image de l'autre et de l'image qu'en propose l'autre ainsi que des paroles de reconnaissance de ce même autre. Le corps imaginaire, c'est aussi, pour Lacan, le sac troué des objets a bouts de corps imaginaires dont les plus typiques sont le sein, les excréments, la voix et le regard (objet a ; fantasme). A cette liste s'ajoute un bout de corps très particulier, le phallus en tant que manquant. Ce manque constitué par l'objet à cause le désir, c'est-à-dire la quête dans le corps de l'autre d'un objet a imaginaire, ou du phallus imaginaire censé venir faire bouchon à ce manque fondamental. Cette quête implique l'éroginisation des zones orificielles pulsionnelles du « sac » corporel : la bouche, l'anus, l'œil et l'oreille, mais aussi de certains de ces appendices comme le mamelon et le pénis. En tant que bout de corps pour le désir de l'autre, le corps est aussi le lieu de la jouissance et donc de l'envie et de la jalousie : celle qui vise l'objet procédée par l'autre « Chemamaet Vandermersch, 2009».

3. Définitions de l'image du corps

L'image du corps est définie en médecine comme « l'image de notre propre corps qui nous formons en même temps, que se développe notre personnalité, est la façon dont notre corps apparaît à nous même, cette image est construite avec des sensations 26 partie de la surface du corps (tactile, thermique, douloureuse), Des muscles et des tendons (kinesthésique). Par cette multitude de sensations, le sujet éprouve directement une unité du corps ». (Bernard, 1977, p155).

L'image selon le dictionnaire de psychologie : « Est une représentation mentale d'un objet absent. À la différence de l'idée, plus abstraite, l'image garde

quelque chose de concret. Née de l'activité spontanée de l'esprit et d'une analyse artificielle antérieurs, aussi l'image est une création originale, élaborée à partir de souvenirs divers. Sous cette forme, elle apparaît fréquemment dans les rêves ». (Sillamy, 2003. P.36)

C'est en 1935, aux États-Unis, que le psychiatre et psychanalyste viennois P. Schilder expose pour la première fois une théorie de l'image du corps : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-même »(Morin, 2013. P.42).

3.1 Les concepts liés à l'image du corps

3.1.1 L'image du corps et le schéma corporel

Schilder reste vague sur la nuance entre image du corps et schéma corporel. Mais F. Dolto détaille que le schéma corporel est « le même pour tous les individus de l'espèce humaine », tandis que l'image du corps est « liée au sujet et à son histoire ». Elle est « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques et actuelles ». Ainsi, si le schéma corporel est uniquement lié à l'anatomie, l'image du corps est « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant ».

L'image du corps est liée au sujet et à son histoire. S'élaborant dès les temps premiers de l'existence, elle est la synthèse vivante de ses expériences émotionnelles. Elle se structure par la communication entre les sujets et se réfère donc à un imaginaire intersubjectif marqué d'emblée chez l'humain par la dimension symbolique. Elle est vivante, camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant par toute expression langagière, dessin, modelage etc. « L'image du corps est l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. »

Julian de Ajuriaguerra définit ainsi le schéma corporel comme une connaissance implicite à savoir une prise de conscience du corps en tant que réalité vécue. En 1970, il en donne la définition suivante : «édifier sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification» (Ajuriaguerra, 1970).

4. L'approche psychanalytique de l'image du corps

On assiste depuis quelques années à un courant dit de retour au corps, qui fait qu'un intérêt très vif pour le corps, qui fait qu'un intérêt très vif pour le corps se rencontre chez le psychiatre, les psychanalystes.

Rosalto parle de recension du corps, Fétida de retour au corps, en soulignant qu'il y a là une espèce de fétichisme destiné en quelque sorte en privilégiant l'approche corporelle, à faire l'économie, l'occultation, de l'inconscient, de la castration et de la mort.

Cette difficulté à parler du corps se trouve du reste historiquement et le XIXe siècle a tenté de définir les notions de cénesthésie, de conscience du corps. C'est à la même époque que Janet, à propos de la dépersonnalisation, évoquait la notion d'incomplétude, qui fit ensuite partie intégrante de la célèbre psychasthénie.

Au XIXe siècle, la notion de conscience du corps était essentiellement psychologique, ou tout au moins utilisée préférentiellement dans le langage de cette discipline. Elle a été peu à peu mise en parallèle avec la notion de représentation du corps, puis remplacée par celle-ci.

4.1. La notion de représentation du corps

Elle a un indiscutable soubassement neurologique. C'est la somatognosie, qui fait que le sujet a une représentation globale de son corps. Synthétique et au-delà de la perception élémentaire.

Ces deux courants, psychologiques et neurologiques, pour parler des images du corps se retrouvent constamment, interférents, une complexité supplémentaire étant de tenir compte dans sa synthèse sur le schéma corporel.

4.1.1 Le point de vue neurologique

Il est connu depuis la fin du XIXe siècle, et les travaux cliniques se sont multipliés à ce sujet. Nous rappellerons les faits cliniques essentiels.

Les déstructurations de l'image du corps sont différentes selon que les lésions intéressant l'un ou l'autre hémisphère cérébral. Les lésions de l'hémisphère mineur, dans sa partie postérieure, entraînent sur le plan clinique :

_une héli asomatognosie, c'est-à-dire une perte de conscience de l'existence de l'hémicorps gauche ; anxiété, dépression et psychopathologie du corps

*une anosognosie, c'est-à-dire la méconnaissance de cette perte de connaissance ;

_une hémianopsie douloureuse, c'est-à-dire la négation de la douleur dans ce hémicorps, ses éléments rentrent dans le cadre du syndrome d'Anton Babinski.

_Les lésions de l'hémisphère majeur entraînent :

_le syndrome de Gerstman (agnosie digital, indistinction droite gauche, acalculie, agraphie, apraxie constructive) ;

_l'autopoagnosie (impossibilité pour le malade de désigner les différentes parties de son corps sur lui-même et sur autrui) ;

_l'asymbolie à la douleur.

Ces troubles sont presque toujours accompagnés de troubles de troubles du langage entrant dans le cadre de l'aphasie. On le voit, les hémisphères cérébraux ont des rôles différents et on doit relever l'importance du langage dans les troubles de l'hémisphère majeur.

Angelergues avait noté justement que, s'il n'était pas possible de s'abstraire du schéma corporel défini par les neurologues, il n'était dépassé largement le schéma corporel et ne peut être comprise que dans la perspective analytique.

4.1.2 Le point de vue psychologique

C'est l'apport avant tout des analyses, mais il ne faut pas méconnaître l'importance des démarches de Piaget et de Wallon.

Tous les auteurs ont souligné que la connaissance du corps et la représentation de l'espace en trois dimensions sont étroitement liées. La conscience de son corps fait partie intégrante et constitutive du développement psychomoteur de l'individu, constituant ce que Winnicott, appelle, en l'opposant de la dépersonnalisation, le processus de personnalisation. Il souligne bien sur le rôle privilégié de la relation mère-enfant dans ce processus.

On peut noter avec Rosolato que les images du corps sont différentes aux divers étapes du développement affectif et qu'on peut successivement rencontrer un corps l'oralité, dominé par la relation au sein, un corps de l'analité ou de l'échange, un corps de la période phallique, dominé par la problématique de la castration, et enfin un corps de la période œdipienne, dominé par la problématique de l'identification corporelle à chacun des deux parents.

Winnicott note encore que la personnalisation, que l'on peut décrire comme une habitation de la psyché à l'intérieure du corps et une acceptation harmonieuse de celui-ci, dépend de l'aptitude de la mère à adjoindre son

engagement affectif à l'engagement qui ; à l'origine, est physique et physiologique.

On peut donc constater, à l'issue de ces remarques préliminaires que l'image du corps que l'on pourrait prendre naïvement pour une donnée immédiate de la conscience, est en effet une notion complexe, résultant à la fois d'une intégration centrale dans la partie postérieure des hémisphères, d'information sensibles et sensorielles et d'une longue période d'échanges affectifs. Il convient d'insister sur la place génétique de l'image du corps, sur la coïncidence avec la position dépressive et la relation d'objet total de Mélanie Klein, sur le stade du miroir de Jacques Lacan.

4.1.3 Répertoire sémantique des images du corps

La notion de schéma corporel est une notion essentiellement utilisée dans le vocabulaire des neurologues.

La notion de l'image de soi est une notion plus complexe. C'est l'aboutissement du processus de personnalisation. C'est également pour Winnicott la notion de Self.

4.1.4 L'œuvre de Schilder

Schilder a apporté sur ces notions un éclairage complémentaire important. Il oppose le schéma corporel, qui relève quant à elle d'une préoccupation psychologique.

Schilder expose sa théorie en trois parties et indique que l'image du corps repose sur un fondement physiologique. Il évoque ensuite la structure libidinale de l'image du corps qui ne peut se constituer que dans la relation. Il évoque enfin, et c'est une notion originale, la sociologie de l'image du corps ; existe dans et à travers le groupe social.

4.1.5 La notion de corps fantasmatique

Elle est utilisée avant tout dans le langage psychopathologique et a fait fortune, au point parfois d'aboutir à une élimination de la réalité corporelle. Utilisée initialement à propos de l'hystérie, il y est fait référence dans de très nombreux processus : dépersonnalisation, hypocondrie, dysmorphobies, psychoses, anorexie mentale, etc. Cette notion recouvre la représentation que le sujet a de son propre corps, de son fonctionnement interne, de ses altérations, et cette représentation n'a rien à voir avec les définitions précédentes ni non plus avec la sémiologie médicale classique.

Dans l'hystérie par exemple, on sait depuis Charcot et Freud que les accidents de conversion observés correspondent, non pas au schéma corporel des neurologues, mais à la représentation imaginaire que le sujet a de son fonctionnement corporel. Dans l'anorexie mentale, les éléments dysmorphobiques sont fondamentaux sur le plan tant clinique que pronostic. Cette vision de l'image de son corps est d'ailleurs retenue comme élément diagnostique de base par le DSM III.

5. L'élaboration de l'image du corps

J. Ajuriaguerra a théorisé et synthétisé différents travaux effectués autour du développement de l'enfant. Il distingue alors quatre étapes dans l'évolution de la perception et de la connaissance du corps :

- Le corps vécu (3 mois -3 ans) : la différenciation et l'intégration des différentes sensorialités permettent à l'enfant d'acquérir une conscience corporelle. L'enfant a une conception globale de son corps bien que toutes les parties du corps ne soient pas encore intégrées.

1 La maturation neurologique du tonus s'observe lors du passage d'une hypotonie axiale et d'une hypertonie distale à une hypertonie axiale et une hypotonie distale.

- Le corps perçu (3 -7 ans) : grâce à un développement moteur spectaculaire l'enfant perçoit la distribution spatiale des différents segments de son corps et ce par le biais des sensations proprioceptives 2. Tout ceci lui permet l'accès à de nombreux ajustements corporels (coordination) et l'acquisition des repères spatiaux en prenant le corps comme référence (devant, derrière, à côté).
- Le corps connu (à partir de 3 ans) : la perception du corps évolue en rapport avec la verbalisation et donc l'évolution du langage. En effet, il devient peu à peu capable de nommer les différentes parties de son corps ce qui favorise la prise de conscience de ce corps.
- Le corps représenté (à partir de 7 ou 8 ans) : à ce moment-là, l'enfant accède à une représentation mentale de son propre corps.

Harrow ajoute à cette ontogenèse du schéma corporel la notion de corps subi (0 - 3 mois). Il fait correspondre cette période au moment où le nouveau-né ne possède que des réactions toniques (réflexes archaïques et vie végétative) et n'a pas encore la possibilité de maîtriser son corps. L'enfant subit alors son corps et sa vie dans le sens où il ne choisit ni ses actes ni les réponses à ses besoins. A travers l'évolution des sensations et perceptions que l'enfant a de son corps, il va peu à peu se construire une représentation intériorisée de ce dernier. En psychomotricité, l'utilisation du dessin du bonhomme est un test couramment utilisé afin d'évaluer l'intégration du schéma corporel de l'enfant en fonction de son âge développementale.

5.1 L'image du corps et le stade du miroir chez l'enfant

C'est entre six et dix-huit mois que le stade du miroir se met en place chez l'enfant. Longuement théorisé par le psychanalyste Jacques Lacan et les psychanalystes pour enfants Françoise Dolto et Mélanie Klein, ce moment constitutif de l'individu a été repéré pour la première fois par Darwin au XIX^e siècle. C'est le médecin et psychologue Henri Wallon qui le nommera ainsi au XX^e siècle. Focus sur cette étape importante de son développement «Le miroir

et la découverte de son image » « Le contraste entre son corps réel et son reflet ».

À sa naissance, le bébé n'a pas conscience de l'entité de son corps. Il joue avec ses mains ou ses pieds sans savoir qu'ils font partie de lui.

- À partir trois mois, si vous le placez devant un miroir, il le regardera comme n'importe quel objet.
- À partir de six mois et jusqu'à environ 18 mois, la découverte de son image dans la glace provoque chez lui une réaction de joie, une véritable jubilation, ou même parfois de gêne ou d'interrogation (qui est cet être qui bouge en face de moi ?). Lors de ses premières expériences, il jouera devant le miroir avec ce qu'il croit être un autre enfant, sans comprendre qu'il s'agit de son reflet.

"L'harmonie de l'image dans le miroir s'oppose à la fureur de ses pulsions", écrit J.-D. Nasio dans *Mon corps et ses images*. En fait, ajoute le docteur Nasio, "la jubilation vient du plaisir à la fois de se reconnaître sous une forme humaine et de pouvoir jouer avec une image qui obéit docilement au moindre de ses gestes".

5.2 Le contraste entre le corps réel et son reflet

Selon Henri Wallon, psychologue français, après la période où l'enfant joue avec son reflet comme avec un "comparse", il s'en détourne. Ce n'est que dans un second temps qu'il se reconnaîtra dans le miroir.

Le bébé veut d'abord toucher cet autre bébé qui lui apparaît dans le miroir, se cognant alors contre une surface lisse et froide. En découvrant son reflet en même temps que le reflet de ses parents, il prend conscience de l'entité de son corps, ce que Lacan, célèbre psychiatre et psychanalyste français, appelle la Gestalt (qui signifie "silhouette", "forme", en allemand).

J.-D. Nasio a longuement travaillé sur le concept défini par Jacques Lacan. Il l'explique ainsi : "Si le bébé exprime sa joie devant le miroir, c'est qu'il découvre une entité globale et non des détails ou des parties de lui". Mais cette découverte contraste avec ce qu'il sent de son corps : "Il y a discordance entre ses sensations physiques – les sensations digestives (tiraillements de la faim, besoin de déféquer) ou les sensations de contact avec le sol, à quatre pattes ou debout – et ce qu'il voit, dans le miroir", en dehors de son corps, donc.

À partir de 18 mois, bébé se reconnaît enfin dans le miroir : il comprend que l'image qu'il voit et lui-même ne font qu'une personne. C'est à cette période qu'apparaissent les grimaces, les bisous, les mimiques devant le miroir. C'est aussi autour de cette période que l'enfant entrera dans la phase du "non" : je suis une personne à part entière, j'existe, donc je dis "non".

6. L'évolution de l'image du corps

La constitution et l'évolution de l'image du corps sont étroitement liées à la Libido.

La « phase orale »

Ce premier stade est qualifiée par S, Freud comme une phase de « cannibalisme », de part un caractère sexuel, qui en réside dans l'incorporation d'un certain objet qui jouera, tardivement, un rôle important dans l'identification, par le moyen de suçotement sera la référence de cette phase (Vanier, 2005.P. 82).

La « phase sadique-anale »

C'est avec le début du contrôle sphinctérien que commence ce stade. La zone érogène devient la région anale, avec le plaisir de la défécation et de la rétention volontaire. L'enfant considère le contenu de ses intestins communs partie de lui-même, qu'il peut ou non, selon son bon vouloir, offrir en cadeau à

sa mère dans le pot. Son autonomie croissant déclenche des interdits parentaux, qui suscitent chez lui des sentiments d'agressivité qu'il décharge sur des objets (aspect sadique). la relation de l'enfant à l'objet libidinale s'exprime en termes de possession/expulsion. Le moi se renforce et les interdits parentaux sont à l'origine du surmoi (Romano, 2011.P.57).

La « phase phallique »

Il sépare ainsi la "première passée", qui commence entre deux et cinq ans, "caractérisé par la nature infantile des buts sexuels", et la "deuxième poussée", qui "commence à la puberté et détermine la forme définitive que prendra la vue sexuelle". Cette poussée en deux temps est d'une importance décisive pour les troubles chez l'adulte. " Le choix de l'enfant survit dans ses effets, soit qu'ils demeurent dans leur intensité première, soit que, pendant la puberté, ils connaissent un renouveau : c'est en effet à cette période que se place le refoulement secondaire. La pulsion sexuelle autoérotique caractérisant les stades provient de diverses pulsions partielles et diverses zones érogènes rendant chacune à la satisfaction. À la puberté, ces pulsions coopèrent et un but sexuel nouveau apparaît, les zones érogènes se subordonnent au "primat de la zone génitale". Dès lors, il semblerait que puissent se conjoindre dans la vie sexuelle le courant de la tendresse et celui de la sensualité. Notons cependant que cette description de l'"amour génital " pose elle-même des problèmes non négociables.

L'image du corps sera un résultat de développement et de construction, qui s'accroît avec les différents stades du développement, elle se succède avec les dimensions relationnelles. En revanche, la maturation de l'image du corps se fait grâce aux castrations successives :

-la castration ombilicale

Fin de la vie fœtale et naissance qui permet le fondement du narcissisme primordial,

-la castration orale

(Sevrage ou interdit de téter) est la possibilité d'accéder au langage, le fruit de la castration anale (fin de l'assistance maternelle) qui permet l'accès aux interdits de nuire à soi et aux autres, à la l'autonomie et la socialisation.

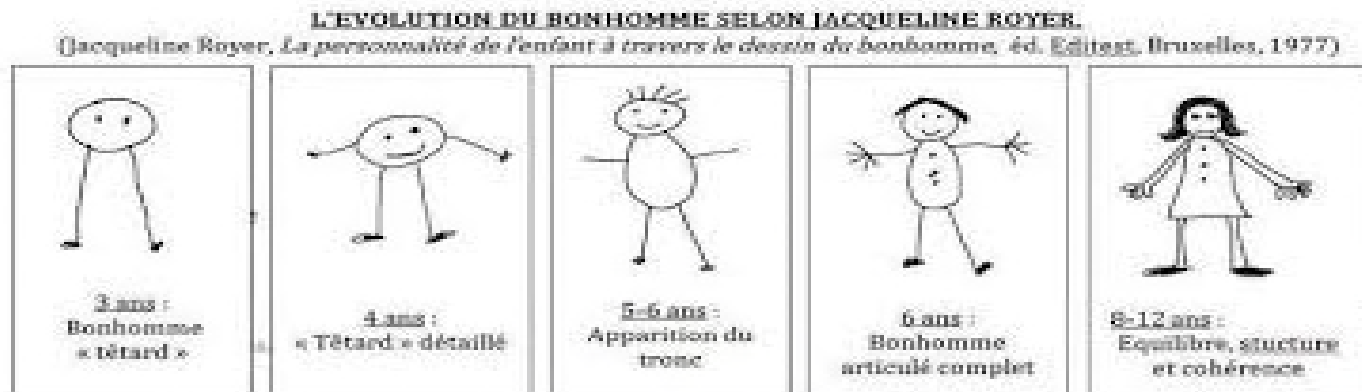
-la castration génitale œdipienne

Ici l'image du corps du sujet change, elle est consciemment celle qui doit s'accorder dans la réalité à un corps qui sera celui d'un homme ou d'une femme et on parle d'entrée dans le narcissisme secondaire (Paquis, 2008.P.07).

6.1 L'évolution de l'image du corps à travers le dessin du bonhomme

Dans l'étude du dessin de l'enfant, si les psychomotriciens ont depuis longtemps maîtrisé le dessin du bonhomme comme un indice de la construction du schéma corporel, F. Dolto rappelle que le psychologue ne devrait jamais interpréter un dessin d'enfant sans les commentaires qui l'accompagnent. Ces commentaires, justement, permettent au clinicien de décaler son observation du schéma corporel vers l'image du corps. Lorsque l'enfant, par exemple, dessine un bonhomme qui boîte, qui a mal à la jambe, il s'exprime et se projette dans ce dessin et son commentaire par l'intermédiaire de son image du corps. C'est en cela que F. Dolto soutenait qu'un dessin d'enfant, en soi, c'est plus que l'équivalent d'un rêve (1987).

**L'évolution de l'image du corps à travers le dessin du bonhomme selon
«Jacqueline Royer »**



Sensations propres aux organes profonds (os, articulations, muscles, ligaments).

Il est intéressant de soulever le parallèle entre cette notion de schéma corporel et l'une des définitions de l'image à savoir une «représentation (ou réplique) perceptible d'un être ou d'une chose». Partant de cette analogie, il paraît pertinent d'utiliser l'image (reflet, dessin, photographie...) dans une pratique psychomotrice centrée sur le développement du schéma corporel de l'enfant, ce que de nombreux professionnels s'emploient déjà à faire en séance avec de jeunes patients. Le dessin permet notamment de mettre en évidence un problème quelconque dans la perception que l'enfant a de son corps en fonction de son âge développemental. L'image, comme élément matériel fixe, constitue ainsi un moyen simple et symbolique de mettre l'accent sur un trouble éventuel chez celui qui la crée ou la commente.

Il existe de nombreux troubles du schéma corporel. Ils peuvent être développementaux, associés à un trouble du tonus (comme dans le polyhandicap) ou bien à un trouble psychique (comme dans la dépression et la schizophrénie).

Les premiers contenants psychiques. Bien qu'ayant de nombreuses capacités, le nouveau-né reste un être dépendant de son entourage et principalement de ses parents. Le bébé communique avec ces derniers par le biais de réactions toniques. Il incombe alors aux parents de répondre aux

demandes et réactions par un processus d'identification à l'enfant. Winnicott parle de préoccupation maternelle primaire qu'il définit comme la capacité à mobiliser ses ressources psychiques afin de s'identifier au bébé, et ce dans le but de s'ajuster à ses besoins et à ses états internes. Cet auteur enrichit ce concept en y ajoutant trois fonctions maternelles nécessaires au développement de l'enfant :

- l'objectpresenting permet à l'enfant d'entrer dans la toute-puissance en pensant qu'il crée les objets qui lui sont présentés.
- Le holding permet à l'enfant de moduler ses tensions internes grâce au soutien physique (portage) du parent prenant dès lors un rôle de pare-excitation. Cette fonction a une part importante dans le processus d'intégration du moi qui permet, en association avec le développement sensorimoteur, de faire émerger le sentiment d'être.
- Le handling favorise le développement des limites corporelles, et donc une première différence entre le dedans et le dehors, à travers les soins procurés à l'enfant.

C'est grâce à ces trois fonctions que la psyché du nourrisson peut s'installer et se développer dans le soma. Toutes ces étapes permettent ainsi à l'enfant d'accéder au sentiment d'habiter son corps. A ce moment-là du développement, Winnicott ne fait pas de séparation entre le corps et l'esprit, il parle du bébé comme d'une unité psyché-soma.

Premières images mentales / pré-représentations

Dans ses théories consacrées aux hallucinations, Freud évoque notamment l'hallucination primitive qu'il associe aux pré-représentations –et donc aux premières images mentales –pour pallier l'absence de l'objet. Winnicott illustre ensuite ces théories avec l'exemple du sein de la mère. Ainsi, lorsque le bébé

pleure, la mère l'interprétant comme de la faim lui donne le sein. Voyant ses tensions corporelles atténuées, le nourrisson se retrouve alors en état de satisfaction jusqu'à ce que la faim refasse son apparition et que les pleurs reprennent. En l'absence de l'objet de satisfaction et dans l'attente de la trace laissée par l'expérience précédente, le bébé hallucine alors l'expérience de satisfaction passée et donc le sein de la mère. Contrairement à Freud qui qualifie ce phénomène d'hallucination primitive, Winnicott parle d'hallucination de la première fois.

C'est à travers de ce phénomène que l'enfant accède à une représentation mentale de ce qu'il a vécu. Si la psychanalyse définit entre autres l'image comme une "représentation mentale produite par l'imagination (image fantasmatique, nous pouvons dès lors qualifier ces hallucinations d'images et plus spécifiquement d'images mentales.

Ce processus de représentation et de construction d'image mentale marque un premier pas dans le monde des pensées « De l'image spéculaire au stade du miroir page 22 Du corps à l'image et de l'image au corps ».

7. Image du corps et la maladie chronique

L'insuffisance rénale se traduit dans l'imaginaire par des fantasmes d'impureté, l'organisme perd son autonomie, créer artificiellement l'ouverture devient vitale et la fistule artérioveineuse sur l'avant-bras est le témoin de cette faillite.

Cette orifice transforme l'image du corps, impose un nouvel échange avec l'extérieur et dicte d'autres formes de dépendance.

Avant chaque séance d'épuration, le malade se pèse pour calculer le surplus de poids à perdre. La dialyse intervient pour réajuster le corps pris dans le jeu instable du surpoids et de la perte. Cette dernière a aussi un autre visage,

elle suce le corps et l'expose à de multiples carences. Elle transforme le schéma corporel.

En dialyse péritonéale, la représentation du corps est profondément déformée. Porter des tuyaux en permanence transforme l'image du corps et ne laisse aucun répit de normalité au malade. L'ensemble du système de dialyse suspendu au péritoine est vécu comme une intrusion : il constitue le double ou l'étrange du corps, lui rappelant durablement sa vulnérabilité et lui renvoyant son infirmité.

La fistule, bien que vécue comme une déformation légère de l'enveloppe et procurant des sensations d'inquiétude étrangeté, est moins sentie comme une intruse par certains malade. Cote : 616.08/08

Le rein est l'organe sur lequel le plus d'erreurs anatomiques et topographiques sont commises. Il désigne le plus souvent la région lombaire. Les reins sont souvent exclus du processus de formation de l'urine. Il change de nom lorsqu'ils se matérialisent sous forme d'objets consommables : rognons.

Portant sa connotation dans le langage commun est forte et par extension puissance « rognons » désigne non seulement le rein mais aussi les testicules « rognons blancs de porc ». La perte de reins devient synonyme de manque de force physique. Rappelons les impressions comme « donner un coup de rein. « avoir les reins solides ».

Par contre, la fonction d'uriner est beaucoup mieux cernée. La maîtrise de la miction manque un stade du développement psychomoteur de l'enfant, chez l'homme, elle contribue à symboliser la permanence de la virilité. Dubernard et Quenard (1979), émettent l'hypothèse que si son contrôle est vécu comme source de gratification, sa perte ne sera que frustration. (Dubernard & al, 1979à).

Sichel et Roueff se demandant si les dialysés sont confrontés brutalement à une angoisse de castration, lorsqu'ils prennent connaissance de cette

amputation dans leurs corps que constitue la perte de la fonction rénale. La sentence du médecin « vos reins ne fonctionnent plus » vient « trouser » le corps en un lieu investi « le trou » dans son corps provoque chez le sujet une réaction clinique évoquant le deuil. Freud écrit dans « le deuil et mélancolie » « le deuil est une réaction à la perte d'un objet aimé » peut-on décrire ici une réaction à la mort des reins, ou de la fonction rénale ? Peut-on parler de deuil réactionnel à la perte d'une partie de son « moi corporel ». (Harouna, 2007) Cette perte de la fonction rénale, non celle de la miction retentit sur l'image du corps. Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espace. Il est le même pour tous les individus. L'image de corps est propre à chacun. Elle est liée au sujet et à son histoire. Elle est la synthèse vivante des expériences émotionnelles. Elle est le support de narcissisme. L'insuffisance rénale chronique prend conscience qu'il existe un danger mortel dont la source est en lui, dans son corps. Les reins sont « mauvais », ils ne font plus leur travail, ils ne filtrent plus.

L'urée « c'est du poison », elle reste dans le sang. Le branchement au rein artificiel coïncide avec la diminution ou l'arrêt complet de la diurèse et supprime la miction. D'après Becker et Delon (1972), la machine relais devient aussi doublement signifiante, à la fois comme témoin du corps « cassé », et comme lien de projection des fantasmes de régénération de vie, dans une puissance purificatrice. La machine est vécue, comme un objet qui symbolise le rein ou sa fonction manquante. Elle devient représentant concret et visible de la maladie. Elle semble prendre part dans l'imaginaire du sujet. À la reconstruction de la machine dans son corps mutilé. Permet-elle au dialysé, par la tentative d'inscription de la machine dans son corps, de refondre son image en un corps « machine » (Becker, 1973). Au cours de chaque séance, le dialysé, voit son sang extrait de son corps, couler depuis la fistule du bras. Jusqu'à la machine, elle-même extérieure au corps pour revenir enfin au malade. Ce phénomène que

l'on peut désigner comme une « introjection » à la fois du rein (la machine) et du sang du malade, est source pour le sujet.

Conclusion de chapitre l'image du corps

L'image du corps offre une véritable réflexion psychanalytique sur le corps psychique et sur la place qu'il occupe dans l'économie psychosomatique de l'individu.

Partie pratique

Chapitre III

La méthodologie de recherche

« La méthodologie porte sur des normes de recherche, qui prétendent à la fois à une validité logique pour les faits et à une validité factuelle pour les chercheurs, (...) Elle développe toujours un programme qui guide le progrès scientifique ».

« Habermas, 1967,62 ».

Préambule

Si la méthode est la manière de faire une chose suivant certains principes, certaines règles et selon un certain ordre pour parvenir à un but, la « méthode clinique » implique une démarche rigoureuse liée à l'expérience pratique, à la relation, à la demande (institutionnelle, individuelle, groupal), à l'implication, aux champs du social et aux valeurs culturelles et à la complexité du fonctionnement psychologique de l'être humain. Si la recherche est de définir des lois générales et d'édifier des modèles théoriques explicatifs des phénomènes rencontrés à partir d'une démarche empirique, en psychologie clinique elle débute avant toute procédure par un travail d'observation minutieux des situations cliniques sur le terrain.

Dans ce chapitre, nous allons présenter l'allure qu'a prise notre travail de recherche. En premier lieu nous définirons la méthode utilisée, puis nous évoquerons le déroulement de la pré-enquête, ensuite nous allons présenter le lieu et le groupe de notre recherche, par la suite nous mettrons en avant les outils de recherche qu'on a employés et leurs analyses, enfin nous allons montrer la démarche et les difficultés de la recherche

1. La méthode de recherche utilisée

Dans notre recherche nous avons fait appel à la méthode clinique qu'est la plus convenable pour étude de cas, une méthode qui va nous permettre de décrire, de comprendre, et d'observer la conduite nos sujets de recherche et surtout à les étudier d'une manière singulière. Cela nous permettra d'évaluer la nature de « l'image du corps chez les hémodialysés ».

La méthode clinique «est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés. Cela tend à répondre à la question, pourquoi

suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé. Et l'objectif de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet» (Fernandez & Pardinielli, *2006, p.43)

La méthode clinique envisage: «la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits» (Chahraoui & Bénony, 2003,p.11).

Les outils utilisés par cette méthode l'entretien, tests, échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. L'analyse des productions en provenance de ces outils est largement diversifiée puisqu'il peut s'agir d'analyse de contenu, d'analyse psychopathologique, d'analyse normative, d'analyse persipitivo-cognitive, etc. Cette étude de cas est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situations et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes » (Huber, 1993)

1.1 Etude de cas

Dans notre recherche nous avons donc choisi d'adopter l'approche descriptive qui fait recours à des techniques de recherche qualitatives pour étudier des faits particuliers, parmi ces techniques nous avons choisi l'étude de cas qui consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie

clinique et les cliniciennes y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Par cette étude le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passée (histoire de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défenses...)

L'étude de cas utilisée dans une visée scientifique peut toutefois présenter quelques inconvénients : le recueil des données peut être trop vaste et exhaustif et il est impossible de retenir l'ensemble des informations, le clinicien est alors amené à sélectionner des données ou déterminer d'autres plus pertinentes. L'étude de cas n'est pas généralisable, chaque cas est un cas. Enfin, en s'intéressant essentiellement à la dimension psychopathologique elle se centre uniquement sur des aspects négatifs. Malgré ces inconvénients, cette dernière présente des qualités remarquables surtout dans les études exploratoires, elle peut donc être utilisée de manière combinée avec d'autres méthodes, elle permet ainsi de rester au plus près de la réalité clinique et même élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension de troubles en dernier lieu elle n'a pas valeur d'administration de la preuve, elle permet d'infirmer la règle (Chahraoui & Bénony, 2003).

En outre, l'étude de cas est une méthode capitale pour apprendre à mettre en forme la complexité d'un individu confronté à des événements générateurs de souffrance. L'étude de cas permet le recueil de données concernant un sujet, ces données doivent être riches, diversifiées, subjectives, étendues. Et la production, d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité (Pardinielli & Fernandez, 2015).

2. La pré-enquête

La pré-enquête est classer comme une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique qui sert à valider notre question de départ et afin d'aboutir à des hypothèses, ainsi que de collecter des informations sur notre population d'étude, elle consiste également à essayer sur un groupe d'étude les outils prévu pour effectuer l'enquête, et d'élaborer un guide d'entretien qui sera adéquat.

Helen Chauchat a défini la pré-enquête comme étant : « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique elle consiste à définir des liens entre la construction théorique et les faits observables, son aboutissement et la mise en place de l'appareil d'observation, cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peut directifs » (Chauchat, 1999, p.63).

En premier lieu, on s'est présenté à l'EPH de Kherrata en tant qu'étudiantes en master II à l'université Abderrahmane Mira de Bejaia afin d'entamer notre stage pratique pour accomplir notre mémoire de fin de cycle. Après avoir l'accord du médecin chef et de l'administration, le médecin chef nous a orienté vers le psychologue de service qui nous a présenté des cas hémodialysé avec lesquelles on a discuté sur notre thème de recherche après avoir le consentement du sujet puis on a posé quelques questions afin d'enrichir notre guide d'entretien semi directif, nous avons été rassuré d'avoir accès au groupe d'étude.

En deuxième séance, nous avons commencé notre pré-enquête avec un adulte âgé de 35ans, qui fait la dialyse depuis 5ans. Après avoir son accord, on a enchainé avec un entretien libre en langue maternelle, on a terminé par la passation du Rorschach. Cela pour but de tester nos outils qui paraissent accessible pour le cas ce qui nous a permet de poursuivre notre enquête avec les autres patients présentant notre groupe d'étude.

En dernier, cette étape à durer 20jours du 15mars 2021 jusqu'au 05Avril 2021. Après avoir assuré la faisabilité du thème et la disponibilité du terrain on a pu entamer notre recherche.

3. Présentation de lieu de recherche

On a effectué notre stage de Master II en psychologie clinique dans l'EPH de Kherrata (service d'hémodialyse) qui se situé au sud-est de la wilaya de Bejaia s'étend sur trois daïra :(kherrata, Darguina, Souk-el tenine) couvre une population d'environ 136000 habitants, occupe une superficie d'environ 485 km² pour une capacité d'accueil de 102 lits, pendant 75 jours du 15 mars 2021 au 30 mai 2021 à raison deux fois par semaine.

•Présentation de service hémodialyse

Celui-ci est un service qui prend en charge des malades qui souffrent de l'insuffisance rénale et qui nécessitent des séances de dialyse. Il se compose d'une salle collective de 12 générateurs et un générateur d'isolement. La prise en charge des patients en IRC se fait grâce à une équipe soignante multidisciplinaire qui se forme de :

- Médecin néphrologue.
- Médecins généralistes.
- Un psychologue.
- Technicien en maintenance.
- Les infirmiers.
- Secrétaire.
- Agent de service

4. Présentation du groupe de recherche

Notre population de recherche est centrée sur deux cas, sélectionnés parmi les huit cas vus dans la pré-enquête, qui vient pour des séances de 4h d'hémodialyse à raisons (03) fois par semaine, dont deux femmes et deux hommes âgés entre 30 et 40 ans, nous les avons sélectionnés d'une manière ciblée et ce selon la disponibilité des critères d'inclusion suivant :

• Critères d'inclusion

- Diagnostiqué en IRCT est traité par la dialyse.
- Tous les cas de notre étude sont des adultes entre (30 et 40ans).
- Ils ont tous une déformation au niveau du corps causé par l'intervention de la fistule.
- Le patient ne doit pas être d'une autre maladie grave, ou un handicap physique.

• Critères non pertinents

- La situation familiale : célibataire ou marié n'est prise en compte.
- On n'a pas pris en considération leur niveau d'instruction car cette maladie peut toucher tout le monde.
- Le sexe : Cette variable n'est pas étudiée de façon indépendante, car nous avons opté pour une population variée qui englobe les deux sexes.

Tableau n°1 : des caractéristiques de groupe d'étude :

Nom	Age	Situation familiale	Situation professionnelle	La nature de l'atteinte	La durée de la dialyse
Zeïna	36ans	mariée	Couturière	IRCT	Depuis 8ans

5. Les outils de recherche

Dans notre travail, nous avons utilisé deux outils dont le premier est l'entretien clinique qui nous permet d'avoir des informations personnelles environnemental, familial, social et d'émettre une relation de confiance. Le deuxième est le test projectif afin de comprendre notamment la perception et les affects du patient liés à son corps.

Remarque : dans notre travail on s'est limité à un seul cas typique « Zeina » qui représente notre groupe de recherche.

5.1. L'entretien clinique de recherche

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de donnée dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de discipline dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et remplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, évènement vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc (Chahraoui, Bénony, 2013).

L'entretien clinique est défini par Alexandre B, et ses collaborateurs comme une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, le psychologue se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet qui vient en général exposer une souffrance, un conflit, une interrogation. ». (Alexandre, 2005, p. 381).

L'entretien clinique vise à appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique, d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet ses difficultés de vie, les évènements vécus, son histoire, la manière dont il aménage

ses relations avec autrui, sa vie intime ses rêves et ses fantasmes (Bénony et All, 1999, p11).

L'entretien clinique est de trois types qui sont : l'entretien directif l'entretien non directif, et l'entretien semi directif auquel on s'est intéressé dans notre recherche. (Ibid, p13).

5.1.1 L'entretien clinique semi-directif

On a choisi ce type d'entretien car il semble adéquat pour vérifier notre hypothèse, et comme le souligne si bien Chilande C. C'est une situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple (C. Chillande, 1983, p. 11).

Le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associé sur le thème proposer sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien où le chercheur propose un cadre et une trame permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui et all 2003, p143).

L'entretien semi-directif est toujours associé à un guide d'entretien. Celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ses axes porte un titre ou une thématique et ouvrent sur un certain nombre de questions relatives à chaque axe. Le guide d'entretien est le premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en question d'enquête. Le degré de formulation du guide est en fonction de l'objet d'étude de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire (blanchet et Gotman, 2014. P58).

Nous avons utilisé un guide d'entretien semi directif composé de 4axe, 27questions (pour l'ensemble des questions voir l'annexe n°1). Dont les axes sont les suivants :

Axe I : Intitulé le vécu psychologique de l'IR et de la dialyse, composé de 11 questions ont pour objectif de savoir comment le sujet a vécu le moment de l'annonce de la maladie, et quelle est sa réaction qu'il avait eu.

Axe II : Contient 9 questions qui ont but de mieux connaitre leurs l'image du corps avant et après la maladie afin de repérer la nature de l'image du corps chez les adultes hémodialysés, perturber ou non.

Axe III Intitulé La dynamique relationnelle comprennent 6 questions ont objectifs de savoir les changements relationnelles extra et intrafamiliales avant et après l'IRCT.

Axe IV : Ce dernier contient une question, dont on a voulu savoir le regard Du sujet sur son avenir. S'il a des projets à réaliser ou bien cette maladie l'empêche.

Après avoir recueilli des informations concernant nos sujets de recherche, nous allons procédés à l'analyse de ces derniers en nous référant à notre cadre théorique, accompagné d'un test projectif qui est « Le Rorschach » que nous allons présenter dans ce qui suit.

5.2. Le Rorschach

Le rorschach est constitué l'épreuve la plus utilisée dans le monde par les psychologues cliniciens. C'est aussi l'un des rares outils à pouvoir aider ces derniers pour se construire une vue holistique sur l'organisation et le fonctionnement de la personnalité. D. Anzieu a pu comparer le Rorschach à une radiographie, susceptible d'offrir, à celui qui sait s'en servir, une coupe transversale de la personnalité « Rausch de Traubenberg, 1970 ».

5.2.1 Historique

Le Rorschach publie pour la première fois en 1921 par un psychiatre suisse de génie « Hermann Rorschach », le test des taches est construit selon les principes d'une méthode empirique non quantitative. L'auteur conçut de nombreuses taches 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 (Bernaud, 1998, p87).

5.2.2 La définition de test du Rorschach

C'est une épreuve projective, sollicite à la fois des conduites perspectives et projectives en tant qu'objet réel, il permet l'émergence d'image associé à partir d'une réalité matérielle. L'appel à la perception permet un accrochage ou réel extérieur, qui constitue la base de l'insertion dans le monde environnant. En tant qu'objet potentiel, imaginé, le Rorschach permet une reconstruction de la perception en fonction des préoccupations du sujet, de ses relations aux objets internes et externes, des fantasmes et des affectes qui sous-tendent ses réponses. Le test de Rorschach pose la question essentielle des rapports entre réel et imaginaire, perception et représentation, entre excitations externes et internes, entre dedans et dehors (Anzieu, Chabert, 1961, p 62).

- **La consigne**

« Je vais vous montrer dix planches et vous me direz ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ». Il peut être utile, au moment de la consigne de préciser qu'il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponses. (Au sens des réponses attendues lors d'un test d'efficience intellectuelle) et que le sujet a la possibilité de donner autant de réponses qu'il le souhaite. (Jaqueline 2009, p 23).

5.2.3 La problématique suscitée par les planches

Lorsque nous décrivons le côté manifeste de ces planches, la première est noire, les deux suivantes sont en noir et rouge. Les 4, 5, 6, 7 sont noires. Les trois dernières sont colorées. Cependant du côté latent ainsi :

Planche I sollicite des images évocatrices des relations précoces au premier objet. Par ailleurs, sa référence au corps humain, corroborée par de nombreuses caractéristiques manifestes (allure fermée, axe clairement dessiné), offre une double mobilisation : narcissique (image du corps propre, représentation de soi) et objectal (relation à l'image maternelle).

Planche II renvoie préférentiellement à une problématique de castration, dans le registre relationnel, sollicite des scénarios dans lesquels les investissements pulsionnels sont fortement mobilisés soit dans leur valence agressive ou libidinale.

Planche III met surtout l'accent sur les processus d'identification sexuelle.

Planche IV ne met pas l'accent sur la représentation du corps, elle est plutôt évocatrice d'image de puissance : sa massivité, sa construction, ses qualités sensorielles en font une planche à symbolisme phallique sans préjuger du caractère masculin ou féminin de cette référence (planche paternelle).

Planche V est considérée comme celle de l'identité et de la représentation de soi, Elle renvoie à une problématique d'identité au sens psychique du terme, à la notion de self plutôt que simplement au schéma corporel. Cela explique son extrême sensibilité à toute forme de fragilité narcissique.

Planche VII est un médiateur exceptionnel des relations précoces. Dans un registre identificatoire, elle permet au sujet de se situer par rapport un modèle féminin : opposition, conflit ou soumission passive, valorisation ou dévalorisation des images féminines.

Les planches Pastel (**VIII, IX, X**) suscitent l'émergence d'émotions et d'affects et permettent par la même de saisir le type de rapport que le sujet établit avec son environnement. Il est difficile pourtant de dégager l'appel spécifique de chaque planche. La planche VIII reste la planche des « contacts avec le monde extérieure », que la planche IX favorise les références maternelles précoces (planche utérine) que la planche X enfin peut être considérée comme planche d'individuation et de séparation « Anzieu ; Chabert 1961 p111, 112)

5.2.4 La passation de test du Rorschach

En premier temps, l'administration du test ne s'accommode pas de consigne immuable. Les explications à donner au sujet varient selon son âge, sa psychopathologie, son degré d'instruction. Le sujet doit consentir à l'épreuve. 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 peut être utile de préciser que la durée est libre, que chacun est libre de voir ce qu'il veut, qu'à la différence des tests d'aptitudes qui lui ont été administrés auparavant dans le cas d'un examen général, il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses, qu'en un sens ici toutes les réponses sont bonnes, mais on ne doit fournir aucun exemple de réponses. Les planches ont un haut et un bas et 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 le 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. Le tableau de ces temps permettra ensuite de savoir à quelles planches le sujet s'est notamment écarté de sa moyenne habituelle et, par conséquence quels points vulnérables ont été touchés en lui « Anzieu, Chabert, 1961, p57 ».

Deuxièmes temps, une fois la passation terminée l'examineur revient sur chacune des réponses pour faire préciser au sujet où et comment il l'a vue. C'est *l'enquête*. Elle est indispensable pour coter chaque réponse selon les trois colonnes requises (localisation ; déterminants ; contenu ; une quatrième servant seulement à noter les banalités et les tendances). L'art de l'enquêteur est d'obtenir du sujet un effort d'introspection et d'analyse sur ce qui s'est passé en lui au moment de la réponse, sans rien lui suggéré. Cette enquête, non directif, peut être complétée ensuite par l'enquête dite des limites¹ (klopper) : quand un sujet n'a pas interprété une découpe importante ou n'a pas vu une réponse habituelle, on peut l'inviter explicitement à le faire, afin de déterminer s'il s'agit soit d'une négligence ou d'un blocage passagère et surmontable, soit d'une incapacité psychique fondamentale. Les réponses nouvelles spontanément exprimées pendant l'enquête, sont rassemblées dans un protocole complémentaire distinct (Anzieu, Chabert, 1961, p 58).

Troisième temps, On demande également au sujet de choisir parmi les 10 planches les deux qu'il lui plaît et les deux qui lui déplaisent le plus.

5.2.5 La cotation de test du Rorschach

La cotation se base sur quatre critères spécifiques pour chaque réponse : la localisation, le déterminant, le contenu et le caractère banal ou non réponse.

5.2.6 Localisation des réponses

5.2.6.1 Le Type d'appréhension du sujet

C'est-à-dire sur sa façon de percevoir, d'entrer en contact avec les réalités, sur son rapport au monde.

Les réponses globales G concernent la totalité de la tache noir ou colorée (Anzieu ; Chabert, 1961, p 63).

Les réponses grands détails D sont constitués par les découpes qui, dans chaque planche sont les plus fréquemment interprétés. (Ibid, p67).

Les réponses petites détail Dd elle désigne ainsi les réponses portant sur les lacunes intraoculaires ou extravasculaires. Le sujet opérant ainsi une inversion figure/fond (Chabert, 1983, p125).

Les réponses détails dans le blanc Dbl ne sont cotées comme telles que si la découpe est située toute entière dans le blanc (D. Anzieu ; C. Chabert, 1961, p 63).

Le détail oligophrénie Do est une invention propre de Rorschach que seuls Suisse et Français continuent de coter, le sujet scotomise une donnée qui se présente à lui et non perçoit qu'une partie réduite. Le DO est un cas particulier du Dd.

5.2.6.2 Les déterminants

Pour connaître ce qui détermine la réponse du sujet, c'est-à-dire ce qui a déclenché sa perception d'une découpe de la tâche, il faut procéder à la seconde cotation ». (Chabert, 2004, p73).

Les réponses formelles

Elles sont les plus nombreuses au test de Rorschach. F (nombre de F) s'établir en moyenne entre 60 % et 65%, il indique la capacité du sujet à s'adapter à la réalité extérieur grâce à l'activité régulatrice de la raison et de la pensée (Chabert, 2004, p71).

Les kinesthésies

Ces déterminants sont caractérisés par la mise en mouvement, l'animation, la dynamisation des images et engrammes présentes : images humaines K et Kp, images animales Kan, images d'objets Kob (Rauch.de Traubenberg ;Boizou, 1996, p30).

Les réponses sensorielles

Les réponses couleur sont cotées depuis rorschach FC, CF ou C, selon que la forme a été un élément prépondérant, secondaire ou absent, dans l'élaboration d'une réponse déclenchée par la couleur des taches (Chabert, 2004, p 76).

Les réponses d'estompage

Se définit comme des réponses déterminées par la sensibilité aux dégradés de tous, à leur nuances : en général, elles apparaissent aux planches sombres, mais on admet actuellement leur cotations aux planches pastelées (Chabert, 1983, p 207).

5.2.6.3 Les contenus

- Les réponses humaines

L'apparition des réponses humaines au Rorschach est nécessaire : elle rend compte de la capacité de l'individu à s'identifier à une image humaine (Chabert, 1983, p221).

-Les réponses animales

L'apparition d'un pourcentage minimal des réponses, est requise au test de Rorschach et constitue un facteur d'interrogation adaptative et socialisante (Ibid, p218).

5.2.6.4 Les facteurs additionnels

Les réponses banales

Ces réponses sont celles qui reviennent une fois sur trois selon Rorschach une fois sur six selon ses successeurs. Elles témoignent d'une adaptation sociale élémentaire : voir les banalités, c'est voir ce que tout le monde voit. La liste Ban varie évidemment selon les pays (Chabert, 2004, p82-83).

Les chocs

Les chocs sont des réactions de stupeur affective, de perturbation émotionnelle profonde, provoquée chez le sujet les particularités de certaines planches.

5.2.7 Psychogramme

Une fois la cotation est terminée, on recense toutes les réponses sur les feuilles prévenues à cet effet 1,2, ou sur papier libre dans le but de faire apparaitre un résumé qui puisse saisi et comparé avec les données normatives (Rauch.de Traubenberg ; Boizon, 1996).

5.2.8 L'interprétation de test du Rorschach

L'interprétation s'appuie d'abord sur les facteurs numériques, qui sont objectifs et garantissent le psychologue contre ses propres projections. Chaque cas et un cas, l'interprétation n'est pas standardisée.

6. Le déroulement de la recherche

Notre pratique à durée deux mois et vingt jours, de 10 Mars jusqu'au 30 Mai 2021. En premier lieu, on a visité le terrain de recherche L'EPH de Kherrata, nous avons parlé avec le chef de service dans le but d'avoir une autorisation pratique au service d'hémodialyse. Puis on a sélectionné notre groupe d'étude selon les critères qu'on a précédemment signalés.

A la rencontre de nos sujets de recherche, on s'est présentée comme étant des stagiaires en psychologie clinique, et que nous sommes en train de préparer un mémoire de master 2. On a eu leur consentement facilement, ensuite, on leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel dans l'anonymat et que c'est seulement dans le but de la recherche. Tous étaient coopératifs et ils ont accepté de répondre à nos questions. Nous avons formulé la consigne pour l'entretien de recherche en kabyle « nss3a kra les questions akdnek/amdnek, nevgghaa ghtehdhret felassent ». (Nous avons quelques questions à vous poser, on aimerait bien que vous répondiez).

Nous avons entamé les entretiens avec les patients, avec la langue maternelle dès qu'ils auront une séance de dialyse (Dimanche, Mercredi). En premier lieu, nous avons passé l'entretien avec Zeina qui a duré 40 minutes l'autre séance consacré pour la passation de Rorschach duré 45min. Une

semaine après nous nous sommes entretenu avec Asmar avant sa séance de dialyse on l'a ramené au bureau du psychologue ou on a abordé avec lui les questions du guide d'entretien et la passation de test qui a duré 60min.

En terminant, on les a remerciés pour leur participation dans notre recherche, en leur souhaitant un bon rétablissement.

7. les difficultés de la recherche

Chaque chercheur traverse des obstacles dans sa recherche, qui le met dans une situation inquiétante, en particulier cette année qui a connu une crise sanitaire « Covid 19 » qui a causé un gelé des stages aux niveaux des hôpitaux par peur de contamination, comme on avait aussi la question du temps qui est très limitée. Citons autres difficultés :

- Manque des études antérieures.
- La fatigue des sujets face à la dialyse, qui nous a obligés de répartir notre entretien en plusieurs séances.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre méthodologique nous a permis une meilleure organisation de notre travail de recherche, de comprendre le déroulement de la méthode clinique dans la recherche en psychologie clinique. En effet, Il n'y a pas de travail scientifique possible sans méthode, elle est donc la base principale sur laquelle se construit une étude empirique. Cette dernière nous a permis de recueillir des informations sur notre recherche « L'image du corps chez les hémodialysés » et a bien vérifié notre hypothèses.

Dans le chapitre suivant, nous nous focaliserons sur la présentation, analyse et discussion des hypothèses.

Chapitre IV

Présentation et analyse des résultats

Préambule :

Dans ce chapitre, nous allons aborder les données de l'analyse des entretiens effectués avec notre groupe de recherche. Dont on va analyser et interpréter le test du Rorschach qu'on a fait passer pour les hémodialysés afin de discuter nos hypothèses et répondre à notre question de recherche.

1-Présentation et discussion des données de l'entretien et le test du Rorschach**1.1 Présentation et analyse des données de l'entretien de Zeina:**

Madame Zeina âgée de 36ans, mariée sans enfant. Son niveau d'instructions est 6ème année primaire, elle travaille comme couturière.

1.2- Données et analyse de l'entretien clinique semi directif**Le vécu psychologique de L'IR et de la dialyse**

Durant notre entretien avec Zeina elle était souriante, le contacte est facile avec elle, sincère dans son discours mais parle avec une baisse voix. Elle nous a raconté qu'elle n'as aucune maladie chronique sauf qu'elle a fait trois fausses couches. On souligne qu'elle a contractée l'IRC à l'âge de 30 ans, suite à une tension HTA 25 qui lui provoqua une hospitalisation et des soins d'urgences, avec la nécessité de son admission en dialysesuite aux recommandations de son médecin.

Sa réaction lors de la découverte de sa maladie a été peur, inquiété en même temps un choc énorme car pour elle le non fonctionnement des reins c'est la fin.Le début de sa maladie remonte à 6ans, après quelque mois le début de la dialyse.

En note une absence de facteur héréditaire, selon elle parmi les raisons qui ont provoqué son état actuel le choc répétitifs de ces fausses couches. Avant de passer à la dialyse. Zeina dit : « saadaghlaajev », elle a souffert dans ses deux interventions chirurgicales de la fistule, dont la première elle s'est arrêté sur place, la deuxième lui a causé l'anévrisme veineux¹ et des hémorragies très dangereux. Puis, en urgence le médecin lui a changé la fistule à l'autre main, et depuis 5ans elle fonctionne bien.

Pour elle la machine de dialyse d'une part « delhayat » et d'une autre part est considéré « del cauchemar », Zeina à bien suivi son régime alimentaire les premiers temps tel que la suppression des protéines et de phosphore et la diminution des boissons, mais force à force elle s'est relâcher dans ses dernières et même ses activités quotidiennes sont changées. Enfin selon elle elle fait rarement des rêves mais dès qu'elle réveille elle oublie tout.

L'image du corps

Concernant l'image du corps Zeina elle voit un grand changement physiquement « ehkleghe d ulach mati », je suis devenu mince et tout ça revient à cette maladie je n'arrive pas à accepter ce changement², elle n'aime pas vraiment regarder au miroir car ce dernier et ses anciennes photos elles le font pensé à son image en bonne santé, par contre son image actuelle³ est dégradée, ça façon d'habiller est complètement changer, elle prend plus soins d'elle comme avant. Sur le plan psychologique ça signifie une blessure narcissique.

Après son opération, elle était très gênée par la déformation de ses mains et rien d'autre ne lui plaît dans son corps⁴, elle pense que les autres la trouve

¹L'anévrisme veineux de la fistule : est une forme de kyste remplis de sangs se forme qui communique à la fois avec une artère et une veine.

² « 3oufeghe imaniwnbedalegh »,

³ « ayema amek eligh amek klegh ».

⁴ « ifasniw vtan merra », « kra ur yaadjiv ziyi ».

faible. En ce qui concerne son cycle menstruel n'est pas stabiliser. Enfin, elle souhaite transplanter un rein mai elle attend un donneur.

La dynamique relationnelle

Zeina nous confirme qu'au début de sa maladie tout était bien, après 2ans y'avait un grand changement relationnel dans sa vie conjugale, la maladie à influencer sur son conjoint il est devenu agressif et il la abandonner totalement, car d'un côté il veut avoir des enfants et d'autre côté se remarier.Ses relations n'ont pas changé avec sa famille mais avec sa belle-famille elle ne sont plus comme avant.

Le regard sur l'avenir

Son premier vœu se greffer pour avoir des enfants ainsi elle souhaite reprendre son travail.

Synthèse de l'entretien

Selon les données de l'entretien nous constatons que la maladie de Zeina à sévèrement influencé sur son image corporel qui se manifeste par un ensemble de sentiments et de réactions de refus, de honte, de déni face à sa maladie et de l'évitement qui peut être une façon de s'éloigner de la réalité. Elle considère son corps comme étant incomplet et incapable d'accomplir certaine taches de la vie quotidienne dont elle avait l'habitude de faire. Pour conclure, l'image du corps projetée par Zeina est fragile, mauvaise et vulnérable.

1.3 Rorschach de « Zeina 36ans »

Texte	Enquête	Cotation
<p>I 19" choc ^ 1. On dirait un animal. 2. C'est un hibou il a des mains, ça se voit dans sa forme, il est noir. il crie le soir, quand il crie y'aura un décès. 4'</p>	<p>(C'est toute la planche) Par rapport à la forme. (C'est toute la planche) Par rapport à la forme et la couleur.</p>	<p>GF+A G FClob A</p>
<p>II 2" ^ 3. il ressemble à un papillon. 4. Les ailles d'un papillon qui se ferme et s'ouvre. ce n'est pas un oiseau. 3'</p>	<p>(C'est toute la planche) Par rapport à la forme. (Les deux parties latérales noires) Par rapport à la forme.</p>	<p>GF+A ban D kan A</p>
<p>III 45" choc ^ 5. celle-ci deux humains se disputent qui va prendre le panier. 6. ces des nerfs de ces personnes 7. celui la ressemble à un papillon. 2'</p>	<p>(Les deux parties noires latérales) Par rapport à la forme. (rouge extérieur en haut) par rapport à la forme. (Rouge médian) Par rapport à la forme et la couleur.</p>	<p>D K H ban D F- Anat DF+C A ban</p>
<p>IV 14" choc</p>		

<p>^ 8. un singe qui bouge. 1'</p>	<p>(C'est toute la planche) Par rapport à la forme.</p>	<p>G kan A</p>
<p>V 3" ^ 9. C'est un oiseau. 10. il ressemble à un aigle, qui vole avec ses grands ailles. 2'</p>	<p>(C'est toute la planche) Par rapport à la forme. (C'est toute la planche) Par rapport à la forme.</p>	<p>GF+ A ban G kan A</p>
<p>VI 30" choc ^v^ -j'arrive pas à comprendre ça. 11. je vois un chat debout, il a des moustaches, voilà ces pâtes. 2'</p>	<p>(C'est toute la planche) Par rapport à la forme.</p>	<p>GF+ A</p>
<p>VII 5" ^ 12. Un lapin, deux lapins qui se bagarrent, voilà ses oreilles, et voilà ses pattes, ici c'est son ventre. 1'</p>	<p>(C'est toute la planche) Par rapport à la forme.</p>	<p>G kan A</p>
<p>VIII 30" choc 13. C'est un arbre. 14. c'est celui qui vie dans les forêts, ils sont</p>	<p>(L'ensemble sans les parties roses latérales) Par rapport à la forme et la couleur. (Partie rose latérale)</p>	<p>DF- Bot D Fclob A</p>

sauvage il s'appelle tigre. 2'	Par rapport à la forme.	
IX 50" choc 15. (un sourire) woah, c'est des poussins qui se nourrissent ensemble dans leur cage. 16. un couple de poussins heureux qui rigolent ensemble, ils étaient assis sur leurs œufs et maintenant ils sont debout. 4'	(verts latéral) Par rapport à la forme. (C'est toute la planche) Par rapport à la forme.	D F-A G Kan- A
X 20" choc Celle-là engobe beaucoup de chose. 17. une grenouille. 18. chauve-souris elle peut causer un décès d'un bébé. 19. c'est une araignée. 20. les fourmis. 5'	(gris brun de coté) Par rapport à la forme (bleu médian) Par rapport à la forme. (bleu latéral) Par rapport à la forme. (vert media entier, en bas) Par rapport à la forme.	DF- A DF- A DF- A D F-A

Le protocole de Rorschach du cas Zeina.

LE choix + :

Planche VII : parce que il y'a beaucoup d'insecte.

Planche X : parce que j'aime bien les lapins.

Le choix - :

Planche I : Je n'aime pas le hibou car il crie le soir, c'est un mauvais signe.

Planche VI : je n'aime pas ces cheveux, ils sont sales.

1.4- Psychogramme

Mode d'appréhension	Déterminent	Contenu	Synthèse
G= 9 G%=45% D= 11 D%= 55%	F= 12 F+5 F- 7 FC=1 CF= 0 Fclob= 2 Kan= 5 F%= 65% F%élargie=100 % F+% =42 % F+ élargie=63%	H=2 H%= 10% A= 16 A%= 80% Bot=1 Bot%= 5% Anat= 1 Anat= 5%	R= 20 Refus= 0 T.T= 26mn T/R= 1mn18" T.Lat.moyen=22" T.R.I= 0k R.C%=40 % Ban= 4 Ban%= 20%

1.5L'analyse qualitative du cas Zeina

1.5.1 L'impression générale

Dans le protocole de Zeina le nombre des réponses est de vingt réponses (R =20), de cela le sujet a donné une productivité assez bien par rapport à la norme donnée par D .Anzieu et C. Chabert (20 -30 réponses) dans un temps de 26mn. Le temps de réaction est de 1mn et 18ss qui est supérieur à la moyenne, il peut signifier l'inhibition ou lenteur idéationnelle .concernant le temps de latence moyen est de 22ss signifie l'inhibition et l'indécision.

1.5.2-mode d'appréhension

Le nombre des réponses globales données par le sujet est 45 % ,c'est un pourcentage élevé supérieur à la moyenne (20%-30%), indice d'un faible investissement cognitif et une curiosité intellectuelle limitée : l'absence de combinaison et d'élaboration qui les caractérisent permet d'évoquer une certaine passivité dans l'abord du monde extérieur, un uniformisme social stéréotypé, ou encore une attitude défensive qui consiste à ne pas s'impliquer dans une démarche plus approfondie ou plus personnelle. Qui peut renvoyer à un caractère d'évitement pour ne pas s'impliquer dans les préoccupations « phobogènes».

La qualité des réponses globales G sont presque toutes de mauvaise qualité. Car la moitié sont associées en F- et l'autre moitié sont associées en F+, mais elles sont de mauvaise qualité car elles viennent de registre animale et botanique, ainsi que le sujet a évité d'intégrer dans ses réponses toute image humaine, ce que renvoie à une mauvaise intégration, la non mentalisation de la blessure narcissique dû à une image du corps fragilisée.

Tandis que les réponses détaillées sont de D =55%, c'est un pourcentage inférieur à la moyenne (60 à 70%), qui signifie et qui confirme que Zeina résiste de ne pas aborder les détails (planche : I, V, VI, VII) et même si y'a quelques références aux (D) mais se sont généralement de mauvaise qualité formelle (F-) qui peut renvoyer à la force de refoulement des excitations qui viennent de l'intérieur Et qui sont suscitées par les préoccupations corporelles animales de type phobogène. Cela peut signifier le non intégration de la réalité et l'incapacité d'élaborer la réalité intérieure (représentation du corps et de soi), (Ban= 04).

1.5.3 Les déterminants

Le pourcentage des déterminants formelles donné par le sujet sont F=65% qui égal à la moyenne (60%-65%), qui signifie des réactions spontanées à une

situation, en l'occurrence d'examen, mode suggérant un abord plus intellectuel et socialisé qu'affectif et personnel. Ces réponses dominées par des réponses formelle erroné (F- = 58%) ça explique une absence de vigueur et de contrôle, une difficulté de différenciation perceptive. À propos des réponses formelles positive (F+ = 42%) ce qui témoigne le dérapage par rapport à la réalité externe.

Donc, on est obligé de passer à la norme F% élargie pour qu'il puisse se rattraper, F% 100% est élevé par rapport à la norme [80%], qui atteste que le patient persuade la réalité dans son côté formelle, il reste à cerner le degré d'ajustement avec la réalité, qui est déterminée par une inadaptation à la réalité extérieure qui se confirme par F+% élargie 63% au-dessous de la norme [85-95].

1.5.4 Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (TRI) apparaît comme un type extratensif mixte (OK/ Σ 0.5C) le sujet est dans la passivité de sous soumettre au flue de la représentation négative de sa propre existence.

1.5.5 Les réponses kinesthésiques

La pauvreté de Kinesthésie humain par rapport au (kan), peut renvoyer au danger des excitations et du mouvement pulsionnel non contrôlé et non mentalisé par la patiente, cela renvoie à un débordement et envahissement des processus psychiques provoqué par le sentiment d'explosion du corps.

1.5.6 Réaction sensorielle

On a remarqué dans le protocole de Zeina l'absence des réponses CF et C, mais il Ya une seul réponse FC=1. Concernant les réponses qui portent sur les contenus, on remarque : Les réponses humaines apparaissent avec un pourcentage de H = 10% il est inférieur à la moyenne, renvoie à un contexte très formel, peu affectif, impliquant une approche sèche, objective de la réalité en dehors de tout chaleur et spontanéité. Les réponses animales existent avec un pourcentage de A=85%, elles sont supérieurs à la norme (30%-60%) cela correspond à une attitude défensive de sujet qui cherche à camouflé ses intérêt

profond. Cependant on remarque la présence des réponses botanique 5%. On trouve des réponses banales (BAN=04 réponses) ainsi que Ban=20% c'est un pourcentage dans la norme (20%-25%) et sa signifier le manque de contact avec la réalité objective et sociale. Le désintéret ou l'opposition systématisée ; il est par contre augmenter par le souci de conformisme, de docilité passive, voire de zèle ou de désir d'échapper à l'investigation. Dans notre protocole, on conclut l'existence de l'inhibition dans les relations humaines et l'incapacité à s'identifier à une image humaine stable ou unifiée, ainsi que la fragilité de son image du corps et sa vision négative vis-à-vis son corps et sa à cause l'absence des réponses K et le faites qu'elles sont déterminées par F-.

1.5.7 Le choix des planches

Le sujet a choisi les planches VII et X à cause de leur couleur comme choix positif et comme choix négatif elle a choisi la planche I et VI.

Image du corps au Rorschach

On a constaté dans le protocole de Zeina, l'apparition de réponses globales G avec un pourcentage considérable G=45%. Ainsi que l'apparition des réponses détaillées D=55%, ce que signifie la capacité de sujet à intégrer l'unité de son image du corps. Même si la patiente à fait semblant qu'elle a réussi une image corporelle (planche V : « un oiseau ») mais rapidement cette défense maniaque a été envahi par une réponse plus puissante qui a pénétrés cette image « aigle... grand ailles ». Puis à la planche : I nous observons une persévérance à donner une image complète non identifiée « un animal » mais aussi elle a été envahi par une représentation qui suscite le défaut de mentalisation et la soumission à la mort « hibou...noir...décès ». Mais ses réponses ont de mauvaise qualité, car elles viennent toutes de registre animal A=80%. On note aussi la domination des réponses formelles erronées (F-) et on remarque la prédominance des réponses détaillées, ce qui renvoie à une tendance de morcellement chez le sujet.

Ainsi que la pauvreté des réponses kinesthésiques humaines, c'est un indice de choc à la kinesthésie. Dans le protocole de Zeina, on a constaté le manque des réponses Humaines (2), cela signifie une inhibition dans les relations Humaines et le non identification à une image Humaine.

2. Discussion de notre hypothèse

Nous avons mené une hypothèse qui stipule : «Les hémodialysés ont une mauvaise image du corps, cette image est peut être vulnérable qui renvoie à un sentiment d'incomplétude du corps » L'objectif de cette discussion des résultats obtenus est de vérifier notre hypothèse de recherche pour la confirmer on a fait appel à un cas.

Synthèse du cas de « Zeina »

D'après l'analyse des données de l'entretien semi- directif et le test de Rorschach qu'on a effectué avec le sujet, nous avons abouti à la confirmation de notre hypothèse. Il s'est avéré que notre sujet n'a pas pu accepter son corps après avoir été atteint de l'IRC.

D'après l'analyse de résultat du protocole de Zeina, durant l'entretien, elle s'est avouer totalement ses vrais propos sur les changements physiques, impose sur elle tel que les sentiments de gêne et d'infériorité. Le refus de sa maladie et le regard de l'autre avait vraiment un impact sur sa personnalité. On peut donc expliquer cette mauvaise image du corps chez notre sujet par les changements physiques et les modifications corporelles qui sont remarquable chez elle, elle a du mal à accepter et à supporter son corps après ça maladie, elle vit dans un désespoir car son corps est altéré.

Les résultats du protocole nous renseignent sur la fragilité de l'image du corps qui apparait dans la mauvaise qualité des réponses globales (G=45%), mais elles sont de mauvaises qualités, car elles viennent du registre animal, ainsi que l'inhibition dans les relations humaines qui sont confirmées. Elles indiquent, aussi, la pauvreté de l'identification a une image humaine. Ce qui signifie que l'image de son corps est mauvaise et perturbée.

Enfin, on déduit que notre hypothèse qui stipule que « la nature de l'image du corps chez les hémodialysés est mauvaise » se trouve confirmée avec notre cas.

Conclusion

Conclusion

La maladie quelle que soit sa durée et sa gravité, marque la vie psychologique de l'individu. Alors que les personnes atteintes de l'IRCT doivent être orientées. Lorsque cela s'avère nécessaire, vers un psychologue sensibilisé au hémodialysés pour le traitement des troubles d'adaptation, dépressions graves, des troubles de l'anxiété, et de la personnalité. En effet on a démontré que le traitement par la dialyse influence largement sur le côté psychologique des patients atteints de l'IRC plus particulièrement sur leurs images du corps qui est un composant important de la personnalité de l'être humain.

De ce fait, l'image du corps concerne des représentations internes du corps, ces représentations seraient réelles, stables et joueraient un rôle dans la constitution de l'identité personnelle, dans le fait de se reconnaître comme une entité unique appelé le Moi, quand la personne est en bonne santé, mais si la personne est atteinte par des déformations physiques, causé par des maladies qui modifie l'image du corps donc cette image peut être également fragile.

La réalisation de notre travail s'est basée sur la revue de littérature et un ensemble d'observation recueillies par le terrain d'étude lors de la pré-enquête, ce qui nous a orienté afin de poser clairement nos questions et de formuler nos hypothèses. Durant l'enquête réalisée au niveau de l'EPH de Kherrata la wilaya de Bejaia, on a obtenu en adoptant la méthode clinique ; à partir de l'application des entretiens semi-directifs et la passation de test de Rorschach. Cela afin d'arrive aux objectifs retracés pour notre recherche par des hypothèses, qu'on a essayé de vérifier sur le terrain ; la vulnérabilité et la fragilité de l'image du corps chez les hémodialysés qui se manifeste généralement durant les entretiens par le sentiment d'étrangeté et d'incomplétude du corps, par contre l'intensité et le degré de ces caractéristiques diffères d'un patient à un autre.

Ce mémoire est le fruit de réflexions sur l'expérience vécu avec les personnes hémodialysés, à la fois du point de vue des représentations sociales et du point de vue des personnes concernées. Il contient des textes de réflexion mais aussi des témoignages permettant de mieux aborder ce champ des représentations de soi et d'autrui.

Nous espérons que, par le biais de cette recherche nous avons contribué à comprendre les souffrances des hémodialysés, et réussi à caractériser et comprendre l'état psychologique de cette catégorie de malade. Aussi, particulièrement, d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles pour d'autres recherches ultérieures, nous formulons la proposition suivante :

-Quelle est la nature de la représentation de soi chez un adulte hémodialysé ?

Liste des références

Bibliographie

- 1-Anzieu D(1994) *Le penser, du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris, Dunod.
- 2-Anzieu. D ; Chabert.C. (1961), « **Les Méthode projectives** », Paris, Edition Quadrige, Puf.
3. Becher et Delon. (1972). *Implications psychologiques de la chronicité de l'hémodialyse*.
- 4-Bénony,H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*.
- 5-Bernaud .J.L (1998), « **Les méthodes d'évaluation de la personnalité** » Paris Dunod.
- 6-Beizmann.C. (1966), « *Livret de cotation des formes dans le Rorschach* », Edition Centre de Psychologie Appliquée CPA (Paris).
- 7-Braconnier, A. (2006).*introduction à la psychopathologie*. Paris, France Masson.
- 8-Boulahyia, Y. (2009). *Urémie terminale traitée chez l'adulte dans la wilaya d'Alger en 2004, 2005, et 2006*. Université d'Alger.
- 9-Chabert. C. (1983), « **Le Rorschach en clinique adulte** », Paris, 2eme Edition Dunod.
- 10-Chabert. C. (1998), « **La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach** » Paris, 3emeEdition Dunod
- 11-Chabert. C. (2004), « **psychanalyse et méthode projective** », Paris, Dunod.
- 12-Chahraoui , KH et bénony, H.(2003). *Méthodes, évaluations et recherche enpsychologie clinique*. Paris, France : dunod
- 13-Chahraoui, K& Al. (1999). *Méthodes, évaluation et recherche enpsychologie clinque*. Paris, Dunod.

- 14-Chemama, R et van Dermersch, B. (2003).dictionnaire de la psychanalyse.
- 15-Cupa, D. (2002). *Psychologie en néphrologie*. Paris, France : EDK.
- 16-Dolto F, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, 1984
- 17-Freud. S. (1905), « **trois essais sur la théorie de la sexualité** », Paris, 3eme Edition Gallimard, 1987.
- 18-Jacqueline. R. (2009), « **Manuel de test Rorschach** », Bruxelles, Beoch
- 19-Lacon. J. (1994), « **La relation d'objet** », Paris, Edition Seuil.
- 20-La planche. J. ; Pontalis. J. B. (1994), « **Vocabulaire de psychanalyse** » Paris, Edition PUF.
- 21-Lefebvre, G. (2005). *Aspect psychologique et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplanté*. In échange de la FIDTN, petit Quevilly, Repéré à www.afidtn.com/médiat/annuairebibliographie-948_template.pdf
- 22-Le soir d'Algérie. 30000 insuffisants rénaux seront hémodialysés en 2020.Mercredi 11Mai 2016, n°7791.
- 23-Laradi, A(1982). *Epidémiologie, étiologie clinique et traitement de l'insuffisance rénale chronique évoluée en Algérie*. Faculté de médecine d'Alger.
- 24-Nasio, J –D (2007). *Mon corps et ses images*. Paris, France : Payot.
- 25-Norbert, S. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
- 26-Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Orientation stratégiques pour améliorer la santé et développement*.
- 27-Pedinielli. J.L, (2005) « **Cours de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (psychologie des maladie somatique)** », Paris, IED.
- 28-Pontalis. J. B. (1971), « *Nouvelle revue de psychologie* », Paris, Gallimard

289-Rauch de Traubenberg, N. (1990). *La pratique de rorschach*. Paris, France :Puf

30- Roland Chemama Bernard Vanderersch 2009 *Dictionnaire psychanalyse la rousse*

31-Royer, J (1977). *La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme*. Bruxelles, Belgique : Editest

32-Sanglande, A. (1983). *L'image de corps et image de soi au Rorschach in technique projectif I*. 28 (2),

33-Schilder, P. (1968). *l'image du corps*. Paris, France : Gallimand

34-Sillamy. N. (2003), « **Dictionnaire de psychologie** », Larousse, VUEF.

35-Wallon, E. (1934). *Le corps propre et son image extéroceptive*. Paris, France Puf.

Les sites d'internet

- URL : WWW.Cairn. Info/ Revue- Champ- Psychosomatique- 2006- 1- page 122. htm. DOI : 10. 3917/ Cpsy.041.0129.

- URL : WWW. Cairn. Info/ Revue- psychologie- clinique- et – projective-2005- 1-page- 309.htm.

Annexes

Annexe N° I : Le guide d'entretien

Les informations personnelles

Age :

Sexe :

Niveau d'instruction :

Situation familiale :

Axe 1 : Le vécu psychologique de l'IR et de la dialyse

1. Avez-vous d'autre maladie avant que vous soyez atteint de L'IRC ?
2. Depuis quand avez- vous su de votre maladie ?
3. Comment est-elle votre réaction ?
4. Depuis quand- avez-vous commencé la dialyse ?
5. Selon vous quelle sont les raisons qui ont provoqué votre état actuel ?
6. Pouvez- vous me raconter comment déroule l'intervention chirurgicale de la fistule ?
7. Qu'ce que la machine de dialyse représente pour vous ?
8. Suivez-vous un régime alimentaire ?
9. Avez-vous aperçu que vos activités sont changées ?
10. Faites-vous des rêves ?
11. Pouvez-vous nous raconter ?

Axe 2 : L'image du corps

12. Comment vous voyez vous physiquement ?
13. Pensez-vous la maladie a modifié pour vous l'idée sur votre corps ?
14. Qui ce qui à changer de votre corps ?
15. Pouvez-vous nous dire si vous aimez regarder dans le miroir ?et pourquoi ?
16. Est-ce que vous arrive de regarder vos photos avant la maladie ?
17. Quelle est la partie que préférez-vous dans votre corps ?et celle qui vous gêne ?
18. Quelle image pensez-vous que les autres ont de vous ?
19. Avez-vous toujours votre cycle menstruel ?
20. Avez-vous pensez à la greffe ?

Axe 3 : La dynamique relationnelle

22. Est-ce-que y'a-t-il un changement dans votre vie conjugale ? Quelle sont ses changements ?
23. Pensez-vous que votre attitude a changé avec vos enfants ? Si oui, comment ?
24. est-ce que vous relations ont changés avec votre entourage depuis votre maladie ?
25. Quelle est la nature de ce changement ?
26. Comment sont-elles vos relations avec vos collègues de travail ?
27. Nous avons parlé sur votre apperception de votre corps, y'a t-il des choses que

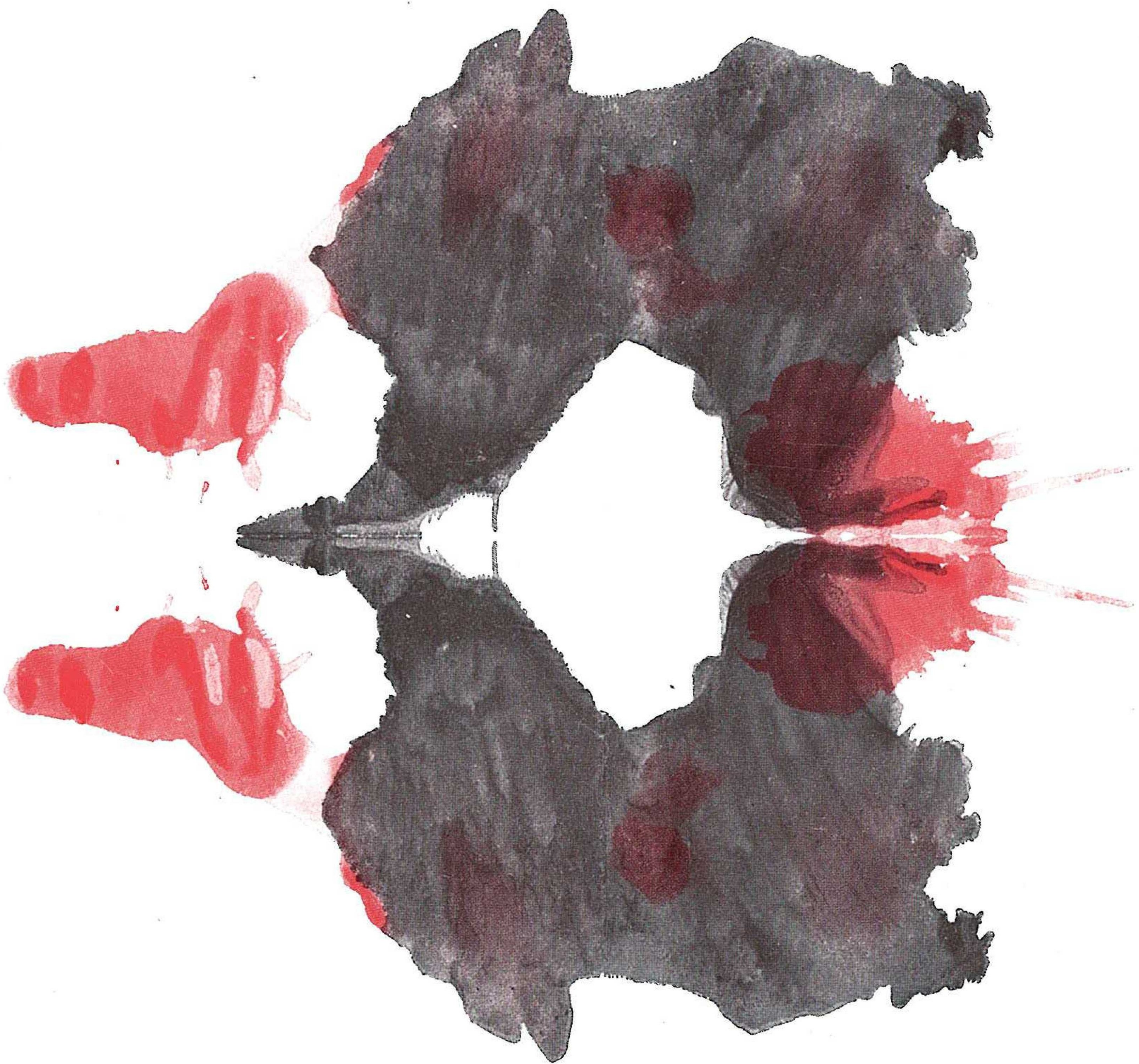
nous n'avons pas abordé et dont vous aimiez nous faire part ?

Axe 4 : Le regard sur l'avenir

21. Comment voyez-vous votre avenir ?

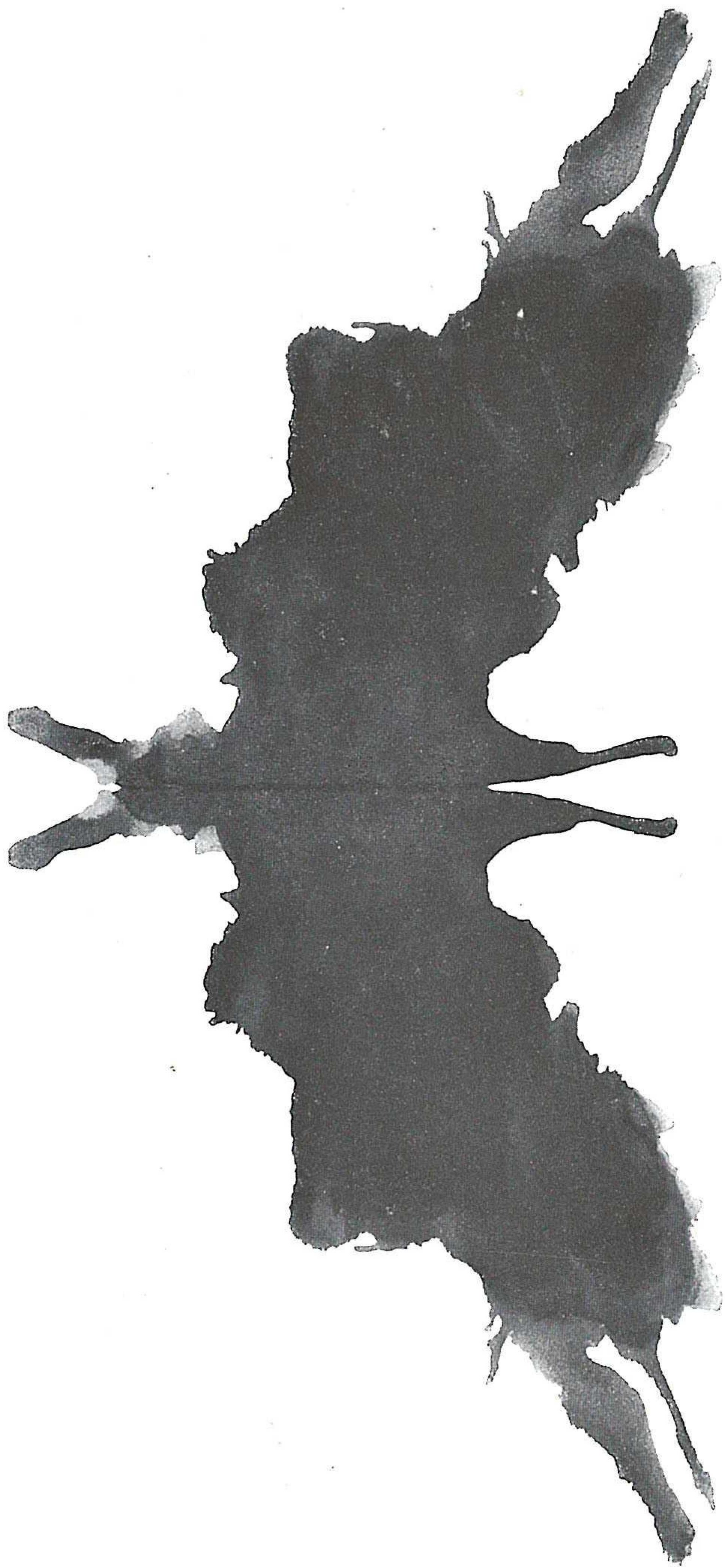
Annexe n°2 : Le test de Rorschach





















Résumé

Notre recherche aborde la question de « *l'image du corps chez les adultes hémodialysée* »

Notre objectif de recherche est de connaître l'impact de la dialyse sur l'état psychique du sujet, ainsi que sur le côté relationnel.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons opté pour l'étude de cas nous sommes servis de l'entretien clinique semi directif, et le test Rorschach.

Auprès de notre cas était que l'image du corps chez les hémodialysés est mauvaise et perturbée. Quant au relationnel, nous avons comme hypothèse : Les hémodialysés ont une mauvaise image du corps, cette image est peut être vulnérable qui renvoie à un sentiment d'incomplétude du corps.

Mots clés : l'image du corps, l'insuffisance rénale, le Rorschach.

Summary

Our research addresses the issue of "body image in adults hemodialysis". Our research objective is to know the impact of diabetes on the mental state of The subject, as well as the relation alsid.

To conduct this research, we chose the case study we used the semi directive clinical interview and the Rorschach test.

From our case was that body image in hemodialysis is bad and upset. As for the relation ship, wehy pothesized: hemodialysis patients have a bad image of the body, this image maybe vulnerable which refers to a feeling of a wholness of the body.

Keywords: body image, Renal failure, Rorschach.